



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Pacient s kombinovaným znevýhodněním zraku a sluchu
v ošetrovatelské praxi**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Eliška Vaníčková

Vedoucí práce: Mgr. Jan Neugebauer, PhD., MBA

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem **Pacient s kombinovaným znevýhodněním zraku a sluchu v ošetrovatelské praxi** 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 bakalářské 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne **2. 5. 2022**

.....

podpis

Poděkování

Tímto děkuji mému vedoucímu práce Mgr. Janu Neugebauerovi, Ph.D., MBA za cenné rady a připomínky a hlavně za trpělivost při psaní této práce. Dále děkuji všem zúčastněným sestrám a klientům, kteří mi pomohli v realizaci výzkumu. A v neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině za obrovskou podporu při psaní této práce.

Pacient s kombinovaným znevýhodněním zraku a sluchu v ošetrovatelské praxi

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřena na zvýšení povědomí o problémech spojené se zrakovým a sluchovým znevýhodněním.

Teoretická část je zaměřena na definování pojmu hluchoslepota, klasifikací osob s tímto znevýhodněním, její etiologiím a rozvojem. Bakalářská práce se také zaměřuje na komunikační techniky využívané při komunikaci s hluchoslepu osobou, ošetrovatelskou péčí o pacienty s tímto znevýhodněním a představením organizací, které v České republice fungují.

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zmapovat, jak zdravotnický personál komunikuje s pacientem s kombinovaným znevýhodněním zraku a sluchu a zjistit, jak kombinované znevýhodnění zraku a sluchu ovlivňuje komunikaci klienta s vnějším prostředím. Právě pro definování a identifikování všech dílčích proměnných bylo přistoupeno ke kvalitativnímu šetření.

Pro účely zpracování práce byla vybrána metoda polostrukturovaného rozhovoru, kterého se účastnilo 6 všeobecných sester působících ve zdravotnickém zařízení. Pro stanovení výzkumného souboru jsme využili záměrný výběr. Podmínkou pro zařazení do výzkumu byla praxe s klienty s kombinovaným znevýhodněním zraku a sluchu. Druhým výzkumným souborem byly přímo klienti, kteří měli přítomné znevýhodnění zraku a sluchu a měli zkušenosti s pobytem ve zdravotnickém zařízení. Všechny rozhovory jsme nahrávali na mobilní telefon a poté přepsali v programu MS Word do elektronické podoby. V rámci analýzy dat jsme použili otevřené a axiální kódování, kategorizaci kódů a seřazení do kategorií a podkategorií na základě předem stanovených cílů.

Z výsledků vyplývá, že pojetí o komunikaci s osobou s kombinovaným znevýhodněním sluchu a zraku není v naší společnosti probíraným tématem. Sestry se orientují v této problematice pouze zřídka. Nežádoucími faktory, které na sestry působí, jsou především malá informovanost o této problematice a malý výskyt takovýchto klientů ve zdravotnickém zařízení. Probandi z řad sester uvádějí zvýšenou míru strachu

z komunikace s klientem. Dotazovaní klienti ve větší míře uvádějí příjemné zkušenosti s personálem ve zdravotnickém zařízení.

Klíčová slova: Hluchoslepota, znevýhodnění, komunikace, komunikační prostředky, ošetrovatelská péče

Patient with combined visual and hearing impairment in nursing practice

Abstract

The bachelor thesis aims to raise awareness of the problems associated with visual and hearing impairment.

The theoretical part is focused on defining the term deafblindness, classification of people with this handicap, its etiologies and development. The bachelor thesis also focuses on communication techniques used in communication with a deafblind person, nursing care for patients with this handicap, and an introduction to organizations that operate in the Czech Republic.

The main aim of this bachelor thesis was to map how health care staff communicate with a patient suffering from a combined visual and hearing impairment and to find out how the combined visual and hearing impairment affects the client's communication with the external environment. It was to define and identify all the sub-variables that the qualitative investigation was conducted.

The semi-structured interview method was selected for the purpose of this paper, in which 6 general nurses working in a health care facility participated. Purposive sampling was used to determine the research population. The inclusion in the research was conditional on practice with clients with combined visual and hearing impairment. The second research population was those clients with a presenting visual and hearing impairment who had experience of being in a health care facility. All interviews were recorded on a mobile phone and then transcribed in MS Word into electronic form. Data analysis involved open and axial coding, categorization of codes, and sorting into categories and subcategories based on predetermined objectives.

The results show that the concept of communicating with a person with combined hearing and visual impairment is not a commonly discussed topic in our society. Nurses are rarely familiar with this issue. The undesirable factors that affect nurses are mainly the low awareness of this issue and the low incidence of such clients in the health care facility. The nurse probands report an increased level of distress in

communicating with such a client. Client respondents are more likely to report pleasant experience with staff at the health facility.

Keywords: Deafblindness, impairment, communication, communication aids, nursing care

Obsah

1	Úvod.....	10
1.1	Současný stav	11
1.1.1	Sluchové znevýhodnění	11
1.1.2	Princip slyšení.....	11
1.1.3	Zrakové znevýhodnění.....	12
1.1.4	Princip vidění.....	12
1.1.5	Kombinované znevýhodnění	12
1.2	Problematika hluchoslepoty	13
1.3	Hluchoslepota.....	13
1.4	Definice hluchoslepoty.....	14
1.5	Klasifikace osob s hluchoslepotou	15
1.6	Etiologie vzniku hluchoslepoty	16
1.6.1	Rubeola (kongenitální zarděnkový syndrom).....	16
1.6.2	Toxoplasmóza	16
1.6.3	CHARGE Asociace	17
1.6.4	Usherův syndrom (US).....	17
1.7	Komunikační techniky	18
1.7.1	Vizuální komunikační techniky	19
1.7.2	Taktilní komunikační techniky	19
1.8	Kompenzační pomůcky.....	20
1.8.1	Červenobílá hůl.....	20
1.8.2	Pitchův psací stroj.....	21
1.8.3	Sluchadla.....	21
1.8.4	Kochleární implantát.....	22
1.9	Ošetrovatelská péče o hluchoslepe.....	23
1.9.1	Stravování	23

1.9.2	Podávání léků.....	23
1.9.3	Hygiena.....	24
1.9.4	Vyprazdňování.....	24
1.10	Ošetrovatelské diagnózy.....	24
1.11	Organizace pro hluchoslepé.....	25
1.11.1	Světová federace hluchoslepých (TheWorldFederationoftheDeafblind - WFDB) 26	
1.11.2	Lormo.s. – Společnost pro hluchoslepé.....	26
2	Cíle práce a výzkumné otázky.....	27
2.1	Cíle práce.....	27
2.2	Výzkumné otázky.....	27
3	Metodika.....	28
3.1	Použitá metoda.....	28
3.2	Charakteristika zkoumaného vzorku.....	28
3.3	Sběr a analýza dat.....	29
4	Výsledky.....	30
5	Diskuze.....	49
6	Závěr.....	53
7	Seznamliteratury.....	54
8	Seznam tabulek.....	59
9	Seznam příloh.....	60
10	Seznam obrázků.....	73
11	Seznam zkratk.....	74

1 Úvod

Téma bakalářské práce Pacient s kombinovaným znevýhodněním zraku a sluchu v ošetrovatelské praxi bylo vybráno na základě absolvování odborné exkurze na střední škole, kde jsme byli seznámeni s touto problematikou a bylo nám umožněno i osobní setkání s hluchoslepou klientkou. Toto setkání přineslo do mého života mnoho pozitivních zkušeností, ale také povědomí o tom, že naše společnost není o této problematice a výskytu klientů s tímto znevýhodněním příliš mnoho informována. Tudíž prvotním záměrem pro napsání této práce bylo uvědomění veřejnosti o způsobech komunikace s těmito klienty, jelikož si myslím, že je toto téma v široké veřejnosti velmi opomíjeno.

Dalším důvodem k napsání této práce bylo vyslechnutí si osobního příběhu zmiňované klienty v době, kdy byla na prohlídce u praktického lékaře a zde se dostala do nepříjemné situace z důvodu nepovědomí sestry o komunikaci s hluchoslepými klienty. Bylo jí řečeno: „tamhle si odložte věci“. Pro klientku bylo slovo „tamhle“ z důvodu velmi znevýhodněného zraku neznámé. Touto prací jsem chtěla poukázat na to, jak důležité je uvědomit si specifika komunikace s hluchoslepými klienty, aby nevznikaly situace, kdy se bude hluchoslepá osoba cítit v přítomnosti zdravotnického personálu špatně.

1.1 *Současný stav*

Kombinované znevýhodnění zraku a sluchu neboli hluchoslepotu je jedním z nejzávažnějších handicapů, který může postihnout kohokoli v jakémkoli věku jedince. Dle Ludíkové (2001) v České republice žije zhruba 1 500 osob znevýhodněných hluchoslepotou. Z toho absolutní hluchoslepotou je postiženo zhruba 5 % znevýhodněných jedinců. Hluchoslepotu vzniká z různých příčin. Původ může být dědičný, způsobený různými infekcemi nebo traumaty. (Young, 2019) Často je způsobena následkem onemocnění matky v těhotenství, či předčasným porodem nebo porodními traumaty. Někdy se původ tohoto znevýhodnění nedá přesně určit. K neznámější příčině patří tzv. Usherův syndrom. (Medina et al., 2021) Jedná se o onemocnění způsobující vrozenou vadu sluchu s postupně se zhoršujícím zrakem. Toto znevýhodnění může také pocházet z různých anomálií, jako jsou např. úrazy, infekce ale také jako následek stárnutí organismu. (Dammeyer, 2010)

1.1.1 *Sluchové znevýhodnění*

Existuje celá řada sluchových znevýhodnění. Sluchové znevýhodnění vede k omezení nebo celkovému chybění zvukových podnětů, které jedinec v životě vnímá. Toto znevýhodnění je charakteristické jistými a specifickými způsoby komunikace. (Ludíková, 2000; Medina et al., 2021. Největším omezením v důsledku sluchového znevýhodnění je odlišnost ve způsobu komunikace. Dominantním smyslem u jedince se sluchovým znevýhodněním je zrak, proto je nutné při komunikaci navázat především oční kontakt s druhou osobou. (Opařilová, 2005) Pro osoby se sluchovým znevýhodněním může být i běžná komunikace velmi stresující, což si zdravý člověk nedokáže někdy vůbec představit. (Ludvíková, 2001) Sluchové znevýhodnění vytváří informační i komunikační bariéru, a tato bariéra může vést až k sociální izolaci jedince, jelikož se mohou dorozumívat pouze s lidmi, kteří ovládají jejich specifický způsob komunikace. (Vágnerová, 2008; Dammeyer, 2010; Medina et al., 2021)

1.1.2 *Princip slyšení*

Zvukové vlnění prochází částmi zevního ucha až k bubínku, který se vlivem vlnění rozechvěje. Toto vlnění je přenášeno do středního ucha přes sluchové kůstky tj. kladívko, kovadlinka a třmínek. Dále je vlnění přeneseno do vnitřního ucha na kostěný labyrint, kde se nachází blanitý hlemýžď. (Naňka, Elišková, 2019) Z blanitého

hlemýždě se toto vlnění přenáší na smyslové buňky do mozku. Tato nervová vlákna se spojují v VIII. hlavový nerv, česky sluchověrovnovázný nerv (nervus vestibulocochlearis). Ten přenáší informace o sluchu, ale také o rovnováze a orientaci do jedinceva mozku. V mozku je tato informace zpracována a vyhodnocena jako zvuk. (Caduff et al., 2020)

1.1.3 Zrakové znevýhodnění

Pro každého člověka je zrak jedním z nejdůležitějších smyslů vůbec. Díky zraku jsme schopni vnímat a přijímat až 80% informací z okolního prostředí. (Ludíková 2001) Zdravé oko přináší za normálních okolností možnost vidění okolního světa a díky němu se jedinec může lépe orientovat v prostředí, ve kterém se pohybuje. Pokud je přísun zrakových podnětů malý nebo zcela chybí, je nutné ho nahradit. Dominantním smyslem u osoby se zrakovým znevýhodněním je sluch. (Ludíková 2000; Wolfram, 2019) Problém se může objevit v neverbální komunikaci, kde vzhledem k tomu, že zde chybí oční kontakt, se málo kdy projeví mimika. (Vágnerová, 2008; Wolfram, 2019)

1.1.4 Princip vidění

Princip vidění spočívá v tom, že světelné paprsky procházející skrz optické prostředí oka se zobrazují na sítnici. Paprsky jsou absorbovány pigmentovým epitelem sítnice a dochází zde k podráždění fotoreceptorů. Vzniklé podráždění je vedeno nervovými drahami až do center zrakových. Zrakový vjem je výsledkem těchto nervových procesů nejen ve zrakovém centru, ale také v centru mozku. (Naňka, Elišková, 2019)

1.1.5 Kombinované znevýhodnění

Kombinované znevýhodnění je pro člověka velmi závažné, jelikož ho omezuje ve všech sférách. A to jak ve sféře emocionální, tělesné či sociální, tak i ve sféře komunikační. (Ludíková, 2000; Medina et al., 2021) Toto znevýhodnění nemá vliv pouze na danou osobu trpící tímto znevýhodněním, ale má obrovský dopad i na jeho rodinu a osoby z jeho blízkého okolí. (Ludíková, 2001) Kombinované znevýhodnění musíme chápat jako celek a je velmi důležité vnímat celou osobnost jedince nikoli pouze jeho části. Velmi důležitá je včasná diagnostika tohoto znevýhodnění. (Opatřilová, 2005; Young, 2019; Medina et al., 2021)

1.2 Problematika hluchoslepoty

Do roku 1991 se společnost příliš nezabývala jedinci, kteří trpěli tímto duálním znevýhodněním zraku a sluchu a moc se o hluchoslepotě ve společnosti nemluvalo. V naší Zemi neexistovaly žádné školy či speciální instituce, které by se duálním poškozením smyslů zabývaly. (Ludíková, 2000; Igarashi et al. 2020) Zlom nastal až v roce 1992, kdy vznikla společnost pro hluchoslepé, která existuje dodnes, zvaná Lorm. V té době se začaly tvořit výchovné a vzdělávací programy pro osoby zasažené hluchoslepotou. (Vágnerová, 2008) Cílem společnosti Lorm bylo informovat okolí a celou společnost o tomto znevýhodnění, především o problematice vzdělávání, výchovy a způsobu komunikace. (Opařilová, 2005) Společnost Lorm sdružuje klienty s tímto znevýhodněním a nadále získává informace a potřebné prospekty k tomu, aby zlepšila jejich kvalitu života. (Ludíková 2001)

1.3 Hluchoslepota

Hluchoslepota je samostatná kategorie handicapu, která se vyznačuje individuálním a specifickým přístupem k jedinci s tímto znevýhodněním. Specifikace spočívá ve výchově i v sociální rehabilitaci. (Ludíková 2001; Medina et al., 2021) Hluchoslepý jedinec nemusí mít ztrátu obou smyslů, v některých případech se jedná o závažné znevýhodnění pouze jednoho smyslového orgánu a postupné zhoršování funkce orgánu druhého. (Vágnerová, 2008) Díky hluchoslepotě vznikají především problémy při komunikaci, orientaci v prostoru, se sebeobsluhou ale hlavně problémy v získávání informací z okolního světa. (Opařilová. 2005; Young, 2019; Dammeyer, 2010) Mnoho lidí si myslí, že hluchoslepota představuje člověka, který je zcela neslyšící a nevidomý, ale pravda je jiná. Velmi záleží na přesné diagnostice stupně znevýhodnění obou smyslů, tj. zrak a sluch. (LORM – společnost pro hluchoslepé) Jsou známy různé kombinace tohoto znevýhodnění. Kombinace tohoto znevýhodnění ovlivňují celkový rozvoj osobnosti dítěte. Hluchoslepotu můžeme členit na hledisko lékařské a hledisko sociální. (Ludíková 2001; Igarashi 2021) Potíže se mohou vyskytnout u malých dětí, které nejsou schopné komunikovat, proto může dojít ke zkreslení při diagnostikování tohoto onemocnění. (Ludíková, 2000; Medina et al., 2021)

1.4 Definice hluchoslepoty

Společnost pro hluchoslepe LORM uvádí definici: „*Hluchoslepota je jedinečné postižení dané různým stupněm souběžného poškození zraku a sluchu. Způsobuje především potíže při komunikaci, prostorové orientaci a samostatném pohybu, sebeobsluze a přístupu k informacím. Zabraňuje hluchoslepému člověku plnohodnotně se zapojit do společnosti a vyžaduje zajištění odborných služeb, kompenzačních pomůcek a úpravy prostředí.*“ (Definice hluchoslepoty, 2015)

Mezinárodní definice přijatá při založení Evropské unie hluchoslepých (EDBU) říká: „*Hluchoslepota je jedinečné postižení, které je způsobeno různorodými kombinacemi sluchového a zrakového postižení. Způsobuje potíže při komunikaci a sociální a funkční interakci a zabraňuje plnohodnotnému zapojení do společnosti.*“ (definice přijatá při založení EDBU, Dánsko 2003), (Definice hluchoslepoty, 2015)

Česká republika se asi od roku 1992 přiklání k tzv. funkční definici, která zní: „*Hluchoslepota je takové současné postižení zraku a sluchu, které je závažné do té míry, že svému nositeli způsobuje problémy ve sféře psychické, sociální a v běžných situacích všedního života. Je samostatnou kategorií, vyznačující se nutností individuálního a specifického přístupu k osobám takto postiženým, a to ať již v otázce výchovy, tak následně v oblasti vzdělávání a sociální rehabilitace. Takto postižené osoby tvoří různorodou skupinu, kde postižení každého jedince závisí na délce projevu smyslového poškození a na jeho stupni.*“ (Ludíková, 2001, s.12)

Dle zákona o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob č. 155/1998 Sb., ve znění zákona č. 384/2008 Sb. – „*Za hluchoslepe se pro účely tohoto zákona považují osoby se souběžným postižením sluchu a zraku různého stupně, typu a doby vzniku, u nichž rozsah a charakter souběžného sluchového a zrakového postižení neumožňuje plnohodnotný rozvoj mluvené řeči, nebo neumožňuje plnohodnotnou komunikaci mluvenou řečí.*“ (Česko 2008)

Hluchoslepota, duální smyslové (zrakové a sluchové) postižení s následnou ztrátou schopnosti komunikovat s okolím bez pomoci a pohyblivosti volně se bez pomoci pohybovat, staví lidi do izolace. Hluchoslepota vylučuje lidi jí trpící ze společnosti, z interakce s ostatními. Následky, které více než často vedou k fyzickým i duševním problémům v každodenním životě. (TheWorldFederationoftheDeafblind)

Ludíková tvrdí, že v současné době neexistuje jednotná definice hluchoslepoty. Při definování hluchoslepoty často dochází ke střetu názorů mezi odborníky z různých oblastí. (Ludíková, 2000) Dále Ludíková ve své publikaci uvádí, že vzhledem k závažnosti kombinovaného postižení zraku a sluchu, nemohou hluchoslepe osoby automaticky využívat služby pro osoby se zrakovým nebo sluchovým postižením. Proto vznikají různé problémy v oblasti výchovy, komunikace, socializace. (Ludíková, 2001)

1.5 Klasifikace osob s hluchoslepotou

Různé kombinace zrakového a sluchového znevýhodnění tvoří heterogenní skupinu hluchoslepych. Klasifikace jedinců s tímto znevýhodněním je velmi nelehkým úkolem. Ludíková (2001, s. 13) dodává, že: „*hluchoslepota se vyskytuje v mnoha variantách, v závislosti na stupni a době vzniku zrakového a sluchového postižení.*“ K nejčastějším klasifikacím osob s tímto duálním senzoričným znevýhodněním patří členění do skupin dle stupně tzv. duálního znevýhodnění, dle věku, kdy k postižení došlo, dle způsobu komunikace a dle délky jejího trvání.

Dle stupně znevýhodnění obou smyslů klasifikuje Majewski (in Kowalik, Baňka, 2000, s.35) osoby do čtyřech oblastí: „*zcela hluchoslepe – s úplnou hluchotou a slepotou; hluchoslepe s úplnou hluchotou a slabozrakostí; hluchoslepe s nedoslýchavostí a úplnou slepotou; hluchoslepe s nedoslýchavostí a slabozrakostí.*“

Oproti tomu Ludíková (2000) ve své publikaci řadí osoby s hluchoslepotou do tří skupin dle způsobu komunikace a to na: osoby využívající slovní formu řeči, to jsou osoby, jež plynule a kvalitně zvládají slovní formu řeči, přičemž se nemusí jednat o hlasitou orální řeč. Dále pak autorka dělí osoby na osoby dávající přednost znakové formě řeči, to jsou osoby využívající převážně znakový jazyk a to i v případě, že jsou schopni slovně-řečového kontaktu. Zejména se jedná o osoby s tzv. prelingvální ztrátou sluchu, což je ztráta sluchu v období do sedmi let věku dítěte. Poslední skupinou jsou osoby zcela němé, jež neovládají ani znakovou, ani slovní formu řeči. Nejčastěji jsou do této skupiny řazeny osoby, které mají mentální retardaci a dále pak děti s ranou hluchoslepotou.

Dalším způsobem, jak můžeme klasifikovat hluchoslepu je z hlediska doby, kdy se projevila. Majewski (in Kowalik, Baňka, 2000) řadí do této skupiny osoby s hluchoslepotou vrozenou, dále osoby hluchoslepe, které mají vrozenou vadu sluchu a

vadu zraku získanou v pozdějším období života a dále na osoby hluchoslepe s vrozenou vadou zraku a vadou sluchu získanou v pozdějším období života.

1.6 Etiologie vzniku hluchoslepoty

Etiologie hluchoslepoty je velmi široká. Existuje ale také mnoho příčin, u kterých vznik tohoto znevýhodnění není dostatečně objasněn. Známe příčiny specifické a příčiny obecné. (Ludíková, 2000) K obecným příčinám hluchoslepoty se řadí úrazy, traumata, fyziologický proces stárnutí, drogy, alkohol, zvýšený obsah kyslíku v inkubátoru při předčasném narození, vývojové malformace v prenatálním období a infekční onemocnění. (LORM – Společnost pro hluchoslepe)

Ludíková (2000) mezi nejčastějšími příčinami hluchoslepoty řadí zejména rubeolu, toxoplasmózu, syndrom Charge, syfilis, Patauův syndrom a také Moebiův syndrom. Nejznámější příčinou je tzv. Usherův syndrom. (Medina et al., 2021)

1.6.1 Rubeola (kongenitální zarděnkový syndrom)

Rubeola (z latinského slova ruber = červený) jedná se o infekční virové onemocnění, které známe spíše, jako syndrom zarděnek. Poprvé objeven v roce 1941. Jedná se o geneticky nepodmíněný syndrom získaný v raném těhotenství. Je charakterizováno skvrnitou vyrážkou, která může programovat do dalších kožních projevů, jako jsou puchýřky či vřídky. Trapani a Bertino (2006) uvádějí, že nejčastěji v období prvního trimestru těhotenství mohou být právě zarděnky specifickou příčinou potratu, či předčasného porodu nebo vrozených vad, jako jsou například vrozené vady srdce, vady očí apod. Díky možnosti očkování proti tomuto onemocnění je dnes již poměrně vzácné.

1.6.2 Toxoplasmóza

Jedná se o onemocnění, které je způsobné parazitem *Toxoplasma gondii*. Na člověka se přenáší zezvířat a to především z koček, ptáků a hmyzu. U člověka je vyvoláno onemocnění toxoplasmóza, která se dělí na vrozenou a získanou. Co se týká vrozené nákazy, ta je přenášena při přechodu parazita z matky na plod. (LORM – společnost pro hluchoslepe) Jedinec infikovaný především v druhé polovině těhotenství trpí slepotou, hluchotou, často je přidružen mikrocefalus nebo hydrocefalus, dále se může objevit i mentální retardace a v neposlední řadě i poškození jater. (Ludíková, 2000) „V České

republice se začalo očkovat proti zarděnkám v osmdesátých letech 20. století. Očkuje se v 15. měsíci kombinovanou vakcínou proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám.“ (Trapani, Bertino, 2006, s.131)

1.6.3 CHARGE Asociace

CHARGE syndrom byl pro svou rozsáhlou etiologii a specifické uskupení nalezených symptomů přejmenován na CHARGE asociace. CHARGE asociace je jedním z 25 nejvíce prevalentních genetických syndromů a to zejména u osob s kombinovaným znevýhodněním. (LORM - Společnost pro hluchoslepé) Tento syndrom byl poprvé popsán v roce 1979. Postihuje různé orgány plodu, nejvíce ale ty, které jsou vyvíjeny mezi třetím a sedmým týdnem těhotenství. (Ludíková, 2000)

Název tohoto syndromu vznikl jako akronym spojením začátečních písmen nejvýznamnějších symptomů vyskytujících se při tomto onemocnění: „C“ – coloboma (duhovka a nebo sítnice nejsou dostatečně uzavřeny, následkem toho se může objevovat světloplachost a poruchy zorného pole, po odloupení sítnice může dojít až k úplnému oslepnutí), „H“ – heartdefect (jedná se o srdeční abnormality, nacházející se asi v 50 % případů), „A“ – atresiachoanae (dochází k uzávěru nosních dírek), „R“ – fyzická, v některých případech dochází i k výskytům mentální retardace. Většinou se jedná o těžká vrozená znevýhodnění, „G“ – genitalhypoplasia (jedná se o nedostatečný vývoj genitálií s následkem nedostatečného vyvinutí hormonální soustavy, některé děti s tímto syndromem nevykazují žádné známky puberty, jedná se o téměř 40 % případů), Jako poslední je „E“ – ears (zde se jedná o ztrátu sluchu různého stupně, byla zaznamenána až v 85 % případů). Ludíková (2000) dodává, že CHARGE asociace je velmi málo známá příčina hluchoslepoty.

1.6.4 Usherův syndrom (US)

Nejčastěji se vyskytující příčinou hluchoslepoty je tzv. Usherův syndrom. Až 50% všech jedinců znevýhodněných hluchoslepotou má diagnostikovaný Usherův syndrom. Jde o závažné onemocnění genetického původu, které postihuje současně zrak a sluch. (Ludíková 2000, Medina et al., 2021) Tento syndrom byl poprvé popsán v roce 1935 oftalmologem Charlesem Usherem. U dětí narozených s Usherovým syndromem dochází k vrozené ztrátě sluchu, která může kolísat od lehčí formy sluchového znevýhodnění až po totální hluchotu. (Ludíková 2001) V období puberty a dospívání, se

přidružuje retinitis pigmentosa (pigmentová degenerace sítnice), která se nejčastěji objevuje v souvislosti s Uscherovým syndromem a projevuje se jako zhoršené noční vidění a progresivní ztrátou periferního vidění. (Souralová 2000)

U některých osob s diagnostikovaným Uscherovým syndromem se mohou vyskytovat i poruchy v oblasti vestibulárního ústrojí, u tohoto postižený nebývá porušen intelekt. (Ludíková, 2001; Medina et al., 2021) Ludíková (2001) ve své publikaci popisuje 2 základní typy Uscherova syndromu. U osob znevýhodněných prvním typem Usherova syndromu dochází k těžkému sluchovému znevýhodnění. U jedinců, u kterých byl klasifikován druhý typ tohoto syndromu, se objevuje lehká nedoslýchavost až úplná ztráta sluchu. Naproti tomu společnost pro hluchoslepé LORM uvádí 4 typy Uscherova syndromu. U osob, u nichž se vyskytuje první typ syndromu je patrná vrozená těžká percepční nedoslýchavost až hluchota, znevýhodněné jsou i vestibulární funkce, projevují se zde zrakové vady jako je šeroslepota, zúžené zorné pole, či retinitis pigmentosa. U osob u nichž se vyskytuje druhý typ syndromu, je patrná vrozená středně těžká až těžká nedoslýchavost, vestibulární funkce je neporušena a zraková vada vzniká nejčastěji mezi 20.– 30. rokem života. (LORM- Společnost pro hluchoslepé) U osob u nichž je popsán třetí typ syndromu, je patrná porucha sluchu spíše progresivní, jinak je velmi podobný jako výše zmíněný druhý typ syndromu, a typ čtvrtý se od předchozích forem odlišuje typem dědičnosti, je vázaný na chromozom X. (Finková, Růžičková 2007)

Kromě výše zmíněných příčin hluchoslepoty stojí za zmínku i příčiny perinatální. Ludíková (2001) mezi ně řadí předčasný porod, kdy je nutné dítě umístit do inkubátoru. Mezi nejčastější postnatální příčiny výše zmíněná autorka řadí degeneraci zraku a sluchu, infekční onemocnění, traumata a úrazy. „*V některých případech duálního sensorického postižení se doposud nepodařilo příčiny objasnit.*“ (Ludíková, 2001, s.13)

1.7 Komunikační techniky

Komunikace je lidská schopnost popisovat informace, zkušenosti, dělit se o zážitky apod. Komunikace se dělí na typ verbální a na typ neverbální. Při výběru vhodného komunikačního systému přihlížíme k šíři znevýhodnění zraku a sluchu u hluchoslepé osoby a bereme ohled i na dobu, kdy k poškození došlo. Nejhorší je komunikace s

osobami, které jsou již od narození zcela hluchoslepé. Naštěstí výskyt tak závažného znevýhodnění nebývá příliš častý. (Ludíková 2001)

Převážná většina jedinců s diagnostikovanou hluchoslepotou používá k dorozumívání tzv. taktilní komunikaci, která bývá považovaná za nejprimitivnější formu neverbální komunikace. Mezi další způsoby neverbální komunikace řadí Souralová (2000) ve své publikaci komunikaci prostřednictvím reálných objektů, kterou preferují spíše osoby s vrozenou hluchoslepotou. Princip této komunikace spočívá v používání zástupných předmětů pro danou činnost, např. lžíce znamená doba svačiny. (Souralová, Langer 2005)

1.7.1 Vizuální komunikační techniky

Vizuální komunikační techniky jsou založené na vizuálním příjmu informací. Tyto komunikační systémy upřednostňují zejména jedinci se zachovalými zbytky zraku. (Souralová, Langer 2013) Osoby s kombinovaným znevýhodněním zraku a sluchu, u kterých došlo ke ztrátě sluchu před dokončením řečového vývoje, dávají přednost převážně znakovému jazyku. Osoby, které přišly o sluch postlingválně (znevýhodnění, které vzniklo u osob s již rozvinutou řečí) a stačila se u nich vyvinout mluvená forma jazyka, si vybírají některou z variant, která tento jazyk vizualizuje. (Ludíková et al. 2007) Jako první techniku je třeba zmínit asi nejznámější techniku - znakový jazyk. Tato technika je vhodná spíše pro osoby, které jsou znevýhodněné více v oblasti sluchu. Funguje na principu, který spočívá v tom, že je znaky nahrazena verbální komunikace. Tento dorozumívací systém je tvořen specifickými vizuálně-pohybovými prostředky. (Finková, Růžičková 2007) Další komunikační technikou spadající do této skupiny je prstová abeceda. Jde o komunikační systém, který používají hluchoslepé osoby se zachovanými zbytky zraku. Jednotlivá poloha obou rukou či prstů vyjadřuje konkrétní hlásku. (LORM- Společnost pro hluchoslepé)

1.7.2 Taktilní komunikační techniky

Taktilní komunikační techniky tvoří skupinu dorozumívacích prostředků, které u hluchoslepých jedinců v komunikaci převládají. (Souralová 2002) Do této skupiny komunikace se řadí techniky jako je např. taktilní znakový jazyk, Braillovo písmo (viz. příloha 2), které můžeme najít kdekoli v naší společnosti (např. u číslování pater ve výtazích). Toto písmo vytvořil nevidomý francouzský student Louis Braille (1809-

1852). Je určené pro usnadnění a zdokonalení četby nevidomých. Základem Braillova písma je kombinace šesti bodů ve dvou tříbodových sloupcích postavených vedle sebe. Konkrétní znak tvoří sestavení jednotlivých bodů. Seskupení jednotlivých bodů hluchoslepá osoba vnímá bříškem ukazováku. Toto písmo slouží především k psanému získávání informací a dorozumívání. Obtížněji se toto písmo učí osoby, které zrak ztratily v pozdějším věku. Výběr jednotlivých dorozumívacích systémů je velmi individuální. (Ludíková 2001) Komunikační techniky používané spíše méně často jsou např. vpisování tiskacích písmen do dlaně. Takovouto formu komunikace využívají hluchoslepy osoby, které ztratily zrak a sluch v pozdějším věku. Velká tiskací písmena se vpisují do dlaně hluchoslepeho jedince. Tahoma je další z metod využívaných jedinci s tímto znevýhodněním. Jedná se o vibrační metodu založenou na vnímání mluvené řeči pomocí odhmatávání vibrací hlasivek, pohybů dolní čelisti, rtů a tváří mluvčího. (Souralová, 2000) V neposlední řadě se do těchto technik řadí i velmi známá Lormova abeceda (viz. příloha 1). Byla vytvořena Hieronymem Lormem, vlastním jménem Heinrich Landesmann(1821-1902). Byl to hluchoslepý filozof, spisovatel a básník, rodák z jihomoravského Mikulova. (Souralová 2002) Lormova abeceda je jeden ze základních systémů komunikace hluchoslepých osob. Ke komunikaci se nejlépe využívá dlaňová strana levé ruky. Prsty této ruky jsou mírně roztažené a napjaté. Můžeme použít i dlaň pravé ruky. Jednotlivá písmena se vyznačují ukazováčkem mluvčího, který se dotýká dlaně a prstů příjemce. (Ludíková 2001)

1.8 Kompenzační pomůcky

Hluchoslepota je velmi závažně duální znevýhodnění a znesnadňuje, ba dokonce i znemožňuje jedinci zvládat běžné životní situace. (Bubeníčková, et.all 2012) K tomu, aby mohla být hluchoslepá osoba v maximálně možné míře samostatná, potřebuje kompenzační pomůcky, které hluchoslepým pomáhají nahradit deficity smyslových orgánů a usnadňují jim orientaci v životě a mezi lidmi. (Ludíková, 2001)

1.8.1 Červenobílá hůl

Až do roku 2001 používaly osoby s hluchoslepotou bílou hůl stejně jako doposud osoby pouze neslyšící. Kvůli nedostatečnému označení hole a nevědomosti obyvatel docházelo k náročným situacím, které vedly k ohrožení bezpečnosti jedinců s tímto znevýhodněním. (Bubeníčková, et all 2012)

Změna nastala v roce 2001, kdy nabyla platnosti vyhláška č. 30/2001 Sb. Tato vyhláška dnes již neplatí, ale nabyla v platnosti nová verze této vyhlášky a to vyhláška, kterou se provádějí pravidla provozu na pozemních komunikacích. Tato zní: „*Speciální označení osoby nevidomé je bílá hůl, označení osoby hluchoslepé je hůl s bílými a červenými pruhy o šířce 100 mm. Bílá hůl i hůl s bílými a červenými pruhy musí být opatřena nejméně jedním reflexním bílým pruhem šířky 50 mm a nejméně souvislá třetina její délky musí mít průměr nejméně 12 mm.*“ (Česko, 2015)

Červenobílé hole se rozdělují podle jejich funkce do tří hlavních kategorií a tj. červenobílá hůl signalizační, jejíž základní funkcí je upozornit kolemjdoucí osobu na osobu s hluchoslepotou. Signalizační červenobílou hůl používají handicapovaní při chůzi s průvodcem, do interiéru nebo s vodícím psem. Dále orientační červenobílá hůl, ta je určená k orientaci v prostoru a samostatnému pohybu hluchoslepé osoby. Chrání hluchoslepé jedince před architektonickými bariérami. Třetí kategorií je opěrná červenobílá hůl, která má opěrnou funkci. Tato pomůcka je určena pro hluchoslepotou osobu, která má sníženou pohyblivost. (Hlaváčová, 2003) Červenobílou hůl schvaluje praktický nebo oční lékař. Osoba s hluchoslepotou má nárok zažádat o tři hole ročně do výše 100% ceny. ([LORM](#)- společnost pro hluchoslepé)

Mezi další kompenzační pomůcky řadíme ty, které jsou primárně určeny osobám se zrakovým nebo sluchovým znevýhodněním, ale používají je i osoby s duálním znevýhodněním zraku a sluchu. (Bubeníčková, et al 2012)

1.8.2 Pichtův psací stroj

Pichtův psací stroj je pojmenován podle Oskara Pichta (1871-1945), německého tyflotechnika, programátora vzdělávání nevidomých a konstruktéra psacích strojů pro nevidomé. (Bubeníčková et al, 2012) Pichtův psací stroj je zcela základní pomůckou, která usnadňuje hluchoslepým jedincům komunikaci a možností psaného textu. Šesti bodům tohoto písma odpovídá šest kláves na Pichtově psacím stroji. Současným stisknutím příslušné kombinace příslušných kláves získáme žádaný znak. (Štěrbová, 2007)

1.8.3 Sluchadla

Důležitou a nejběžněji používanou kompenzační pomůckou jsou sluchadla. Sluchadlo je elektroakustický přístroj, jehož funkcí je zesilovat, či modulovat zvuky přicházející z

okolního prostředí. Sluchátko se skládá z reproduktoru, mikrofonu, zesilovače a modulačních prvků. (Lejska, Havlík 2019) Existuje několik typů sluchadel. Závěsná sluchadla, která jsou spojena katétre s ušní tvarovkou, ta se zhotovuje dle potřeb jedince. Katétr musí být měkký, musí mít správnou délku, aby nevytáhnul tvarovku z ucha. Tím se zabrání akustické zpětné vazbě (pískání). Dále pak nitroušní sluchadla, mohou být zvuková, boltcová a kanálová. Elektronika u těchto sluchadel je zavedena přímo do ušní tvarovky. (Jarníková 2005) A kapesní sluchadla, ta se skládají ze zesilovače a mikrofonu, které jsou umístěny v malé krabičce, jedinci ji nosí např. připnutou na oblečení. (Valenta a kol., 2014)

Dalšími typy sluchadel, které máme, jsou sluchadla analogová a digitální. U analogového sluchadla je pomocí mikrofonu zachycen zvuk, který je převeden do formy elektrického proudu. Tento proud je poté zesílen a převeden reproduktorem zpět do zvukové podoby. Analogová sluchadla jsou jedno z nejlevnějších a nejjednodušších modelů sluchadel. (Valenta a kol., 2014) S rozvojem digitálních technologií jsou postupně analogová sluchátka nahrazována digitálními. Princip digitálních sluchátek je v tom, že zvukový signál je převeden na binární kód, který poté můžeme dále zpracovávat a zesilovat. Upravená data jsou pak reproduktorem přeměněna zpět na zvuk. (Lejska, Havlík 2019) Sluchadla s tímto způsobem zpracování zvuku poskytují v současné době nejvyšší poslechový komfort. Dokáží se automaticky přizpůsobit poslechovým podmínkám, redukovat nežádoucí šumění či jiné zvuky znesnadňující slyšení. Nevýhodou těchto typu sluchátek je však vysoká cena. (Rentotierová, Ludíková, 2004)

Sluchadlo je základní a nejčastější pomůckou využívanou jak sluchově, tak duálně znevýhodněným občany našeho státu. (Hlaváčová, 2003)

1.8.4 Kochleární implantát

Kochleární implantát je druh ušního implantátu, který je chirurgicky voperován do středního ucha. Zde nahrazuje funkci hlemýžďe. Tento druh implantátu je vhodný pro děti i dospělé. Kochleární implantát je složený ze dvou základních částí, vnitřní části (přijímací stimulátor) a vnější části (řečový procesor). Řečový procesor se nachází mimo tělo pacienta, cívku procesoru udržuje při pokožce magnet, mikrofon je umístěn za uchem. (Lejska, Havlík 2019) Zvuk je zachycován mikrofonem a signál je veden do řečového procesoru. Vnitřní část kochleárního implantátu tvoří přijímací stimulátor,

který je umístěn pod pacientovou kůží během operace. (Valenta a kol., 2014) Jeho součástí je elektronická součástka, která kontroluje elektrický proud impulsů do ucha. V kochleárním implantátu je obsažena anténa, jejímž úkolem je přijímat frekvenční signál z vnější cívký. Je zde obsaženo i několik drátů, které jsou spojeny elektrodami. (Jarníková 2005)

1.9 Ošetřovatelská péče o hluchoslepé

Ošetřovatelská péče o takto znevýhodněného klienta vyžaduje mnoho specifických pravidel, ale především vyžaduje holistický a individuální přístup ke klientovi. K hluchoslepému pacientovi přistupujeme s úctou, respektem a při jeho péči postupujeme individuálně a opatrně. (Vytejková, 2011)

1.9.1 Stravování

Stravování patří k nejobtížnějším dovednostem, zvláště pokud se jedná o jídla, která vyžadují dobrý zrak a manipulaci s přiborem. Například ryby jsou kvůli malým kůstkám nebezpečné, jelikož hrozí riziko zaskočení kůstky a možnému udušení pacienta, dále pak omáčka, u které hrozí znečištění pacienta, což u něj není příjemná situace. (Vytejková, 2011) Jídlo, které má pacient u sebe, necháváme na stejném místě. Pacientovi je potřeba umožnit správnou orientaci na stole. Pro tuto orientaci se používá metoda orientace dle hodin. Například na 3. hodině je zelenina, na 6. maso a na 9. brambory. Pacient se takto lépe orientuje a má možnost najíst se sám. Velmi důležitý je však dohled nad tím, aby pacient stravu snědl. (Mlýnková, 2010) Pro některé hluchoslepé pacienty, a to zvláště u klientů, kteří přišli o zrak v nedávné době, může vést stravování ke vzniku stresových situací, které mohou vyústit až k odmítání stravy. (Michálek, et. al. 2010) Je tedy vhodné s pacientem komunikovat a domluvit se s ním, co je pro něho při stravování nejlepší, a i na jeho zvyky při stravování. Velmi důležitým prvkem je i podávání tekutin. Ty naléváme pouze do poloviny sklenice, aby se klient nepopil. (Slezáková a kol, 2014)

1.9.2 Podávání léků

Dalším důležitým faktorem je podávání léků. Při podávání léků je nezbytné pacienta informovat, kde se jeho léky na stole nacházejí. Pokud je klient zvyklý na podávání léků v pravidelných intervalech a zdravotnický personál mu je zapomeno podat, či se dávkování léků lékařem změní, je důležité o tom pacienta informovat, aby nebyl z této

situace zmatený. (Vytejková, 2011) Dále je důležité dávat si pozor na léky, které pacient rozeznává hmatem. Problém nastává v situaci, kdy např. výrobce vyrábí stejný lék, ale v jiném tvaru. V takové situaci je důležité o tom pacienta předem informovat, aby poté nedošlo k problémům, že by si pacient zmíněný lék nevzal, jelikož neví, jaký je to lék. (Slezáková a kol, 2014) Dále je to také situace, kdy je potřeba nahradit jeden lék s vyšší silou např. dvěma léky s nižší silou. V případě takové změny je nutné pacienta zase důkladně informovat, aby nebyl z této situace zmatený. (Mlýnková, 2010)

1.9.3 Hygiena

Při hygieně je velmi důležité u nevidomého zjistit soběstačnost. Pokud je pacient úplně soběstačný, necháme ho, aby si hygienu provedl samostatně. Dohodneme se s ním, zda nechce s něčím pomoci nebo zda nechce doprovodit do koupelny. (Mlýnková, 2010) V koupelně klientovi vše ukážeme a necháme ho vše osahat. Jelikož hmat je u nevidomých velmi důležitým smyslem pro orientaci v prostoru. Pokud je to možné, poskytneme pacientovi do sprchového koutu nebo vany protiskluzové podložky, aby nedošlo k nějaké nežádoucí události. (Michálek, et all 2010) Ručník, čisté prádlo a hygienické pomůcky mu dáme na dosah ruky a neměníme jejich pozici, pokud to pacientovi nesdělíme předem. (Vytejková, 2011)

1.9.4 Vyprazdňování

Pokud jde o vyprazdňování na toaletě, je dobře klienta seznámit s typem zařízení. Při orientaci si nevidomí pomáhají nohou nebo kompenzačními pomůckami jako je např. hůl. Pacienta seznámíme s místy, kde se nachází např. toaletní papír, splachovadlo, umyvadlo, mýdlo a ručník. (Mlýnková, 2010) Pokud se u mužů vyskytují problémy s rovnováhou, je třeba být seznámen se zvýšeným rizikem pádu u pacienta a na toaletu ho radši posadit a ukázat mu, kde se nachází signalizační zařízení, na které v případě nouze bude zvonit. (Slezáková a kol, 2014)

1.10 Ošetřovatelské diagnózy

Je důležité si uvědomit, že hluchoslepí klienti jsou ohroženi velkým množstvím deficitů, které je provázejí v jejich běžném životě mnohem více než pacienty bez tohoto znevýhodnění. U takto znevýhodněného pacienta lze stanovit řadu ošetřovatelských diagnóz. (Slezáková, 2014) Nejdůležitější ošetřovatelskou diagnózou spojenou s

velkým množstvím nežádoucích událostí je „Riziko pádu“ (00155). Tato diagnóza je dle literatury definována jako zvýšená náchylnost k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu na zdraví jedince. Tato ošetrovatelská diagnóza vzniká v souvislosti s neuspořádaným nebo pro klienta neznámým prostředím. (Plevová, 2018) Úkolem sestry při zamezení této diagnózy je zajistit bezpečné okolí pro pacienta. Sestra informuje klienta o změnách a případně ho upozorní na možná rizika a ukáže pacientovi signalizační tlačítko, aby mohl v případě potřeby zazvonit. (Michálek, et.al. 2010) Pokud klient bude chtít, bude ho ošetrovatelský personál doprovázet na toaletu, či na vyšetření. Dále je velmi důležité zajistit klientovi jeho běžné trasy průchozí, např. odstranit z těchto tras to, o co by mohl zakopnout a dále je také velmi důležité upozornit klienta na vytřenou podlahu v nemocnici. (Vytejková, 2011)

Další diagnózu, kterou můžeme stanovit je „Zhoršená schopnost přemísťovat se“ (00090). Tato diagnóza je v literatuře definována jako omezení nezávislého pohybu mezi dvěma blízkými povrchy. Tato diagnóza vzniká v souvislosti s neschopností orientovat se např. po oddělení, na pokoji, v koupelně atd. (Slezáková a kol, 2014) Diagnóza se velmi často projevuje strachem, nejistotou z neznámého prostředí, obavami, zmateností a také dezorientací. Zde se klade velký důraz na pomoc pacientovi se zorientovat v prostoru. Sestra projde s pacientem po oddělení, po pokoji, po koupelně atd. Ukáže mu, kde se co nachází, aby se pacient co nejlépe orientoval. (Michálek, et.al 2010) Sestra nechá klienta, aby si vše osahal, jelikož, jak jsem zmiňovala již v předchozích odstavcích, hmat je nejdůležitějším smyslem pro orientaci hluchosleпého. Dále je důležité upozornit pacienta na možné překážky, které mohou souviset poté i s výše zmíněnou diagnózou. (Mlýnková, 2010)

Další diagnózou, kterou při této problematice lze stanovit je Deficit seбepěče. K této diagnóze lze stanovit mnoho dalších diagnóz, a to např. Deficit seбepěče při koupání“ (00108), „Deficit seбepěče při stravování“ (00102), „Deficit seбepěče při vyprazdňování“ (00110) atd. Viz předchozí kapitoly.

1.11 Organizace pro hluchosleпé

Existuje několik organizací, které jsou určeny ke shromažďování hluchosleпých klientů. Tyto organizace mají za úkol zlepšit integraci hluchosleпých lidí do společnosti, ale také poskytují sociální poradenství a v neposlední řadě pořádají akce, na kterých se

hluchoslepí mají možnost se zapojit do hromadných aktivit. (LORM – Společnost pro hluchoslepé)

1.11.1 Světová federace hluchoslepých (The World Federation of the Deafblind - WFDB)

Jedná se o nevládní, globální organizaci, shromažďující osoby s hluchoslepotou. Tato organizace byla založena v roce 2001 ku příležitosti konání světové konference Heleny Kellerové na Novém Zélandu. (LORM – Společnost pro hluchoslepé) Za dobu své existence dosáhla uznání, jako jednotný a legitimní celosvětový zástupce a hlas lidí s hluchoslepotou. Prvním prezidentem této organizace byl Stig Ohlson (od roku 2001-2003), nynějším prezidentem WFDB je Geir Jensen (od roku 2013 do dnes). „*WFDB si klade za cíl zlepšit kvalitu života lidí s hluchoslepotou na celém světě s cílem dosáhnout jejich rovných práv a rovných příležitostí ve všech oblastech společnosti, být celosvětovým fórem pro výměnu znalostí a zkušeností v oblasti hluchoslepoty, a zvýšit mezinárodní solidaritu mezi organizacemi lidí s hluchoslepotou.*“ (společnost WFDB)

1.11.2 Lormo.s. – Společnost pro hluchoslepé

Pro komunitu hluchoslepých osob byl přelomový rok 1992. V tomto roce byla v České republice založena Společnost pro hluchoslepé osoby LORM o. s. Hlavním úkolem společnosti je sdružovat hluchoslepé, pomáhat jim se začleněním do společnosti a informovat veřejnost o problematice hluchoslepoty. (Machovičová, 2008) V České republice se nachází celkem pět poradenských center, která poskytují odbornou pomoc hluchoslepým osobám. Sídlí v Praze, Brně, Liberci, Jindřichově Hradci a Ostravě. Tato centra poskytují odborné poradenství, sociální rehabilitaci (výuka komunikace, orientace v prostoru za použití červenobílé hole a nácvik sebeobsluhy), tlumočnické a průvodcovské služby. Společnost LORM o. s. také pořádá výlety, sportovní a kulturní akce pro své klienty. (Hlaváčová, 2007)

Společnosti LORM o. s. se podařilo po celé České republice vybudovat základní síť sociálních služeb pro hluchoslepé osoby. Společnost pravidelně jednou za čtvrtletí vydává časopis Doteky, ve kterém se nachází aktuální novinky a pokroky v problematice hluchoslepých, články o akcích, které proběhly nebo které se plánují. Hlavní sídlo společnosti se nachází v Praze. (Hlaváčová, 2003)

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Zmapovat, jak zdravotnický personál komunikuje s pacientem s kombinovaným znevýhodněním zraku a sluchu.
2. Zjistit, jak kombinované znevýhodnění zraku a sluchu ovlivňuje komunikaci klienta s vnějším prostředím.

2.2 Výzkumné otázky

VO 1: Jaké dovednosti sestry postrádají při komunikaci s klientem s kombinovaným znevýhodněním zraku a sluchu?

VO 2: Které komunikační systémy sestry využívají při komunikaci s klientem s kombinovaným znevýhodněním zraku a sluchu?

VO 3: Jaké komunikační systémy preferuje osoba s kombinovaným znevýhodněním zraku a sluchu v ošetrovatelství?

VO 4: Jak ovlivňuje kombinované znevýhodnění zraku a sluchu možnost komunikace klienta s okolním prostředím?

3 Metodika

3.1 Použitá metoda

K získání dat byla zvolena forma kvalitativního šetření. Tato forma byla zvolena z důvodu hlubšího průzkumu dané problematiky. Technikou sběru dat byl vybrán polostrukturovaný rozhovor, který jsme vytvořili spolu s vedoucím práce. Studium literatury bylo do rozhovoru vybráno několik oblastí, která jsou pro dané téma důležitá. V úvodu bylo všem účastníkům výzkumného šetření sděleno, že výzkum je anonymní a výsledky budou použity pro účely dané práce. Byly vytvořeny 2 podklady k rozhovorům (viz. příloha 5). 1. typ byl pro sestry pracující s hluchoslepými klienty (výzkumný soubor A) a 2. rozhovor byl zaměřen pouze na klienty (výzkumný soubor B).

Vlastní rozhovor pro výzkumný soubor A byl tvořen čtrnácti hlavními otázkami a pro výzkumný soubor B třinácti hlavními otázkami. V obou případech byly otázky v případě potřeby rozvinuty o další podotázky. V úvodu jsme se zaměřili na charakteristické informace o daných probandech. Rozhovor s výzkumným souborem A sloužil zejména ke zjištění, jak probandi komunikují s hluchoslepými pacienty, a jaké ovládají komunikační techniky. Rozhovor s výzkumným souborem B se zaměřoval také na komunikaci, ale i na zkušenosti s komunikací sester v nemocnici, či jiném zdravotnickém zařízení. Jednotlivé rozhovory byly nahrávány na mobilní telefon a poté doslovně přepsány v programu Microsoft Word. Ze získaných výsledků bylo vytvořeno informační video (viz. příloha 4). Na podkladě této práce byla vytvořena informační brožura (viz. příloha 3).

3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Kritériem pro výběr výzkumného souboru A bylo, aby probandi účastníci se výzkumu měli praktické zkušenosti s pacienty se znevýhodněním. Těmito kritérii byl vybrán vlastní výzkumný soubor, který tvořilo 6 všeobecných sester. Kritériem pro výběr výzkumného souboru B bylo, aby měli probandi zkušenosti s hospitalizací a komunikací se zdravotnickým personálem. Těmito kritérii byl vybrán vlastní výzkumný soubor, který tvořilo 5 klientů.

3.3 Sběr a analýza dat

Samotný sběr dat byl uskutečněn v měsíci únoru – dubnu 2022. Rozhovory se sestrami i klienty probíhaly v neutrálním prostředí (kavárna, restaurace). Před všemi rozhovory byl získán souhlas komunikačních partnerů s uskutečněním rozhovoru, jeho nahráním na mobilní telefon, přepsáním do elektronické podoby a interpretací získaných informací ve výzkumné práci. Celkem proběhlo 11 rozhovorů, z nichž každý trval přibližně 20-30 minut. Širší informace o komunikačních partnerech jsou uvedeny v kapitole „výsledky“.

Rozhovory nahrávané na mobilní telefon byly doslovně přepsány. Jednotlivé odpovědi opakovaně pročitány a následně byly v textu barevně vyznačovány úryvky vztahující se k jednotlivým cílům. Veškeré výpovědi byly seřazeny do skupin dle komunikačních partnerů.

4 Výsledky

Kategorie 1: Charakteristické údaje probandů

V první části rozhovoru jsme se zaměřovali na věk, pohlaví, ale především na praxi ve zdravotnickém zařízení a praxi s hluchoslepými klienty.

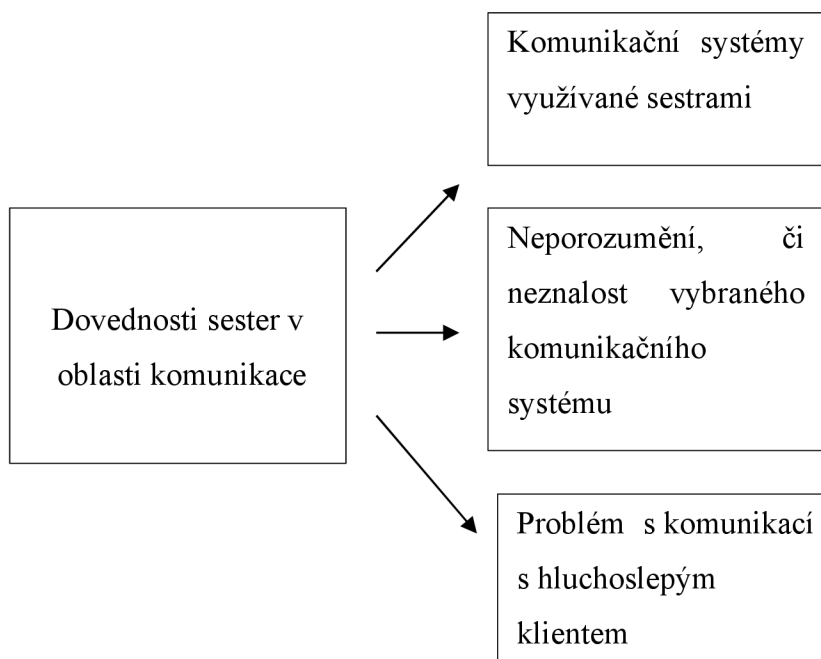
Tabulka 1 Charakteristika výzkumného souboru A

Respondent	VĚK	POHLAVÍ	DĚLKA PRAXE VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ	DĚLKA PRAXE S HLUCHOSLEPÝMI KLIENTY
R 1	38 let	žena	10 let	8 let
R 2	60 let	žena	35 let	10 let
R 3	45 let	žena	8 let	5 let
R 4	25 let	žena	8 let	3 roky
R 5	52 let	žena	12 let	3 roky
R 6	38 let	žena	5 let	2 roky

(zdroj: vlastní výzkum)

Kategorie 1.1: Dovednosti sester v oblasti komunikace

Schéma 1.1 Dovednosti sester v oblasti komunikace



V této části uvádíme, jaké komunikační systémy sestry využívají v komunikaci s pacientem s duálním znevýhodněním zraku a sluchu. Dále bylo zjišťováno zda sestry mají nějaký problém s komunikací s takovýmto klientem a jestli se setkali v době své praxe s klientem, který neuměl či neznal komunikační systém vybraný sestrou ke komunikaci s ním.

Komunikační systémy využívané sestrami

V této části výzkumu jsme se ptali, jaké komunikační systémy sestry využívají pro komunikaci se znevýhodněnými klienty. Odpovědi se často opakovali a velmi často zazněla informace o všem velmi známém komunikačním systému použití metody tužky a papíru. Na tom se shodují S1, S2, S3 a S4. S1 uvádí: „*Nejčastěji používám to, že si vezmu tužku a papír a napíšu, co chci říct, když jsou pacienti, kteří hůře slyší než vidí. No a když hůře vidí tak se snažím na ně mluvit více nahlas ale přizpůsobuji se spíše jim.*“ Skoro totožnou odpověď má S3, která říká: „*Moc komunikačních systémů neznám, ale používám to, že si vezmu tužku a papír a napíšu to, co chci říct.*“ S tím souhlasí S2, která odpovídá: „*Specifický asi ne, ale používám to, že píšu do dlaně písmena, těm, kteří to ovládají samozřejmě. A potom nejčastěji to, že vezmu tužku a*

papír a napíšu to, co chci na papír a dám to pacientovi přečíst.“ Setra S4 odpovídá: „*Z těch klasických je to určitě používání tužky a papíru, pak tiskací písmena do dlaně a piktogramy. Jinak z těch dalších jsem zatím nedostala příležitost použít jiný komunikační systém, ale ve škole jsem chodila na znakovou řeč, něco si ještě pamatuju, takže bych to možná dala dohromady.*“ Oproti tomu S5 uvádí „*Ano, teď už ano. Například tiskací písmena do dlaně.*“ A S6 dodává „*Ano, používám prstovou abecedu, nebo Lormovu abecedu, která mi přijde mnohem lepší, než ta prstová. Dále tiskací písmena do dlaně a pak klasiku, kterou používají skoro všichni pracovníci u nás v nemocnici a to je používání papíru a tužky ke komunikaci s klientem.*“

Dále jsme se ptali, jaké systémy komunikační systémy sestry při komunikaci s hluchoslepými klienty preferují. Odpovědi sester S1 a S4 se téměř nelišily. S1 odpovídá: „*Asi to co jsem řekla před chvílí, to psaní na papír. To mi v moji praxi zatím vždycky stačilo*“ A S4 dodává: „*Asi to, co jsem řekla v předchozí otázce, ale preferuji spíše tu tužku a papír to mám asi nejrady a nejčastěji to používám, protože je nejspolehlivější.*“ Dále S2 odpovídá: „*Nejlepší je psaní písmen do dlaně, to ti, kteří jsou hluchoslepi delší dobu, ovládají a je to jednoduché k naučení. Vím, že existuje víc systémů komunikace, třeba znaková řeč nebo Lormova abeceda, ale ty já nepoužívám.*“ S3 říká: „*Nejčastěji to, co jsem řekla v předchozí otázce, píšu na papír to co chci říct a pak jim to dám přečíst a pacienti mi buď odpoví, a nebo napíšou odpověď na papír. Chtěla bych se ale naučit více technik, protože si myslím, že je to důležité.*“ Sestra S5 odpovídá: „*Nejčastěji používám tiskací písmena do dlaně, ale i to, že napíšu, to co chci říct na papír a dám to klientovi přečíst. Ale záleží hodně na rozsahu postižení.*“ A S6 dodává: „*Nejrady mám Lormovu abecedu, ale ne každý klient ji umí, takže asi nejlepší pro klienty je prstová abeceda nebo psaní na papír toho, co chce člověk sdělit.*“

Neporozumění či neznalost komunikačního systému

V této části jsme se ptali sester, zda se jim někdy stalo, že klient se kterým komunikovaly neuměl, či neznal komunikační systém využívaný sestrou. Odpovědi sester S1, S2, S4 a S5 byly téměř totožné. S1 říká: „*Ne, nikdy, se všemi pacienty jsem se dorozuměla, jak jsem potřebovala. Takže si myslím, že žádný problém nebyl.*“ S2 odpovídá: „*Ne to neměl, já používám jenom to, co jsem uváděla předtím, takže to si myslím znají a pochopí všichni.*“ S4 dodává: „*Ne, neměl, vždycky jsem věděla co použít a nikdy neměl pacient s tím jak s ním komunikuju problém, alespoň tedy doufám, nikdy*“

neměli výhrady.“ A S5 odpovídá: „*Ne, ještě se mi to nestalo.*“ Naprosto odlišnou odpověď udává S6: „*Ano, stalo se mi, že jsem použila Lormovu abecedu a klientka na mě koukala a nevěděla, která bije, tak jsem použila tu snad nejčastější metodu, se kterou jsem se setkala v naší nemocnici nejvíce a to je napsání toho co chci říct na papír.*“ A S3 tvrdí: „*Zatím ne, spíš já jsem měla problém s tím, že jsem nevěděla jak s ním komunikovat.*“

Problém s komunikací s hluchoslepým klientem

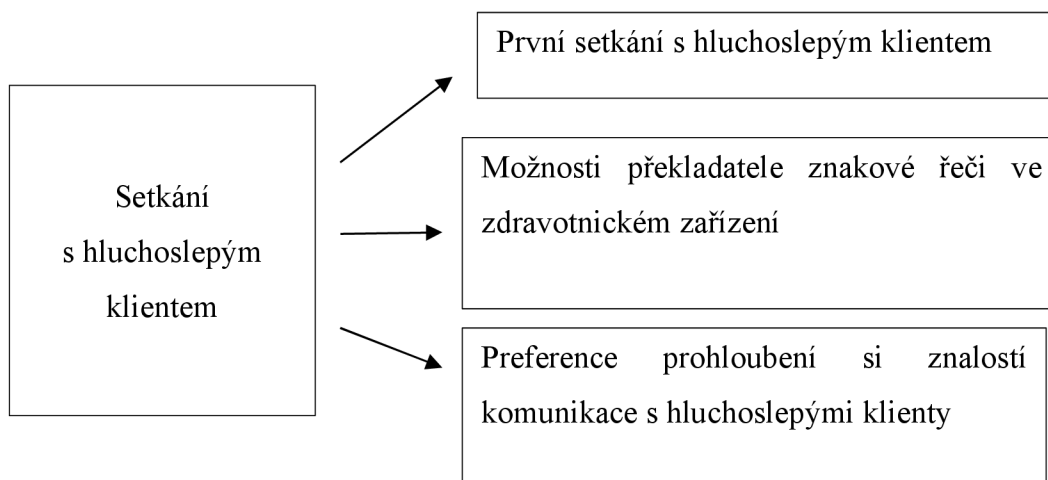
V této části rozhovorů jsme se ptali sester, zda se sestřám za dobu jejich praxe ve zdravotnickém zařízení stalo, zda nevěděly jak s klientem komunikovat. Podobnou odpověď uvádí S1, S2 a S5. S1 uvádí: „*Určitě stalo, už na škole když jsem docházela na praxe jsem nevěděla, jak se mám k takovým lidem chovat, bylo to pro mě docela náročné, ale časem jsem tomu přišla na kloub.*“ S2 odpovídá: „*Stalo, nevěděla jsem, jak mám komunikovat s pacientem, se kterým jsem se setkala poprvé.*“ A S5 dodává: „*Stalo, na začátku práce na oddělení jsem se setkala s klientem, který byl částečně hluchý a úplně slepý. Nevěděla jsem, jak s ním komunikovat, vůbec, nebylo mi z toho úplně do smíchu.*“ Jinou odpovědi uvádí S4 „*Myslím, že ne, ve škole jsme se učili komunikaci, takže jsem byla docela připravená a setkala jsem se s několika hluchoslepými pacienty už dřív, takže jsem problém neměla.* A S6 „*Ne nestalo, na brigádě jsem byla v domově pro seniory a tam jsem se s takto postiženými klienty setkávala pořád.*“ A S3 uvádí: „*Stalo. A děje se mi to pořád, nejsem si jistá doteď, když s nimi komunikuju.*“

Dále jsme se doptávali, jaké byly reakce sester, když nevěděli jak komunikovat s takovýmto klientem. S1 uvádí: „*Když jsem poprvé komunikovala s takhle postiženým klientem necítila jsem se moc dobře, jak dobře víme slepí lidé neumí udržovat oční kontakt, tak mi to bylo nepříjemné, ale zachovala jsem klid a mluvila jsem s ním, jako s jiným pacientem.*“ S2 dodává: „*Když jsem komunikovala s pacientem poprvé, měla jsem z toho smíšené pocity, nevěděla jsem, jak se k němu mám chovat, jak s ním mám komunikovat. Myslím, že pacientovi to bylo nepříjemné, že jsem to nevěděla, ale časem jsem se to naučila, chce to praxi.*“ S tím souhlasí S5, která odpovídá: „*Byla jsem z toho zklamaná, protože jsem nevěděla, že si opravdu nebudu vědět rady, jak komunikovat s pacientem. A myslím, že i pacientovi to nebylo příjemné. Myslím, že to chce praxi.*“ S3 odpovídá: „*Reaguji pořád stejně, nejsem si jistá, jak s pacienty komunikovat ale snažím*

se zlepšit, chtěla bych se naučit spíš se s nimi nebát mluvit.“ Jinak odpověděli sestry S4 a S6. S4 říká: „Asi nijak, vždycky jsem věděla jak komunikovat, takže jsem byla akorát ráda, že to vím.“ A S6 dodává: „Normálně, setkala jsem se s klientem a vzhledem k tomu, že jsme se ve škole učili jak komunikovat a bylo mi to kladeno na srdce celou mojí kariéru v nemocnici i v domově pro seniory tak jsem věděla jak se k takovému klientovi chovat a jak s ním komunikovat.“

Kategorie 1.2: Setkání s hluchoslepým klientem

Schéma 1.2 Setkání s hluchoslepým klientem



Tato část výzkumu se zaměřuje výhradně na setkání s hluchoslepým klientem. Byla vytvořena za účelem hlubšího pojetí této problematiky, jelikož hluchoslepých klientů je v České republice sice malé množství, ale je důležité o těchto klientech vědět a vědět jak se k nim chovat a jak s nimi komunikovat.

První setkání s hluchoslepým klientem

V této části jsme se sešter ptali, zda by nám sdělili celý příběh prvního setkání a dojmů z tohoto setkání s klientem s duálním znevýhodněním zraku a sluchu. S1 uvádí: „*No poprvé to bylo už na škole, když jsem docházela na praxe, bylo to na oddělení následné péče, kde jsem praxi vykonávala a tady jsem se s tímhle pacientem setkala poprvé. Bylo to pro mě nezvyklé, protože jsem se s takovýmhle člověkem ještě nesetkala, ale zachovala jsem si chladnou hlavu a pán byl na mě velmi milý a domluvila jsem se s ním, myslím, že dobře.*“ S2 odpovídá: „*Poprvé to bylo, když jsem začala pracovat v nemocnici, byla jsem na oddělení a přijímali jsme pacientku, která byla částečně slepá a úplně hluchá, nevěděla jsem, jak se k ní mám chovat a jak s ní komunikovat. Bylo to pro mě docela složité, ale zachovala jsem klid a použila jsem papír a tužku, protože na pacientku se nedalo ani zvýšit hlas, protože vůbec neslyšela. Ale paní byla moc hodná a asi se s takovýmhle nejistým chováním nesetkala poprvé, ale bylo mi to dost nepříjemné, že nevím, jak s ní komunikovat. Pak jsem se začala zajímat více o tyto pacienty, protože mi přijde, že se o nich ve společnosti moc neví. A když člověk neví jak se k druhému má chovat tak to není příjemné ani pro jednu ze stran.*“ Podobnou zkušenost má S4: „*Když jsem se poprvé setkala s hluchoslepým klientem, bylo to ještě v době, kdy jsem byla*

v nemocnici jako brigádnice. S pacientem komunikovala sestra, která měla službu, ale nepřišlo mi, že komunikuje dobře. Vysloveně na pacienta řvala a podle mě nevěděla jak s ním komunikovat. Bylo vidět, že pacientovi to není úplně příjemné. Uvědomila jsem si, že já taková být nechci. Když jsem začala pracovat v nemocnici tak jsem se setkala s pacientkou, která byla spíše neslyšící, ale viděla také špatně, ke komunikaci jsem použila to, že jsem napsala na papír, co jsem chtěla a dala jí to přečíst. Myslím, že by se dalo i zvýšit hlas, ale nechtěla jsem na ní křičet, protože to taky není pro klienty příjemné, když na ně někdo křičí. Podobnou zkušenost má S5: „Poprvé to bylo, když jsem začala pracovat v nemocnici na oddělení. Nevěděla jsem, jak se k pacientovi mám chovat a ani jak s ním komunikovat. Neměla jsem z toho dobrý pocit, protože jsem nevěděla nebo spíš jsem nepočítala a tím, že se někdy dostanu do situace, ve které nebudu vědět, jak komunikovat s pacientem. Zvolala jsem si sestru, která mě v té době zaučovala, a zeptala jsem se jí jak mám pacientovi vysvětlit co má dělat a co se s ním bude dít. Jediné co tak jsem mu uklidila věci a ukázala mu pomocí jeho ruky, kam si může lehnout. Kolegyně přišla a pomocí zvýšeného hlasu se s ním domluvila, pán byl asi na zvýšený hlas zvyklý, nevypadal, že by mu nějak vadilo, že s ním takhle komunikuje, ale myslím si, že by mohla použít šetrnější komunikaci jako je například psaní tiskacích písmen do dlaně, ale to by bylo zase poměrně časově náročné.“ Dále sestra S3 odpovídá: „No, přijímali jsme pacientku, která byla slepá, ale slyšela docela dobře, přiměřeně věku, řekla bych, měla naslouchadlo. Při komunikaci s ní stačilo spíš více zvednout hlas, ale jinak asi žádná specifika nebyla, ale co mě zarazilo, bylo to, že se mi nekoukala do očí, to pro mě bylo neosobní a necítila jsem se dobře. Ale to je pro nevidomé typické, takže jí to nemůžu mít za zlé. Jinak na našem oddělení se setkávám s několika pacienty takhle postiženými, ale není jich mnoho.“ AS6 popisuje svůj příběh prvního setkání: „Poprvé to bylo za dob mé brigády v domově pro seniory, kde jsem vykonávala brigádu 4 roky. Komunikovala jsem s klienty s různým postižením, ale snad nejhorší komunikace byla právě s klienty hluchoslepými. Trvalo mi dlouho se naučit s nimi komunikovat. Nejhorší bylo, když jsem se bavila s klienty, kteří byli buď částečně, nebo úplně slepí, to pro mě bylo těžší než komunikace s neslyšícími klienty. Za dobu práce v nemocnici jsem se s tolika klienty nesečkala, ale když jsem se s nimi setkala tak už jsem věděla jak komunikovat tak aby to vyhovovalo oběma stranám a aby se ani jedna ze stran necítila špatně. Pro komunikaci jsem nejčastěji používala tiskací písmena do dlaně a také Lormovu abecedu, setkala jsem se s klienty, kteří jí uměly tak jsem byla

ráda, že jsem si jí mohla procvičit. Ale nejčastěji jsem používala, jak už jsem říkala napsání toho, co chci říct na papír.“

Možnosti překladatele znakové řeči ve zdravotnickém zařízení

V této části rozhovorů jsme se sester ptali, zda je v jejich zdravotnickém zařízení možnost překladatele znakové řeči, či znají někoho, kdo by znakovou řeč uměl. Odpovědi byly různorodé. S1 odpovídá: *„Ano, máme tady kontakt na pracovníka, který ovládá znakovou řeč, ale nedochází sem pravidelně a zatím jsme jeho služby nepotřebovali. Vždycky jsme se domluvili s pacienty, jak jsme potřebovali.“* Oproti tomu S2 odpovídá: *„Ne, nikdo tu není, ale myslím, že by tu někdo být měl, nebo alespoň kontakt, kdybychom si nevěděli rady. To je stejné jako s překladateli cizích jazyků.“* Podobnou odpověď uvádí S4: *„Ne, nikdo takový tu není, ale určitě by se hodil, je to specifický komunikační systém, který by bylo fajn umět.“* A S5 a S6 uvedly totožnou odpověď: *„Ne, nemáme, ale určitě by se hodil.“* Zajímavou odpověď uvedla S3: *„Ano, moje kolegyně umí znakovou řeč, ale nevyužívá ji při komunikaci.“*

Dále jsme se doptávali na preferenci poskytování služeb překladatele znakové řeči ve zdravotnickém zařízení. S1, S2, S4 a S5 uvedly podobné odpovědi. S1 uvádí: *„Myslím, že by se hodil, ale zase tolika pacientů, co by umělo znakovou řeč u nás taky nejsou tak ani nevím.“* S2 uvádí: *„To si myslím, že by bylo určitě dobré, nedovedu si představit, že přijde totálně hluchoslepý pacient a já s ním mám komunikovat.“* S4 odpovídá: *„Určitě, sice jsem se ještě nesečkala s klientem, u kterého bychom potřebovali znakovou řeč použít, ale překladatel se hodí vždycky.“* S5 odpovídá: *„Určitě, u nás na oddělení byla kolegyně, která uměla znakovou řeč, ale nyní tu už nepracuje, tak by se určitě někdo hodil.“* S3 uvedla: *„Určitě ano, ale moje kolegyně ovládá znakovou řeč, ale myslím, že by se hodila pomoc.“* A zajímavou odpověď uvedla S6: *„Rozhodně, toužila jsem po tom se ji naučit, ale neměla jsem na to čas, ale určitě by se v každé nemocnici hodil někdo takový.“*

Preference prohloubení si znalostí komunikace s hluchoslepými klienty

V této části rozhovoru jsme se zaměřovali na to, zda by se sestrám v jejich zdravotnickém zařízení hodila příručka či kurz prohloubení si znalostí o komunikaci s hluchoslepými klienty. Sestry S1, S2 a S5 se ve svých odpovědích shodovaly. S1 odpovídá: *„Určitě ano, protože obzvláště u nás na oddělení takovýchle pacientů přibývá*

a nedokážu si představit, že bych měla komunikovat s někým, kdo nevidí a neslyší, to by pro mě bylo asi nejhorší. Nějaký kurz by se taky určitě hodil, myslím, že by to nebylo na škodu.“ S2 dodává: „Hodila by se určitě.“ S5 říká: „Určitě, chtělo by to. Spíše u nás na oddělení nic takového není a myslím, že by se nějaká příručka hodila.“ S4 dodává: „Asi by se hodila. Vždycky se hodí vědět o téhle komunikaci více.“ Oproti tomu S6 odpovídá: „Já docela komunikovat umím, troufnu si říct, ale určitě by se pro spoustu kolegyně hodila.“ A velmi hezkou a zajímavou odpověď dodává S3: „To určitě, naučila bych se lépe komunikovat s pacienty, protože je to velmi důležité, koneckonců komunikace je základ dobré ošetrovatelské péče.“

Kategorie 1.3: Doporučení na závěr

Naše poslední otázka v rozhovoru byla, zda by se sestry chtěly ještě k tématu vyjádřit. Tuto kategorii zde uvádím, jelikož mě některé odpovědi velmi příjemně překvapily. Komunikace je základem kvalitní ošetrovatelské péče o jakéhokoli klienta a je velmi důležité se jí dostatečně věnovat. Nelze na pacienty pohlížet jako na číslo vyvolané sestrou z ordinace, ale měli bychom uplatňovat individuální a holistický přístup ke každému z nich bez ohledu na jejich znevýhodnění.

Sestry S1, S3, S4, S5 a S6 se na svých odpovědích téměř shodují. S1 uvádí: „*Asi ne, jen chci říct, že komunikace je podle mého velmi důležitá část péče o pacienty a je důležité jí umět využít, obzvláště u pacientů, u kterých je to potřeba.*“ S3 uvádí: „*Nic mě nenapadá, akorát chci říct, že mi přijde moc důležité umět komunikovat a hlavně se toho nebát.*“ S4 odpovídá: „*Nic mě nenapadá. Komunikace je prostě základ péče o pacienta, takže je dobré umět komunikovat se všemi.*“ S5 odpovídá: „*Akorát to, že si myslím, že komunikace je velmi důležitá a nezbytná pro kvalitní ošetrovatelskou péči o klienta.*“ A S6 uvádí: „*Už asi ne, jenom, že komunikace s takto postiženými klienty není sranda komunikovat a chce to cvik a hlavně zájem o to se tuhle komunikaci naučit.*“ S2 uvedla: „*Asi ne, děkuji.*“

Kategorie 2: Charakteristika výzkumného souboru B

Tabulka 2 Charakteristika výzkumného souboru B

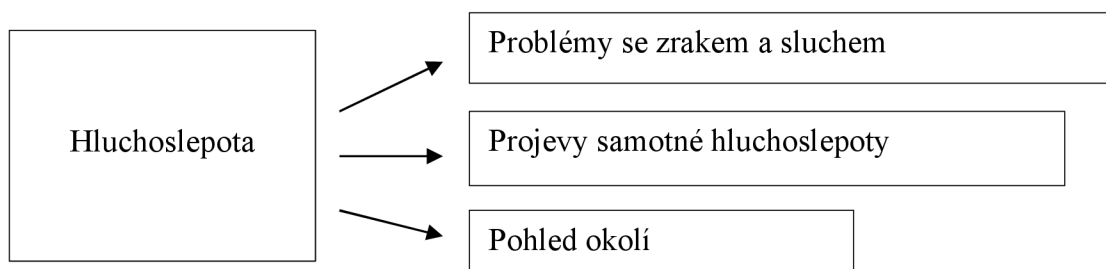
V úvodu rozhovoru s klienty jsme se zaměřovali na jejich věk a pohlaví.

RESPONDENT	VĚK	POHLAVÍ
R 1	75 let	muž
R 2	52 let	muž
R 3	82 let	muž
R 4	65 let	žena
R 5	48 let	Žena

(zdroj: vlastní výzkum)

Kategorie 2.1: Vnímání vlastní hluchoslepoty

Schéma 2.1 Hluchoslepota



V první části rozhovorů jsme se ptali klientů spíše na obecné informace, jako je kdy začali pociťovat první problémy se zrakem a sluchem, dále jsme se ptali na obecné projevy hluchoslepoty a v neposlední řadě na pohled okolí na jejich počínající znevýhodnění.

Problémy se zrakem a sluchem

V této části rozhovoru se odpovědi klientů úplně liší. R1 odpovídá: „*Už v dětství, tak v 5 třídě jsem začal mít problémy se zrakem a problémy se sluchem se začaly postupně přidávat.*“ R2 odpovídá: „*Tak ve 20ti letech se sluchem později se zrakem.*“ R3 odpovídá: „*Se zrakem od malička, brýle nosím od 2 třídy myslím a se sluchem to už si ani nepamatuju, myslím, že tak ve 30 letech.*“ R4 dodává: „*Se zrakem od 10 let a se sluchem tak od 20ti let.*“ A R5 odpovídá: „*Se zrakem mám problémy od dětství, už jako malá jsem nosila brýle a nosím je pořád, nyní mám 13 dioptrií na pravém oku a 18 dioptrií na levém oku. Se sluchem jsem začala mít problém od 15ti let.*“

Projevy samotné hluchoslepoty

V této části otázek jsme se ptali na konkrétní projevy hluchoslepoty. Odpovědi byly také u všech klientů odlišné. R1 odpovídá: „*Nejdříve jsem měl problémy se zrakem, který se postupně horšil, nepřipadalo mi to jako problém, ale když se začaly projevovat i problémy se sluchem, tak už jsem z toho neměl dobrý pocit, protože jsem si říkal, že v tomhle věku snad problémy se sluchem ani být nemůžou, bylo to 2 rokem na střední.*“ R2 odpovídá: „*Ve 20ti letech jsem začal mít problémy se sluchem, pak se přidaly i problémy se zrakem, zrak mám relativně dobrý, ale sluch ne, mám voperovaný*

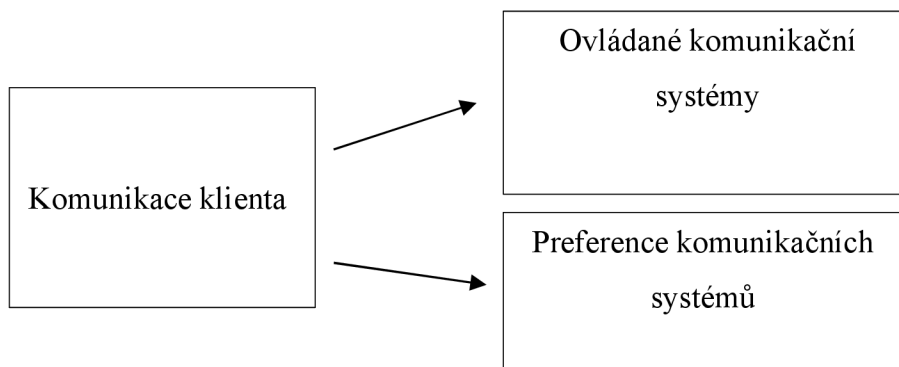
kochleární implantát a stejně na mě musejí lidé mluvit nahlas. Doktor říkal, že se to bude ještě zhoršovat.“ R3 odpovídá: „Ve 2 třídě jsem začal nosit brýle a v těch 30 letech jsem začal mít problémy se sluchem, tak jsem dostal naslouchadlo, mám ho do dnes a slyším na něj docela dobře, ale stejně, když semnou někdo mluví, musí zvýšit hlas a mluvit mi spíš do pravého ucha, protože na to druhé slyším špatně. Mám 20 dioptrií na pravém oku a 15 na levém, když si brýle sundám tak nevidím skoro vůbec nic, s brýlemi je to lepší, ale v 80 letech nemůžu chtít zázraky.“ R4 dodává: „Kolem 20tého roku jsem začala pocítovat problémy se sluchem, když jsem byla na vysoké škole, myslela jsem, že je to normální, ale časem mi začaly zaléhat uši a přestávala jsem na chvíli slyšet na jedno ucho, častěji to bylo na pravé. Později jsem měla problémy větší a tak jsem šla k doktorovi. Tam mi bylo řečeno, že mám vrozenou vadu sluchu a tak jsem asi do 30ti let měla sluchadlo jen na pravé ucho a potom už jsem sluchadlo potřebovala i na levé. Zatím mi sluchadla stačí a slyším na ně docela dobře. Se zrakem mám problémy tak od 10ti let ale to mi nevadí, na brýle jsem zvyklá a nosila jsem za mlada i kontaktní čočky, ale ty už teď nevyhledávám, brýle jsou mi příjemnější.“ A R5 odpovídá: „Od malička jsem nosila brýle, takže ty jsem nějak nevnímala, jsem na ně zvyklá, prakticky jsem s nimi vyrůstala, takže jsem ani nevnímala, že je na sobě mám, ale sluch se mi začal horšit kolem 15 roku. Myslela jsem si, že je to vlivem hormonů, ale nebylo, doktor mi přišel na vadu sluchu, která se nedá vyléčit, takže od 18 let nosím naslouchadlo na levé ucho a na pravé ucho také začínám slyšet hůře, takže si myslím, že bude potřeba naslouchadlo i sem.“

V další části otázek jsem se ptali na pohled okolí na klienty a jestli vnímali jiný přístup okolí k nim. Odpovědi všech klientů byly téměř stejné a velmi mile mě překvapily. R1 odpovídá: „No asi stejně jako na každého člověka. Nepřipadalo mi, že by semnou měli nějaký problém.“ R2 odpovídá: „Stejně, jako na ostatní, akorát dost lidí se ptalo co to mám na hlavě, protože kochleární implantát neznali, ale jinak myslím že na mě pohlíželi jako na normálního člověka.“ R3 odpovídá: „Stejně jako na normálního člověka, pamatuju si, že když jsem byl ve škole tak jsem ty brýle moc nenosil, protože se mi nelíbily. Ale nikdy jsem neměl ve společnosti problém.“ R4 dodává: „Žádné problémy ve společnosti jsem neměla a všichni semnou komunikovali dobře. Ptali se mě třeba moji kamarádi proč mám naslouchadlo, ale jinak jsem žádné problémy neměla.“ A R5 odpovídá: „Asi normálně, jako na každého jiného, nevšimla jsem si nějakého základního rozdílu přehlížení nebo nějakého přehnaného zájmu o to mi pomáhat.“

Myslím, že se chovali všichni tak jak se normálně chovají, samozřejmě bylo pár otázek na to proč mám v tak mladém věku naslouchadlo, ale s tím jsem počítala. S brýlemi mě všichni znali, takže mě to nějak nerozhodilo.“

Kategorie 2.2: Komunikace klienta

Schéma 2.2 Komunikace klienta



V druhé části rozhovorů jsme se ptali klientů na jejich komunikaci. Ptali jsme se na komunikační systémy ovládané klientem a také na komunikační systémy, které klienti preferují při komunikaci okolí s nimi.

Ovládané komunikační systémy

V této části jsme se ptali na ovládané komunikační systémy klientem při komunikaci. Odpovědi byly velmi podobné, jako odpovědi na předešlou otázku. R1 odpovídá: „*Jak už jsem říkal před chvílí, umím znakovou řeč, ale neznám moc lidí co by jí umělo, dále používám prstovou abecedu a tiskací písmena do dlaně, ale nějaký specifický přístup v komunikaci nepotřebuji.*“ S touto odpovědí se téměř shoduje R2: „*Učím se znakovou řeč, protože si myslím, že jí budu potřebovat, ale jinak ovládám prstovou abecedu a i tiskací písmena do dlaně.*“ Podobnou odpověď uvádí R5: „*Zatím ovládám trochu znakovou řeč, ale je to složité, jinak tiskací písmena do dlaně, ale jak říkám, zatím není potřeba nic takového ke komunikaci.*“ Zajímavou odpověď uvádí R4: „*Ovládám to, co jsem říkala před tím, ráda bych se naučila znakovou řeč, ale myslím si, že bych zvládla i odezírat. Ale zatím žádné specifické komunikační systémy nepotřebuji.*“ A R3 odpovídá velmi krátce: „*Žádné, nepotřebuji je.*“

Dále jsme se ptali na to, zda klienti používají nějaké komunikační systémy ke komunikaci s okolním prostředím. Odpovědi klientů se příliš nelišily. R1 udává zajímavou odpověď: „*Ano, umím znakovou řeč, ale tu moc lidí neovládá, ale úplně specifický přístup v komunikaci ještě nepotřebuji, nosím naslouchátko, takže s ním slyším lépe, ale stejně na mě musejí doma i jinde když semnou mluví zvýšit trochu hlas abych slyšel, se zrakem je to horší, potřebuji vzít za ruku a ukázat kde co mám, abych se*

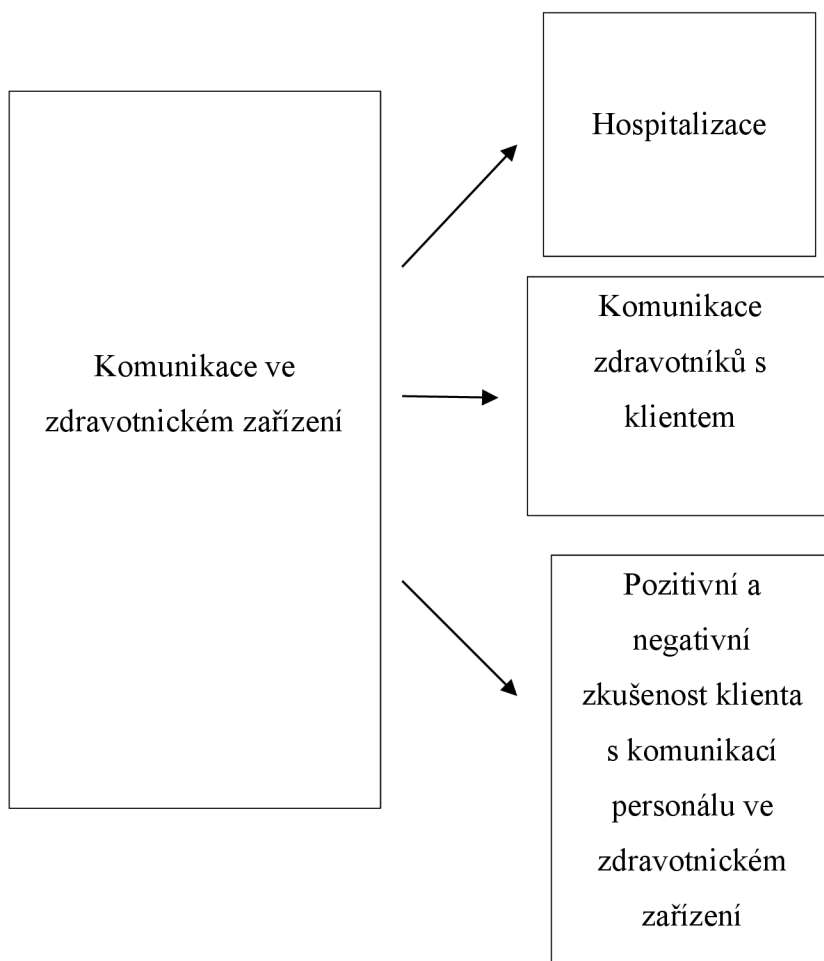
orientoval. “ Podobnou odpověď uvádí R5: „Učím se znakovou řeč, docházím 1 týdně na kurz a dcera se učí znakovou řeč také. Ale z dalších systémů nepoužívám zatím nic, zatím není třeba, ale myslím si, že se budu muset začít orientovat i v jiných systémech, kdybych je časem potřebovala. “ Velmi stroze odpovídají R2: „Žádné, stačí, když na mě lidé co semnou mluví zvýší hlas, ale nevím jak to bude časem. “ A R3: „ Ne, nemusím nic používat, stačí, když na mě někdo zvýší hlas a mluví mi do pravého ucha, na levé slyším hůř. “ A zajímavou odpověď udává R4: „ Komunikační systémy jako je prstová abeceda nebo tiskací písmena do dlaně ovládám, ale zatím nepotřebuji nic takového k tomu, abych mohla s druhými komunikovat. “

Preference komunikačních systémů

V této části jsme se zaměřovali na preferované komunikační systémy klienta používané při komunikaci s ním. Odpovědi klientů byly různorodé. R1 uvádí: *„Je mi to jedno co kdo používá, hlavně když tomu rozumím. “* R2 odpovídá: *„Asi tiskací písmena do dlaně, nemám moc rád, když na mě někdo zvyšuje hlas“* R4 uvádí: *„Nejpříjemnější je mi klasická komunikace. Ale když bych přišla o sluch úplně bylo by nejlepší naučit se znakovou řeč a umět jí ovládat, vždy se mi tento způsob komunikace líbil. “* Podobnou odpověď uvádí R5: *„Ani nevím, zatím komunikuji normálně, ale časem si myslím, když se naučím znakovou řeč tak asi ta, ale v naší společnosti je problém, že jí ovládá málo lidí. “* A zajímavou odpověď uvádí R3: *„Systémy nevím, ale je mi příjemné když semnou lidé mluví jako s normálním člověkem. Stačí když semnou mluví slušně a hned je to lepší. “*

Kategorie 2.3: Komunikace ve zdravotnickém zařízení

Schéma 2.3 Komunikace ve zdravotnickém zařízení



V poslední části rozhovoru jsme se zaměřovali na hospitalizace klienta, zda byl někdy hospitalizovaný, či pobýval ve zdravotnickém zařízení, dále jsme se zaměřovali na komunikaci personálu ve zmíněném zařízení s ním a v neposlední řadě i na pozitivní, ale i negativní zkušenosti klientů s komunikací personálu ve zdravotnickém zařízení.

Hospitalizace

V této otázce jsme se klientů ptali na hospitalizaci, či pobyt ve zdravotnickém zařízení. Odpovědi klientů se příliš nelišily, jelikož každý člověk již ve zdravotnickém zařízení někdy byl, ať už byl hospitalizovaný v nemocnici, či dochází na pravidelné kontroly k lékaři. R1 uvádí: „Ano, byl jsem v nemocnici před půl rokem. Byl jsem na oddělení následné péče 3 týdny.“ R2 odpovídá: „Ano, byl jsem hospitalizovaný ale ne mockrát.“

Jinak docházím na pravidelné kontroly k lékaři.“ R3 dodává: „Ano, byl jsem v nemocnici minulý týden mě pustili. Byl jsem tam 2 týdny.“ R4 odpovídá: „Ano byla jsem na operaci se žlučníkem. Bylo to před 3 roky. A R5 dodává: „Byla jsem v nemocnici akorát při porodu dcery, jinak jsem v nemocnici nebyla. Samozřejmě docházím na kontroly k praktickému lékaři, k zubaři a oční a ušní.“

Komunikace zdravotníků s klientem

V této části jsme se ptali na komunikaci zdravotníků s klientem. Ptali jsme se na to, jak s ním komunikovali a zda zdravotníci využívali nějaké specifické komunikační systémy při komunikaci s klientem. Na otázku jak s klienty komunikovali, odpovídali klienti skoro stejně. R1 odpovídá: *„Dobře, věděli, že nevidím, tak semnou komunikovali dobře.“* R2 odpovídá: *„Moc dobře, když jsem byl hospitalizovaný, tak si sestra vzala papír a tužku a psala mi všechno na papír. Byl jsem spokojený.“* R3 odpovídá: *„Dobře, byly na mě hodní. Sestry byly moc příjemné a mluvily semnou dobře. Akorát jsem jim řekl, aby mi, když semnou mluví, křičely do pravého ucha, jinak mám brýle pořád tak jsem se po pokoji orientoval dobře. Nemůžu si stěžovat.“* R4 odpovídá: *„Moc dobře, byly ke mně velmi hodní a uctiví. Chovali a komunikovali semnou příjemně a byly na mě milí.“* A R5 dodává: *„Dobře, v té době jsem ještě neměla tak velký problém se sluchem ale komunikace sester byla výborná.“*

Dále na otázku zda zdravotníci využívali nějaké komunikační systémy při komunikaci s klientem se odpovědi klientů také příliš nelišily. R1 odpovídá: *„Ne, já jsem jim řekl, že mi musejí ukázat kde co je, abych si na to mohl sáhnout a měl věci někde při ruce, ale jinak nic nepoužívali.“* Krátce odpovídá R2: *„Ne jenom to co jsem uvedl.“* R5 dodává: *„V nemocnici ne, tam nebyly potřeba. A jinde taky ne, protože jak říkám, ještě není potřeba nějak specificky komunikovat, ale myslím si, že časem určitě nějaký specifický způsob komunikace bude za potřebí, ale myslím si, že snad nebude mít nikdo problém.“* Zajímavou odpověď uvádí R4: *„Ne, nemusely, ale vedle mě ležela paní, která měla stejný nebo podobný problém jako já a ta neslyšela skoro vůbec tak jsem sledovala spíš jejich komunikaci s ní a používali velmi často to, že napsali, co potřebovali na papír a daly to paní přečíst. Zkoušely na ní i znakovou řeč, ale tu paní asi neuměla. Já jsem s paní moc nekomunikovala, protože se asi ani semnou bavit nechtěla.“* A R3 odpovídá: *„Jednou na mě zkoušely tiskací písmena do dlaně, ale to já moc neovládám, takže jsem jim řekl ať to nepoužívají, že to neumím. Tak jenom zvýšili hlas.“*

Pozitivní a negativní zkušenost klienta s komunikací personálu ve zdravotnickém zařízení

V poslední části otázek jsme se zaměřovali na pozitivní, ale i negativní zkušenosti klientů s komunikací s nimi ve zdravotnickém zařízení. Odpovědi se příliš nelišili a převažovaly spíše s pozitivními zkušenostmi klientů. R1 na negativní zkušenost odpovídá: „*Ne, já jsem v nemocnici moc nebyl. Když semnou komunikovali sestry nebo doktoři, tak semnou komunikovali dobře, nemůžu si na ně stěžovat.*“ A na pozitivní zkušenost: „*Určitě, hodně. Sestry v nemocnici jsou moc hodné a doktoři také. Vysvětlují mi všechno co potřebuju srozumitelně, takže mám samé pozitivní zkušenosti.*“ R2 na pozitivní zkušenost uvádí: „*Ano, v nemocnici byly sestry moc hodné a ptaly se i na to jestli mi nevadí, když mi budou psát na papír to, co mi chtějí sdělit. S přístupem a komunikací sester v nemocnici jsem byl spokojený.*“ A na negativní zkušenost: „*Ano, nemám rád, když na mě někdo zvyšuje hlas a sestra u mého doktora kam chodím na kontroly to dělá pořád, ale chápu, že je to nejjednodušší způsob.*“ R3 na pozitivní zkušenosti odpovídá: „*Mám jich hodně, vždycky se sestry chovaly dobře a mluvili semnou stejně jako s jinými pacienty a připadal jsem si dobře.*“ A na negativní zkušenost: „*Nemám, vždycky když jsem byl v nemocnici tak se ke mně chovaly sestry i doktoři moc dobře a s úctou.*“ R4 na pozitivní zkušenost odpovídá: „*Ano, to co jsem řekla před chvílí, byla jsem všude velmi spokojená s komunikací. Myslím si, že komunikace je základ dobrého vztahu mezi sestrou a pacientem.*“ A na negativní zkušenost: „*Ne, zatím nemám, všude jsem byla s komunikací velmi spokojená, je vidět, že zdravotníci mají praxi i v komunikaci, jelikož jsem se nikde nesečkala s tak dobrou komunikací jako v nemocnici nebo u praktického lékaře nebo u lékaře ke kterému chodím na kontroly.*“ A R5 na pozitivní zkušenost odpovídá: „*Určitě, mám mnoho zkušeností s komunikací a velmi dobrou komunikací, když jsem nevěděla co se děje tak mi bylo vše srozumitelně vysvětleno, takže mám mnoho dobrých zkušeností s komunikací zdravotnického personálu.*“ A na negativní zkušenost: „*Moc jich není. Akorát se mi jednou stalo, že jsem přišla na kontrolu k jinému obvodnímu lékaři, protože ten můj měl dovolenou a sestra mě vzala do ordinace a řekla tamhle si odložte věci. Bylo to zvláštní, jelikož špatně vidím tak jsem nevěděla, co znamená tamhle, takže to mi bylo nepříjemné.*“

5 Diskuze

Cílem této práce bylo zmapovat, jak zdravotnický personál komunikuje s pacientem s kombinovaným znevýhodněním zraku a sluchu a zjistit, jak kombinované znevýhodnění zraku a sluchu ovlivňuje komunikaci klienta s vnějším prostředím. Pro každý cíl byly vytvořeny 2 výzkumné otázky. Z výsledků našeho výzkumu vyplývá, že sestry v klinické praxi pro komunikaci s hluchoslepy klienty nejčastěji používají zvyšování hlasu, psaní sdělovaných potřeb na papír, tiskací písmena do dlaně a ojediněle znakovou řeč.

Způsob používání zvyšování tónu hlasu byl sestrami uváděn jako nejčastější způsob komunikace. V období od října 2015 do září 2016 byl ve Švédsku prováděn výzkum za účelem komunikace sester s pacienty a využívání intonace hlasu. Bylo zjištěno, že sestry pro komunikaci s pacienty využívají 4 různé typy hlasu a to lékařský, ošetrovatelský, pedagogický a mocný. Posledně zmiňovaný hlas je v této studii popsán, jako distancující a vyučující. Přepínání mezi těmito hlasy znamená posun v orientaci nebo situaci. Bylo zjištěno, že sestry využívají tyto hlasy a úspěšně je kombinují a vyhýbají se mocnému hlasu, který by se dal charakterizovat jako nepříznivý pro komunikaci (Paramasivamet al, 2021). Podle mých zkušeností se ve zdravotnickém zařízení uplatňuje při komunikaci nejvíce, avšak musím dodat, že tento způsob komunikace není pro všechny klienty pohodlný. Jak je napsáno v doporučeních pro komunikaci s hluchoslepu osobou na internetových stránkách společnosti LORM: „*Používá-li hluchoslepa osoba ke komunikaci mluvené slovo, hovořte vždy s přirozenou intonací, neslabikujte. Vyslovujte pomalu a zřetelně, nezvyšujte hlas.*“ Společnost pro hluchoslepy LORM uvádí, že pro komunikaci s hluchoslepým je velmi důležité vybrat si nehlukné, tiché prostředí, kde byste při komunikaci nebyli rušeni. Dále sestry uvádějí, že používají metodu tiskacích písmen do dlaně. Tuto metodu uvádí i Souralová (2002), která dodává, že takovou formu komunikace využívají hluchoslepy osoby, které ztratily zrak a sluch v pozdějším věku. Další formou komunikace využívanou sestrami je znaková řeč. Tato forma komunikace v dnešní době moc využívaná není, jelikož jí moc lidí neovládá. Ludíková (et al. 2007) uvádí, že se tento způsob komunikace uplatňuje spíše u osob, u kterých došlo ke ztrátě sluchu před dokončením řečového vývoje. Souralová (2002) dodává, že je tento způsob komunikace vhodný spíše u osob, které mají zachovalé zbytky zraku. Dalším systémem, který sestry při komunikaci s hluchoslepy uvádějí, je psaní sdělení na papír. Toto tvrzení podporuje i Ptáček

(Bartůněk, 2011), ale zároveň dodává, že při této formě komunikace je vhodné využívat tmavých fixů se silnou stopou na bílém papíru. Vzniká tím silný kontrast, dále je vhodné psát spíše velkým tiskacím písmem.

Důležitou součástí práce sester je možnost využití kurzů bazální stimulace, které jsou využívány spíše v komunikaci s pacientem v bezvědomí. U studentů navštěvujících tyto formy kurzů mohou být vzbuzovány pocity, že technika je aplikovatelná pouze v uváděných případech. Prvky bazální stimulace jsou zaměřovány výhradně na formy doteků pacienta, které jsou pro komunikaci s hluchoslepými klienty důležité. Plevová (2018) dodává, že okolní svět hluchoslepí poznávají a vnímají podle vůní, dotyků apod. Yoost (2016) poukazuje na to, že hluchoslepé osoby využívají při komunikaci hlavně hmat bez ohledu na to, že mají nějaké zbytky jednotlivých smyslů, proto jsou hluchoslepí velmi citliví na doteky.

Důležité je při komunikaci s hluchoslepým si uvědomit, kdy došlo k poškození zraku a sluchu, na což neupozornila při rozhovoru žádná z dotazovaných sester. S tím souhlasí i Vytečková (2011), která uvádí, že je vhodné si před komunikací zjistit, v jaké míře má člověk zchovalé zbytky zraku a sluchu a podle toho volit vhodný komunikační prostředek. Stejný názor má i Ludvíková (2001), která ve své publikaci uvádí, že při výběru vhodného komunikačního systému přihlížíme k šíři znevýhodnění zraku a sluchu u hluchoslepé osoby a bereme ohled i na dobu, kdy k poškození došlo. Stejně tak Hlaváčová (2007), která uvádí, že před zahájením komunikace s hluchoslepým je důležité si uvědomit, jak moc má klient oba smysly znevýhodněné a přizpůsobit tak komunikaci.

Dále jsme se ve výzkumu naší práce zabývali problematikou toho, co sestřím při komunikaci s klienty chybí a jaké dovednosti postrádají. Mně, jako studentce, nepřísluší soudit znalosti a dovednosti sester, ale chci upozornit na to, že sestry při komunikaci s hluchoslepými využívají převážně metodu zvyšování hlasu. Jak již uvádím na začátku, tato forma komunikace není vhodná zvláště pro komunikaci s hluchoslepu osobou. Klienti, kterých jsme se při rozhovorech ptali na otázku negativní zkušenosti s personálem v nemocnici či jiném zdravotnickém zařízení, odpovídali velice podobně jako respondent 2, jehož odpověď byla: „*Ano, nemám rád, když na mě někdo zvyšuje hlas a sestra u mého doktora kam chodím na kontroly to dělá pořád, ale chápu, že je to nejjednodušší způsob.*“ Na co sestry při rozhovorech nepoukázaly, je důležitost nácvičku

orientace v prostoru, který je pro hluchoslepého klíčový, jelikož hluchoslepí se orientují spíše pomocí hmatu. S tímto souhlasí i Ptáček (Bartůněk, 2011), který poukazuje na nezbytnost nácviku orientace v prostoru především v případech, kdy je hluchoslepý hospitalizován. V místnosti je třeba vždy stanovit výchozí bod, od kterého se pak vysvětluje rozestavení předmětů ve všech směrech a pohyb po místnosti, popřípadě po chodbě. Stejný názor má i Linhartová (2007), která dodává, že je vždy třeba si ověřit, zda se pacient v pokoji vyzná. Yoost (2016) uvádí, že pro komunikaci s hluchoslepými osobami není možné stanovit jeden návod. Vždy je třeba zvážit individualitu pacienta a stupeň jeho postižení. Ptáček (Bartůněk, 2011) dodává, že umění komunikace se smyslově postiženým pacientem zahrnuje řadu konkrétních postupů s různou efektivitou a dopadem na celkový proces léčby. Je tedy nutné komunikaci rozvíjet na profesionální úrovni.

Dalším problémem, kterým jsme se v našem výzkumu zabývali, byla otázka komunikačních systémů, které preferuje hluchoslepá osoba při komunikaci s ní. Odpovědi byly velice různorodé už z toho pohledu, že každý člověk je jedinečný a každému vyhovuje jiný způsob komunikace. Většina klientů, kteří mají znevýhodněný jeden smysl úplně a druhý pouze částečně, může ke komunikaci využívat mluvené slovo, psanou formu komunikace, či může slyšet, co jim chce člověk říci. Jinou volbu komunikace upřednostňují klienti s totální ztrátou obou smyslů. Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, je důležité brát ohledy na to, kdy k danému znevýhodnění došlo a zvolit tak vhodnou komunikaci. Od toho se také odvíjely odpovědi klientů. Ludíková (2000) upozorňuje na to, že obtíže v komunikaci hluchoslepého bývají způsobeny nedostatkem vnějších podnětů z okolního světa a informací o něm. To následně ovlivňuje vývoj osobnosti po stránce emocionální, intelektuální i sociální.

Nejčastěji se opakujícími odpověďmi bylo využívání tiskacích písmen do dlaně, psaná forma komunikace, či obyčejná mluvená forma. Štěrbová (2006) uvádí způsob využití mluvené řeči jako velmi rozšířený způsob komunikace osob s hluchoslepotou. Schopnost využívání tohoto způsobu komunikace je určen jak stupněm duálního smyslového znevýhodnění tak dobou, kdy k tomuto znevýhodnění došlo. Vytejková (2011) dodává, že při prvním kontaktu s takto znevýhodněným člověkem je dobré zjistit, zda osoba používá mluvenou formu komunikace či nikoli. Mluvená řeč může být specifická i pro klienty využívající méně známou formu komunikace a tou je tadoma. Souralová (2000) zmiňuje tuto formu komunikace, jelikož se jedná o vibrační metodu

založenou na vnímání mluvené řeči pomocí odhmatávání vibrací hlasivek, pohybů dolní čelisti, rtů a tváří mluvčího. Tento způsob komunikace však žádný z dotazovaných klientů nevedl.

Využívání formy tiskacích písmen do dlaně, byla forma preferovaná i sestrami, které s klienty komunikují. Nutno však dodat, že tento způsob komunikace také není aplikovatelný na každého hluchoslepého klienta. Hlaváčová (2003) uvádí, že tuto formu komunikace nejčastěji využívají hluchoslepí, kteří ztratili zrak i sluch ve vyšším věku a je pro ně náročné osvojit si jinou formu komunikace.

Nutno dodat, že kombinované znevýhodnění zraku a sluchu patří k nejzávažnějším znevýhodněním vůbec. Jak již bylo zmíněno v teoretické části této práce, hluchoslepý jedinec nemusí mít ztrátu obou smyslů. V některých případech se jedná o závažné znevýhodnění pouze jednoho smyslového orgánu a postupné zhoršování funkce orgánu druhého, což významně ovlivňuje jeho komunikaci s okolním prostředím.

Z hlediska výzkumné otázky *„Jak ovlivňuje kombinované znevýhodnění zraku a sluchu možnost komunikace klienta s okolním prostředím?“* dotazovaní klienti nepoukazují v rozhovorech na znevýhodnění, či problém v oblasti zhoršení kvality komunikace s okolním prostředím, ani na nějakou změnu chování okolí k nim. Uvádějí spíše pozitivní reakce na chování okolního prostředí. Velmi důležitou součástí komunikace s okolním prostředím je možnost využívání kompenzačních pomůcek. Ptáček (Bartůněk, 2011, s. 297) ve své publikaci uvádí že: „Neslyšící mají k dispozici komunikační a kompenzační pomůcky - psací telefony, uzpůsobené mobilní telefony, faxy, počítače, telefonní přístroje se zesíleným zvukem, světelnou signalizací a s indukční smyčkou, světelnou a vibrační signalizací, světelné a vibrační budíky, sluchadla nejrůznějších typů a kvality“. Tyto prostředky zlepšují komunikaci s okolním prostředím a tak usnadňují takto znevýhodněným lidem orientaci v okolí.

6 Závěr

Bakalářská práce Pacient s kombinovaným znevýhodněním zraku a sluchu v ošetrovatelské praxi byla zaměřena primárně na komunikaci a přístup k pacientovi s hluchoslepotou. Toto téma je v naší společnosti, ale i ve zdravotnictví, velmi málo probíráno, takže jsme zde chtěli zachytit podstatu a důležitost věnování se tomuto tématu.

Povědomí o hluchoslepotě je ve zdravotnickém zařízení velmi opomíjeno a neprobíráno. Proto je z výsledků našeho výzkumu patrné, že sestry se spíše takovéto komunikace bojí, než že by jí neovládaly. Dotazované sestry v rozhovorech uváděly mnoho vlastních zkušeností i prvních dojmů ze setkání s hluchoslepým klientem, ale uváděly i strach z komunikace s nimi. Dotazovaní klienti naopak uváděli mnoho pozitivních zkušeností a mnoho zkušeností s dobrou komunikací sester ve zdravotnickém zařízení.

Na podkladě této bakalářské práce byla vytvořena brožura, která byla doplněna krátkým videem, kde je zmapována situace klienta přicházejícího do ordinace za účelem obvázání zraněné ruky. Hlavní je zde komunikace klienta se sestrou. Video bylo rozděleno na 2 části. První část se zaměřuje na dobrou komunikaci a správné chování ke klientovi. Druhá část pak ukazuje na pravý opak.

7 Seznamliteratury

1. BUBENÍČKOVÁ, H., KARÁSEK, P., PAVLÍČEK, R., 2012. *Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením*. 1. Brno. 136 s. ISBN 978-80-260-1538-3.
2. EDELSBERGER, L., 2000. *Defektologický slovník*. 3. Praha: H & H, 418 s. ISBN 80-86022-76-5.
3. FINKOVÁ, D., RŮŽIČKOVÁ, V., 2007. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. Olomouc : Pedagogická fakulta Univerzity Palackého, 159 s. ISBN 978-80-244-1857-5.
4. HLAVÁČOVÁ, J., 2003. *Hluchoslepí mezi námi*. Praha :o.s. LORM – Společnost pro hluchoslepé, 24 s. ISBN 978-80-254-1411-8.
5. HLAVÁČOVÁ, J., 2007. *Hluchoslepí mezi námi (informační příručka a CD-ROM)*. Praha :o.s. LORM – Společnost pro hluchoslepé, 24 s.
6. JARNÍKOVÁ, J., 2005. *Eliška: příběh hluchoslepé holčičky*. Praha: Společnost pro ranou péči, 44 s. ISBN 80-239-6206-X.
7. LEJSKA, M., HAVLÍK, R., 2019. *Základy praktické audiologie a audiometrie*. 2., rozšířené. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 174 s. ISBN 978-80-7013-599-0.
8. LINHARTOVÁ, V., 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada, 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
9. LUDÍKOVÁ, L., 2001. *Edukace hluchoslepeho dítěte raného věku*. Olomouc : Pedagogická fakulta Univerzity Palackého, 94 s. ISBN 80-244-0250-5.
10. LUDÍKOVÁ, L., 2001. *Vzdělávání hluchoslepých II*. Praha: Scienta, 80 s. ISBN 80-7183-256-1.
11. LUDÍKOVÁ, L., 2008. *Vzdělávání hluchoslepých III*. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci., 48 s. ISBN 978-80-244-1935-0.

12. LUDÍKOVÁ, L., 2005. *Kombinované vady*. Olomouc : Univerzita Palackého, 140 s. ISBN 80-244-1154-7.
13. LUDÍKOVÁ, L., RŮŽIČKOVÁ, V., FINKOVÁ, D., 2007. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. Olomouc : Pedagogická fakulta Univerzity Palackého, 159 s. ISBN 80-244-0250-5.
14. MACHOVIČOVÁ, M., *Kultura hluchoslepých aneb každý je něčím vyjí mečný*. 2008. Praha 9: Klub přátel červenobílé hole, 77 s. ISBN 978-80-254-3190-0.
15. MAJEWSKI, T. *Charakteristika hluchoslepých osob a jejich hlavní problémy*. In KOWALIK, S.; BAŇKA, A. *Perspektivy rehabilitace hluchoslepých*. 1. vydání. Praha : Wagner Press, 2000, 133 s. ISBN 80-903019-0-8.
16. MICHÁLEK, M., VOJTÍŠEK, P., VONDRÁČKOVÁ, J., 2010. *Váš nevidomý pacient*. Praha: Okamžik – sdružení pro podporu nejen nevidomých, 59 s. ISBN 978-80-86932-26-2.
17. MLÝNKOVÁ, J., 2010. *Pečovatelství 2. díl: Učebnice pro obor sociální péče-pečovatelská činnost*. Praha: Grada, 324 s. ISBN ISBN 978-80-247-3185-8.
18. NAŇKA, O., ELIŠKOVÁ, M., 2019. *Přehled anatomie*. 4. vydání. Praha: Galén, 416 s. ISBN 978-80-7492-450-7.
19. OPAŘILOVÁ, D., 2005. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Masarykova univerzita, 146 s. ISBN 80-210-3819-5.
20. PLEVOVÁ, I. a kol., 2018. 2., přepracované a doplněné vydání. Grada, 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.
21. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
22. RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L., 2004. *Speciální pedagogika*. 2. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 313 s. ISBN 80-244-0873-2.
23. SOURALOVÁ, E., 2002. *Čtení neslyšících*. Olomouc : Pedagogická fakulta Univerzity Palackého, 74 s. ISBN 80-244-0433-8.

24. SOURALOVÁ, E., 2000. *Vzdělávání hluchoslepých II*. 2. vydání. Praha: Scientia, 78 s. ISBN 80-7183-226-X.
25. SOURALOVÁ, E., LANGER, J., 2005. *Surdopedie*. Olomouc : Pedagogická fakulta Univerzity Palackého, 46 s. ISBN 80-244-1084-2.
26. SOURALOVÁ, E., LANGER, J., 2013. *Výchova a vzdělávání osob se sluchovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 113 s. ISBN 978-80-244-3701-9.
27. SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2014. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty IV: Dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. 2. vydání. Praha: Grada, 240 s. ISBN 978-80-247-4342-4.
28. ŠTĚRBOVÁ, D., 2007. *Chráněné bydlení pro lidi s hluchoslepotou: mezinárodní pracovní konference Olomouc*. Květen 2007: sborník referátů. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 100 s. ISSN 978-80-244-1762-2.
29. ŠTĚRBOVÁ, D., 2006. *Hluchoslepotá: lidé s ní a kolem ní*. Univerzita Palackého v Olomouci, 103 s. ISBN 80-244-1433-3.
30. TRAPANI, G., BERTINO, E., 2006. *První pomoc a zdraví dítěte*. Portál, 137 s. ISBN 80-7367-137-9.
31. VALENTA, M. a kol., 2014. *Přehled speciální pedagogiky: Rámcové kompendium oboru*. Portál, 272 s. ISBN 978-80-262-0602-6.
32. VÁGNEROVÁ, M., 2008. *Vývojová psychologie*. Praha: Karolinum, 467 s. ISBN 978-80-246-0956-0.
33. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
34. VYTEJČKOVÁ, R., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: Obecná část*. Praha: Grada, 256 s. ISBN 978-80-247-3419-4.

35. BEACH, Pamela; PERREAULT, Melanie; LIEBERMAN, Lauren. Prostředky pro rozvoj motoriky v domácím prostředí pro malé děti se syndromem CHARGE a bez něj. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021, [online]. [cit. 2022-4-19]18.22: 11936.
36. CADUFF, Andreas a kol. Fyziologické monitorování a ztráta sluchu: směrem k integrovanějšímu a ekologicky ověřenému mapování zdraví. *Ucho a sluch*, 2020, [online]. [cit. 2022-4-19]41: 120S-130S.
37. DAMMEYER, Jesper. Prevalence a etiologie vrozených hluchoslepých lidí v Dánsku. *International journal of audiology*, 2010, [online]. [cit. 2022-4-19]49.2: 76-82.
38. DE JOYA, Evan M. a kol. Usherův syndrom ve vnitřním uchu: etiologie a pokroky v genové terapii. *Mezinárodní časopis molekulárních věd*, 2021, [online]. [cit. 2022-4-19]22.8: 3910.
39. *Definice hluchoslepoty*, © 2015. [online]. LORM – Společnost pro hluchoslepé. [cit. 2022-4-27]. Dostupné z: <https://www.lorm.cz/pro-hluchoslepe/definice-hluchoslepoty/>
40. *Definice hluchoslepoty*, [online]. TheWorldFederationoftheDeafblind. [cit. 2022-4-27]. Dostupné z: <https://wfdb.eu/about-us/>
41. FUSTER-GARCÍA, Carla, et al. Usherův syndrom: genetika lidské ciliopatie. *Mezinárodní časopis molekulárních věd*, 2021, [online]. [cit. 2022-4-19]22.13: 6723.
42. IGARASHI, Ayaka a kol. Asociace mezi zrakovým, sluchem a ztrátou zubů a sociálními interakcemi: průřezová studie JAGES. *J EpidemiolCommunityHealth*, 2021, [online]. [cit. 2022-4-19]75.2: 171-176.
43. *LORM – Společnost pro hluchoslepé* [online], © 2015 [cit. 2022-4-24]. Dostupné z: <https://www.lorm.cz/>
44. MEDINA, Genevieve, et al. Skrytí na očích: genetická hluchoslepota není vždy Usherův syndrom. *Molekulární případové studie*, [online]. [cit. 2022-4-19]2021, 7.4: a006088.
45. PARAMASIVAM A, JAISWAL A, MINHAS R, WITTICH W, SPRUYT-ROCKS R. *Informed Consent or Assent Strategies for Research With Individuals With Deafblindness*

- essorDual Sensory Impairment: A ScopingReview*. Arch Rehabil Res ClinTransl. 2021 Feb 22;3(2):100115. [online]. [cit. 2022-4-19]doi: 10.1016/j.arrct.2021.100115. PMID: 34179751; PMCID: PMC8212005.
46. RIJKE, Wouter J. a kol. Schopnost neslyšících dětí s kochleárním implantátem. *Postižení a rehabilitace*, 2021,[online]. [cit. 2022-4-19] 43.14: 1989-1994.
47. *TheWorldFederationoftheDeafblind* [online], [cit. 2022-4-25]. Dostupné z: <https://wfdb.eu/>
48. WOLFRAM, Christian a kol. Prevalence zrakového postižení u dospělé populace: poznatky z Gutenbergovy zdravotní studie. *DeutschesÄrzteblattInternational*, 2019, [online]. [cit. 2022-4-19]116:17: 289.
49. YOUNG, Yi-Ho. Současný přehled příčin a diferenciální diagnostiky náhlé senzorineurální ztráty sluchu. *International JournalofAudiology*, 2020, [online]. [cit. 2022-4-19]59.4: 243-253.
50. ČESKO, 2008. Zákon o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob. In: 384/2008 Sb.. 124/2008. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2008-384>
51. ČESKO, 2015. Vyhláška, kterou se provádějí pravidla provozu na pozemních komunikacích. In: Č. 294/2015 Sb.. 122/2015. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2015-294>

8 Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Charakteristika výzkumného souboru A	30
Tabulka č. 2 Charakteristika výzkumného souboru B	40

9 Seznam příloh

Příloha 1: Lormova abeceda

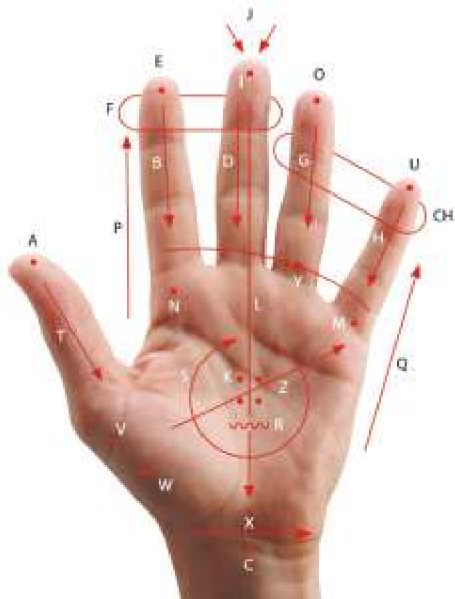
Příloha 2: Braillovo písmo

Příloha 3: Brožura

Příloha 4: Video

Příloha 5: Podklady k rozhovorům

Příloha 1: Lormova abeceda



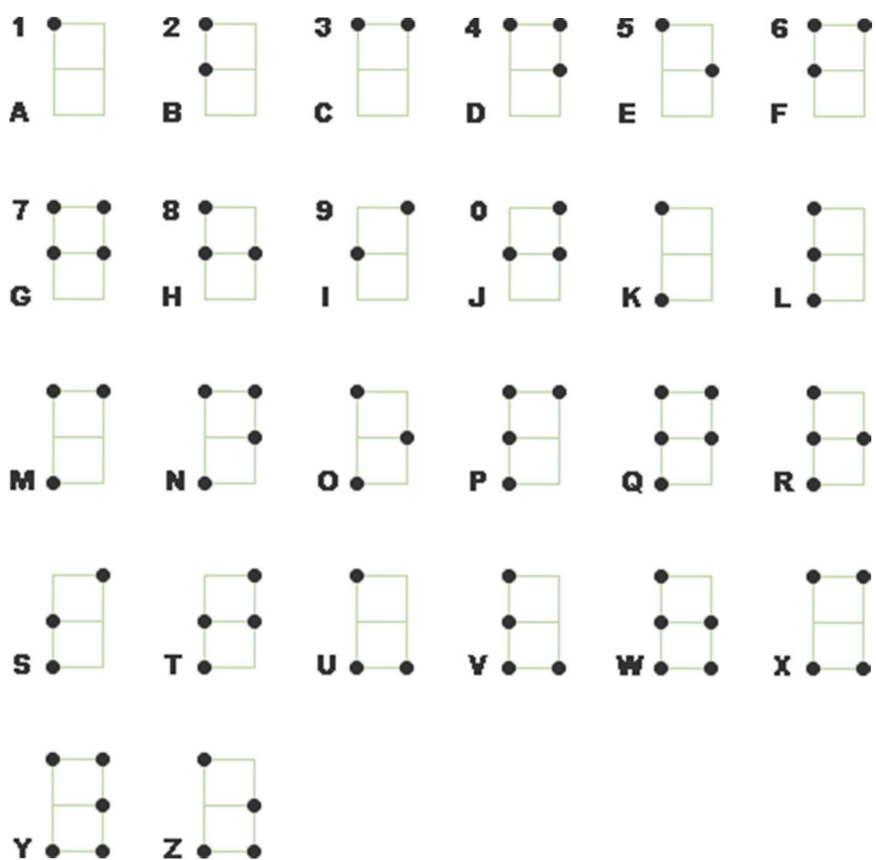
- **A** – bod na špičce palce
- **B** – čára po ukazováčku od špičky prstu k dlani
- **C** – bod na zápěstí
- **D** – čára po prostředníčku od špičky prstu k dlani
- **E** – bod na špičce ukazováčku
- **F** – současné stisknutí špiček ukazováčku a prostředníčku ze strany
- **G** – čára po prsteníčku od špičky prstu k dlani
- **H** – čára po malíčku od špičky prstu k dlani
- **CH** – současné stisknutí špiček prsteníčku a malíčku ze strany
- **I** – bod na špičce prostředníčku
- **J** – stisk špičky prostředníčku ze strany
- **K** – bod čtyř špiček prstů do dlaně
- **L** – čára po prostředníčku od špičky prstu přes dlaň k zápěstí
- **M** – bod pod malíčkem
- **N** – bod pod ukazováčkem
- **O** – bod na špičce prsteníčku
- **P** – čára po vnější straně ukazováčku od dlaně ke špičce ukazováčku
- **Q** – čára po vnější straně malíčku od dlaně ke špičce malíčku
- **R** – postupné pokládání ukazováčku, prostředníčku a prsteníčku do dlaně
- **S** – ukazováčkem kruh na dlani
- **T** – čára po palci od špičky prstu k dlani

- **U** – bod na špičce malíčku
- **V** – bod pod palcem
- **W** – dvakrát bod pod palcem
- **X** – čára podél zápěstí zleva doprava
- **Y** – čára pod prsty směrem od ukazováčku k malíčku
- **Ý** – čára pod prsty směrem od ukazováčku k malíčku a pokračovat po vnější straně malíčku směrem ke špičce malíčku
- **Z** – šikmá čára přes dlaň od palce k malíčku
- **Dlouhé samohlásky** – krátká čárka na špičce prstu pro příslušnou samohlásku směrem nahoru
- **Háček nad písmeny** – bod mezi palcem a ukazováčkem před příslušnou hláskou
- **Čísła** – lze vyjádřit dvěma způsoby: 1) arabské číslice napsat obrysově do dlaně; označení tisíc, milión, miliarda zkratkou (tis., mil., mld.), 2) použít značení jako v Braillově písmu 1 = A, 2 = B, 3 = C, 4 = D, 5 = E, 6 = F, 7 = G, 8 = H, 9 = I, 0 = J, před číslicí použít čáru obráceného „L“
- **„Nerozumím“** – zavřít dlaň
- **Omyl** – lehké klepnutí do dlaně
- **Mezera mezi slovy** – plochou ruky přejet jedenkrát po dlani
- **Otazník** – ukazováčkem vypsát do dlaně obrys otazníku
- **Konec věty** – plochou ruky přejet dvakrát po dlani

Zdroj: HLAVÁČOVÁ, Jitka. *Prstová abeceda* [online]. In: . [cit. 2022-04-27].

Dostupné z: <https://www.lorm.cz/download/HMN2/obsahCD/brozura/brozura.html>

Příloha 2: Braillovo písmo



Zdroj: Braillovo písmo. In: *Shaman* [online]. [cit. 2022-04-27]. Dostupné z: <http://www.shaman.cz/sifrovani/braillovo-pismo.htm>

SLOVO ÚVODEM

Tato brožura byla vytvořena na podkladě bakalářské práce nesoucí název: „**Pacient s kombinovaným znevýhodněním zraku a sluchu v ošetrovatelské praxi**“. Touto prací jsem chtěla upozornit čtenáře na to, že se v jejich blízkém okolí mohou vyskytovat lidé s tímto znevýhodněním a hlavně informovat je o tom, jak vlastně takového člověka poznat, jak s takovýmto člověkem komunikovat, vyskytla – li by se nějaká situace, která by byla pro hluchoslepu osobu obtížná, či nevládnutelná, tak aby čtenáři věděli, jak jí pomoci. Aby se nestávaly situace, kdy bude hluchoslepá osoba potřebovat pomoci a bude společností přehlížena.

Obecně nejsou daná žádná přesná pravidla jak s hluchoslepým člověkem komunikovat. Nejvíce záleží na rozsahu znevýhodnění této osoby a na tom, kdy daná osoba přišla o sluch a zrak. A také na tom, zda tato osoba ovládá nějaké komunikační systémy, které umíte a na jejím nynějším zdravotním stavu. Informace uvedené v této brožuře jsou pouhým doporučením, abyste věděli kdo to vlastně hluchoslepý je a uměli s hluchoslepu osobou komunikovat, či jí pomoci, bude-li jí potřebovat.

Tato brožura je pouze informativní.



KOHO LZE POVAŽOVAT ZA HLUCHOSLEPÉHO



Říct, že je někdo hluchoslepý vůbec není lehké. Specifická definice, kdo je a kdo není hluchoslepý zatím ještě nebyla publikována. V literatuře je mnoho obecných definic a spekulací o tom, koho lze za hluchoslepého považovat, ale tento člověk se dá na první pohled moc hezky poznat. Má na pomoc červenobílou hůl, která je to označením toho, že je člověk nosící tuto pomůcku je zároveň nevidomý a neslyšící. Je potřeba si takovýchto drobností na lidech všimnout, protože nikdy nevíte, kdy bude takový člověk v nesnázích, bude potřebovat pomoci, či se mu něco přihodí a vy nebudete vědět, co máte dělat a jak se s ním domluvit.

PRVNÍ SETKÁNÍ S HLUCHOSLEPOU OSOBOU

- Lidé s tímto specifickým znevýhodněním mají různé povahové rysy, mají své specifické přednosti a nedostatky, ostatně jako většina z nás
- Při setkání s takto znevýhodněným člověkem se snažte vyvarovat silných soucitných projevů a poznámek, které hluchoslepého podceňují nebo zpochybňují jeho schopnosti, není to příjemné ani jedné straně
- Velmi důležité je k hluchoslepému přistupovat pomalým tempem, ne zbrklým, jelikož by se mohl snadno vylekat, to znamená, položit ruku na rameno aby věděl, že s ním chcete navázat kontakt a poté již komunikovat v přiměřené míře ke znevýhodnění
- Během pozdravu, oslovení, zkrátka během prvního kontaktu s hluchoslepým se dotkněte jeho ramene, aby věděl, že tam jste nebo ho oslovte jménem, aby věděl, že pozdrav patří jemu, aby nedošlo k omylu. Důležité je také představení se.
- Při komunikaci s takto znevýhodněným člověkem buďte trpěliví, dbejte na sníženou funkci smyslu a na přidruženou sníženou funkci smyslu druhého. Je velmi důležité při komunikaci nespěchat a nechat hluchoslepého si vše promyslet a nechat dořít myšlenku.
- Slova typu vidět, dívat se, prohlédnout si, číst si se nebojte běžně zakomponovat do rozhovoru s hluchoslepým, tato slova hluchoslepí běžně v rozhovorech užívají.

- Při odchodu nezapomeňte hluchoslepého upozornit, že z místnosti, či jiného místa odcházíte a nezapomeňte se rozloučit.

KOMUNIKACE S HLUCHOSLEPOU OSOBOU

- Při komunikaci dávejte pozor na hlučné prostředí, které může Vaší komunikaci s hluchoslepým člověkem ovlivnit a může dojít k nepochopení, je třeba si pro komunikaci vybírat tiché a klidné prostředí, kde se budete cítit dobře vy i hluchoslepý
- Při komunikaci s hluchoslepým je dobré hovořit čelem k hluchoslepému, jelikož hluchoslepi, kteří mají zachované zbytky zraku, umějí při komunikaci odezírat a to jim pomáhá v pochopení toho, co jim chcete říci.
- Vhodné je se při rozhovoru neotáčet. Je – li hluchoslepý člověk spíše neslyšící, mluvte na tu stranu, kde se sluch zachoval.
- Během komunikace s hluchoslepým dbejte i na osvětlení místnosti, kde rozhovor probíhá, pokud to bude možné, stůjte tak, abyste světlo zastínili. Nosí – li hluchoslepý brýle, lesk v nich není příjemný.
- Než začnete komunikovat, domluvte se s hluchoslepým na způsobu komunikace, která mu nejvíce vyhovuje, ať už se jedná o komunikační systém (který samozřejmě nesmí být cizí ani vám), či o klasickou konverzaci. Vždy začínejte pomalu a na hluchoslepého při komunikaci nespěchejte.
- Využívá – li hluchoslepý člověk ke komunikaci klasické mluvené slovo, vyslovujte co nejzřetelněji, pomalu a plynule. Vyvarujte se slabikování a měnění tonu hlasu, mluvte přirozeně, jako s každým jiným. Je – li hluchoslepý nedoslýchavý, mluvte více nahlas na „zdravou“ stranu.
- Jak jsme již zmínili v předešlých bodech, pokud hluchoslepý nedokáže komunikovat mluveným slovem, zvolte komunikaci vhodnou pro vás i pro hluchoslepého (např. tiskací písmena do dlaně, Lormovu abecedu, či asi nejjednodušším způsobem komunikace psanou formou). Zvolený komunikační systém musí vyhovovat Vám i hluchoslepému.
- Důležité je mít na paměti, že člověk mající vrozenou hluchoslepou nemá takovou slovní zásobu, jako člověk, který přišel o zrak a o sluch v průběhu svého života. V takovém případě je velmi důležité brát na toto znevýhodnění ohled a vyvarovat se používání

složitých slov, či používání dlouhých vět. Nejjednodušší jsou krátké věty a slova
výstižná situaci používejte v 1. pádě.

- Při komunikaci s hluchoslepým se vyvarujte používání odborné terminologie, forům a ironii.
- Je – li u rozhovoru přítomen rodinný příslušník hluchoslepe osoby, komunikujte výhradně s hluchoslepu osobou, aby nedošlo k tomu, že hluchoslepeho člověka úplně vynecháte z konverzace, není to příjemné.
- Při používání formy verbální komunikace byste neměli žvýkat, jíst, či si dávat ruku před pusou.
- Nerozumíte-li tomu, co vám chtěla hluchoslepa osoba sdělit, požádejte o zpomalení či zopakování. To samé od Vás bude vyžadovat i hluchoslepa osoba, dojde-li k nepochopení, či nepochopení z její strany.
- Co se týká skupinové konverzace, je důležité hluchoslepeho z konverzace nevynechávat, průběžně ho informujte o tématech hovoru, aby se necítil odstrčený.
- Co je během komunikace důležité, jak už s hluchoslepým člověkem, či s člověkem zdravým je zpětná vazba. Důležité je provést zpětnou vazbu při komunikaci s hluchoslepým, zda všemu rozuměl, či zda se nechce na něco zeptat.

KOMUNIKACE S HLUCHOSLEPOU OSOBOU VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ

- Při kontaktu s hluchoslepu osobou ve zdravotnickém zařízení se vždy představte, případně použijte váš identifikační znak (prsten, náramek apod.).
- Než začne probíhat vyšetření, či prohlídka klienta, je potřeba mu vše důkladně vysvětlit, co ho čeká, zda je to bolestivý výkon, co bude poté následovat, co k tomu budete využívat za nástroje a přístroje a to za pomoci vámi ovládané komunikační techniky (musím být ovládána i hluchoslepu osobou)
- V případě, že bude hluchoslepu hospitalizovaný, je potřeba ho důkladně seznámit s denním režimem a chodem daného oddělení, na kterém bude hluchoslepu klient pobývat.

- Proved'te klienta po pokoji a vše mu ukažte, je důležité, aby se pacient seznámil s pokojem a přidruženými místnostmi pomocí hmatu, jelikož je to pro něho nejlepší orientace.
- Dále je důležité upozornit klienta na signalizační zařízení v pokoji, na které by mohl zazvonit v případě nouze. Také seznámení se sociálním zařízením a koupelnou by nemělo být zapomenuto.
- Velmi důležitá věc je manipulování s pacientovými věcmi, pouze při vědomí pacienta, nikdy nemanipulujte s věcmi pacienta, když o tom neví.
- Půjčíte – li si nějakou věc od klienta, nezapomeňte ji vrátit na stejné místo, jelikož může nastat situace, že si bude hluchoslepý chtít vzít nějakou věc, kterou měl např. na stolku vedle postele a ta věc tam již nebude, takto nastávají nepříjemné situace jak pro klienta, tak pro personál.
- V případě jakékoliv změny na pokoji, či převozu pacienta na jiný pokoj hluchoslepeho důkladně a předem upozorněte.
- Nezapomínejte odstraňovat potenciální nástrahy a překážky, které by mohly vést k nežádoucím situacím, jako jsou například otevřené skříně v prostoru, kde se klient pohybuje, či nezastrčené židle.
- Dbejte na klientovu soběstačnost, pokud je to možné nechte klienta provádět co nejvíce výkonů samostatně, jako je např. dojít se do koupelny umýt (samozřejmě mu vše ukažte), dojít si samostatně na toaletu, samostatně se najíst apod.
- Pokud se hluchoslepý může najíst sám, používejte při jídle metodu hodin (tj. na 3 hodině je maso, na 6 hodině je zelenina, na 12 hodině jsou brambory). Je důležité klienta upozornit na specifická jídla, jako jsou ryby, kde by se mohly nacházet kosti, aby nedošlo k nežádoucím událostem, či omáčka, kde by mohlo dojít ke znečištění.
- Pokud se Vám zdá hluchoslepá osoba méně soběstačná, zeptejte se, zda pomoc potřebuje, není vhodné dělat vše za ní. Nabízejte pomoc při jídle, oblékání, hygieně, přesunu z lůžka na židli, pití apod.
- Pomoc vždy nabízejte nenuceným a taktním způsobem. Většina hluchoslepým si o dopomoc samy neřeknou.

NA ZÁVĚR

Když budete chtít komunikovat s hluchoslepou osobou, je velmi důležité si rozhovor v klidu promyslet. Pokud jste v tomto ohledu začátečník, tak Vás rovnou uklidním, zachovejte klid a chladnou hlavu, není potřeba se ničeho bát, jakmile budete nervozní a necháte to dát na sobě znát, nebude tato situace příjemná ani pro Vás, ani pro člověka se kterým povedete rozhovor. Komunikace s hluchoslepým člověkem má svá specifika, ale zároveň je to komunikace jako každá jiná, takže vzhůru do toho 😊.

Na podkladě této brožury bylo vytvořeno krátké video, kde je zmapována situace klienta přicházejícího na obvázání horní končetiny, hlavní je zde komunikace klienta se sestrou, která mu jde končetinu obvázat. Video bylo vytvořeno pouze jako informační a ukázkové, za pomoci studentů Zdravotně- sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích obor všeobecná sestra 3. ročník.

Odkaz:

<https://www.youtube.com/watch?v=WTKuszZZJT>

[A](#)



Příloha 4: Video

<https://www.youtube.com/watch?v=WTKuszZZJTA>

Příloha 5: Podklady k rozhovorům

Pro klienty

Dobrý den, jmenuji se Eliška Vaníčková a dělám průzkum v rámci své bakalářské práce, která nese název postoj zdravotnického personálu k pacientům s kombinovaným znevýhodněním zraku a sluchu v ošetrovatelské praxi, v práci se zabývám výhradně komunikací a specifickými přístupy ke klientům, mohl/la bych s vámi udělat na toto téma rozhovor?

1. Jaký je Váš věk?
2. Jaké je Vaše pohlaví?
3. Kdy jste začal/la mít problém se zrakem a sluchem?
4. Jak se vám hluchoslepota začala projevovat?
5. Jak jste vnímal/la okolí kolem sebe, jak na vás pohlíželi?
6. Používáte ke komunikaci nějaké komunikační systémy?
7. Jaké komunikační systémy ovládáte?
8. Jaké komunikační systémy jsou pro Vás nejpříjemnější?
9. Pobýval/a jste někdy ve zdravotnickém zařízení? Byl jste někdy hospitalizovaný/á?
10. Jak s Vámi ve zdravotnickém zařízení komunikovali?
11. Využívali zdravotníci specifické komunikační systémy?
12. Máte nějakou negativní zkušenost s komunikací zdravotnického personálu? Jakou?
13. Máte nějakou pozitivní zkušenost s komunikací zdravotnického personálu? Jakou?

Pro sestry

Dobrý den, jmenuji se Eliška Vaníčková a dělám průzkum v rámci své bakalářské práce, která nese název postoj zdravotnického personálu k pacientům s kombinovaným znevýhodněním zraku a sluchu v ošetrovatelské praxi, v práci se zabývám výhradně komunikací a specifickými přístupy ke klientům, mohl/la bych s vámi udělat na toto téma rozhovor?

1. Jaký je Váš věk?
2. Jaké je Vaše pohlaví?
3. Jak dlouho pracujete ve zdravotnickém zařízení?
4. Jak dlouhou máte praxi s hluchoslepými klienty?
5. Stalo se vám někdy, že byste nevěděl/la jak s hluchoslepým klientem komunikovat?
6. Jak jste zareagoval/la?
7. Používáte nějaký specifický komunikační systém při komunikaci s hluchoslepými osobami?
8. Který komunikační systém preferujete při komunikaci s hluchoslepými?
9. Měl klient někdy problém, že neuměl či neznal komunikační systém, který jste použil/la?
10. Preferoval/la byste na oddělení nějakou příručku, která by vám usnadnila komunikaci s klienty?
11. Máte ve Vaší nemocnici někoho, kdo ovládá znakovou řeč?
12. Preferoval/la byste ve Vaší nemocnici služby překladatele znakové řeči?
13. Povězte mi celý příběh, kdy jste se setkal/a s hluchoslepou osobou?
14. Je něco, co byste na toto téma ještě rád uvedl/a?

10 Seznam obrázků

Obrázek 1: Lormova abeceda	67
Obrázek 2: Braillovo písmo	69

11 Seznam zkratek

Tzv. – takzvané/ á

Apod. – a podobně