



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Specifika ošetrovatelské péče o nevidomé pacienty na standardních lůžkových odděleních

Vypracoval: Lenka Pivoňková
Vedoucí práce: Mgr. Věra Olišarová

České Budějovice 2015

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřena na specifika ošetrovatelské péče o nevidomé pacienty na standardních lůžkových odděleních. Toto téma je aktuální, neboť v České republice žije 7 000 - 12 000 tisíc nevidomých. Nejčastější příčinou nevidomosti je šedý zákal. Pokud se začnou léčit příčiny včas, nevidomosti lze v mnoha případech zcela předejít. Nevidomost je nejtěžší stupeň zrakového postižení. Nevidomý trpí nedostatkem vizuálních podnětů, které kompenzuje zvýšeným hmatovým a sluchovým vnímáním. Při hospitalizaci nevidomého je tedy nutné respektovat specifické požadavky související s prováděním jednotlivých intervencí. Pro ošetřování nevidomých je také důležité, aby se ošetřující personál seznámil s tím, kdy nevidomý přišel o zrak a podřídil tomu svoji péči. Je třeba si uvědomit, že zrakový orgán je nejdůležitějším čidlem pro aktivní a kvalitní život, proto je důležité si ho chránit a navštěvovat pravidelně očního lékaře.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí. Z části teoretické a výzkumné. Teoretická část obsahuje anatomii a fyziologii zrakového ústrojí, zrakové vady a jejich příčiny, diagnostiku a klasifikaci zrakového postižení. Dále se zaměřuje na specifika ošetrovatelské péče o nevidomé pacienty v oblasti příjmu na oddělení, pohybu v nemocnici, vyšetření, sebek péče, komunikace s nevidomými pacienty, kompenzačními pomůckami pro nevidomé pacienty a organizacemi pro zrakově postižené.

Ve vztahu k danému tématu byly stanoveny dva cíle. První cíl byl zaměřen na specifika ošetrovatelské péče o nevidomé na standardních lůžkových odděleních. Druhý cíl byl zaměřen na zkušenosti nevidomého s hospitalizací na standardních lůžkových odděleních. Na základě daných cílů byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka byla zaměřena na zjištění specifík ošetrovatelské péče o nevidomé pacienty. Druhá výzkumná otázka byla zaměřena na zjištění zkušeností nevidomých pacientů s hospitalizací.

Praktická část byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumného šetření. Výzkumné šetření bylo uskutečněno na očním oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. a v obecně prospěšné společnosti Tyflo Vysočina Jihlava. Výzkumný soubor zahrnoval nevidomé klienty, kteří byli v minulosti nebo v současnosti hospitalizováni

na standardním lůžkovém oddělení. Kvalitativní šetření bylo provedeno formou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor obsahoval celkem 20 otázek rozdělených do čtyř okruhů. Výzkumný soubor tvořilo devět respondentů (R1-R9), čtyři ženy a pět mužů ve věku od 27 do 75 let. Sběr dat probíhal v průběhu měsíce března a dubna 2015. Rozhovory byly nahrávány a poté doslovně přepsány. Rozhovory byly přepsány pomocí metody tužka-papír a dále analyzovány technikou otevřeného kódování. Na základě analýzy dat bylo vytvořeno 5 kategorií s několika podkategoriemi.

Na základě analýzy zjištěných dat lze říci, že mezi specifika ošetrovatelské péče o nevidomé patří především trpělivost, spolupráce a komunikace s nevidomým pacientem. V této oblasti jsou na zdravotníky kladeny zvýšené nároky zejména v oblasti vhodného seznámení klienta s nemocničním prostředím, zajištěním dostatku informací o vyšetřeních a jednotlivých postupech. Ošetrovatelský personál dle respondentů komunikoval ve většině případů správně. S nevidomými musí být komunikováno o všem, co je prováděno a co bude prováděno. Dále bylo zjištěno, že většina nevidomých respondentů má s hospitalizací na standardním lůžkovém oddělení vcelku dobré zkušenosti. Ale zažili i nepříjemné okamžiky. Tyto okamžiky měli spojené s okradením, hanlivým oslovením, nepochopením toho, že když člověk nevidí tak, ale slyší. Jeden z respondentů uvedl také fakt, že personál při komunikaci hovořil s doprovodem a ne s ním.

Závěry této bakalářské práce bude možné využít pro zlepšení v oblasti ošetrovatelské péče o nevidomé pacienty. Dále bude vytvořen návrh ošetrovatelského standardu pro nemocnice.

Klíčová slova: Nevidomý pacient, ošetřování, hospitalizace, komunikace

Abstract

Bachelor thesis is focused on the specifics of nursing care for the blind patients on standard bed wards. This topic is actual because in the Czech Republic live from 7 000 to 12 000 thousands of blind people. The most frequent reason of blindness is cataract. If these reasons begin to heal in time, blindness can in many cases completely preventable. Blindness is the hardest stage of visual impairment. Blind person suffers from a lack of visual cues that compensates for increased tactile and auditory perception. During a blind person's hospitalization is therefore necessary to respect the specific frequent related to the implementation of individual interventions. For treating blind people is also important that the nursing staff is familiar with when the blind lost his sight. His care must be subordinated to it. It should be realized that the organ of sight is the most important sensor for active and quality life, therefore his protection is important and people must regularly visit an ophthalmologist.

The thesis consists of two parts, from the theoretical and research part. The theoretical part includes anatomy and physiology of the visual system, visual defects and their causes, diagnosis and classification of visual impairment. It also focuses on the specifics of nursing care of blind patients in the reception area of the department, the moving inside the hospital, examination, self-care, communication with blind patients, aids for blind patients and organizations for the visually impaired. In relation to the topic were two objectives. The first objective was focused on the specifics of nursing care for the blind on standard bed wards. The second objective was focused on the experiences of blind admissions to the standard bed wards. Based on those targets two research questions have been established. The first research question was focused on finding out the specifics of nursing care of blind patients. The second research question was aimed at finding the experience of blind patients requiring hospitalization.

The practical part was processed using qualitative research. The survey was carried out at the Eye Department of the Hospital České Budějovice and the charitable society Tyflo Vysočina Jihlava. The research sample included blind clients who have

previously or currently hospitalized in inpatient department. A qualitative survey was conducted through semi-structured interview. Interview contained 20 question divided into four groups. The research sample consisted of nine respondents (R1-R9), four women and five men aged from 27 to 75 years. The data were collected during the months of March and April 2015. Interviews were tape-recorded and then transcribed verbatim. Interviews were transcribed using paper and pencil method and analyzed by open coding. Based on analysis of the data was created 5 categories with several subcategories.

Based on analysis of the gathered data can be said that the specifics of nursing care for the blind include patience, cooperation and communication with a blind patient. In this area are health works increased demand especially in the appropriate client familiarization with the hospital environment, providing enough information about various examinations and procedures. According to the respondents the nursing staff communicated correctly in most cases. The blind must be communicated about everything that is done and what will be done. It was also found that the majority of blind respondents have a standard admission to the inpatient department quite a good experience. But they experienced some uncomfortable moments. These moments were associated with theft, defamatory salutation, misperception that if a person can not see, still he can hear. One of the respondents also said the fact that the staff spoke when communicating with accompaniment and not with him.

The conclusions of the bachelor thesis will be used for improvements in nursing care for blind patients. Further the draft for hospital nursing standards will be designed.

Keywords: Blind patient, care, hospitalization, communication

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma Specifika ošetrovatelské péče o nevidomé pacienty na standardních lůžkových odděleních jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených 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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 kvalifikační práce.

Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4. 5. 2015

.....

Lenka Pivoňková

Poděkování

Chtěla bych velice poděkovat za cenné rady a spolupráci vedoucí práce paní Mgr. Věře Olišarové. Dále děkuji všem, kteří byli ochotní spolupracovat a poskytli mi tak důležité informace pro vznik této práce. V neposlední řadě veliké poděkování patří mé rodině a mému příteli, kteří mě podporovali a pomáhali mi po celý čas vytváření této práce.

Obsah

1	Současný stav	10
1.1	Anatomie a fyziologie oka	10
1.2	Zrakové vady.....	12
1.2.1	Etiologie zrakových vad	13
1.2.2	Diagnostika	14
1.2.3	Klasifikace zrakového postižení.....	15
1.3	Specifikace zrakového postižení	16
1.3.1	Nástup do nemocnice a orientace na pokoji	17
1.3.2	Pohyb v nemocnici.....	18
1.3.3	Vyšetření v ambulanci	19
1.3.4	Stravování a podávání léků.....	20
1.3.5	Hygiena.....	20
1.3.6	Ošetřovatelské diagnózy.....	21
1.4	Komunikace	23
1.5	Kompenzační pomůcky a vodící pes.....	25
1.6	Organizace pro zrakově postižené	26
2	Cíle práce a výzkumné otázky.....	28
2.1	Cíle práce	28
2.2	Výzkumné otázky:	28
3	Metodika.....	29
3.1	Použité metody.....	29
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	30
4	Výsledky.....	31
5	Diskuze	44
6	Závěr.....	51
7	Seznam použitých zdrojů	53
8	Přílohy	57

Úvod

Tato bakalářská práce je zaměřena na specifika ošetrovatelské péče o nevidomé pacienty. Téma bakalářské práce jsem si vybrala díky mým prarodičům, kteří navštěvují obecně prospěšnou společnost Tyflo Vysočina v Jihlavě, která poskytuje služby nevidomým a těžce zrakově postiženým občanům. Toto téma mi bylo tedy blízké.

Zrak je jedním z nejdůležitějších smyslů, pomocí něhož člověk vnímá své okolí. Většinu informací získáváme právě díky zraku, o který jsou nevidomí pacienti ochuzeni. Zrak je velice důležitý. Nejčastější příčinou ztráty zraku je šedý zákal (47,8%). S tímto problémem se potýkali lidé již před čtyřmi tisíci lety. V té době působili v Babylónii takzvaní „píchači zákalů“, kteří řešili již v té době známou problematiku šedého zákalu. Nevidomost byla v minulosti záhadný pojem plný pověr a magie. V dnešní době je, ale zdravotnictví velmi vyspělé a v mnoha případech lze nevidomosti předejít.

S nevidomými pacienty se můžeme setkat na kterémkoliv oddělení v nemocnici. Proto je pro sestru důležité znát specifika ošetrovatelské péče o nevidomé pacienty. Je také důležité, aby sestra a ostatní zdravotníci ovládali nejen technickou část, ale i psychosociální a etickou část ošetrovatelské péče o nevidomého pacienta. Sestra, která se o takového pacienta stará, by měla být především empatická a trpělivá. Mezi hlavní specifika ošetrovatelské péče, které jsou odlišné, patří především komunikace s nevidomým a vedení nevidomého pacienta.

1 Současný stav

Problematikou zrakového ústrojí se zabývá obor Oftalmologie (oční lékařství). Oftalmologie je vědním oborem medicíny, který se zabývá prevencí, diagnostikou a léčbou patologických stavů, mezi něž patří i nevidomost. Zrak je naším hlavním smyslovým orgánem, který přivádí do mozku desetkrát více informací, než ostatní smyslové orgány dohromady. Zrakové vnímání se významně podílí na naší představě o okolním světě. Oko je tedy nejdůležitějším čidlem pro aktivní a kvalitní život člověka. Zrakově postižený trpí nedostatkem vizuálních podnětů a kompenzuje je zvýšeným sluchovým a hmatovým vnímáním. Sluchové vnímání se na základě aktivního používání stává přesnější. Nejedná se o vrozenou schopnost, ale pomocí tréninku si ji může zrakově postižený zdokonalit. Využívání hmatu je složitější. Nevidomý používá hmat k orientaci v prostoru, poznávání je omezenější. Hmatu se také využívá při čtení Braillova písma (**1, 12, 16**).

1.1 Anatomie a fyziologie oka

Orgánem zraku je oko, které zprostředkovává vnímání tvarů, velikosti, barvy, směru pohybu, vzdálenosti předmětů a umožňuje orientaci těla v prostoru. Optický systém oka umožňuje přijímat světelné paprsky a usměrnit je na sítnici, kde světločivé buňky přemění světlo na nervové signály. Ty jsou poté vyhodnoceny v týlním laloku mozku. Zrakové ústrojí se skládá z vlastního optického aparátu, přídatných očních orgánů a oční koule. Mezi přídatné oční orgány patří víčka, spojivka, okohybné svaly a slzné ústrojí. Víčka opatřená řasami, chrání zrakový orgán zepředu před poškozením z vnějšího prostředí. Spojivka zajišťuje zrakovému orgánu výživu. Okohybné svaly zajišťují souhru pohybů obou očí ve všech směrech. Slzné ústrojí zvlhčuje přední plochu oka a chrání jej před vysycháním. Přídatné orgány jsou uloženy v očníci. Oční koule má kulovitý tvar a je uložena v kostěné schránce neboli v očníci v tukovém vazivu, v němž se může pomocí okohybných svalů otáčet. Oční stěnu koule tvoří tři vrstvy a to povrchová vazivová vrstva, střední cévnatá vrstva a vnitřní nervová vrstva (**12, 13**).

Povrchová vazivová vrstva je v přední části tvořena rohovkou a v zadní části bělimou. Bělma má bílou barvu, je neprůhledná, pevná, udržuje tvar oční koule a umožňuje upínání všech okohybných svalů. Rohovka je nejvypouklejší část oční koule a je do bělimy vsazena. Rohovka je bohatě inervovaná a je považována za necitlivější místo na povrchu lidského těla. Při jejím podráždění, například dotykem, okamžitě mrkneme, cukneme a sevřeme víčka. Rohovka je bezcévnatá a lze tedy snadno transplantovat **(12, 13)**.

Střední cévnatá vrstva je tvořena cévnatkou, řasnatým tělískem a duhovkou. Membrána cévnatky obsahuje krevní cévy, mezi kterými jsou elastická vlákna a pigmentové buňky. Pigmentové buňky zabraňují odrazu světla uvnitř oka a tím zamezují vzniku rozmazaných obrazů. Krevní cévy vyživují oční kouli. Cévnatka přechází v předním oddíle oční koule v řasnaté tělísko. Na vnitřním okraji řasnatého tělíska je tenkými vlákny zavěšena čočka. Hlavní částí řasnatého tělíska je hladký sval. Hladké svaly řasnatého tělíska se mohou stahovat a povolovat. Díky tomu se oko přizpůsobuje pohledu na blízké a vzdálené předměty. Hovoříme o takzvané akomodaci čočky. K řasnatému tělísku se připojuje duhovka. Uprostřed duhovky se nachází zornice, kterou vstupují světelné paprsky do nitra oka. Duhovka je tvořena dvěma hladkými svaly, které ovlivňují velikost zornice. Reguluje se tak množství světla, které přichází do oka. Při silném světle se duhovka stáhne, ve tmě se zornice rozšíří. Duhovka je zbarvena podle množství pigmentu. Pigment tedy dává oku barvu **(12, 13)**.

Vnitřní nervová vrstva oční koule je tvořena sítnicí. Sítnice je jemná a tenká vrstva skládající se z řady buněčných vrstev. Nejdůležitější buněčnou vrstvou tvoří tyčinky a čípky. Jsou to receptory pro vnímání světla a barvy. Tyčinky jsou citlivé na intenzitu světla a nerozeznávají barvy. Umožňují černobílé vidění a vidění za šera. Místo výstupu zrakového nervu neobsahuje žádné světločivé buňky a nazývá se slepá skvrna. Čípky umožňují barevné vidění, dále jsou zodpovědné za jas obrazu a ostré vidění. Čípky nejsou na sítnici rozmístěny stejnoměrně. Největší koncentrace čípků na sítnici je v centrální jamce v takzvané žluté skvrně. Žlutá skvrna je místo nejostřejšího vidění, je tedy zrakovým centrem oka **(12, 13)**.

Přední komora je prostor mezi rohovkou a duhovkou, který je vyplněn komorovou vodou. Za přední komorou se nachází čočka zavěšená na řasnatém tělísku. Zadní komora je prostor mezi duhovkou a čočkou a je naplněna stejnou komorovou vodou. Velký dutinový prostor mezi čočkou a sítnicí vyplňuje rosolovitý sklivec (**12, 13**).

Zrakem jsme schopni rozlišovat nejen světlo a tmu, ale i pohyb, jeho směr a rychlost, poznávat předměty v našem okolí a také se orientovat v prostoru. Světlo, které se do oka dostává, se odráží od objektu, prochází optickým prostředím oka. To tvoří rohovka, oční komorová voda, čočka a sklivec. Toto prostředí paprsky světla propouští, ale i láme přes pravidelně zakřivené plochy rohovky a čočky. Na sítnici pak vzniká převrácený obraz pozorovaného objektu v oblasti žluté skvrny. Tam dojde k podráždění a vzniklý vzruch je převeden do zrakového centra mozkové kůry. Aby na sítnici vznikl co nejostřejší obraz, musí být zachován správný poměr délky oka a síly optického prostředí. Tento poměr nazýváme refrakce oka. Na zdravém oku se spojují rovnoběžně paprsky na rohovce a čočce, kde vzniká přesný, ostrý, zmenšený, převrácený obraz okolního světa. Tento stav nazýváme emetropie. Pokud se světelné paprsky sbíhají před nebo za místem nejostřejšího vidění, jde o refrakční vady (krátkozrakost a dalekozrakost). Mezi refrakční vady také patří astigmatismus neboli neschopnost vidět ostře na jakoukoliv vzdálenost v důsledku nepravidelného tvaru nebo zakřivení rohovky (**13, 14**).

1.2 Zrakové vady

Zrakovou vadou je označován stav, kdy zrakové ústrojí neplní svou funkci, nebo jí plní omezeně. Podle Světové zdravotnické organizace je počet nevidomým ve světě 45 miliónů, 135 miliónů lidí je těžce zrakově postižených a 180 miliónů trpí nějakým typem zrakového postižení. V České republice je 60 000 - 100 000 osob s těžkým zrakovým postižením a 7 000 - 12 000 je nevidomých. Z tohoto počtu je 35 - 40% nezletilých a v produktivním věku (**11**).

Celosvětově patří mezi hlavní příčiny slepoty katarakta (47,8%), glaukom (12,3%), většinou podmíněná makulární degenerace (8,7%), opacity rohovky jako následek různých onemocnění (5,1%), diabetická retinopatie (4,8%), různá onemocnění u dětí (3,9%), trachom (3,6%), říční slepota (0,8%) a další oční postižení (13,0%), která jsou spojena s genetickým vývojem, degenerativními procesy, traumaty a jinými příčinami. Většinu těchto příčin jde léčit a slepotě tak předejít a to až v 75 % případech (8).

1.2.1 Etiologie zrakových vad

U zrakových vad dochází k postižení zrakových funkcí, které se projevují sníženou zrakovou ostrostí a omezení zorného pole. Může se objevit také světloplachost a šeroslepost. Mohou nastat poruchy barvocitu, akomodace, zrakové adaptace, okoohybné aktivity a poruchy hloubkového vidění (23).

Podle etiologie se zrakové vady mohou dělit na orgánové a funkční. Zrakové vady se dále dělí podle stupně zrakového postižení. A to na slabozrakost, zbytky zraku a nevidomost. Slabozrakost je snížení zrakové ostrosti obou očí a můžeme ji rozdělit na lehkou a těžkou. Poškozena může být povrchová i vnitřní část oka, zrakové dráhy nebo zrakové centrum. Jako osoby se zbytkem zraku označujeme osoby, které se nachází na hranici mezi slabozrakostí a nevidomostí. Dochází u nich ke snížení, až deformaci zrakových schopností, díky tomu mají problémy také s prostorovou orientací. Nevidomost je nejtěžší stupeň zrakového postižení (23, 5).

Postižení zraku lze dělit také dle doby vzniku na vrozené a získané. Vrozené vady jsou způsobeny teratogenními látkami a zapříčiňují různé vývojové anomálie oka. Projev anomálií záleží na gestačním věku, zdravotním stavu matky a druhu škodlivin. Porucha oka je závažnější, čím dříve je narušen vývoj oka. Ke vzniku vrozených vad přispívají také exogenní a endogenní vlivy. Exogenní vlivy mohou být mechanické, fyzikální, chemické, porucha výživy a metabolismu matky. Způsobují například vrozený šedý zákal, anoftalmus, mikroftalmus. Působení exogenních vlivů v průběhu gravidity, při a po porodu mohou u rizikových nedonošenců vést ke vzniku retinopatie nedonošených. Mezi endogenní vlivy neboli dědičné řadíme těžkou krátkozrakost,

konkomitující šilhání, vrozený šedý zákal, vrozený glaukom, astigmatismus, albinismus a retinoblastom (23).

Získané vady vznikají v průběhu života a mají často původ v celkovém onemocnění jako je například diabetes mellitus, který může způsobit diabetickou retinopatii. Dále roztroušená skleróza, revmatická onemocnění, tuberkulóza, angína. Po 45. roce věku se objevuje pokles zrakové ostrosti způsobený sklerózou oční čočky (presbyopie). V průběhu celého života je člověk ohrožen úrazem oka, který může vést ke ztrátě zraku (14).

1.2.2 Diagnostika

Rozpoznání toho, že zrak není v pořádku, vychází ze subjektivního pocíťování určitých obtíží samotným postiženým člověkem nebo z vyzporovaných projevů zrakového omezení, které zaznamenají většinou lidé v nejbližším okolí. Poškození zraku zjistí lékař při pravidelných prohlídkách (22).

Základem diagnostiky je anamnéza. Pacienta se ptáme na prodělané oční choroby, na nynější potíže a na celkové onemocnění jako například diabetes mellitus, hypertenze, nádory, záněty ledvin, cévní mozková příhoda, toxické látky, léky, výskyt šedého a zeleného zákalu v rodině, vrozené vady, šilhání, refrakční vady (1).

Mezi vyšetření řadíme fyzikální vyšetření, nejčastěji pomocí pohledu. Při fyzikálním vyšetření oka jsou pohledem vyšetřena víčka, oční bulby, spojivky, bělma, rohovka a zornice. U vyšetření víček pozorujeme symetrii a šířku očních štěrbin, barvu, tvar a krvácení pod kůži víček. Při vyšetření oční bulby je věnována pozornost postavení a pohyblivosti očních bulbů a vyšetřujeme orientačně zorné pole. Pohyblivost očních bulbů se vyšetřuje pohybem prstu ve vzdálenosti jednoho metru před očima nemocného. Hlava zůstává ve středním postavení a nemocný sleduje prst pouze očima. Zrakové pole se orientačně vyšetřuje tak, že se pohybuje prstem okolo hlavy vyšetřované osoby v horizontální a vertikální rovině a klient hlásí, kdy uvidí prst. Spojivky se vyšetřují při denním světle nebo pomocí štěrbinové lampy. Při vyšetření štěrbinovou lampou na oko vrháme světelné paprsky, které mají měnitelný průřez,

velikost a intenzitu světla. Oko pozorujeme binokulárním mikroskopem. Spojivka dolního víčka se vyšetřuje lehkým odtažením dolního víčka, u spojivky horního víčka se pak přehýbá horní víčko přes skleněnou tyčinku. Při vyšetření bělimy hodnotíme barvu sklér. Přičemž je nutné zajistit dobré osvětlení. Rohovka se vyšetřuje v postranním osvětlení nebo na štěrbinové lampě pohledem. Pozorujeme velikost, pravidelnost vyklenutí, průhlednost, povrch, lesk a hladkost. U zornic se zjišťují změny velikosti, tvaru, reakce zornic na světlo. Při osvětlení zornice baterkou se u zdravého oka zornice zúží **(1)**.

Při preventivních prohlídkách by měl lékař věnovat pozornost screeningovému vyšetření zrakové ostrosti pomocí barvocitu a optotypů (tabulky s písmeny, číslicemi nebo tvary, kromě známých nástěnných nebo podsvícených optotypů se dnes používají také digitální LCD optotypy). Ve specializovaných ordinacích pomocí přístroje refraktometru. Tímto způsobem bývají diagnostikovány především lehké vady zraku. Závažné vrozené vady jsou většinou brzy rozpoznány lékařem a rodiči **(23)**.

Další vyšetření je odběr biologického materiálu. Základem je biochemické a hematologické vyšetření, ke kterým můžeme ještě připojit mikrobiologické a histologické vyšetření. Odběr vzorku na mikrobiologické vyšetření se provádí výtěrem ze zevního oka z očních spojivek zvlhčeným tampónem na špejli nebo sterilní štětičkou. U histologického vyšetření je prováděn odběr při podezření na zhoubné bujení pomocí punkce nebo excize **(19)**.

Mezi speciální diagnostiku patří vyšetření zrakové ostrosti do dálky a do blízka, vyšetření barvocitu, slzného ústrojí, oftalmoskopie, ultrazvukové vyšetření, vyšetření zorného pole, nitroočního tlaku, refrakce oka a vyšetření pomocí štěrbinové lampy, počítačová tomografie, elektrookulografie, elektroretinografie **(19)**.

1.2.3 Klasifikace zrakového postižení

Lidé se zrakovým postižením jsou osoby s odlišnými druhy a stupni snížených zrakových funkcí. Mezi osoby se zrakovým postižením se nepočítají lidé s dioptrickými brýlemi. Úroveň zrakové ostrosti vychází z viza. Při vyšetření očí se vyšetřuje zraková

ostrost, která se vyjadřuje vizem. Vizus se píše ve zlomku, kdy první číslo je vzdálenost v metrech, ze které dotýčný čte, a druhé číslo je vzdálenost, ze které čte tu samotnou velikost písmene (vizus zdravého člověka je 6/60). Vyšetření zrakové ostrosti se provádí do dálky, nejčastěji na Snellenových optotypech. Podle výsledků lze člověka zařadit do některé níže uvedené kategorie **(8)**.

Světová zdravotnická organizace rozlišuje zraková postižení do pěti kategorií. Do první kategorie patří středně slabozrací lidé s vizem 6/18 až do 6/60. Do druhé kategorie se zařazují silně slabozrací lidé s vizem 6/60 až do 3/60. Do třetí kategorie náleží lidé s těžce slabým zrakem. Třetí kategorie se dále dělí na zrakovou ostrost s vizem 3/60 až do 1/60 a na koncentrické zúžení zorného pole obou očí pod 20 stupňů nebo jednoho funkčně zdravého oka pod 45 stupňů. Do čtvrté kategorie patří lidé prakticky slepí s vizem pod 1/60. Do páté kategorie patří lidé úplně slepí s naprostou ztrátou světlocitu **(5, 7)**.

Zrakové postižení není přesvědčující, pokud se vyšetří pouze zraková ostrost a rozsah zorného pole. Pro objektivnější diagnostiku se musí vyšetřit i další zrakové funkce, jako kontrastní citlivost, schopnost rozlišovat barvy, lokalizování, fixování předmětu a sledování předmětu v pohybu **(1, 5)**.

1.3 Specifikace zrakového postižení

Pobyt v nemocnici obvykle patří mezi náročné životní situace jedince. Člověk se ocitá v neznámém prostředí, prochází vyšetřeními, podstupuje různé zákroky, má obavy z diagnózy a léčby. To vše může způsobovat velkou nejistotu. Pro nevidomého pacienta je pobyt obtížnější a způsobuje u něj větší pocity nejistoty, například nevidomý se obtížněji seznamuje s novým prostředím. Zatím co v domácím prostředí má vše přizpůsobeno tak, aby to jemu samotnému vyhovovalo, v nemocnicích se moc nepočítá se zrakovým handicapem. Prostory nebývají bezbariérové a mohou být pro nevidomého nebezpečné. Dalším problémem je, že většina informací je ve vizuální podobě a je tedy nevidomému nepřístupná. Ošetřující personál tedy musí ve své pomoci respektovat přání a potřeby klienta. Měl by se především seznámit s tím, kdy klient ztratil zrak, do

jaké míry je se svým handicapem smířen. Tyto informace lze získat z dokumentace klienta nebo přímo od něj, přičemž je důležitá vzájemná komunikace (2, 10).

1.3.1 Nástup do nemocnice a orientace na pokoji

Nevidomý pacient se s novým prostředím seznamuje pomaleji a obvykle k tomu potřebuje dopomoc druhé osoby, která mu prostor dobře popíše a patřičným způsobem mu umožní si ho osvojit. Na tom, jak prostory (prostředí) popisovat, by se měli oba účastníci (nevidomý a ošetřující personál) dobře dohodnout. Pomůže vyjasnit si a používat jednoznačné pojmy, na které je nevidomý zvyklý. To, že nemá člověk možnost přijímat informace vizuálně, klade velké nároky na paměť. Zorientovat se v nemocničním pokoji znamená zapamatovat si celé jeho uspořádání (10).

Při orientaci na pokoji je zapotřebí nevidomého seznámit s uspořádáním pokoje, ve kterém bude přebývat. Při seznamování je důležité si s nevidomým stanovit pevný výchozí bod. Toto seznámení by měl provést někdo, kdo s tím má zkušenost, například příbuzný nebo doprovázející osoba. Do popisu dané místnosti může patřit: tvar, velikost, umístění dveří a oken, umístění důležitých předmětů jako je zvonek na personál, uspořádání nábytku, věšáku a umístění pravidelně vyměňovaných předmětů, jako jsou léky, strava a podobně (10, 18).

Při popisu pokoje a předmětů postupujeme od celku k jednotlivostem, od obecného ke konkrétnímu, od velkých předmětů k malým, přičemž respektujeme jejich vzájemnou souvislost. V rámci tohoto popisu je důležité se vyvarovat označení jako „tady, tam“ a naopak být konkrétní: „po vaší pravé straně, v pravém rohu“. Dále je nutné upozornit na případná nebezpečí (například předměty vyčnívající do prostoru, předměty umístěné na stolcích, architektonické prvky překázející ve volném pohybu, různé výstupky (10).

Pokud nevidomý pacient zažádá o nadstandardní pokoj (samostatný s vlastním sociálním zařízením), bylo by vhodné mu vyhovět, je-li to možné. Má potom prostor více se zorientovat v prostředí a přizpůsobit svým potřebám a jednodušší možnost

přístupu k sociálnímu zařízení. Zároveň mu ostatní spolupacienti nenarušují pořádek ve věcech a prostoru (10).

1.3.2 Pohyb v nemocnici

Přehledné prostředí vytváří dobré podmínky pro orientaci nevidomého. Při pohybu po nemocnici nevidomého seznámíme s prostředím a je vhodné prostor upravit a odstranit překážky v cestě. Nevidomý k pohybu používá bílou hůl, při chůzi používá kyvadlovou techniku nebo kluznou techniku (16, 24).

Vedení nemocného má své zásady. Samostatnost při pohybu v prostoru je pobytem v nemocnici narušena. Tento fakt nepřispívá k dobrému psychickému stavu nevidomého. Zejména dlouhodobě nevidomý nebo nevidomý od narození může nutnou pomoc další osoby vnímat negativně a připadat si nesoběstačný. Je na sestře, aby postupovala taktně, o situaci s nevidomým prohovořila a našla optimální způsob pomoci s orientací a pohybem po zdravotnickém zařízení. Optimální způsob vedení sestrou je, že pacient položí ruku na rameno nebo se drží paže nad loktem sestry. Ta jde o půl kroku před ním. Sestra může nevidomému umožnit výběr strany, ze které pacient chce být veden, ale je nutné zvážit bezpečnost cesty. Je vhodné jít dále od zdi a možných překážek. Tento způsob umožňuje sestře orientovat se v prostotu před ní a pacientem, případně upravit překážky. Nevidomý má volný prostor před sebou, pokud jde na vzdálenost natažené paže od sestry. Držení není příliš těsné, nenarušuje intimní zónu jak sestře tak nevidomému (16).

Alternativní způsob vedení nevidomého se používá u pacientů neadaptovaných na slepotu. Tento způsob postupu je méně výhodný a to proto, že sestra drží nevidomého za obě ruce, přičemž je k němu čelem a sama kráčí pozpátku. Tento postup je náročný, sestra nevidí za sebe a chůze je pomalejší. Výhodou je, že u neadaptovaných nevidomých (kteří přišli o zrak v nedávné době) vidíme do jejich tváře, což pomáhá udržet polohu. Rovněž je možné nemocného držet kolem ramen a za bližší ruku. Jedná se o velmi úzký fyzický kontakt, což zapříčiňuje obtížnou chůzi dvojice. Výhodou je vyjádření podpory, blízkosti v náročných situacích. Nevhodné způsoby vedení jsou:

vedení za ruku a sunutí nevidomého před sebou. Tyto způsoby nejsou důstojné. Pro nevidomého mohou být nebezpečné, neboť může narazit do překážky, a při vedení za ruku pacientovi hrozí riziko pádu. Při procházení dveřmi nebo úzkým průchodem jde sestra vždy první. Paži, za kterou se nás nevidomý drží, můžeme natáhnout dozadu, tak aby nevidomý mohl kráčet za námi. Během vedení musíme pacientovi poskytovat informace o prostoru, kterým procházíme **(16, 17)**.

1.3.3 Vyšetření v ambulanci

Na vyšetření do ambulance nevidomého doprovázíme. Pokud musíme čekat, vyčkáme s nevidomým, nenecháváme ho samotného popřípadě dle domluvy. Je ale vhodné, když se setra z oddělení a sestra z ambulance domluví na přesný čas, aby nevidomý pacient nemusel čekat. Sestra a nevidomý pacient by se dále měli domluvit, jak vše bude probíhat. Důležitá je komunikace, protože pro klienta je to neznámé prostředí. Z čekárny by ho měla vyzvat sestra z ambulance jménem, popřípadě se ho lehce dotknout například na předloktí ruky. Měla by klientovi nabídnout pomoc a domluvit se jakou pomoc potřebuje. Nevidomému nabídne pokrčenou paži, aby se mohl přidržet lokte nebo zavěsit do rámě. Měla by jít o krok napřed a případně nevidomého upozornit na překážky. Je vhodné i slovně komentovat situaci například procházíme dveřmi, teď jsme v kabině a zde si můžete odložit, za chvíli pro vás přijdu. Poté pacientovi opět nabídneme, aby se přidržel paže, a dovedeme ho do ambulance, kde mu místnost popíšeme a pak ho zavedeme k židli, křeslu, lůžku. Poté sestra položí svou ruku například na postel a vyzve nevidomého, aby sjel po její ruce na postel. Nevidomý se poté většinou již sám posadí, položí, popřípadě mu vysvětlíme a pomůžeme do určité polohy. Nevidomému pacientovi také sdělíme, kdo je v místnosti a kdo bude provádět vyšetření. Vše co budeme u klienta dělat, musíme popisovat a případně mu dávat kontrolní otázky zda je mu vše srozumitelné **(10)**.

1.3.4 Stravování a podávání léků

Stravování nevidomého pacienta patří k nejobtížnějším dovednostem, zejména pokud jde o jídla, která vyžadují dobrou souhru zraku a jemné práce rukou přiborem (například: ryby kvůli malým kůstkám riziko zaskočení, u omáčky hrozí znečištění). U nevidomého pacienta záleží na tom, zda se stravuje na pokoji nebo v jídelně. Na pokoji oznámíme pacientovi, kde má své jídlo. Jídlo podáváme pravidelně na stejné místo. Pacientovi je potřeba umožnit orientovat se na stole, táce a talíři. Pro orientaci na talíři se používá orientace podle hodin. Například u 3 maso, u 6 brambory, u 9 obloha. Pacient se poté lépe orientuje a nají se sám. V jídelně pacienta doprovodíme ke stolu, usadíme ho, navedeme ho tam, kde má své jídlo. Důležité je to především v případech, kdy se jednotlivá jídla liší v dietě. Pro některé nevidomé pacienty (zvláště u klientů, kteří přišli o zrak v nedávné době), může být stravování velmi stresujícím prvkem, který vede k odmítání stravy. Proto je vhodné s nevidomým pacientem komunikovat o stravování a domluvit se s ním. Při podávání tekutin nalíváme nápoje pouze do poloviny, aby se nevidomý nepolil. Sám nevidomý při nalévání tekutin může použít na určení výšky nalitého nápoje svůj prst nebo indikátor hladiny, který zapípá, když je naplněná sklenice (3, 10, 25).

Při podávání léků musíme nevidomého pacienta informovat, kde má své léky. Pokud je zvyklý na opakované podávání léků, při kterém je již rozezná hmatem, velmi ho znejistí situace, kdy se určitý lék při stejném dávkování změní (například jiný výrobce vyrábí stejný lék v jiném tvaru, nebo když jedna tableta je nahrazena dvěma tabletami s nižší silou). V případě takové změny je nutné pacienta informovat. Pokud má pacient svůj vlastní zásobník léků označený Braillovým písmem, pak je velmi vhodné umožnit mu jeho používání a dohodnout se na pravidlech, která bude ošetřující personál respektovat (10).

1.3.5 Hygiena

U nevidomého musíme zhodnotit stupeň soběstačnosti. Pokud je pacient soběstačný necháme ho hygienu provádět samostatně. Dohodneme se, jestli chce s něčím pomoci

nebo jen doprovodit do koupelny. Ideální by bylo, kdyby měl koupelnu na pokoji sám pro sebe, bohužel ne vždy je to možné. V koupelně mu vše ukážeme a necháme ho samotného vše osahat. Pokud je to možné poskytneme nevidomému do sprchového koutu nebo vany protiskluzové podložky. Hygienické pomůcky, ručník a čisté prádlo mu dáme na dosah ruky a neměníme jejich pozici, pokud mu to nesdělíme. Seznámíme ho s druhem baterie a na jaké straně je teplá a studená voda. Pro nevidomé jsou vhodné kapsáře na hygienické pomůcky, které si sám uspořádá a ví, kde co má. Dále jsou vhodnější spíše plastové nádoby různých tvarů než skleněné. Různých tvarů, aby odlišil například šampón od kondicionéru, pokud to tak není, je vhodné, aby to měl rozlišené například u kondicionéru sundanou etiketu. Nejlepší je tedy používat přípravky 2 v 1. Zubní pastu je vhodné používat s odklápěcím víčkem a ne šroubovacím (9).

Pro nevidomého je také vhodná manikúra a pedikúra, která lze ve většině nemocnic objednat. K hygieně v dnešní době neodmyslitelně patří i holení. Pokud nevidomý nemá pomůcky, poskytneme mu nemocniční a dostatek soukromí. Na WC ho seznámíme s typem zařízení. Dovedeme ho na okraj toaletní mísy, muže postavíme před mušlí na okraj žlábků. Při orientaci si nevidomý ve zvýšené míře pomáhá holí nebo nohou. Pokud mají muži problémy se správným určením postoje a vzdálenosti k toaletě, raději by se měli posadit. Seznámíme ho s místem, kde je toaletní papír, jaký druh splachovadla je na toaletě, kde se nachází umyvadlo, mýdlo a ručník. Po odchodu z toalety bude nevidomý rád, kdybychom ho upozornili, že je někde znečištěný (19, 1, 21).

1.3.6 Ošetřovatelské diagnózy

U nevidomého pacienta lze stanovit řadu diagnóz. Ve vztahu k pohybu nevidomého na standardním lůžkovém oddělení můžeme stanovit diagnózu „Zhoršená schopnost přemísťovat se“ (00090). Tato diagnóza je definována jako omezení nezávislého pohybu mezi dvěma blízkými povrchy. Ošetřovatelská diagnóza vzniká v souvislosti s neschopností orientovat se po oddělení, po pokoji, po koupelně, po jídelně a společenské místnosti. Diagnóza se projevuje strachem, obavami

a nejistotou z neznámého prostředí, také se může projevovat zmateností a dezorientací. Sestra pomůže nevidomému pacientovi se zorientovat. Projde s ním oddělení, pokoj, koupelnu, jídelnu, společenskou místnost a upozorní ho na možné překážky. Pokud klient bude chtít a nebude mít doprovod, bude mu nápomocná. Nacvičí si s klientem chůzi (24).

„Riziko pádu“ (00155). Tato diagnóza je definována jako zvýšená náchylnost k padání, které může způsobit fyzickou újmu. Ošetrovatelská diagnóza vzniká v souvislosti s používáním bílé hole a dále s neuspořádaným nebo neznámým prostředím. Sestra zajistí bezpečné okolí pro pacienta. Informuje ho o změnách a případně ho upozorní na možná rizika. Pokud klient bude chtít, bude ho doprovázet na toaletu, na jídlo, na vyšetření (24).

Ve vztahu k sebepěči lze stanovit následující diagnózy. „Deficit sebepěče při koupání“ (00108), který je definován jako zhoršená schopnost samostatně provést nebo dokončit aktivity týkající se koupání/hygieny. Ošetrovatelská diagnóza vzniká v souvislosti s neschopností se samostatně dostat do koupelny kvůli neznalosti terénu. Diagnóza se projevuje nervozitou a neuspokojením základních potřeb nevidomého klienta. Sestra zhodnotí stupeň soběstačnosti u klienta. Projde s ním cestu do koupelny a vše mu ukáže. Seznámí ho s tipem baterií a navede ho na místo, kde si bude moci odkládat své věci například šampón, mýdlo a kde si bude moci pověsit ručník. Dohodne se s klientem, zda chce doprovázet a pomoci při hygieně nebo zda chce být soběstačný (24).

„Deficit sebepěče při stravování“ (00102) je definován jako zhoršená schopnost provádět nebo dokončit aktivity týkající se stravování. Ošetrovatelská diagnóza vzniká v souvislosti s neschopností nevidomého klienta se samostatně najíst a napít. Diagnóza se projevuje neuspokojením základních potřeb nevidomého klienta. Sestra se domluví s pacientem, kde se chce stravovat, jestli na pokoji nebo v jídelně. Dle potřeby doprovodí pacienta ke stolu a ukáže mu pomocí ruky, kde má své jídlo, aby nedošlo k záměně. Řekne klientovi, jak má uspořádané jídlo pomocí hodin například na 3 maso, na 6 knedlíky, na 9 zelí (24).

„Deficit sebepečce při vyprazdňování“ (00110) je definován jako zhoršená schopnost samostatně provést nebo dokončit aktivity tykající se vyprazdňování. Ošetřovatelská diagnóza vzniká v souvislosti s neschopností přemístění nevidomého pacienta na toaletu. Diagnóza se projevuje neuspokojením základní potřeby nevidomého pacienta. Sestra, pokud je to možné, uloží pacienta co nejbliže k toaletě a odstraní bariery. Projde s pacientem trasu na toaletu a upozorní ho na možné překážky. Také bude pacientovi nápomocná při nácviku sebeobsluhy. Ukáže mu pomocí hmatu kde má toaletní papír, mýdlo, ručník. Seznámí ho s typem toalety a baterií. Dopřeje pacientovi dostatek času a zajistí mu soukromí (24).

Při podávání informací nevidomému pacientovi se může objevit diagnóza „Zhoršená verbální komunikace“ (00051). Tato diagnóza je definována jako snížená, zpožděná nebo neexistující schopnost přijímat, zpracovat, vysílat anebo využít systému symbolů. Ošetřovatelská diagnóza vzniká v souvislosti s absencí očního kontaktu. Diagnóza se projevuje neklidem, možným nepochopením komunikace. Sestra nebo lékař by měla pacientovi vše důkladně vysvětlit popřípadě mu umožnit rozhovor si nahrát na diktafon nebo se dohodnout na poslání propouštěcí zprávy e-mailem (24).

Lékařská zpráva pro nevidomé se dává většinou písemně, ale mnozí lékaři jsou ochotni a lékařské zprávy posílají nevidomým pomocí e-mailu. Většina nevidomých má totiž k dispozici notebooky s hlasovými výstupy a také počítače. Doma si poté zprávu mohou poslechnout, nebo přepsat Braillovým písmem a poté založit do své osobní dokumentace. Pro lepší komunikaci je vhodné si e-mailovou adresu poznamenat při příjmu do dokumentace. Starší lidé někdy nemají k dispozici notebook nebo počítač a musí si vystačit pouze se svým sluchem nebo mohou využít diktafonu, nahrát si rozhovor a poté si to znova v klidu poslechnout (18).

1.4 Komunikace

Komunikace patří mezi důležité aspekty kvalitní péče. Při komunikaci s nevidomými si musíme uvědomit, že nevidomí lidé jsou zcela normální a nevyžadují soucit. Při komunikaci se obracíme na nevidomého a ne na doprovod. Někteří nevidomí

si ani nepřejí, aby je doprovázel na vyšetření. Nevidomého oslovujeme jako první a to jménem nebo titulem. Hovoříme k němu otočení čelem, představíme se a seznámíme jej se svou pracovní funkcí a s důvodem setkání. U nevidomého bychom měli vzbuzovat dobrý dojem, měli bychom s ním hovořit jako s každým jiným klientem **(16)**.

Při vstupu do místnosti seznámíme nevidomého s prostředím a upozorníme ho na možné překážky, nebo pokud to lze, odstraníme je. Snažíme se vytvořit dobré akustické prostředí. Pacienta také informujeme o svém pohybu po místnosti, a pokud se vzdalujeme, také ho upozorníme, aby nebyl nejistý a neměl obavy. Nevidomému popisujeme vše slovy. Vysvětlujeme, co děláme a budeme dělat. Informujeme ho podrobně o zákroku, který se chystáme provést. Dopředu jej seznámíme s průběhem zákroku, informujeme ho o dotecích (například: „Nyní Vám zatáhnu gumovým škrtidlem pravou ruku a vydesinfikuji Vám předloktí“). Při komunikaci se vyjadřujeme jasně, srozumitelně a přímo. U komunikace s nevidomým se nebojíme používat tabuizovaná slova jako například „dívat se“, „slepota“, „prohlédnout si“, nebo označení barev. Nevidomí totiž tyto slova také používají, ale trochu jinak například „četl jsem novou knihu“(poslouchal zvukovou nahrávku), „viděla jsem hezký svetr“ (vnímala a ohmatala si ho). Nevidomého upozorníme při ukončování rozhovoru nebo odchodu z místnosti **(16, 17, 18)**.

Při písemné komunikaci se při těžkém zrakovém postižení používá Braillovo hmatové slepecké písmo. Jde o 64 kombinací šesti bodů uspořádaných do dvou sloupečků a tří řad, které jsou buď vytlačené, nebo nevytlačené. Pro tisk se používá speciální tvrzený papír **(4)**.

Mezi nejčastější chyby při komunikaci s nevidomým pacientem, kterým by se měli zdravotníci vyvarovat, patří: komunikace s doprovodem pacienta, nikoli přímo s ním, kdy zdravotník nerespektuje právo pacienta vyjádřit souhlas či nesouhlas v této oblasti. Nedostatečný klid při komunikaci, kdy pacient není schopen pořádně vnímat sdělované informace, což může být dáno tím, že při rozhovoru je zapnuté například rádio nebo televize. Nepředstavíme se nemocnému. Nevidomého předem neupozorníme na překážku nebo na chystaný zákrok. Používáme nevhodné otázky například: „Jste úplně slepý? Vy nic nevidíte? Nevidíte už od narození nebo od kdy? Jak jste oslepl?“ Tyto

otázky jsou některým nevidomým nepříjemné. Velkou chybou je, když nemáme pro pacienta dostatek pochopení a trpělivosti. Pro lepší komunikaci vydala národní rada osob se zdravotním postižením desatero komunikace s nevidomým pacientem (viz Příloha č. 1), **(15, 18, 22)**.

1.5 Kompenzační pomůcky a vodící pes

Většina nevidomých používá ve svém každodenním životě řadu kompenzačních pomůcek, které jim usnadňují vykonávání různých činností. Kompenzační pomůcky lze rozdělit na pomůcky pro sebeobsahu, pomůcky pro prostorovou orientaci a samostatný pohyb, pomůcky pro práci s informacemi. Mezi pomůcky pro sebeobsahu, které by si nevidomý pacient mohl přinést, patří zvukový indikátor hladiny, hodinky, počítač a mobil. Díky těmto pomůckám může být nevidomý pacient přece jenom o něco soběstačnější. Mezi pomůcky pro prostorovou orientaci bezprostředně patří bílá hůl a vodící pes. Bílá hůl má funkci ochrannou, orientační, informativní. Hůl slouží jako prostředek opory při vyhmatání terénu při prostorové orientaci. Může být pevná, skládací a teleskopická. Skládá se z držadla, těla, koncovky a poutka. Mezi pomůcky pro práci s informacemi patří speciálně upravené notebooky, hlasové zápisníky, mobilní telefon s hlasovým výstupem. Pomůcky pro práci s informacemi pomohou nevidomému pacientovi si přečíst například informovaný souhlas, pokud je personál ochotný ho nevidomému pacientovi poslat na e-mail nebo poskytnout na flash disku. Do nemocnice si nevidomý pacient může vzít některé kompenzační pomůcky s sebou, ošetřující personál by to měl respektovat **(10, 25)**.

Vodící pes se řadí mezi kompenzační pomůcky pro nevidomé. Přestože je speciálně vycvičený, nenahradí nevidomému oči, ale velice mu pomáhá s pohybem, samotnou orientací a dělá nevidomému společníka. Vodící pes musí být označen, mít postroj a doklad o příslušném výcviku. Může být také hospitalizován na standardním oddělení s nevidomým pacientem. Přítomnost vodícího psa u plánovaného přijetí je nutné řešit ještě před nástupem do nemocnice. Pobytu psa mohou totiž bránit hygienické podmínky. Nemůže být hospitalizován s nevidomým na jednotce intenzivní péče

a na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Záleží na vstřícnosti a přístupu majitele vodícího psa a ošetřovatelského personálu. Ošetřující personál by neměl vodícího psa oslovovat, vyrušovat při jeho práci, dotýkat se ho a ani krmit. Hlavním důvodem, proč nevidomému pacientovi umožnit přítomnost vodícího psa, je větší samostatnost a psychická pohoda nevidomého pacienta. Obojí je prospěšné jak pro nevidomého pacienta, tak pro ošetřující personál. Při hospitalizaci nevidomý musí zařídit venčení psa, krmení pokud nemůže sám, zajistí si doprovod, který tyto potřeby psa vyřídí. Nevidomý je vždy rád, když je s ním hospitalizovaný, protože vodící pes při odloučení zapomíná své návyky (2, 10, 20).

1.6 Organizace pro zrakově postižené

V České republice existuje mnoho poskytovatelů služeb osobám se zrakovým postižením. Jejich společným cílem je, aby byl nevidomý co nejvíce soběstačný a mohl se co nejvíce integrovat do společnosti. Mezi nejznámější organizace patří Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých České republiky (SONS) jejímž cílem je sdružovat a hájit zájmy nevidomých a jinak těžce zrakově postižených občanů a poskytovat konkrétní služby vedoucí k integraci takto postižených občanů do společnosti (6).

Mezi další známé organizace patří obecně prospěšná společnost Tyfloservis, která nabízí lidem se zrakovým postižením podporu, informace a nácvik dovedností, které jim umožní samostatně zvládat nároky všedního dne. Tyfloservis nepracuje s dětmi mladšími patnácti let. Sdružení Okamžik podporuje plnohodnotný a samostatný život lidí se zrakovým postižením a propojuje ho se světem lidí bez postižení prostřednictvím sociálních služeb, dobrovolnických, kulturních a osvětových aktivit. Sdružení Okamžik vydává také odborné publikace, které jsou určeny pro laickou a odbornou veřejnost. Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v České republice (ARPZPD ČR) pomocí svých klubů shromažďuje všechny, kteří chtějí pomoci zdravotně postiženým dětem, mládeži a jejich rodinám. Nadace Leontinka pomáhá dětem a studentům se zrakovým postižením. Posláním této nadace je umožnit

těmto dětem integraci do společnosti, vzdělání a společenských sportovních i volnočasových aktivit **(27, 28, 29, 30)**.

Dalším dlouholetým projektem nadačního fondu Českého rozhlasu je Světluška, která je založena na solidaritě a dobré vůli lidí, kteří se rozhodli obdarovat nevidomé trochou světla. Pomáhá dospělým a dětem s těžkým zrakovým postižením. Je podporou pro osoby, které měli nelehký životní osud. Život je postavil před každodenní výzvou: znovu a znovu se učí životu ve tmě bez pomoci nejdůležitějšího lidského smyslu a to zraku. Důležitou organizací je také Helpes jejímž posláním je zapojení lidí se zrakovým postižením do společnosti, pomocí speciálně vycvičených vodících psů a to díky projektu „Pomoc přichází na čtyřech tlapkách“ **(31, 32)**.

V Českých Budějovicích vykonává svoji činnost organizace Tyflokabinet, která se věnuje prevenci zrakového postižení, speciálním kompenzačním pomůckám (lupy, speciální počítače), volnočasovým aktivitám a technické pomoci. Dále se tu nachází Tyfloservis. V Českých Budějovicích je v provozu i školka pro zrakově postižené děti **(26, 27, 33)**.

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit specifika ošetrovatelské péče o nevidomé pacienty na standardních lůžkových odděleních.

Cíl 2: Zjistit jaké má nevidomý pacient zkušenosti s hospitalizací na standardním lůžkovém oddělení.

2.2 Výzkumné otázky:

Výzkumná otázka 1: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o nevidomé pacienty na standardních lůžkových odděleních?

Výzkumná otázka 2: Jaké má nevidomý pacient zkušenosti s hospitalizací na standardním lůžkovém oddělení?

3 Metodika

3.1 Použité metody

V této bakalářské práci bylo využito kvalitativní výzkumné šetření. Výzkumné šetření bylo prováděno pomocí polostrukturovaného rozhovoru s nevidomými respondenty. Nevidomí respondenti byli vybráni záměrně. Výběrovým kritériem byla probíhající či proběhlá hospitalizace na standardním lůžkovém oddělení. Předem byly připraveny otázky pro nevidomé. Nevidomým bylo kladeno 20 otázek (viz Příloha č. 3), které byly zaměřeny na jejich zkušenosti s hospitalizací na standardním lůžkovém oddělení a na specifika při ošetřování. Rozhovor trval 15-20 minut a byl prováděn na předem domluvené schůzce. Schůzka s prvním nevidomým respondentem č. 1 byla uskutečněna během jeho hospitalizace. S respondentem č. 9 byl rozhovor proveden před ambulantním operačním výkonem na očním oddělení a s ostatními respondenty se schůzka konala ve společenské místnosti v Tyflo Vysočina Jihlava. S respondenty, kteří byli hospitalizováni, bylo výzkumné šetření prováděno po schválení žádosti o výzkumné šetření od náměstkyně pro ošetrovatelskou péči-hlavní sestry Mgr. Moniky Kyselové, MBA (viz Příloha č 2). Zbylí respondenti z Tyflo Vysočina Jihlava, vyslovili souhlas s provedením výzkumného šetření. Rozhovory byly nahrávány na záznamové zařízení a poté doslovně přepsány (viz Příloha č. 4). Rozhovory byly přepsány pomocí metody tužka - papír a dále analyzovány technikou otevřeného kódování. Tato technika slouží k rozebrání, prozkoumání, porovnání, konceptualizaci a kategorizaci (34).

Na základě analýzy dat bylo vytvořeno 5 kategorií s několika podkategoriemi. Respondenti s uskutečněním rozhovoru souhlasili. Rozhovory byly prováděny anonymně a respondenti byli obeznámeni, že získaná data poslouží pro účely této bakalářské práce.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Kvalitativní výzkumný soubor tvořilo 9 nevidomých respondentů. Jednalo se o čtyři ženy a pět mužů. Respondent č. 1 byl při rozhovoru hospitalizován na očním oddělení v nemocnici České Budějovice, a.s. Respondent č. 9. byl na očním oddělení ambulantně na operaci šedého zákalu. Zbýlých sedm respondentů byli klienti Tyflo Vysočina v Jihlavě. Kritériem pro tento výběr bylo, že respondenti museli být nevidomí a v minulosti nebo v současnosti hospitalizováni na standardním lůžkovém oddělení. Všichni dotazovaní respondenti byli velmi ochotní spolupracovat. Výzkumné šetření probíhalo v měsíci březnu a dubnu roku 2015.

4 Výsledky

Výzkumného šetření se zúčastnilo 9 respondentů, 4 ženy a 5 mužů (viz Tabulka 1). Nejmladším respondentem byla R6 (věk 27 let), nejstarším byl R1 (věk 73 let). Mezi odděleními, na nichž byli respondenti hospitalizováni, bylo nejvíce uváděno oční a neurologické oddělení. Rozhovory byly přepsány pomocí metody tužka - papír a dále analyzovány technikou otevřeného kódování. Na základě analýzy dat bylo vytvořeno 5 kategorií s několika podkategoriemi (viz Tabulka 2).

Tabulka 1 Identifikační údaje o respondentech

Respondenti	Pohlaví	Věk	Oddělení
Respondent č. 1 R1	Muž	73 let	Oční a neurologické oddělení
Respondent č. 2 R2	Muž	62 let	Oční, chirurgické, kardiologické oddělení
Respondent č. 3 R3	Žena	29 let	Gynekologické oddělení
Respondent č. 4 R4	Muž	48 let	Oční a neurologické oddělení
Respondent č. 5 R5	Žena	38 let	Porodnice a kožní oddělení
Respondent č. 6 R6	Žena	27 let	Nefrologické, gynekologické a kožní oddělení
Respondent č. 7 R7	Žena	75 let	Oční, interní, plicní a endokrinologické oddělení
Respondent č. 8 R8	Muž	58 let	Oční, chirurgické, rehabilitační oddělení a JIP
Respondent č. 9 R9	Muž	55 let	Oční a neurologické oddělení

Tabulka 2 Seznam kategorií a podkategorií

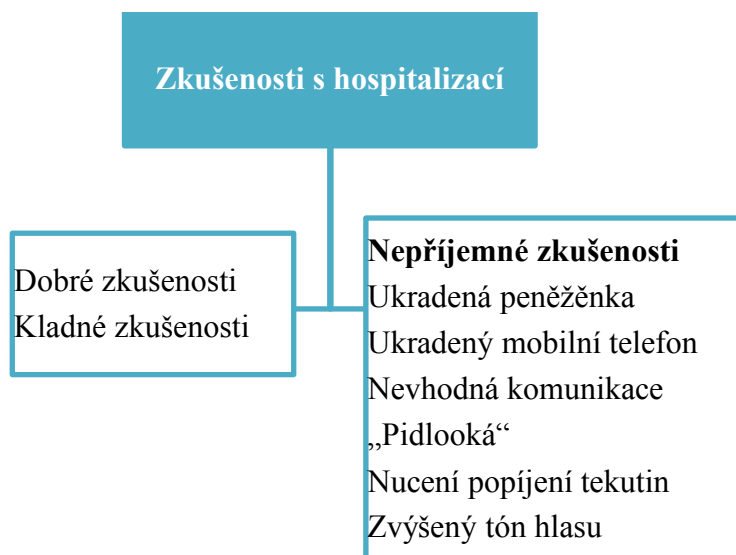
Kategorie	Podkategorie
Zkušenosti s hospitalizací	
Průběh hospitalizace	Příjem na oddělení
	Propuštění do domácí péče
Sebepéče	Pohyb
	Stravování
	Hygiena
	Nabízená pomoc
Komunikace	
Kompenzační pomůcky	

Kategorie: Zkušenosti s hospitalizací

Na základě analýzy odpovědí vztahujících se ke zkušenostem s hospitalizací (viz Schéma 1) lze konstatovat, že nevidomí klienti mají s hospitalizací převážně dobré zkušenosti, přestože se někdy vyskytnou situace, které jim nejsou příjemné. Takovou situaci popsala R5: *„Já bych řekla kladné, až na jeden incident, kdy pomocný personál řekl hele tohle je ta „pidlooká“ a já to slyšela. Tak to mě teda jako docela dostalo a obřečela jsem to. Protože většina lidí si myslí, že když nevidíte tak taky neslyšíte.“* R6 uvádí: *„Dobré, akorát jednou mě sestřička nutila furt pít, myslela si, že když nevidím tak nepiju.“* R9 si velice chválil průběh hospitalizace, především z doby kdy o zrak přišel, uvádí: *„S hospitalizací mám zatím dobré zkušenosti, především když jsem přišel o zrak, personál mi velice pomohl.“* Dva respondenti také odpovídali obdobné otázky, že když oni se chovali hezky, personál se k nim tedy choval taky hezky. *„S hospitalizací mám doposud dobré zkušenosti. Já se chovám hezky k personálu a on se i tak chová ke mně“* (R7). *„V celku dobré, jde o to, jak se ten pacient chová, jaká je s ním spolupráce, jestliže je někdo nepříjemný tak s tím personálem vycházení hůře, ale jinak když se spolupracuje a člověk má trošku rozum tak je všechno v pořádku“* (R8). V rozhovorech se všichni nevidomí klienti tedy shodovali, že mají s hospitalizací dobré zkušenosti až na pár nepříjemných okamžiků. Dva respondenti také zmínili, že byli

během hospitalizace okradeni: „S hospitalizací mám opravdu dobré zkušenosti až na tu ukradenou peněženku“ (R1). S hospitalizací mám dobré zkušenosti, až na jednu špatnou kdy mi při hospitalizaci ukradli telefon. Odešel jsem se koukat na televizi a pak jsem přišel a telefon tam nebyl, měl jsem si na věci dávat větší pozor“ (R2). I přes uvedené nepříjemnosti byla u obou respondentů, tak jako u ostatních, zaznamenána obdobná odpověď týkající se doporučení změn v průběhu hospitalizace: „Nic bych neměnil, akorát na tu peněženku jsem si měl dát víc pozor a nevěřit sestře, že když budu na operaci, že se zamyká pokoj“(R1). R5 uvedla, že by na hospitalizaci změnila komunikaci s lidmi a také čas určený pro pacienta: „Asi komunikaci s lidmi a více péče o pacienty a méně administrativy.“ R8 by na hospitalizaci nic neměnil, ale nemá rád, když na něj někdo zvyšuje hlas, protože si myslí, že když nevidí, tak má problémy i se sluchem, uvádí: „No těžká řeč. Personál, já myslím, že v pořádku sestřičky jistěže některé jsou více a některé méně příjemné. Ale celkově bych nic neměnil, akorát nemám rád, když na mě někdo křičí a myslí si, že když nevidím, že i neslyším“ R3 se hospitalizace líbila: „Mně se hospitalizace líbila, nic bych neměnila.“

Schéma 1 - Kategorie „Zkušenosti s hospitalizací“



Kategorie: Průběh hospitalizace

Podkategorie: Příjem na oddělení

Šest respondentů uvedlo, že při příjmu měli pohovor a byl s nimi vyplněn dotazník. Dotazník mají respondenti spojený s ošetřovatelskou anamnézou. R3 se v rozhovoru zmiňuje, že její příjem na oddělení probíhal rychle, uvádí: „*V celku rychle. Rychle se vyplnily papíry a pak mi řekli, co se bude dít a za jak dlouho mám co očekávat.*“ Podobné odpovědi uváděli také R5, R6, R7, R9. Z jejich odpovědí vyplývá, že byli seznámeni s pokojem, kde budou hospitalizováni. „*Dobře, sepsali jsme příjem a pak mě uložili*“ (R5). „*Normálně, nejdříve se vyptávali a pak mě dovedli na pokoj*“ (R6). „*Nejdříve se sepsal příjem na oddělení, jako všechny ty papíry poté mi ukázali oddělení a kde mám pokoj*“ (R7). Dva respondenti (R1, R8) poukázali na to, že při příjmu na oddělení vznikly při komunikaci nejasnosti. R1 uvedl: „*Divně, do nemocnice jsme se s manželkou přijeli domluvit na operaci a oni mě tady rovnou nechali. Takže já jsem sebou nic neměl, jen to co jsem měl na sobě, ale oblíkli mě tady, půjčili mi věci. Tak to bylo nečekané, byla špatná domluva.*“ R8 odpověděl: „*Dobře, ale párkrát se mi stalo, že když mě přijímali, vyptávali se na mé osobní údaje ne mě, ale doprovázející osoby.*“ R4 si příjem na oddělení již nepamatuje, byl hospitalizován naposledy před 5 lety. „*No moc si to již nepamatuji, je to již déle tak 5 let*“ (R5).

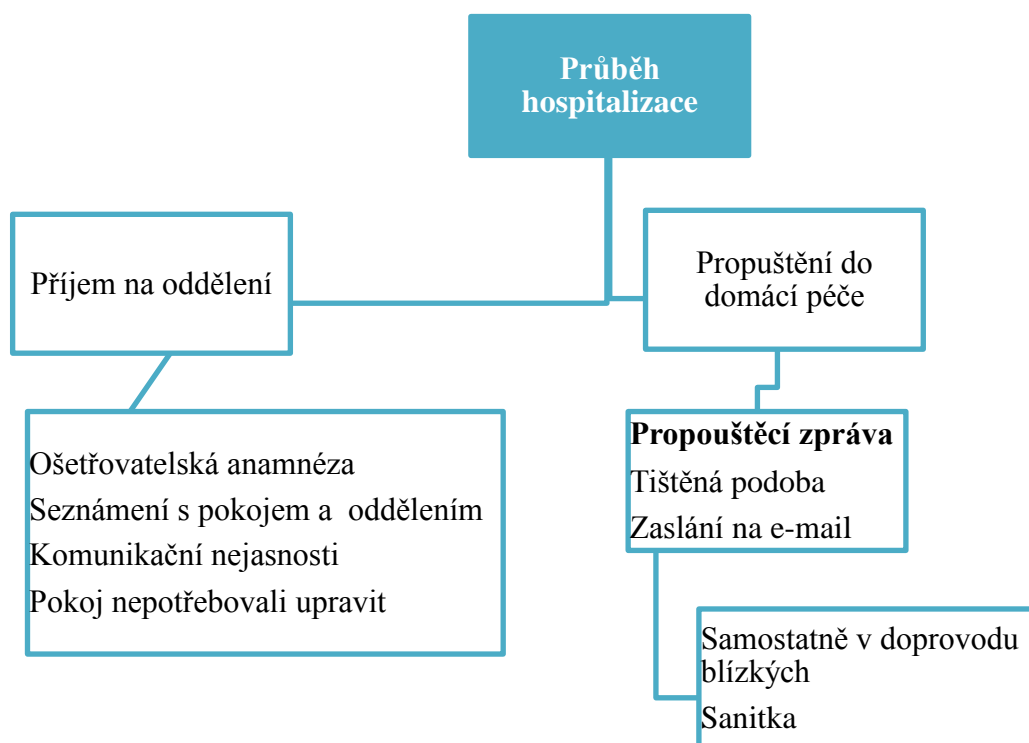
V oblasti seznámení s oddělením a s nemocničním pokojem respondenti odpovídali převážně kladně. Respondenti byli seznámeni jak s oddělením, tak i s nemocničním pokojem. R2 uvedl: „*Provedli mě oddělením a ukázali mi, kde budu ležet, kde jsou toalety, kam si mám dat věci.*“ „*Provedli mě oddělením i na pokoji. Měla jsem výhodu, že dřív než jsem oslepla, jsem se už učila hmatově vnímat*“ (R7). R6 uvedla: „*Ukázali a vysvětlili mi jako tady je vaše postel tady o pár metrů dál je koupelna. A na oddělení mě dovedli do jídelny, ukázali, kde je sesterna. A pak jsem třeba počítala dveře, abych věděla který pokoj, je můj. A když jsem měla jít na vyšetření tak pro mě došli až na pokoj a dovedli mě do vyšetřovny i nazpět.*“ R4 uvádí: „*Na očním jsem to znal, ležel jsem tam ještě dříve, než jsem přišel o zrak, takže tam mě nemuseli seznamovat a na neurologii jsem měl známou a ta mě provedla. Nevím, jak by to vypadalo, kdybych*

oční oddělení neznal a na neurologii neměl známou.“ Jediná záporná odpověď byla zaznamenána u R3, která se musela s oddělením seznámit sama. Ovšem na požádání jí ošetřující personál pomohl. *„S oddělením mě neseznámili, musela jsem se sama zorientovat, ale když jsem se na něco zeptala tak mi pomohli“*(R3). Všichni respondenti se shodli, že během své hospitalizace nepotřebovali upravit nemocniční pokoj, ale R2, R8 a R9 ke své odpovědi doplnili, že kdyby měli na výběr, chtěli by ležet blízko toalet. *„Ne nepotřeboval, ale chtěl jsem ležet blízko dveří, abych to měl kousek na toaletu“*(R2). *„Nepotřeboval, ale byl jsem radši, když jsem byl blízko záchodu“* (R9).

Podkategorie: Propuštění do domácí péče

Devíti respondentům při propouštění do domácí péče byla propouštěcí zpráva poskytnuta v tištěné podobě. *„Propouštěcí zprávu mi dávali vytištěnou. Manželka mi to vždy čte“*(R1). R6 při hospitalizaci v jedné nejmenované pražské nemocnici po předchozí domluvě byla propouštěcí zpráva poslána na e-mail. *„Propouštěcí zprávu většinou v tištěné formě, ale i na e-mail jsem ji dostala po domluvě z Prahy“*(R6). Při propuštění do domácí péče sedm z devíti respondentů odcházelo samostatně v doprovodu svých blízkých. *„Při propouštění jsem většinou odcházel s doprovodem“*(R2). *„Většinou mě někdo vyzvedával“*(R7). Pouze R1 a R8 vezla při propuštění domu sanitka. *„Sanitka mě vezla domů“*(R1). R8 je odkázán na invalidní vozík kvůli úrazu a tak pro něj byla varianta, že při propuštění do domácí péče pojede sanitkou, lepší. *„Jak bylo potřeba, ale kvůli úrazu páteře jsem na invalidním vozíku, i když si na krátké vzdálenosti přejeďu tak i tak většinou sanitkou“* (R8).

Schéma 2 - Kategorie „Průběh hospitalizace“



Kategorie: Sebepéče

Podkategorie: Pohyb

Pro většinu respondentů v nemocničním zařízení, co se týče pohybu, nebyly bariéry. R1 udává: „Žádné nic. Nevím je to těžké.“ R3 má v tomto smyslu pozitivní zkušenosti a chválí, že v nemocnici, kde byla hospitalizována, měli velké chodby a říká: „V nemocnici pro mě nebyly žádné bariéry. Bylo dobré, že tam byly velké chodby.“ R4 a R6 doprovázel všude personál, do jídelny, na vyšetření. „Personál se mnou všude chodil, takže pro mě nebyly žádné bariéry a na pokoji jsem se pohyboval sám a tam jsem si to osahal“(R4). „Většinou ne, a když jsme někam šla tak se mnou někdo byl, bylo to jednodušší“(R6). R5 potřebovala čas, než se zorientovala v prostoru. „Bariéry

bych řekla, že žádné, jen na začátku než jsem se zorientovala v místnosti“(R5). Pro R7 v nemocnici také nebyly žádné bariéry, dle jejích slov ji stačilo upozornit na překážku. „V nemocnici pro mě nebyly žádné bariéry, stačilo upozornit, ale aby kvůli mně museli odstraňovat překážku to ne“ (R7). R8 bariéry při pohybu v nemocnici zaznamenal i z toho důvodu, že je odkázán na invalidní vozík, i když dokáže ujít pár metrů. Z jeho odpovědi vyplývá, že by mu vyhovovalo, kdyby na chodbách bylo všude zábradlí. Uvádí: „Bariéry jsou vždycky, ale všechno se neodstraní. Pro lepší pohyb po oddělení by bylo vhodné, kdyby měli všude na chodbách zábradlí.“ Pro R9 byly v nemocnici také bariéry, protože to pro něj bylo neznámé prostředí. Uvádí: „Bariéry pro mě v nemocnici byly, protože pro mě to bylo neznámé prostředí. Nepomatoval jsem si ho, z doby kdy jsem ještě viděl.“

Podkategorie: Stravování

Čtyři respondenti z devíti se stravovali na společné jídelně. R2 se cítí lépe, když se může stravovat mezi lidmi, kteří normálně vidí. „*Jak kde, ale většinou na společné jídelně. Jím tam radši než sám na pokoji“(R2). R8 má dobrou orientaci takže přesun na jídelnu mu nedělal problémy. „Stravoval jsem se v jídelně, mám dobrou orientaci“(R8). Pět respondentů (R1, R5 - R7, R9) se shodlo, že pro ně bylo stravování na pokoji příjemnější, než kdyby se měli stravovat mezi ostatními pacienty. „Stravuji se na pokoji u stolku, ono by nebylo dobré jíst ve společné jídelně, protože když špatně vidíte, a tam bych jedl s lidmi, kteří dobře vidí a tak bych měl takový divný pocit, kdybych měl před nimi jíst, kdyby mi něco třeba spadlo nebo tak podobně. Snídani mi automaticky mažou, maso mi nakrájí a navedou. Čaj mi nalévají také automaticky“(R1). Na pokoji a tak to je pro mě příjemnější, nerada se stravuji mezi cizími lidmi sama“ (R5). R6 má ráda soukromí a jistotu, že donesené jídlo je opravdu její. Uvádí: „*Jak kdy, většinou po domluvě na pokoji, kde jsem měla jistotu, že je to moje jídlo a měla jsem větší soukromí“(R6). R7 nemá ráda, když jí někdo pozoruje při stravování a uvádí: „Stravovala jsem se na pokoji, byla jsem radši, když mě při jídle nikdo nepozoroval.“**

Podkategorie: Hygiena

Většina respondentů uvádí, že dopomoc při hygieně nepotřebovali. Zvládli ji sami, stačilo jim pouze ukázat koupelnu. Někteří respondenti uvádí, že jim bylo pomáháno po operaci a na jednotce intenzivní péče. R2 uvádí, že když byl hospitalizován na jednotce intenzivní péče, tak mu ošetřující personál pomáhal a staral se o něj, ale na normálním lůžkovém oddělení se o sebe musel postarat sám. Uvedl: *„Když jsem byl, třeba na JIP tam se o mě starali a pomáhali, jinak mě nechali osudu a staral jsem se sám.“* R3 uvádí, že jí po operaci pomáhali, ale nebyli ochotní, tak se vše snažila zvládnout sama. *„Po operaci mi pomáhali, ale nebyli moc ochotný a tak jsem se snažila, zvládnou to sama“*(R3). R4 a R8 stačilo ukázat koupelnu a hygienu si provedli sami bez dopomoci. *„Nepomáhal mi, zvládal jsem to sám, pokud jsem nebyl po operaci, stačilo mi ukázat koupelnu“*(R4). *„Když jsem potřeboval pomoc, tak mi vždycky pomohli, ale většinou mi stačilo ukázat koupelnu“*(R8). R9 potřeboval s hygienou pomoci, než se zorientoval, uvádí: *„Ze začátku mi dopomáhali, pak jsem se snažil sám.“* Ostatní respondenti zvládali hygienu sami. *„Hygienu jsem zvládala sama“* (R6). *„Většinou jsem se snažila vše zvládat sama“* (R7). R1 byl při provádění rozhovoru hospitalizovaný na očním oddělení a uvádí: *„Pomáhal mi sanitář a teď bych to rád zkusil sám. Při ranní hygieně chodím sám k umyvadlu.“*

Většina respondentů neměla problém ani při hospitalizaci s chozením na toaletu. Hospitalizovaný R1 uvedl: *„Ze začátku jsem na toaletu nemohl trefit, ale pak už ano. Seznámili mě i s typem toalety. V této oblasti bych zdravotníkům nic nedoporučil, aby změnil. Opravdu jsem moc spokojený.“* Ostatní respondenti když mohli, chodili na toaletu sami, stačilo jim ukázat dveře a kde je toaleta. *„Na toaletu jsem si chodil sám, nikdo mě nedoprovázel. Jen tady jsou dveře a to bylo vše“*(R2). *„Chození na toaletu jsem také zvládala, jen mi ji stačilo ukázat“* (R6). *„To samé jako hygiena, zvládla jsem to sama“* (R5).

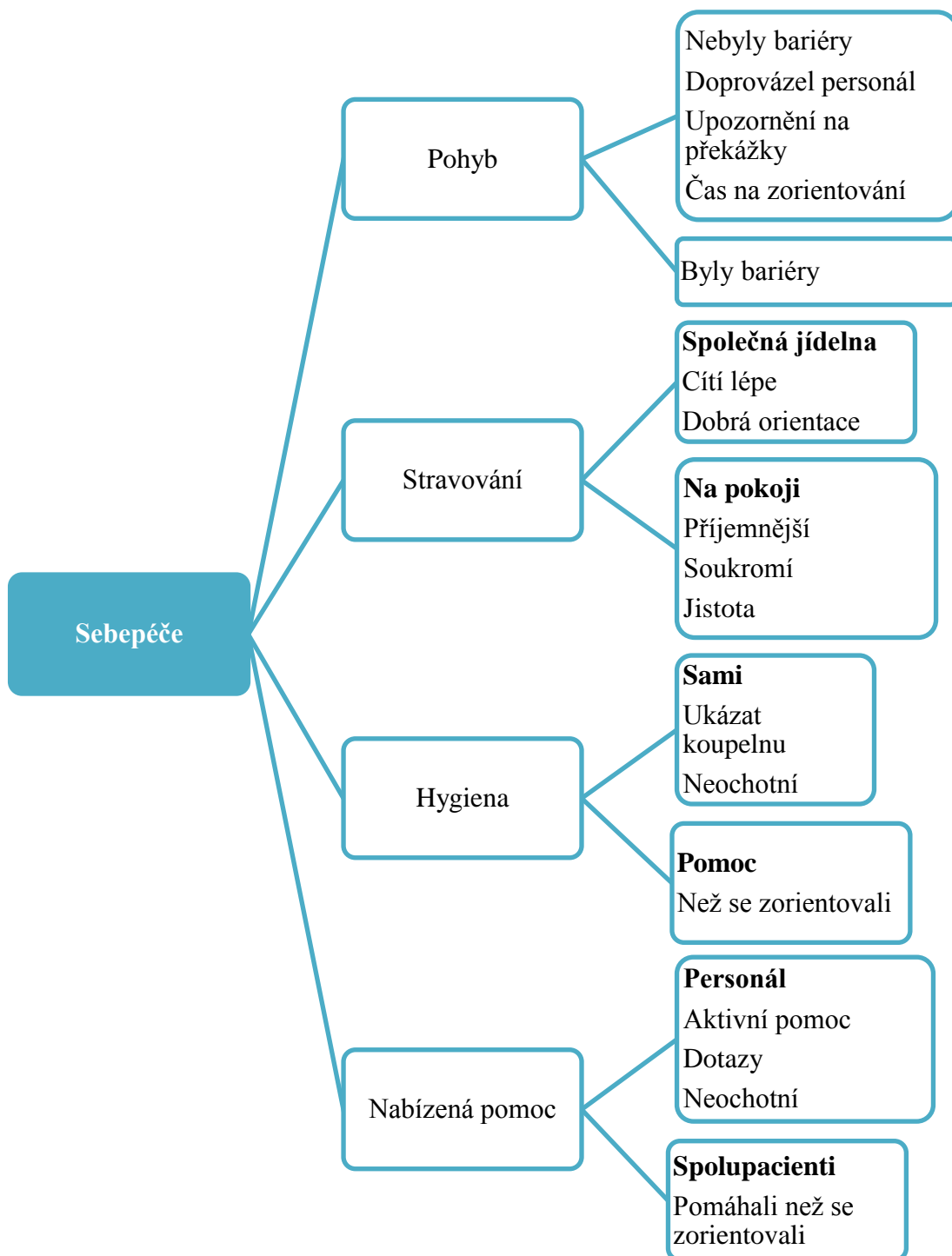
Podkategorie: Nabízená pomoc

Ošetřující personál dle respondentů nabízel aktivně svou pomoc. Pouze R2 byl s nabízením pomoci nespokojený, dle jeho slov mu ošetřovatelský personál pomoc příliš

nenabízeli, ale i přesto ošetřující personál chválí, že byli hodní. Uvádí: „*Moc mi pomoc nenabízeli, jako hodný jsou, ale doktora vidíte jednou za dva dny a sestra přijde, jen když něco potřebuje. Neměli na mě většinou čas.*“ R3 sice pomoc nabízeli, ale ošetřující personál se jí zdál neochotný. Uvádí: „*Pomoc mi nabízeli, ale zdáli se mi neochotný.*“ R9 byla ze začátku nabízená pomoc příjemná, ale když už byl zorientovaný, byla nepříjemná. Říká: „*Často se mě ptali, až mě to někdy obtěžovalo, ze začátku jsem byl rád, než jsem se zorientoval, ale potom už mi to bylo nepříjemné.*“ Naopak R1 byl za nabízenou pomoc velice rád, uvádí: „*Často se ptají, furt sem chodí, jestli nepotřebuji pomoc. Já jsem rád, že se takhle o mě zajímají.*“ R6-R7 ošetřující personál jim pomoc nabízel a dotazoval se, jestli nepotřebují s něčím pomoci. Uvádí: „*No většinou se ptali, jestli je všechno v pořádku a jestli nepotřebuju s něčím pomoci*“(R6). „*Většinou mi pokládali dotazy například, jestli nepotřebuji s něčím pomoci a tak dále.*“(R7). R8 uvádí, že s nabízením pomoci od ošetřovatelského personálu má dobré zkušenosti. „*Já myslím, že v pořádku, zkušenosti mám dobré a žádné problémy jsem neměl*“(R8).

Nevidomým respondentům nepomáhal při hospitalizaci jen ošetřující personál, ale také spolupacienti. Respondentům R1, R2, R5, R8, R9 spolupacienti pomáhali a především v orientaci. R1 uvádí: „*Pomáhali mi, když jsem šel na toaletu tak jsem šel vždycky blbě, tak mi pomohli a navedli mě správně.*“ R8 potřeboval pomoc se zorientovat, když mu ošetřující personál přerovnal věci, uvádí: „*Samozřejmě mi pomáhali. Většinou mi říkali kde, co mám, když mi to někdo přerovnal.*“ R2 a R5 uvádí, že když potřebovali pomoc tak jim spolupacienti pomohli. „*Když jsem něco potřebovala tak mi pomohli nebo mě navedli*“(R5). R9 stačilo pomoc pouze na začátku hospitalizace: „*Spolupacienti mi většinou ze začátku hospitalizace pomáhali.*“ R3, R4, R6, R7 při hospitalizaci většinou nepotřebovali pomoc od spolupacinetů. R6 uvádí: „*Většinou jsem vše zvládala sama, jen třeba ten čaj máte támhle jinak moc ne.*“ R7 uvádí: „*Pomoc od ostatních pacientek jsem většinou nevyžadovala, nechtěla jsem od nich pomoc.*“

Schéma 3 - Kategorie „Sebepéče“



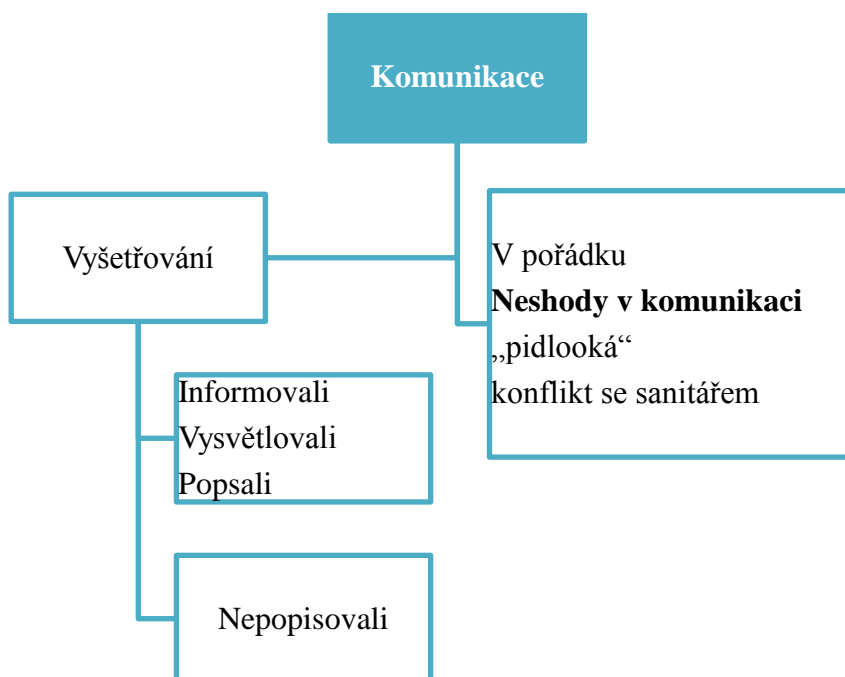
Kategorie: Komunikace

Komunikace mezi nevidomými respondenty a zdravotnickým personálem dle respondentů probíhala většinou v pořádku. „Komunikace byla v pořádku“ (R1). „Komunikace probíhala běžně“ (R2). „Dobře, ptali se mě často, jestli něco nepotřebuji“ (R7). „No vždycky jsme se domluvili, já jsem komunikativní“ (R8). R5 měla konflikt při komunikaci, když slyšela od pomocného personálu, jak se o ní baví a nazývají ji „pidlooká“. Komunikace byla dobrá, až na ten konflikt s pomocným personálem co už jsem říkala“ (R5). R3 měla problém při komunikaci se sanitářem, kdy byla převezena na operační sál a měla se přesunout na operační stůl. Sanitář s ní hovořil a neuvědomil si, že respondentka je nevidomá. Uvádí: „Komunikace probíhala v pořádku, akorát s jedním sanitářem jsem měla konflikt. Když mě přivezl na sál tak říkal, přelezte si sem, a asi si neuvědomil, že nevím kam. Jinak vše v pořádku.“ (R3).

K hospitalizaci na standardním oddělení patří i vyšetřování nevidomých pacientů. Při vyšetření byla většina nevidomých s ošetřujícím personálem a lékařem spokojena. Jeden respondent byl nespokojený, uvádí, že při vyšetření mu nikdo nic moc nepopisoval. R2 říká: „Moc nepopisovali a neinformovali.“ Čtyři respondenti (R3, R4, R6, R7) uvedli, že je ošetřující personál a lékař o svých postupech informovali, vysvětlili jim je a popsali. R6 má dobré zkušenosti s vyšetřením i informováním a uvedl: „Dobré, popíšou mi, co se bude dít, že teď budeme dělat tohle a pak vám vstříkneme do kanyly látku a ta projede tělem.“ „Jo informovali mě vždy a popisovali, jako třeba měření teploty tak mi to vysvětlili a pak sestřička říkala, nechte hlavu v klidu, sem to přiložíme, pípne to a je to změřené.“ R3 byla někdy až v rozpacích, když ji sestra popisovala, co se bude dít a uvádí: „Sestřička mi všechno popisovala, to bylo dobrý. Až jsem si říkala, ať mi to radši neříká a píchne mě, protože to znělo děsivě.“ R4 a R7 ve svých odpovědích zmínili, že když něčemu nerozumí tak se zeptají. „S vyšetřením mám doposud také dobré zkušenosti, vše mi vždy vysvětlili, a když nevím co se děje okolo mě tak se zeptám“ (R6). R7 uvádí, že pokud nerozuměla podaným informacím, personál byl vždy milý a ochotný: „Většinou ano, a pokud ne, tak jsem se zeptala na dovysvětlení a personál byl vždy milý a mé dotazy mi ochotně vysvětlili.“ R8 se nasetkal s tím, že by mu ošetřující personál nechtěl něco vysvětlit, uvádí: „Ano většinou

jsem všemu rozuměl neznám příklad, že bych něco chtěl vědět a nikdo by mi to neřekl“
 R5 uvádí: „*Já jsem děvče chápavé, a když nerozumím, já se zeptám.*“ R2 odpovídá, že i kdyby se lékaře chtěl na některé informace doptat, tak k tomu nemá moc příležitostí: „*No doktor s vámi mluví většinou večer a ráno vám dá sestra propouštěcí zprávu a řekne, že tam máte recepty a to je všechno. Takže když se večer nezeptáte doktora tak se to už nedozvíte.*“ R9 uvádí, že co se týče zkušeností s komunikací při hospitalizaci, má dobré zkušenosti, ale od svého obvodního lékaře už tak dobré zkušenosti nemá: „*Informovali mě o věcech, které prováděli, a za to jsem byl rád. U praktického lékaře takové zkušenosti nemám, moc mě neinformují, raději tam už nechodím sám, ale s doprovodem.*“

Schéma 4 – Kategorie „Komunikace“

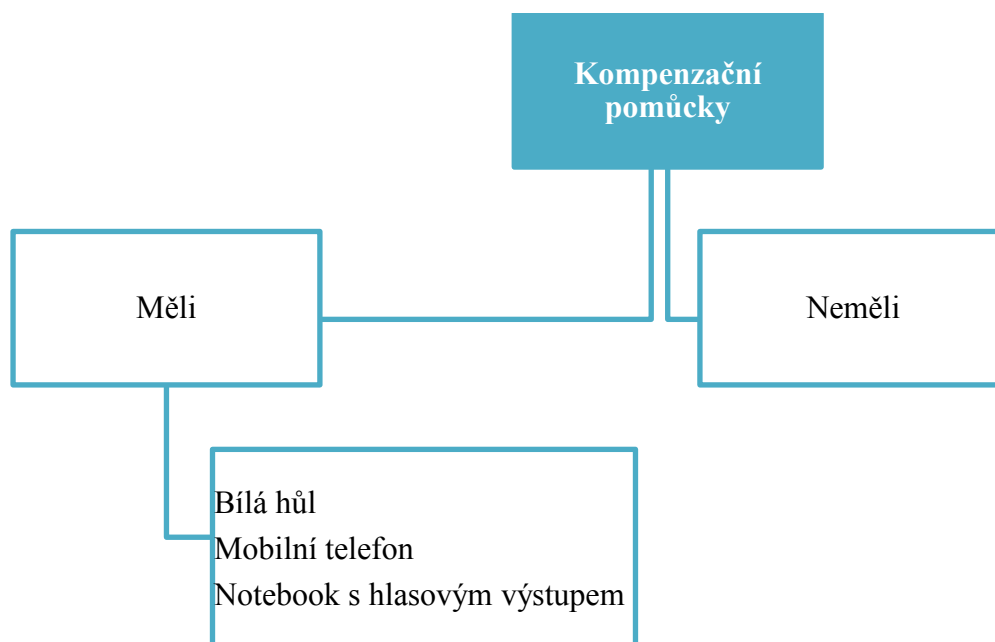


Kategorie: Kompenzační pomůcky

Během hospitalizace většina respondentů měla s sebou kompenzační pomůcky. R1, R3, R9 při hospitalizaci sebou neměli žádné kompenzační pomůcky. R2, R4, R8

při hospitalizaci na standardním lůžkovém oddělení s sebou měli bílou hůl. R2 s sebou měl během hospitalizace i notebook. R8 je sice odkázán na invalidní vozík, ale přesto u sebe vozí i bílou hůl, aby okolí vidělo, že je nevidomý. Uvádí: „*Ano, i když se většinou pohybuji na vozíku tak i tak jsem u sebe měl bílou hůl, aby okolí vědělo, že jsem nevidomý a nosím tmavé brýle, aby se mi nikdo nemusel dívat do očí.*“ R5 měla u sebe při hospitalizaci mobil a má i vodícího psa, ale při poslední hospitalizaci ho ještě neměla. Přesto uvádí zkušenosti ze svého okolí a reakce zdravotnického personálu, uvádí tedy: „*Akorát mobil. A v té době jsem ještě neměla vodícího psa, ale mám zkušenost, že když jsem chtěla jít za svou babičkou na návštěvu na internu tak mě tam nepustili a to mě rozčílilo, protože mi paní doktorka řekla, ať psa venku někde uvážu a můžu jít na návštěvu, ale já psa za 200 tisíc nemůžu uvázat venku, protože kdyby mi ho někdo ukradl tak mi nikdo nic nedá a ještě já tu pomůcku musím uhradit ze svého. Jinak má praktická lékařka s tím problém nemá.*“ R6 měla při hospitalizaci speciální notebook s hlasovým výstupem.

Schéma 5 – Kategorie „Kompenzační pomůcky“



5 Diskuze

Tato bakalářská práce se zaměřuje na specifika ošetrovatelské péče o nevidomé pacienty na standardních lůžkových odděleních. Cílem kvalitativního šetření bylo zjištění specifík ošetrovatelské péče o nevidomé pacienty na standardním lůžkovém oddělení, a zkušeností, které mají nevidomí s hospitalizací. Na tyto cíle navazovaly dvě výzkumné otázky. Výzkumné šetření bylo prováděno pomocí polostrukturovaného rozhovoru s nevidomými respondenty. Předem byly připraveny otázky pro nevidomé. Rozhovor trval 15-20 minut a byl prováděn na předem domluvené schůzce. Rozhovory byly nahrávány na záznamové zařízení a poté doslovně přepsány. Rozhovory byly přepsány pomocí metody tužka - papír a dále analyzovány technikou otevřeného kódování. Poté bylo vytvořeno 5 kategorií s několika podkategoriemi.

Na základě analýzy zjištěných dat lze konstatovat, že v oblasti hospitalizace mají nevidomí pacienti převážně dobré zkušenosti, přestože se někdy vyskytnou situace, které jim nejsou příjemné. Jak uvedla jedna respondentka (R5), někdy si ošetřující personál neuvědomuje, že ztráta zraku nemusí znamenat také problém se sluchem: *„Já bych řekla kladné, až na jeden incident, kdy pomocný personál řekl hele tohle je ta „pidlooká“ a já to slyšela. Tak to mě teda jako docela dostalo a obřečela jsem to. Protože většina lidí si myslí, že když nevidíte tak taky neslyšíte.“* S obdobným názorem jsem se ve výsledcích setkala ještě jednou, toto patří mezi chyby zdravotníků v komunikaci. Jedna respondentka také uvedla, že ji sestra nutila neustále pít, ale respondentka neměla potřebu být a byla dotčena, že si setra myslí, že když nevidí tak nepije. *„Dobré, akorát jednou mě sestřička nutila furt pít, myslela si, že když nevidím tak nepiju“*(R6). Dva respondenti také uvedli, že během hospitalizace byli okradeni, jeden o peněženku a druhý o mobilní telefon. V kontextu hospitalizace je třeba si uvědomit, že je důležité, aby nevidomý pacient byl spokojený a nic na své hospitalizaci nechtěl měnit. Také je důležité, aby se nevidomý cítil v bezpečí, protože se ocitá v neznámém prostředí, ve kterém prochází vyšetřeními, podstupuje různé zákroky a může mít obavy z diagnózy a léčby. To vše může způsobovat velkou nejistotu, záleží tedy i na důvěře mezi nevidomým a ošetrovatelským personálem. Toto uvádí i ze svých zkušeností Michálek a kol. (10).

Ostatní respondenti byli s hospitalizací spokojeni a většina respondentů nechtělo na hospitalizaci nic měnit. R7 a R8 uváděli obdobné odpovědi, že mají dobré zkušenosti díky vzájemné spolupráci. R7 uvedl: „*S hospitalizací mám doposud dobré zkušenosti. Já se chovám hezky k personálu a on se i tak chová ke mně.*“ R8 uvedl: „*V celku dobré, jde o to, jak se ten pacient chová, jaká je s ním spolupráce, jestliže je někdo nepříjemný tak s tím personálem vycházení hůře, ale jinak když se spolupracuje a člověk má trochu rozum tak je všechno v pořádku.*“ Vzájemná spolupráce je velice důležitá u vidících pacientů, ale u nevidomých je ještě důležitější. R9 si velice chválil průběh hospitalizace, především z doby kdy o zrak přišel, uvedl: „*S hospitalizací mám zatím dobré zkušenosti, především když jsem přišel o zrak, personál mi velice pomohl.*“ Pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je nutné, aby se ošetřující seznámil s tím, kdy pacient o zrak přišel a podle toho se k pacientovi přistupovalo, protože se od toho odvíjí schopnost jedince se s touto situací vyrovnat a orientovat se například v prostoru. Mlýnková (2) ještě dodává, že informace můžeme získat buď z dokumentace, nebo přímo od nevidomého. Musíme ale zvážit situaci, ne vždy je vhodné se nevidomého na toto ptát. Ze zjištěných dat byla následně vytvořena kategorie „Zkušenosti s hospitalizací“ (viz Schéma 1).

Druhou stanovenou kategorií byl „Průběh hospitalizace“ (viz Schéma 2). Tato kategorie byla rozdělena do dvou podkategorií: příjem na oddělení a propuštění do domácí péče, neboť s vlastní hospitalizací jsou obě tyto oblasti úzce spojeny. V oblasti příjmu nevidomého pacienta výsledky ukazují, že šest respondentů uvedlo, že při příjmu na oddělení s nimi byla sepsána ošetrovatelská anamnéza a dále byli provedeni oddělením a seznámení s nemocničním pokojem a se sociálním zařízením. Dva respondenti byli při příjmu na oddělení nespokojeni s komunikací. R1 uvedl: „*Divně, do nemocnice jsme se s manželkou přijeli domluvit na operaci a oni mě tady rovnou nechali. Takže já jsem sebou nic neměl, jen to co jsem měl na sobě, ale oblíkli mě tady, půjčili mi věci. Tak to bylo nečekané, byla špatná domluva.*“ R8 uvedl: „*Dobře, ale párkrát se mi stalo, že když mě přijímali, vyptávali se na mé osobní údaje ne mě, ale doprovázející osoby.*“ To, že ošetřující personál komunikovala při příjmu pouze s doprovázející osobou, byla velká chyba v komunikaci s nevidomým. Nevidomí lidé

toto podle mého názoru považují za neslušné. Mezi nejčastější chyby při komunikaci s nevidomým pacientem, kterým by se měli zdravotníci vyvarovat, patří právě komunikace s doprovodem pacienta, nikoli přímo s ním, kdy zdravotník nerespektuje právo pacienta vyjádřit souhlas či nesouhlas v této oblasti. Kelnarová, Matějková (15) uvádí, že mezi další chyby v komunikaci patří nedostatečný klid při komunikaci, nepředstavení se nevidomému. Nevidomého předem neupozorníme na překážku nebo na chystaný zákrok. Používáme nevhodné otázky například: „Jste úplně slepý? Vy nic nevidíte? Nevidíte už od narození nebo od kdy? Jak jste oslepl?“ Tyto otázky jsou některým nevidomým nepříjemné. Velkou chybou je, když nemáme pro pacienta dostatek pochopení a trpělivost. Což by kvalitní sestra měla mít.

Při seznamování s oddělením a nemocničním pokojem byli respondenti spokojeni. Pouze jedna respondentka se musela s oddělením seznámit sama, ale když potřebovala pomoc od ošetrovatelského personálu, tak jí nebyla odmítnuta. Při seznamování nevidomého s prostředím musí být ošetřující personál trpělivý, neboť pro nevidomého pacienta je pobyt obtížnější a způsobuje u něj větší pocity nejistoty, například nevidomý se obtížněji seznamuje s novým prostředím. Zatím co v domácím prostředí má vše přizpůsobeno tak, aby to jemu samotnému vyhovovalo, v nemocnicích se moc nepočítá se zrakovým handicapem. Michálek a kol.(10) ve své publikaci zmiňují, že prostory nebývají bezbariérové a mohou být pro nevidomého nebezpečné. Přitom nevidomí respondenti uvádí, že při hospitalizaci pro ně nebyly žádné bariéry, ale tři respondenti mužského pohlaví by byli raději, kdyby si mohli vybrat lůžko blízko toalet. Toto přání je jedno z mála, které nevidomým pacientům můžeme splnit a měli bychom jim tedy vyhovět, pokud je to možné. Pro nevidomého pacienta by bylo vhodné, pokud by nevidomý pacient žádal samostatný pokoj se sociálním zařízením vyhovět mu. Může si pokoj potom lépe uspořádat podle sebe.

Devíti respondentům byla při propouštění do domácí péče poskytnuta propouštěcí zpráva v tištěné podobě, ale pouze jedné respondentce bylo nabídnuto, že ji propouštěcí zprávu mohou poslat i na e-mail. Díky moderní technice je tato možnost pro nevidomé velice výhodná. Doma si pomocí speciálně upraveného notebooku mohou zprávu poslechnout vícekrát. Venglářová a kol.(16) uvádí, že mnozí lékaři jsou ochotni

propouštěcí zprávy posílat nevidomým pacientům pomocí e-mailu. V praxi se tato možnost dle zjištěných dat ještě moc nevyužívá. Při hospitalizaci měli dva respondenti speciálně upravený notebook s hlasovými výstupy. Z toho jedné respondentce bylo právě nabídnuto poslání propouštěcí zprávy na e-mail.

Na základě analýzy zjištěných dat lze konstatovat, že v oblasti sebezpečí byli nevidomí respondenti většinou samostatní a potřebovali pouze pomoc a nasměrovat. V oblasti pohybu, pro většinu nevidomých nebyly při hospitalizaci bariéry. R1 si chválila velké chodby, vyhovovalo jí to více než malé chodby. Vyhovovalo jí, že ostatní lidé měli dost prostoru se jí lépe vyhnout. Většinu nevidomých respondentů při hospitalizaci doprovázel personál a upozorňoval na překážky. R4 uvedl: „*Personál se mnou všude chodil, takže pro mě nebyly žádné bariery a na pokoji jsem se pohyboval sám a tam jsem si to osahal.*“ Toto řešení je dle mého názoru správné, neboť ošetřující personál doprovází nevidomé dle domluvy. Některým nevidomým respondentům trvalo déle, než se zorientovali. R9 uvádí: „*Bariéry pro mě v nemocnici byly, protože pro mě to bylo neznámé prostředí. Nepomatoval jsem si ho, z doby kdy jsem ještě viděl.*“ R8 by přivítal, i když je odkázán na invalidní vozík, kdyby na chodbách bylo zábradlí, díky kterému by byl pohyb po oddělení snazší a orientoval by se pomocí zábradlí. Při doprovázení nevidomé záleží na sestře, měla by postupovat taktně, o situaci s nevidomým pohovořit a najít optimální způsob pomoci s orientací a pohybem během hospitalizace Venglářová a kol.(16). V oblasti sebezpečí při stravování vyplývá, že většina respondentů se stravuje raději na pokoji, kde mají soukromí a jistotu, že přinesené jídlo je opravdu jejich. Některým respondentům vadil pocit, že je při stravování ostatní hospitalizovaní pacienti mohli pozorovat. R6 uvedla: „*Jak kdy, většinou po domluvě na pokoji, kde jsem měla jistotu, že je to moje jídlo a měla jsem větší soukromí.*“ R2 uvedl odpověď opačného názoru: „*Jak kde, ale většinou na společné jídelně. Jím tam radši než sám na pokoji.*“ Ve výsledcích vyšlo, že ženy se raději stravují na pokoji než ve společné jídelně, pouze jedna žena uvedla, že se stravovala na společné jídelně, pokud nebyla po operaci. Michálek a kol.(10) zmiňuje, že pro některé nevidomé pacienty (zvláště u klientů, kteří přišli o zrak v nedávné době), může být stravování velmi stresujícím prvkem, který vede k odmítání stravy. Proto je

vhodné s nevidomým pacientem komunikovat o stravování a domluvit se s ním, kde se chce stravovat.

V oblasti sebezpečí při hygieně většina respondentů uvedla, že ji zvládala sama nebo potřebovali navést a ukázat kde je koupelna, ale jinak ji také zvládli sami. R8 uvádí: *„Když jsem potřeboval pomoc, tak mi vždycky pomohli, ale většinou mi stačilo ukázat koupelnu“*(R8). V převážné většině neměli ani problémy s chozením na toaletu. Někteří pouze potřebovali, dle svých slov „nasměrovat“. R2 uvedl: *„Na toaletu jsem si chodil sám, nikdo mě nedoprovázel. Jen tady jsou dveře a to bylo vše.“* Z analýzy zjištěných výsledků vyplývá, že v oblasti sebezpečí jsou nevidomí pacienti téměř soběstační, ale potřebují ukázat, kde je koupelna a toaleta.

Ošetřující personál dle respondentů nabízel svou pomoc aktivně. Pouze R2 byl s nabízením pomoci nespokojený, dle jeho slov mu ošetřovatelský personál pomoc příliš nenabízel, ale i přesto ošetřující personál chválí, že byli hodní. Uvádí: *„Moc mi pomoc nenabízeli, jako hodný jsou, ale doktora vidíte jednou za dva dny a sestra přijde, jen když něco potřebuje. Neměli na mě většinou čas.“* R9 byla ze začátku nabízená pomoc příjemná, ale když už byl zorientovaný, byla nepříjemná. Říká: *„Často se mě ptali, až mě to někdy obtěžovalo, ze začátku jsem byl rád, než jsem se zorientoval, ale potom už mi to bylo nepříjemné.“* Z vlastní zkušenosti vím, že nevidomí, kteří jsou od narození nebo dlouho nevidomými preferují, když si hygienu mohou provádět sami. Na mé individuální praxi na nejmenovaném oddělení, jsem se setkala s tím, že nevidomá soběstačná pacientka 45let, která byla nevidomá od svých sedmnácti let, si chtěla ranní hygienu provést sama a pouze doprovodit do koupelny. Bohužel měla službu sestru, která byla netolerantní k přání pacientky. Sestra mě nutila, abych pacientku umyla já, že ji nemám nechávat samotnou a tak dále. Pacientka znovu opakovala, že to zvládne sama a chce se umýt sama. Sestra přesto trvala na svém a nechtěla pochopit, že pacientka to zvládne sama. Já jsem tedy počkala, až sestra opustí koupelnu a posléze jsem nechala pacientku provést hygienu samostatně. Jen jednou jsem vstoupila do koupelny a zeptala se pacientky, jestli něco nepotřebuje. Pacientka byla po samostatném sprchování spokojená. Záleží tedy na individualitě a soběstačnosti pacienta. Nevidomým při hospitalizaci pomáhají také i ostatní pacienti a především v orientaci. R8 uvedl:

„Samozřejmě mi pomáhali. Většinou mi říkali kde, co mám, když mi to někdo přerovnal.“ Třetí stanovenou kategorií tedy byla „Sebepéče“ (viz Schéma 3), která obsahovala čtyři zmíněné podkategorie: pohyb, stravování, hygienu a nabízenou pomoc.

Komunikace patří mezi důležité aspekty kvalitní péče. Při komunikaci s nevidomými (viz Schéma 4) si musíme uvědomit, že nevidomí lidé jsou zcela normální a nevyžadují soucit. Respondenti uváděli, že komunikace, byla běžná, ale u dvou respondentů se ošetrovatelský personál nechoval profesionálně. R7 nazval pomocný personál *„Hele tohle je ta pidlooká.“* A respondentka to slyšela. Zde se zase ukazuje to, že neznamena, když pacienti nevidí tak také neslyší. R3 uvedla: *„Komunikace probíhala v pořádku, akorát s jedním sanitářem jsem měla konflikt. Když mě přivezl na sál tak říkal, přelezte si sem, a asi si neuvědomil, že nevím kam. Jinak vše v pořádku.“* Při vyšetřování je komunikace také velmi důležitá jak u vidících tak nevidomých. U nevidomých vysvětlování musí být ale podrobnější a přesnější, protože nevidí věci, které si třeba připravujeme na odběr krve. Myslím si, že je vhodné nechat si i nedůvěřivého nevidomého některé věci osahat, aby měl aspoň malou představu o tom, co se bude dít. S komunikací při vyšetřování respondenti také neměli problémy. Pouze R2 uvedl, že při vyšetřování: *„Moc nepopisovali a neinformovali.“* A dále R2 také uvádí, že i kdyby něco chtěl vědět, tak nemá moc šance to zjistit: *„No doktor s vámi mluví většinou večer a ráno vám dá sestra propouštěcí zprávu a řekne, že tam máte recepty a to je všechno. Takže když se večer nezeptáte doktora, tak se to už nedozvíte.“* Ostatní respondenti byli s komunikací spokojeni, ošetřující personál je informoval o postupech. Většina respondentů také uvádí, že když podaným informacím nerozumí, tak se zeptají. R7 uvádí: *„Většinou ano, a pokud ne, tak jsem se zeptala na dovysvětlení a personál byl vždy milý a mé dotazy mi ochotně vysvětlili.“* R9 uvedl, že při hospitalizaci problém s komunikací neměl, ale u svého obvodního lékaře mívá problémy. *U praktického lékaře takové zkušenosti nemám, moc mě neinformují, raději tam už nechodím sám, ale s doprovodem.“* Ptáček a kol.(18) ve své literatuře zdůrazňuje, že při kontaktu s nevidomými pacienty, si musíme být vědomi, že máme před sebou člověka, který svět vnímá jinak, oči mu nahrazují hmat a sluch.

Během hospitalizace s sebou měla většina respondentů kompenzační pomůcky. Pouze tři respondenti sebou při hospitalizaci neměli žádné pomůcky. Tři respondenti měli u sebe během hospitalizace bílou hůl. Bílá hůl je znamení, jak poznáme, že člověk nevidí. Je to pravá ruka nevidomého a pomáhá především v orientaci. Dle Bendové a kol. (25) má bílá hůl funkci orientační, informativní a v neposlední řadě ochrannou. Dva respondenti měli u sebe speciálně upravené notebooky s hlasovými výstupy. A R5 měla s sebou speciálně upravený mobil. R5 má také vodícího psa, ale během své poslední hospitalizace ho ještě neměla, ale uvádí: *„Akorát mobil. A v té době jsem ještě neměla vodícího psa, ale mám zkušenost, že když jsem chtěla jít za svou babičkou na návštěvu na internu, tak mě tam nepustili a to mě rozčílilo, protože mi paní doktorka řekla, ať psa venku někde uvážu a můžu jít na návštěvu, ale já psa za 200 tisíc nemůžu uvázat venku, protože kdyby mi ho někdo ukradl tak mi nikdo nic nedá a ještě já tu pomůcku musím uhradit ze svého. Jinak má praktická lékařka s tím problém nemá.“* Přitom vodící pes je pro nevidomého kompenzační pomůcka, která mu slouží pro prostorovou orientaci. A vodící pes může být s nevidomým pacientem i hospitalizován po předešlé domluvě a zdravotnímu stavu pacienta. Nemocnice v Karviné (20) k tomu ještě dodává, že při hospitalizaci nevidomý si musí zařídit venčení psa, krmení pokud nemůže sám, zajistí si doprovod, který tyto potřeby psa vyřídí. Kategorie „Kompenzační pomůcky“ (viz Schéma 5) byla poslední stanovenou kategorií.

6 Závěr

Bakalářská práce s názvem Specifika ošetrovatelské péče o nevidomé pacienty na standardních lůžkových odděleních se zabývala péčí o nevidomé pacienty v oblasti příjmu na oddělení, pohybu v nemocnici, vyšetření, sebekéče, komunikace s nevidomými pacienty, kompenzačními pomůckami pro nevidomé pacienty a organizacemi pro zrakově postižené.

Pro účely této bakalářské práce byly stanoveny dva cíle. První cíl si kladl za úkol zjistit specifika ošetrovatelské péče o nevidomé pacienty na standardních lůžkových odděleních. Druhý cíl měl za úkol zjistit, jaké má nevidomý pacient zkušenosti s hospitalizací na standardním lůžkovém oddělení.

K realizaci kvalitativního výzkumného šetření byla zvolena technika sběru dat polostrukturovaný rozhovor s nevidomými respondenty. Výzkumný soubor tvořilo devět nevidomých respondentů, kteří byli hospitalizováni na standardním lůžkovém oddělení.

Pro výzkumné šetření byly zvoleny dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o nevidomé pacienty na standardních lůžkových odděleních? Druhá výzkumná otázka: Jaké má nevidomý pacient zkušenosti s hospitalizací na standardním lůžkovém oddělení?

Cíle této práce byly splněny. Na základě analýzy zjištěných dat lze říci, že mezi specifika ošetrovatelské péče o nevidomé patří především trpělivost, spolupráce a komunikace s nevidomým pacientem. V této oblasti jsou na zdravotníky kladeny zvýšené nároky zejména v oblasti vhodného seznámení klienta s nemocničním prostředím, zajištěním dostatku informací o vyšetřeních a jednotlivých postupech a podobně. Ošetrovatelský personál dle respondentů komunikoval ve většině případů správně. S nevidomými musí být komunikováno o všem, co je prováděno a co bude prováděno. Dále bylo zjištěno, že většina nevidomých respondentů má s hospitalizací na standardním lůžkovém oddělení vcelku dobré zkušenosti. Ale zažili i nepříjemné okamžiky. Tyto okamžiky měli spojené s okradením, hanlivým oslovením, nepochopením toho, že když člověk nevidí, tak ale slyší. Jeden z respondentů uvedl také fakt, že personál při komunikaci hovořil s doprovodem a ne s ním.

Výsledky výzkumného šetření se staly podkladem pro vytvoření standardu ošetrovatelské péče, který vychází ze zkušeností nevidomých s hospitalizací na standardních lůžkových odděleních. Tento standard je směřován ke zkvalitnění poskytované péče.

7 Seznam použitých zdrojů

1. SLEZÁKOVÁ, Lenka, a kol. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty IV: Dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2014. 240s. ISBN 978-80-247-4342-4.
2. MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelsví 2. díl: Učebnice pro obor sociální péče-pečovatelská činnost*. Praha: Grada, 2010. 324s. ISBN 978-80-247-3185-8.
3. VYTEJČKOVÁ, Renata, a kol. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné I: Obecná část*. Praha: Grada, 2011. 256s. ISBN 978-80-247-3419-4.
4. KALVACH, Zdeněk, a kol. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. 400s. ISBN 978-80-247-4026-3.
5. KIMPLOVÁ, Tereza. *Ztráta zraku: Úvod do psychologické problematiky*. Ostrava: Pedagogická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2010. 122s. ISBN 978-80-7368-917-9.
6. Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR [online].[cit. 10. 2. 2015]. Dostupné z: <http://www.sons.cz>.
7. SONS. *Klasifikace zrakového postižení podle WHO* [online].[cit. 10. 2. 2015]. Dostupné z: <http://www.sons.cz/klasifikace.php>.
8. KUCHYŇKA, Pavel, a kol. *Oční lékařství*. 1.vyd.Praha: Grada, 2007. 812s. ISBN 978-80-247-11-63-8.
9. SCHINDLEROVÁ, Olga. *Na ruce si nevidím*. Praha: Okamžik, 2007. 230s. ISBN 80-86932-10-9.

10. MICHÁLEK, Miroslav; VOJTÍŠEK, Petr a VONDRÁČKOVÁ, Jana. *Váš nevidomý pacient* [Brožura]. Praha: Okamžik - sdružení pro podporu nejen nevidomých, 2010. 59 s. ISBN 978-80-86932-26-2.
11. ŠRÁMKOVÁ, Taťána. *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. Praha: Grada, 2013. 232s. ISBN 978-80-247-4453-7.
12. KOPECKÝ, Miroslav, a kol. *Somatologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 313s. ISBN 978-80-244-2271-8.
13. NOVOHRADSKÁ, Hana. *Vybrané kapitoly z oftalmopedie*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2009. 85s. ISBN 987-80-7368-731-1.
14. HAMADOVÁ, Petra a kol. *Oftalmopedie: texty k distančnímu vzdělání*. 2.vyd. Brno: Paido, 2007. 125s. ISBN 978-80-7315-159-1.
15. KELNAROVÁ, Jarmila, MATĚJKOVÁ, Eva. *Psychologie a komunikace: pro zdravotnické asistenty 4 ročník*. Praha: Grada, 2009. 140s. ISBN 978-80-247-2831-5.
16. VENGLÁŘOVÁ, Martina, MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry* Praha: Grada, 2006. 144s. ISBN 80-247-1262-8.
17. CERHA, Josef. *Rady průvodcům nevidomých* [online].[cit. 10. 2. 2015]. Dostupné z: <http://www.tyfloservis.cz/rady-pruvodcum-nevidomych.php>.
18. PTÁČEK, Radek, BARTŮNĚK, Petr, a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011.528s. ISBN 978-80-247-3976-2.

19. NOVÁKOVÁ, Iva. *Ošetřovatelství ve vybraných oborech: Dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. Praha: Grada, 2011. 240s. ISBN 978-80-247-3422-4.
20. Nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj. *Přítomnost asistenčního a vodícího psa v nemocnici* [online].[cit. 10. 2. 2015]. Dostupné z: <http://nspka.cz/cs/pacient/vodici-psi.html>.
21. SCHINDLEROVÁ, Olga, a kol. *Kapitoly ze sebeobsluhy nevidomých a slabozrakých* [online].[cit. 10. 2. 2015]. Dostupné z <http://www.tyfloservis.cz/doc/kapitoly-ze-sebeobsluhy.pdf>.
22. YOOST, L, Barbara ,CRAWFORD,R, Lynne. *Fundamentals of Nursing: Active Learning for Collaborative Practice*. St.Louis: Elsevier, 2015. 1195s. ISBN 978-0-323-29557-4.
23. PLEVOVÁ, Ilona, SLOWIK, Regina. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada, 2010. 256s. ISBN 978-80-247-7303-2.
24. NOVÁKOVÁ, Iva. *Zdravotní nauka 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. 208s. ISBN 978-80-247-3709-6.
25. BENDO VÁ, Petra, JEŘÁBKOVÁ, Kateřina, a kol. *Kompenzační pomůcky pro osoby se specifickými potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 104s. ISBN 80-244-1436-8.
26. Tyflokabinet České Budějovice, o.p.s. [online]. [cit. 10. 2. 2015]. Dostupné z: <http://www.tyflokabinet-cb.cz/index.htm>.

27. Tyfloservis, rehabilitace nevidomých a slabozrakých[online]. [cit. 10. 2. 2015]. Dostupné z: <http://www.tyfloservis.cz/zakladni-udaje.php>.
28. Okamžik- sdružení pro podporu nejen nevidomých [online]. [cit. 10. 2. 2015]. Dostupné z: http://www.okamzik.cz/main/okamzik/O_nas/index.html.
29. Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, z.s. [online]. [cit. 10. 2. 2015]. Dostupné z: <http://www.arpzpd.cz/>.
30. Nadace Leontinka [online].[cit. 10. 2. 2015]. Dostupné z: <http://www.nadaceleontinka.cz/o-nadaci/> .
31. Světluška [online].[cit. 10. 2. 2015]. Dostupné z <http://www.rozhlas.cz/svetluska/osbirce/>.
32. Helppes[online]. [cit. 10. 2. 2015]. Dostupné z: <http://www.helppes.cz/>.
33. Mateřská škola pro zrakově postižené v Českých Budějovicích [online]. [cit. 10. 2. 2015]. Dostupné z: <http://www.ocnims.cz/>.
34. ŠVARŤÍČEK, Roman, ŠEDOVÁ, Klára, a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2.vyd. Praha: Portál, 2014. 377s. ISBN 978-80-262-0644-6.

8 Přílohy

Seznam příloh

Příloha č. 1 - Desatero komunikace s nevidomým

Příloha č. 2 - Žádost o výzkumné šetření

Příloha č. 3 - Okruhy otázek pro nevidomé

Příloha č. 4 - Doslovně přepsané rozhovory (viz Příloha na CD)

Příloha č. 5 - Standard ošetrovatelské péče

Příloha č. 1 Desatero komunikace s pacienty se zrakovým postižením

1. Při kontaktu s pacientem je nutné jednat tak, aby se necítil ponížěn. Není možné se spoléhat na nějaký jiný, zvláště rozvinutý způsob vnímání zrakově postiženého, například dobrý hmat či sluch.
2. S nevidomým je nutno jednat přirozeně a přímo, nikoliv přes jeho průvodce. Ten nevidomého pouze doprovází. Věty typu: „Paní, chce si pán sednout?“, jsou nevhodné.
3. Osoba jednající s nevidomým zdraví jako první. Pozdrav s vlastním představením je důležité spojit s oslovením typu: „Dobrý den pane Nováku, jsem pan Novotný“, aby nevidomý věděl, že pozdrav patří jemu. Při odchodu z místnosti je vhodné nevidomého upozornit na to, že dotyčná osoba opouští místnost.
4. Podání ruky na pozdrav nahrazuje nevidomému vizuální kontakt. Při setkání stačí nevidomému oznámit "podávám Vám ruku". Při rozhovoru je velmi důležitý oční kontakt s nevidomým. Není tedy vhodné odvracet při rozhovoru tvář, protože to nevidomí obvykle poznají.
5. Při vyšetření je nezbytné pacientům vysvětlit, co se bude dít, při instrumentálním vyšetření je třeba stručně popsat jak použité přístroje, tak vlastní činnost. Pro nevidomého pacienta jsou informace typu „teď to píchne, teď to bude tlačit, teď vás to bude trochu pálit“ nezbytné.
6. Dveře do místností by měly zůstat buď zcela otevřené, nebo zcela zavřené.
7. Věci nevidomého by měly zůstat na svém místě. S věcmi nevidomého je dobré nemanipulovat bez jeho vědomí.
8. Při komunikaci s nevidomým lze bez obav použít slova: vidět, kouknout se, mrknout, prohlédnout si. Tato slova používají nevidomí k vyjádření způsobu vnímání: cítit, hmatat, dotýkat se.
9. Nevidomý člověk s vodícím psem má přístup do zdravotnických zařízení. Na vodícího psa není vhodné mlaskat, hvízdát, hladit ho, krmit ho nebo na něj mluvit bez vědomí majitele.

10. Při jednání by měl být nevidomý objednan na určitou hodinu. Tu je vhodné dodržet, aby se předešlo jeho nervozitě v neznámém prostředí. Je vstřícné nevidomému pacientovi v čekárně sdělit, že o něm víme.

Zdroj: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR [online]. [cit. 20. 4. 2015].

Dostupné z:

<http://www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp/352-desatero-komunikace-s-pacienty-se-zrakovym-postizenim.html>.

Příloha č. 2 Žádost o výzkumné šetření

Žádost o povolení výzkumného šetření v nemocnici České Budějovice

Vážená paní
Mgr. Monika Kyselová, MBA
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči - hlavní sestra
B. Němcové 585/54
370 01 České Budějovice

V Českých Budějovicích 23.3.2015

Vážená Mgr. Moniko Kyselová, MBA,

Dovoluji si Vás požádat o povolení k výzkumnému šetření v nemocnici České Budějovice. Téma mé bakalářské práce je: Specifika ošetrovatelské péče o nevidomé pacienty na standardních lůžkových odděleních. Vedoucí mé bakalářské práce je Mgr. Věra Olišarová. Výzkumný soubor bude tvořen nevidomými klienty z Jihočeského kraje. Bude realizován pomocí kvalitativního výzkumu a technikou sběru dat bude polostrukturovaný rozhovor. Respondenti se tohoto výzkumu budou účastnit zcela dobrovolně a pouze za svého souhlasu.

Předem děkuji

Lenka Pivoňková
U břízek 13, Jihlava, 58601
Email: pivonkova @15centrum.cz
Telefon: 776 794 726

20. III. 2015

SOUHLASÍM.



Mgr. Monika Kyselová, MBA

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Nemocnice České Budějovice, a.s.

Příloha č. 3 Okruhy otázek

1. Kolik vám je let?
2. Kde jste byl/a hospitalizovaný/á? Byl/a jste hospitalizován/a vícekrát, zkuste tyto oddělení porovnat.
3. Co byste změnil/a na hospitalizaci?
4. Jaké máte zkušenosti s hospitalizací?
5. Jak probíhal váš příjem na oddělení?
6. Jak vás ošetřující personál seznámil s oddělením a nemocničním pokojem?
7. Potřeboval/a jste upravit nemocniční pokoj? Jak?
8. Byl/a jste hospitalizován/a na pokoji ještě s dalším pacientem nebo sám/sama? Pomáhal vám spolupacient např. při sebepéči?
9. V jaké podobě vám byla poskytnuta propouštěcí zpráva?
10. Jakým způsobem probíhalo propuštění do domácí péče?
11. Jaké pro vás byly bariéry v nemocnici? Jak by se podle vás daly bariéry odstranit?
12. Stravoval/a jste se při pobytu na standardním lůžkovém oddělení ve společné jídelně?
13. Měl/a jste při hospitalizaci sebou kompenzační pomůcky? A jaké?
14. Jak vám nabízel ošetřující personál pomoc?
15. Jak vám dopomáhal ošetřující personál při hygieně?
16. Měl/a jste problém při hospitalizaci s chozením na toaletu? Poradil/a byste něco zdravotníkům v této oblasti? Např. jak seznámit nevidomé s uspořádáním toalety apod.
17. Jak probíhala vaše komunikace se zdravotnickým personálem?
18. Jaké máte zkušenosti s vyšetřením? Jak probíhalo vaše vyšetření?
19. Jak vás informoval ošetřující personál o svých postupech při výkonech?
20. Rozuměl/a jste podaným informacím? Jak byste potřeboval/a informace podat, aby to pro Vás bylo srozumitelnější, lepší?

Příloha č. 5 Standard ošetrovatelské péče

Standardní ošetrovatelský postup

Ošetrovatelská péče nevidomého pacienta
--

Ošetrovatelský standard je určen pro nelékařské zdravotnické pracovníky.

Místo použití: Lůžková oddělení a ambulantní části nemocnice.

1. Definice

Pro nevidomého pacienta je pobyt obtížnější než pro vidícího pacienta a způsobuje u něj větší pocity nejistoty, např. nevidomý se obtížněji seznamuje s novým prostředím. Ošetrovatelská péče o nevidomé pacienty má tedy svá specifika a to především v oblasti komunikace a vedení nevidomého.

2. Cíl

Cílem ošetrovatelské péče o nevidomého pacienta je zkvalitnění ošetrovatelské péče. Zkvalitnění péče především v oblasti komunikace a vedení nevidomého pacienta.

3. Prostředí, pomůcky

Pomůcky pro ošetrovatelskou péči vyplývají z individuálních potřeb nevidomého pacienta.

4. Pokyny pro zdravotnické pracovníky

Ošetroující personál musí ve své pomoci respektovat přání a potřeby klienta. Měl by se především seznámit s tím, kdy klient ztratil zrak, do jaké míry je se svým handicapem smířen. Tyto informace lze získat z dokumentace klienta nebo přímo od něj, přičemž je důležitá vzájemná komunikace.

5. Ošetrovatelský postup

Příjem nevidomého pacienta

- Při příjmu seznámíme nevidomého s prostory, popíšeme je a umožníme, nevidomému si prostory osvojit
- Na popisování prostředí se s nevidomým domluvíme, vyjasníme si jednoznačné pojmy, které budeme používat
- Při orientaci na pokoji seznámíme nevidomého s uspořádáním pokoje, ve kterém bude přebývat
- Při popisu dané místnosti popíšeme: tvar, velikost, umístění dveří a oken, umístění důležitých předmětů jako je zvonek na personál, uspořádání nábytku, věšáku a umístění pravidelně vyměňovaných předmětů, jako jsou léky, strava apod.
- V rámci popisu se vyvarujeme označení jako „tady, tam“ a naopak se budeme snažit být konkrétní: „po vaší pravé straně, v pravém rohu“
- Nevidomého upozorníme na případná nebezpečí (např. předměty vyčnívající do prostoru, předměty umístěné na stolcích, architektonické prvky překážející ve volném pohybu, různé výstupky)

Vedení nevidomého pacienta

- Pohovoříme s nevidomým a nalezneme optimální způsob pomoci s orientací a pohybem po zdravotnickém zařízení
- Ruku pacienta položíme na rameno nebo se drží paže nad loktem
- Půjdeme o půl kroku před pacientem
- Můžeme nevidomému umožnit výběr strany, ze které chce být veden, ale je nutné zvážit bezpečnost cesty
- Vhodné je jít dále od zdi a možných překážek
- Při procházení dveřmi nebo úzkým průchodem jde sestra vždy první
- Během vedení musíme pacientovi poskytovat informace o prostoru, kterým procházíme

Vyšetření v ambulanci

- Na vyšetření do ambulance nevidomého doprovázíme
- Pokud musíme čekat, vyčkáme s nevidomým, nenecháváme ho samotného popřípadě dle domluvy
- Vhodné je, když se setra z oddělení a sestra z ambulance domluví na přesný čas, aby nevidomý pacient nemusel čekat
- Z čekárny vyzveme nevidomého z ambulance jménem, popřípadě se ho lehce dotkneme třeba na předloktí ruky
- Vedení viz Vedení nevidomého
- Komentujeme situaci, např. procházíme dveřmi, teď jsme v kabině a zde si můžete odložit, za chvíli pro vás přijdu
- Pacientovi nabídneme paži, a dovedeme ho do ambulance, kde mu místnost popíšeme a pak ho zavedeme k židli, křeslu, lůžku
- Poté položíme svou ruku na např. postel a vyzveme nevidomého, aby sjel po její ruce na postel
- Nevidomý se poté většinou již sám posadí, položí, popřípadě mu vysvětlíme a pomůžeme do určité polohy
- Nevidomému pacientovi také sdělíme kdo je v místnosti a kdo bude provádět vyšetření

Stravování a podávání léků

- S nevidomým pacientem se domluvíme, kde se chce stravovat (jídlna, pokoj), dle soběstačnosti pacienta
- Na pokoji oznámíme nevidomému, kde má své jídlo, podáváme ho pravidelně na stejné místo -Pro orientaci na talíři používáme orientaci podle hodin (Např. u 3 maso, u 6 brambory, u 9 obloha)
- V jídelně nevidomého doprovodíme ke stolu, usadíme ho, navedeme ho tam, kde má své jídlo, kvůli odlišným dietám
- Při podávání tekutin nalíváme nápoje pouze do poloviny, aby se nevidomý nepolil
- Při podávání léků musíme nevidomého pacienta informovat, kde má své léky

- V případě, kdy určitý lék se při stejném dávkování změní (např. jiný výrobce vyrábí stejný lék v jiném tvaru, nebo když jedna tableta je nahrazena dvěma tabletami s nižší silou), je nutné pacienta informovat

Hygiena nevidomého pacienta

- Zhodnotíme stupeň soběstačnosti
- Dohodneme se, jestli chce s něčím pomoci nebo jen doprovodit do koupelny
- Pokud je nevidomý soběstačný necháme ho hygienu provádět samostatně
- V koupelně mu vše ukážeme a necháme ho samotného vše osahat
- Pokud je to možné poskytneme nevidomému do sprchového koutu nebo vany protiskluzové podložky
- Hygienické pomůcky, ručník a čisté prádlo dáme na dosah ruky a neměníme pozici, pokud to nesdělíme
- Nevidomého seznámíme s druhem baterie a na jaké straně je teplá a studená voda
- Na WC nevidomého seznámíme s typem zařízení
- Dovedeme ho na okraj toaletní mísy, muže postavíme před mušli na okraj žlábků
- Pokud mají muži problémy se správným určením postoje a vzdálenosti k toaletě, raději by se měli posadit
- Nevidomého seznámíme s místem, kde je toaletní papír, jaký druh splachovadla je na toaletě, kde se nachází umyvadlo, mýdlo a ručník

Komunikace s nevidomým pacientem

- Při komunikaci s nevidomými si musíme uvědomit, že nevidomí lidé jsou zcela normální a nevyžadují soucit
- Při komunikaci se obracíme na nevidomého a ne na doprovod
- Nevidomého oslovujeme jako první a to jménem nebo titulem
- Hovoříme k němu otočení čelem, představíme se a seznámíme jej se svou pracovní funkcí a s důvodem setkání
- Při vstupu do místnosti seznámíme nevidomého s prostředím a upozorníme ho na možné překážky

- Snažíme se vytvořit dobré akustické prostředí
- Nevidomého informujeme o svém pohybu po místnosti, a pokud se vzdalujeme, také ho upozorníme, aby nebyl nejistý a neměl obavy
- Nevidomému popisujeme vše slovy, vysvětlujeme, co děláme a budeme dělat
- Dopředu jej seznámíme s průběhem zákroku, informujeme ho o dotecích (např.: „Nyní Vám zatáhnu gumovým škrtidlem pravou ruku a vydesinfikuji Vám předloktí“)
- Při komunikaci se vyjadřujeme jasně, srozumitelně a přímo
- U komunikace s nevidomým se nebojíme používat tabuizovaná slova jako např. „dívat se“, „slepota“, „prohlédnout si“, nebo označení barev
- Při ukončování rozhovoru nebo odchodu z místnosti nevidomého upozorníme

Kompenzační pomůcky a vodící pes

- Mezi pomůcky pro sebeobsahu, které by si nevidomý pacient mohl přinést, patří bílá hůl, zvukový indikátor hladiny, hodinky, počítač a mobil. Díky těmto pomůckám může být nevidomý pacient přece jenom o něco soběstačnější. Do nemocnice si nevidomý pacient může vzít některé kompenzační pomůcky s sebou, ošetřující personál by to měl respektovat.
- S nevidomým může být hospitalizován na standardním oddělení i vodící pes, který musí být označen, mít postroj a doklad o příslušném výcviku
- Přítomnost vodícího psa u plánovaného přijetí řešíme ještě před nástupem do nemocnice, pobytu psa mohou totiž bránit hygienické podmínky
- Vodící pes nemůže být hospitalizován s nevidomým na jednotce intenzivní péče a na anesteziologicko-resuscitačním oddělení
- Při hospitalizaci nevidomý musí zařídit venčení psa, krmení pokud nemůže sám, zajistí si doprovod, který tyto potřeby psa vyřídí
- Ošetřující personál by neměl vodícího psa oslovovat, vyrušovat při jeho práci, dotýkat se ho a ani krmit

6. Nejčastější chyby při ošetřování

- Nevhodné způsoby vedení, které jsou vedení za ruku a sunutí nevidomého před sebou

- Nejčastější chyby při komunikaci:

- Komunikace s doprovodem nevidomého, nikoli přímo s ním
- Nedostatečný klid při komunikaci
- Nepředstavíme se nevidomému
- Nevidomého předem neupozorníme na překážku, na chystaný zákrok
- Používáme nevhodné otázky např.: „Jste úplně slepý? Vy nic nevidíte? Nevidíte už od narození nebo od kdy? Jak jste oslepl?“
- Zvýšený tón hlasu

Velkou chybou je, když nemáme pro pacienta dostatek pochopení a trpělivost.

7. Hodnocení:

Sestra bude u klienta vše popisovat a případně mu dávat kontrolní otázky jestli je mu vše srozumitelné.

8. Nejčastější ošetřovatelské diagnózy

00090 Zhoršená schopnost přemísťovat se

00155 Riziko pádu

00108 Deficit sebepéče při koupání

00102 Deficit sebepéče při stravování

00110 Deficit sebepéče při vyprazdňování

00051 Zhoršená verbální komunikace

9. Literatura

SLEZÁKOVÁ, Lenka, a kol. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty IV: Dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2014. 240s. ISBN 978-80-247-4342-4.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelství 2. díl: Učebnice pro obor sociální péče-pečovatelská činnost*. Praha: Grada, 2010. 324s. ISBN 978-80-247-3185-8.

VYTEJČKOVÁ, Renata, a kol. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: Obecná část*. Praha: Grada, 2011. 256s. ISBN 978-80-247-3419-4.

MICHÁLEK, Miroslav; VOJTÍŠEK, Petr a VONDRÁČKOVÁ, Jana. *Váš nevidomý pacient* [Brožura]. Praha: Okamžik - sdružení pro podporu nejen nevidomých, 2010. 59 s. ISBN 978-80-86932-26-2.

VENGLÁŘOVÁ, Martina, MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144s. ISBN 80-247-1262-8.

CERHA, Josef. *Rady průvodcům nevidomých*[online].[cit. 10. 2. 2015]. Dostupné z: <http://www.tyfloservis.cz/rady-pruvodcum-nevidomych.php>.

PTÁČEK, Radek, BARTŮNĚK, Petr, a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. 528s. ISBN 978-80-247-3976-2.

NOVÁKOVÁ, Iva. *Ošetrovatelství ve vybraných oborech: Dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. Praha: Grada, 2011. 240s. ISBN 978-80-247-3422-4.

NOVÁKOVÁ, Iva. *Zdravotní nauka 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. 208s. ISBN 978-80-247-3709-6.

BENDOVÁ, Petra, JEŘÁBKOVÁ, Kateřina, a kol. *Kompenzační pomůcky pro osoby se specifickými potřebami*[Brožura]. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 104s. ISBN 80-244-1436-8.

10. Vypracovala: Lenka Pivoňková