



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Management práce sestry o pacienty se zrakovým
postižením při příjmu a hospitalizaci**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **SPECIALIZACE V OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bc. Renáta Prášilová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Management práce sestry o pacienty se zrakovým postižením při příjmu a hospitalizaci*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 24. 4. 2024

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí této diplomové práce paní doc. PhDr. Sylvě Bártlové, Ph.D., za její podporu a trpělivost při tvorbě diplomové práce. Děkuji i za ochotu, cenné rady a čas, který mi věnovala. Poděkování věnuji také sestrám a pacientům, kteří s námi spolupracovali na výzkumu. Za podporu a trpělivost děkuji rovněž vrchní sestře a své rodině.

Management práce sestry o pacienty se zrakovým postižením při příjmu a hospitalizaci

Abstrakt

Diplomová práce je zaměřena na management práce sestry při poskytování péče pacientům se zrakovým postižením. Zrakově postižení pacienti tvoří zcela specifickou skupinu pacientů, kteří mají pro svůj zrakový handicap jiné potřeby a nároky než vidící pacienti.

Cílem výzkumného šetření bylo prozkoumat zkušenosti a poznatky sester, které pečují o pacienty se zrakovým postižením, odhalit nejčastější problémy a překážky, jež nastávají při poskytování péče. Také jsme zjišťovali tyto situace z pohledu pacientů, kteří mají vážné zrakové postižení, ale byli hospitalizováni z jiného důvodu, než jsou potíže se zrakem.

Empirická část diplomové práce byla zpracována pomocí kvalitativního šetření. Pro sběr dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. Rozhovorů se zúčastnilo celkem 7 sester a 7 pacientů. Odpovědi získané od participantů byly rozříděny do jednotlivých kategorií a subkategorií.

Výsledky výzkumného šetření nelze generalizovat, jsou charakteristické pouze pro daný výzkumný soubor, odhalily však řadu velmi závažných problémů, které musí sestry a pacienti v každodenní praxi řešit. Šetření poukázalo také na oblasti, jež jsou zdrojem těchto problémů. Sestry mají pouze malé zkušenosti s ošetřováním pacientů se zrakovým postižením a absence vzdělávacích programů zaměřených na tuto skupinu pacientů staví sestry do pozice, kdy neví, jak správně k pacientům přistupovat, jak s nimi vhodně komunikovat. Další problematickou oblastí je prostředí ve zdravotnických zařízeních, které není vůbec přizpůsobeno pacientům s vážnou poruchou zraku. Sestry musí mnohem více času věnovat zajištění bezpečí těchto pacientů a často improvizovat dle možností oddělení. Personál, respektive sestry jsou vyčerpané, unavené a chybují. Pacienti to takto vnímají a jsou pohoršení, případně zklamaní, jelikož postrádají v poskytované péči klid a holistický přístup.

Domníváme se, že výsledky této diplomové práce by mohly být inspirací pro management poskytovatelů zdravotních služeb, v jejichž kompetenci je zajištění

bezpečného prostředí pro pacienty se zrakovým handicapem. Je také nutné změnit přístup personálu ke zrakově postiženým pacientům. Výsledky provedeného šetření ukazují na absenci vzdělávacích programů zaměřených na oblast péče o zrakově postižené. Tato diplomová práce je tedy návodem a pomůckou pro sestry-manažerky, které by mohly prosadit nutnost vzdělávání v této oblasti.

Klíčová slova

Komunikace; management; ošetrovatelská péče; pacient; uspokojování potřeb; zrakové postižení

Managing the work of nurses caring for patients with visual impairment during admission and hospitalisation

Abstract

The present thesis focuses on managing the work of nurses caring for patients with visual impairment. Visually challenged patients constitute a particular group of patients with needs and demands different from those of sighted patients due to their visual impairment.

The research aimed to investigate the experiences and knowledge of nurses providing care to patients with visual impairment and to identify the most frequent challenges and barriers that arise when delivering care. It also explored the issue from the perspective of patients with severe visual impairment who were hospitalised for other reasons.

The empirical part of the thesis used qualitative research methods. Data was gathered using semi-structured interviews. Altogether, seven nurses and seven patients participated in the interviews. The responses obtained from the participants were categorised into different categories and subcategories.

Even though the research results cannot be generalised as they are specific to the research population, they revealed many very serious difficulties that nurses and patients have to deal with daily. The research also highlighted the underlying causes of these difficulties. Nurses have limited experience in treating patients with visual impairment. The lack of training programmes for this specific group of patients means that nurses do not know how to approach and communicate with them appropriately. Another challenging aspect is the environment in healthcare facilities, which is not adapted to patients with severe visual impairment. Nurses have to dedicate much more time to ensuring the safety of patients and often improvise according to the capabilities of the ward. Staff or nurses are exhausted, tired and make mistakes. Patients are well aware of this fact and are offended, perhaps even saddened, by the lack of a calm and holistic approach to the care provided.

The results of the present thesis may inspire the management of healthcare providers responsible for providing a safe environment for patients with visual impairments. Moreover, it is essential to change the attitudes of staff towards visually impaired patients. The research results indicate a general deficiency in training programmes focusing on the

care of the visually impaired. Thus, the present thesis may serve as a guide and tool for nurse managers to advocate for adequate education.

Keywords

Communication; Management; Nursing; Patient; Meeting needs; Visual impairment

OBSAH

ÚVOD.....	10
1 SOUČASNÝ STAV	12
1.1 Zrak a vidění	12
1.1.1 Zrakové vnímání	13
1.1.2 Etiologie zrakového postižení.....	15
1.1.3 Zrakové postižení u dětí.....	17
1.2 Osoby se zrakovým postižením	18
1.2.1 Reakce na zrakové postižení a jeho přijetí	21
1.2.2 Kvalita života se zrakovým postižením.....	21
1.2.3 Podpora osobám se zrakovým postižením	23
1.2.4 Kompenzační pomůcky pro zrakově postižené	27
1.3 Management práce sester při péči o pacienta se zrakovým postižením.....	29
1.3.1 Efektivní komunikace se zrakově postiženým	30
1.3.2 Oblast ambulantní péče, příjem pacienta.....	31
1.3.3 Oblast lůžkové péče, hospitalizace pacienta.....	33
1.3.4 Obecné zásady komunikace se zrakově postiženým	36
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	38
2.1 Výzkumné cíle	38
2.2 Výzkumné otázky	38
3 METODIKA	39
3.1 Metodika výzkumu	39
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	40

4	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	41
5	DISKUZE	78
6	ZÁVĚR.....	88
7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	90
8	SEZNAM PŘÍLOH	97

ÚVOD

Zdraví je to nejcennější, co člověk v životě má. Mnozí z nás si zcela neuvědomují jeho hodnotu až do okamžiku, kdy ho začnou ztrácet. Zdraví je ovlivňováno řadou faktorů, které ho mohou modifikovat jak v pozitivním, tak v negativním smyslu. Se zdravím je také velice úzce spojen zrak. Zrak je právě tím pozitivně působícím faktorem, který nám zprostředkovává informace o našem vnějším prostředí, je součástí našeho každodenního života a pro zdraví fyzické i psychické je nenahraditelný. Zrak považuje velká část populace za samozřejmost, za něco zcela běžného, s čím se každý narodí, ale není tomu tak. Bohužel jistota vidění není dar, kterým jsme byli obdařeni všichni rovnocenně. Potřebu a nenahraditelnost zraku stejně jako zdraví si začneme uvědomovat až v okamžiku jeho zhoršení nebo úplné ztráty.

Poškození zraku může v důsledku různých onemocnění progredovat pozvolna, dává tedy čas a možnost onemocnění určitým způsobem přijmout a přizpůsobit se omezenému vidění. Bohužel se stále častěji v rámci své praxe setkávám se skutečností, kdy nejčastěji v důsledku úrazu dojde k úplné ztrátě zraku během okamžiku, což je situace, kterou si nedokáže nikdo z nás ani v nejhlubších myšlenkách představit. Dle statistik WHO a mezinárodních oftalmologických společností má incidence těžkých poškození zraku až úplné slepoty neustále rostoucí tendenci napříč populací (Kuchynka, 2016).

Osoby se získaným zrakovým postižením se dostávají do náročné životní situace. Musí zcela změnit svůj život, mění se rodinná a sociální situace, celý život se jim nyní otáčí úplně jiným směrem, než si doposud představovali. Ne všichni jedinci dokážou toto těžké období překonat.

Prostřednictvím této diplomové práce bych ráda poukázala na problematiku příjmu a hospitalizace osob s vážnou poruchou či ztrátou zraku. Cílem diplomové práce je nejen seznámit čtenáře se zkušenostmi sester, které těmto pacientům poskytují péči, ale také jim přiblížit pocity a poznatky pacientů se zrakovým postižením v rámci hospitalizace.

Podrobným prozkoumáním zkušeností, výpovědí a pocitů získaných prostřednictvím této diplomové práce bude možné zhodnotit kvalitu poskytované péče, posoudit nejčastější komplikace a zmapovat problematické oblasti při poskytování péče. Toto výzkumné šetření by mělo posloužit jako reflexe spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí a jako

inspirace pro zlepšení podmínek při hospitalizaci a poskytování péče pacientům se zrakovým postižením.

1 SOUČASNÝ STAV

„Díky nemoci poznáme hodnotu zdraví, díky zlu hodnotu dobra, díky hladu sytost, díky únavě odpočinek a díky smutku hodnotu radosti.“ (Hérakleitos z Efesu)

Všechny smysly lidské bytosti mají svůj význam, důležitost a nenahraditelnost. Ovšem za nejdůležitější z těchto smyslů můžeme označit zrak. Zrak totiž umožňuje lidem vnímat svět kolem sebe. Zrakový orgánem zodpovědným za vidění jsou oči. Oči ovlivňují celkový vzhled tváře a jsou jedním z indikátorů vnitřního rozpoložení člověka. Oči prozrazují prožívané pocity a můžeme z nich posoudit náladu jedince, jak říká i přísloví „Oči jsou odrazem duše“. Zdravé oči nám umožňují žít plnohodnotný život, můžeme vidět svět v celé jeho rozmanitosti. Pomocí zraku získáváme obrovský objem informací z okolního světa. Pomocí zraku vnímáme světlo, velikost, tvar, barvu a další vlastnosti objektů, jejich lokalizaci v prostoru, pohyb a také jejich změny. Důležitost tohoto smyslu si ale řada z nás uvědomí až v okamžiku, kdy dojde k jeho poškození (Orel, 2019).

Enoch et al. (2019) uvádějí, že v průřezovém průzkumu dospělých z řad široké veřejnosti byl zrak nejvíce ceněným smyslem, následovaný sluchem. Tyto výsledky naznačují, že lidé by si v průměru zvolili 4,6 roku dokonalého zdraví za 10 let života s úplnou ztrátou zraku.

Ztráta zraku či sluchu nebo vada kombinovaná jsou velmi rozšířené u starší populace. Výskyt smyslových ztrát se zvyšuje s věkem a dá se tedy očekávat, že incidence starších dospělých se ztrátou smyslů bude mít vzestupnou tendenci. Odhaduje se, že do roku 2050 bude nárůst ztráty zraku v populaci až o 25 % vyšší. Ztráta zraku je často nedostatečně léčena, u postižených osob vytváří komunikační problémy a může bránit ve schopnosti porozumět informacím na podporu sebepečce (Wallace, 2022).

1.1 Zrak a vidění

Šikl (2012) definuje zrakové ústrojí jako složitý orgán, jehož periferní část je tvořena párem očí. Zrak je pro člověka nejdůležitější smysl, který umožňuje nejen lidem, ale i ostatním živočichům vnímat světlo, různé barvy a tvary. Zprostředkovává vnímání barev, světla, usnadňuje orientaci v prostoru a umožňuje vnímání informací o okolním prostředí. Lidské oko je schopno absorbovat a okamžitě zpracovat více než deset milionů informací za sekundu, asi 80 % všech informací vnímáme právě zrakem.

Stavba lidského oka je přizpůsobena potřebě zaostřit paprsek světla na sítnici, jak popisuje Dutton (2011). Jednotlivé části oka, přes které paprsek světla prochází, jsou průhledné, aby nedocházelo k rozptylu dopadajícího světla. Paprsek světla pomáhá spojit a zaostřit na sítnici rohovka a čočka. Dopadající světlo způsobuje chemické přeměny v tyčinkách a čípcích, které vysílají impulzy zrakovým nervem do mozku.

Mašek (2014) vysvětluje, že vidění, vlastní vnímání světla, je založeno na citlivosti zrakových pigmentů na světlo. Světlem se zrakové pigmenty rozkládají a spouštějí řetězec chemických reakcí, jež mění signál na elektrický potenciál = vzruch, který přenáší informace do zrakových center mozku. Vidění je součástí složitějšího procesu, než něco vidíme, proběhne v oku a mozku celá řada dílčích kroků. Jedná se o sítnicově kortikální cestu, která začíná u oka a pokračuje až k mozku. Vidění bychom mohli popsat jako proces, kdy lidské oko absorbuje světlo z okolí, které je shromážděno na rohovce, a vytváří se prvotní optický vjem. Tento obraz oko přepoše pomocí zrakového nervu do mozku ke zpracování, přičemž výsledkem je „vidění“. Světlo je základem všeho, co vidíme. V naprosté tmě jsme v podstatě slepí. Pokud máme předmět vnímat, uvádí Synek (2014), musí na něj dopadat světlo. Světlo je odraženo zpět daným předmětem a zpracováno naším zrakovým ústrojím. Paprsky nejprve proniknou rohovkou, následně projdou přední oční komorou a zornicí. Světlo dorazí na oční čočku, kde je zaostřeno a přeneseno na fotosenzitivní sítnici. Zde jsou zrakové informace rozříděny: tyčinky zodpovídají za vnímání světla a tmy a čípky mají na starost ostrost a barvy. Tyto informace jsou přeneseny do zrakového nervu a do mozku. Tam jsou informace znovu vyhodnoceny, interpretovány a sjednoceny, aby vytvořily obraz, který konečně vidíme. Jak zmiňuje Kuchynka (2016), ačkoli anatomii a stavbu lidského oka známe velice podrobně, přesto si mnoho otázek ohledně fungování vidění zatím nedokážeme odpovědět. Víme, které části mozku jsou při vidění nejaktivnější, nedokážeme však říci, jak v důsledku toho svět vnímáme.

Kimplová (2014) definuje vidění jako složitý proces, na němž se podílejí oči a nervové dráhy a také ve velké míře mozek, který zpracovává veškeré signály ve zrakový vjem.

1.1.1 Zrakové vnímání

Zrakové vnímání popisuje Šikl (2012) jako komplexní děj. Tento komplexní děj zahrnuje centrální a periferní vidění, barevné vidění, citlivost na kontrast, akomodaci, reakce zornice, adaptaci a binokulární vidění.

Centrální a periferní vidění znamená, že při pohledu na určitý bod v prostoru se tento bod zobrazuje v centrální krajině, kterou označujeme jako *macula lutea*. Macula lutea je místem nejostřejšího vidění a vnímání barev neboli čípkové vidění. Periferní vidění je prostor kolem fixačního bodu. Periferní vidění zajišťované převážně tyčinkami je vysoce citlivé k vnímání pohybu, je nezbytné pro orientaci v prostoru a za šera (Kroupová, 2016).

Pašta (2017) vysvětluje akomodaci jako dynamickou schopnost oka ostře pozorovat předměty na různou vzdálenost. Pro zdravé oko je to schopnost, kterou zvládá automaticky, bez jakékoli pomoci. Přepíná mezi vzdálenostmi a my vidíme ostře jak na blízko, tak na dálku. Akomodaci zajišťuje pružnost nitrooční čočky. Fyziologicky je oční čočka plochá a podlouhlá, umožňuje pozorování předmětů na dálku. Pokud sledujeme předmět na blízko, čočka se zakříví a umožní nám ostře vidět blízké předměty. Vidění předmětů při dostatku světla Synek (2014) popisuje jako schopnost, kterou mají na starosti smyslové buňky zodpovídající za barevné vidění – čípky. Do denního vidění je zapojená také zornice, která reguluje množství světla vstupujícího do oka a přizpůsobuje se jeho různé intenzitě. Čím je světlo intenzivnější, tím menší zornice bude. Tato schopnost zornice se nazývá adaptace. Ve tmě naše oči přecházejí z denního vidění (fotopické vidění) na noční vidění (skotopické vidění). Zdravé oči potřebují přibližně 25 minut na to, aby se přizpůsobily tmě. Tyčinky zajišťují vidění za tmy, čím méně světla, tím jsou tyčinky aktivnější. Zornice se co nejvíce rozšíří, aby vpustila co nejvíce světla. Zdravé oči se světelným podmínkám přizpůsobí bez problému. Poruchy těchto schopností oka mohou způsobit dědičné choroby, nežádoucí účinky některých léků, zranění a nedostatek vitamínu A.

Barevné vidění neboli barvocit definuje Tuten (2021) jako schopnost oka rozlišit předměty na základě vlnové délky světla. Lidské oko dokáže rozlišit světlo o vlnové délce v rozmezí 380–760 nanometrů. Žlutá skvrna obsahuje největší množství čípků a umožňuje rozlišení jednotlivých barev. Světlo není vyzařováno rovnoměrně na všech vlnových délkách. Oko dokáže tyto vlnové délky rozlišit a pak vnímá světlo jako barevné. Barevnost předmětů je dána také jejich odrazivostí, tedy vlastností předmětu pohlcovat nebo naopak odrážet vlnové délky. Vnímání barev je zcela subjektivní. Jak uvádí Nejedlá (2015), k vyšetření barvocitu se používají Stillingovy pseudochromatické tabulky. Jedná se o písmena nebo číslice, které jsou složeny z malých barevných kroužků na pozadí kroužků doplňkových barev. Pokud je barvocit neporušen, písmena a číslice jsou rozpoznány, osoba s poruchou barvocitu číslice a pozadí od sebe nerozezná.

Kontrastní citlivost definuje Veselý (2019) jako schopnost oka rozlišovat mezi objektem a pozadím. Kontrastní citlivost poskytuje informace o vidění v podmínkách nižších kontrastů, například v šeru, ve tmě, za mlhy či deště, tedy při každodenním zrakovém vnímání.

Binokulární vidění vysvětluje Pašta (2017) jako přirozenou schopnost, kterou má každý zdravý jedinec. Tato schopnost oka znamená, že obrazy vnímané oběma očima se spojí v jeden, a navíc nám umožňuje vnímat hloubku prostoru. Binokulární vidění není vrozené, vyvíjí se od narození do jednoho roku života. Následně dochází k jeho upevňování do 6–8 let.

1.1.2 Etiologie zrakového postižení

Dle Beneše (2019) patří celosvětově mezi nejčastější příčinu slepoty katarakta, a to až v 51 %, glaukom v 8 %, věkem podmíněná makulární degenerace v 5 %, ve 4 % opacity rohovky, diabetická retinopatie v 1 % a zhruba ve 21 % jsou příčinou genetické vývojové anomálie degenerativní procesy, traumata a další. Až v 80 % lze vhodnou a včasnou léčbou předejít slepotě v závislosti na typu očního onemocnění. Prevalence zrakových postižení a slepoty je přímo závislá na dostupnosti a kvalitě poskytované oční péče.

S rostoucím sociodemografickým statusem a očekávanou délkou života je v mnoha zemích světa zaznamenáno, že se více populace dožívá dospělosti, zvyšuje se průměrný věk a přesouvá se zátěž směrem k nepřenositelným nemocem a postižením. Většina příčin poškození zraku podléhá tomuto epidemiologickému přechodu a nese značné individuální a společenské náklady (Steinmetz, 2021).

Statistické informace o příčinách zrakových postižení, jak popisuje Kuchynka (2016), jsou nedostatečné. Epidemiologické studie, které by pokryly dostatečný vzorek populace, téměř neprobíhají ani v Evropě, ani na úrovni jednotlivých zemí. Podle dostupných dat došlo v posledních letech k výraznému nárůstu věkem podmíněných chronických onemocnění. Na tomto trendu se podílí změna životního stylu, stravování, nárůst počtu obyvatel a statisticky potvrzené prodloužení délky života. Naopak onemocnění jako trachom, záněty oka či říční slepota, které mohou způsobit zakalení rohovky a ztrátu zraku, se daří kontrolovat a jejich šíření omezit. Nejčastější onemocnění mající za následek závažné poškození zraku až slepotu popisuje ve své knize Kuchynka (2016) následovně:

Katarakta (šedý zákal) zůstává i přes veškeré úsilí hlavní příčinou slepoty. V ekonomicky nejvyspělejších zemích je chirurgická léčba nemocným zajištěna, ovšem v ostatních zemích zůstává katarakta významnou příčinou slepoty. Obyvatelům zejména rozvojových zemí se nedostávají potřebné informace o možnostech léčby. Snahou oftalmologických společností i WHO je v těchto zemích zřídit centra, která by poskytovala zdravotní vyšetření, a navštěvovat odlehlejší místa s mobilním vybavením pro poskytnutí základního očního vyšetření. Mezi takovéto projekty, jak uvádí Salmon (2020), patří např. mimořádně úspěšná oftalmologická instituce „Aravind Institute of Ophthalmology“, zajišťující v Indii stovky operací katarakty ročně prostřednictvím sítě nemocnic. V rámci těchto rozsáhlých projektů se nejedná jen o poskytování péče, ale také o udržení maximální kvality chirurgického řešení.

Glaukom (zelený zákal) popisuje Miraftabi (2021) jako onemocnění, u kterého je třeba se zaměřit zejména na prevenci. Glaukom je nutné diagnostikovat v časném stadiu a současně zahájit vhodnou a efektivní léčbu. Bohužel preventivní programy zaměřené na plošné vyšetření obyvatel jsou finančně a organizačně příliš náročné. Hlavním cílem je tedy vyšetřování osob se zvýšeným rizikem rozvoje onemocnění např. z důvodu genetických dispozic, pravidelná oční vyšetření u osob nad 40 let a systematická léčba u již diagnostikovaného onemocnění. Z celosvětového hlediska je důležité se zaměřit na dostupnost základních léků pro léčbu glaukomu, která bohužel není v mnoha zemích pravidlem.

Diabetická retinopatie, jak zmiňuje Heissigerová (2018), tvoří souhrn patologických změn, které úzce souvisí s celkovým onemocněním diabetem mellitem a patří mezi významné příčiny slepoty v Evropě. V posledních dvaceti letech se s rozvojem laserového ošetření sítnice a vitreoretinální chirurgie výrazně zlepšily možnosti léčby diabetické retinopatie. Opakem je ale neustále se zvyšující prevalence diabetu mellitu. I přesto se daří ve většině případů zabránit ztrátě zraku. Mezi významné rizikové faktory podílející se na možném vzniku diabetické retinopatie patří kolísání glykemie, hypertenze, těhotenství, perorální antikoncepce, terapie inzulinem, životní styl, stravovací návyky, konzumace alkoholu a věk. Základem účinné prevence diabetické retinopatie nadále zůstává dispenzarizace diabetiků.

Věkem podmíněná makulární degenerace je dle Čeledové (2017) v ekonomicky rozvinutých zemích jednou z hlavních příčin postižení zraku u osob vyššího věku. Mezi

hlavní ovlivnitelné rizikové faktory, které mohou vést k rozvoji věkem podmíněné makulární degeneraci, řadíme kouření tabákových výrobků, nedostatek fyzické aktivity, vysokou hladinu cholesterolu a nezdravou výživu vedoucí k obezitě. Výsledky studií poukazují také na neovlivnitelné rizikové faktory, které mohou přispět k rozvoji věkem podmíněné makulární degenerace, a to je především věk a genetické dispozice. Bohužel rozsáhlé průzkumy poukázaly také na skutečnost, že povědomí o možné prevenci věkem podmíněné makulární degenerace má méně než 15 % dotázaných osob.

1.1.3 Zrakové postižení u dětí

Zrakové postižení, jeho příčiny a možnosti prevence jsou u dětí rozdílné, jak vysvětluje *Epidemiology of blindness in children* (2017). Odhaduje se, že 1,4 milionu dětí na světě je slepých. U zrakově postiženého dítěte je větší pravděpodobnost, že bude žít v socioekonomické deprivaci, bude v období dětství častěji hospitalizováno a bude ohroženo předčasným úmrtím. Vhodnou prevencí lze děti ochránit před mnoha roky prožitými se zrakovým postižením, či dokonce slepotou. Prevalence zrakového postižení a jeho příčiny u dětí není snadné určit. Dle UNICEF je dětství klasifikováno jako období života do dovršení 16 let věku. Vzhledem k obtížnosti očního vyšetření a časové náročnosti jednotlivých oftalmologických vyšetření u dětí nebyla provedena žádná studie, která by hodnotila prevalenci zrakového postižení u dětí v dostatečně širokém vzorku populace. Jak uvádí Kuchynka (2016), jediným způsobem, jak se seznámit s nejčastějšími příčinami zrakového postižení u dětské populace, je vyšetření žáků ve školách pro zrakově postižené a podobných zařízeních určených pro děti předškolního věku se zrakovým postižením. Pomocí metodologie WHO se podařilo získat výsledky z mnoha škol ve světě a určit hlavní příčiny postižení zraku. Tyto příčiny se samozřejmě liší v závislosti na zeměpisné poloze a výsledky jsou značně ovlivněny mnoha okolnostmi. Ve vyspělých zemích jsou zrakově postižené děti často zařazovány do běžných škol, v rozvojových zemích pak školy pro zrakově postižené vůbec neexistují, a tak nejsou počty těchto dětí ani známy. Solebo (2017) uvádí, že podle dostupných epidemiologických studií se příčiny zrakového postižení dětské populace liší v různých částech světa. V rozvojových zemích jsou nejčastější příčinou poškození zraku dětí postižení předního segmentu oka způsobená traumaty, manifestací deficitu vitamínu A, jizvami, tradičními škodlivými léčitelstvími postupy, spalničkami. V ekonomicky vyspělých zemích převažují onemocnění s genetickou etiologií postihující převážně zadní segment oka. Retinopatie nedonošených bývá příčinou poškození zraku v zemích se

středně rozvinutou zdravotní péčí. Celosvětově je zaznamenán pokles míry slepoty spojené s nedostatkem vitamínu A. Imunizace proti spalničkám a zlepšení socioekonomických podmínek pak přináší povzbudivé výsledky v řadě zemí. V nejrozvinutějších zemích představují až polovinu příčin slepoty geneticky podmíněná onemocnění. Za velmi významné rizikové faktory v průběhu nitroděložního vývoje lze považovat působení faktorů s teratogenním účinkem, jako je radiace, infekční onemocnění (zarděnky, toxoplazmóza), metabolická onemocnění matky (diabetes mellitus), působení chemických látek (rtuť, tetracyklin, alkohol, kokain) a účinky některých léků (Dětská oftalmologie, 2022).

1.2 Osoby se zrakovým postižením

Hlavními orientačními smysly člověka, jak zmiňuje Vichare (2022), jsou zrak, čich, chuť, sluch a hmat. Zrak umožňuje člověku pojmout až 80 % informací. V okamžiku poškození či úplné ztráty zraku musí postižený jedinec využívat jiné orientační body než vidomý člověk. Zrakové postižení přináší do života postiženého, ale i jeho okolí různá omezení, obtíže a ve většině případů znamená něco negativního. Je to zejména otázka faktického fungování, hodnocení okolí a sebehodnocení. Zrakově postižený je pro okolí poměrně nápadný. Zrakové postižení je mnohdy důsledkem toho, že se člověk cítí a bohužel někdy i stává na společenském žebříčku outsiderem. O to citlivější je, že u postiženého zůstává nezměněna vůle a motivace být, žít a fungovat jako vidomý člověk.

Zrakové postižení popisuje Slowík (2016) jako důsledek zdravotního postižení jedince, který má narušené zrakové vnímání i po korekci tak závažným způsobem, že dochází k řadě omezení při běžných denních činnostech. Život se zrakovým postižením negativně ovlivňuje uspokojování základních životních potřeb, působí komplikace při pohybu a prostorové orientaci. Osoby se zrakovým postižením obtížně navazují mezilidské vztahy, hůře získávají a zpracovávají informace. Poškození nebo ztráta zraku přivádějí jedince do náročné životní situace, a to nejen jeho vlastní, osobní, ale je ovlivněna výrazně i jeho rodina a blízké okolí. Zrakové postižení zahrnuje osoby s různými druhy a stupni snížených zrakových schopností a ne každý, kdo je zrakově postižený, je současně nevidomý. Organizace Poslepu (2018) uvádí, že dle zveřejněných statistik Světové zdravotnické organizace na světě žije 285 milionů lidí se zrakovým postižením a 39 milionů nevidomých. Dle odhadů Evropské unie v Evropě žije asi 30 milionů osob se zrakovým postižením. Na základě údajů Českého statistického úřadu, který provedl

v roce 2013 Výběrové šetření zdravotně postižených osob, žije v České republice asi 65 tisíc lidí se zrakovým postižením.

Osoby se zrakovým postižením, vysvětluje Kalvach (2011), jsou lidé, u nichž došlo k poškození zraku. Zrakové postižení způsobuje různou míru poruchy zraku. Lidé silně slabozrací mají zrak částečně zachovaný. Jsou schopní rozeznat osoby a předměty na pár metrů, oproti vidomým, kteří je rozeznávají na desítky metrů. Slabozrakost snižuje rychlost a přesnost zrakových schopností. Další skupinou jsou osoby se zrakovým postižením, které je způsobené poruchou zrakového pole. Při této poruše zraku mohou lidé například číst knihu, pokud ji mají v zorném poli, jsou však velmi limitováni při pohybu na ulici a většinou se při samostatném pohybu neobejdou bez bílé hole. Někteří zrakově postižení mají zachován světlocit. Znamená to, že jsou schopni rozeznat světlo a tmu, někteří dokážou rozeznat, z jakého směru světlo přichází, někteří dokážou rozeznat jen pohyb ruky před okem. Poslední skupinou jsou lidé, kteří nevidí vůbec nic. Někteří navíc mívají klamné zrakové vjemy připomínající zrnící televizi. Tyto klamné zrakové vjemy jsou velmi obtěžující a pro postiženého unavující. Poškození zraku limituje poškozeného v každodenních činnostech běžného života. Jakýkoliv zbytek zraku (vnímání obrysů předmětů, rozeznání světla nebo tmy) je pro postižené osoby velmi cenný pro zachování samostatného života. Kroupová (2020) popisuje, že osoby se zrakovým postižením představují relativně hojně zastoupenou minoritu naší společnosti. Pro tuto komunitu je specifický limitovaný přísun informací způsobený ztrátou či významným omezením zrakové percepce. Tento deficit se projevuje, jak v oblastech každodenního života, tak i v oblasti pracovního uplatnění a společenského života. Prostřednictvím kompenzačních mechanismů lze zmírnit obtíže v prostorové orientaci a samostatném pohybu, sebeobsluze, obtíže s nedostatky v oblasti představivosti, obrazotvornosti a dalších kognitivních procesech.

ÚZIS (2023) definuje osoby se zrakovým postižením dle Světové zdravotnické organizace jako osoby s různým druhem a stupněm snížení zrakových schopností. Toto poškození zraku ovlivňuje jejich běžné činnosti i při optické korekci. Rozděluje zrakově postižené podle výsledků komplexního oftalmologického vyšetření do 5 základních skupin:

- Střední slabozrakost (kategorie 1)
- Silná slabozrakost (kategorie 2)

- Těžce slabý zrak (kategorie 3)
- Praktická nevidomost (kategorie 4)
- Úplná nevidomost (kategorie 5)

V rámci oftalmologického vyšetření se hodnotí zraková ostrost vyjádřená tzv. vizem. Kolarčík (2016) popisuje vizus jako schopnost oka identifikovat dva co nejbližše ležící body jako dva oddělené objekty. Zraková ostrost oka je dána jeho rozlišovací schopností a jeho refrakčním stavem. Vizus do dálky se vyšetřuje pomocí optotypů ze vzdálenosti 5 nebo 6 metrů. Zraková ostrost do blízka se stanovuje na optotypech do blízka, tj. na čtecí vzdálenost 40 cm. Vizus se vyjadřuje zlomkem, kde v čitateli je vyšetřovací vzdálenost v metrech a ve jmenovateli je číslo řádku na optotypu, který přečte zdravé oko. Skorkovská (2015) uvádí, že v rámci oftalmologického vyšetření se provádí také vyšetření zorného pole. V důsledku oční vady může být zorné pole zúženo, omezeno nebo v něm může docházet k výpadkům, tzv. skotomům. Hodnocení zrakového postižení pouze podle zrakové ostrosti a rozsahu zorného pole není vždy zcela dostačující. Je potřeba zhodnotit pečlivě také další zrakové funkce, např. kontrastní citlivost (světloplachost, šeroslepost), barvoslepost, vnímání hloubky, schopnost fixovat a lokalizovat předměty apod. Dle organizace SONS (2015) se při hodnocení zrakového postižení nejvíce zajímáme o to, jak toto postižení ovlivňuje běžné aktivity klienta, které činnosti je schopen zvládnout sám nebo s dopomocí. Komplexní zhodnocení míry zrakového postižení vyžaduje spolupráci odborníků, zejména oftalmologa, optometristy a sociálního pracovníka. Mezi zrakově postižené nezahrnujeme osoby, které nosí dioptrické brýle, jež zrakovou vadu korigují. Tyto osoby zvládají každodenní činnosti bez obtíží, nemají omezený přístup k informacím, orientují se samostatně v pohybu apod.

Dle Kimplové (2014) můžeme zrakové postižení rozdělit do čtyř skupin. První skupinu tvoří osoby se ztrátou zrakové ostrosti, což znamená, že nevidí zřetelně. Jedná se o refrakční vady, kdy osoby mohou mít obtíže s rozlišováním detailů nebo mohou mít problém s identifikací velkých objektů. Stupně postižení mohou být velmi rozdílné. Druhou skupinu tvoří osoby s postižením zorného pole. Při této vadě je omezen prostor vidění, ale může být současně zhoršena i zraková ostrost, barvocit, vidění za šera. Lidé s touto vadou nejsou schopni se bezpečně pohybovat v prostoru bez kompenzačních pomůcek. Třetí skupinu tvoří okulomotorické poruchy, které souvisejí s poruchou koordinace pohybu očí. Lidé s tímto postižením sledují předmět nejprve jedním okem

a pak druhým, mohou mít problém při uchopování věcí a vykonávání přesně mířených pohybů. Čtvrtou skupinou jsou vady, které vznikají v důsledku poruchy zpracování zrakových podnětů, které souvisí s poškozením zrakových center v kůře mozku. Postižené osoby neumí vyhodnocovat přicházející zrakové informace.

1.2.1 Reakce na zrakové postižení a jeho přijetí

Náhlá nebo postupně progredující ztráta zraku je traumatizující zkušenost, jak popisuje ve své publikaci Kimplová (2014). Přijetí diagnózy nevratného poškození zraku má za následek vznik duševního otřesu. Toto období také nazýváme počátečním šokem. U těchto osob klesá zájem o kontakt s prostředím, přepadá je strach z izolace, ze ztráty sociálního místa a strach z budoucnosti. V důsledku těchto emocí je ochromeno myšlení a zároveň vedou k negaci všeho, co doposud postiženého těšilo, zajímalo. Psychology je často tento stav označován jako celkové zhroucení psychiky nebo prudký otřes doprovázený všemi fyziologickými příznaky (Jochmannová, 2021). Druhé období, tzv. reaktivní deprese, vnáší do života postižených hledání viny u druhých, vztek a zlobu na celý svět, agresivní pocity i vůči zdravotnickému personálu. Je to období, které může u postiženého vyvolávat sebevražedné myšlenky a pokusy (Kimplová, 2014). Jak popisuje Jochmannová (2021), je vhodné nechat tuto fázi volně proběhnout. Není vhodné nutit postiženého k potlačení těchto projevů. Odeznění této fáze je podmínkou pro úspěšnou rehabilitaci a reorganizaci života. Třetí období nazýváme dle Kimplové (2014) reorganizací. V tomto období osoba s postižením přechází z truchlení a deprese do určitých meziobdobí uklidnění, ve kterých jeví zájem o zmenšení své závislosti na pomoci druhých. Přestává se cítit bezmocná, osvojuje si sebeobsluhu a základní orientaci. Období reorganizace plynule přechází do procesu celoživotního přizpůsobování.

1.2.2 Kvalita života se zrakovým postižením

Kvalita života, jak zmiňuje ve své knize Ptáček (2022), není pojmem, který lze jednoznačně vymezit. Často bývá definována pojmy a charakteristickými znaky, které jsou považovány za významné. Součástí většiny definic kvality života jsou pojmy pohoda, očekávání, spokojenost a význam. Kromě objektivních ukazatelů jako zdravotní stav, sociální situace apod. může být hodnocení kvality života spojeno se subjektivním hodnocením, např. spokojeností se životem, životním štěstím a dalšími. Světová zdravotnická organizace definuje kvalitu života jako subjektivní vnímání vlastní životní

situace ve vztahu ke kultuře, k systému hodnot, očekávání, životním cílům a běžným zvyklostem.

Kvalita lidského života je ovlivněná především zdravotním stavem jedince, inteligencí, vzděláním, věkem, pohlavím a prostředím, ve kterém jedinec prožívá svůj život. Každá změna zdravotního stavu má za následek pokles kvality života (Peutelschmiedová, 2022).

Jak popisuje Kalvach (2011), na kvalitě života lidí se závažným zdravotním postižením, na jejich subjektivním hodnocení zdraví i na účelnosti poskytovaných služeb se podílejí tři faktory: zdravotní stav, interakce funkčních schopností s nároky prostředí a psychický stav.

Zrakové postižení velmi zásadně ovlivňuje kvalitu života, psychický a fyzický vývoj jedince (Kuchynka, 2016). Zrakové postižení zvyšuje riziko dalšího poškození zdraví a statisticky zkracuje život člověka. Analýzy ukazují, že zrakové postižení osob zvyšuje riziko úmrtí 1,5–4,1násobně. Osoby se zrakovým postižením jsou dvojnásobně vystaveny zvýšenému riziku pádu, riziku vzniku zlomeniny pak čtyř- až osminásobně. Zrakové postižení má vliv na fyzické a duševní zdraví, omezuje jedince v sociální samostatnosti a v mnoha sociálních aktivitách. U zrakově postižených se samozřejmě zvyšuje nezaměstnanost, stávají se více závislí na sociální pomoci a časněji jsou přijímáni do ústavů sociální péče. Tyto vlivy zrakového postižení na život člověka mají přímé ekonomické následky a jsou podstatnou ekonomickou zátěží jak pro jednotlivce a rodinu, tak pro sociální a zdravotní systém země. Zrakové postižení a ztráta zraku zvyšují rovněž riziko deprese. Skutečnost, že člověk nevidí, resp. očekávání progresivní ztráty zraku, může vést k pocitům nejistoty a úzkosti, ztrátě nezávislosti a změnám v sociální roli, což vyvolává emoční úzkost a depresi (van Nispen, 2016).

Kvalita života jedinců se zrakovým postižením, jak zmiňuje Růžičková (2020), a přístup jedinců k vlastnímu handicapu se liší podle období vzniku postižení. Jedinci, kteří mají zrakové postižení od narození, přijali s největší pravděpodobností tuto skutečnost jako fakt a jsou na tuto životní situaci zpravidla adaptováni. Vzhledem ke skutečnosti, že se jedinec se zrakovým postižením narodil, neví a není schopen chápat, co přináší zrak vidoucímu člověku. Dokáže si vše jen představovat a tyto představy bývají zkreslené. Od narození se učí fungovat co nejvíce samostatně. Již od útlého dětství se učí používat Braillovo písmo, orientuje se v prostoru, kde se často pohybuje. Většina dospělých pak zvládne zcela samostatně sebepéči, vedení domácnosti a nákupy. Jedinci, kteří mají

poruchu zraku od narození, bývají psychicky nezatíženi smutkem ze ztráty zraku. Pugnerová (2016) popisuje, že jedinec, který utrpí ztrátu zraku v průběhu života, se musí nejprve vyrovnat se svým handicapem, teprve potom je schopen na sobě pracovat a žít běžný život. Reakce mohou být různé, může se dostavit smutek ze ztráty zraku, psychický šok, deprese, pocit bezmoci a ztráta smyslu života. Jsou nuceni řešit změny situace v rodině, v práci, ve škole. Důsledkem všech těchto změn může být hluboká osobní krize, a ne všichni tuto životní krizi zvládnou. Je důležité jejich včasné zapojení do sociální rehabilitace. Postupně se učí prostorové orientaci a sebeobsluze. V mnohém jim pomáhá skutečnost, že v minulosti viděli. Při získávání nových dovedností mohou využít svou vizuální představivost. Nevidomí nebo těžce zrakově postižení od narození nemají na rozdíl od nich představu o barvách, předmětech a prostoru.

1.2.3 Podpora osobám se zrakovým postižením

Všechny osoby se zrakovým postižením bez ohledu na věk mohou využívat specializované služby. Jedná se o síť organizací od speciálních vzdělávacích institucí přes krajská a obecní zařízení až po celou řadu nestátních neziskových organizací. Jak ve své knize uvádí Šumníková (2021), v rámci České republiky existuje mnoho organizací poskytujících služby a pomoc osobám se zrakovým postižením. Tyto organizace mají společný cíl – maximálně pomoci jedincům se zrakovým postižením v jejich integraci do společenského života a zajistit jim pokud možno optimální kvalitu života. Mezi nejznámější organizace můžeme zařadit:

SONS ČR, z. s., je Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých v ČR s celorepublikovou působností, jak uvádí na svých stránkách. Organizace byla založena v roce 1996 a poskytuje sociální služby pro osoby se zrakovým postižením. Hlavním cílem projektu je vytvořit podmínky pro kvalitní nabídku ambulantních a terénních služeb, a to prostřednictvím 26 poboček Sjednocené organizace nevidomých a slabozrakých. Snahou je poskytovat kvalitně stávající sociální služby pro maximální počet klientů. Na financování tohoto projektu se podílí také Evropská unie. Posláním organizace je sdružovat osoby se zrakovým postižením, poskytovat jim konkrétní služby vedoucí k jejich začlenění do společnosti a hájit jejich zájmy. Mezi priority organizace patří:

- vyhledávat a kontaktovat osoby se zrakovým postižením a podporovat jejich zaměstnanost;

- realizovat socioterapeutickou činnost ve svépomocných skupinách a aktivizačních klubech;
- odstraňovat informační a architektonické bariéry;
- popularizovat a osvětlovat problematiku osob se zrakovým postižením a ověřovat nové formy pomoci.

Služby jsou poskytovány členům i nečlenům organizace v oblastech sociální práce, poradenství o možnostech kompenzace handicapu zrakového postižení, pracovněprávního poradenství, technické podpory a pomoci při výběru pomůcek, publikační činnosti v Braillově písmu, provozování informačního systému a mnoha dalších. Zajišťují rovněž výcvik vodicích psů, základní rehabilitaci – nácvik základních denních činností, osobní asistenci a další. Více než 200 zaměstnanců této organizace tvoří osoby se zrakovým handicapem a mottem společnosti je: *„Nejsme organizace, která za nevidomé rozhoduje a jedná, jsme nevidomí občané, kteří rozhodují a jednají sami za sebe.“* Organizace SONS pořádá festival Dny umění nevidomých na Moravě, která má za cíl seznámit širokou veřejnost s významnými osobnostmi, jež se i přes svůj zrakový handicap dokážou vyrovnat svým kolegům a vytvářet originální díla (Kroupová, 2020).

Tyfloservis, o.p.s., je organizace s celorepublikovou působností, založená v roce 1991. Organizace na svých stránkách uvádí, že hlavní inspirací k jejímu založení a zdrojem cenných poznatků byly zkušenosti dobrovolných instruktorů a konzultantů sociální rehabilitace nevidomých a slabozrakých, kteří dříve působili ve Svazu invalidů. Tyfloservis pomáhá osobám se zrakovým postižením získat potřebné informace a praktické dovednosti, které jim pomáhají žít samostatně a nezávisle. Služby jsou poskytovány zdarma prostřednictvím sítě krajských středisek. Osoby se zrakovým postižením se pomocí služeb Tyfloservisu učí samostatně pohybovat s bílou holí, být soběstačné v domácím prostředí, číst a psát Braillovo bodové písmo. Zároveň se mohou seznámit s různými kompenzačními pomůckami. Projekt Tyfloservisu se zaměřuje na edukaci odborné a laické veřejnosti s cílem zvýšit informovanost o navázání kontaktu a komunikace s osobami se zrakovým postižením. Pomoc je určena jedincům s těžkou zrakovou vadou od věku 15 let, kteří jsou handicapovaní od narození, nebo u nich nastalo zhoršení zraku v průběhu života.

Okamžik, z. ú., je pražská nezisková organizace, která již od roku 2000 pomáhá osobám s různým stupněm zrakového postižení. Jak organizace Okamžik uvádí na svých

webových stránkách, od roku 2004 koordinuje největší dobrovolnické centrum, které zaměřuje svou pomoc na nevidomé, pomáhá nevidomým rodičům při vzdělávání jejich dětí a podporuje uměleckou tvorbu osob se zrakovým postižením. Okamžik je členem asociace sociálních služeb České republiky. Posláním organizace je podpora plnohodnotného života osob se zrakovým postižením a snaha o jeho propojení prostřednictvím sociálních služeb, dobrovolnických a jiných aktivit se světem lidí bez postižení. Mezi hlavní aktivity organizace patří:

- Proškolení a koordinace dobrovolníků, kteří pomáhají osobám se zdravotním postižením při různých aktivitách. Dobrovolníci nabízejí pomoc při doprovodu klientů, např. při cestách na úřad, k lékaři, na nákup apod.
- Dlouhodobý vztah klienta s dobrovolníkem spočívající v pravidelné spolupráci dvojice dobrovolník–klient. Dobrovolník pomáhá klientovi při realizaci volnočasových aktivit, činnostech souvisejících se studiem či zaměstnáním, poskytuje vizuální podporu a pomoc při běžných denních činnostech, při péči o rodinu. Četnost návštěv záleží na potřebách klienta a možnostech dobrovolníka.
- Odborné sociální poradenství a individuální podpora osobám se zrakovým postižením. Poskytování informací o sociálních službách, kompenzačních pomůckách, příspěvcích a sociálních dávkách. Pořádání odborných besed k tématům souvisejícím se životem se zrakovým postižením. Vydávání elektronického zpravodaje.
- Provozování Centra aktivního života osob se zrakovým postižením, které klientům nabízí různorodé volnočasové aktivity, organizované návštěvy kulturních a vzdělávacích akcí, společné procházky a výlety, individuální podporu.
- Podpora nevidomých rodičů při vzdělávání dětí. Asistenti pomáhají nevidomým rodičům při vypracovávání úkolů s dětmi, kontrolují správné návyky dítěte, podporují jejich základní pohybové dovednosti, nacvičují s dětmi jemnou a hrubou motoriku, připravují je na kroužky a zájmové aktivity a mnohé další.

Jednou z hlavních aktivit je Hmateliér. Jedná se o ateliér, resp. keramickou dílnu zaměřenou na hmatové modelování pro zrakově postižené. Mezi aktivity Hmateliéru je zařazena výuka Axmanovy techniky hmatového modelování, ale i další formy řemeslně výtvarné práce přizpůsobené hmatovým schopnostem nevidomých (Kroupová, 2020).

Centrum zrakových vad, s.r.o., jak uvádí Kuchynka (2016), je zdravotnické zařízení mající v této oblasti nejdelší tradici a nabízející specializovanou a komplexní péči o zrakově postižené osoby všech věkových kategorií. Centrum zrakových vad poskytuje služby zejména v oblastech:

- oftalmologická ambulantní péče;
- předepisování speciálních optických pomůcek;
- aplikace měkkých kontaktních čoček;
- funkční vyšetření zraku u dětí v preverbálním období;
- zkoušení a zácvik v používání elektronických kompenzačních pomůcek;
- zajištění psychologické diagnostiky a psychoterapie;
- poskytování sociálních služeb, poradenství o rané péči a zrakové stimulaci dětí s těžkým zrakovým postižením;
- profesní poradenství, předávání kontaktů na specializovaná pracoviště.

Osoby se zrakovým postižením, jak popisuje Čeledová (2019), mají nárok na invalidní důchod, na čerpání sociálních dávek v podobě příspěvku na péči nebo mobilitu, mohou využít zvýhodnění spojené s průkazem osob se zdravotním postižením či přímo využívat kompenzační pomůcky. Žádosti si podávají dle místa trvalého bydliště na úřady práce, v případě žádosti o přiznání invalidního důchodu na okresní správy sociálního zabezpečení.

K přiznání invalidního důchodu musí pracovní schopnost poklesnout alespoň o 35 %. Podle poklesu pracovní schopnosti jsou postiženým přidělovány stupně invalidity a výše invalidního důchodu. U zrakově postižených je rozhodující pro přiznání invalidního důchodu optimální korekce (ISPV, 2018).

Příspěvek na péči je upraven zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Na tento příspěvek má nárok osoba starší jednoho roku, jak uvádí ISPV (2018), která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné osoby při uspokojování základních životních potřeb. V rámci posuzování stupně závislosti se hodnotí základní životní potřeby jako orientace, mobilita, komunikace, stravování, sebezpečí, péče o domácnost (pouze u osob nad 18 let), osobní aktivity apod.

Průkaz osoby se zdravotním postižením a příspěvek na mobilitu jsou upraveny zákonem č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zrakovým postižením, v platném znění.

Nárok na příspěvek na mobilitu souvisí přímo s nárokem na průkaz osoby se zdravotním postižením. Na tento příspěvek má nárok osoba starší jednoho roku, která má také nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením „ZTP“ nebo „ZTP/P“. Doporučuje se tedy současně podat žádost o průkaz osoby se zdravotním postižením a žádost o příspěvek na mobilitu (MPSV, 2023).

1.2.4 Kompenzační pomůcky pro zrakově postižené

Kompenzační pomůcky můžeme dle Ravneberga (2017) definovat jako nástroje, zařízení, přístroje, které jsou vyrobené nebo upravené k odstranění bariér v komunikaci a prostředí. Tyto pomůcky pomáhají osobám se zdravotním postižením vykonávat samostatně běžné denní činnosti a kompenzovat poruchy pohybového systému, smyslových orgánů, kognitivních funkcí. Kimplová (2014) uvádí, že hlavním cílem využívání kompenzačních pomůcek určených zrakově postiženým je získání nebo zpřístupnění potřebných informací. Tyto kompenzační pomůcky usnadňují integraci osoby se zrakovým postižením do pracovního a společenského života.

Osoba se zrakovým postižením může podat žádost o příspěvek na zvláštní pomůcku na úřad práce podle místa trvalého bydliště. Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku je upraven zákonem č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, jak dále specifikuje ISPV (2018). Příloha výše uvedeného zákona podrobně popisuje zdravotní stavy, u nichž vzniká nárok na přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku i zdravotní stavy, které přiznání vylučují.

Bubeníčková (2012) vysvětluje, že kompenzačních pomůcek pro zrakově postižené je k dispozici nepřehledné množství. Organizace pro zrakově postižené, jak bylo výše uvedeno, pomáhají svým klientům s výběrem vhodné pomůcky, vydávají poukazy na pomůcky a společně s postiženými provádějí nácvik manipulace a zručnosti s danou pomůckou. Bendl (2015) popisuje, že mezi nejčastěji využívané pomůcky pro zrakově postižené bychom mohli zařadit:

Optické kompenzační pomůcky:

- lupy, spojná skla zvětšující do blízka – nejběžnější kompenzační pomůcka;
- dalekohledy – jedná se o optické přístroje, které se využívají především do dálky někdy i do blízka (systém Galilei, systém Kepler).

Elektronické kompenzační pomůcky:

- kamerové lupy – tyto kamery snímají text, který přenášejí na obrazovku televizoru nebo monitoru;
- digitální lupy a čtecí zařízení – jedná se o počítač se skenerem, který načte libovolný text a pomocí softwaru jej libovolně zvětšuje a upravuje;
- multifunkční elektronická komunikační pomůcka pro zrakově postižené a hluchoslepé – jedná se o stolní nebo mobilní telefony se zvětšenou a kontrastní klávesnicí, ozvučené mobilní telefony nebo tablety se speciálními funkcemi či příslušenstvím pro zrakově postižené;
- zvukově orientační majáček – umísťuje se např. nad vchod do objektu a usnadňuje zrakově postiženým prostorovou orientaci;
- vysílačka VPN – stisknutím tlačítka vyvolá zvukový komentář, který identifikuje dopravní prostředek, budovy, úřady, nástupiště apod.;
- mluvicí hodinky – poskytují hlasový komentář o aktuálním času (Žižka, 2012).

Neoptické kompenzační pomůcky:

- skládací orientační hůl – tato pomůcka usnadňuje orientaci v prostoru, pomáhá odhalovat překážky a upozorňuje okolí na přítomnost zrakově postiženého;
- binokulární brýle – jedná se o speciálně upravené brýle umožňující pohled do dálky;
- simulační brýle – umožňují osobám s nepoškozeným zrakem vyzkoušet, jak se projevují zrakové vady;
- vibrační brýle – specifický typ brýlí, který pomocí zesilujících vibrací upozorňuje zrakově postiženého na překážky ve výši hlavy, které by orientační holí nerozpoznal;
- hmatové ručičkové hodinky – jsou opatřeny odklopným víčkem, mají zvětšené číslice;
- kalkulačka s Braillovým písmem – je označena na tlačítkách Braillovým písmem;
- podpisová šablona s rozlišovačem bankovek – je vyrobena z odolného plastu a usnadňuje podpis na příslušném místě;
- vodící pes (Klimentová, 2019).

1.3 Management práce sester při péči o pacienta se zrakovým postižením

Management lze definovat jako ucelený soubor ověřených přístupů, názorů, metod, ale také jako vynakládání úsilí pracovníků, kteří využívají zdroje finanční, lidské, materiálně technické, informační a časové, aby bylo dosaženo určitého předem definovaného cíle (Bednár, 2019). Management popisuje Ondriová (2021) jako určitý proces, který je tvořen ze vzájemně propojených společenských a technických činností a funkcí. Management zdravotnictví čelí nadměrně vysokým požadavkům jak ze strany pacientů, zdravotnických organizací a vlády, tak i neustále se rozvíjející vědy. Všechny tyto skutečnosti mají pozitivní efekt na zdravotnictví, ale na druhou stranu někdy není možné uspokojit tyto potřeby z důvodu nedostatku potřebných financí a vzdělávání lidských zdrojů zdravotnických organizací. Podle WHO je v současné době hlavním cílem poskytování nových, kvalitně lepších ošetrovatelských služeb prostřednictvím efektivního řízení ošetrovatelství na profesionální úrovni.

Oblast zdravotnictví, zdravotnických služeb a poskytování péče má svá specifika, jak uvádí Hekelová (2012). Tato specifika z oboru ošetrovatelství vytvářejí něco zcela jedinečného a svébytného. Na všechny členy týmu, zaměstnance a zejména manažery jsou kladeny zvláštní nároky. U těchto specifik přestávají fungovat učebnice managementu.

Nároky na výkon povolání sester jsou velmi vysoké, a přesto profese sestry bohužel nemá takovou společenskou prestiž a uznání, jaké by si zasloužila. Sestra je v očích pacientů člověk, který má pochopení pro jejich obtíže a problémy, provází je onemocněním a je ochoten jim pomoci ruku v ruce s laskavostí a tolerancí (Zacharová, 2017). Sestra v současné době zastává při výkonu své profese roli ošetrovatelky, komunikátorky, edukátorky, poradkyně a zároveň je pacientovou advokátkou. Je rovněž nositelkou změn, manažerkou a výzkumným pracovníkem, jak uvádí ve své knize (Špirudová, 2015). Všechny tyto činnosti dělají ze sestry profesionála, který pomáhá nemocným při zvládnutí náročných životních situací. Poskytování kvalitní ošetrovatelské péče, jak popisuje Bednařík (2020), je nemyslitelné bez komunikace mezi zdravotníkem a nemocným nebo mezi členy zdravotnického týmu. Komunikace je dovednost, kterou můžeme rozvíjet po celý život.

Základem všech činností, které sestry vykonávají a neoddělitelnou součástí jejich práce v oblasti ošetrovatelství, jak uvádí Plevová (2019), je právě komunikace. *Termín*

komunikace pochází z latinského slova comunico, communicare, což znamená sdílet s někým něco. Pojem komunikace není jednoduché definovat. Od sestry se vyžaduje především empatické naslouchání a jasné porozumění verbálním i neverbálním projevům. Komunikaci sestry používají k získání informací, motivaci, edukaci, navození důvěry, budování vztahu sestra–pacient, k rozvoji interpersonálních vztahů mezi členy multidisciplinárního týmu apod. Pro sestru jsou rozvoj a udržování komunikačních a interpersonálních zručností nepostradatelné. Sestry, které účinně komunikují, jsou úspěšnějšími iniciátorkami změny zaměřené na upevnění zdraví, lépe vytvářejí důvěrný vztah s pacientem a jeho blízkými a předcházejí právním problémům spojeným s ošetrovatelskou praxí (Plevová, 2019, str. 9).

Dle Klímové (2019) rozlišujeme tři základní formy komunikace:

- Verbální komunikace – komunikace prostřednictvím jazyka a řeči. Způsob této komunikace lze hodnotit pozitivně, neboť přináší okamžitou zpětnou vazbu, úsporu času, je rychlá a účinná.
- Neverbální (nonverbální) komunikace – můžeme ji definovat jako řeč těla. Jedná se o neverbální projevy, které naznačují emocionální stav, interpersonální postoje, podporují a nahrazují řeč. Vyjadřují postoj jedince k dané záležitosti výrazem obličeje, pohyby, gesty, dotekem, pohledem, tónem řeči a úpravou zevnějšku (Bruno, 2013).
- Písemná komunikace – Martynek (2020) ji definuje jako zprostředkovanou formu komunikace pomocí písma, zosobňuje komunikaci. Výhodou této komunikace je možnost přípravy.

1.3.1 Efektivní komunikace se zrakově postiženým

Zacharová (2016) ve své knize uvádí, že je nesmírně komplikované a obtížné vnímat svět bez pomoci zraku. Zrakově postiženému je třeba dát více času pro jednání, neboť hmatové vnímání je pomalejší. Zrakově postiženého stresuje urychlování jednotlivých činností a připadá si neschopný a zbytečný. Zrakově postižené osoby potřebují cítit, že mohou samostatně jednat, samy se zorientovat nebo se obsloužit. Omezené kvality či schopnosti zrakově postiženého jsou následkem toho, že nevidí. Je tedy nutné si uvědomit, že slepota zpomaluje, a brát na tento fakt ohled. Dle Šumníkové (2021) není nutné se v rámci komunikace se zrakově postiženým vyhýbat slovům souvisejícím s názorností vidění, jako např. koukněte se, podívejte se apod. Důležité je ale používat pojmy směrové,

zejména v rámci pohybu, jako „vlevo, vpravo, vepředu, vzadu, nahore, dole“, naopak se musíme vyvarovat pojmům „tady, tudy, takhle“. Každý člověk, jak popisuje ve své knize Plevová (2019), chce být vnímán a žít jako samostatná a nezávislá osobnost. Pro zrakově postiženého není žádný problém např. najít se samostatně, obléct se, ale velmi často dochází k tomu, že je vystavován neustálým radám a povzbuzování, byť jsou především od osob blízkých míněny z důvodů ryze pozitivních. Pokud máme potřebu pomoci, je vhodnější udržovat plynulou konverzaci, jelikož ticho znamená pro zrakově postiženého, že něco není v pořádku. Poskytnout pomoc je žádoucí pouze v okamžiku, kdy nás o to dotyčný požádá. Dle Wienera (2017) je zcela zásadní oslovení zrakově postiženého před každým kontaktem, tedy i slovním, aby věděl, že následující sdělení se týká jeho. Verbální kontakt musí vždy předcházet kontaktu fyzickému. Důležité je představit se jménem, neboť za určitých okolností se mohou zrakově postiženým plést i hlasy blízkých. Zásadní při komunikaci se zrakově postiženým je mluvit přímo na něj, pokud bychom směřovali komunikaci jinam, můžeme u zrakově postiženého navodit pocit nedůležitosti, podceňování či nejistoty. Ptáček (2011) zdůrazňuje, že v rámci efektivní komunikace s člověkem se zrakovým postižením je důležité vždy danou osobu předem slovně informovat, než s ní začneme manipulovat či se jí nějak dotýkat. Je vhodné rovněž hlásit každý odchod během komunikace. Musíme vhodně zrakově postiženého seznámit s novým prostředím, učinit co nejpřesnější popis jeho okolí a snažit se věci nepřemísťovat.

1.3.2 Oblast ambulantní péče, příjem pacienta

Poskytování ošetrovatelské péče osobám se zrakovým postižením má svá specifika, která je nutné znát, a každý člen zdravotnického týmu by je měl respektovat, jak zmiňuje ve své knize Kuzníková (2011). Přichází-li zrakově postižený pacient do zdravotnického zařízení, měl by ho být schopen informovat již pracovník recepce a podle potřeby jej doprovodit k příslušné ordinaci. Někteří zrakově postižení pacienti mohou mít s sebou průvodce, a tak jim musíme vstup s doprovodem umožnit. Pokud si pacient přeje vstoupit do ordinace sám, je úkolem personálu, aby zrakově postiženému pomohl s orientací při vstupu do ordinace a následně v ordinaci samotné. Jestliže je zrakově postižený držitelem vodícího psa, má právo vstoupit do ordinace se psem. V situaci, kdy hygienická opatření brání vstupu s vodícím psem, musíme vše taktně a podrobně vysvětlit. Musíme si uvědomit, že pacient se zrakovým postižením si nepřechte naši identifikační cedulku, je tedy nutné se ihned při vstupu pacienta do ordinace představit a také ho upozornit na

ostatní přítomné osoby. V rámci ambulance a celé kliniky se pacient musí seznámit s velkým počtem personálu, je proto vhodné se při každé komunikaci s pacientem opětovně představit. Pokud zahajujeme komunikaci se zrakově postiženým, je vhodné ho oslovit, aby poznal, že informace jsou určeny jemu. Slouka (2013) popisuje, že po vstupu do ordinace se musí pacient v ordinaci zorientovat. Seznámíme ho tedy s prostorem ambulance, s přítomností jiných osob a pomůžeme mu s nalezením židle či lehátka. Při popisu místnosti a přístrojů postupujeme od celku k jednotlivostem. Při popisu je třeba se vyhnout neurčitým výrazům, jako např. „*tamto držátko, tamtím směrem*“. Pacient se nejspíše bude s některými věcmi chtít seznámit sám hmatem. Je vhodné tuto část neurychlovat a na pacienta v žádném případě nespěchat. Pokud se s pacientem dohodneme, může vidoucí uchopit ruku pacienta a položit ji na popisovaný přístroj, nábytek apod. Základem pro účelný průběh vyšetření, jak uvádí Finková (2013), je komunikace. Je důležité se zrakově postiženým mluvit jako rovný s rovným, přirozeně a otevřeně jako s jiným pacientem. Hrubou chybou, které se často personál dopouští, je přehlížení zrakově postiženého a vedení komunikace s jeho doprovodem. Je to nedůstojné a neetické vůči postiženému. Pacient má poruchu zraku, nikoli mentální onemocnění. Slowík (2022) uvádí, že musí být respektována práva pacienta a lidská důstojnost v každém okamžiku. Samotná vyšetření jsou doprovázena nejistotou a obavami. Pocit nejistoty se u zrakově postižených samozřejmě zvyšuje. Zde je proto nutný profesionální přístup všech členů zdravotnického týmu. Zrakově postižený pacient musí být podrobně informován o tom, co bude probíhat. Pacientovi je nutné popsat vše, co budeme dělat, nestačí výkon či zákrok pouze popsat, ale je potřeba vysvětlit, kdy bude výkon zahájen, a ověřit si, zda je pacient připraven. Vše, co budeme dělat, je nutné popisovat i v průběhu výkonu. Zcela zásadní je dle Finkové (2013) seznamování zrakově postiženého pacienta s dokumenty (recepty, informované souhlasy, příbalové letáky atd.). Lékař by měl v ordinaci zrakově postiženému poskytnout všechny potřebné informace, které si mohou ostatní vidomí pacienti sami přečíst v ordinaci nebo v obdržené dokumentaci. Dokumenty, se kterými je nutno seznámit pacienta ihned, je nutno nevidomému přečíst a řádně zodpovědět na jeho dotazy. Zrakově postižený pacient má právo si pořizovat zvukový záznam čtených informací. Zrakově postižení mohou využít různé sociální služby k následnému přečtení potřebných dokumentů, např. poradenské, pomoc dobrovolníků, předčitatelské apod. Pokud je zrakově postižený řádně seznámen s dokumentem a souhlasí s jeho podpisem, je nutné si ověřit, kterou rukou píše, a do té mu vložit tužku. Ukazovák druhé ruky mu položíme do místa podpisu a naznačíme směr

podpisu. Podepisovaný dokument po celou dobu pevně přidržujeme. Někteří zrakově postižení používají pro podpis šablonu.

Při jednání se zrakově postiženými je důležité mít na mysli, že jsou to lidé zcela normální a mají své přednosti a nedostatky jako ostatní vidomí lidé. Jsou mezi nimi lidé výjimeční, inteligentní i méně nadaní. Stejně důležité je si uvědomit, že se zrakově postiženými musíme jednat přirozeně (Kopecká, 2015).

1.3.3 Oblast lůžkové péče, hospitalizace pacienta

Hospitalizaci popisuje Kebza (2017) ve své knize jako vícedenní léčbu pacientů v lůžkovém zdravotnickém zařízení, které nelze léčit ambulantně. Hospitalizace může být plánovaná nebo se může jednat o urgentní příjem, v každém případě je hospitalizace méně vítanou a očekávanou situací v životě. Každé onemocnění působí na každého z nás velmi negativně a ovlivňuje naše chování a reakce, emoční projevy, případně i některé rysy osobnosti.

Hospitalizace neboli pobyt v nemocnici patří podle Ptáčka (2014) mezi náročné životní situace pro každého z nás. Ocitáme se v neznámém prostředí, musíme se přizpůsobit určitým pravidlům, podstupujeme řadu vyšetření a zákroků, máme možné obavy z diagnózy nebo z potřebné léčby. To vše může způsobovat velký pocit nejistoty u každého z nás. Pokud je pacient navíc zrakově postižený, jeho nejistota a obavy jsou o to větší. Jedná se zpravidla o ty nejsložitější situace pro zrakově postižené.

- **Příjem, bezpečný pohyb a orientace na oddělení**

Zrakově postižení mají domácí prostředí přizpůsobené svým potřebám, v tomto prostředí jsou orientovaní, soběstační a cítí se relativně bezpečně. Velká část pobytových zařízení bohužel zcela nepočítá s hospitalizací pacientů se zrakovým postižením. Prostory těchto zařízení nebývají bezbariérové, naprostá většina informací má vizuální charakter a je tedy zrakově postiženému nedostupná, tudíž se okolní prostředí může stát pro něj nebezpečné. Růžičková (2017) vysvětluje ve své knize, že nevidomý člověk se seznamuje s novým prostředím pomaleji a většinou potřebuje dopomoc další osoby, která mu nové okolí popíše a umožní mu osvojit si ho. Jelikož osoby se zrakovým postižením nemají možnost, nebo jen velmi omezenou, přijímat informace vizuálně, jsou kladeny velké nároky na jejich paměť. Pokud se má osoba se zrakovým postižením zorientovat na nemocničním pokoji a postupně na celém oddělení, znamená to opravdu velké množství informací,

kteřé si musí přesně zapamatovat. Zřakově postiženého je potřeba nejprve seznámit s uspořádaním pokoje. Celý prostor podrobně popíšeme, společně projdeme a seznámíme ho s rozmístěním věcí v místnosti. Pokud pacienta doprovází příbuzný, sociální pracovník nebo dobrovolník, můžeme po společném souhlasu toto seznamování přenechat na nich. Nikdy bychom se neměli obávat požádat o pomoc přímo pacienta se zřakovým postižením, může být dobrým poradcem pro vidoucí. Při popisu prostředí, ale i v rámci celé komunikace je důležité vyvarovat se slovům jako „*tady, tam*“, naopak se snažíme být konkrétní a volit vyjádření např. „*po vaší levé ruce, krok před vámi*“ apod. Pacientům je vhodné nabídnout pokoj s vlastním sociálním zařízením, neboť jim umožňuje lépe si přizpůsobit prostředí a ostatní pacienti mu nenarušují pořádek ve věcech. Nemocniční prostředí, jak popisuje Slouka (2013), často bývá komplikovaně uspořádané a pro osobu se zřakovým postižením může mít řadu nebezpečných nástrah. Může se jednat např. o mokrou podlahu, pojízdné stolky, stojany apod. Je důležité pacienta i jeho doprovod a zejména personál upozornit na toto možné nebezpečí, případně zajistit dočasné organizační změny po dobu hospitalizace pacienta se zřakovým postižením.

- **Doprovod osoby zřakově postižené**

V rámci pobytu v nemocničním zařízení jsou pacienti často odesíláni k vyšetřením na jiné kliniky. Pro osobu se zřakovým postižením je tento úkol velice obtížný a mnohdy spíše nereálný. Zřejmě jedinou vhodnou možností je pacienta doprovodit na potřebná vyšetření. Klimentová (2019) vysvětluje, že zajištění doprovodu má ovšem také svá zásadní pravidla. Při chůzi se drží zřakově postižený průvodce zezadu za paži, těsně nad loktem. Držení musí být jisté, ale ne křečovitě. Prsty paži nesvírají, pouze ji obemykají. Zřakově postižený nejde nikdy před průvodcem, ale vždy půl kroku za ním. Takto je zajištěna optimální bezpečnost a jistota zřakově postiženého, neboť na případné překážky reaguje dříve průvodce. Pokud by člověk se zřakovým postižením šel před průvodcem, je zbytečně vystaven psychickému vypětí, může být zraněn, protože průvodcovo zorné pole je zúženo, a tak může překážky snadno přehlédnout či na ně reagovat opožděně. Zřakově postižený musí být neustále ve stavu bdělé pozornosti, stejně jako při chůzi s holí. Musí včas a správně reagovat na pohyby a pokyny průvodce, sledovat prostor, kterým se pohybuje, nesmí se příliš rozptylovat hovorem a vždy musí být připraven k reakci. Tyto zásady platí i pro průvodce, ten se musí plně soustředit na prostor, kterým procházejí, vnímat plnou šířku i výšku trasy a přizpůsobit tempo chůze schopnostem zřakově

postiženého. Zrakově postižený se má vždy pohybovat na bezpečnější straně. Toto pravidlo vede za určitých okolností k porušení zásad společenského chování. V průběhu chůze není nutné ani slovně upozorňovat na jednotlivé změny, pokud je správná a včasná reakce průvodce a zrakově postiženého. Dodržení správných zásad chůze s průvodcem umožňuje velice plynulé a bezpečné zvládnání i velmi členitých a náročných tras. Při chůzi po schodišti je třeba se před začátkem schodiště zastavit a zrakově postiženého informovat o situaci. Ke schodišti přistupujeme vždy kolmo, což vylučuje spolu s včasnou informací nejistotu zrakově postiženého i možnost jeho klopýtnutí či pádu. Při chůzi do schodů nebo ze schodů je důležitá dostatečná vzdálenost mezi průvodcem a zrakově postiženým, která umožňuje včas reagovat na změny. Při procházení dveřmi jde vždy průvodce první, zrakově postižený dveře otevírá a zavírá. Průvodce rukou, kterou vede zrakově postiženého, uchopí kliku. Zrakově postižený volnou rukou sjede po průvodcově paži až ke klice a sám dveře otevře a zavře. Zrakově postižený stojí vždy na té straně, na kterou se dveře otevírají a zavírají (Růžičková, 2017).

- **Stravování, podávání léků**

Pokud je hospitalizován pacient se zrakovým postižením, je vhodné mu zajistit v rámci stravování samostatný stůl, jestliže je to v možnostech oddělení. Pacientům tím zajistíme klid, potřebný čas a soukromí, také eliminujeme potencionální riziko záměny stravy např. vzhledem k dietě. Konzumace jídla patří k nejnáročnějším činnostem pro zrakově postižené. Při stravování je tak velice důležitá dopomoc personálu. Zrakově postižený může mít problém s nakrájením jídla, rozmístěním věcí na jídelním stole (např. kořenky, příbor, nápoje, ubrousky) apod. Je vhodné se s pacientem předem domluvit, zda chce být u jídla sám, jestli potřebuje jídlo nakrájet, případně podávat na hlubokém talíři. Neméně důležité je seznámit pacienta s jídlem, které dostal, a popsat jeho rozmístění na talíři. Snažíme se, abychom u pacienta podporovali a rozvíjeli samostatnost, ale zároveň nevyvolávali pocit méněcennosti či studu, jak popisuje Kotvová (2018). Podávání léků je velice specifickou činností v rámci kompetence sester. V případě podávání léků zrakově postiženým je situace náročnější, neboť pacient nemůže provést sám kontrolu podávaných léků zrakem. Není vhodné nechávat pacientovi léky na nočním stolku, ale opět bychom si měli stanovit s pacientem společná pravidla při podávání léků. Pacientovi nabídneme pomoc, a pokud dojde ke změně užívaných léků, pacienta s důvody a novým lékem seznámíme např. prostřednictvím hmatu (Růžičková, 2017).

- **Vodící pes**

Vodící pes, jak popisuje Tvrdá (2020), je speciálně vycvičený pes pomáhající nevidomým. Vodící pes provází nevidomou či slabozrakou osobu a pomáhá jí v běžném životě, a to zejména při pohybu venku. Pokud vodící pes doprovází osobu se zrakovým postižením k vyšetření nebo hospitalizaci, musí mít platné a zákonem nařízené očkování, být ošetřen proti vnějším a vnitřním parazitům. Majitel vodícího psa toto dokládá Mezinárodním očkovacím průkazem. Vodící pes musí být řádně označen jako vodící, a to zpravidla postrojem a vestičkou. Vodící pes může být přítomen, pokud hygienická nařízení poskytovatele zdravotních služeb toto umožňují (výjimkou může být např. oddělení JIP) a pokud pacient je schopen se o vodícího psa řádně postarat, zejména s ohledem na krmení a venčení. Pacient s vodícím psem by měl mít přidělen samostatný pokoj. Pobyt vodícího psa nesmí narušovat provoz a nesmí omezovat práva ostatních pacientů. Personál je povinen dodržovat zásady pro kontakt s vodícím psem:

- vodícího psa nevyrušujeme při práci a nedožadujeme se jeho pozornosti (voláním, hvízdáním apod.);
- bez souhlasu majitele na vodícího psa nesaháme, nenabízíme mu jídlo či pamlsky;
- pomáháme-li zrakově postiženému, nemanipulujeme se psem (Tvrdá, 2020).

1.3.4 Obecné zásady komunikace se zrakově postiženým

V rámci vyšetření, hospitalizace, doprovodu a komunikace osoby se zrakovým postižením je třeba respektovat řadu pravidel a vhodných postupů, které byly výše podrobně popsány. V rámci běžných oddělení a provozů se personál nejspíš neseťkává tak často s osobami těžce zrakově postiženými, a proto si v některých směrech nemusí být jistý nejvhodnějším způsobem komunikace a jednání se skupinou těchto pacientů. Mezi základní pravidla uváděná NPI ČR (2020), která bychom měli mít všichni v povědomí, ať už zdravotníci, nebo laická veřejnost, patří:

- Přirozené chování a jednání – osoby se zrakovým postižením jsou lidé stejní jako my.
- Je vhodné, abychom pozdravili jako první, osoba se zrakovým postižením nemusí zaznamenat, že jsme přišli.
- Zrakově postiženého je třeba před každým kontaktem oslovit, aby věděl, že informace jsou určeny jemu.

- Při každé komunikaci je třeba se představit např. jménem nebo se jinak identifikovat.
- V rámci rozhovoru mluvíme vždy přímo na osobu zrakově postiženou a díváme se jí do očí.
- Při komunikaci není nutno se vyhýbat slovům, která souvisejí s názorností a viděním, ale je naopak nutné používat pojmy směrové.
- Pokud při rozhovoru potřebujeme odejít, musíme s tím zrakově postiženého seznámit.
- Zrakově postiženému je třeba dát dostatek času pro samostatné jednání.
- V případě, že má zrakově postižený doprovod, neobracíme komunikaci na doprovod, hovoříme pouze se zrakově postiženým.
- Pokud chceme zrakově postiženému pomoci, udělejme to, ovšem nevnučujme se.

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 *Výzkumné cíle*

1. Zhodnotit připravenost a zkušenosti sester při poskytování péče pacientům se zrakovým postižením.
2. Zhodnotit management práce sester při poskytování ošetrovatelské péče pacientům se zrakovým postižením.
3. Zmapovat nejčastější potřeby pacientů se zrakovým postižením při příjmu a hospitalizaci.
4. Zmapovat nejčastější problematické oblasti ošetrovatelské péče u pacientů se zrakovým postižením při příjmu a hospitalizaci.

2.2 *Výzkumné otázky*

1. Jaké jsou zkušenosti a připravenost sester při poskytování péče pacientům se zrakovým postižením?
2. Jaký je management práce sester při poskytování péče pacientům se zrakovým postižením?
3. Jaké jsou nejčastější potřeby pacientů se zrakovým postižením při příjmu a hospitalizaci?
4. Jaké jsou nejčastější problematické oblasti ošetrovatelské péče u pacientů se zrakovým postižením při příjmu a hospitalizaci?

3 METODIKA

3.1 *Metodika výzkumu*

Empirická část diplomové práce byla zpracována formou kvalitativního šetření. Technikou sběru dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, který umožňuje získání podrobných informací k výzkumným otázkám. Do výzkumného šetření byly zahrnuty dvě skupiny respondentů. Jedna skupina byla tvořena sestrami, které během své praxe již zajišťovaly péči o pacienty se zrakovým postižením. Druhou skupinu představovali pacienti se zrakovým postižením, kteří mají zkušenost s hospitalizací ve zdravotnickém zařízení. Rozhovory probíhaly ve zdravotnických zařízeních na interních a chirurgických odděleních lůžkové i ambulantní části. Kompetentní zástupci těchto zařízení po žádosti vyjádřili souhlas s realizací výzkumného šetření.

Výzkumné šetření probíhalo v období prosinec 2023 až leden 2024 a bylo zcela anonymní. Všichni participanti byli ještě před zahájením výzkumného šetření ujištěni, že šetření probíhá zcela anonymně a že zjištěné výsledky budou využity pouze pro účely praktické části této diplomové práce. Zároveň byli seznámeni s cíli a výzkumnými otázkami diplomové práce. Rozhovory byly nahrávány na záznamové zařízení po předchozím souhlasu participantů a každý dotazovaný byl informován, že zvukový záznam bude po přepsání do textové formy smazán. Rozhovory s oběma skupinami probíhaly v rámci osobního setkání na základě předem připravených otázek.

Rozhovor se sestrami obsahoval 28 otevřených otázek (viz příloha č. 1) rozdělených do 4 kategorií a podkategorií. Každý rozhovor trval přibližně 45 minut. V úvodu byly otázky zaměřeny na zjištění identifikačních údajů o délce praxe, dosaženém vzdělání, zaměření pracoviště. Cílem následující skupiny otázek bylo zjistit, jak často se sestry setkávají při své práci s pacienty se zrakovým postižením, jak závažné bylo jejich zrakové postižení a jak vedli komunikaci s těmito pacienty. Další otázky se zaměřovaly na příjem pacientů se zrakovým postižením k hospitalizaci, seznamování pacientů s provozem a vybavením daného oddělení, předávání potřebných informací, získávání souhlasů, uspokojování potřeb těchto pacientů. Cílem všech pokládaných otázek bylo zjistit, jaké mají sestry zkušenosti s ošetřováním pacientů se zrakovým postižením a kde ze svého pohledu spatřují největší problémy v rámci uspokojování potřeb těchto pacientů.

V rozhovorech s pacienty bylo použito celkem 18 otázek (viz příloha č. 2), které byly rozděleny do 3 kategorií a podkategorií. Rozhovor s každým pacientem trval přibližně 30 minut. Otázky byly zaměřené na zjištění závažnosti jejich zrakového postižení a na zkušenosti těchto pacientů s hospitalizací ve zdravotnickém zařízení. Zkoumáno bylo především, jak jsou pacienti se zrakovým postižením seznámeni s provozem oddělení, jaká je úroveň komunikace s personálem a zda byly dostatečně uspokojovány jejich potřeby. Cílem otázek v rozhovoru bylo zjistit, jaké mají pacienti se zrakovým postižením zkušenosti s hospitalizací ve zdravotnickém zařízení a jaké jsou nejčastější problémy, se kterými se v rámci hospitalizace a komunikace s personálem setkávají.

Všechny rozhovory se sestrami a pacienty byly nahrávány na záznamové zařízení, následně byly tyto rozhovory doslovně přepsány, včetně nespisovných výrazů. Výsledky jednotlivých rozhovorů byly zpracovány metodou otevřeného kódování, technikou tužka/papír.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Záměrným výběrem byly zvoleny dva výzkumné soubory. První výzkumný soubor byl tvořen celkem 7 sestrami. Kritériem pro výběr souboru z řad sester byla minimálně pětiletá délka jejich dosavadní praxe a především zkušenosti s poskytováním péče osobám se zrakovým postižením v ambulantním či lůžkovém provozu. Druhý výzkumný soubor tvořilo celkem 7 pacientů s různou mírou zrakového postižení, kteří již měli zkušenosti s hospitalizací ve zdravotnickém zařízení. Z důvodu zachování anonymity respondentů byly rozhovory se sestrami označeny písmenem S a rozhovory s pacienty písmenem P. Pro lepší orientaci a přehlednost byla k písmenům přiřazena i čísla, která určovala pořadí rozhovoru. Rozhovory se sestrami jsou tedy uváděny S1–S7, rozhovory s pacienty P1–P7.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Tabulka 1 Charakteristika výzkumného vzorku S1–S7

	Nejvyšší dosažené vzdělání	Celková doba praxe	Charakteristika oboru	Charakteristika provozu
S1	SŠ – všeobecná sestra	27 let	Interní obor	Lůžkové oddělení
S2	VŠ – všeobecná sestra, ARIP	18 let	Chirurgický obor	Lůžkové oddělení
S3	SŠ – praktická sestra	6 let	Interní obor	Ambulance
S4	VŠ – všeobecná sestra	22 let	Chirurgický obor	Lůžkové oddělení
S5	SŠ – všeobecná sestra	19 let	Chirurgický obor	Lůžkové oddělení
S6	VŠ – všeobecná sestra, ARIP	17 let	Interní obor	Ambulance
S7	VŠ – všeobecná sestra	24 let	Interní obor	Lůžkové oddělení

(Zdroj vlastní)

Tato část diplomové práce se bude zabývat rozбором výsledků získaných na základě polostrukturovaného rozhovoru vedeného s výzkumným souborem S1–S7. Pro větší přehlednost základních údajů byla pro tento soubor vytvořena tabulka (viz tab. 1). Kódováním a následnou kategorizací byly získané výsledky analyzovány a rozděleny do 4 kategorií a několika podkategorií. Cílem první kategorie bylo blíže charakterizovat pacienty se zrakovým postižením, jimž byla dotazovanými sestrami poskytována ošetrovatelská péče. Druhá kategorie zkoumala, jakým způsobem tyto sestry komunikují se zrakově postiženými pacienty při poskytování ošetrovatelské péče. Třetí kategorie se zabývala informovaností pacientů se zrakovým postižením a využívání kompenzačních pomůcek při příjmu a hospitalizaci. Ve čtvrté kategorii bylo cílem otázek zhodnotit, jak byly uspokojovány potřeby pacientů se zrakovým postižením a na jaké problematické oblasti sestry při poskytování této ošetrovatelské péče nejčastěji narážely.

4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů s S1–S7

Kategorie č. 1: Pacient se zrakovým postižením

Kategorie č. 2: Komunikace se zrakově postiženým

Subkategorie č. 1: Komunikace s pacientem

Subkategorie č. 2: Komunikace s doprovodem

Subkategorie č. 3: Zásady komunikace

Kategorie č. 3: Hospitalizace pacienta se zrakovým postižením

Subkategorie č. 1: Příjem

Subkategorie č. 2: Informovanost

Subkategorie č. 3: Kompenzační pomůcky

Kategorie č. 4: Uspokojování potřeb u pacientů se zrakovým postižením

Subkategorie č. 1: Soběstačnost

Subkategorie č. 2: Bezpečí

Subkategorie č. 3: Ošetrovatelské problémy

Kategorie 1 – Pacient se zrakovým postižením

V této kategorii se zabýváme tím, jak často se dotazované sestry setkávají s pacienty se zrakovým postižením a jak závažné bylo zrakové postižení těchto pacientů.

Sestra S1 se s pacientem se zrakovým postižením setkává v rámci své praxe zřídka: *„Občas, je to spíše výjimečně, pokud se budeme bavit zejména o vážném postižení, jako je nevidomý pacient.“* A k závažnosti zrakového postižení těchto pacientů uvádí: *„Za mou dlouhou praxi jsme tu měli několik nevidomých. O něco více pacientů, kteří neviděli jen na jedno oko nebo ho neměli, a více těch, kteří měli zbytky zraku.“* Podobně odpověděla také sestra S3, S5 a S6.

Sestra S7 odpověděla, že pacienti s lehkým zrakovým handicapem asi uniknou její pozornosti, ale k otázce četnosti pacientů s vážným zrakovým postižením uvádí: „*Nedá se říct, že pravidelně, ale občas tu máme pacienta se zrakovým handicapem, zcela nevidomé jsme tu měli několikrát.*“

Zcela jinou zkušenost mají sestry S2 a S4. Sestra S2 odpověděla na otázku četnosti kontaktu se zrakově postiženými následovně: „*Poměrně často tu máme zrakově postižené. Jsme v určitém směru specifické oddělení, kde máme hospitalizované pacienty, kteří často v rámci svého úrazu utrpí i poranění v obličejové části.*“ K závažnosti jejich zrakového postižení uvádí: „*Někdy se jedná jen o lehké úrazy, ale neřídka také o závažné poranění obou očí a bohužel někteří z těchto pacientů následkem úrazu oslepnou.*“ Velmi podobné zkušenosti má i sestra S4, která říká: „*Poměrně pravidelně tu máme hospitalizované pacienty s nějakým handicapem, někdy jsou to pacienti se sluchovým, někdy se zrakovým handicapem.*“ Na otázku, jak závažné bylo jejich zrakové postižení, odpovídá: „*Je to různé, někteří byli zcela nevidomí, někteří se zbytky zraku nebo se zrakovým postižením pouze jednoho oka, to bylo dost často v souvislosti s úrazem. V současné době tu máme hospitalizovaného pacienta, který doma vyráběl nějakou chemikálii, došlo ke vznícení a utrpěl těžká poranění, včetně poleptání obou očí.*“

V této souvislosti byla prostřednictvím dalších otázek zjišťována etiologie zrakového postižení hospitalizovaných pacientů, a zda pacienti přicházejí na plánovaný zákrok, nebo se jedná o urgentní příjem.

Na otázku etiologie zrakového postižení uvádějí sestry shodně, že se nejčastěji jedná o získané poškození zraku. U větší části pacientů vzniklo zrakové poškození jako důsledek úrazu, méně často jako následek jiného onemocnění.

Sestra S1 například odpověděla: „*Poslední pacient, který zde byl hospitalizován, měl téměř slepotu vzniklou v důsledku úrazu.*“ Podobně odpověděla i sestra S3: „*Ten pacient s oční protézou to měl z úrazu, ta paní oslepla nějak v průběhu posledních let.*“

Sestra S4 uvádí: „*Většinou se jedná o získané zrakové postižení a nejčastější příčinou je úraz.*“ Sestra S5 odpověděla: „*Setkala jsem se s pacientem, který byl slepý od narození, ale více jich tu bylo se získanou ztrátou – úraz, nemoc apod.*“

Také sestry S2 a S6 velmi podobně uvedly: „*Na našem oddělení se jedná spíše o zrakové postižení, které má příčinu v úrazu, ale byli tu i pacienti s vrozeným postižením očí.*“ (S2)
„*S vrozeným postižením jsem se setkala párkrát, spíše získané.*“ (S6).

Sestra S7 popsala etiologii zrakového postižení u posledních dvou pacientů následovně: „*Poslední pán, co si vzpomínám, měl oči poškozené v důsledku úrazu, druhá paní měla zbytky zraku a ten vznikl jako následek silně dekompenzovaného diabetu, stejně jako další komplikace, kvůli kterým byla u nás hospitalizovaná.*“

Další otázka, která byla sestřám položena, se týkala důvodu hospitalizace. Sestry hodnotily, zda se jednalo o urgentní, či plánovaný příjem. Sestra S1 a S7 vyhodnotily, že na jejich oddělení je počet urgentních a plánovaných hospitalizací na stejné úrovni. Sestra S1 vysvětlila: „*Na našem oddělení je to u všech pacientů tak půl na půl. Někdy více urgentů, jindy zase převažují plánované hospitalizace.*“ Velmi podobné vyhodnocení má i sestra S7: „*Na naší klinice je asi stejné procento těch, co přicházejí k plánované operaci, co přijíždějí urgentně pro dekompenzaci stavu či ataku onemocnění, někteří pacienti jsou překlady z JIPu.*“

Sestry S2, S3, S4, S5, S6 jednoznačně odpověděly, že na jejich odděleních je většina pacientů přijímána neplánovaně, urgentně.

Kategorie č. 2: Komunikace se zrakově postiženým

Stěžejním cílem této kategorie bylo zmapovat, jak sestry komunikují se zrakově postiženými pacienty, zda znají a dodržují zásady komunikace s nimi. Jelikož je otázka komunikace zcela zásadní při poskytování ošetrovatelské péče, a to nejen u zrakově postižených, ale u všech pacientů, byla tato kategorie rozdělena na další subkategorie, aby tato problematika byla blíže prozkoumána.

Komunikace s pacientem

Sestřám byla položena otázka týkající se komunikace při prvním kontaktu se zrakově postiženým v ambulantním či lůžkovém provozu.

Sestry S1 a S3 byly otázkou poněkud zaskočeny a odpověď byla spíše otázkou, jak to je tedy správně? Sestra S1 odpověděla: „*Nevím, jak vlastně funguji v praxi. Asi pozdravím, představím se a začneme řešit, co je potřebné, teď si na to dám pozor. A jak je to tedy správně?*“ Sestra S3 první kontakt popsala následovně: „*Zavolám ho jménem, když přijde*

do ambulance, tak ho pozdravím a odvedu ho k lékaři, asi nic speciálního. Pokud vidím, že se pohybuje nejistě, raději mu pomůžu, aby neupadl třeba.“

Sestry S5 a S7 při kontaktu zahajují komunikaci stejně jako s vidoucími pacienty, neshledávají nějaké zásadní odlišnosti. Sestra S5 řekla: *„Pozdravím, představím se a vysvětlím potřebné, že si ho třeba odvedu do vyšetřovny a tak.“* Sestra S7 uvedla: *„Jako s každým jiným pacientem, začínám pozdravením, oslovením a představením se.“*

Sestry S2, S4 a S6 si uvědomují důležitost prvního kontaktu a základní prvky komunikace se zrakově postiženým. Sestra S2 vysvětluje: *„Nejdříve je nutné pozdravit a oslovit pacienta jménem, aby věděl, že komunikace je směřována na jeho osobu, často k tomu přidávám i kontakt rukou na rameno.“* Sestra S4 si také uvědomuje, co je důležité dodržovat při kontaktu se zrakově postiženým: *„Nejdříve je důležité pacienta vyhledat v čekárně, oslovit ho, představit se a nabídnout mu pomoc s doprovodem na vyšetřovnu, pokud tedy (což je ve většině případů) není přivezen rychlou, a to vám pacienta předávají přímo na vyšetřovně.“*

Podobně popisuje komunikaci i sestra S6: *„Pacienty k nám vozí zejména záchranka, záleží na zdravotním stavu pacienta, někdy je čas se jen představit a během úkonů vše rychle pacientům vysvětlit a popisovat. Pokud je pacient stabilizovaný, snažím se v klidu s pacientem seznámit, vezmu ho na vyšetřovnu, kde postupuje stejně i lékař, a začneme s vyšetřením.“*

Následující otázka souvisela také s prvním kontaktem a byla specifikována na nabídnutí pomoci zrakově postiženému při prvním kontaktu.

Sestry S2, S4, S5, S6 se v odpovědi téměř shodují na tom, že pacientům je vhodné nabídnout pomoc již při prvním kontaktu. Sestra S2 odpověděla: *„Patří to více méně mezi mé první otázky, odmítnutá můžete být vždy, ale nabídnout pomoc je na prvním místě.“* Sestra S4 uvádí: *„Je to samozřejmostí, pacienti mají bolest, často jsou zmatení, a pokud k tomu ještě přidáme zrakový handicap? Je tedy nezbytné hned při prvním setkání nabídnout pomoc.“* Nad nabídnutím pomoci sestra S5 nikdy nepřemýšlela, je to přece zcela automatické. Velmi podobně odpověděla také sestra S6: *„To musíme přeci dělat u všech pacientů, pacienti k nám přicházejí z důvodu zhoršeného zdravotního stavu a očekávají pomoc.“*

Potřebu nabídnutí pomoci popisuje sestra S7 následovně: „Zcela jistě musíme nabídnout pomoc, pacienti bojují se svým zhoršeným zdravotním stavem, mají celou řadu obtíží, musejí přijmout hospitalizaci a každý z nich nějakou tu pomoc potřebuje, a tím spíš, pokud jsou nevidomí.“

Zcela odlišný názor měly sestry S1 a S3. Domnívají se, že nabídnout pomoc při prvním kontaktu je nevhodné. Sestra S1 k tomu uvedla: „To si myslím, že není vhodné, nerada bych pacienta nějak ponižila či ho uvedla do nepříjemných pocitů. To spíše, až se poznáme, později.“ Sestra S3 měla odpověď stručnou: „Pokud bude potřebovat, tak mi řekne, abych se mu hned nenutila.“

Komunikace s doprovodem

V této podkategorii byly sestry dotazovány, zdali se hospitalizovaní pacienti se zrakovým postižením dostavili k příjmu sami, nebo s doprovodem či asistentem. S přítomností doprovodu souvisela také druhá otázka této subkategorie. Sestrám byla položena otázka, jestli komunikují jen s pacientem, nebo komunikují více s jeho doprovodem.

Na otázku přítomnosti doprovodu při příjmu a hospitalizaci pacientů se zrakovým postižením odpověděly všechny sestry velmi podobně. Většinou se pacienti dostaví s doprovodem. Pokud se jedná o plánovaný příjem, dorazí někdy i s asistentem.

Situace je odlišná, pokud se jedná o neplánovaný příjem, jak vysvětluje sestra S5: „Pokud mají vážně poškozený zrak, mají většinou doprovod, ale pokud je přiveze erzeta, máme je tu většinou bez doprovodu. Situace je ale taková, že máme jen dva dvoulůžkové pokoje, tak není ani nějaká velká možnost hospitalizovat pacienty s doprovodem, většinou máme skoro stoprocentní obloženost.“

Podobně vysvětluje příjem pacientů i sestra S6: „Většinou přijde s nevidícím pacientem i doprovod, pokud je ale přiveze rychlá, dorazí doprovod většinou později.“

Odpovědi na otázku, zda sestry komunikují s pacientem, nebo spíše s jeho doprovodem, už nebyly tak jednoznačné. Sestry S2, S5 a S6 komunikují výhradně s pacientem, pokud to jeho zdravotní stav umožňuje.

Sestra S4 odpovídá: „Rozhodně s pacientem, pokud to tedy jeho zdravotní stav umožňuje. Bohužel ale vidím u kolegyně a kolegů, že mají tendenci se spíše v komunikaci obracet na

doprovod, ale to není správné. Někteří zrakově postižení mají změněný výraz tváře, ale to není důvod nekomunikovat s nimi, zejména když se jedná právě o jejich zdraví.“

Sestra S7 si uvědomuje, že je nutné komunikovat zejména s pacientem: „Rozhodně s pacientem, ale musím uznat, že je to nešvar napříč všem zdravotníkům. Jakmile je pacient malinko zmatený nebo handicapovaný, mají všichni tendenci komunikaci obracet na doprovod. Snažím se vždy zasáhnout, ale nedělají to jen sestry, ale i lékaři.“

Sestra S1 popsala komunikaci s pacientem takto: „Někdy to svádí mluvit a vysvětlovat některé skutečnosti přímo doprovodu. Vím, že je to nevhodné, je to asi tím, že zrakově postižení mají často oči upřené jiným směrem nebo mají oči zakalené. Jsem z toho prostě nervózní. Má pravdivá odpověď je: spíše s doprovodem.“

Sestra S3 odpověděla rychle a jednoznačně: „S doprovodem je to rychlejší, všechno rychle pochopí a potřebné přečte pacientovi a nám to urychlí práci.“

Zásady komunikace

Efektivní komunikace s pacientem je zcela zásadní pro navázání kontaktu a spolupráci. Každá komunikace má také jistá pravidla, která bychom měli dodržovat a respektovat. Je důležité si tyto zásady uvědomovat při komunikaci s pacienty a o to více při komunikaci se zrakově postiženými. Sestrám byla položena otázka, zda znají a mohou uvést některé zásady verbální a neverbální komunikace se zrakově postiženými, zda někdy měly možnost se zúčastnit semináře či školení zaměřeného na komunikaci se zrakově postiženými a jaké shledávají přínosy těchto školení pro praxi.

Sestra S1 a S3 si neuvědomují nějaké zásadní rozdíly při komunikaci s vidoucím nebo zrakově postiženým pacientem. „Pokud se jedná o verbální komunikaci je to stejné jako u vidících pacientů. Musíte pozdravit, vzájemně se představit a asi podrobněji vysvětlit některé věci. V rámci neverbální komunikace je asi vhodné se třeba domluvit, že ho chytím za ruku a někam doprovodím, něco mu podám, to asi záleží na konkrétní situaci.“

(S1) „V rámci verbální komunikace asi nic zásadního není, při neverbální asi nabídnout doprovod po klinice nebo vysvětlit, jak pacient najde potřebnou vyšetřovnu.“ (S3)

Některé zásady verbální a neverbální komunikace se zrakově postiženými ostatní sestry znají a uvědomují si důležitost jejich dodržování. Sestra S2 vysvětluje: *„Jak už jsem uváděla, v rámci verbální komunikace je důležité pozdravit a oslovit pacienta a zahájit*

komunikaci. V rámci neverbální komunikace je velmi mnoho specifických činností, jak komunikovat s pacientem, který má zrakové postižení. Takovému pacientovi musíte věnovat dostatek času, vše podrobně popsat a vysvětlit. Musíme mu nechat předměty osahat a neustále s ním komunikovat.“

Sestry S4, S5 a S7 velmi hezky popisují zásady komunikace: „Důležité je pacienta oslovit, představit se, nabídnout mu doprovod na vyšetřovnu a bez přihlížejících vysvětlovat, co se asi bude dít. Pokud to situace umožňuje, popsat vyšetřovnu, pacienta usadit nebo uložit na bezpečné místo a hlavně komunikovat. Myslím, že u zrakově postižených o to více. Je nutné při každé činnosti vysvětlovat, co budeme provádět, a zajistit při každém pohybu maximální bezpečnost pacienta.“ (S4) „Úplné zásady podle knih neznám, ale vychází to tak nějak ze situace. Musíme si uvědomit, že ten člověk nevidí, a podle toho k němu přistupovat. Několikrát jsem se i zasekla, když jsem řekla, za chvíli uvidíte, bylo mi to hrozně trapné, ale pacient mi vysvětlil, že je to naprosto v pořádku. Je potřeba více vysvětlovat pohyb jako po pravé ruce, krok před vámi apod.“ (S5) „Důležité je vždy oslovení, aby pacient věděl, že komunikace směřuje k němu. Pacientům se zrakovým handicapem je důležité vše pečlivě vysvětlovat a popisovat, každou činnost a výkon oznámit dopředu. Je to vždy trochu náročnější, ale třeba tady u toho posledního pacienta nám hodně pomáhala jeho žena.“ (S7)

Na otázku zásad komunikace uvádí sestra S6: „Zásadním pravidlem při kontaktu s každým pacientem je komunikace, na to se snažím klást důraz u všech svých kolegů. Při ošetřování zrakově postiženého je důležité na veškeré činnosti a úkony pacienta upozornit dopředu. Je důležité popsat mu, co se bude dít, kam ho budeme přemísťovat. Většina našich pacientů zůstává na vyšetřovně i stacionáři na lůžku pod stálým dozorem personálu, je to tedy zase o komunikaci. Zejména je to úkol sestřiček a sanitářů, kteří jsou s pacientem po celou dobu čekání na výsledky.“

S touto podkategorií také souvisela druhá otázka, kde jsme se sester dotazovali, zda měly možnost zúčastnit se semináře zaměřeného na komunikaci či poskytování péče osobám se zrakovým postižením a jaká shledávají pozitivita pro praxi v těchto seminářích.

Sestra S1 odpovídá: „Seminář jsem žádný nenavštívila, ale máme na oddělení velkou brožuru z nějaké agentury pro nevidomé a tam jsou popsané postupy. Je to určitě přínosné, když něco potřebujeme vědět.“

Sestra S3 a S5 se také žádného semináře nezúčastnily, ale jak vysvětluje sestra S5, semináře by se ráda zúčastnila a bylo by to jistě přínosné: *„Ne, ani se ke mně taková pozvánka nedostala, ale mohlo by to být zajímavé a rozhodně efektivní pro personál. To víte, ale muselo by to být v rámci našeho zařízení nebo v pracovní době. Většina z nás už nemá čas ani sílu ve volném čase navštěvovat školení.“*

Sestra S3 se také neměla možnost žádného semináře zúčastnit: *„Nebyla jsem nikde, ale v rámci studia jsme se učili poskytovat péči o pacienty s poruchou zraku a měli jsme několik dní praxi na očním, kde měli pacienty po očních operacích, a tam jsem si také všimla, že tam měl pacient i pomocného psa.“*

Sestra S2 se seminářů zaměřených na problematiku komunikace a poskytování péče zrakově postiženým zúčastnila opakovaně: *„Byla jsem na několika seminářích a přednáškách. Spolupracuji, nebo spíše někdy ve volném čase pomáháme s bratrem jedné agentuře, která se zaměřuje na poskytování služeb handicapovaným osobám a také zrakově postiženým. Semináře tohoto zaměření by měly být určité ve vzdělávacím programu zdravotnických zařízení. Myslím, že všichni máme v tomto směru co dohánět.“*

Potřebu seminářů a odborných přednášek vyzdvihuje také sestra S4: *„V rámci naší nemocnice jsem se zúčastnila již několika seminářů zaměřených na život a zejména na pohyb a pobyt zrakově postižených pacientů ve zdravotnickém zařízení. Byly to velmi zajímavé přednášky, ale bohužel od covidu se nějak pozapomnělo na jejich pořádání a uznávám, že pro velké procento kolegů a kolegyně by byly přínosné.“*

Pouze malou zkušenost s přednáškami na téma zrakově postižených mají sestry S6 a S7: *„V rámci vysoké školy jsme měly přednášky zaměřené i na zrakově postižené, neboť fakulta byla v blízkosti zařízení pro zrakově postižené a v rámci zaměstnání jsem tam byla snad dvakrát. Typ těchto přednášek opravdu chybí a z praxe vím, že by byly velkým přínosem zejména pro zrakově postižené pacienty.“* (S7) *„Byla jsem jednou na podobném semináři, vysvětlovali nám pomůcky, rozdily ve zrakových postiženích, a kam se můžeme obrátit pro pomoc.“* (S6)

Kategorie č. 3: Hospitalizace pacienta se zrakovým postižením

Hospitalizace je velmi náročná životní situace pro každého z nás. Asi málokdo nastupuje k hospitalizaci bez obav a pocitů strachu. Záměrně je tedy tato kategorie v rámci svých podkategorií zaměřena právě na oblast příjmu pacientů k hospitalizaci, seznámení

pacientů s provozem a organizací provozu na oddělení a v neposlední řadě na seznamování s informovanými souhlasy.

Příjem

V rámci této podkategorie byly sestřám položeny otázky týkající se příjmu pacienta se zrakovým postižením k hospitalizaci. Zajímalo nás, jak jsou pacienti se zrakovým handicapem seznamováni s provozem a režimem oddělení, prostředím na pokoji i oddělení. Součástí podkategorie byla také otázka, jaký pokoj je vhodný pro zrakově postiženého a jaké minimální požadavky by měl tento pokoj splňovat.

Jak vysvětluje sestra S1, je nutné pacientům se zrakovým postižením věnovat vždy dostatek času: *„Nabídnu pacientovi doprovod do pokoje, vysvětlím mu, co se kde v pokoji nachází, pomůžu mu vybalit a zorganizovat si osobní věci, asi velice podobný přístup jako u vidícího. Vysvětlíme si denní režim, pokoj se snažím upravit, odstranit nepotřebné zařízení, o které by mohl pacient zakopnout. Seznámím ho se signalizací a domluvíme se na dodržování zásad bezpečného pohybu. Nejvhodnější pokoj pro pacienta se zrakovým handicapem je určitě co nejmenší s vlastním sociálním zařízením, kde je možné pacientům zajistit aspoň nějaké soukromí.“*

Konkrétně popisuje příjem k hospitalizaci pacienta se zrakovým postižením také sestra S3: *„Na vyšetřovně nebo v ambulanci ho posadím na místo pro pacienty, připravím dokumentaci a pacientovi popíšu, co bude následovat. V mezičase většinou dorazí lékař, který provede potřebná vyšetření a předá pacientovi informace ze strany lékařské. Pokud se jedná o neplánovaný příjem, domlouváme si s pacientem, co bude potřebovat přinést, kdo to kdy přinese apod. Po sepsání příjmu si pro pacienta přijde sanitář a odvede ho na lůžka. Jaké jsou nároky na pokoj pacienta, úplně netuším, asi nic zásadního, ale rozhodně by neměl být sám, měl by pro případ pomoci mít spolupacienta.“*

Komunikace je v rámci předávání informací pacientům se zrakovým postižením nejdůležitějším bodem, jak vysvětluje sestra S4: *„Opět je vše na komunikaci, předem se domluvíme, zda je seznámení možné provést ústně a mou osobou. Pacientům vše potřebné vysvětlím a přečtu. Pak společně podepíšeme potřebné dokumenty. Pokud pacienti s tímto postupem nesouhlasí, ale těch je malé procento, předám jim potřebné dokumenty a s rodinou či asistentem si vše sami prostudují, v tom rozhodně problém nevidím. Pacientům se zrakovým handicapem se snažíme nabídnout nadstandard nebo minimálně*

samostatný pokoj. Pokud to situace na oddělení neumožňuje, volíme menší pokoje a s pacienty na pokoji se snažíme domluvit nějaká pravidla pro bezpečnost a pohodlí všech.“

Podobně odpovídá také sestra S2: *„Hovořit, hovořit, je to vše jen o lidech a o tom, jak dalece chceme pacientovi usnadnit nastalou situaci a pomoci mu zvládnout hospitalizaci, nemoc či bolesti. Pokoje si moc vybírat vzhledem k povaze oddělení nemůžeme, tady je to dáno. Na standardních odděleních by měl samozřejmě mít pacient se zrakovým postižením samostatný pokoj, nejlépe s vlastním sociálním zázemím.“*

Dostatek času a klidný přístup k pacientům nejen se zrakovým postižením preferuje sestra S5: *„Hlavně vše konat v klidu. Jak jsem poznala, nejde na žádného pacienta spěchat. Každý pacient, i vidící, je velmi zmatený a nesoustředěný, když nastupuje neočekávaně, ale i plánovaně k hospitalizaci, a dost dobře si nedokážu představit, jak se cítí, pokud k tomu všemu ještě nevidí. Pokoj by měl mít asi nejlépe samostatný a určitě bychom měli umožnit hospitalizaci s doprovodem, ale to bohužel na našem oddělení není zcela možné.“*

Dostatečné seznámení pacienta s provozem oddělení usnadňuje nám všem zdravotníkům práci, vysvětluje sestra S6: *„Pacientům při příjmu na oddělení chce věnovat dostatek času, který samozřejmě nemáme nikdo. Je nutné myslet na to, že tento první krok může ovlivnit celý průběh hospitalizace, jak pozitivně, tak i negativně. Je třeba věnovat více času popisu a seznámení se s pokojem a prostory oddělení. Pokud je to jen trochu možné, je vhodné pacienta se zrakovým handicapem umístit na samostatný pokoj a umožnit mu případně hospitalizaci s doprovodem.“*

Sestra S7 odpovídá: *„Po předání pacienta si oddělení a pokoj spolu projdeme. Vše si popíšeme a vysvětlíme. Domluvíme se, že kdykoliv může požádat pacient o pomoc. To platí u všech hospitalizovaných. Nechceme, aby se pacienti báli zeptat. Lehce na něco zapomeneme a pacient pak nemusí vědět důležité informace. Tyto pacienty se snažíme uložit na samostatné pokoje. Vzhledem k povaze onemocnění našich hospitalizovaných pacientů zde máme spíše menší pokoje, tak většinou není problém pacientům dopřát soukromí.“*

Informovanost

V rámci této subkategorie jsme se zaměřili prostřednictvím otázek na to, jak jsou pacienti se zrakovým postižením seznamováni s potřebnými dokumenty, které přímo souvisejí s poskytováním péče, např. s informovanými souhlasy. Také nás zajímalo, které dokumenty je v rámci zdravotnického zařízení možné pacientům poskytnout v Braillově písmu.

Sestry odpověděly na otázku, jakým způsobem seznamují zrakově postižené například s informovanými souhlasy, velice podobně. Pacienty seznamují se souhlasy po společné domluvě, buď jim je přečtou, nebo se domluví s doprovodem a pak společně pomohou s podpisem.

Sestra S1 odpověděla: *„Pokud má pacient zrakové postižení, je někdy schopen si to stejně přečíst, pokud to nezvládne, souhlasy mu přečtu a společně je podepíšeme nebo se můžeme domluvit s doprovodem.“*

Sestra S2 se setkává se zrakově postiženými pacienty zejména v rámci urgentního příjmu a vysvětluje: *„Jelikož se u nás na oddělení jedná zejména o urgentní příjmy, není často možné vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta podepisovat souhlasy. Po stabilizaci stavu se samozřejmě uvede vše do pořádku, pacientům buď souhlasy přečteme, nebo se domluvíme s rodinou na spolupráci.“*

Sestry S3–S7 odpovídají naprosto shodně, pacientům souhlasy přečtou nebo spolupracují s rodinou.

Sestrám byla také položena otázka, které dokumenty mohou pacientům poskytnout v Braillově písmu. Většina sester byla touto otázkou zaskočena a jednoznačně odpověděly, že neví, zda a jaké dokumenty je možné sehnat v jejich zdravotnickém zařízení. Zatím vždy souhlasy zvládly vyřešit bez nutnosti mít je v Braillově písmu.

Kompenzační pomůcky

Kompenzační pomůcka pro zrakově postižené může být nástroj, přístroj nebo zařízení, upravené tak, aby handicapovanému svými vlastnostmi pomohlo částečně kompenzovat zrakové postižení. Naše otázka byla směřována na to, zda nám mohou sestry popsat pomůcky, které pacienti se zrakovým postižením v rámci hospitalizace používali.

Většina dotazovaných sester se shodla, že pacienti se zrakovým postižením v rámci hospitalizace využívali kompenzační pomůcky pro zrakově postižené.

Sestra S1, S5 a S7 uvedly mezi nejčastěji používané pomůcky bílou hůl, čtečky, telefony ovládané hlasem, knihy v Braillově písmu a diktafony.

Sestry S3 a S6 navíc potvrdily svou zkušenost s přítomností vodícího psa, který doprovázel pacienta se zrakovým postižením a byl s pacientem i v rámci hospitalizace přítomen na oddělení. Sestra S6 doslova uvedla: *„Mají téměř všichni bílou hůl, speciálně upravené mobily ovládané hlasem. Někteří měli digitální čtečky, také něco jako kamery, které dokážou pacientům popisovat cestu, a opakovaně jsme tu měli jako doprovod vodící pejsky.“*

Odpověď, kterou nám poskytla S4, bohužel popisuje realitu, se kterou se každý den setkávají handicapovaní, a nejen ti zrakově: *„Existují dnes naprosto úžasné pomůcky, které mohou pacientům s různým postižením být velmi nápomocné. Avšak z důvodu ceny těchto pomůcek jsou často pro handicapované nedostupné. Existují sice příspěvky na tyto pomůcky, ale velká část například zrakově postižených nemá sílu a čas na vyřizování příspěvku a nakonec zjistí, že příspěvky jsou v řádech stovek korun a cena pomůcky se pohybuje v tisících i mnohem více.“*

Sestra S2 vzhledem ke specializaci oddělení vysvětluje: *„Jak jsem již říkala, u některých našich pacientů bohužel dojde ke ztrátě zraku v souvislosti se zraněním, pro které jsou přijati. U nás zjistí, že utrpěli závažné poškození či úplnou ztrátu zraku. Pomůcky tedy žádné nemají a je na našem týmu, abychom pacientům v této zlomové a těžké životní situaci pomohli.“*

V souvislosti s využíváním a používáním kompenzačních pomůcek byly sestram položeny rovněž otázky, které se zaměřily na to, zda je do jejich zdravotnického zařízení umožněn vstup s vodícím psem a za jakých podmínek. Také nás zajímalo, jak postupují v neočekávaných situacích vzniklých v souvislosti s přítomností asistenčního psa na oddělení.

Na otázku, za jakých podmínek může být vodící pes přítomen na oddělení a jaké náležitosti musí být splněny ze strany majitele psa, odpovídají sestry velmi podobně. Všechny respondentky se shodují, že do jejich zařízení je vstup s asistenčním či vodícím

psem umožněn pouze na některá oddělení, na některých je pak z hygienických důvodů přítomnost psa zakázána. Většinou se jedná o oddělení ARO, JIP apod.

V otázce dokumentů, které musí majitel či držitel psa poskytnout zdravotnickému zařízení v případě hospitalizace spojené s přítomností vodícího psa, se již odpovědi sester liší. Sestry se také neshodují v otázce řešení neočekávaných situací, které mohou nastat při hospitalizaci pacienta s vodícím či asistenčním psem.

Sestra S7 vysvětluje: *„Vzhledem k zaměření oddělení není na našem oddělení přítomnost vodícího ani asistenčního psa možná. Nevím tedy ani, jaké dokumenty má majitel předložit, ale vím, že je na to metodický pokyn, který si mohu dohledat. Pokud by se neočekávaně zhoršil stav majitele psa, asi bych kontaktovala rodinu.“*

Sestra S2 a S4 odpovídají velmi podobně: *„Majitel musí předložit očkovací průkaz.“* Sestra S4 navíc dodává: *„Je nutné předložit i průkaz vodícího psa, doklad o podání antiparazitních preparátů a nesmí jevit známky agresivity. Pokud by se zhoršil neočekávaně zdravotní stav držitele psa, musíme kontaktovat rodinu pacienta.“*

Sestra S1 uvádí: *„Ještě jsem se nesečkala s pacientem, který by byl hospitalizován s vodícím psem, takže si nejsem jistá, jaké doklady musí předložit, ale asi očkovací průkaz a nějaký doklad, že se jedná o vodícího psa, a v případě nějakého zhoršení pacienta bych kontaktovala rodinu.“*

Sestra S3 se setkala v praxi s pacientkou, která musela být hospitalizovaná s vodícím psem, a vysvětluje: *„Držitel psa musí předložit očkovací průkaz, průkaz vodícího psa, pes nesmí jevit známky agresivity a musí být bez parazitů. Rodina či majitel musí zajistit venčení a krmení. V případě nějakých komplikací je v průkazu psa uveden kontakt na agenturu, která je majitelem vodícího psa.“*

Sestra S5 si není jistá správným postupem: *„Úplně nevím, jestli sem můžou nebo ne. Asi spíš ano, ale myslím, že na některá oddělení to asi nepůjde, jako je porodnice, ARO. Slepčkový pes by měl mít takovou tu reflexní vestu, nemusí mít náhubek a nosí postroj. Pokud bych řešila nějaké neočekávané situace, volala bych do zařízení, kde pacient bydlí, nebo rodinu.“*

Zkušenost s přítomností vodícího psa na oddělení má sestra S6, která vysvětluje: *„Vstup s vodícím psem je samozřejmě umožněn vyjma specifických oddělení jako JIP, ARO.*

Držitel psa musí předložit platný očkovací průkaz, služební průkaz vodícího psa. Musí také prokázat, že pes byl odčervěn a ošetřen proti parazitům. Pes by měl být označen vestičkou a postrojem. Každý vodící i asistenční pes má v průkazu zapsáno, koho kontaktovat v případě potřeby, jednou jsem již tuto agenturu volala, když musel být pacient přeložen na JIP.“

Kategorie č. 4: Uspokojování potřeb u pacientů se zrakovým postižením

Uspokojování základních biopsychosociálních potřeb člověka je předpokladem a zejména prioritou kvalitně a efektivně poskytované ošetrovatelské péče. Uspokojení těchto potřeb lze považovat za účinnou prevenci komplikací, snížení rizika vzniku onemocnění spojených s poskytováním zdravotní péče a především napomáhá k urychlení terapeutického procesu.

Soběstačnost

V rámci poskytování efektivní a vhodné péče je zásadní rolí a úkolem sestry pomáhat nemocnému udržet, podporovat nebo znovu získat svou nezávislost a samostatnost. Hodnocení soběstačnosti by mělo být součástí vyšetření každého pacienta. Proto jsme se v této subkategorii zaměřili také na soběstačnost. Sestrám byly položeny otázky, jaké dotazníky využívají pro hodnocení soběstačnosti a jestli považují způsob tohoto hodnocení za dostačující i pro osoby se zrakovým postižením. Posouzením odpovědí jsme zjistili, že všechny dotazované sestry využívají ke zhodnocení soběstačnosti pacientů Barthelův test základních všedních činností.

Sestra S2 uvedla, že ke zhodnocení využívají rovněž test funkčních schopností dle Gordonové. Velice zajímavé bylo hodnocení sester o vhodnosti a efektivnosti testu pro hodnocení soběstačnosti u pacientů se zrakovým postižením.

Sestra S1 uvedla: „Tyto testy asi úplně vhodné pro hodnocení zrakově postižených nejsou. Jak jsem zjistila po několika hospitalizacích těchto pacientů, jsou skupinou, kteří mají velice specifické potřeby a nároky, které tento dotazník neodhalí.“

Sestra S2 je názoru, že „dotazník je pro tuto skupinu pacientů nedostačující, zejména u pacientů s akutní ztrátou zraku, kteří zcela ztratí svou soběstačnost a musí si opět znovu vše osvojit, ale k tomu přeci není v praxi potřeba dotazník, to dokážeme zhodnotit i bez dotazníku.“

Test za dostatečný a vyhovující považuje sestra S3 a zároveň uvádí: „*Pacient nám přeci ukáže a řekne sám, co zvládne a co ne. Ono v praxi je vyplňování řady testů opravdu pouze administrativní úkon.*“

Pacienti se zrakovým postižením jsou naprosto specifickou skupinou, jak popisuje sestra S4: „*Dotazníky tohoto typu jsou naprosto nevyhovující. Hodnocení schopností pacienta provádíme ve spolupráci s rodinou a týmem samostatně.*“

Sestra S5 vysvětluje: „*Tyto testy jsou pro zrakově postižené pouze orientační, co pacient zvládne a nezvládne, si musíme zjistit sami, ale to platí i u vidících pacientů.*“

Vzhledem ke specifičnosti provozu vysvětluje sestra S6: „*Na našem oddělení se vůbec testy soběstačnosti nedělají, není na to časový prostor, testy se dělají až při příjmu na oddělení. Tam se ke zhodnocení používají testy Barthelové, ale ty jsou pro zrakově postižené absolutně nevyhovující. Je to skupina pacientů, které je potřeba hodnotit zcela individuálně.*“

Sestra S7 popisuje vhodnost dotazníků následovně: „*To asi úplně nejsou, zejména ke zrakově postiženým musíme přistupovat alespoň na počátku hospitalizace jako k nesoběstačným a postupně si schopnosti pacienta zjišťujeme. Rozhodně na základě testu bych se nerozhodovala, zda je soběstačný či ne. U žádného z pacientů nesmíme nic podcenit, následky pádů jsou potom velmi nepříjemné.*“

Bezpečí

V rámci této subkategorie jsme sestram pokládali otázky týkající se zvyšování bezpečí u hospitalizovaných pacientů se zrakovým postižením. Otázky byly zaměřeny na zajištění bezpečného pohybu a prostředí pacientů.

Pokud je hospitalizován pacient se zrakovým postižením, je potřeba provést řadu opatření ke zvýšení jeho bezpečnosti, jak vysvětluje sestra S7: „*Určitě z prostoru pokoje odstraníme nepotřebné věci jako vozíky, koše, stolky, zkrátka vše, co není potřeba a pacient by se mohl o tyto předměty zranit nebo zakopnout. Pacientům dáváme bezdrátový zvonek k přivolání sestry, který mohou mít stále u sebe, mimo klasické signalizační zařízení u lůžka. Chodby na oddělení se snažíme udržovat uklizené a neponechávat tam nepotřebné stojany a vozíky, ale to je samozřejmě opatření pro zvyšování bezpečnosti i ostatních pacientů. Pokud je potřeba u pacienta zajistit vyšetření*

mimo naše oddělení, vždy pacienta doprovází sestra, která s ním zůstává přítomna u vyšetření. Tento postup máme standardní, i pokud je přítomna rodina.“

Sestry S3 a S6 popisují oblast ambulance a urgentního příjmu. Sestra S3 uvádí: *„Tady v ambulantním provozu nebo při urgentním příjmu se moc věcí neřeší. Pacient je tu krátce. Nahoře na lůžkách jsme té paní dali pryč z pokoje zbytečný nábytek. Stolky a židle jsme dali na stranu, aby jí to tam nepřekáželo. Pokud doprovázíme pacienta na vyšetření, doprovází ho sestra nebo sanitář, pokud musí do jiného pavilonu, jezdí sanitou.“*

Na urgentním příjmu se zaměřují především na zvyšování opatření, která snižují riziko pádu, jak vysvětlila sestra S6: *„Pacient opouští lůžko pouze v doprovodu personálu, zde se pacienti nemohou pohybovat bez doprovodu. Tady prostor nijak neupravujeme, ale na lůžkách určitě k uzpůsobení musí dojít. Pokud se pacient přemísťuje na vyšetření do jiných ambulancí, vezeme pacienta na lůžku nebo na vozíku. Pacienta vždy doprovází sestra, nikdy sanitář nebo ošetřovatel, vzhledem k možnému a neočekávanému zhoršení zdravotního stavu.“*

Sestry S4 a S5 se shodují na nutnosti upravit prostředí pokoje či společných prostor pro pacienty se zrakovým postižením, ale zároveň obě uvádějí, že nepozornost a nedůslednost personálu ovlivnit úplně nemohou. Sestra S4 se vyjadřuje k organizačním opatřením na oddělení následovně: *„Prostředí pokoje je nutné jistě upravit, pokud se ale jedná o společné prostory, tam už to není úplně možné. Bohužel pomocnému personálu můžete stále dokola opakovat, co musí dodržovat, ale realita je často jiná. I kolegyně často nechají někde na pokoji na chodbě něco ležet, stát, o co může pacient zakopnout nebo to na sebe shodit. Pokud je třeba pacienta dopravit na vyšetření mimo naši kliniku, doprovází ho většinou sestra, někdy i sanitář, záleží na zdravotním stavu pacienta. Velikou pomocí je nám doprovod z rodiny.“*

Sestra S5 popisuje skutečnost podobně: *„Na oddělení a na pokoji se snažíme nedávat do blízkosti pacienta předměty, o které by mohl zakopnout, jako stojany, vozíky, koše, boty a mnohé další. Je důležité poučit i ostatní pacienty, aby byli obezřetní na umístění věcí na pokoji a např. v koupelně. Udržet chodby a společné prostory už není v našich silách, to víte, šrumelec od rána do večera a každou chvíli někdo něco někde nechá. Pokud pacienta posíláme na vyšetření mimo naši budovu, doprovází ho sanitář, tam ho předá ošetřujícímu personálu a po výkonu pacienta opět doprovodí na oddělení.“*

Žádná zvláštní uspořádání a organizování prostředí na pokoji pacienta nejsou realizována, jak vypovídá sestra S1: „*A pokud pacient odchází na vyšetření mimo naše oddělení, doprovází ho někdo z personálu, když je čas, zůstává doprovod s pacientem i po dobu vyšetření.*“

Překvapivou odpověď dostáváme od sestry S2, která popisuje: „*Na našem standardním oddělení máme pro tyto pacienty upravené dva pokoje, které mají řadu pomocných prvků pro snadnější a bezpečnější pohyb a zejména orientaci zrakově postižených. Mají například madla nejen na toaletě, ale i na pokoji. Na podlaze mají vodící pruhy směřující do koupelny a na chodbu. U lůžka mají na několika místech signalizační zařízení na sestry a dostávají i bezdrátový zvonek. V případě potřeby externího vyšetření, doprovází pacienta vždy sestra.*“

V souvislosti se subkategorií týkající se bezpečí byla sestram položená otázka související se zvyšováním bezpečí pacientů se zrakovým postižením. Tato otázka se vztahovala na přítomnost technického vybavení, prvků a doplňků v rámci zdravotnického zařízení, které usnadňují pohyb a orientaci zrakově postiženým. Bohužel odpovědi dotazovaných sester byly v negativním smyslu velmi podobné.

Sestry S1 a S3 ve svých odpovědích uvádějí: „*Ničeho konkrétního jsem si v rámci nemocnice nevšimla. Na urgentu vím, že mají nějaké mluvicí zařízení, my máme mluvicí výtah, o ničem dalším nevím.*“ (S1)

Sestra S3: „*Asi nic, upřímně nevím, co si pod tím mám představit, na toaletách máme madla, na pokojích signalizační zvonky.*“

Sestra S2 a S4 vysvětlují, že musí hodně improvizovat při hospitalizaci pacienta se zrakovým postižením. Sestra S4: „*Na některých pokojích máme vodící linie, před vchodem na chodníku jsou varovné pásy. Žádné další pomocné prvky nemáme, snad jen hluk na sesterně a mluvicí výtah, který oznamuje směr jízdy a podlaží.*“

Sestra S2 vysvětluje: „*Na oddělení a v některých pokojích máme vodící pruhy, ale ve zbytku budovy už nic není a myslím, že ani v areálu nic není.*“

Sestra S5 podobně popisuje, jak musí v praxi improvizovat: „*Žádné specifické prvky a pomůcky pro zrakově postižené na oddělení nemáme. Asi by se nad tím měl někdo*

zamyslet, nemáme sice často pacienty se zrakovým postižením, ale pokud ano, je to pro nás i pacienta velmi náročné.“

Sestra S6 velice stručně odpovídá na položenou otázku, že žádné prvky a pomůcky v rámci zdravotnického zařízení nemají.

Sestra S7 uvádí: *„Bohužel na oddělení nemáme žádné technické ani jiné pomůcky, které by pomáhaly v orientaci zrakově postiženým, ale pokud je u nás takovýto pacient hospitalizován, snažíme se mu hospitalizaci maximálně usnadnit a zpříjemnit a nám ulehčit práci. Tyto pacienty si necháváme vždy na samostatném pokoji vedle sesterny, po domluvě s pacientem můžeme pokoj i monitorovat.“*

Ošetrovatelské problémy

V rámci poskytování ošetrovatelské péče je důležité pravidelné hodnocení stavu pacienta a vyhodnocování jeho aktuálních, ale i potencionálních ošetrovatelských problémů. Sester jsme se dotazovaly, ve které oblasti v rámci své praxe shledávají největší problémy při poskytování péče hospitalizovaným pacientům se zrakovým postižením a jaká opatření by alespoň částečně mohla pomoci.

Hlavní problém shledávají sestry S5 a S4 v nedostatku personálu a času při poskytování péče pacientům se zrakovým postižením. Sestra S5 si myslí: *„Nejsme úplně na nevidící pacienty připraveni, číhá tu na ně příliš mnoho nástrah. Každá hospitalizace znamená pro pacienta velký zásah do života, částečnou ztrátu soukromí, nejistotu, strach a obavy, a pokud ještě pacient má poškozený zrak, je to nepopsatelné. Snažíme se skupině těchto pacientů maximálně pomáhat, ale je to z časových a personálních důvodů velmi náročné. Pokud jsou pacienti hospitalizováni s doprovodem, je to pro nás velká pomoc. Celou situaci by asi usnadnily určité úpravy pokojů a větší informovanost personálu.“*

Sestra S4 vysvětluje: *„Je to bohužel zcela nové prostředí, ve kterém se nacházejí, vůbec to tu neznají, a pokud jsou doma samostatní, tady rozhodně nejsou. Představuje to hodně času je se vším seznámit, ukázat jim prostory kolem nich, a na to popravdě není dostatek personálu ani času. Je pro nás bonus, pokud mají pacienti s sebou doprovod. Bylo by dobré mít alespoň jeden pokoj přizpůsobený a upravený potřebám pacientů s poškozeným zrakem.“*

Podobný názor má také sestra S3: „*Tak asi největší problém je s pohybem těchto pacientů, aby neupadli, musíme je doprovázet, věnovat jim více času. Také je nutné jim pomáhat při stravování, hygieně, těžko to zvládají sami. Bylo by lepší, kdyby tu s nimi byl hospitalizován doprovod, někdo, kdo jim pomůže a ohlídá je, aby se jim nic nestalo.*“

Sestra S1 největší problém shledává v následující oblasti: „*Určitě v zajištění bezpečného prostředí pro tyto pacienty, např. chybějící orientační body na oddělení, nějaké vodící pásy v rámci pohybu v nemocnici. Pacientů se zrakovým postižením není hospitalizováno moc, ale i přesto by se měly určité věci přizpůsobit právě potřebám těchto pacientů.*“

Sestra S6 si myslí, že problémy jsou zejména v komunikaci s těmito pacienty: „*Pacienti se zrakovým postižením jsou specifickou skupinou, ale jsou to pacienti, kteří mohou komunikovat, spolupracovat a jediné, čím jsou odlišní, je porucha zraku. Myslím, že problémem je nedostatek zkušeností v komunikaci a přístupu k těmto pacientům. Je třeba se naučit jiný přístup a jiný způsob jednání. Bylo by dobré, aby personál měl více informací o komunikaci a jednání s nevidomými pacienty. Máme opravdu velké nedostatky.*“

Sestra S2 vidí závažné nedostatky v jiné oblasti, když vysvětluje: „*U našich pacientů po úrazech, kdy dojde k poškození zraku, je na prvním místě okamžitá spolupráce s psychologem či psychiatrem. Těch je bohužel nedostatek a často čekáme dny až týdny na konzilium. Pacientům musíme pomáhat úplně se vším, oblékáním, hygienou, stravováním, pohybem po pokoji. Je to velice náročné. Není nad to, když funguje rodina a můžeme spolupracovat. Můj názor na problém je jasný: minimálně v našem oboru lepší spolupráci s psychology a psychiatry, moc by nám to pomohlo.*“

Sestra S7 vidí jako problematickou oblast nedostatečnou informovanost, jak pacientů, tak personálu, když konstatuje: „*Nedostatečná informovanost této skupiny pacientů a nedostatek zkušeností ošetřovatelského personálu je ten hlavní problém. Jelikož mají pacienti zrakový handicap, mají řadu informací nedostupných, a je tedy na nás jim tyto informace zprostředkovat. Vidící pacient si potřebné informace přečte na nástěnkách v ambulancích na nemocničních chodbách, ale ten nevidící je odkázán na to, co mu zprostředkuje personál. Mělo by se více myslet na tuto skupinu pacientů, přizpůsobit jim prostředí ve zdravotnických zařízeních, zajistit lepší informovanost, proškolenat personál.*“

Poslední otázka této subkategorie a zároveň poslední otázka rozhovoru se sestrami byla zaměřena na organizace pomáhající zrakově postiženým. Zajímalo nás, zda sestry vědí, kam se v případě nouze mohou obrátit o pomoc či radu, ale jak mohou i pacienty informovat o existenci těchto organizací a sdružení.

Sestra S1 uvedla: *„Byla jsem na několika seminářích u Světlušky, snaží se prostřednictvím svých workshopů přiblížit vidícím lidem svět neustálé tmy.“*

Sestry S3 a S5 znají organizaci Tyfloservis a Světluška.

Sestra S2 vysvětluje: *„Již několikrát jsme spolupracovali s organizací Okamžik a máme tady od nich i nějaké letáky, tak případnou pomoc budu hledat u nich.“*

Konkrétní organizaci ani agenturu sestra S4 nezná, ale hledala by na internetu, stejně jako sestra S6.

Sestra S7 je v pravidelném kontaktu s organizací Okamžik a uvádí: *„Měla jsem v životě jedno těžké období a jako dobrovolník jsem pracovala v několika dobročinných organizacích a také jsem pracovala v organizaci Okamžik. Na pomoc a spolupráci bych se obrátila na ně.“*

4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů s P1–P7

V této části diplomové práce se budeme zabývat rozbořením výsledků získaných na základě polostrukturovaného rozhovoru vedeného s výzkumným souborem P1–P7. Z důvodu větší přehlednosti základních údajů byla vytvořena pro tento soubor rovněž tabulka (viz tab. 2). Metodou kódování a následnou kategorizací byly získané výsledky analyzovány a rozděleny do 3 kategorií a několika podkategorií. Cílem první kategorie bylo zjistit, jak závažné zrakové postižení mají dotazovaní pacienti a jak dalece je toto postižení omezuje v běžném životě a denních aktivitách. Druhá kategorie zkoumala, jaké mají pacienti osobní zkušenosti s hospitalizací. Otázky byly zaměřeny na předávání informací souvisejících s jejich příjmem a hospitalizací. Zajímalo nás, jakým způsobem byli seznámeni s potřebnými dokumenty. Cílem bylo také zjistit, jak hodnotí prostředí a kvalitu komunikace s personálem. Ve třetí kategorii jsme zjišťovali, jak byly v rámci hospitalizace uspokojovány potřeby dotazovaných pacientů, například soběstačnost, stravování, soukromí a spánek. Poslední otázka byla položena s cílem získat od

participantů celkové zhodnocení poskytované péče a vyjádření osobních pocitů, jak vnímají přístup personálu k jejich zrakovému postižení.

Tabulka 2 Charakteristika výzkumného vzorku P1–P7

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
pohlaví	muž	žena	muž	muž	žena	žena	muž
věk	49	31	56	29	54	32	72

Kategorie č. 1: Zrakové postižení

Kategorie č. 2: Hospitalizace

Subkategorie č. 1: Informace

Subkategorie č. 2: Komunikace

Subkategorie č. 3: Prostředí

Kategorie č. 3: Uspokojování potřeb

Subkategorie č. 1: Soběstačnost

Subkategorie č. 2: Příjem potravy

Subkategorie č. 3: Soukromí, odpočinek

Subkategorie č. 4: Ošetřovatelské problémy

Kategorie č. 1: Zrakové postižení

V rámci této kategorie jsme položili pacientům P1–P7 otázky s cílem zjistit, jak závažné je jejich zrakové postižení a jak je jejich postižení omezuje v běžném životě a činnostech.

Pacient P1 popisuje své zrakové postižení následovně: *„Na jedno oko jsem úplně slepý, na druhém rozeznávám obrysy, ale pouze na určitou vzdálenost. Těžko se mi odpovídá, jak funguji v běžném životě. Především mám úžasnou ženu a děti, které mě neopustili a hodně mi pomáhají. Přestal jsem vidět před jedenácti roky, nepozorností, mou*

hloupostí, ostatně následky vidíte i na mém obličejí, Bez rodiny a přátel bych to nezvládl, je to těžké.“

Pacientka P2 vysvětluje: *„Na to první oko jsem oslepla asi před šesti lety, druhé oko se rychle horší, rozpoznám jen tmou a světlo. Co se týče běžných aktivit, už jich moc nemám, kamarádi mi musí pomáhat, sama už nezvládnou téměř nic.“*

Pacient P3 vypráví: *„Jsem poměrně samostatný, zrak mám postižený od narození. Mám pouze zbytky zraku na obou očích, ale i ty se pomalu také vytrácejí. Celý svůj život se musí veškeré činnosti přizpůsobit mé ztrátě zraku. Je to těžké, každý den se objevují stále nové věci, které mě překvapují. Nějak to musíte překonat, pokud chcete na tomto světě existovat.“*

Nevidomý od narození je pacient P4: *„Jsem téměř samostatný, nyní po smrti maminky bydlím úplně sám. Občas mi pomáhá s některými věcmi moje sestra. Pokud potřebuji vyřešit nějaké administrativní záležitosti, беру si s sebou asistenta.“*

Pacientka P5 utrpěla v dětství těžký úraz oka, na které oslepla. Druhé oko má po několika složitých operacích se zbytkovým viděním a přiznává: *„Je to špatné, když mě začal opouštět zrak na tom jediném vidoucím oku, bylo to pro mě strašně těžké období. Neříkám, že teď je to lepší, ale manžel a děti mi hodně pomohli a pomáhají. Hodně věcí jsem se naučila, ale bez pomoci to prostě nejde.“*

Pacientka P6 uvádí: *„Mám nemocné obě oči, jedná se degenerativní onemocnění rohovky, vidím velmi špatně. Běžné denní činnosti už sama nezvládám. I když si to nechci připustit, nejsem už samostatná, jsou prostě věci, které sama nedokážu.“*

Závažné poškození zraku má také pacient P7, který své poškození popisuje slovy: *„Dá se říci, že nevidím nic, pouze periferně vidím stíny a rozmazané obrysy. Doma jsem poměrně samostatný, ale pohyb mimo domov nebo hospitalizace tady v nemocnici, kde to neznám, je pro mě jeden velký stres.“*

Kategorie č. 2: Hospitalizace

Hospitalizace je situace, na kterou nikdo z nás nejsme připraveni. Asi nikdo ji nepodstupujeme s radostí a v každém z nás vyvolává různé pocity. U řady pacientů navozuje obavy, u některých stres, nejistotu a mnoho dalších negativních pocitů.

Hospitalizace pro zrakově postižené musí být mnohonásobně horší z důvodu jejich handicapu.

Informace

V této subkategorii jsme pacientům položili několik otázek souvisejících s příjmem a následnou hospitalizací. Zajímalo nás, jak byli seznámeni s potřebnými dokumenty a souhlasy, zda je někdo seznámil s režimem oddělení, právy pacientů a jakým způsobem vyjádřili souhlas s předloženými dokumenty.

Pacienti P1–P6 odpověděli velmi podobně na otázku, jakým způsobem byli seznámeni s provozem oddělení a s dokumenty, které souvisejí s příjmem a hospitalizací.

Pacient P1 popisuje: *„Sestřička mi vysvětlila, jak to funguje, co mohu a nemohu, a pak si manželka přečetla zbytek. Ale po všech těch mých hospitalizacích vám mohu práva a povinnosti nás pacientů recitovat. Dokumenty jsem schopen podepsat sám, pokud mi někdo podrží ruku v místě podpisu. Takové ty podpisové šablony nepoužívám, neumím s tím. No, a popis hospitalizace byl rychlý a stručný. Věděl jsem, nebo spíše vím proč, kde a na jak dlouho budu hospitalizován. Na příjmu asi nebylo moc času a teď už jsem součástí tady toho oddělení, tak už asi moc informací nepotřebuji. Snad už půjdu brzy domů.“*

Pacientka P2 byla k hospitalizaci přijata urgentně a souhlasy se podepisovaly až dodatečně: *„Sestra s doktorem mi to všechno přečetli. Stejně mi nezbyvá nic jiného než se vším souhlasit vzhledem k mému zdravotnímu stavu. Pokud mi někdo přidrží ruku, zvládnou to i podepsat.“*

Pacient P3 uvádí: *„Lékař mě seznámil s potřebnou léčbou, zákrokem a postupem, sestřičky mi vysvětlily ostatní důležité věci, všechno samozřejmě ústně. Dokumenty mi pomohli podepsat. Ohledně pobytu v nemocnici mi řekli asi vše potřebné, a to ostatní přichází s vývojem mého zdravotního stavu.“*

Také pacient P4 popisuje agendu ohledně příjmu podobně: *„Lékař mě seznámil s důvodem hospitalizace a sestry se mnou přečetly souhlasy s hospitalizací a srozumění s řádem a právy. Dokumenty jsem podepsal, s tím problém nemám, vyrobil jsem si šablonu. K hospitalizaci mi řekli asi to nejnnutnější, kde budu, jak to bude probíhat, kdy bude zákrok a co bude následovat po operaci. Ty konkrétnější věci a informace si zjišťuji,*

jak je potřeba, ale to asi není rozdíl u mě a u ostatních pacientů. S informacemi se vždy šetří.“

Pacientka P5 vysvětluje: *„Se vším důležitým a potřebným mě seznámila paní doktorka, sestry se mnou sepsaly příjem. Práva a takové ty další věci přečetla dcera, zkontrolovala a já podepsala. Víte, stále mi je hodně nepříjemné podepisovat něco, co nevidím, ale naštěstí je se mnou vždy někdo z rodiny. Informaci o hospitalizaci jsem dostala z každého rožku trošku. Věděla jsem, že bude operace, že nebudu jíst a pít a pak budu 24 hodin na JIPce a pak zpátky na standard. Asi klasický standardní postup, ale nic specifického mi neřekli.“*

„Jak z rychlíku“ popsala příjem a seznamování pacientka P6: *„Sestřičky mi to trošku zrychleně přečetly, nebylo moc času, ale už to všechno stejně znám. Dokumenty podepisuji sama, pokud se to dá nazvat podpisem, už je to jen takový klikyhák. Hospitalizaci mi tak zrychleně popsal pan doktor při příjmu a pak malinko podrobněji sestřičky na oddělení.“*

Tyto situace řeší odlišně pacient P7: *„Všude chodím s asistentem nebo pečovatelem. Při příjmu mi přečetl papíry asistent, sestry na to neměly tolik času, tak jsem nabídl, že si to přečteme sami. Dokumenty podepisuji pomocí podpisové šablony. S průběhem hospitalizace jsem byl celkem seznámen, vzhledem k nálezu a bolesti, jaké mám, jsem už musel na operaci. Řekli mi, jaké jsou možnosti řešení, jaká bude příprava vzhledem k věku, že budu po operaci asi dva dny na té intenzivce, pak na oddělení a rovnou do rehabilitačního zařízení. Mám tedy plán na další týdny docela slušný.“*

Komunikace

Komunikace je klíčovým nástrojem nejen pro oblast ošetrovatelství, ale je to i nezbytný společenský proces, který umožňuje sdílení informací v lidské populaci. V rámci poskytování ošetrovatelské péče je zásadním prvkem určujícím kvalitu poskytované péče a vyjadřujícím spokojenost pacientů s poskytovanou péčí. Pacientům jsme tedy položili otázky týkající se právě komunikace s personálem. Zajímalo nás, jak by ohodnotili komunikaci, zda byla přínosná a jestli měli dostatečné informace.

Pacient P1 popisuje své pocity, kdy se cítí odstrčen: *„Většinu času po dobu hospitalizace je se mnou někdo z rodiny na pokoji. Přesto se cítím odstrčen, pokud totiž přijde někdo z personálu na pokoj, mluví o nějaké třetí osobě a spíše se členy rodiny. Vnímám, že mají*

problém mi některé věci popsat a vysvětlit, tak to berou asi tou jednodušší cestou a vysvětlí to někomu z rodiny. Je to velmi nepříjemné, ale už jsem si zvykl. Co se týče dostatku informací, řeknu vám to asi takhle. Po řadě informací musíte pátrat sám, ale celkem se pak dozvím, co potřebuji. Sestřičky jsou v pohodě, občas vám povi asi i to, co nesmí, ale jsou hodné. Horší je to s lékaři, ale to je problém asi celého našeho zdravotnictví.“

Pacientka P2 hodnotí komunikaci následovně: *„Prostě taková normální, jsem ráda, že se tu o mě postarají a nemusím se tolik namáhat. Co se týče informací, jsem spokojená, řeknou mi, co bude, jak to vypadá, a prostě si nestěžuji.“*

Velmi spokojeně působí pacient P3, který své zkušenosti popisuje slovy: *„Všichni jsou moc hodní, snaží se mi vše podrobně vysvětlit a připravit mě na to, co se bude dít následující hodiny. Pokud podstupuji nějaké vyšetření či ošetření, drží mě za ruku a popisují, co se bude dít. Je to obdivuhodný přístup, se kterým jsem se ještě nesetkal. Informace dostávám poměrně včas, někdy se musíte zeptat, ale mají toho moc. Jsem opravdu rád za přístup všech, co se tu o mě starají.“*

Pacient P4 již má své postupy při komunikaci s personálem: *„Už jsem naučen, že pokaždé, když někam přijdu, například sem na oddělení, říkám všem, že jsem pouze nevidomý, nikoliv nesvéprávný. Nevidím, ale cítím z okolí vždy nervozitu, netuší, o čem a jak se mají se mnou bavit, jak mi mají vysvětlit, co potřebuji vědět, a naopak neztrácet čas s věcmi, které znám a vím. S informacemi je to vždy složité, ještě že máme internet a Google, který mají naši zdravotníci tak rádi.“*

Jako problematickou a nedostačující hodnotí úroveň komunikace pacientka P5: *„Komunikace a získání informací je obtížné, ale není to tím, že nevidím, to je myslím zcela běžná realita ve zdravotnictví. Všude spousty pacientů a asi trošku nevědí, co dřív. Osobní zkušenost při příjmu minulý týden byla otřesná. Během mého vyšetření stihla paní doktorka napsat několik receptů, vyřídít řadu telefonů, dvakrát odejít z ambulance a třikrát si spletla moje jméno. Je to neosobní, smutné a ponižující. Nemáte žádnou svou hodnotu, jste pacient s nějakým jménem, které si ani ošetřující lékař nepamatuje. Sestřičky se snaží, ale zase vám nemohou poskytnout odborné informace, které potřebujete.“*

Přístup personálu a komunikaci v rámci provozu, pohybu a běžné organizace si chválí pacientka P6, ale pokud se jedná o poskytování odborných a důležitých informací, svěřuje

se nám: „*Informace o vašem zdravotním stavu a opravdu důležitých věcech nedostanete, potřebné snad, ale dostačující určitě ne. Většinu informací získává manžel přes známé. Personál je strašně milý, sestřičky ochotné, rády mi pomohou, když tu není manžel. Takže celkově jsem moc spokojená, ale to informování pacientů je strašné.*“

Pacient P7 popisuje: „*Normálně si povídám se sestřičkami o všem, jsou ochotné, hodné a vědí, že je mi tady trochu dlouhá chvíle. Nemají to holky jednoduché, jejich nebo vaše práce je náročná a pak ještě doma máte každá rodinu, no klobouk dolů. Na příjmu byl pan doktor pěkně nepřjemnej a vlastně mi vůbec nic pořádně neřekl, ale paní doktorka na intenzivce, to byl anděl. Několikrát za den mi říkala, jak se to vyvíjí a co bude následovat, kontrolovala bolesti. Sestřičky mi pomáhaly s hygienou, jídlem, připadal jsem si jak v ráji.*“

Prostředí

V rámci hospitalizace je právě prostředí zásadním prvkem, který může významně ovlivňovat úroveň poskytované ošetrovatelské péče. Při hospitalizaci pacientů se zrakovým postižením je prostředí zcela zásadní, a to nejen z důvodu zajištění bezpečí pacienta, snížení rizika pádu, ale také kvůli zajištění určitého pocitu jistoty a soukromí. Pacientům jsme položili otázky týkající se typu pokoje i jeho vybavení a zajímalo nás případné porovnání se zkušenostmi z předchozích hospitalizací.

Pacient P1 vysvětluje: „*V důsledku svého úrazu mám bohaté zkušenosti s hospitalizacemi. Tady na oddělení jsem byl při příjmu na čtyřlůžkovém pokoji, po dvou dnech se uvolnil nadstandard, tak mě hned přestěhovali, tady už mám i vlastní koupelnu a WC. Řeknu vám, ty dva dny byly peklo, pořád někdo z personálu chodil na pokoj k ostatním pacientům, a jak nevidím, vždy jsem se lekl, jak něčím bouchli nebo promluvili. Musíte být stále ve střehu, a to je vyčerpávající. Jak jsem říkal, zkušenosti s pobytem v nemocnici mám bohaté a rozdíl jsou opravdu zásadní. Co nemocnice nebo nějaké jiné zdravotnické zařízení, to jiný přístup personálu, jiné chování. Všude jsem měl ale ten stejný pocit, málo personálu, moc práce a málo času. Nejhorší to bylo tehdy po úrazu, probudíte se po těch všech operacích, celé tělo vás bolí, nerozumíte úplně tomu, co se stalo a nevidíte... Bylo to strašné, personál mi nebyl vůbec oporou, rodina bojovala s tím, co se stalo, co bude, a já si připadal úplně na konci světa. Dostával jsem analgetika, s postupem času antidepressiva a upadal jsem do stále většího pocitu bezmoci. Po tom, co se můj zdravotní stav stabilizoval, ale má psychika byla na dně, jsem byl hospitalizován*

v psychiatrické léčebně. Moc mi pomohli, pochopil jsem, že život půjde, nebo spíš musí jít dál.“

Pacientka P2 je spokojená a popisuje: „Jsem ubytována na jednolůžáku, je tu klid. Mám svoji sprchu a záchod, ale dostat se tam je pěkně na nic. Moc to tu neznám a mimo pokoj už je to totální bludiště, tam se ani nepouštím. Jelikož mi tvrdnou játra, jak říkají, jsem často někde v nemocnici. Rozdíly nějaké zásadní nejsou. Občas umí být sestry pěkně nepříjemné, ale dá se to vydržet. Někdy mi lezete všichni pěkně na nervy, pořád co mám a nemám dělat, co bude, když nebude. Už mě pochopte, žiju život, tak jak chci, a jak se mi to líbí.“

Pacient P3 je na samostatném pokoji a velice si tuto hospitalizaci pochvaluje: „Je to skvělé, že mám nadstandard. Často se mi stává, že jsem byl na pokoji se dvěma a více pacienty. Je sice živo na pokoji, ale mně to dělá problémy v orientaci a hledání věcí. Také jsem už takhle upadl, když pacient nechal v koupelně mokro. Rozdíly jsou, samozřejmě, každé oddělení je jiné, a hlavně chování personálu. Tady jsou opravdu profesionálové v porovnání s předchozími hospitalizacemi. Cítím se tu bezpečně, vím, kde mám jaké věci položené. Se sestřičkami se vždycky dohodnu, co kde bude ležet. Pokoj je upravený, má několik madel, vodící pásy, které mi pomáhají v jistotě pohybu.“

Pacient P4 má k dispozici nadstandardní pokoj a vysvětluje: „Jsem ubytován na nadstandardním pokoji, je to příjemné a pro mě pohodlné. Mám vlastní sprchu, toaletu, jídelní stůl a televizi. Pokud máte takové soukromí, je to super. Tahle hospitalizace je moje třetí. Nejlepší to zatím bylo v rehabilitačním ústavu, tam mají zkušenosti s pacienty jako já, kteří nevidí. Mají tam spousty pomůcek, se kterými nás učí pracovat, pomáhat si. Měli každý den připravenou nějakou aktivitu, která vám pomáhá nějakým nácvikem něčeho do praxe. Co se týče zdravotnických zařízení, mám spíše negativní zkušenosti s prostředím, ale bohužel i s chováním personálu.“

Nepříjemné pocity má z hospitalizace pacientka P5 a přibližuje nám svou hospitalizaci těmito slovy: „Bohužel nemají pro mě samostatný pokoj ani nadstandard, tak jsem na čtyřlůžkovém pokoji. Máme společnou koupelnu a WC. Jedním slovem je to hrůza pro mě. Musela jsem na operaci rychle, tak se nedá nic dělat. Mám za sebou několik hospitalizací a rozhodně prostředí dělá strašně velké rozdíly. Po operaci kyčle jsem byla v rehabilitáku a to bylo skvělé. Nejlepší ze všech. Pokoje byly krásně zařízené, celá řada pomůcek. Na podlahách byly vodící linie a varovné pruhy. Na stěnách hmatové prvky, na sestry všichni

měli v kapse paeger. Tady v nemocnicích ani na středisku nic není, kdybych neměla doprovod, jsem ztracená.“

Pacientka P6 není na samostatném pokoji, ale působí spokojeně: *„Nyní jsem na dvoulužkovém pokoji, má spolubydlící je moc milá holka, také to nemá jednoduché v životě, tak si spolu navzájem pomáháme. Víte, každý pobyt v nemocnici je strašně moc o personálu. Tady jsou sestřičky upovídané, každou chvíli se zastaví a prohodí pár slov, to vám strašně pomůže. Při minulé hospitalizaci to byla hrůza, nikdo neměl na nic čas, ráno jsem při hygieně poslouchala, jak si sestry mezi sebou špitají, kolik toho mají na práci a jak jich je málo. To pak umí být pěkně nepříjemné, zažila jsem to na vlastní kůži. Hodně dělá také prostředí, tady jsou sice pokoje malé, ale uspořádané a s koupelnou. To se vám pak hned lépe marodí.“*

Mít klid na odpočinek, ale zároveň nebýt sám je přání našeho pacienta P7: *„Jsem na skvělém pokoji s televizí a balkonem. Sice nikam nedoju a nic nevidím, ale jsem rád, že v noci mohu v klidu odpočívat. Přes den je mi ale smutno. Docela rád bych s někým povídal. Jsem rád sám, ale má to i druhou stránku, minule mi zapadl někam zvonek na sestru, a já tak strašně potřeboval na záchod. Neměl jsem se jak dovolat pomoci, tak jsem se nakonec vydal sám a skončilo to pádem dřívě, než jsem dorazil na toaletu. Docela dlouho jsem ležel na podlaze, potřebu neudržel, bylo to trapné a zároveň hrozná bezmoc. To víte, každá hospitalizace je jiná, všude je jiný personál, jiný přístup, jiné prostředí. Okolí už nerozeznám, ale o to více vnímám to ostatní. Jak se lidé s vámi baví, jak k vám přistupují, a věřte, jsou to občas velmi nepříjemná poznání.“*

Kategorie č. 3: Uspokojování potřeb

Každá živá bytost, každý z nás má své potřeby. Je nezbytné tyto potřeby v určitém, daném pořadí uspokojovat. Pokud je toto uspokojování z nějakého důvodu narušeno, dochází k narušení rovnováhy v organismu, což může vést k rozvoji onemocnění, zhoršení zdravotního stavu a dalších nežádoucích stavů.

Soběstačnost

Soběstačnost můžeme definovat jako schopnost jedince uspokojit své potřeby vlastními silami. V rámci poskytování ošetrovatelské péče je právě podpora, udržení nebo navrácení soběstačnosti jedním z hlavních cílů. Cílem této podkategorie bylo zjistit, jaké

kompenzační pomůcky používají pacienti pro udržení soběstačnosti. Zda při hospitalizaci mají doprovod a jestli využívají služeb některé z organizací pro zrakově postižené.

Pacient P1 s úsměvem odpovídá: „Mám doma řadu pomocníků, jak tomu doma říkáme, ale to víte, zrak je zrak, a ten mi nic nevynahradí. Mám úžasnou rodinu, ženu a děti, i rodiče nám pomáhají. V nemocnici jsem sám, ale stále je tu někdo na návštěvě, takže nejsem vlastně sám. Nedávno jsme se přestěhovali k rodičům do baráku a začali jsme zvažovat, že bych si pořídil vodícího psa. Miluji zvířata a rodině by to moc pomohlo a já bych získal velký kus samostatnosti a nového přítele. S organizací pro zrakově postižené spolupracujeme od prvních okamžiků, co se mi stal úraz. Naprosto popravdě, bez nich bych tu už nebyl. Strašně moc nám pomohli a pomáhají, je to naše druhá rodina.“

O tom, jak vše zvládá bez pomůcek, nám vypráví pacientka P2: „Dali mi bílou hůl, ale stejně s tím neumím, a nic ostatního nepotřebuji. Bydlím s kamarády a se vším mi pomáhají, doma to znám, tam nebloudím. Když něco potřebuji zařídit a nakoupit, kámoši mi pomůžou, všude mě doprovází. Tady v nemocnici bych ani z nich nikoho nechtěla, jsem ráda, že jsem sama, trochu si od nich odpočinu a stačí, že chodí na návštěvu. Až mě pustí, zase si mě odvedou. Do žádné té agentury nechodím, byla jsem tam párkrát, ale je to ztráta času a k ničemu a nemám čas tam chodit.“

Zcela jiné zkušenosti a přístup k používání kompenzačních pomůcek má pacient P3: „Mám bílou hůl, bez té si nedokážu svou chůzi vůbec představit. Tady s ní chodím i na toaletu, nikdy totiž nevíte, kdo, co, kde zapomene ležet, a to je pro mě jistý pád. Při pohybu venku používám vysílačku, to je skvělá věc. Doma mám spousty dalších věcí, ale do nemocnice to nenosím. K hospitalizaci si nikoho s sebou neberu, rádi si od sebe vzájemně odpočineme. S asistentem chodím pouze na úřady, nebo pokud někde podepisuji nějaké důležité dokumenty. Měl jsem také vodícího Bertika, ale zemřel před necelým rokem. Byl mi velkým pomocníkem a hlavně přítelem. Organizace mi nabízela nového pejska, ale už nechci, je to moc velká bolest, když ho ztratíte, a já jsem docela samostatný, tak ať ho využije někdo jiný, kdo se všemu teprve učí. Dříve jsem hodně chodil do skupiny, hlavně Berťas tam měl psí kámoše, ale teď už tam skoro nechodím.“

Jako věrnou přítelkyni označuje pacient P4 svou slepeckou hůl a vysvětluje i další používání pomůcek: „Bez hůlky bych nemohl existovat, to je moje věrná přítelkyně, která mi vždycky pomůže. Mám ještě celou řadu věcí, hlavně na pohyb po městě, v MHD a na výletech, které tak miluji. Jsem hospitalizovaný sám, ale dřív se mnou byla vždycky

maminka, hodně mi to usnadňovala a pomáhala. Po smrti maminky jsem hodně přemýšlel pořádit si vodícího psa. Kamarádi je mají a je to moc fajn. Jen se bojím, musíte mu věnovat spousty času a to bych asi nezvládl. Do centra chodím, je to můj život, pracuji tam, mám tam kamarády, nejsem sám.“

Nejčastěji používanou pomůckou pacientky P5 je také bílá hůl: „Bílou hůl mám několik let. Začala jsem s ní chodit, ještě když jsem viděla, tak jsem se všechno naučila. Děti mi pořídily čtečku a hlavně doma mám spoustu moderních výmyslů, pomůžou, ale ty ceny jsou strašný. Hospitalizovaná jsem většinou sama, ale dcera za mnou často chodí nebo někdo z rodiny. Zvládám to, tak je nebudu zdržovat, musím být samostatná. Do agentury moc nechodím, spíše s nimi komunikuje dcera. Pomáhali mi vyřídit důchod a příspěvky na pomůcky. Nechci tam chodit, tam se mě má slepota dotýká nějak víc. Nechci se stýkat se stejně postiženými, nedělá mi to dobře na psychiku.“

Pacientka P6 také k bezpečnému pohybu používá nejvíce bílou hůl: „S holí už raději chodím většinu času, pomáhá mi, abych něco nepřehlédla, o co bych mohla zakopnout. Doma mám velkou digitální lupu, také čtečku. Strašně ráda jsem četla, tak alespoň díky ní mohu dál číst. Také když se s dcerou učím, je nenahraditelná pomocnice. Manžel mi také sehnal upravený tablet a mám telefon pro slabozraké. Pokud jsem hospitalizovaná, musím být sama, manžel zůstává s holkami. Do skupiny občas chodím, mohu tam brát i holky. Je to tam dobré, mně pomáhají nácvikem k samostatnosti a holky se učí, jak mi případně pomáhat.“

Od brýlí ke slepecké holi, tak popisuje své pomůcky pacient P7: „Pomůcek mám spoustu, postupně, jak jsem ztrácel zrak, tak jsem si je pořizoval. To víte, začalo to brýlemi a skončilo slepeckou holí. Doktoři mě na to připravovali, ale nečekal jsem, že dojde na jejich slova. Nu což, nějak s tím musím žít. Hospitalizován jsem sám, ale na příjem mě doprovodil asistent kvůli papírům. Nakonec se mnou musel až na oddělení, není tu nic označeného a těžko bych tu něco hledal. Sestřičky mi pomáhají, ale jsem celkem samostatný, zatím. Do agentury chodím, hodně mi pomáhají, a když je mi smutno, můžu tam zajít jen tak pro lepší náladu. Mám tam pár opravdových přátel.“

Příjem potravy

Řada činností a věcí, které jsou pro vidomého člověka naprostou samozřejmostí, mohou být pro zrakově postižené problémem větším, než si dokážeme představit. Jednou

z takovýchto činností je právě stravování. Další otázka se tedy zabývala tím, jak personál pacientům pomáhá tuto činnost zvládnout.

Pacient P1 v nemocnici jí v posteli a neumí si to jinak představit: *„Tady jím vždycky na posteli. U stolu ani někde v jídelně jsem tady nikdy nebyl. Zatím v jídle nejsem úplně samostatný, a pokud nemám jídlo nakrájené na hlubokém talíři, neumím se najíst. Bohužel několikrát jsem měl jídlo úplně v posteli, to je tak, když tu nebyl nikdo z rodiny a jídlo mi personál položil do postele, a nejlépe omáčku s knedlíky. Jo, jo i takové zkušenosti mám.“*

Jídlo, to je vždycky boj, popisuje pacientka P2: *„Jídlo, to je vždycky boj, sestry nebo ty, co tu pomáhají, mi to přinesou v hlubokém talíři nebo na nějakém tácu. Řeknou mi, co mám k jídlu, no a já se snažím jíst. Pití musím mít nalité v plastové lahvi.“*

Stolování je i po letech téměř slepoty problém pro pacienta P3: *„Stravuji se nejraději na pokoji sám. I po tolika letech je konzumace jídla pro mě velký problém, se pokaždý pocintám jak malé dítě. Při minulé hospitalizaci jsem musel jíst ve společenské místnosti a personálu jsem nestál ani za to, aby mi řekli, co mám k jídlu, natož aby mi to pomohli pokrátet. To se pak cítíte jak... no ne zrovna dobře.“*

Stejné pocity má také pacient P4: *„Nerad jím někde ve společném stravovacím zařízení nebo v restauraci. Tady mi nosí sestřičky jídlo na pokoj, pokaždé mi povědí, co máme k jídlu, pomohou mi to nějak předpřipravit a rovnou mi to předávají do hlubokého talíře. Co to stálo maminku nervů, prostě mi to nejde, tak co.“*

Nepříjemné pocity a stud provázejí pacientku P5: *„Jediné místo, kde jím v klidu, je doma. Kdybych nemusela jíst vůbec, tak by to bylo nejlepší. S jídlem, pokud tu není dcera, mi samozřejmě pomáhají sestřičky, jsou to hodné holky. Jím na pokoji, ale je mi to strašně nepříjemné před někým cizím. Vnímám, že jsem umazaná a kousky mi padají všude.“*

Pacientka P6 popisuje: *„Jím normálně u stolu na pokoji. Někdy mi sestřičky pomohou, nebo spíš je o to poprosím, ale zatím tuto činnost ještě zvládám. Občas mi něco přistane v klíně, ale to je asi normální i u zdravých.“*

Služby si pochvaluje pacient P7: *„Já se mám jak na hotelu. Jídlo mi přinesou až do postele. Se sestřičkami jsem domluvený, že mi jídlo pokrájí a předávají do hlubokého talíře a obalí mě do igelitu, to je legrace, ale cintám všude.“*

Soukromí, odpočinek

Další otázku této podkategorie jsme směřovali ke zjištění, zdali pacienti měli dostatek soukromí, jestli bylo respektováno ze strany personálu a zda jim prostředí a personál poskytly nerušený čas na odpočinek.

O tom, že soukromí asi nemůžeme při hospitalizaci očekávat, hovoří pacient P1: *„Tak soukromí asi úplně mít v nemocnici nemůžeme, stále bude na pokoj někdo chodit. Pokud nemám samostatný pokoj, je to pro mě peklo. Ostatní pacienti, jejich návštěvy, mají pocit, že vám musí pomáhat, a to je pak pohroma. Personál také úplně neví, co asi potřebuji a co ne, ale snaží se. Co se týče odpočinku, pokud jsem na pokoji, mám svůj klid. Pokud jsem s někým dalším, jsem pořád v tenzi a nemohu odpočívat.“*

Pacientka P2 má občas v nemocnici pocit osamění: *„Klidu je tu až moc, často mám pocit, že sem tu zůstala úplně sama v celém baráku. Jo odpoledne, když dorazí kámoši, je tu hned živo. Spím úplně v pohodě, sice sem pořád někdo chodí, ale asi po těch kapačkách jsem ospalá a konečně mě nic nebolí, tak můžu spát.“*

„Nejde o to, jak dodržují vaše soukromí, ale jakým způsobem do něj vstupují. Ne vždy všichni zaklepu a představi se. Pokud zrovna podřimují, hlasu v blízkosti se leknu, ale chápu, nemohou všichni myslet na to, že nevidím a potřebuji jiný přístup. Co mě rozčiluje ze všeho nejvíc, když mi nechávají otevřené dveře na pokoj. Mám pocit, že na mě všichni z chodby zírají, aniž bych o tom věděl. Díky tomu, že jsem na pokoji sám, mohu chvilka nerušeně odpočívat, ale pokud nás bylo na pokoji víc, bylo to těžké,“ popisuje nám své zkušenosti pacient P3.

Otevřené dveře do pokoje jsou nepříjemné také pacientovi P4: *„Na soukromí si celkem nestěžuji, snaží se klepat, když vchází na pokoj. Ale co mě rozčiluje, často mi nechávají otevřené dveře na pokoj, to je mi fakt nepříjemné. Tím, že nevidím, tak netuším, kdo sem zrovna kouká, a pokud náhodou usnu, může se stát, že sem kdokoliv vejde a nevím o tom. Sakra, tohle by si měli uvědomit. Na odpočívání asi není v nemocnici nikdy ten pravý klid, ale tím, že jsem sám na pokoji, tak to docela jde.“*

Absolutní ztrátu soukromí pociťuje pacientka P5: *„Tak tady opravdu soukromí nemám, bohužel na takhle velkém pokoji to nejde. Snad zítra půjdu domů. Spolupacientky jsou hodné, když jsem tu sama, hned mi pomáhají, ale také například, když jsem včera byla na toaletě, tak jsem slyšela, jaký jsem chudák apod., z toho je mi na nic. O odpočinku tady*

absolutně mluvit nemohu, spím jen díky lékům na spaní. Jsem nervózní, každou chvíli někde něco praskne, cvakne nebo sem někdo vejde bez klepání.“

Klidu na odpočinek máme dostatek, popisuje pacientka P6: *„S kolegyní nebo tady se spolupacientkou pořád o něčem povídáme, je skvělá a máme hodně společného, takže ani moc neodpočíváme. Soukromí se snaží personál respektovat, většinou klepou, ale občas sem někdo vtrhne, jak když hoří. Nezlobím se, do koupelny ani na záchod mi nikdo nechodí, takže v pohodě.“*

Stejně jako pacientka P2 má také pacient P7 pocit velké samoty: *„Soukromí je tu až moc, je tu ticho, pomalu to utíká. Ještě že mám televizi a mohu alespoň to ticho roztrhnout. Personál je hodný a citlivý, když přijdou, snaží se vždy aspoň chvíli popovídat, ale nechci je zdržovat od práce. Nejlepší jsou rehabilitace, to mám sestřičku skoro hodinu pro sebe. Kdybych neměl takové bolesti, tak bych si i odpočinul. Nechci prášky moc jíst, tak si trochu i vymýšlím, že nemám bolesti. Sestřičky už mě znají, tak mi to dávají asi do infúzí.“*

Ošetrovatelské problémy

V rámci poslední subkategorie jsme požádali pacienty o celkové zhodnocení poskytované péče a o vyjádření osobních pocitů, jak vnímají přístup personálu k jejich zrakovému postižení.

Pacient P1 vysvětluje: *„Ta péče, co je napříč zdravotnictvím poskytovaná, mi přijde jako nutnost, povinnost, kterou je nutno zajistit. Nevím, jestli mi rozumíte, holý základ, nic navrch. Sestry, lékaři vám pomůžou, dají vám léky, odbourají bolest, zastaví krvácení, ale nezastaví se, pospíchají dál, tam mají další práci. Nedostatečné pochopení mého zrakového postižení vnímám ze všech stran, ale s tím se naučíte žít. Jsem prostě jiný, a ještě můj znetvořený obličej tomu přidává. Myslím, že zejména od zdravotníků to není myšleno zle, mají spíš nedostatek zkušeností s pacienty, jako jsem já. Nevědí, co cítíme, co vnímáme. Někteří z vás si neuvědomují, že jediný můj handicap je zrak.“*

Spokojená s poskytovanými službami je pacientka P2, ale s přístupem personálu nikoliv: *„Staraj se tu dobře, je tu teplo, jídlo a měkká postel. Jak to tu vypadá, moc nevidím, jsem ráda, že poznám, že je den. Každé ráno mi pomůžou se umýt, převlečou postel, řeknou mi, co se bude dít, prostě pohoda. S čím ale mají problém, je můj život. Dost často mi to*

dávají silně najevo, a to mi vadí. Jsem šťastná a nestojím o řeči, jak mám žít a co jsem udělala špatně.“

Pacient P3 sděluje: *„Až na drobnosti nejlepší přístup, s jakým jsem se kdy setkal. Personál má evidentně s mým postižením problém na každém oddělení, vnímám, jak mě litují a skoro se cítím, jak kdybych nebyl jen slepý, ale také duševně postižený. A ne zrovna výjimečně jsem slyšel termíny slepouš, ten slepýš na pětce, to vás vždy zamrzí.“*

O tom, jaký poklad jsou sestřičky, povídá pacient P4: *„Sestřičky jsou úžasné, obdivuji je za jejich náročnou práci a ochotu, s jakou nám všem pacientům pomáhají. Některé tedy umí být pěkně protivné, ale co, jsme jen lidé. S lékaři se moc nevidíte, ráno večer vám přihodí komentář ke zdravotnímu stavu. Jsem tady opravdu spokojený. S různým vnímáním mého postižení se samozřejmě setkávám každý den. Tady je to poměrně v pohodě, ale na ambulancích, kam docházím, to je děsné, vůbec nechápou, že nevidím. Sestra odněkud z ambulance zahouká mé jméno a já mám bojovou hru. Teď se tomu směju, ale mám z toho stresy hrozný.“*

S přístupem personálu a poskytovanými službami je spokojená pacientka P5, ale něco v péči postrádá a pokouší se své pocity vysvětlit následovně: *„Jídlo je skvělé, každé ráno čistě povlečená postel, každou chvíli vám někdo vyvětrá, zeptá se, jestli něco nepotřebujete. Ale třeba dnes ráno jsem dostala od sestry léky a byl tam jeden navíc. Sestra mi nedokázala říct, co je to za lék a proč ho najednou mám. Léky mi doma připravuje manžel a vím, kolik a jaké tvary užívám. Sestru jsem dostala úplně do šoku, že mám také mozek, který používám. Mají ze mě pocit, že jen tak už proplouvám životem a nemám žádný další svět. Od personálu vnímám jakýsi nepopsatelný odstup. Nemám jim to za zlé, ale vůbec netuší, jak vnímám svět já a co potřebuji od okolí. Upraví mi pohotově postel, ale už je třeba nenapadne dolít mi čaj, přitom pro mě je to složité. Snad jste trošku pochopila, co se snažím říct.“*

S péčí je spokojená také pacientka P6: *„Přístup super. Doktoři jsou sice trošku nemluvní, ale sestřičky nám to vynahrazují, alespoň na tomhle pavilonu. Moc si toho vážím, protože už jsem zažila i pravý opak. Přístup okolí i personálu je k mému postižení různý, už jsem měla jméno slepejš, brejlovec z jedničky apod.“*

Pacient P7 nechce působit nevděčně, ale spokojen s péčí není: *„Nechci působit jako nějaký chronický nespokojenec, není to tady o tom zařízení, ale celkově o našem*

zdravotnictví. Personál, sestry a asi i lékaři, pokud budou mít více času na nás pacienty, bude to i na té péči vidět. Takhle všichni pořád pospíchají, sestry jsou unavené, naštvané, cítíte to z nich. Lékaři proběhnou vizitu a honem někam na sál. Tohle přeci nemůže fungovat. Ale já už mám před sebou pár let a nebudu se tím trápit, to už je na vás mladých s tím něco udělat. Mé zrakové postižení mají bohužel i zdravotníci spojené s nějakou celkovou retardací, ale opravdu, já pouze nevidím.“

Poslední otázka, která byla našim dotazovaným pacientům položena, se týkala konkrétních problémů a negativních zkušeností, s nimiž se v rámci hospitalizace setkali a které by bylo vhodné změnit.

Pacient P1 by uvítal následující: *„Určitě by měla být zajištěna hospitalizace na samostatném pokoji s WC. Je málo personálu a málo času, ale kdyby třeba byla v rámci nemocnice jedna skupina, která by znala naše potřeby a věděla, jak s námi komunikovat, to by bylo moc příjemné, a kdyby ty zdravotnická zařízení měly nějaké prvky a pomůcky pro bezpečný pohyb, to už by byl vrchol spokojenosti.“*

Pacientka P2 je nejvíce pohoršena absencí kuřáckého koutku: *„Nechápu, proč tu není kuřácký koutek, nemůžu sama ven, tak musím čekat na kluky, až odpoledne dorazí, a to je hrozné vydržet. Takže já bych uvítala, aby na každém oddělení byla místnost, kde bychom mohli kouřit.“*

Pacient P3 si myslí, že by pomohly i drobnosti: *„Personál by měl mít víc informací o našich schopnostech a potřebách. Kdyby více přizpůsobili oddělení našim potřebám, bylo by to příjemné, tím myslím třeba pásky na podlaze, hmatové body, uklizenější chodby apod.“*

Úprava prostředí nemocnic a zdravotnických zařízení je nezbytná pro bezpečný pohyb zrakově postižených, vysvětluje pacient P4: *„Asi všechna zdravotnická zařízení by měla přemýšlet, jak upravit a zlepšit prostředí pro nevidomé nebo jinak zrakově postižené. Bohužel zařízení nám jsou přizpůsobená minimálně, všude všechno chybí a pro nás nevidomé je orientace a pohyb bez doprovodu téměř nemožný po těchto zařízeních.“*

Pacientka P5 vidí také jako jeden z hlavních problémů prostředí: *„Opravdu bych uvítala samostatný pokoj. Je velice těžké být s jinými pacienty, když nevidíte, často nechtěně nechají někde něco ležet a pak snadno mohu upadnout. Chybí tu také značení na podlaze, alespoň jako mám já doma, na stěnách nějaké body, které by nám usnadnily pohyb. Bylo*

by dobré, aby měli zdravotníci více zkušeností a znalostí, jak přistupovat ke zrakově postiženým, a aby si uvědomili, že pouze nevidíme.“

Pacientka P6 není spokojená s přístupem lékařů: *„Jak jsem již řekla, čekala bych od lékařů větší vstřícnost, lepší vysvětlení konkrétních situací, prostě víc času nám pacientům věnovat a vysvětlit nám, co potřebujeme. Strava tady v nemocnici, to je taky případ sám o sobě, to prostě nemůže být ta kuchyně lepší??? A ranní budíčky, to je hrozné. Je opravdu nutné odebírat krev v půl šesté ráno? To mi přijde nelidské, stejnou krev přece budu mít i v sedm.“*

Nedostatek personálu a prostředí jsou hlavní problémy podle pacienta P7: *„Určitě by to chtělo více personálu, v těchto počtech není čas na pacienty. Také sestřičky by měly mít k ruce dostatek sanitářů, chudinky tahají nás samotné. A vedení by se mělo zamyslet nad orientací nás skoro slepých po areálu nemocnice. Pokud bych neměl doprovod, jsem vyřízenej. Je hezké dělat bezbariérové úpravy pro vozíčkáře, ale my sem patříme také a na nás nikdo nemyslí.“*

5 DISKUZE

Myšlenkou této diplomové práce bylo přiblížit a prozkoumat problematiku poskytování péče specifické skupině pacientů, kterou tvoří jedinci se závažným zrakovým postižením. Cílů pro tuto diplomovou práci bylo stanoveno hned několik, ovšem hlavním cílem a záměrem této diplomové práce bylo zmapovat, prozkoumat a poodhalit skutečnou realitu a každodenní praxi. Při tvorbě diplomové práce a zejména při rozhovorech s participanty jsme si často pro sebe kladli otázky: „Co je v reálné praxi ošetrovatelská péče? Jaké má skutečné cíle? Poskytujeme opravdu ošetrovatelskou péči, jak je definována?“ Například Špirudová (2015) definuje ošetrovatelskou péči jako samostatnou vědeckou disciplínu, jejímž cílem je aktivně vyhledávat a uspokojovat potřeby biologické, psychické a sociální nemocných i zdravých lidí. Ošetrovatelská péče se zaměřuje na udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců nebo skupin, kteří mají v souvislosti s poruchou zdravotního stavu změněné nebo vzniklé potřeby, a usiluje o zachování nebo navrácení soběstačnosti pacientů. Rozmanité definice nám popisují, jak jsou v rámci poskytování ošetrovatelské péče aktivně vyhledávány a následně uspokojovány potřeby, ale je to opravdu tak, nebo je v současné době při nedostatku času, personálu, možná i pomůcek skutečnost jiná? Jednou z klíčových potřeb při poskytování ošetrovatelské péče je soběstačnost. Pokud se podíváme do praxe, opravdu u pacienta sledujeme a pravidelně vyhodnocujeme jeho soběstačnost a snažíme se ji udržet a podporovat?

V rámci této diplomové práce jsme se snažili v rozhovorech nalézt odpovědi, názory a zkušenosti sester s poskytováním ošetrovatelské péče specifické skupině pacientů, a to konkrétně pacientům se zrakovým postižením. Leissner et al. (2014) popisuje, že zrakové postižení je důsledek zdravotního postižení jedince, který má narušené zrakové vnímání tak závažným způsobem, že i po korekci vady je omezován ve svém běžném životě. Zrakové postižení ovlivňuje uspokojování základních potřeb, komplikuje pohyb a prostorovou orientaci postiženého. Zrakově postižený má omezený způsob získávání a zpracování informací, obtížně se začleňuje do společnosti a navazuje mezilidské vztahy. Zrakové postižení samozřejmě ovlivňuje i nejbližší okolí – rodinné příslušníky a přátele. Poškození či ztráta zraku tak představují pro jedince náročnou životní situaci.

Jedním z cílů diplomové práce bylo zhodnotit připravenost a zkušenosti sester při poskytování péče pacientům se zrakovým postižením a zhodnocení managementu jejich

práce. Cílem bylo také identifikovat problematické oblasti při poskytování péče a vyhodnotit nejčastější potřeby těchto pacientů při příjmu a hospitalizaci. Výzkumné šetření bylo uskutečněno kvalitativní formou. Šetření zahrnovalo sběr dat prostřednictvím osobních rozhovorů se sedmi sestrami a sedmi pacienty. Pro sběr dat byly vytvořeny dva okruhy otázek, rozhovory byly realizovány pouze osobně po předchozí domluvě a se souhlasem participantů. Výsledky výzkumného šetření nelze generalizovat, jsou charakteristické pouze pro daný výzkumný soubor.

Úvodní otázky rozhovorů byly zaměřeny na identifikaci a charakteristiku participantů S1–S7 a P1–P7. Získané informace jsou podrobně zpracovány v tabulce 1 a tabulce 2. U sester S1–S7 jsme zjišťovaly délku praxe, nejvyšší dosažené vzdělání, zda pracují na lůžkovém oddělení či ambulancním úseku a zaměření oboru. U pacientů P1–P7 jsme pro lepší posouzení výsledků zjišťovaly věk a uváděli pohlaví.

Prvním stanoveným cílem bylo zhodnotit připravenost a zkušenosti sester při poskytování ošetrovatelské péče pacientům se zrakovým postižením.

Pro splnění tohoto cíle jsme zkoumali, s jakou četností se sestry S1–S7 setkávají v praxi s pacienty se zrakovým postižením a jak závažné je zrakové postižení těchto pacientů. Zajímali jsme se také o to, jak sestry komunikují se zrakově postiženými a zda znají zásady verbální a neverbální komunikace. Sestry S1, S3, S5–S7 uvedly poměrně shodně, že se s pacienty se závažným zrakovým postižením setkávají jen občas nebo spíše výjimečně. Častěji bývají v kontaktu s pacienty s lehčí zrakovou vadou. Zcela jinou zkušenost mají sestry S4 a S2. Vzhledem ke specifčnosti jejich oddělení jsou u nich často hospitalizovaní pacienti s vážným zrakovým postižením, ke kterému dochází v důsledku úrazu. Někdy se jedná o lehká poranění, ale bohužel mnohokrát bývají poškozeny obě oči s následnou slepotou. Na etiologii zrakového postižení hospitalizovaných pacientů se sestry v odpovědích shodují. Většinou se jedná o poškození vzniklé v důsledku úrazu nebo nějakého závažného onemocnění. Jen minimum pacientů, se kterými se setkaly, mělo zrakovou vadu od narození. V rámci komunikace se zrakově postiženými měly dotazované sestry velice rozdílné odpovědi. Sestry S1 a S3 vůbec netušily, jak by taková komunikace měla probíhat. S těmito pacienty komunikují stejně jako s vidomými. Podobně ke komunikaci se zrakově postiženými přistupují také sestry S5 a S7. Důležitost prvního kontaktu a komunikace se zrakově postiženým si uvědomují sestry S2, S4 a S6. Dodržují základní pravidla pro komunikaci se zrakově postiženými a přistupují k jejich

postižení s respektem a pochopením. Sester jsme se dotazovaly, zda nabídnou pomoc pacientům hned při prvním kontaktu. Pro sestry S2, S4, S5 a S6 je nabídnutí pomoci pacientům se zrakovým postižením hned při prvním kontaktu naprostou samozřejmostí. Sestra S4 nabídnutí pomoci považuje za nezbytný krok k úspěšné komunikaci. Sestry S5 a S6 o tom příliš nepřemýšlejí, pacienti přeci přicházejí pro pomoc, takže nabídnutí pomoci je zcela automatické. Rovněž sestra S7 považuje nabídnutí pomoci za samozřejmost. Odlišnou odpověď nám poskytly sestry S1 a S3, které se myslí, že nabídnout pomoc hned při prvním kontaktu není vhodné. Domnívají se, že by pacienta mohly uvést do nepříjemné situace ponížení, a pokud pacient bude pomoc potřebovat, jistě si řekne. Získávali jsme také informace o tom, zda se pacienti dostavili k příjmu sami, nebo s doprovodem, a komunikují-li sestry více s doprovodem, nebo pacienty. Pacienti se zrakovým postižením se dostávají na plánovaný příjem většinou s doprovodem nebo asistentem, odpověděly sestry stejně. Otázka komunikace s doprovodem již neměla jednoznačnou odpověď. Sestry S2, S5 a S6 komunikují výhradně s pacientem, pokud to jeho zdravotní stav umožňuje. Sestra S4 vidí často u svých kolegů tendenci se v komunikaci obracet na doprovod. Podobně své zkušenosti popisuje také sestra S7. Pokud je této situaci přítomna, snaží se zasáhnout. Nevhodnost komunikace s doprovodem si uvědomuje sestra S1, ale jak vysvětlila, v praxi to urychlí proces. Bohužel názor, že komunikace s doprovodem obvykle značně usnadní práci, zastává sestra S3.

Při domluvě se zrakově postiženými existují určité zásady pro verbální a neverbální komunikaci, které by měly tuto komunikaci usnadnit. Dotazovali jsme se proto sester, jestli při komunikaci se zrakově postiženými dodržují některé tyto zásady a zda se někdy zúčastnily semináře či školení zaměřeného na komunikaci se zrakově postiženými. Žádné zásadní rozdíly v komunikaci s vidoucím nebo zrakově postiženým pacientem si neuvědomují sestry S1 a S3. Ostatní sestry si je uvědomují a znají některé zásady verbální a neverbální komunikace se zrakově postiženými. Sestra S2 si je vědoma důležitosti mnoha zásad vhodné komunikace a v praxi je při poskytování péče uplatňuje. Sestry S4, S5 a S7 také velice hezky popsaly zásady při komunikaci se zrakově postiženými. Mezi hlavní prvky řadí pozdravení, oslovení, poskytnutí prostoru a dostatečného času, nabídnutí pomoci. Jako zásadní pravidlo při kontaktu s každým pacientem uvádí sestra S6 komunikaci a snaží se na to klást důraz u všech svých kolegů. Na otázku účasti na seminářích zaměřených na zrakově postižené a komunikaci s nimi sestra S1 uvedla, že se

žádného semináře nezúčastnila, stejně jako sestry S3 a S5. Sestra S2 se opakovaně účastnila seminářů zaměřených na poskytování péče pacientům se zrakovým postižením a ve volném čase pomáhá v agentuře pro handicapované osoby, včetně zrakově postižených. Potřebu seminářů a odborných přednášek vyzdvihuje rovněž sestra S4. Sama se zúčastnila několika seminářů zaměřených na život jedinců se zrakovým postižením. Sestry S6 a S7 absolvovaly přednášky zaměřené na ošetřování zrakově postižených v rámci studia vysoké školy. Obě se shodují na potřebě těchto přednášek pro praxi.

Pro zhodnocení a komparaci výsledků jsme položili také pacientům P1–P7 otázku na závažnost jejich zrakového postižení. Pacient P1 v důsledku úrazu oslepl na jedno oko zcela, na druhém oku vnímá pouze obrysy. Pacientka P2 trpí závažným degenerativním onemocněním rohovky a bohužel v kombinaci s abúzem návykových látek dochází k rychlé progresi onemocnění. Na jedno oko již zcela oslepla a druhým okem rozlišuje pouze světlo a tmou. Pacient P3 má zrak postižený od narození, ale nyní se vada rychle zhoršuje. Pacient P4 je nevidomý od narození. Pacientka P5 měla v dětství úraz a jeho následkem na jedno oko zcela oslepla, na druhém oku podstoupila řadu operačních zákroků a nyní má pouze zbytkové vidění. Pacientka P6 má degenerativní onemocnění sítnice, tzv. věkem podmíněnou makulární degeneraci, pacientka má zachované pouze zbytky periferního vidění. Také pacient P7 se potýká s degenerativním postižením, které ho od brýlí dovedlo až ke slepotě. Zhodnocením získaných informací od pacientů jsme zjistili, že hlavní příčinou jejich zrakového postižení je vrozená vada či progresivní onemocnění a že pouze dva pacienti mají zrak poškozený v důsledku úrazu.

Dále nás zajímalo, jak pacienti hodnotí komunikaci s personálem. Pacient P1 se cítil ostrčený, jelikož personál komunikuje více s doprovodem, ale chápe, že pro personál je komunikace s doprovodem jednodušší a rychlejší. Je také zklamaný nedostatečnou informovaností. Pacientka P2 považuje komunikaci za normální a dostačující. Velmi spokojený je pacient P3, přístup personálu hodnotí jako obdivuhodný a komunikace mu naprosto vyhovuje. Své postupy v rámci komunikace má pacient P4, který vždy personál obeznámí se skutečností, že je pouze nevidomý, nikoli nesvéprávný. Získávání informací od personálu hodnotí jako složité. Jako problematickou a nedostačující hodnotí úroveň komunikace pacientka P5, ale nemyslí si, že je to pouze z důvodu jejího handicapu, ale považuje to za všeobecný problém našeho zdravotnictví. Vstřícný přístup personálu a úroveň komunikace si v rámci provozu chválí pacientka P6, ale pokud se jedná o důležité a odborné informace, jako dostačující komunikaci nehodnotí. Pacient P7 je

s poskytovanou péčí spokojený, obdivuje zejména sestry za to, jak náročnou práci vykonávají, a přece často s úsměvem. Vyhodnocením rozhovorů s P1–P7 v oblasti komunikace a informovanosti jsme zjistili, že se pacienti shodují na problému nedostatečné informovanosti. V rámci komunikace hodnotí personál jako vstřícný a ochotný, ale z důvodu nedostatku času bohužel ani tato komunikace není na dostatečné úrovni. Jak popisuje bohužel i personál, tak někdy i on pro urychlení komunikace přehlíží samotného pacienta a obrací se přímo na doprovod.

Druhým stanoveným cílem bylo zhodnotit management práce sester při poskytování ošetrovatelské péče pacientům se zrakovým postižením při příjmu a hospitalizaci.

Hospitalizace je náročnou životní situací pro každého z nás. Pokud je hospitalizován pacient se zrakovým postižením, je pro něho vše mnohem složitější. A pokud vezmeme v úvahu hospitalizaci akutní, bez možnosti přípravy pacienta na hospitalizaci, je situace ještě komplikovanější. Je tedy nezbytné, aby personál byl pacientům co nejvíce nápomocný v této složité životní situaci. Prostřednictvím otázek jsme proto zkoumali, jak jsou pacienti se zrakovým handicapem seznamováni s provozem a režimem oddělení, s prostředím na pokoji, který pokoj je nejvhodnější pro pacienta se zrakovým postižením v rámci hospitalizace a jaké kompenzační pomůcky využívají pacienti se zrakovým postižením nejčastěji. Vyhodnocením odpovědí jsme zjistili, že se sestry S1–S7 shodují na tom, že pacienta se zrakovým postižením je nutno seznámit podrobně s provozem a prostředím. Současně je potřeba mít dostatek času a na pacienta nespěchat. Pacienta se zrakovým postižením je rozhodně vhodné hospitalizovat na samostatném pokoji, jak odpověděly téměř všechny sestry. Sestra S3 jako jediná nepovažuje za vhodné hospitalizovat pacienta na samostatném pokoji. Sestry také odpovídají velmi podobně na otázku, jakým způsobem seznamují pacienty se zrakovým postižením s potřebnými dokumenty. Sestry S1, S3–S7 se s pacientem vždy domluví, jakým způsobem je pro něj seznámení s dokumenty přijatelné. Na pracovišti u sestry S2 postupují obdobně, ale jelikož se jedná o urgentní příjem, dokumenty se podepisují dle možností a stavu pacienta, často tedy s časovým prodlením. Ovšem otázkou, zda některé dokumenty pro zrakově postižené mají k dispozici v daném zdravotnickém zařízení v Braillově písmu, byly všechny sestry zaskočeny, zatím vždy seznámení zvládly bez specificky uzpůsobených dokumentů. Mezi nejčastěji používané kompenzační pomůcky, které pomáhají zrakově postiženým alespoň částečně kompenzovat jejich handicap, patří dle odpovědí sester bílá hůl, různé druhy čteček, telefony ovládané hlasem, tiskopisy v Braillově písmu

a diktafony. S přítomností vodícího psa mají zkušenost sestry S3 a S6. Sestra S4 popisuje realitu, že pacienti sice mají možnost velkého výběru kompenzačních pomůcek, ale bohužel ty jsou často pro pacienty z logistického, ale i finančního hlediska obtížně dostupné. Sestra S2 se v rámci svého oddělení setkává s pacienty, kteří ještě nemají kompenzační pomůcky. S využíváním kompenzačních pomůcek souvisela také otázka, zda je do daného zdravotnického zařízení umožněn vstup s vodícím psem a za jakých podmínek. Sestry odpověděly podobně, do jejich zařízení mohou vstupovat zrakově postižení v doprovodu vodícího psa, vyjma jednotek ARO, JIP a některých oddělení, kde jsou zvýšené hygienické nároky. Na otázku, jaké podmínky musí být splněny pro vstup vodícího psa do zdravotnického zařízení, už odpovědi nejsou tak jednoznačné. Respondentky ale ty důležité zásady znají a v případě potřeby vědí, kde informace ke vstupu vodícího psa najdou.

Z důvodu vyhodnocení stanoveného cíle jsme zkoumali také u pacientů jejich zkušenosti s příjmem a následnou hospitalizací. Na otázku, jakým způsobem byli seznámeni s potřebnými dokumenty, odpověděli poměrně jednoznačně pacienti P1–P6. Některé dokumenty jim přečetl lékař, některé jim přečetly sestry. Pokud mají pacienti doprovod, pomáhá s přečtením dokumentů on. Podpisy většinou zvládnou pacienti pomocí podpisové šablony. Jiný postup volí pacient P7, který chodí vždy v doprovodu asistenta nebo pečovatele, který mu dokumenty přečte. Také další otázka byla zaměřena na hospitalizaci, a to konkrétně na zkušenosti pacientů s pokojem a celkovým prostředím daného oddělení. Dotazovaní pacienti jednoznačně upřednostňují a vítají hospitalizaci na samostatném pokoji. Pokud to charakter oddělení umožňuje je jim obvykle tento pokoj k dispozici, zejména když se jedná o plánovaný příjem. Mezi nejčastěji používané kompenzační pomůcky dotazovaných pacientů patří bílá hůl. Ta je zásadní pro orientaci v prostoru pro pacienty P3–P5. Využívají také další nástroje jako digitální lupu, čtečku a řadu dalších pomocníků, jak tyto pomůcky nazývá pacient P1. Pro něj je rovněž zásadní pomůckou rodina a do budoucna zvažuje vodícího psa. Také pacientka P6 se při pohybu neobejde bez slepecké hole, velmi často využívá čtečku, lupu a tablet pro slabozraké. Vzhledem k postupné ztrátě zraku má i pacient P7 řadu pomůcek k udržení soběstačnosti v běžném životě. Pacientka P2 žádné pomůcky nechce používat, pomáhají jí přátelé.

Zhodnocením získaných odpovědí můžeme identifikovat nejdůležitější prvky z managementu práce sester v rámci poskytování péče zrakově postiženým. Při příjmu a následné hospitalizaci je zcela zásadní komunikace, časový prostor a schopnost

poskytovat citlivou a vhodnou ošetrovatelskou péči. Většina dotazovaných pacientů ale právě v komunikaci a časovém okně, které jim personál může poskytnout, vidí hlavní nedostatek. Z rozhovorů vyplývá, že pacienti tedy raději chodí v doprovodu svých rodin či asistentů, aby sobě i personálu usnadnili příjem a následnou hospitalizaci. Důležité je také, aby se personál orientoval v kompenzačních pomůckách a znal správný postup a přístup při hospitalizaci pacienta s vodícím psem.

Třetím stanoveným cílem bylo zmapovat nejčastější potřeby pacientů se zrakovým postižením při příjmu a hospitalizaci.

V rámci třetího stanoveného cíle jsme u sester zjišťovali, jakým způsobem hodnotí u pacientů soběstačnost a zda považují toto hodnocení za dostačující i u pacientů se zrakovým postižením. Všechny dotazované sestry používají na svých odděleních k hodnocení soběstačnosti Barthelův test základních všedních činností. Sestry se shodují také v následující odpovědi, že tento test je nedostačující a nevyhovující pro pacienty se zrakovým postižením. Sestra S2 se setkává s pacienty, kteří právě utrpěli ztrátu či poruchu zraku a jsou zcela nesoběstační, a to není potřeba zjišťovat prostřednictvím dotazníku. Testy tak naše respondentky považují pouze za orientační. Některé dotazované sestry na vyhodnocení skutečných výsledků spolupracují s pacientem, rodinou a týmem. Sestra S7 poukazuje na důležitost správného vyhodnocení stupně soběstačnosti. Jedině zodpovědným přístupem můžeme eliminovat vznik možných nežádoucích událostí plynoucích z nedostatečného zhodnocení stavu pacienta. S potřebou soběstačnosti rovněž velice úzce souvisí potřeba bezpečí, která byla předmětem dalších otázek. Sestry si uvědomují nutnost úpravy prostředí, ve kterém bude hospitalizován pacient se zrakovým postižením. Pokoj pacienta se snaží přizpůsobit pro bezpečný pohyb, ale bohužel společné prostory nejsou schopny zcela uzpůsobit potřebám těchto pacientů. U sestry S6 se v rámci urgentního příjmu snaží zajistit bezpečí pacientů a snížit riziko pádu řadou opatření. Pacienti neopouštějí lůžko bez doprovodu, na vyšetření vezou pacienta na lůžku nebo na vozíku. Nečekanou odpověď dostáváme od sestry S2: na oddělení mají upravené pokoje právě pro pacienty se zrakovým postižením. Sester jsme se také dotazovaly, zda na jejich oddělení mají nějaké technické vybavení, doplňky či pomůcky pro zvýšení bezpečného pohybu pacientů se zrakovým postižením. Sestry S1, S3, S5, S6 nemají k dispozici žádné pomocné prvky v rámci oddělení. Hospitalizace pacienta se zrakovým postižením pro ně znamená řadu úprav a improvizací v rámci možností oddělení. Sestry S2 a S4 mají alespoň na některých pokojích vodící pruhy a na chodníku před budovou

varovné pásy. Také u sestry S7 nemají na oddělení žádné bezpečnostní prvky pro zrakově postižené, ale v rámci zvýšení bezpečí tyto pacienty umísťují na pokoj vedle sesterny a po domluvě s pacientem mohou pokoj i monitorovat. Po zhodnocení získaných odpovědí musíme konstatovat, že oddělení, na nichž pracují dotazované sestry, nejsou většinou vybaveny žádnými pomocnými prvky a zařízeními, které by usnadňovaly pohyb zrakově postiženým. Pokoje nejsou uzpůsobeny potřebám těchto pacientů. Hodnocení soběstačnosti pacientů se zrakovým postižením se provádí standardizovaným dotazníkem, který je ovšem pro tuto specifickou skupinu pacientů nevyhovující. Sestry tedy improvizují, provádějí sice hodnocení pomocí dotazníku, ale pro praxi si hodnotí soběstačnost pacienta i na základě spolupráce s rodinou, týmem a zkušenostmi.

Dotazovali jsme se také pacientů na to, jak vnímali uspokojování svých potřeb v rámci hospitalizace. Řada běžných denních činností je pro vidoucího člověka samozřejmostí, ale pro zrakově postiženého mohou být velmi náročné a stresující. Jednou z těchto činností je stravování. Položenými otázkami jsme zkoumali, jak byl personál při stravování nápomocen pacientům se zrakovým postižením během hospitalizace. Pacient P1 je při jídle nesamostatný, pokud nemá jídlo pokrájené a na hlubokém talíři, není schopen se najíst. A bohužel má již četné zkušenosti s jídlem vysypaným v posteli. Velice podobnou zkušenost má pacient P3, který dokonce musel jíst i ve společné místnosti s ostatními pacienty. Pomoc sestřiček si naopak chválí pacient P4 a pacientka P2. Stud a nepříjemné pocity ze stravování v nemocnici má pak pacientka P5, nejraději by tu vůbec nejedla, ale pomáhá jí doprovod nebo personál. Pacientka P6 jako jediná z dotazovaných zatím problémy se stolováním nemá a pacient P7 je se sestrami domluven, že mu jídlo pomáhají nakrátet. Také nás zajímalo, jak pacienti vnímali své soukromí a jestli měli dostatek času na odpočinek. O tom, že soukromí nelze při hospitalizaci očekávat, hovořil pacient P1. Pacientka P3 není spokojená s přístupem personálu, který do pokoje opakovaně vstupuje bez zaklepání a často nechává otevřené dveře. Obdobnou zkušenost má pacient P4, personál sice klepe, ale opakovaně nechává otevřené dveře na pokoj, a on pak nemá přehled, kdo do místnosti vstoupil. Jako absolutní ztrátu soukromí popisuje hospitalizaci pacientka P5, která odpočívá a spí jen díky medikaci. Pacientka P6 je spokojená, personál se snaží respektovat její soukromí, ale občas do pokoje někdo vtrhne bez zaklepání. Pacientka P2 a pacient P7 trpí pocitem osamění, pacientka P2 není zvyklá být bez přátel a pacient P7 cítí velkou samotu.

Vyhodnocením získaných odpovědí jsme zjistili, že pro pacienty se zrakovým postižením je velkým problémem stravování. Pomoc personálu někteří hodnotí jako dostačující, někteří by raději v rámci hospitalizace vůbec nejedli, stydí se za svou nešikovnost a personál jim zrovna není vždy nápomocen. Velmi zarážející je ale zjištění v otázce zajištění soukromí a odpočinku pacientů. Pacienti jsou ve svých odpovědích spíše nespokojeni s respektováním svého soukromí. Personál nechává opakovaně otevřené dveře na pokoj, při vstupu do pokoje neklepe. Někteří pacienti mají sice soukromí, ale cítí se opuštění, jelikož personál nemá dostatek času s nimi pohovořit.

Čtvrtým a posledním stanoveným cílem bylo zmapovat nejčastější problematické oblasti ošetrovatelské péče u pacientů se zrakovým postižením při příjmu a hospitalizaci.

Ke splnění tohoto stanoveného cíle jsme se sester S1–S7 dotazovali, ve kterých oblastech v rámci své praxe shledávají největší problémy při poskytování péče pacientům se zrakovým postižením při příjmu a hospitalizaci. Nedostatek personálu a času vidí jako hlavní problém sestry S5 a S4. Vysvětlují, že jejich oddělení nejsou připravená na hospitalizaci pacientů se zrakovým postižením. Pacientům se tedy snaží věnovat dostatek času, ale to často dělají na úkor svého osobního volna. Stejně vidí situaci i sestry S1 a S3 a popisují, jak moc vítají, pokud má pacient doprovod. Doprovody jim usnadní práci a zvýší bezpečí pacienta. Sestry S6 a S7 vidí problém v nedostatku zkušeností s těmito pacienty a v nedostatečné informovanosti personálu a pacientů. Personál neví, jak správně s pacienty se zrakovým postižením komunikovat a jednat, a dostává se často do nepříjemných situací. Sestra S2 vidí hlavní problém v oblasti spolupráce v týmu. Pacienti a někdy i jejich rodiny potřebují okamžitou pomoc psychologů a psychiatrů, a to je bohužel veliký problém. Odborná pomoc kolegů přichází až v řádech týdnů. Odpovědi sester S1–S7 se shodují v nepřípravenosti personálu a prostředí na poskytování péče pacientům se zrakovým postižením. Pacienti se zrakovým postižením by měli mít zcela jistě uzpůsobené pokoje dle svých potřeb a nároků. Pokud pacienti budou mít vyhovující a bezpečné prostředí, nebudou kladeny tak vysoké nároky na personál a čas. Sestry také zmiňují nepřípravenost personálu. Podle výpovědí sester potřebná školení nejsou dostupná a personál má pak problémy s komunikací a přístupem k této specifické skupině pacientů.

Požádali jsme také pacienty P1–P7 o celkové zhodnocení poskytované péče a vyjádření osobních pocitů z hospitalizace. Pacient P1 hodnotí poskytovanou péči jako základní.

Celý režim zdravotnictví hodnotí jako uspěchaný, pacient je diagnóza, která se musí rychle vyřešit. V péči a přístupu postrádá lidskost, není přeci jen pacient, ale především člověk. Pacientka P5 má podobné pocity. S přístupem personálu je spokojená, ale chybí jí ucelená, komplexní péče. Personál popisuje jako stroje, které neprojevují city. Pacientka postrádá něco jako zájem o člověka, o duši, a ne jen o tělo. Pacientka P6 je momentálně spokojená, ale má již nepříjemné zkušenosti týkající se zrakového postižení z jiných oddělení. Opakovaně ji nazývali „slepejš“ nebo „brejlovec z jedničky“ apod. Pacient P7 nechce být nevděčný, ale je nespokojený. Neobviňuje personál, ale celý režim, jak je to nastavené. Nelíbí se mu, jak nikdo nemá na nic a na nikoho čas. Tak to přece podle něj nemůže fungovat. Pacienti P3 a P4 jsou s péčí spokojeni, ale stále při každé hospitalizaci vnímají, jak velký problém pro personál představuje jejich zrakové postižení. Pacientka P2 je naprosto spokojená s péčí v rámci hospitalizace, jen jí je nepříjemné, jak ji personál neustále upozorňuje na její nevhodný životní styl.

Po přezkoumání rozhovorů a zhodnocení odpovědí jsme zjistili, že pacienti vidí zcela zásadní problém v celém systému zdravotnictví. Vnímají vše jako uspěchané, cítí se jako diagnóza, která se léčí, a ne jako lidé, kteří potřebují péči a milé lidské slovo. Pacienti se zrakovým postižením by měli mít při hospitalizaci samostatné pokoje, vybavené alespoň základními prvky pro snazší orientaci zrakově postižených. Jeden z pacientů si posteskl, že pro invalidy se stále něco buduje, ale na zrakově postižené se zapomnělo. Pacienti také vnímají nedostatečné zkušenosti a připravenost personálu. Zcela zbytečně pak může docházet k řadě nedorozumění či nepříjemných situací jak pro personál, tak pro pacienty. Pacienti se rovněž shodují v nedostatku personálu, který pak působí unaveně a vyčerpaně.

Z našeho výzkumného šetření je zcela zřejmé, že pacienti se zrakovým postižením tvoří specifickou skupinu, se kterou sestry nemají mnoho zkušeností a na kterou prostředí poskytovatelů zdravotních služeb není úplně připraveno. Sestry a pacienti se shodují na oblastech, ve kterých vidí největší problémy, a zároveň obě skupiny participantů nacházejí řešení těchto problémů.

6 ZÁVĚR

Pro tvorbu této diplomové práce bylo zvoleno téma „*Management práce sestry o pacienty se zrakovým postižením při příjmu a hospitalizaci*“. Téma bylo vybráno záměrně s cílem poukázat na každodenní nesnadné situace, s nimiž se setkávají pacienti se zrakovým postižením ve zdravotnických zařízeních, potažmo personál, který těmto pacientům poskytuje péči. Mnozí z nás, přestože po celou svou praxi působíme ve zdravotnictví, si tento problém neuvědomujeme až do okamžiku, kdy se poprvé setkáme se zrakově postiženým pacientem.

Pro výzkumné šetření v rámci diplomové práce byly stanoveny čtyři cíle. Prvním cílem bylo zhodnotit připravenost a zkušenosti sester při poskytování péče pacientům se zrakovým postižením. Zhodnotit management práce sester bylo druhým cílem. Prostřednictvím třetího a čtvrtého cíle jsme zjišťovali nejčastější potřeby a problematické oblasti u pacientů se zrakovým postižením v rámci příjmu a hospitalizace.

Vyhodnocením všech zjištěných výsledků jsme zjistili, že se v praxi dostávají sestry, které poskytují péči pacientům se zrakovým postižením, do nelehkých situací, jež jsou zapříčiněny nedostatkem zkušeností s touto skupinou pacientů. Sestry nemají potřebné zkušenosti a postrádají možnost doplnit si potřebné informace prostřednictvím vzdělávacích programů. Ošetřování těchto pacientů jim neusnadňuje ani prostředí ve zdravotnických zařízeních. Prostory jsou jen výjimečně přizpůsobeny potřebám pacientů se zrakovým postižením, personálu a pacientům pak nezbývá než improvizovat v rámci možností a zajistit bezpečnější prostředí. Personál a pacienti vnímají všechny tyto situace velmi podobně, mají pocit, že se na pacienty se zrakovým postižením pozapomnělo. Přizpůsobení prostředí, specifická péče, uspokojování potřeb a mnohé další činnosti kladou samozřejmě vyšší nároky na personál, ať už po stránce psychické, tak časové. Personál je pacienty vnímán jako uspěchaný, unavený a vyčerpaný, méně často pak jako vstřícný, ochotný a empatický. Pacienti jsou smutní z celkového systému poskytování péče, cítí se pouze jako diagnóza, kterou je žádoucí vyléčit, nikoli jako jedinečné osobnosti, které mají duši.

Měli bychom si uvědomit, že pacient se zrakovým handicapem je mnohem citlivější a zranitelnější než pacient vidomý. Zamysleme se a hledejme společná řešení těchto skutečností. Dnes jsme v pozici zdravotníka, ale zítra můžeme být pacientem, který chce být jedinečnou osobností, a ne léčenou diagnózou.

Diplomová práce a zjištěné výsledky mohou být inspirací pro semináře či přednášky, které poskytnou potřebné zkušenosti, informace a přístupy k poskytování péče o pacienty se zrakovým postižením.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BARÁKOVÁ, D., et al., *Dětská oftalmologie: klinické a mezioborové souvislosti*, 2022. Praha: Grada. 704 s. ISBN 978-80-271-3052-8.
2. BEDNÁR, M., 2019. *Vybrané kapitoly z manažérskej etiky*. Košice: ŠafárikPress. 105 s. ISBN 978-80-8152-767-8.
3. BEDNAŘÍK, A., ANDRÁŠIOVÁ, M., 2020. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada Publishing. 232 s. ISBN 978-80-271-2288-2.
4. BENDL, S., 2015. *Vychovatelství: učebnice teoretických základů oboru*. Praha: Grada, 312 s. ISBN 978-80-247-4248-9.
5. BENEŠ, P., 2019. *Zraková postižení: behaviorální přístupy při edukaci s pomůckami*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-2110-6.
6. BRUNO, T., ADAMCZYK, G., 2013. *Řeč těla: jak rozumět signálům řeči těla a cíleně je používat*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-4592-3.
7. BUBENÍČKOVÁ, H. et al., 2012. *Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením*. Brno: TyfloCentrum Brno. 136 s. ISBN 978-80-260-1538-3.
8. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2017. *Člověk ve zdraví i v nemoci: podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, s. 240–241. ISBN 978-80-246-3828-7.
9. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2019. *Laskavý průvodce po sociálních dávkách*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 268 s. ISBN 978-80-246-4410-3.
10. DUTTON, J., 2011. *Atlas of Clinical and Surgical Orbital Anatomy*. North Carolina: Elsevier Health Sciences, 262 s. ISBN 978-1-4377-2272-7.
11. ENOCH, J. et al., 2019. Evaluating Whether Sight Is the Most Valued Sense. *JAMA Ophthalmology* [online]. **137**(11) [cit. 2023-07-28]. ISSN 2168-6165. Dostupné z: doi:10.1001/jamaophthalmol.2019.3537

12. FINKOVÁ, D., LUDÍKOVÁ, L., 2013. *Specifika komunikace s osobami se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3696-8.
13. HEISSIGEROVÁ, J., [2018]. *Oftalmologie: pro pregraduální i postgraduální přípravu*. Praha: Maxdorf. Jessenius. 400 s. ISBN 978-80-7345-580-4.
14. HEKELOVÁ, Z., 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. Praha: Grada. 124 s. ISBN 978-80-247-4032-4.
15. INSTITUT PRO SOCIÁLNÍ POLITIKU A VÝZKUM, 2018. *Jaké dávky a pomůcky mohou využít osoby se zrakovým postižením?* [online]. Sociální politika [cit. 2023-07-28]. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2018/03/jake-davky-a-pomucky-mohou-vyuzit-osoby-se-zrakovym-postizenim>
16. JOCHMANNOVÁ, L., KIMPLOVÁ, T., 2021. *Psychologie zdraví: biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty*. Praha: Grada, 552 s. ISBN 978-80-271-2569-2.
17. KALVACH, Z., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 399 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
18. KEBZA, V., 2017. *Psycholog ve zdravotnictví*. 2., upravené vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3657-3.
19. KIMPLOVÁ, T., KOLAŘÍKOVÁ, M., 2014. *Jak žít s těžkým zrakovým postižením? souhrn (nejen) psychologické problematiky*. Praha: Triton, 160 s. ISBN 978-80-7387-831-3.
20. KLIMENTOVÁ, E., 2019. *Osoby se zdravotním postižením v sociologickém výzkumu* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 106 s. [cit. 2023-08-04]. ISBN 978-80-244-5434-4. Dostupné z: <http://www.upol.cz/struktura-up/univerzitni-zarizeni/vydavatelstvi/>
21. KLÍMOVÁ, M., BRABCOVÁ, I., 2019. *Management zdravotnických služeb*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 166 s. ISBN 978-80-7394-777-4.
22. KOLARČÍK, L., et al., 2016. *Příručka pro sestry v oftalmologii*. Praha: Grada Publishing. 160 s. ISBN 978-80-247-5458-1.

23. KOPECKÁ, I., 2015. *Psychologie: učebnice pro obor sociální činnost. 3. díl*. Praha: Grada Publishing, 268 s. ISBN 978-80-247-3877-2.
24. KOTVOVÁ, M., 2018. *Zraková paměť u žáků se sluchovým postižením: Visual memory of pupils with hearing impairment*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7290-975-9.
25. KROUPOVÁ, K., 2016. *Slovník speciálně pedagogické terminologie: vybrané pojmy*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-5264-8.
26. KROUPOVÁ, K., HANÁKOVÁ, A., 2020. *Úprava prostředí pohledem osob se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5897-7.
27. KUČYHNKA, P., 2016. *Oční lékařství. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing. 936 s. ISBN 978-80-247-5079-8.
28. KUZNÍKOVÁ, I., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
29. LEISSNER, J., et al., 2014. What explains health in persons with visual impairment? *Health and Quality of Life Outcomes* [online]. 12(1) [cit. 2024-02-06]. ISSN 1477-7525. Dostupné z: doi:10.1186/1477-7525-12-65
30. MARTYNEK, R., ŠTEINBACH, M., 2020. *Písemná komunikace v praxi: současná legislativa, etiketa a normy a jejich dopad na úpravu dokumentů*. II. vydání. Brno: Akademie nevšedního vzdělávání. ISBN 978-80-270-8297-1.
31. MAŠEK, P., et al., 2014. *Oftalmologie a diagnostické metody a přístroje v oftalmologii: studijní opora*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, s. 15–23. ISBN 978-80-746-4569-3.
32. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, 2023. *Příspěvek na péči* [online]. [cit. 2023-07-28]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/-/prispevek-na-peci>
33. MIRAFTABI, A., et al., 2021. Vision-related quality of life in patients with a history of congenital glaucoma. *European Journal of Ophthalmology* [online]. 31(6), 3074-3079 [cit. 2023-07-28]. ISSN 1120-6721. Dostupné z: doi:10.1177/1120672120977354

34. NÁRODNÍ PEDAGOGICKÝ INSTITUT ČESKÉ REPUBLIKY, 2020. Speciální vzdělávací potřeby. In: *Základní pravidla komunikace s člověkem se zrakovým postižením* [online]. [cit. 2023-08-11]. Dostupné z: <https://zapojmevsechny.cz/clanek/detail/zakladni-pravidla-komunikace-s-clovekem-se-zrakovym-postizenim>
35. NEJEDLÁ, M., 2015. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-4449-0.
36. OKAMŽIK, 2023. Sdružení pro podporu nejen nevidomých. In: *Centrum aktivního života zrakově postižených* [online]. [cit. 2023-07-18]. Dostupné z: <https://www.okamzik.cz/o-nas/>
37. ONDŘIOVÁ, I., FERTALOVÁ, T., 2021. *Manažerská etika ve zdravotnické praxi*. Praha: Grada Publishing. 104 s. ISBN 978-80-271-1728-4.
38. OREL, M., 2019. *Anatomie a fyziologie lidského těla: pro humanitní obory*. Praha: Grada, 448 s. ISBN 978-80-271-0531-1.
39. PAŠTA, J., 2017. *Základy očního lékařství*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2460-0.
40. PEUTELSCHMIEDOVÁ, A., et al., 2022. *CPSSP – 10 let na společné cestě* [online]. Křížkovského 8, 771 47 Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci [cit. 2023-08-04]. ISBN 978-80-244-6201-1. Dostupné z: doi:10.5507/up.22.24462011
41. PLEVOVÁ, I., 2019. *Ošetrovatelství II*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. 200 s. ISBN 978-80-271-0889-3.
42. POSLEPU, 2018. *Kolik je v České republice zrakově postižených?* [online]. [cit. 2023-07-04]. Dostupné z: <https://poslepu.cz/kolik-je-v-ceske-republice-zrakove-postizenych-lidi/>
43. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471-0.
44. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2022. *Důstojnost v medicíně*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-271-3411-3.

45. PUGNEROVÁ, M., KVINTOVÁ, J., 2016. *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada, 296 s. ISBN 978-80-247-5452-9.
46. RAVNEBERG, B., SÖDERSTRÖM, S., 2017. *Disability, Society and Assistive Technology*. Taylor & Francis. s. 19-35. ISBN 978-13-171-5007-7.
47. RŮŽIČKOVÁ, V., KROUPOVÁ, K., 2017. *Pohled na samostatný pohyb a prostorovou orientaci osob se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5273-9.
48. RŮŽIČKOVÁ, V., KROUPOVÁ, K., 2020. *Tyflografika: reliéfní grafika a její role v životě osob se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5732-1.
49. SALMON, F., KANSKI, J., 2020. *Kanski's clinical ophthalmology: a systematic approach*. Ninth edition. [Edinburgh]: Elsevier. ISBN 978-0-7020-7711-1.
50. SJEDNOCENÁ ORGANIZACE NEVIDOMÝCH A SLABOZRAKÝCH, 2015. *Poradenství s výukou elektronických pomůcek* [online]. Praha: SONS [cit. 2023-07-05]. Dostupné z: <https://www.sons.cz/>
51. SKORKOVSKÁ, K., 2015. *Perimetrie*. Praha: Grada. 116 s. ISBN 978-80-247-5282-2.
52. SLOUKA, I., 2013. *Studium výuky prostorové orientace zrakově postižených: metodická příručka ke kurzu v rámci projektu č. CZ.1.07/1.3.00/19.0001 Specializace pedagogických pracovníků na výuku prostorové orientace zrakově postižených*. Brno: Tribun EU. Knihovnicka.cz. ISBN 978-80-263-0289-6.
53. SLOWÍK, J., 2016. *Speciální pedagogika. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-271-9426-1.
54. SLOWÍK, J., 2022. *Inkluzivní speciální pedagogika*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-271-3010-8.
55. SOLEBO, A., et al., 2017. Epidemiology of blindness in children, *Archives of Disease in Childhood* [online]. 2017-09-20, **102**(10), 995.1-995 [cit. 2023-08-09]. ISSN 0003-9888. Dostupné z: doi:10.1136/archdischild-2016-310532corr1

56. STEINMETZ, J., et al., 2021. Causes of blindness and vision impairment in 2020 and trends over 30 years, and prevalence of avoidable blindness in relation to VISION 2020: the Right to Sight. *The Lancet Global Health* [online]. **9**(2), e144-e160 [cit. 2023-08-09]. ISSN 2214109X. Dostupné z: doi:10.1016/S2214-109X (20)30489-7
57. STĚPANOV, A., STUDNIČKA, J., 2021. *Oční projevy systémových onemocnění*. Praha: Grada Publishing. 330 s. ISBN 978-80-271-1683-6.
58. SYNEK, S., SKORKOVSKÁ, Š., 2014. *Fyziologie oka a vidění*. 2. dopl. a přepr. vyd. Praha: Grada Publishing. 108 s. ISBN 978-80-247-3992-2.
59. TVRDÁ, A., 2020. *Canisterapie: zvíře v sociálních službách*. Praha: Plot. 136 s. ISBN 978-80-7428-366-6.
60. ŠIKL, R., 2013. *Zrakové vnímání*. Praha: Grada Publishing. 312 s. ISBN 978-80-247-3029-5.
61. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada Publishing. 144 s. ISBN 978-80-247-5711-7.
62. ŠUMNÍKOVÁ, P., 2018. *Možnosti prostorové orientace a samostatného pohybu osob se zrakovým postižením*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta. 182 s. ISBN 978-807-603-005-3.
63. ŠUMNÍKOVÁ, P., KOPEČNÝ, P., 2021. *Komunikační schopnost u osob se zrakovým postižením*. Praha: Univerzita Karlova-Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7603-243-9.
64. VESELÝ, P., BENEŠ, P., 2019. *Výšetřovací metody v optometrii: a interpretace jejich výsledků v praxi*. Praha: Grada Publishing. 128 s. ISBN 978-80-271-2071-0.
65. TUTEN, W., HARMENING, W., 2021. Foveal vision. *Current Biology* [online]. **31**(11), R701-R703 [cit. 2023-07-26]. ISSN 09609822. Dostupné z: doi:10.1016/j.cub.2021.03.097
66. TYFLOSERVIS, 2020. *Služby pro zrakově postižené* [online]. © Tyfloservis, o.p.s. 2005-20 [cit. 2023-07-24]. Dostupné z: www.tyfloservis.cz/sluzby-pro-zrakove-postizene.php

67. ÚZIS. *Mezinárodní klasifikace nemocí* [online]. 2023 [cit. 2023-07-05]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-10>
68. VAN NISPEN, R., et al., 2016. Role of vision loss, functional limitations and the supporting network in depression in a general population. *Acta Ophthalmologica* [online]. **94**(1), 76-82 [cit. 2023-08-09]. ISSN 1755375X. Dostupné z: doi:10.1111/aos.12896
69. VICHARE, N., et al., 2022. Vision related quality-of-life among patients with traumatic or non-traumatic ocular disease and its association with the Rights of Persons with Disabilities Act: Unveiling-the-hidden. *Indian Journal of Ophthalmology* [online]. **70**(12) [cit. 2023-07-28]. ISSN 0301-4738. Dostupné z: doi:10.4103/ijo.IJO_1530_22
70. WALLACE, L., et al., 2022. The relationship between sensory loss and health literacy in older adults: A systematic review. *Geriatric Nursing* [online]. **47**, 1-12 [cit. 2023-08-09]. ISSN 01974572. Dostupné z: doi:10.1016/j.gerinurse.2022.06.003
71. WIENER, P., 2017. *Přátelská místa: manuál kurzu*. 3., upr. vyd. Hradec Králové: Český červený kříž, Oblastní spolek ČČK. ISBN 978-80-260-4419-2.
72. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
73. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. 232 s. ISBN 978-80-271-0155-9.
74. ZÍTKOVÁ, M., et al., 2015. *Vedení nových pracovníků v ošetrovatelské praxi: pro staniční a vrchní sestry*. Praha: Grada Publishing. 168 s. ISBN 978-80-247-5094-1.
75. ŽIŽKA, Z., 2012. *Pomůcky pro osoby se zdravotním postižením*. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR. ISBN 978-80-87181-07-2.

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Otázky k rozhovorům se sestrami

Příloha č. 2: Otázky k rozhovorům s pacienty

Příloha č. 1: Otázky k rozhovorům se sestrami

1. Jaká je délka Vaší praxe?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Pracujete v oboru interním, nebo chirurgickém?
4. Pracujete na lůžkovém, nebo ambulantním oddělení?
5. Jak často se setkáváte na Vašem oddělení s pacienty se zrakovým postižením?
6. Mohla byste zhodnotit, jak závažné bylo zrakové postižení pacientů (slabozrakost, zbytky zraku, nevidomost...)? Zrakové postižení bylo vrozené, nebo získané?
7. Pacienti přicházejí na plánované vyšetření/zárok, nebo se spíše jedná o urgentní příjmy?
8. Jak postupujete při prvním kontaktu/setkání se zrakově postiženým (oslovením, dotykem, představením...)? Myslíte si, že je vhodné hned při prvním kontaktu nabídnout pomoc nebo radu?
9. Pacient se dostavil na ošetření / k hospitalizaci sám, nebo s doprovodem? (Pokud byl přítomen doprovod, jednalo se o člena rodiny, nebo o odborného asistenta?)
10. Myslíte si, že je vhodnější komunikovat spíše s doprovodem, nebo s pacientem?
11. Můžete uvést některé zásady v rámci verbální a neverbální komunikace se zrakově postiženým?
12. Zúčastnila jste se někdy semináře nebo školení zaměřeného na komunikaci a pomoc nevidomým? Pokud ano, můžete je hodnotit jako přínosné? Pokud ne, domníváte se, že by byly přínosné?
13. Můžete popsat, jak seznamujete pacienty se zrakovým postižením s provozem a vybavením oddělení, denním režimem, s pokojem a jeho vybavením?
14. Věděla byste, jaký pokoj je vhodný nabídnout osobě se zrakovým postižením?
15. Jak byl pacient seznámen s potřebnými informovanými souhlasy a jak vyjádřil souhlas s těmito dokumenty?
16. Můžete nám říci, jaké dokumenty ve Vašem zdravotnickém zařízení jsou dostupné v Braillově písmu?
17. Vzpomenete si, jaké používal pacient kompenzační pomůcky ve vztahu ke svému zrakovému postižení?

18. Za jakých podmínek je do Vašeho zdravotnického zařízení povolen vstup s asistenčním psem?
19. Víte, jaké dokumenty musí předložit na vyžádání majitel asistenčního psa při vstupu nebo pobytu ve zdravotnickém zařízení?
20. Pokud se neočekávaně zhorší stav pacienta a není schopen zajistit péči o vodícího psa, můžete vysvětlit, jak budete postupovat?
21. Jaké využíváte dotazníky pro hodnocení soběstačnosti?
22. Myslíte, že tyto dotazníky jsou dostačující pro hodnocení soběstačnosti u osob se zrakovým postižením? Hodnotíte soběstačnost jiným způsobem?
23. Pokud je hospitalizována osoba se zrakovým postižením, provádíte nějaká organizační opatření pro zvýšení její bezpečnosti?
24. Jaké máte ve Vašem zdravotnickém zařízení technická zařízení, prvky usnadňující pohyb a orientaci zrakově postiženým (zvukové orientační majáky, vodící linie, signální pásy...)?
25. Jak zajišťujete přesun pacienta se zrakovým postižením na potřebná vyšetření?
26. V jakých oblastech v rámci uspokojování potřeb u osob se zrakovým postižením shledáváte největší problém/komplikace?
27. Dokázala byste specifikovat, co by pomohlo k řešení těchto problémů?
28. Pokud byste hledala specifickou pomoc zrakově postiženému, víte, na jakou organizaci se můžete obrátit?

Příloha č. 2: Otázky k rozhovorům s pacienty

1. Kolik je Vám let?
2. Jak závažné je Vaše zrakové postižení (obou očí, stupeň)?
3. Jak Vás zrakové postižení omezuje v běžných denních aktivitách (samostatný, samostatný s dopomocí v některých činnostech, nesoběstačný)?
4. Jakou formou jste byl/a seznámen/a při příjmu na oddělení s vnitřním řádem a právy pacientů?
5. Jakým způsobem jste vyjádřil/a svůj souhlas s hospitalizací a dalšími potřebnými dokumenty?
6. Jak byste ohodnotil/a komunikaci s personálem?
7. Měl/a jste dostatečné informace od ošetřujícího personálu o průběhu Vaší hospitalizace?
8. Na jakém typu pokoje jste byl/a hospitalizován/a (nadstandard, jednolůžkový, vlastní sociální zázemí...)?
9. V minulosti jste byl/a již hospitalizován/a na jiném oddělení, pokud porovnáte předchozí zkušenosti s hospitalizací, vnímáte nějaké zásadní rozdíly (prostředí, přístup personálu, komunikace, informovanost)?
10. Můžete nám představit nějaké kompenzační pomůcky, které používáte (lupa, čtečka, bílá hůl...)?
11. Jste hospitalizován/a sám/sama, nebo doprovodem, asistentem, vodícím psem?
12. Navštěvujete nebo využíváte služeb některé z organizací pomáhajících zrakově postiženým?
13. Jakým způsobem probíhalo stravování na oddělení (sám na pokoji, ve společné jídelně...)?
14. Jak byste popsal/a své soukromí v rámci hospitalizace? Bylo dostatečně respektováno ze strany personálu a pacientů?
15. Měl/a jste potřebný nerušený čas a prostředí k odpočinku?
16. Jak byste celkově ohodnotil/a péči poskytovanou personálem?
17. Vnímáte nebo setkal/a jste se s nedostatečným pochopením personálu k Vašemu zrakovému postižení? Bylo to v rámci hospitalizace, nebo jinde?
18. Můžete uvést konkrétní situace, věci, které by se měly změnit v rámci hospitalizace?