

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta

Diplomová práce

2015

Zuzana Peterová

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ

Pedagogická fakulta

Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Zuzana Peterová**
Osobní číslo: **P12248**
Studijní program: **N7506 Speciální pedagogika**
Studijní obor: **Speciální pedagogika rehabilitační činnosti a management speciálních zařízení**
Název tématu: **Příprava budoucích zdravotních sester na komunikaci s pacientem se zdravotním postižením**
Zadávací katedra: **Katedra speciální pedagogiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Diplomová práce se bude věnovat přípravě budoucích zdravotních sester na komunikaci s pacienty se zdravotním postižením a jejich úrovni v oblasti praktické aplikace vědomostí v praxi. V teoretické části se práce bude věnovat problematice komunikace, jednotlivým druhům zdravotního postižení a jejich odlišnostem v prožívání hospitalizace. Dále edukačním možnostem začleňování uvedené problematiky do vzdělávání budoucích zdravotních sester. V praktické části prostřednictvím dotazníkového šetření ověří úroveň přípravy budoucích zdravotních sester pohledu vyučujících budoucích zdravotních sester, dále znalostí budoucích zdravotních sester dané oblasti. Práce bude rovněž zjišťovat zájem budoucích zdravotních sester o tuto problematiku a také, zda studentky zdravotnických škol sami toto jako důležitou součást jejich přípravy na budoucí povolání.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Seznam odborné literatury:

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Jana Dlouhá, Ph.D.
Katedra speciální pedagogiky

Datum zadání diplomové práce:

22. února 2013

Termín odevzdání diplomové práce:

26. března 2015

L.S.

doc. PhDr. Pavel Vacek, Ph.D.
děkan

doc. PhDr. Tibor Vojtko, Ph.D.
vedoucí katedry

dne

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala pod vedením vedoucí práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 20. 03. 2015

Anotace

PETEROVÁ, Z. *Příprava budoucích zdravotních sester na komunikaci s pacientem se zdravotním postižením*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2015. 162 s. Diplomová práce.

Práce se věnuje přípravě budoucích zdravotních sester na komunikaci s pacienty se zdravotním postižením. Hlavními tématy diplomové práce jsou komunikace obecně a specifika komunikace s pacienty s jednotlivými druhy zdravotního postižení. Dále také ovlivňování komunikace nemocí či případnou hospitalizací. Dalšími tématy jsou práva pacientů a způsob vzdělávání budoucích zdravotních sester v České republice. Výzkumné šetření se prostřednictvím dotazníku zaměřovalo na ověření znalostí specifík komunikace s pacienty se zdravotním postižením budoucích zdravotních sester na různých stupních zdravotních škol. Taktéž prověřuje znalosti v oblasti práv pacientů a zjišťuje, zda by budoucí zdravotní sestry měly samy zájem o informace z oblasti zásad komunikace s pacienty se zdravotním postižením.

Klíčová slova: budoucí zdravotní sestry, komunikace, pacient se zdravotním postižením

Anotation

PETEROVÁ, Z. *Preparation of future nurses for communication with patient with disability*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2015. 162 p. Master thesis.

This thesis deals with preparation of future nurses for communication with patients with disabilities. The main topics of this thesis are communication in general and specifics of communication with patients with different types of disability. Other topics include the influence of disorder or possible hospitalization on communication, patient rights, and education of future nurses in the Czech Republic. The survey via questionnaire focused on verifying knowledge of future nurses at various levels of medical schools regarding the specifics of communication with patients with disabilities. It also verifies the knowledge of patients' rights and asks whether future nurses would themselves be interested in information regarding principles of communication with patients with disabilities.

Key words: future nurses, communication, patient with disability

Obsah

Úvod.....	10
I. TEORETICKÁ ČÁST	
1. Komunikace.....	11
1.1 Komunikace a její definice.....	11
1.2 Jednotlivé složky komunikačního procesu.....	12
1.3 Verbální komunikace.....	13
1.4 Neverbální komunikace.....	14
1.5 Paralingvistika.....	18
2. Nemoc a její vliv na člověka.....	20
2.1 Holistické pojetí nemoci a zdraví.....	20
2.2 Autoplastický obraz nemoci.....	21
2.3 Bolest.....	24
2.3.1 Akutní bolest.....	24
2.3.2 Chronická bolest.....	24
2.4 Fantomová bolest.....	27
2.5 Obecná pravidla pro komunikaci s lékařem.....	29
3. Komunikace s člověkem s mentálním postižením.....	31
3.1 Mentální postižení.....	31
3.2 Zásady komunikace s člověkem s mentálním postižením.....	35
3.3 Mentální postižení a nemoc.....	36
3.4 Desatero pro komunikaci s člověkem s mentálním postižením.....	38
4. Komunikace s člověkem s tělesným postižením.....	39
4.1 Tělesné postižení.....	39
4.2 Zásady komunikace s člověkem s tělesným postižením.....	40
4.3 Tělesné postižení a nemoc.....	42
4.4 Desatero pro komunikaci s člověkem s tělesným postižením.....	44
5. Komunikace s člověkem s postižením sluchu.....	45
5.1 Postižení sluchu.....	45
5.2 Zásady komunikace s člověkem s postižením sluchu.....	48
5.3 Postižení sluchu a nemoc.....	50
5.4 Desatero pro komunikaci s člověkem s postižením sluchu.....	53

6. Komunikace s člověkem s postižením zraku	54
6.1 Postižení zraku.....	54
6.2 Zásady komunikace s člověkem s postižením zraku.....	57
6.3 Postižení zraku a nemoc.....	59
6.4 Desatero pro komunikaci s člověkem s postižením zraku.....	62
7. Práva	63
7.1 Práva člověka.....	63
7.2 Práva pacientů.....	64
7.3 Práva osob se zdravotním postižením.....	66
7.3.1 Práva osob s tělesným postižením.....	66
7.3.2 Práva osob se zrakovým postižením.....	67
7.3.3 Práva osob se sluchovým postižením.....	67
7.3.4 Deklarace OSN o právech osob s mentálním postižením.....	67
7.3.5 Deklarace práv autistů.....	68
8. Vzdělávání budoucích zdravotních sester	70
8.1 Střední zdravotnické vzdělání.....	70
8.2 Vyšší odborné zdravotnické vzdělání.....	71
8.3 Vysokoškolské zdravotnické vzdělání.....	72
II. Praktická část	
9. Výzkumné šetření	73
9.1 Cíle výzkumného šetření.....	73
9.2 Výzkumné otázky.....	73
9.3 Použité výzkumné metody.....	74
9.4 Charakteristika zařízení	75
9.5 Charakteristika respondentů.....	75
9.6 Metodika sběru dat.....	76
10. Analýza dotazníkového šetření	77
Závěry, diskuze a shrnutí.....	133
Shrnutí pro speciálně pedagogickou teorii.....	133
Shrnutí pro speciálně pedagogickou praxi.....	133
Závěry a diskuse pro speciálně pedagogickou praxi.....	134
Závěry a diskuse pro speciálně pedagogickou teorii.....	138

Seznam použité literatury.....	140
Seznam použitých elektronických a jiných zdrojů.....	145
Seznam zkratk.....	148
Seznam tabulek.....	149
Seznam grafů.....	151
Seznam obrázků.....	153
Seznam příloh.....	154

Úvod

Ve své diplomové práci se budu orientovat na pacienty se zdravotním postižením a na znalosti budoucích zdravotních sester v oblasti komunikace s touto cílovou skupinou. Sama jsem vystudovala vyšší zdravotnickou školu a nyní pracuji jako zdravotní sestra na Oddělení dětské chirurgie a traumatologie ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové. Teprve však až studium na Pedagogické fakultě v Hradci Králové mi umožnilo zjistit, jak zajistit efektivní komunikaci s pacienty se zdravotním postižením, se kterými se setkávám při svém povolání.

Komunikace není jen způsob předávání informací, ale také zejména způsob, jak s druhým sdílet nejistotu, strach, které nemoc vyvolává ve všech z nás. A následně právě efektivní komunikace má možnosti tyto negativní pocity odejmout. Ovšem stejně tak v nás tyto negativní pocity může průběh špatné komunikace ještě více prohloubit. Mít strach o své zdraví a zároveň nedokázat konstruktivně komunikovat s lidmi, kteří se na Vašem zdraví a na průběhu léčení podílejí, musí být velmi frustrující. Příčinou největšího strachu bývá neznalost. I toto je další motivací pro výběr zaměření pro diplomovou práci.

Práce bude rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část bude věnována komunikaci obecně a dále specifikům komunikace s pacienty se zdravotním postižením. Bude se zabývat také, jakým způsobem je komunikace ovlivněna takovými aspekty, jako je nemoc nebo hospitalizace. Další kapitoly budou věnovány právům pacientů a možnostem studia na různých stupních zdravotnických škol.

Pro praktickou část bude jako výzkumná metoda zvolen dotazník, neboť umožňuje kvantitativní sběr informací od většího počtu respondentů. Osloveni budou respondenti ze středních, vyšších odborných i vysokých škol zdravotnických. Dotazník bude zjišťovat nejen znalosti z oblasti komunikace s pacienty se zdravotním postižením, což bude hlavním cílem diplomové práce, ale také osobní zájem respondentů o tuto problematiku, četnost setkání respondentů s cílovou skupinou diplomové práce v průběhu praxe a pocity vyplývající ze setkání s těmito pacienty. Další otázky se dále budou zaměřovat na práva pacientů, na tlumočnické služby, a zda by respondenti měli zájem o další informace z oblasti komunikace s pacienty se zdravotním postižením.

Závěr bude shrnovat cíle pro obě části diplomové práce.

I. Teoretická část

1. Komunikace

1.1 Komunikace a její definice

Komunikace, věc, která provází celý život každého z nás. Slova a komunikace mají velkou moc. Spojuje naše myšlenky s ostatními, vyměňujeme si pomocí ní informace, umožňuje přijímat, vysílat i dešifrovat signály z vnějšího světa, může pomoci i ublížit. Každým z nás je subjektivně vnímána možná trochu jinak, ale její důležitost a nezastupitelnost nemůže zpochybnit nikdo.

Definic je mnoho. Liší se nejen podle autora, ale také podle zaměření.

„Zaměření biologicko- sociální: Komunikací rozumíme rozlišitelnou odpověď organismu na podnět.

Zaměření sociální: Komunikace jakožto sdělování a přijímání informací v sociálním chování a sociálních vztazích lidí. Vnitřně souvisí s interakcí, tj. se vzájemným působením na sebe navzájem.

Zaměření sociální: Komunikace je proces interakce, jehož se aktivně účastní osoba sdělující určitý obsah (komunikátor) a osoba přijímající obsah (komunikant). Role osob se může měnit (jde-li o dialog) nebo setrvat (jde-li o monolog), má kognitivní, emotivní nebo snahovou složku.

Zaměření filozoficko- sociální: Dialog můžeme chápat jako vědomé úsilí o otevření člověka člověku, jeho cílevědomou komunikaci... Dialog je prostředkem získávání opravdového druhu a tím je cílem i nástrojem komunikace.

Zaměření pedagogické: Pedagogické komunikace je profesionální komunikace učitele se žákem při vyučovací hodině i mimo ni, jež má určité pedagogické funkce a je zaměřena na vytvoření příznivého psychologického klimatu.

Zaměření pedagogické: Vyučovací proces představuje z aspektu teorie komunikace sled komunikačních aktů uskutečněných mezi učitelem a žáky (učebnicí a žáky).

Zaměření sociálně kybernetické: Komunikace je společenský styk, založený na výměně zpráv mezi lidmi. Aby se taková výměna mohla konat, musí mít příslušná individua společnou zásobu znaků. Výměna informací, jejichž nositelem jsou akustické, popřípadě optické signály, vyplývala pro lidský rod z nutnosti společné výroby“. (Svatoš 2009, s. 25-26)

Obecně:

Komunikace je obecný jev, s fyzikálními, biologickými, psychickými, společenskými a kulturními aspekty.

„Komunikace je zjednodušeně chápána jako proces předávání informací mezi dvěma či více komunikujícími subjekty“. (Pokorná 2010, s. 9)

1.2 Jednotlivé složky komunikačního procesu

Procesu komunikace se účastní více složek, než jen dva či více komunikujících subjektů a komunikační obsah. Každý článek tohoto řetězce je důležitý.

Komunikátor, jedná se o toho, kdo má informace a záměr či důvod ke komunikaci. Komunikant neboli dekodující příjemce je ten, kdo zprávu přijímá a dekoduje ji na základě vlastních zkušeností a referenčního obsahu zprávy. Obsah toho, co chceme sdělit, nazýváme komuniké. Zatímco zprávou označujeme výsledek kódovacího a dekodovacího procesu. Kódováním převádíme myšlenky do souboru symbolů a tzv. prostředek je nosičem zprávy.

Jednou z velmi důležitých článků průběhu komunikace je zpětná vazba, kterou ověřujeme reakci komunikanta na sdělení. Celý proces však může být narušen tzv. šumem, kterým označujeme různé faktory z okolí, které mohou měnit záměr, pochopení i přijetí zprávy. Mohou být fyzické, fyziologické, psychologické a sémantické (Svatoš, 2009).

Existují různé úrovně, na nichž komunikace probíhá. Jednotlivé úrovně se od sebe liší nejen obsahem sdělení, ale také tím, komu je sdělení určeno.

Existují tyto typy komunikační úrovně: Otevřená a důvěryhodná komunikace je způsob, který volíme ve známém a důvěrném prostředí. Sdělujeme nejen své pocity a postoje, ale také vysvětlujeme příčiny našeho jednání a chování. Dále mezi typy komunikační úrovně řadíme konverzační klišé, jež mají podobu zdvořilostních frází, které nemají jinou vypovídající funkci než pozdrav či zdvořilostní dotaz. Využívají se v obecné rovině sociálního styku. Další možností je předávání informací. Jedná se o sdělení, kterým předáváme informaci bez emocionální hodnoty. Sdělení mívá neutrální charakter a využívá se u neutrálních paralingvistických projevů. Také vyjádření názoru je typem komunikační úrovně. Jedná se o proces sdělování vlastního postoje, názoru či myšlenek. Na této úrovni je dobré se vyvarovat nadbytečné pojmové i emocionální

manipulaci či dokonce slovního vydírání. Také vyjádření emocí je dalším typem. Jeho obsahem sdělení jsou naše pocity. Užíváme je nejen při komunikaci s důvěrnou osobou, ale i v profesním životě. Zde si musíme dát pozor na případnou manipulaci s druhou osobou (Pokorná, 2010).

Komunikaci lze rozlišit i dle stylů. Konvenční komunikace se využívá v nedůvěrných rozhovorech. Užíváno bývá krátkých formálních vět nebo pozdravů. Konverzační komunikace zase k výměně informací. Jedná se spíše o pobavení a vyplnění volného času. Účelem následujícího stylu komunikace je splnění daných cílů nebo úkolů druhou osobou. Užívá se u asymetrických vztahů, jako je například matka/dítě nebo podřízený/nadřízený a nazývá se operativní komunikací. A pro komunikaci odehrávající se zejména v intimním prostředí, která je citově zabarvená, se užívá označení osobní či intimní komunikace (Pokorná, 2010).

1.3 Verbální komunikace

„Verbální komunikace je sdělování informací pomocí slov. Mluvení lze definovat jako vyjadřování myšlenek artikulovanou řečí konkrétním jazykem. Řeč, tj. schopnost určitého společenství dorozumívat se určitým jazykem, je jednou z nejdůležitějších forem sociální komunikace.“ (Janáčková, Weiss, 2008, s. 15)

Každé slovo má svůj význam. Tento význam se ovšem v kontextu může měnit. Řekneme-li například, že „jsme otrávení“ nemyslíme tím fakt, že jsme pozřeli otrávený pokrm, nýbrž že se necítíme právě nejlépe. Tento způsob nazýváme jazyk poezie. Navzdory jeho nelogičnosti vyjadřování mu však okolí rozumí. Nebo alespoň majorita lidí předpokládá, že jim bude porozuměno. Musíme si však uvědomit, že jsou skupiny lidí, kteří nejsou schopni tento jazyk rozkódovat. Jedná se zejména o lidi s postižením sluchu. Uvažováním nad komunikací nejen z hlediska majority můžeme předcházet mnohým komunikačním nedorozuměním.

Další možností způsobu komunikace je tzv. jazyk logiky. Zde má každé slovo přesný význam, zde není prostor pro dvojsmyslnost a podobné někdy matoucí prostředky komunikace. Užívá se ve světě vědy, je neosobní, objektivní a věcný. Nemá ovšem přílišné využití v běžném způsobu komunikace (Janáčková, Weiss, 2008).

Jak jsem již uvedla výše, podstatou není však jen obsah sdělení. Janoušek (1984) uvádí pětikomponentový model významové struktury sdělení:

- 1) Záměr- strategický cíl sdělení
- 2) Smysl sdělení pro komunikátora
- 3) Věcný obsah sdělení
- 4) Smysl sdělení pro komunikanta (jak sdělené pochopil)
- 5) Efekt sdělení- jaký výsledek má komunikace

1.4 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace se podílí nadpoloviční většinou v procesu komunikace. Spadá sem nejen výraz obličeje a postoj těla, ale také pohyby, gesta, pohledy, doteky, oddálení či přiblížení, úprava zevnějšku i tón řeči. Nonverbálně tedy lze sdělovat emoce, pocity, nálady, afekty, zájem o sblížení, snahu o vytvoření dojmu i snahu záměrně ovlivňovat postoj komunikačního partnera (Svatoš, 2009).

Beran (2000) rozděluje složky neverbální komunikace na vlastní neverbální chování, které zahrnuje mimiku, gesta a pantomimiku a na paraverbální projevy, které zahrnují intonaci řeči, rychlost řeči, hlasitost, užívání pauz a tón. Dále autor uvádí neverbální komunikační dovednosti, kterými jsou pozorování, naslouchání, empatie, projev zájmu a respekt.

Jednotlivé složky nonverbální komunikace:

Oční kontakt, neboli řečí očí je nazývána **vizika**. Komunikačně významné je zaměření pohledu, místa, kam se konkrétně díváme, doba po kterou místo fixujeme i četnost těchto pohledů. Dále sled pohledů, na koho se podíváme jako prvního apod. Ale i vrásky kolem, očí, počet mrknutí nebo rozšiřování zornic. Výraz obličeje neboli **mimika** je další složkou. Lidský obličej rozdělujeme na tři zóny. Oblast čela a obočí, které manifestují nejčastěji pocity překvapení. Oblast očí a víček, které signalizují strach a smutek. A oblast dolní části obličeje- tváře, nos a ústa, které nejčastěji vyjadřují štěstí. **Gestika** zahrnuje záměrné i nevědomé pohyby rukou, hlavy, i nohou, které mají sdělovací účel a doprovázejí slovní i mimoslovní sdělení. Četnost i význam gest se ovšem velice kulturně liší. Například mávání paží ze strany na stranu je v USA symbolem pozdravu, ve většině Evropy symbolem pro-NE a v Řecku tímto pohybem druhého těžce urazíte. Stejně tak jsou po světě různě chápány i gesta ruky. Na příklad

symbol pro vítězné V, je ve většině zemí symbolem pro vítězství, ovšem pokud je dlaň otočena ke tváři gestikulujícího, má v Anglii význam stejný, jako v USA vztyčený prostředníček. Dalším příkladem je sevřená pěst a vztyčený ukazovák a malíček. V Evropě je chápán jako vulgární gesto, tzv. paroháč. V USA je ovšem pozitivním gestem podpory a v Jižní Africe je pomocí tohoto symbolu zaháněno zlo. I palec a ukazovák tvořící písmeno O, které v USA i v Evropě značí, že vše je OK, tedy v pořádku, v Japonsku je toto gesto symbolem pro peníze a v Tunisku dokonce „zabiju tě“ (Pokorná, 2010).

Dalším příkladem pro význam gest v komunikaci je zakrývání úst rukou či jiným předmětem. Bývá to symbolem pro neupřímnost nebo lhaní. Pokud si ústa zakrývá příjemce, je velmi pravděpodobné, že se domnívá, že sdělující lže. Prsty na ústech mohou také znamenat nejistotu a vnitřní zneklidnění (Janáčková, Weiss, 2008).

Náhradou za zakrývání úst může být dotýkání nosu. I tření oka vyjadřuje pochybnosti a lhaní. Čím závažnější lež bývá, tím intenzivnější tření je. U žen z důvodu líčení může být tření přesměrováno do oblasti pod očima. Dalším typickým gestem je tahání za ušní lalůček, škrábání se za uchem nebo dokonce strkání si prstů do ucha. Jedná se o verzi pro dětské zakrytí uší, což je symbolem pro „nechci nic slyšet“. Také ruka v pěst, která je přiložena ke tváři, kdy ukazovák směřuje vzhůru, může symbolizovat zájem či zaujetí komunikačního partnera. Pro rozhodování je pro změnu typické mnutí brady. Mezi nejčastější gesta rukou však patří zkřížené paže, které vyjadřují potřebu skrytí se za ochrannou bariéru. Jsou typickým symbolem i pro nesouhlas. Pokud při zkřížených rukou jsou zaťaté i pěsti, značí tento postoj nepřátelství. Pokud jsou při zkřížených rukou pěsti sevřené, ovšem palce směřují vzhůru, signalizují dominantní postoj. Když ovšem ruce drží paže, jedná se o vyjádření potřeby podpory (Janáčková, Weiss, 2008).

Hmat se u lidí po narození rozvíjí jako první rozlišovací smysl. Až poté následuje zrak a sluch. **Haptika** je tedy další neoddelitelnou součástí nonverbální komunikace. V interakci mezi dvěma lidmi může docházet ke dvěma typům doteků. A to buď přímo, tedy kůže na kůži, jak tomu je při podání ruky, anebo nepřímo, kdy je mezi lidmi určitá bariéra. Tím je myšleno například poplácání po rameni přes košili či kabát (Treznerová, Krejčířová, 2010).

V haptické komunikaci dále rozlišují tři dotyková pásma, podle teritoriálního prostoru těla:

- 1) Pásmo společenské, zdvořilostní, profesní – doteky rukou a paží
- 2) Pásmo Osobní, přátelské – doteky paží, ramen, obličeje, vlasů
- 3) Pásmo Intimní, erotické – doteky všech částí těla

Význam vzájemných doteků tedy nemusí být vždy pouze pozdrav. Ale vyjadřujeme pomocí nich pozitivní emoce, ocenění, náklonnost nebo usměřňujeme chování (Treznerová, Krejčířová, 2010).

„Doporučení pro praxi při podávání rukou

- ruce by se měly setkat na horizontální úrovni, jako vyjádření rovnocennosti, po dobu přibližně pěti sekund;

- není vhodné, aby následovalo dlouhé potřásání rukou;

- nedoporučuje se ani použití druhé ruky, nejde-li o vyjádření přátelského postoje či účasti;

- stisk by měl být přiměřený, ne příliš silný až destruktivní, jako vyjádření moci, ale také ne ochablý;

- podání rukou by mělo být doprovázeno odpovídajícím mimickým projevem (úsměvem, očním kontaktem);

- jako první podává ruku žena, člověk starší a osoba s vyšším postavením (nadřizený).“

(Pokorná, 2010, s. 25)

Proxemika, neboli komunikace pomocí oddálením nebo přiblížením. Z hlediska komunikace se hodnotí nejen horizontální vzdálenost, tedy vzdálenost mezi jednotlivými komunikujícími, ale také vertikální vzdálenost. Hlavní úlohu zde opět hraje výše očí. Osoba, která má oči výše, je považována za dominantnější.

Dalším zajímavým termínem na poli komunikace prostřednictvím vzdálenosti je tzv. toxemický tanec. Jde o pohyby komunikujících, kteří se v průběhu komunikace snaží najít kompromis ve vzdálenosti mezi nimi. Neboť každý člověk má jiné vnímání proxemiky. Obecně je několik determinantů, které určují velikost toxemických subjektivních zón. Jednou z nich je věk. Malé děti nemají jednoznačně vytyčeny teritoria, ale již jasně vnímají osoby přijímané, známé, které ve své intimní zóně akceptují a osoby neznáme, nepříjemné, které netolerují. V průběhu života se teritoriální požadavky mění. Dalším determinantem je pohlaví. Muži často udržují menší vzdálenosti než ženy. A to jak při styku s ostatními muži, tak se ženami. Důležitá je i

frekvence styku nebo temperament jednotlivých komunikujících. Extroverti udržují menší vzdálenosti než introverti a při prvním setkání všichni udržují větší odstup, než při setkání opakovaném. Ale záleží i na poloze těla. Pokud je osoba k druhé otočena zády, je schopna tolerovat větší přiblížení, než pokud jsou k sobě otočení obličejem. Typickým příkladem pro tuto situaci je cestování v plném hromadném dopravním prostředku (Pokorná, 2010).

Proxemické zóny

- 1) Intimní: v této zóně jsme schopni tolerovat jen nám nejbližší osoby. Manžela/manželku či partnera nebo dítě. Vzdálenost bývá od 0 cm do 30/45 cm.
- 2) Osobní: tato zóna definuje pocit našeho osobního prostoru, ve kterém se cítíme v bezpečí, a jeho narušení v nás vyvolává negativní pocity. Často se kryje s tzv. haptickým prostorem, tedy prostorem, kam dosáhneme rukama. Její rozměr bývá od 30/45 cm do 75/120 cm.
- 3) Společenská: jedná se o vzdálenost, při kterém je v našem zorném poli celá postava našeho komunikujícího partnera. Bývá zónou služebních či obchodních styků. Vzdálenost není přesně definována, bývá uváděna od 75/120 cm do 210/370 cm.
- 4) Veřejná: takovouto vzdálenost udržuje například učitel či herec. V této zóně vidí partneři celé svoje postavy, včetně jejich pohybu v prostoru. Vzdálenost je nad 370 cm (Pokorná, 2010).

Oblast, která se zabývá vzájemnou interakcí komunikace a postoje těla se nazývá **posturika**. Svůj postoj a vztah člověku dáváme najevo nejen držením těla, ale i napětím či uvolněním, polohou hlavy, rukou nebo nohou. V rámci posturiky sledujeme vlastní postoj a postoj druhých, pohyb v prostoru i jak na sebe těla komunikujících navzájem působí (Treznerová, Krejčířová, 2010).

Posturologické echo- jedná se o termín označující soulad či nesoulad v posturice komunikujících. Pokud spolu komunikující partneři souhlasí, mají stejný názor, může docházet k tzv. zrcadlení nebo jen navzájem pokyvují či se lehce naklání směrem k sobě. Pokud spolu nesouhlasí, opět se to odrazí v zaujatém postoji obou zúčastněných (Pokorná, 2010).

Chronemika je další složkou nonverbální komunikace. Jedná se o komunikaci v souvislosti s časem. Jak dokážeme nejen efektivně využívat čas v prospěch kvalitní komunikace, ale také i to když prodlužujeme rozhovor s člověkem, abychom s ním

mohli být co nejdéle, nebo naopak rozhovor zkracujeme, abychom rozhovor mohli co nejdříve ukončit (Treznerová, Krejčířová, 2010).

„Praktická doporučení pro efektivní využití času

- *buďte dochvilní;*

- *buďte trpěliví v komunikaci;*

- *respektujte požadavek rovnoměrného rozložení času pro vyjádření postojů a názorů zainteresovaných stran (pokud o to druhá osoba neprojeví zájem, musíte umět adekvátně reagovat a využít zbývajících času);*

- *naučte se využívat efektivně i čas, který považujete za ztracený (např. cesta v dopravním prostředku);*

- *používejte denní plán, ale nestructurujte jej příliš kategoricky vzhledem k času (pak je účinek spíše kontraproduktivní a dostáváte se spíše do časové tísně a stresu);*

- *naučte se určit priority a rozlišujte úkoly nezbytně aktuální a ty, u nichž nehrozí nebezpečí z prodlení.“ (Pokorná, 2010, s. 27)*

1.5 Paralingvistika

Zkoumá součásti řeči, které se nedají vyjádřit písemným projevem. Jedná se o aspekty řeči, které se naváží přímo na slova. Zkoumá slovní obsah a formu.

Z paralingvistiky lze rozpoznat původ mluvčího, věk, vztah nositele k určitým faktům, aktuální stav (úzkost, radost, smutek, strach), ale i některé rysy osobnosti (sebedůvěra, podceňování) (Treznerová, Krejčířová, 2010).

Řeč má několik paralingvistických aspektů. Jedná se o rychlost a hlasitost hlasu, tónovou výšku, barvu a intonaci hlasu, dále o přízvuk a slovosled, důraz, plynulost, ale i chyby v řeči, modulace či vokalizace.

Vyšší rychlost řeči může být efektivně vnímána pouze po určitou dobu, neboť posluchače velmi rychle unavuje. Někteří lidé nejsou schopni plně zachytit všechna fakta při užití příliš rychlého tempa řeči. Pomalé tempo může ovšem rušit pozornost. Obecně je dobré podstatné věci sdělovat pomalejším tempem a věcná témata by měla být vyjadřována svižně a stručně. Rychlost by se tedy v průběhu projevu měla záměrně měnit. Hlasitost řeči ovlivňuje příjemnost či nepříjemnost projevu. Při práci s hlasitostí je třeba zohlednit prostor a typ posluchačů. Stejně jako hlasitost má i tónová výška vliv na příjemnost či nepříjemnost projevu. Vysoké tóny bývají vnímány nepříjemně, nižší spíše uklidňují. Tento aspekt má velký emocionální vliv. Dalším aspektem, který je

ovlivněn emocemi je intonace. Umožňuje rozeznat postoj mluvčího k sdělovanému. Melodie věty také umožňuje posluchači odlišit větu oznamovací, tázací, rozkaz, přání či varování. Oproti předchozím paralingvistickým aspektům řeči je barva hlasu vrozenou neovlivnitelnou charakteristikou řečového projevu. Může být taktéž emocionálně zabarvený. Významnější akcent, který je ovlivňován přízvukem řečového projevu může také velmi ovlivnit porozumění a efektivitu komunikace. Stejně tak vhodné volení slovosledu umožňuje snazší pochopení obsahu sdělení. Efektivním užitím důrazu lze pro změnu snadno a zřetelně označit důležité části sdělení. Plynulost je další složkou paralingvistické stránky řeči. Mlčení či přestávky v řeči mohou signalizovat hledání vhodných slov nebo vzpomínání. Neměly by ovšem být vyplněny slovní vatou nebo parazitujícími slovy. Také ale mohou oddělit jednotlivá témata v průběhu monologu. Ovšem i součásti hlasového projevu jako je například zvuk smíchu či pláče, které zprostředkovávají okolí komunikanta jeho emoce, které jsou zahrnovány do skupiny složek Paralingvistiky a jsou souhrnně nazývány jako vokalizace. Modulace je označení pro práci se všemi aspekty paralingvistiky. Poslední složkou skupiny paralingvistických aspektů jsou chyby v řeči. Jedná se o opakování bez významu, přerěknutí, slovní vatu a parazitující slova (Pokorná, 2010).

2. Nemoc a její vliv na člověka

2.1 Holistické pojetí nemoci a zdraví

Nemoc je jednou z nejzátěžovějších situací, které mohou člověka v životě potkat. V minulosti se na nemoc nahlíželo jako na stav, který zatěžuje pouze tělo. Dnešní holistické pojetí nemoci i zdraví, umožňuje pacientům lepší zvládnutí procesu nemoci. Původní význam slova zdraví, je v latinském i řeckém jazyce celek. Člověk je bytostí bio-psycho-sociální. Holistické pojetí člověka ho vidí jako celek, jehož jednotlivé části jsou ve vzájemné blízké interakci a narušení jedné části vede k postupnému narušení celku. Důkazem tohoto tvrzení je i definice zdraví Světové zdravotnické organizace: Zdraví je stav fyzické, duševní, sociální a duchovní pohody. Bohužel mnoho lidí jej vidí stále jen jako nepřítomnost nemoci [www.wikipedia.cz].

Jen málokterá profese tak výrazně přispívá ke zdraví jako profese zdravotníků. Neměli by ovšem zapomínat, že zdraví není kategorií výlučně medicínskou, ale široce humánní. Je samozřejmé, že k dosažení co nejlepšího zdraví je velmi důležitá prevence, diagnostika, terapie i rehabilitace, ale zdravotnické služby samy o sobě zdraví nezajistí. Společně s nemocí, dochází v lidském životě k mnoha změnám v mnoha oblastech. V oblasti sociální dochází ke změně rolí. Velikost a trvalost změny bývá úměrná závažnosti onemocnění. Akutní onemocnění svou náhlostí může přerušit veškeré sociální aktivity nemocného, avšak bývá lépe snášeno, neboť nemocný doufá v brzké uzdravení. Také společnost bývá tolerantnější a vyčkává brzký návrat nemocného do jeho společenských rolí. Chronické onemocnění, jehož symptomy se rozvíjí dlouhodobě, jsou přijímány hůře. Narušení sociálních rolí je ovlivněno, zejména pokud je onemocnění buď viditelné „na první pohled“ nebo je společensky stigmatizováno. Příkladem mohou být různá fyzická znetvoření zejména v obličejové části například popálením či anatomickou anomálií. Příkladem společensky stigmatizovaným onemocněním je např. onemocnění AIDS. U takovýchto onemocnění často společnost není schopna empatie (Ptáček, Bartůněk, 2011).

Další oblastí jsou fyzické změny. Nemocný často vnímá své tělo odlišně. Takovéto pocity jsou nepřenositelné, nelze se o ně podělit, a proto často přinášejí nepochopení stran okolí nemocného. Je zde významný fenomén bolesti, nemoc omezuje člověka v jeho soběstačném a samostatném způsobu života. Globálně a jednoznačně snižuje kvalitu života (Venglářová, Mahrová, 2006).

Poslední oblastí je oblast psychiky. Opět zde nastupuje nepřenositelnost a subjektivita prožívání onemocnění každého člověka rozličným způsobem. Onemocnění ovlivňuje sebepojetí a zvýrazňuje osobnostní rysy vlivem dlouhodobé zátěže a frustrace. Také představa vlastního ohrožení často komplikuje rozumové zpracování a přijetí nemoci (Venglářová, Mahrová, 2006).

2.2 Autoplastický obraz nemoci

Jak je již popsáno výše, každý z nás prožívá onemocnění individuálně. Autoplastický obraz nemoci zahrnuje čtyři způsoby prožívání nemoci a chování v procesu adaptace na nemoc.

Senzitivní, které zahrnuje šíření vzruchů a pociťování negativních vjemů jako je například bolest či nevolnost. Vnímání bolesti je velice subjektivní. I když mají zdravotníci několik objektivních ukazatelů, podle nichž mohou usuzovat na přítomnost či nepřítomnost, popřípadě velikost bolesti, nikdy jejich hodnocení bolesti, za pomoci pouze objektivních nálezů, nebude odpovídat prožívání nemocného. Někteří lidé ovšem nejsou schopni verbalizovat stupeň a charakter bolesti, jiní zase mají zvýšený práh vnímání bolesti. Proto pro hodnocení bolesti je vždy na prvním místě subjektivní pocit nemocného. Okolí by jeho vnímání nemělo bagatelizovat, neboť současné negativní prožívání procesu nemoci, bolesti a nedůvěra či zlehčování prožívání okolím ještě prohlubuje špatnou adaptaci na nemoc.

Emoční. Prožívání strachu a úzkosti v průběhu nemoci je zcela standardní. Jejich hlavním determinantem jsou představy nemocného, které mohou zdravotníci ovlivnit pečlivou a pravdivou edukací pacienta. Bohužel i dnes se někteří zdravotníci domnívají, že neinformovaný pacient je klidnější. Nejistota a strach z neznámého prožívání strachu a úzkosti jen potencují. V dnešní době mnoha informovaných souhlasů téměř ke každému vyšetření, zákroku a léčebnému postupu, v době mnoha edukačních standardů by se mohlo usuzovat, že dnešní informovanost pacientů je téměř dokonalá (Pokorná, 2010).

„Lékaři všeobecně přiznávají komunikační potíže v určitých specificky náročných situacích (např. sdělování špatných zpráv), ale většina z nich se domnívá, že jsou díky své výchově a schopnostem dobrými zprostředkovateli informace (dobrymi »komunikátory«). Většina pacientů se naopak vyjadřuje o komunikačních dovednostech

lékařů spíše nepříznivě a projevuje nespokojenost nad průběhem vzájemného dorozumívání.“ (Honzák, 1997, s. 12)

Volní stránka prožívání nemoci zahrnuje vůli člověka odolávat nemoci a aktivně usilovat o uzdravení. Patří sem i rozhodovací schopnosti nebo vlastní přístup ke zdraví. To se poté odrazí v ochotě spolupracovat i v dodržování léčebného režimu.

Racionální a informativní prožívání nemoci je determinováno opět získáním informací. Jde nejen o jejich pouhé předání, ale také zejména srozumitelné vysvětlení. Informace by měly být podávány v přiměřeném množství, což znamená ne výběrově, ale s ohledem na schopnost vnímání množství informací. Podávání většího množství informací by mělo být, pokud možno, rozfázováno. Dalším ohledem je věk, psychické rozpoložení, charakter a fáze nemoci (Pokorná, 2010).

Dalšími určujícími parametry autoplastického obrazu nemoci je typ onemocnění. Zda se jedná o nemoc akutní či chronickou, jaký je nutný rozsah péče, prognóza a možnost trvalých následků nebo budoucích omezení pacienta.

Také okolnosti, za kterých nemoc vzniká, vstupují významně do způsobu prožívání nemoci. Neschopnost například zabezpečení rodiny po delší čas může znamenat v dnešní době ztrátu nebo výraznou změnu sociální úrovně celé pacientovy rodiny. I pocit míry zavinění úrazu či nemoci je podstatné. Např. požití alkoholu před jízdou v automobilu a následná havárie, nepoužívání ochranných pomůcek, či nedodržování nastaveného léčebného režimu.

V neposlední řadě je nutné zmínit nemorbidní osobnost pacienta. Typ osobnosti, její temperament, zralost a nastavení hodnotového žebříčku. Dále také věk a pohlaví. Stáří obecně zhoršuje adaptaci na nemoc. Je to způsobeno strachem ze samoty a ztráty soběstačnosti. Ženy se obecně hůře vyrovnávají například s hospitalizací, avšak lépe snášejí bolest, muži naopak hůře snášejí bolest, lépe pak hospitalizaci (Linhartová, 2006).

Vnitřní obraz nemoci

Dalším obrazem toho, jak velmi subjektivní je prožívání nemoci a jejich příznaků je následující výčet způsobů vnitřního vnímání obrazu vlastního zdraví a nemoci.

Normální- odpovídá stavu a rozsahu onemocnění, pacient je podle míry poučení adekvátně adaptován na onemocnění. Je ochoten spolupracovat se zdravotníky a má reálné představy o nemoci, prognóze a způsobu léčby.

Bagatelizující- nemocný podceňuje, zlehčuje závažnost choroby, neléčí se, je nepřiměřeně optimistický. Důvodem může být přeceňování svých možností, podceňování zdraví jako hodnoty, ale i strach. Často se objevuje nedodržování léčebného režimu, důvodem bývá přeceňování vlastních možností, nebo podceňování zdraví jako důležité hodnoty. Často za tím bývá skryt strach z obtíží, z následků, nebo ze snížení prestiže.

Repudiační- zapuzení nemoci, pacient odmítá návštěvy u lékaře, odmítá nemoc vzít na vědomí. Jedná se o nevědomou disimulaci.

Hypochondrický- pacient se soustředí na své obtíže, velmi intenzivně prožívá slabší příznaky, které agravuje. Častým obrazem je podléhání příznakům onemocnění, se kterými pacient odmítá bojovat.

Disimulační- záměrné zkreslení nebo popření potíží. Pacient záměrně nesprávně informuje lékaře o svých obtížích. Motivem může být strach ze ztráty zaměstnání či finanční důvody.

Nozofóbní /zneklidněný- nepřiměřená obava z nemoci. Nemocný opakovaně navštěvuje lékaře, nechává se opakovaně vyšetřovat. Střídá lékaře pro potvrzení diagnózy. Zveličuje své obtíže, obává se zejména nevléčitelných chorob, jako je například AIDS. Nemocný si je vědom, že jeho obavy jsou přehnané, ale nedovede se jim bránit.

Nozofilní – vnímání a využívání příjemných stránek nemoci jako je zvýšený zájem o osobu nemocného, klidový a odpočinkový režim, benevolence k plnění povinností.

Účelový – vystupňovaný nozofilní stav. Účelové reakce jsou vědomé i nevědomé. Příčinou účelového obrazu nemoci může být přání získání poukazu do lázní, uznání invalidního důchodu nebo dříve vyhnutí se vojenské službě- získání tzv. modré knížky (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

2.3 Bolest

Jedním z nejhůře akceptovatelného aspektu nemoci je právě bolest. Bohužel je častým průvodním jevem nejen nemocí, ale provází také mnoho vyšetření, které musejí být prováděny.

2.3.1 Akutní bolest

Akutní bolest má funkci fyziologickou a smysluplnou, neboť vzniká bezprostředně po vzniku příčiny bolesti a chrání tím tedy organismus před jeho dalším poškozením. Její trvání nepřekračuje časový horizont tří měsíců.

Pro určení síly bolesti se užívá několik škál. Názvy jednotlivých charakterů bolestí ovšem bývají dosti abstraktní a posouzení síly bolesti bývá často složité, protože bolest je rize individuálním vjemem. Proto je s výhodou v některých případech užívat například VAS (Sofaer, 1997).

Obrázek č. 1: Vizuální analogová škála bolesti



[Dostupné na: http://ap.mzcr.cz/nemocnice-na-homolce/nemusite-snaset-bolest_62_484_211o.html]

2.3.2 Chronická bolest

Chronická bolest, která je dlouhodobá a délka jejího trvání neodpovídá vyvolávající příčině, tím ztrácí svou obrannou funkci a smysluplnost [Fricová, 2011].

„Chronická bolest pacienta deptá svou neustálou přítomností, omezuje jej v běžných denních aktivitách, v sociálních vazbách, ruší spánek, vyvolává depresi, snižuje kvalitu života. V těchto případech se chronická bolest stává samostatnou nozologickou jednotkou (nemocí samou o sobě). Prvořadým cílem léčby chronické bolesti je zlepšení stavu pacienta, zvýšení jeho funkční kapacity a úpravy kvality života.“ (Hakl, 2013, s. 32,33)

Chronická bolest však může mít i psychosociální souvislosti. Za spouštěcí faktor je považováno somatické onemocnění, které přichází v období těžce zátěžové psychické a sociální situaci. Příkladem takové situace může být ztráta blízkého člověka, naprostá změna sociálních rolí člověka, ale i ranná traumata jako je zanedbávání či týrání v dětském věku.

Syndrom chronické bolesti na psychosomatickém základě bývá výsledkem nevědomých vnitřních konfliktů, na které není motorická, psychická nebo emoční odezva těla. Je to tedy jakási somatická odpověď těla na, v daný moment, neakceptovatelné situace.

Bolest tedy nemusí jistě vždy znamenat pouhé poškození organismu (Hakl, 2013).

„Můžeme ji symbolicky vnímat jako vyjádřenou zprávu o neurotickém konfliktu různé povahy (ve vnímání vlastní hodnoty, v narušeném sebepojetí, v sexualitě, v nedostatečné péči o sebe, ve vztahových problémech, jako výslednici různých agresivních afektů a impulzů).“ (Hakl, 2013, s. 38)

Všechny výše uvedené vnitřní konflikty mohou postihovat zejména osoby se získaným tělesným postižením. Proto i zde je nezbytné, aby lékaři posuzovali každého pacienta přísně individuálně a nevnímali bolest pouze lineárně, tedy jako následek poškození organismu. Neboť pokud pacientovy obtíže nebudou správně rozklíčovány, může dojít k rezignaci pacienta a dojít k tzv. neadaptivnímu přizpůsobení se na chronickou bolest. Tento stav se vyznačuje pocíty bezmoci a zoufalství, nedůvěrou ve zdravotní péči, nízkým sebehodnocením, sebelítostí a nedůvěrou ve zlepšení současného stavu. Dále dochází k narušení vztahu k vlastnímu tělu, fobickým reakcím, agresí, autoagresí či depresím (Sofaer, 1997).

Způsoby léčby chronické bolesti jsou farmakoterapie, rehabilitační postupy, invazivní léčebné postupy jako je například chirurgická revize bolestivého místa, psychoterapeutické metody, postupy alternativní medicíny a sociální podpora. Právě podpůrné rodinné zázemí a premorbidně stabilní osobnost jsou faktory, které pozitivně

působí při snahách o změnu přístupu pacienta a následného rozvoje adaptivního zvládnání chronické bolesti [Fricová, 2011].

Tabulka č. 1: Rozdíly mezi akutní a chronickou bolestí

Tab. 1 Rozdíly mezi akutní a chronickou bolestí ⁽²⁾	
bolest akutní	
trvá hodiny, dny	
význam má pozitivní – výstražná funkce pro organismus	
lokalizovaná na určitou oblast těla	
příčina je spíše periferní	
rychle se zlepšuje	
bolest chronická	
trvá měsíce až roky	
význam má negativní – není biologicky užitečná	
lokalizace je často difúzní	
příčina je spíše centrální	
progresivně se zhoršuje	

[Dostupné na: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/akutni-a-chronicka-bolest-461329>]

Tabulka č. 2: Typické příznaky akutní a chronické bolesti

Tab. 2 Typické doprovodné příznaky akutní a chronické bolesti ⁽²⁾	
bolest akutní	bolest chronická
pocení	poruchy spánku a chování
tachykardie	deprese
tachypnoe	změny osobnosti
vazokonstrikce	zhoršená kvalita života
mydriáza – rozšíření zorniček	sociální izolace
paralýza střev – zácpa	ztráta zaměstnání
retence moči	nebezpečí suicidia
katabolismus	poruchy libida
hyperglykémie	

[Dostupné na: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/akutni-a-chronicka-bolest-461329>]

2.4 Fantomová bolest

Jedná se o typ bolesti, který vzniká po chirurgicky nebo traumaticky odstraněné části lidského těla. Jedná se o pocity bolesti těch částí těla, které byly amputovány. Nejčastěji se fantomové bolesti objevují po amputaci končetin, zejména pak horních končetin. Přítomny však mohou být i po ablacích prsu, amputacích jazyka, nosu, penisu, po vyjmutí očního bulbu, nebo po chirurgickém odstranění viscerálních orgánů. Nejčastější a klinicky nejvýznamnější jsou fantomové bolesti končetiny a proto se nadále budu věnovat právě jim (Grunberg, 2006).

Fyziologickým důsledkem každé amputace je tzv. fantomový syndrom, který obsahuje tři složky:

Fantomové pocity- které znamenají cítění a uvědomování si již neexistující končetiny. Jedná se v podstatě o běžné halucinace, které má téměř sto procent pacientů po amputacích. Mají velmi rozličný charakter, a jejich vnímání je identické s reálnou skutečností. Pro snazší rozdělení se rozlišují tři kategorie. První obsahuje tzv. jednoduché pocity, jako je například dotyk, teplo, chlad, tlak, svrbění apod. Druhá kategorie jsou pocity komplexní. Do této kategorie zahrnujeme vnímání pozice, délky a objemu amputované končetiny. Třetí kategorie jsou pocity vnímání pohybu amputovanou končetinou. Bývá také vnímána v nepřirozeném až překrouceném postavení.

Časem dochází k vyhasínání nebo útlumu těchto pocitů. Může také postupně docházet k tzv. teleskopickému efektu, kdy například u amputace horní končetiny nad loktem dochází k postupnému zkracování fantomové končetiny, až k pocitům nasedání ruky na pahýl, to znamená, že postupně pocit vnímání předloktí vymizí.

Častěji se fantomové pocity vyskytují u amputací horních končetin a na dominantní končetině, méně často u amputací dolních končetin.

Fantomová bolest, je tedy bolest vztažená k fantomové (amputované) části končetiny.

Mechanismus vzniku není dosud znám, ale častěji se tento druh bolesti objevuje u pacientů, kteří měli bolesti již před amputací, nebo u nichž došlo k ranným pooperačním komplikacím. Také čím je místo amputace blíže trupu, tím větší pravděpodobnost vzniku fantomové bolesti je. Statisticky se také zdá, že fantomová bolest se častěji vyskytuje u osob z nižších socio-ekonomických skupin (Grunberg, 2006).

Všeobecně se dá říci, že prevalence je 60- 85 % u všech pacientů po amputaci končetiny a u 10 % se jedná o prudkou, nesnesitelnou bolest, která má charakter krátkých epizod. Počátek obtíží se ovšem také může objevit například i měsíc až rok po amputaci [www.cls.cz/dokumenty2/os/r036.rtf].

Charakter fantomové bolesti bývá udáván jako pálivá, palčivá, křečovitá, řezavá, bodavá nebo kroutivá. Pacienti mívají často pocity sevření, drčení nebo mačkání fantomové končetiny.

Intenzita a frekvence atak bolesti je ovlivňována mnoha vnitřními i zevními faktory jako jsou fyzikální a emoční vlivy, kašel, močení, defekace, sexuální aktivity, meteosenzitivní vlivy atd..

Protože dosud nebyl odhalen mechanismus vzniku fantomové bolesti, nelze bohužel prozatím ani jednoznačně určit léčebný postup. Využívají se jak analgetické postupy jako jsou chirurgické revize pahýlu nebo neurektomie (částečná resekce periferního nervu).

Z neinvazivních postupů je to farmakoterapie, která má nezastupitelnou pozici již před amputací. Dobře zvládnutá analgezie pre a post operačně snižuje možnost výskytu fantomové bolesti. Dále se také užívá fyzikální léčby s využitím ultrazvuku, masáží nebo aplikace tepla či chladu, akupunktura a transkutánní elektrická nervová stimulace. Jedná se o stimulaci elektrickým proudem přiložením elektrod na pahýl nebo kontralaterální končetinu.

U některých pacientů může v období 1 či 2 roků po amputaci fantomová bolest zcela vymizet [www.cls.cz/dokumenty2/os/r036.rtf].

„V prospektivní studii Jensena (1985) incidence fantomové bolesti končetin klesala pozvolna (za 1 týden, 6 měsíců a 2 roky byla 72, 65, a 59 %), ale byl zaznamenán signifikantní pokles v trvání a intenzitě atak fantomové bolesti. Po 2 letech jen 21 % nemocných mělo denní ataky fantomové bolesti, ale u nikoho nebyla bolest konstantní.“ [<http://www.cls.cz/dokumenty2/os/r036.rtf>].

Pahýlová bolest, jedná se o bolest v místě pahýlu. Často bývá způsobena ischemiemi, jizvou nebo neuromem. Neurom je palpačně bolestivá změť vaziva a axonů, která vzniká při chirurgickém přetnutí těla neuronu, který reaguje mohutnou tvorbou proteinů. Pokud není nerv po přetnutí spojen s jiným, vzniká jakási změť neuronů, tzv. amputační neurom, který způsobuje pahýlovou bolest (Grunberg, 2006).

2.5 Obecná pravidla pro komunikaci s lékařem

Základním pravidlem pro úspěšný vztah lékaře nebo i ostatních nelékařských zdravotních pracovníků je vzájemný rovný, partnerský přístup. V tomto může pacientovi pomoci i uvědomění si například práv pacienta.

Pravidla komunikace- požadavky na lékaře

- „1. poslouchajte pacienta vždy pozorně.*
- 2. Vysvětlete vždy všechno jasně a srozumitelně. Vytvořte si zpětnou vazbu a ujistěte se, že vám pacient rozuměl.*
- 3. Hovořte s pacientem pravidelně o prevenci.*
- 4. Buďte poctiví a čestní.*
- 5. Vypjtejte se pacienta na všechno, co by mohlo vaši spolupráci ztěžovat (obavy, nechuť, odmítání, příp. vliv druhé osoby).*
- 6. Zachovejte vždy důvěrnost informací získaných od pacientů.*
- 7. Respektujte pacientova přání.*
- 8. Nekritizujte veřejně pacienta.*
- 9. Během rozhovoru udržujte oční kontakt.*
- 10. Respektujte pacientovo soukromí.*
- 11. Dejte pacientovi najevo svou emoční podporu.*
- 12. Nenavazujte s pacienty sexuální vztahy.*
- 13. Stanovte jasnou diagnózu, a pokud to je možné, seznamte s ní pacienta způsobem, který je pro něj přijatelný a srozumitelný.*
- 14. Váš upravený oděv je nezbytnou samozřejmostí.*
- 15. Vystupujte před pacienty vždy v nejlepším světle.“ (Honzák, 1997, nečíslovaná strana)*

Pravidla komunikace- požadavky na pacienta

- „1. Ptejte se lékaře na vše, co považujete za nejasné nebo za nesrozumitelné.*
- 2. Poskytněte lékaři všechny nutné informace. Bez vašich informací lékař neví, co vás kde a jak mnoho bolí, bez vašeho vyjádření lékař neví, který postup chcete zvolit.*
- 3. Dodržujte pečlivě všechny lékařské pokyny- je to především ve vašem vlastním zájmu.*
- 4. Buďte k lékaři upřímní.*

5. *Nedělejte si nepřiměřené nároky na lékařův čas a nepřipravujte lékaře o čas zbytečně.*
6. *Důvěřujte svému lékaři.*
7. *Respektujte lékařovo soukromí.*
8. *Sdělte lékaři všechny své problémy najednou, nenechávejte si pro sebe svá »tajemství«- je to jen k vaší škodě.*
9. *Při rozhovoru se dívejte lékaři do očí.*
10. *Sdělte lékaři všechny své pochybnosti, ať už se týkají čehokoli.“ (Honzák, 1997, nečíslovaná strana)*

3. Komunikace s člověkem s mentálním postižením

3.1. Mentální postižení

Termín mentální retardace je užíván od roku 1959, kdy byl použit na konferenci WHO v Miláně jako zastřešující termín pro osoby s poruchami intelektu.

MKN- 10 popisuje mentální retardaci takto: „*Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez, nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami.*“ (MKN- 10, 2010, s. 236)

„*Mentální retardace je závažné postižení vývoje rozumových schopností prenatální, perinatální nebo časně postnatální etiologie, které vedou i k významnému omezení v adaptivním fungování postiženého dítěte či dospělého v jeho sociálním prostředí.*“ (Říčan, Krejčířová, 1997, s. 151)

Mentální retardace dělíme dle hodnoty inteligenčního kvocientu a dle schopností a dovedností člověka. **Lehká mentální retardace** se pohybuje v pásmu IQ 69 – 50. Osoby s tímto typem mentální retardace mívají obtíže v oblasti sociální a emoční sféry. Hůře se přizpůsobují sociokulturním normám. V myšlení bývá deficit zejména v oblasti abstraktního, logického a mechanického myšlení, dedukce a úsudku. Nepříliš výrazně může být narušena paměť a hrubá i jemná motorika. V oblasti emocí se projevuje afektivní labilitou. Majorita osob s lehkou mentální retardací je bez obtíží zařazena do pracovního procesu a udržuje běžné sociální vztahy.

Středně těžká mentální retardace se pohybuje v rozmezí IQ 49 – 35. Zde je již silně patrný odklon od běžného vývoje, ovšem je zde velká variabilita. Opožděna je řeč, která je jednoduchá, chudá s častými agramatismy. Školní znalosti bývají omezeny na základy trivia. Většina osob se středně těžkou mentální retardací není schopna zcela samostatného života. Pod dohledem vykonávají jednodušší manuální práce (Černá, 2008).

Těžká mentální retardace se pohybuje v pásmu IQ 34 – 20. Zde jde již o výrazné postižení. Řeč je silně narušena, slovní projev bývá pouze jednoslovný. Časté je i narušení porozumění řeči, nezřídka se objevují echolálie. Osoby

s těžkou mentální retardací při systematické kvalifikované péči zvládají samostatnou základní sebeobsluhu a jsou schopni se naučit některým jednoduchým pracem. Dále bývají častá přidružená somatická postižení, ale i postižení sluchu a zraku.

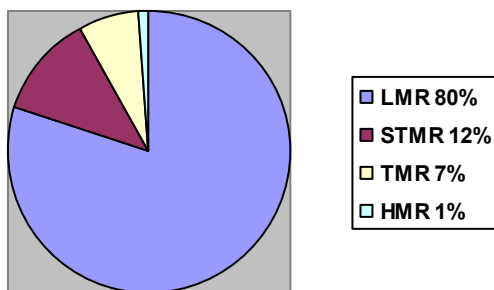
Hluboká mentální retardace se pohybuje v pásmu IQ pod 20.

Osoby s hlubokou mentální retardací jsou plně odkázány na péči druhé osoby. Nejsou schopni komunikovat, pouze je možno na základě jednoduché neverbální komunikace identifikovat libost či nelibost. Stejně tak je výrazně postižena i motorika s neschopností chůze. Častá je i inkontinence. Opět je zde časté kombinované postižení (Černá, 2008).

Švingalová 2006 uvádí, že lidé s mentální retardací jsou nejpočetnější skupinou zdravotních postižení. Výskyt v populaci je odhadován na 1 až 5 %.

Lehká mentální retardace se v populaci vyskytuje asi ve 2,6 %, středně těžká mentální retardace v 0,4 %, těžká mentální retardace v 0,2 % a hluboká mentální retardace v 0,03 %.

Graf č. 1: Procentuální výskyt jednotlivých typů mentální retardace v celkovém počtu mentálních retardací (Švarcová, 2006).



Pozn.: LMR= lehká mentální retardace, STMR = středně těžká mentální retardace, TMR = těžká mentální retardace, HMR = hluboká mentální retardace.

Český statistický úřad v roce 2007 konal výběrové šetření u osob s postižením. Zajímavým závěrem u skupin osob s mentálním postižením bylo následující: „S vrozenými vývojovými vadami jako příčinou zdravotního postižení se setkáváme u třetiny mentálních retardací. Dvě třetiny postižení pohybového aparátu vznikly v důsledku úrazů. Nemoc bývá nejčastější příčinou vzniku postižení vnitřních orgánů 57%. Vysoký věk člověka vede ve zvýšené míře k chorobám vnitřních orgánů, zejména

oběhového ústrojí 42%. Nejvyšší průměrná míra postižení byla zaznamenána u lidí s mentálním postižením - 2,37 viz tabulka č. 10.“ [Dostupné na: http://www.nrzp.cz/dokumenty/Komentar_ke_statistice.pdf]

Tabulka č. 3: Míra zdravotního postižení podle pohlaví, věku a typu postižení

	Míra postižení *						průměrná míra postižení ***
	lehké	středně těžké	těžké	velmi těžké	neuvedeno	celkem	
Pohlaví							
muži	91 325	197 557	145 287	55 238	1 045	490 452	2,336
ženy	97 431	220 866	156 223	48 717	1 859	525 096	2,299
Celkem	188 756	418 423	301 510	103 955	2 904	1 015 548	2,317
Věková skupina							
0-14	22 471	14 068	5 909	3 760	-	46 208	1,804
15-29	16 829	16 863	16 726	10 203	-	60 621	2,335
30-44	21 693	43 745	23 490	12 294	109	101 331	2,261
45-59	42 323	112 176	69 590	21 328	326	245 743	2,285
60-74	52 676	121 566	80 173	28 343	516	283 274	2,298
75+	32 764	109 454	105 200	27 677	1 649	276 744	2,465
Celkem	188 756	418 423	301 508	103 956	2 905	1 015 548**	2,317
Typ postižení							
tělesné	117 247	235 572	152 000	42 983	2 605	550 407	2,220
zrakové	24 479	31 451	19 924	10 981	604	87 439	2,200
sluchové	19 948	28 793	18 061	7 746	152	74 700	2,182
mentální	24 036	33 700	33 034	15 036	893	106 699	2,369
duševní	27 719	56 985	30 705	11 436	1 220	128 065	2,204
vnitřní ****	272 873	381 972	186 770	47 509	1 568	890 692	2,010
Celkem	486 302	768 473	440 494	135 691	7 042	1 838 002	2,123

* U osob bráno jejich nejtěžší postižení, u typů všechna postižení daného typu

** V celku 1 015 548 je zahrnuto i 1627 osob, u kterých nebyl uveden věk

*** Lehké = 1, středně těžké = 2, těžké = 3, velmi těžké = 4

**** Včetně vícenásobných vnitřních

[Dostupné na: <http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/p/3309-08>]

Příčin vzniku mentální retardace je uváděno několik. Jako prenatální možné příčiny mentální retardace jsou udávány onemocnění matky, jako jsou zarděnky, toxoplazmóza či syfilis. Dále také špatná životospráva matky, ve smyslu zejména užívání návykových látek. Významná role je také přiznávána dědičnosti a chromozomálním aberacím.

V perinatálním období dítěte se jedná zejména o mechanické poranění mozku při porodu, také ovšem komplikovaný průběh porodu, který může mít za následek hypoxii dítěte. Rizikové jsou také děti s nízkou porodní hmotností a matky starší 35 let (Ludíková, Souralová, 2006).

Demence

Demence je definována, jako chronický a trvalý úbytek duševních funkcí, jehož příčinou jsou degenerativní změny v mozkové tkáni.

Aby lékař mohl diagnostikovat demenci, musí se u člověka vyskytovat minimálně dvě z následujících kritérií: porucha paměti, deteriorizace intelektu, poruchy orientace, poruchy soudnosti a abstraktního myšlení, poruch chápání, poruchy korových funkcí nebo poruchy motivace a pozornosti.

V současné době na celém světě trpí demencí přibližně dvacetšest miliónů lidí a předpokládá se, že jejich počet v příštím roce vzroste o dalších pět miliónů lidí.

Demence postihuje asi 5,4 % populace starší 65 let (Hort, 2007).

„Existuje několik jednoduchých testových metod, kterými lze zjistit počínající demenci. Nejužívanější je test MMSE (Mini-Mental State Examination), který má 30 otázek/úkolů, zaměřených na různé složky paměti; za každou správně zodpovězenou otázku je jeden bod. Člověk bez demence by měl dosáhnout výkonu 30 bodů, toleruje se do 27 bodů. Výsledky MMSE však nelze brát absolutně, u některých lidí mohou podhodnocovat (hlavně u lidí s postižením řečových funkcí), u jiných mohou nadhodnocovat - výsledky je třeba hodnotit v celkovém kontextu.“ [<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/demence-457923>]

Jak uvádí Valenta a Müller 2007, jsou projevy mentální retardace i demence v jejich důsledku pro život člověka ve společnosti obdobné a proto se označují společným zastřešujícím pojmem- mentální retardace.

Mentální postižení, neovlivňuje pouze myšlení, schopnost komunikace nebo motoriku, ale celou osobnost člověka. Zasaženo je kvalitativní i kvantitativní vnímání, možnost udržet pozornost a soustředit se. Paměť je pomalejší, nestálá a nepřesná. V afektivní sféře je častý sklon k silnému prožívání všech emocí, což je projevem nedostatečného ovládní citu intelektem. Vůle je další problematickou oblastí, neboť lidé s mentálním postižením mnohdy mají nedostatek iniciativy a nechají se snadno ovládat. Toto vše vede k problematickému přijímání člověka s mentálním postižením

intaktní majoritní společností, pocitům jinakosti a problémům se sebehodnocením (Dlouhá, 2011).

3.2 Zásady komunikace s člověkem s mentálním postižením

Neporozuměním potřebám klienta může vést k frustraci pacienta a následnému nezájmu o další komunikaci.

Naše společnost je stále prostoupena mýty o lidech s mentálním postižením. Domnívají se, že jsou jako děti, že jejich mentální věk lze přepočítat na chronologický a podle toho je nejlepší s nimi jednat. Tzn. jednat s nimi jako s různě starými dětmi a s tím související nutnost za ně myslet, mluvit, rozhodovat. Jistě, člověk s mentálním postižením se velmi často chová nestandardním způsobem, ale jako kdokoli jiný má právo, pokud je to samozřejmě v možnostech organizace, se projevat způsobem sobě vlastním. Dalším mýtem bývá představa o agresivnosti, nevzdělatelnosti a nemožnosti socializace. Tyto a jiné neoprávněné předsudky naší společnosti stále staví bariéry mezi majoritní společností a lidmi s mentálním postižením. Člověk s mentálním postižením si uvědomuje svou odlišnost. Vnímá postoje svého okolí vůči vlastní osobě a velmi citlivě na ně reaguje (Jurkovičová, 2010).

Takto ovšem nevnímají a nejednají s lidmi s mentálním postižením pouze lidé cizí, ale v některých případech, avšak jistě primárně v dobrém úmyslu, i lidé z nejbližšího okolí a rodina člověka s mentálním postižením sama. Tendence bližních manipulovat a řídit člověka s tímto druhem postižení někdy až hraničí s omezováním lidských práv. Úkolem zdravotníků má být tedy i citlivě na tento fakt poukázat a navázat s pacientem takový vztah, který by ho podporoval a pomáhal mu vytvořit zdravé sebevědomí. Komunikaci je nutné vést podporujícím způsobem, spíše v podobě usměrňování v rozhodování a jednání. Je nezbytné mít stále na mysli, že i člověku s mentálním postižením je možno pomoc pouze nabízet a ne vnucovat. Respektovat za všech okolností lidskou osobnost a nesnižovat jeho důstojnost (Glennner, 2005).

Při prvním setkání je dobré rozhovor začít běžně a během úvodní zdvořilostní konverzace si postupně utvoříte náhled na přibližnou hloubku mentálního deficitu.

V průběhu rozhovoru s člověkem s mentálním postižením je nutné nezapomínat, že problém v komunikaci může nastat nejen z důvodu neporozumění obsahu rozhovoru, ale také v oblasti rozlišování podobných hlásek nebo výslovnosti hlásek a slov. Význam má tedy nejen to co říkáme, ale také jakým způsobem informace sdělujeme. Stejně tak

je důležité počítat s tím, že i hlasová produkce řeči může být narušena (Renotiérová, Ludíková, 2005).

Vhodně zvolit musíme nejen téma, ale také komunikační prostředky. Lidé s mentálním postižením mají různě omezenou slovní zásobu, a proto je výhodnější užívat slova a výrazy, které jsou člověku s mentálním postižením známá. Užívání ironie je lépe se vyhnout. Opomenut nesmí být ani soulad verbální a neverbální složky komunikace. Stejně jako intaktní komunikační partner i člověk s mentálním postižením zaznamená případný rozpor mezi těmito složkami, které odvedou jeho pozornost a tím se zhorší schopnost porozumění (Slowík, 2010).

V některých případech je hloubka mentálního postižení taková, že se běžným způsobem nelze s osobou s mentálním postižením domluvit. V těchto případech lze využít alternativních komunikačních systémů, jako jsou fotografie, obrázky, piktogramy nebo modely. Použití těchto komunikačních zdrojů konzultujte vždy s pečující osobou, neboť různé fotografie stejných věcí nemusí být akceptovány. Např. člověk s mentálním postižením je doma zvyklý po předložení fotografie s kartáčkem si dojít pro zubní kartáček a odejít do koupelny, pokud my ovšem použijeme fotografii s kartáčkem například jiné barvy, nebo pouhý obrázek, nemusí nám náš komunikační partner vůbec rozumět. Zdravotnický personál si tuto situaci může vysvětlit jako záměrnou nespolupráci a může lehce dojít k nepříjemnému nedorozumění (Černá, 2008).

Jak jsem již několikrát zmínila, je nutné zejména u osob s mentálním deficitem zachovávat jejich důstojnost. Jedním z možností je například užívání akademických titulů, které daný člověk ve svém životě získal. Zde mám na mysli například pacienty s demencí, nebo s jinými získanými onemocněními narušující kognitivní funkce. Prezentujete tak snahu o vnímání pacienta jako celku s úctou k jeho celému životu (Glenner, 2005).

3.3 Mentální postižení a nemoc

Nemoc a s ní spojené negativní prožívání nejen samotné nemoci, ale všech s ní spojených aspektů je velmi zatěžující pro každého člověka. Když je ovšem vnímání a prožívání ovlivněno postižením člověka, veškerá problematika nemoci je ztížena.

Je velmi obtížné popsat typické chování člověka s mentálním postižením. Zobecňováním jednotlivých aspektů chování jedinců nelze relevantně vytvořit obecně

platné závěry. Neboť jak je již popsáno výše, mentální postižení neovlivňuje pouze mentální schopnosti, ale celou osobnost člověka (Černá, 2008).

V případě hospitalizace osoby s mentálním postižením je velkou výhodou, pokud by si zdravotníci měli možnost dopředu nastudovat několik základních informací o podstatě typu postižení člověka, který přichází k hospitalizaci. V dnešní době bezproblémového přístupu k informacím zejména na internetu, by tato činnost neměla být pokládána za zvýšeně zatěžující pro zdravotnický personál. Také virtuální prohlídky nemocnic a jejich jednotlivých oddělení, které jsou zpřístupněny na internetu, mohou velmi pomoci nejen při domácí přípravě pacienta na hospitalizace nebo na vyšetření, ale mohou také pomoci zdravotní sestře při edukaci před výkonem. Neboť názornost je jedna z nejlépe osvědčených metod edukace.

Jsou však situace, kdy se předem na setkání s pacientem s mentálním postižením připravit nelze, například akutní příjem. V této chvíli je vhodné se řídit výše popsanými zásadami pro komunikaci s lidmi s tímto typem postižení (Valenta, Müller, 2003).

Musíme si dále uvědomovat, že některé informace, které jsme získali od pacienta, by nemusely být pravdivé. Kupříkladu pacient se ostýchá svěřit s tím, že neví, zda má alergii, či jakou užívá medikaci a tak raději sdělí, že alergii nemá a léky neužívá. Proto je vždy dobré nejdůležitější informace konzultovat s osobou blízkou pacienta. Pokud jej přímo nedoprovází, pak se snažit zjistit si na ni kontakt. Pacient s mentální retardací nemusí takový kontakt znát, ale často je právě pro tyto případy vybaven informační kartičkou, která obsahuje nejpodstatnější informace o pacientovi a kontakt na blízkou osobu. Tato kartička bývá zpravidla uložena v peněžence nebo dokladech pacienta (Jurkovičová, 2010).

Dostatek času na seznámení s oddělením, jeho chodem a klidné vystupování zdravotníka velmi usnadňuje adaptaci na nové a zneklidňující prostředí. Každá klinika má své provozní řády a standardy péče, které upravují provoz na oddělení a jeho možnosti. Někdy je ovšem nutné tato pravidla přizpůsobit pacientovi. Pokud tato úprava nebude v rozporu např. s hygienickými předpisy, či nebude narušovat chod oddělení, neměl by být problém se se zdravotníky na těchto změnách domluvit. Jde např. o užívání vlastních předmětů denní potřeby, na které je klient zvyklý. Samozřejmostí je možnost ponechat klientovi kompenzační pomůcky.

V případě pacientů s demencí se velmi osvědčilo užívání případných získaných titulů. I zde je nutné ověřování získaných informací. Zejména v raných stádiích nemoci, kdy se pacient snaží zastírat poruchy paměti a vymýšlí si. Také si v tomto období

pacient zvýšeně uvědomuje nastalé změny a reaguje často podrážděně, úzkostně nebo depresivně. Rozumí-li zdravotníci příčině těchto změn v chování, lépe se jim s pacienty s demencí spolupracuje a empatizuje (Venglářová, Mahrová, 2006).

3.4 Desatero pro komunikaci s člověkem s mentálním postižením

1. Nemluvte s osobou s mentálním postižením jako s malým dítětem. Respektujte jeho věk, práva a důstojnost a podle toho s ním komunikujte.
2. Používejte krátké věty s jednoduchými sděleními bez cizích a složitých slov.
3. Věnujte se postupně jednotlivým tématům, nepřeskakujte z jednoho na druhé.
4. Mluvte s osobou ne s doprovodem a udržujte oční kontakt.
5. Nedávejte najevo údiv ze zvláštností v projevu jako je objímání či kontaktní způsob komunikace. Chovejte se jako vždy- mluvte a naslouchejte, přijímejte a opětuje, udržujte si potřebný odstup.
6. Buďte trpěliví, neskákejte do řeči, nedokončujte věty, snažte se rozhovor rozdělit do kratších hovorů.
7. Ověřujte si, že Vám je rozuměno, důležitá je zpětná vazba.
8. Pokud nerozumíte, požádejte o zopakování sdělení, použijte slovo prosím.
9. Podporujte ve vyprávění, naslouchejte.
10. Nenechte se strhnout k manipulaci. Lidé s mentálním handicapem se snadno nechají ovlivňovat- pamatujte na to (Slowík, 2010).

4. Komunikace s člověkem s tělesným postižením

4.1 Tělesné postižení

Tělesné postižení má širokou škálu podob. Může se jednat o chybění končetiny či jiné části těla, rozštěpové vady, deformity páteře nebo jiných částí těla nebo pohybová omezení různého rozsahu (Milichovský, 2010).

„Tělesná postižení jsou přetrvávající nápadnosti, snížené pohybové schopnosti s dlouhodobým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony. Řadíme mezi ně vady pohybového a nosného ústrojí, tzn. kostí, kloubů, šlach, svalů a cévního zásobení. Dále pak poškození nebo poruchy nervového ústrojí, pokud se projevují narušenou hybností“ (Renotiérová, Ludíková, 2005, s. 204).

Jak jsem již předeslala na počátku této kapitoly, je skupina osob s tělesným postižením velice různorodá. Proto se zde pokusím v krátkosti zachytit základní somatopedickou klasifikaci.

Úhlů pohledů na rozdělení je mnoho. Prvním je neurologické hledisko, kdy rozlišujeme obrny, což jsou organicky podmíněné poruchy svalové hybnosti, parézy, což jsou neúplné obrny, které omezují rozsah svalové síly a plegie, které znamenají úplnou ztrátu hybnosti. Dalším hlediskem je vznik postižení a to buď jako vrozené nebo dědičné onemocnění, nebo získané, nejčastěji po úrazech. Také stupeň postižení je klasifikačním hlediskem, které osoby s tělesným onemocněním rozděluje na osoby s lehkým, středním nebo těžkým postižením. I místo vzniku je klasifikačním měřítkem. Dělí pohybové vady na obrny centrální a periferní, dále na deformace, amputace a malformace.

Na spastické a nespastické formy se dělí dle svalového tonu. A v neposlední řadě také rozsah anatomického postižení, který dělí tělesná postižení na monoparetické, hemiparetické, paraparetické, triparetické a kvadraparetické (Novosad 2005).

„Údaje Organizace spojených národů pro výchovu, vědu a kulturu a Světové zdravotnické organizace uvádějí výskyt 19,64 % zdravotně postižených v lidské populaci, z nichž tělesně postižení tvoří 1,67 %.“

[http://publib.upol.cz/~obd/fulltext/SpecialniPedagogika8/SpecialniPedagogika8_02.pdf
]

Český statistický úřad uvádí počet tělesně postižených v České republice okolo 550 tisíc osob. Tento údaj ovšem není zcela relevantní, neboť nelze statisticky podchytit všechny případy.

Příčiny tělesných postižení lze jen obtížně a komplexně pojmenovat. Příčiny některých onemocnění a syndromů dosud nejsou zcela objasněny. Uvedu tedy alespoň nejčastější příčiny vedoucí k tělesným postižením.

Opatřilová 2010 uvádí jako nejčastější příčinu vrozeného postižení hybnosti dětskou mozkovou obrnu. Příčinou DMO je infekce v prvním měsíci těhotenství matky, zejména cytomegalovirová infekce, syfilida, virus planých neštovic, zarděnky nebo toxoplazmóza. V pokročilých fázích těhotenství jsou udávány oběhové poruchy matky, vedoucí ke špatnému okysličování plodu. Perinatální příčinou může být porodní asfyxie, nedonošenost nebo komplikovaný porod. Postnatální příčiny jsou nejméně časté, jedná se o zánětlivá onemocnění mozku a jeho obalů, závažné úrazy mozku, otravy nebo tonutí, při kterých dojde k přerušení dodávky kyslíku do mozku.

Po úrazech, které jsou jedněmi z nejčastějších příčin získaných tělesných postižení, mohou vést k získaným tělesným postižením i následky chronických onemocnění, jako je např. diabetes melitus, nádorová či infekční onemocnění, nebo onemocnění CNS. Stále častěji však vady a deformity páteře přináší špatný životní styl vlivem špatného držení těla, nedostatku pohybu a nadváhy (Milichovský, 2010).

4.2 Zásady komunikace s člověkem s tělesným postižením

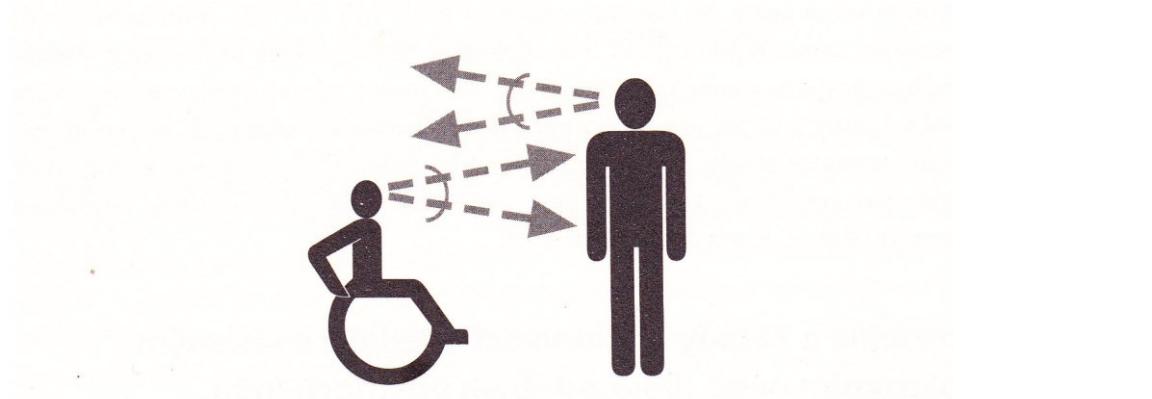
Sebepojetí je jedním z aspektů, které se silně zrcadlí i ve způsobu komunikace dotyčného. V dnešní době důrazu na výkonnost, zdatnost a fyzický vzhled je snadné pochopit, proč jsou někteří lidé s tělesným postižením zakřiknutí, neprůrazní nebo přecitlivělí a mají problém se svým okolím sebevědomě komunikovat, neboť tělo funguje jako důležitá složka sociální prezentace (Vágnerová, 2004).

Komunikace s tělesně postiženým, pokud není postižena motorika mimických a polykacích svalů, nebývá příliš odlišná. Mním tím, že není nutné vyhledávat augmentativní či alternativní komunikační kód. Tělesné postižení je však často viditelné na první pohled, čímž člověku způsobuje sekundární handicap zejména v oblasti komunikace (Renotírová, 2002).

Asi nejhůře akceptovatelným tělesným postižením jsou výrazné malformace zejména v obličejové části. Nejen že působí neesteticky, ale také nám narušují možnost vnímání neverbálního projevu takto postiženého člověka.

Je zde ovšem mnoho i jiných specifíků, které je potřeba znát a dodržovat, aby se člověk s tělesným postižením, cítil v průběhu naší komunikace jako rovnocenný partner. Důležitou úlohu hraje zejména proxemika. Významnou roli hraje zejména postavení očí. Oční kontakt je důležitou složkou komunikace a nesprávná poloha jej může až znemožňovat. Pokud osoba s tělesným postižením užívá jako kompenzační pomůcku např. vozík, je vhodné se při rozhovoru posadit, nebo alespoň stát před ním, čelem k němu. Umožňujete tak pacientovi zaujmout přirozenou polohu při komunikaci, bez potřeby zaklánění hlavy, nebo zaujímání nepohodlných pozic. Toto se týká i v případech deformit páteře, kdy nejsou všichni lidé schopni stát vzpřímeně a hledět vám bez obtíží do tváře (Slowík, 2010).

Obr. č. 2: Zorné úhly pohledu člověka na ortopedickém vozíku (Slowík, 2010)



Jedním z dalších negativních jevů, které se při komunikaci s osobami s tělesným postižením vyskytují je přisuzování mentálního handicapu v důsledku haló efektu, který v nás tělesné postižení může vyvolávat, nebo se může jednat o přenos ze starších zkušeností s jinými pacienty s podobným postižením. Lidská degradace, ke které v těchto případech dochází je nejen zcela zbytečná, ale i neakceptovatelná. Jednoduché doporučení pro tyto případy je obdobné jako u prvotní komunikace s osobou s mentálním postižením. Do komunikace vcházíme bez předsudků a na úvod volíme jednoduché společenské téma, na kterém se nám ozřejmí, zda vůbec má osoba mentální handicap a pokud ano, potom jaký má přibližný rozsah.

Také stejně jako u jiných typů postižení je neslušné se obracet na doprovod člověka. Doprovod je zde pouze pro potřeby případných nedorozumění. Veškerou komunikaci je nutné směřovat na člověka, kterého se rozhovor týká (Vágnerová, Hajdmousová, 2003).

Pokud je narušena schopnost verbální komunikace, je nutné umění klidného a pozorného naslouchání. Kromě špatné artikulace může být důvodem zhoršeného dorozumění i nevýrazná modulace řeči. Opět tedy zde platí zásada klidného a pozorného naslouchání a ověřování si správného porozumění pomocí dotazováním a zpětnou vazbou.

Vyhýbání se tématu postižení v komunikaci není v oblasti zdravotnictví asi ani myslitelné. Již jen při sběru anamnestických dat je nutností. Naopak, my bychom se měli snažit zjistit o specifických daného postižení od pacienta co nejvíce, neboť nám to umožní efektivní spolupráci. Postupujeme však opatrně, citlivě a empaticky. Důležitou složkou je i prostředí, které musí zejména respektovat pacientovo soukromí. Samozřejmě, že někteří pacienti jsou zvýšeně citliví na narážky a opakované poukazování na jejich tělesný vzhled či pohybovou nedostatečnost, ovšem stejně tak je i mnoho a mnoho pacientů, kteří se o svém postižení baví zcela bez zábran a otevřeně (Pokorná, 2010).

4.3 Tělesné postižení a nemoc

Nemoc je pro člověka s tělesným postižením stejně tak zatěžující jako pro ostatní. Dovolím si i říci, že jej zatěžuje ve vyšší míře. Neboť jeho závislost na pomoci okolí, kterou do příchodu nemoci člověk usilovně snižoval, opět vyvstává do popředí. Poté není pro zdravotníka lehké efektivně nabídnout pomoc, aniž by u pacienta nepodnítil negativní emoce. Snaha dohodnout se na nutné míře dopomoci v oblastech, kterých se bude týkat, je možná jediným rychlým a snadným řešením, jak tyto emoce alespoň oslabit (Renotiérová, 2002).

V dnešní době by již měla být bezbariérová dostupnost alespoň do zdravotnických zařízení samozřejmostí. Jsou zde ovšem i jiné okolnosti, které přináší vstup člověka na ortopedickém vozíku do budovy. Například znečištění podlah v ordinacích. Na tento aspekt je nutno se dopředu připravit, neboť i takto zdánlivá banalita, kterou vozíčkář nedokáže ovlivnit, může zapříčinit problém. Ovšem pouhým

uvědoměním si těchto skutečností již předem, můžeme problém zcela eliminovat (Pokorná, 2010).

Součástí naší komunikace by měl být i taktilní kontakt, tak jako u jedinců bez postižení. Otázky mohou vyvstat zejména u osob po amputacích či s deformitami pravé horní končetiny. Není chybou, podáme-li ruku běžným způsobem, nebo podáme-li ruku levou, je-li nám nabídnuta.

Pokud je potřeba pacienta s čímkoli seznámit je opět nezbytné pomýšlet na rozdílné úhly ohledu. Je nezbytné se ujistit, že si pacient měl možnost vše prohlédnout a na vše v případě nutnosti dosáhne (Slowík, 2010).

Není nutné, jak je již uvedeno výše vyhýbat se uměle tématu postižení. Pokud to bude pacientovi nepříjemné, sám tuto informaci sdělí, nebo jej poznáte z jeho projevu. Poté je namístě vysvětlit důvody, proč je nezbytné, aby zdravotnický personál znal povahu a rozsah tělesného postižení. Ovšem jeden zápis do dokumentace zcela postačí, je dobré dbát na to, aby pokud se pacient vyjádří, že nerad hovoří o svém postižení, aby se jej vyptával každý člen zdravotnického personálu postupně zvlášť.

Pohybová omezení bývají často kompenzována různými pomůckami, jako jsou ortopedické vozíky, hole, berle, chodítka, protézy nebo ortézy. Nejen že má právo mít je vždy u sebe, ale není vhodné na ně bez dovolení sahat, nebo je dokonce přemísťovat. Nevhodné je taktéž se bez dovolení opírat o ortopedický vozík, zejména když na něm jeho majitel sedí. Může jej vnímat jako součást vlastního těla a může mu být nepříjemné, když se o něj opírá neznámý člověk.

Pokud je potřeba s pacientem jakkoli manipulovat, je výhodné se s ním domluvit o nejlepším možném způsobu provedení. Pacient má totiž cenné zkušenosti, kterým dokáže zdravotnickému personálu nejen pomoci, ale často také ulehčit jejich práci (Janáčková, Weiss, 2008).

4.4 Desatero pro komunikaci s člověkem s tělesným postižením

1. Tělesné postižení neznamená automaticky postižení mentální ani smyslové. Jednejte tedy s pacientem dle jeho skutečného postižení.
2. Udržujte oční kontakt a přizpůsobte řečový projev, aby odpovídal věku, stavu vzdělání apod. vašeho komunikačního partnera.
3. Hovořte přímo s komunikačním partnerem ne s jeho průvodcem.
4. Pokud se váš komunikační partner vyjadřuje obtížně, ponechte mu dostatek času pro úplné vyjádření.
5. Pokud hovoříte s člověkem užívajícím ortopedický vozík, udržujte odpovídající horizontální úroveň očního kontaktu. Nejlépe se při rozhovoru posaďte.
6. Bez svolení se neopírejte o ortopedický vozík, ani s ním nijak nemanipulujte.
7. Neváhejte užít i jiné způsoby komunikace než verbální komunikaci, pokud to vašemu komunikačnímu partneru vyhovuje. Nejdůležitější je se plnohodnotně domluvit, na formě, která ovšem nedevaluje ani jednoho z komunikačních partnerů.
8. Nehladěte bez dovolení asistenčního psa.
9. Pomoc vždy citlivě nabízejte, nevnučujte.
10. Zpětnou vazbou kontrolujte efektivitu komunikačního procesu [www.chodicilide.cz].

5. Komunikace s člověkem s postižením sluchu

5.1 Postižení sluchu

„V úplné tmě a tichu, které mě oddělují od světa, mi ze všeho nejvíc chybí přátelský zvuk lidského hlasu. Slepota odděluje člověka od věcí, hluchota od lidí.“

[Dostupné na: <http://www.lorm.cz/download/HMN/obsahCD/osobnosti-ze-sveta-hluchoslepych.html>]

Z mého pohledu snad největším vlivem na možnosti komunikace má postižení sluchu. A to nejen proto, že jedinec není schopen informace ze svého okolí přijímat, ale postižení sluchu přímo ovlivňuje schopnost užívat nejrozšířenější komunikační prostředek, kterým je mluvená řeč. Tento fakt si navýše velká část intaktní populace neuvědomuje, proto při setkání s člověkem s postižením sluchu buď předpokládá, že dotyčný je schopen alespoň vyjádřit své požadavky, když je nemůže vnímat od svého okolí a pokud toho schopen není, ihned je mu přisouzen mentální deficit.

I u nedoslýchavých pacientů je řeč ovlivněna v oblastech hlasitosti, výšky i melodie hlasu, neboť mají nedokonalou kontrolu zvukové kvality vlastního hlasu. U postlingválně ohluchlých osob navíc dochází k postupné změně původního hlasu. U prelingválně ohluchlých osob se obtíže manifestují ve špatné slovní zásobě, záměně jednotlivých slov, špatné výslovnosti, chybné gramatické stavbě slov nebo nepochopení některých gramatických jevů (Strnadová, 1998).

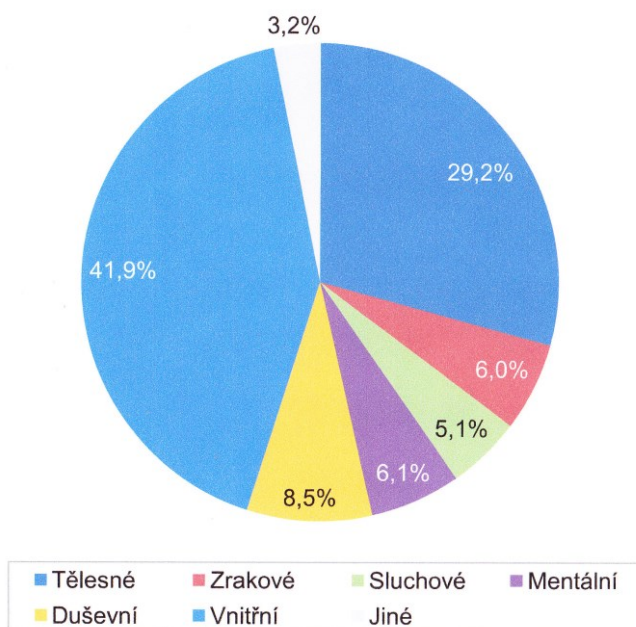
Řeč je ovšem jen jednou z dílčích částí, které jsou tímto postižením ovlivňována. Chování osob s postižením sluchu je ovlivněno nemožností bezděčného učení. Proto nemohou kopírovat vzorce chování a dopředu se tak na mnoho situací připravit. Ale učí se až z nastalých konfliktů a nedorozumění, neboť záměrným učením nelze pojmout obsáhlost a pestrost sociálních vztahů jednotlivých lidských osobností. Dalšími oblastmi, které postižení sluchu ovlivňuje, jsou myšlení, paměť, vnímání, představivost, pozornost či emocionalitu (Potměšil, 2010).

Výskyt sluchových vad na území České republiky je dle statistiky z roku 2014 dle Českého statistického úřadu 5,1 %.

Tabulka č. 4: Klasifikace sluchových vad

Název kategorie ztráty sluchu	Název kategorie podle vyhlášky MPSV č.284/1995 Sb.	Velikost ztráty sluchu podle WHO
Normální sluch		0-25 dB
Lehká nedoslýchavost	lehká nedoslýchavost (již od 20 dB)	26-40dB
Střední nedoslýchavost	středně těžká nedoslýchavost	41-55dB
Středně těžké poškození sluchu	těžká nedoslýchavost	56-70dB
Těžké poškození sluchu	praktická hluchota	71-90dB
Velmi závažné poškození sluchu	úplná hluchota	více než 90 (ale body v audiogramu i nad 1 kHz)
Neslyšící	úplná hluchota	v audiogramu žádné body nad 1 kHz

[Dostupné na: <http://kochlear.cz/index.php?text=66-typy-sluchovyh-vad>]

Graf č. 2: Podíly jednotlivých typů zdravotního postižení

[Dostupné na:

[http://www.czso.cz/csu/tz.nsf/i/prezentace_z_tk_problematika_zdravotne_postizenych_osob/\\$File/csu_tk_zdravi_prezentace.pdf](http://www.czso.cz/csu/tz.nsf/i/prezentace_z_tk_problematika_zdravotne_postizenych_osob/$File/csu_tk_zdravi_prezentace.pdf)]

Způsoby komunikace osob s postižením sluchu

Komunikační systémy neslyšících a hluchoslepých osob se řídí dle zákona 384/2008 Sb. Komunikačními systémy rozumíme český znakový jazyk a komunikační systémy vycházející z českého jazyka, kterými jsou: Znakovaná čeština, prstová abeceda, vizualizace mluvené češtiny, písemný záznam mluvené řeči, Lormova abeceda, daktylografyka, Braillovo písmo s využitím taktilní formy, taktilní odezírání a vibrační metoda Tadoma [www.asnep.cz].

Český znakový jazyk: Jde o přirozený jazyk neslyšících s vlastním slovníkem i gramatikou realizovaný pomocí tvaru rukou, jejich postavením, pohyby, mimikou a pozicemi hlavy a horní části trupu.

Mluvený jazyk: Pomocí logopedických metod, lze již dnes vytvořit orální řeč u dětí s jakoukoli hloubkou vady sluchu.

Odezírání: Je doplňková metoda, při které se lidé s postižením sluchu snaží odhadnout vyslovované slovo. Nelze porozumět souvislé větě, takto získané informace jsou pouze útržkovité a nepřesné.

Znakovaná čeština: Jedná se o umělý jazykový systém sestavený slyšícími. Užívá se znaků z českého znakového jazyka za mluvená slova při dodržení gramatických a syntaktických pravidel gramatiky českého jazyka. Člověk užívající znakový jazyk mu nerozumí správně, neboť vychází z jiných gramatických pravidel, ovšem k základnímu dorozumění postačí (Skákalová, 2011).

Prstová abeceda: Používá se zejména pro hláskování jmen, cizích či odborných slov za využití jedné nebo obou rukou ustáleným postavením prstů a dlaně.

Vizualizace mluvené češtiny: Je zřetelné artikulování slov pro usnadnění odezírání.

Písemný záznam mluvené řeči: Převod řeči do psaného projevu.

Lormova abeceda: Do dlaně nejčastěji levé ruky se pomocí ustálených pohybů, prstem druhé ruky vpisují písmena.

Daktylografie: jedná se o vpisování velkých tiskacích písmen do dlaně komunikanta.

Braillovo písmo s využitím taktilní formy: Šestibodový kód se zobrazuje pomocí dotyků na vnitřní stranu dvou či více prstů příjemce.

Taktilní odezírání: Vnímání mluvené řeči za pomoci odhmatávání hlasivek.

Vibrační metoda Tadoma: Vnímání mluvené řeči za pomoci odhmatávání hlasivek, pohybů dolní čelisti, rtů a tváře komunikátora [www.asnep.cz].

5.2 Zásady komunikace s člověkem s postižením sluchu

Jak je zřejmé z výše uvedeného, je mnoho různých komunikačních kanálů, kterými lidé s postižením sluchu mohou nahrazovat či doplňovat mluvenou řeč. Pokud se ovšem setká člověk, který užívá ke komunikaci pouze znakový jazyk a člověk komunikující pouze řečí či písemně, je jejich vzájemná komunikace zdánlivě nemožná.

Nejvýhodnějším způsobem je v dané situaci zajistit tlumočnicka, který by zajistil plnou efektivnost komunikace. Lidé s postižením sluchu, kteří se nedokáží ani částečně dorozumět orální řečí, využívají služeb tlumočnicků zejména při úředních jednáních. Použit můžeme i písemnou formu, musíme však mít vždy na vědomí specifika písemného projevu lidí se sluchovým postižením. Jedná se o problémy s gramatickými jevy, malou slovní zásobu a o záměnu slov a to nejen obsahově, ale i podobně vypadajících (Strnadová, 1998).

„Mluvený projev neslyšících je často velmi těžce srozumitelný- absence akustické zpětné vazby způsobuje obtíže při rozvoji artikulace a mluvená řeč se tak utváří pouze na základě zraku a hmatu, což není pro vytvoření srozumitelné mluvní produkce dostačující. Řeč neslyšících proto vykazuje odlišnosti v dýchání, tvorbě a používání hlasu a artikulaci. Slyšící lidé si téměř neuvědomují, že způsob, jakým informace sdělujeme, ovlivňuje správnou interpretaci sdělení. Například ironii můžeme poznat pouze jenom na základě tónu hlasu. Z tohoto důvodu bychom neměli ironii nebo slovní hříčky v komunikaci s neslyšícími používat a naopak bychom měli dbát na to, aby naše zvolená slova opravdu odpovídala zamýšlenému obsahu sdělení.“ (Jurkovičová, 2010, s. 26)

Kromě nápadností a odlišností v mluveném projevu, jak jsem již uvedla výše, mají lidé i další rozdílnosti v projevu. Je jím například výrazná mimika. Mimika často udává citový náboj sdělovaného. Celkově výrazné užívání nonverbální komunikace u lidí s poruchami sluchu je velmi častým jevem.

Dalším specifickým projevem je užívání tělesných doteků ve vyšší míře, než je tomu u intaktní populace obvyklé. Člověk citlivý na narušování intimní zóny, by se na toto měl připravit. Ačkoli není většina náhradních komunikačních kanálů založena na přímém tělesném kontaktu, slouží tyto doteky například k navázání kontaktu či přerušování konverzace. Právě toto je důležité si uvědomit. Pokud chci oslovit člověka

s postižením sluchu, je nutné na sebe nejprve upozornit. Pokud chcete upoutat pozornost více osob najednou, je výhodné užití světla (opakované krátké zhasnutí a rozsvícení části osvětlení) nebo vibrací (pokud kupříkladu sedíme u stolu, můžeme poklepáním na desku získat pozornost ostatních). U jednotlivce je nejvýhodnější dotek na paži. Nesmíme však zároveň zapomenout jasně oznámit ukončení komunikace či odchod. Také považujeme za nevychované uprostřed konverzace „z ničeho nic“ odejít (Jurkovičová, 2010).

Obecné zásady pro průběh komunikace s člověkem s postižením sluchu

Vyberte klidné místo, kde nebudete rušeni. Důležité je, aby vaše sdělení nebylo rušeno hluky z okolí. Je to důležité zejména pro nedoslýchavé, kteří užívají sluchadla. Je nutné si uvědomit, že sluchadla zvyšují hlasitost veškerých zvuků. Vždy se stavte proti zdroji světla, aby Váš komunikační partner mohl v případě potřeby odezírat. Další překážkou při odezírání jsou případná plná ústa, proto není vhodné při komunikaci s osobou s postižením sluchu například žvýkat. Také se zkuste upamatovat, abyste si nezastiňovali ústa rukama například při zvýšené gestikulaci. Pokud je do rozhovoru zapojeno více účastníků, domluvte si předem, jakým způsobem si budete předávat slovo, aby vždy hovořila pouze jedna osoba (Slowík, 2010).

Před započítím konverzace na sebe upozorněte například dotekem ruky na paži svého komunikačního partnera. Ujistěte se, že vaše gesto bylo pochopeno a máte jeho plnou pozornost. Zpětnou vazbou si po celou dobu konverzace ověřujte, zda informace, které si předáváte, jsou dobře chápána. Po celou dobu je taktéž nutno udržovat neustále oční kontakt. Mluvte spíše polohlasně, zřetelně, ne však přehnaně, artikulujte a užívejte krátké a jednoduché věty. Neznámá, odborná, či jinak složitá slova raději hláskujte nebo použijte prstovou abecedu. Jasně dávejte najevo změnu tématu. Užívejte nonverbální komunikaci- mimiku, gesta, pohyby celého těla. Pokud je vaší komunikaci přítomen tlumočník, vždy se obraťte na svého komunikačního partnera, ne na jeho tlumočníka. Tlumočník vždy stojí vedle vás, člověk s postižením sluchu potřebuje sledovat oba. Jasně ukončete konec konverzace (Skákalová, 2011).

5.3 Postižení sluchu a nemoc

Možná nečekaně je pro pacienty s postižením sluchu největším problémem zevní skrytost jejich vady. Okolí nepředpokládá komunikační překážku, začne rozhovor jako s intaktním pacientem a poté zaskočeno nesnadností či nemožností komunikace, se často uchyluje k rychlým a nesprávným závěrům, které nejčastěji mívají nálepkou mentálního deficitu. Pro nezvyklost projevu pacienta s poruchou sluchu nevnímají obsah komuniké. Nejistota a neznalost poté často vede k nechuti s pacientem komunikovat a komunikace se omezuje pouze na nejdůležitější sdělení a dotazy.

Někdy může vést k obtížnostem v komunikaci pouhé nedorozumění či technický problém. Nedoslýchaví lidé využívající sluchadlo si jej někdy mohou ať již záměrně či nezáměrně zapomenout zapnout či mohou zapomenout vzít si s sebou do nemocnice náhradní baterie. Důvodů proč pacienti nenosí naslouchadla je více. Zvláště pacientům, kteří mají naslouchadla nově, mohou být nepříjemná, mohou se za ně stydět, nebo nejsou zvyklí užívání naslouchadel a proto mohou zapomínat zapnout naslouchadlo nebo je nenosit. Takový člověk, zvláště pokud se v dané chvíli věnuje nějaké činnosti, může vytvářet dojem nezájmu (Slowík, 2010).

Mám tutéž vlastní zkušenost. Z důvodu nedostatečného předávání informací, jsem netušila, že mám v péči nedoslýchavou dívku, která užívá naslouchadla. Dívka se před vrstevnicemi na pokoji styděla, a proto si je záměrně nenandávala a nechávala si je schovaná ve stolečku. Když jsem za ní přišla na pokoj, ležela v lůžku a četla si v notebooku. Když jsem na ni zavolala jménem, nereagovala. Při druhém zavolání se na mne otáčela, ale stále uhýbala očima směrem k notebooku a opakovala po každé větě „cože?“. Na první pohled vypadala jako dívka, jejímž hlavním zájmem je děj odehrávající se v notebooku. Požádala jsem jí tedy, aby notebook zavřela, ale ani potom se její dotazy „cože?“ příliš nesnížily. Na otázku jestli mne slyší, odpověděla „no jistě“. Začala jsem tedy podléhat představě o dívčině neznalosti konvencí hraničící s nevychovaností. Při zapisování informací do dokumentace jsem si ovšem v anamnéze všimla zmínky o naslouchadlech. Vzala jsem si tedy pacientku samotnou na ošetřovnu, zeptala jsem se jí na problematiku sluchadel a ona mi potvrdila, že nedoslýchá, a že se za tuto situaci stydí. Po nedlouhém rozhovoru jsme se dohodly, že o naslouchadlech spolupacientkám řekneme spolu a že po dobu hospitalizace je bude nosit vždy zapnutá. Reakce spolupacientek byla pozitivní a do konce hospitalizace jsme s dívkou neměli již nejmenší problém.

U pacientů, kteří užívají kochleární implantát, opět nesmíme podlehnout dojmů, že implantát dokáže plně saturovat poruchu sluchu. Někteří pacienti musí užívat implantát v součinnosti s odezíráním a někteří stále užívají i znakový jazyk. Někteří však zase díky kochleárnímu implantátu dokáží telefonovat či poslouchat hudbu. Vždy je nutné nejprve zjistit rozsah a možnosti daného pacienta a teprve poté užít daný způsob komunikace.

Možnost užít vlastní komunikační model pro komunikaci s okolím je důležitým atributem pro zajištění nejen jistého komfortu, avšak i pro zajištění vlastní identity pacienta v oblasti sociálních vztahů. Proto je nezbytné umožnit pacientovi vyjádřit nejen svoje základní potřeby, avšak umožnit mu formulovat i veškerá přání a pocity, které jsou taktéž důležitým aspektem efektivní zdravotnické péče (Potměšil, 2007).

Zde je nejlepším prostředníkem tlumočnick. Tlumočnická služba je způsob zprostředkování informace od jedné osoby k druhé, při které dochází ke změně jazyka nebo jen ke změnám modu (kupříkladu změna znakové češtiny do českého znakového jazyka). Nevyužívají ji tedy výhradně sluchově postižení při komunikaci s intaktní populací, ale také při komunikaci mezi sebou, pokud užívají jiný komunikační mód (Kurková, 2010).

„Typy tlumočení:

Orální tlumočení- zřetelně, ale bezhlasně opakuji slova pronesená řečníkem a mohou nahrazovat slova, která se obtížně odezírají jinými.

Simultánní tlumočení- tlumočnick vyslovuje a ukazuje vše, co řečník říká.

Manuální tlumočení- nevyslovuje se všechno, zvláště pokud se tlumočí do ryziho znakového jazyka.

Hlasové tlumočení- znamená vyslovování toho, co ukazuje neslyšící osoba (dříve se užívalo termínu zpětné tlumočení).

Způsob tlumočení musí být určován potřebami a schopnostmi přítomných osob.“
(Pokorná, 2010, s. 64)

Bohužel není reálné, aby pacient s postižením sluchu měl tuto službu dostupnou ihned a 24 hodin denně. Fakultní nemocnice v Hradci Králové má však pro tyto případy zapůjčen tablet, který umožňuje online tlumočení přes web kameru. Tato služba je přístupná 24 hodin denně. Vznikla díky adventním koncertům České televize pořádaným v roce 2012. Z vybraných peněžních darů se zakoupila více než 100 tabletů, jimiž bylo vybaveno 76 okresních a 6 pražských nemocnic. Online tlumočnickou službu

NONSTOP provozuje obecně prospěšná společnost Tichý svět od října 2008 a od prosince 2010 je přístupná nonstop a bezplatně [www.tichysvet.cz].

Další z omylů, které nepřispívají ke kvalitě komunikace, je považování odezírání za plnohodnotný alternativní způsob dorozumívání. Majorita intaktní populace ji v kombinaci s písemným projevem považuje za efektivní. O specifikách písemného projevu pacientů s postižením sluchu jsem se již zmiňovala výše. Odezírání je technikou opět výhradně pomocnou, doplňkovou. Jedná se o velmi náročnou aktivitu. Odezírat je možné pouze menší část sdělení, přičemž si příjemce zbytek domýšlí ze souvislostí případně z nonverbální stránky komunikace. Navýše efektivně lze odezírat po poměrně krátkou dobu, přibližně 15 minut (Janáčková, Weiss, 2008).

Další specifikem, které je potřebné dodržovat při komunikaci s pacientem je určení pouze jednoho mluvčího. Slovo si jednotliví mluvčí musí předávat zřetelně, nejlépe po předchozí dohodě, která signál pro předání slova ozřejmí všem účastníkům komunikace. Při nedodržení tohoto pravidla je pacient s postižením sluchu dezorientován a není schopen se do konverzace efektivně zapojit. Příkladem ve zdravotnickém prostředí může být vizita, kdy je u jednoho pacienta přítomno více lékařů. Pacient v této situaci nejen že není schopen odpovídat adekvátně na dotazy ani vnímat sdělené informace, neboť nedokáže svou pozornost včas přesunout na aktuálního mluvčího. Zásadou je tedy včasná dohoda o signálu při změně mluvčího, také je vhodné dohodnout signál pro náhlé převzetí slova, kdy by se pacient chtěl vyjádřit či upřesnit předkládané informace. Dále pomalejší tempo hovoru, aby pacient mohl věnovat dostatek pozornosti všem informacím a opět zpětnou vazbou kontrolovat efektivitu probíhající komunikace (Pokorná, 2010).

5.4 Desatero pro komunikaci s člověkem s postižením sluchu

1. Pokud chceme začít komunikovat s pacientem s postižením sluchu, nejprve na sebe upozorněte a zřetelně předávejte slovo dalšímu mluvčímu. Vždy mluví pouze jedna osoba.
2. Písemná varianta ani odezírání, není plnohodnotnou náhradou orální řeči, pacient není schopen těmito metodami rozumět a předat veškeré informace a pocity.
3. Udržujte oční kontakt a obraťte se vždy na pacienta, ne na tlumočníka.
4. Vyberte k rozhovoru klidné místo a stavte se vždy do zdroje světla tváří.
5. Mluvte spíše polohlasně, pomaleji, zřetelně vyslovujte s prázdnými ústy, které si ničím nezakrývejte.
6. Užívejte prvky nonverbální komunikace. Zejména mimika a gestika usnadní pacientovi s postižením sluchu porozumění vašeho sdělení.
7. Na začátku konverzace je vhodné sdělit téma hovoru a jeho změnu či odbočení od hlavního tématu dáváme jasně najevo.
8. Pokud známe alespoň prstovou abecedu, uijeme ji zejména při cizích, odborných či jinak složitých nebo hůře pochopitelných slovech.
9. Rozhovor rozděľte do menších úseků, aby se pacient s postižením sluchu mohl dostatečně soustředit.
10. Pokud pacientovi nerozumíte, nebojte se jej požádat, aby sdělení zopakoval či zpomalil. I vy si zpětnou vazbou kontrolujte, zda je Vám rozuměno (Janáčková, Weiss, 2008).

6. Komunikace s člověkem s postižením zraku

6.1 Postižení zraku

Zrakem člověk získává až 90 % informací o okolním světě. Postižení zraku ovlivňuje nejen kognitivní funkce daného jedince, ale také jeho chování, prostorovou orientaci a schopnost samostatného pohybu.

Finklová 2010 vymezila osobu s postižením zraku jako osobu, která má i po korekci vady a to ať chirurgické, optické či medikamentózní stále narušeno zrakové vnímání takovým způsobem, že jej omezuje v běžném životě.

Způsobů klasifikace zrakových postižení je mnoho. Ať již z hlediska lékařského, speciálně- pedagogického či školského. Členit můžeme též dle stupně zrakového postižení. Takováto diferenciací vychází ze stavu zrakové ostrosti a zachovaného rozsahu zorného pole, které určuje oftalmologické vyšetření.

Osoby s postižením zraku pak tedy dělíme na **osoby slabozraké, se zbytky zraku a nevidomé.**

*„Slabozrakost je charakterizována jako nevratný pokles zrakové ostrosti na lepším oku pod 6/18 až 3/60 včetně nebo je zorné pole zúženo na 20 stupňů bilaterálně bez ohledu na centrální zrakovou ostrost. Slabozrakost je odborníky dělena na **lehkou a střední** (6/18 – 6/60) a **těžkou** (6/60 – 3/60). K problémům se snížením vizem se často přidružují problémy s poruchami zorného pole, objevují se skotomy (výpadky) v zorném poli.“* (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007, s. 36/37)

Takovéto postižení způsobuje snížení rychlosti a přesnosti zrakových schopností, které vedou k deformacím zrakových představ. Omezení zasahují i do prostorové orientace a vytváření interpersonálních vztahů.

Osoby se zbytky zraku jsou označovány za osoby částečně vidící. Vizus je snížený na rozmezí 3/60 – 1/60 nebo je zorné pole omezeno kolem centrální fixace o 5 až 10 stupňů.

Toto postižení nese stejné obtíže jako slabozrakost jen zhoršené v závislosti na rozsahu postižení. Tyto osoby jsou schopny s brýlovou korekcí rozeznávat předměty těsně před očima. Za pomoci optických pomůcek jsou však schopni číst plakátové písmo. Obecně lze říci, že osoby se zbytky zraku se dělí do dvou skupin. První skupina osob raději užívá kompenzačních smyslů (inklinuje spíše ke způsobu života nevidomých) a druhá skupina se snaží využít co nejvíce smysl postižený [Finková, Růžičková, Stejskalová, 2009].

Nevidomé osoby rozdělujeme na jedince s praktickou a totální nevidomostí. **Praktická nevidomost** je nevratný pokles zrakové ostrosti v rozmezí 1/60 až po světlocit nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace i při nepostižení centrální ostrosti.

Totální nevidomost je dána rozmezím od zachovaného světlocitu s chybou projekcí po ztrátu světlocitu.

U těchto skupin osob s postižením zraku je velmi důležitý faktor doby vzniku postižení. Na rozdíl od vrozených postižení, mají osoby se získanou nevidomostí v paměti uloženy zrakové představy, které umožňují snadnější formování obrazového myšlení nebo prostorovou orientaci. Nevidomost dále také znesnadňuje poznávací procesy a reálnou představu o vzhledu či vlastnostech osob či věcí, což může vést k verbalismu. Jedná se o užívání velkého množství slov, jejichž význam není pochopen (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007).

Tabulka č. 5: Důsledky postižení zraku

Důsledky nevidomosti	<ul style="list-style-type: none"> • senzorický deficit (jdoucí ruku v ruce s informačním deficitem) • informační bariéra (charakteristickým důsledkem je nemožnost číst černotisk) • narušení vývoje poznávacích procesů, oblasti senzomotoriky, narušená tvorba představ (schématické, deformované, neúplné představy), ovlivnění myšlení, paměti a řeči (v tomto případě pozitivním směrem- jako vyšší kompenzační činitele jsou využívány při téměř každé aktivitě, proto jsou zpravidla dokonalejší než u běžné populace) • ovlivnění oblasti prostorové orientace a samostatného pohybu (asi nejpalčivěji zasažená sféra- předikuje totiž úroveň osobní nezávislosti a svobody) • nezbytnost úpravy podmínek výchovně vzdělávacího procesu (nutnost využít kompenzační pomůcky, vzdělávat se v Braillově písmu, nezbytná zásada individuálního přístupu...) • limitovaná oblast volby povolání pracovního uplatnění (zkuste se pozastavit nad tím, kolik Vašich pracovních aktivit je nedílně spojeno se zrakovým vnímáním) • obtížnější nácvik sebeobslužných činností (osobní hygiena, úklid, stravování apod.) • vliv na formování a udržení sociálních vztahů, interpersonální komunikaci sociální interakci, oblast partnerských vztahů
----------------------	--

<p>Důsledky slabozrakosti a zbytku zraku</p>	<ul style="list-style-type: none"> • obdobně jako u nevidomosti platí: <ul style="list-style-type: none"> - senzorický deficit projevující se v informační sféře (nemožnost číst běžný černotisk, potřeba zvětšení písma, upravení kontrastu apod.) - narušení vývoje poznávacích procesů (samozřejmě v úzké návaznosti na typ, stupeň a dobu vzniku zrakového postižení) - nezbytnost úpravy podmínek výchovně vzdělávacího procesu (rovněž zde platí potřeba využívání kompenzačních pomůcek a zejména dodržování zásady zrakové hygieny) - limitovaná oblast pracovního uplatnění - vliv na formování a udržování sociálních vztahů, interpersonální komunikaci a sociální interakci, oblast partnerských vztahů • nepřesné vnímání předmětů či jejich detailů, nedokonalá diferenciacce barev, písmen, číslic a dalších symbolických zobrazení • ztížená prostorová orientace a samostatný pohyb (méně jistý a zpravidla pomalejší pohyb) • ovlivnění oblasti pracovního výkonu • snížená koncentrace, slabší pozornost • pomalejší pracovní tempo, rychlejší unavitelnost • ovlivnění výkonu grafického výkonu • vytváření nepřesných, neúplných nebo zkreslených představ • citlivost na dodržování zásad zrakové hygieny • větší sugestibilita, možné pocity méněcennosti, zvýšená podrážděnost, horší adaptabilita
<p>Důsledky poruch binokulárního vidění</p>	<ul style="list-style-type: none"> • narušení analyticko- syntetické činnosti (zraková analýza a syntéza se uplatňuje např. při čtení), lokalizace a hloubkového vidění (trojrozměrného, stereoskopického) • pomalejší utváření představ, které mohou být současně deformované, nepřesné • zpomalené a méně přesné motorické reakce na zrakové podněty • rychlejší unavitelnost spojená se slzením nebo pálením očí • častější pocity méněcennosti (poruchy binokulární vidění, respektive jejich příznaky v podobě nerovnoběžného postavení obou očí, jsou na první pohled patrné, jejich „majitelé“ se tak mohou snadno stát terčem posměchu)

(Jurkovičová, 2010, s. 72)

„Podle údajů Světové zdravotnické organizace je dnes na světě 45 miliónů nevidomých a toto číslo se v následujících 20 letech může až zdvojnásobit. Podle britských pramenů je v Evropě asi 11 miliónů slabozrakých a asi 1 milión nevidomých. Ve Velké Británii je těžce zrakově postižený každý 60. člověk. Jiné zdroje uvádějí, že lidé se zrakovým postižením tvoří přibližně 1- 1,5 % z populace.“
[<http://www.sons.cz/kdojezp.php>]

6.2 Zásady komunikace s člověkem s postižením zraku

Je přirozené se neznámého, zvláštního a výjimečného obávat. Vnímat tyto zvláštnosti jako něco zneklidňujícího, ohrožujícího nebo dokonce nebezpečného. Toto vše potencováno ostychem vede k obtížnému komunikačnímu propojení osob se zrakovým postižením a intaktní populace. Často vnímáme osoby se zrakovým postižením jako nerovnocenné, pasivní a závislé. Avšak i lidé s postižením na své okolí hledí s podezřívavostí, negativním očekáváním a ukřivděností. Toto vše se dá ovšem odstranit pomocí otevřenosti a nepředpojatosti (Pokorná, 2010).

I přes velkou osvětu stále v intaktní populaci přežívají mýty o lidech s postižením zraku. Zde uvedu několik příkladů:

Nevidomí jsou schopni rozeznávat pouze světlo nebo tmou.

Užíváním zraku se slabozrakým lidem zrak ještě horší. Čím větší počet dioptrií, tím hůře člověk vidí.

Nevidomí mají silně vyvinutý sluch či jiný náhradní smysl.

Před osobou s postižením zraku není vhodné a slušné užívat barevná označení či slova jakkoli se podobají slovu zrak či vidět.

Bílou hůl a černé brýle užívají výhradně nevidomí.

Na nevidomého je nutné mluvit pomalu, zřetelně a nahlas.

Nevidomé zásadně neupozorňujeme na znečištěný oděv či jinou nedostatečnost, protože bychom ho tímto sdělením uráželi (Jurkovičová, 2010).

U osob s postižením zraku stejně jako u osob s jinými postiženími hraje důležitou úlohu doba vzniku postižení. Neboť osoby, u kterých došlo k postižení zraku, až v průběhu života mají tzv. zrakovou zkušenost a během vývoje snadněji a častěji docházelo k sociálnímu učení, což jim výrazně zlepšuje právě komunikační dovednosti.

Avšak, jak jsem již zmínila výše, při dodržení několika zásad a pokud komunikovat chceme, není ani toto postižení nepřekonatelnou bariérou mezi dvěma komunikačními partnery [Finková, Růžičková, Stejskalová, 2011].

Pokud chceme s osobou s postižením zraku začít komunikovat, uvědomme si, že je důležité ji nepodceňovat. Ve známém prostředí se zrakový handicap snižuje, ovšem stejnou měrou se může zvyšovat v prostředí neznámém. Proto je vhodné jednat a dopomáhat vždy podle aktuálního stavu. Pomoc se nebojíme nabízet i člověku, který ji zdánlivě nepotřebuje. Dnešní doba se snaží vytvářet v co největší míře bezbariérové prostředí. Zvuková signalizace semaforů, ozvučení autobusových a vlakových nádraží či reliéfní úprava na chodnících může evokovat pocit, že zrakově postižený pomoc nepotřebuje. V některých případech tomu tak je, ale v majoritě případů osoba s postižením zraku pomoc přivítá nejen z hlediska orientace, ale také z hlediska možnosti si popovídat, či se dozvědět něco nového o svém okolí. Můžeme se na chvíli stát očima našeho komunikačního partnera a obohatit jeho den kupříkladu popisem dějů či věcí v našem okolí. Komunikaci ovšem začínáme zásadně slovním pozdravem, který posléze doplníme o taktilní kontakt. Nikdy tuto souslednost neměníme, neboť bychom mohli člověka s postižením zraku vylekat (Slowík, 2010).

Ovšem i lidé s postižením zraku mají své zvláštnosti při komunikaci. Mám na mysli např. postoj. Někteří se zvláště natáčejí či mají nezvyklou polohu hlavy. Není to proto, že by chtěli dávat najevo neúctu či nezáměr o navázání komunikace. Naopak, mohou trpět tzv. skotomy. Jde o výpadek v zorném poli člověka, obecně se jedná o místo na sítnici, které nereaguje na dopadající světlo. Obdobné problémy může vytvářet i výpadek centrálního vidění. Proto mění polohu hlavy, aby svého komunikačního partnera co nejlépe viděli.

Podobným případem mohou být i černé brýle. Ačkoli nevidomí nejsou jediní, kteří je jako kompenzační pomůcky užívají, téměř nikdy je jejich nositelé při setkání s druhými nesundávají. Opět tak spíše myslí na svého komunikačního partnera, neboť mohou trpět nystagmem, záškuby očních bulbů, což by nemuselo být příjemné ani jim, ani jejich komunikačnímu partnerovi (Pešatová, 2005).

6.3 Postižení zraku a nemoc

Stejně tak jako i ostatní druhy postižení, způsobuje i postižení zraku zhoršení prožívání vlastního onemocnění a to zejména i proto, že okolí není schopno či ochotno adekvátně s člověkem s postižením zraku komunikovat a tím mu znesnadnit získat potřebné informace či se podělit o své pocity, přání a obtíže.

Osoby s postižením zraku čím méně informací dokáží získat z nonverbální složky komunikace, tím více informací získají z té verbální. Zejména je potřeba si dát pozor na intonaci v hlase. Zvláště nevidomí dokáží velmi dobře číst v intonaci vašeho hlasu.

Na rozhovor je vhodné vyhledat klidné místo, protože některé zvuky z okolí člověk s postižením zraku nemůže předvídat či je vidět a mohou ho lekat či odvádět jeho pozornost od vašeho rozhovoru (Finková, 2010).

Při příchodu na oddělení je nutné, abyste konverzaci začali vy. Nejprve oslovujeme jménem, aby dotyčná osoba s postižením zraku věděla, že mluvíme s ní, poté se představíme, aby také věděla, s kým hovoří. Vhodné je pacientovi také popsat prostory. Nejen proto, že se v nich poté bude lépe orientovat, ale i, jak jsem se již zmínila výše, ocení, když mu budete vyprávět o vzhledu oddělení. Není nutné se vyhýbat ani barevným popisům. Vyhnout je se třeba ale neurčitým popisům tady nebo tamhle. Také je potřeba si dávat pozor u osob se slabozrakostí při popisování věcí či míst ve větších vzdálenostech. Jeho zrak už nemusí být schopen takové věci registrovat a pak je taková edukace zcela zbytečná (Pokorná, 2010).

Další částí příjmu je podepisování mnoha informovaných souhlasů. Podle hloubky postižení se domluvíme s danou osobou, zda je schopný si informovaný souhlas přečíst sám. Čtení je možné usnadnit optickými kompenzačními pomůckami jako je např. stolní lupa s osvětlením nebo kamerové lupy, které ovšem nebývají součástí vybavení oddělení. Někteří lidé s postižením zraku vlastní osobní kapesní kamerové lupy, nebo mohou mít některé kompenzační pomůcky zapůjčeny např. z Tyflocentra. Někteří jsou schopni číst pomocí lupy, ovšem zapotřebí je vhodné osvětlení (Wiener, 2006).

„V zásadě platí, že typ osvětlení volíme podle potřeby rozlišování detailů a barev. Příliš vysoká intenzita osvětlení může sice krátkodobě zaručit vysoce náročnou zrakovou práci (rozlišení detailů), ale také dříve přivodí zrakovou únavu. Zvláště u pacientů citlivých na oslnění (u diagnóz afasie, achromatopsie, aniridie, diabetická

retinopatie, katarakty, věkem podmíněné makulární degenerace apod.) velice pečlivě zvažujeme výběr druhu osvětlení. Volíme takové, aby umožnilo dlouhou zrakovou práci se snížením rizika oslnění. Vždy byste si měli lampu sami vyzkoušet, zda vám přináší pohodu při zrakové práci.“ (Moravcová, 2007, s. 10)

Musíme také dát dostatečný časový prostor pro čtení. Jak jsem se již výše zmínila, je čtení pro každého člověka s postižením zraku dosti namáhavé. Měl by také dodržovat zásady zrakové hygieny a to po 10 - 15 minutách čtení, 10 - 15 minut odpočívat. Pokud člověk není schopen si text přečíst, přečteme mu daný souhlas sami. Při podpisu informovaného souhlasu u slabozrakého člověka je dobré mu místo, kde se má signovat označit například kontrastním rámečkem, nebo mu silně zvýrazníme linku k podpisu. U nevidomého člověka je dobré popsat činnost, kterou budete chtít, aby provedl: „nyní vám dám vaší ruku na svou paži, prstem ukazuji na místo, kde je nutné se podepsat“. Nevidomý člověk přejede po vaší ruce až k prstu ukazující na určené místo a podepíše se. S podepisováním jednotlivých informovaných souhlasů souvisí i popisování jednotlivých výkonů či zákroků. Ty se pokusíme co nejlépe popsat, tzn., nepoužíváme odborné výrazy, využíváme předchozích zkušeností klienta a pokud je to možné, používané předměty půjčíme pacientovi do ruky (Jurkovičová, 2010).

Při přípravě pokoje a nejvyužívanějších prostor pacientem je vhodné důležitá místa kontrastně označit. Postačí kupříkladu barevné lepící pásky, kterými označíte například stoleček pacienta, dveře či skříň s lůžkovinami. V nemocničních pokojích totiž bývá nábytek bílé barvy a malby světlých barev. Proto bílé dveře s bílou či světlou stěnou pro člověka se slabozrakostí mohou splynout. Také bílý osobní stoleček vedle bílého lůžka před bílou stěnou, se stává neviditelným. Místo před toaletou, nebo před sprchovým koutem je dobré označit reflexní protiskluzovou podložkou. Doporučují se kontrasty sytých barev v kombinaci např. tmavě modrá a žlutá, černá a žlutá, černá a zelená, nebo černá a bílá.

Na případnou překážku v chůzi neupozorňujeme „pozor!“ ale „stůjte!“. Lépe je včas člověka zastavit a popsat situaci, než jej neurčitým zvoláním vystrašit. Vhodné je také odstranit všechny překážky, které začínají u úrovni pasu, které člověk s holí nedokáže najít, neboť holí pod nimi „projde“ a teprve když do překážky narazí, tak zjistí její přítomnost (Ludíková, Stoklasová, 2006).

I u tohoto druhu postižení platí pravidlo jednoho mluvčího, kdy si předáváme slovo opět s oslovením a pojmenováním nového mluvčího. Při ukončení rozhovoru a přípravě na opuštění místnosti na tento fakt opět slovně upozorníme.

Dále je nutné myslet i na to, že nesmíme s osobou s postižením zraku bez předchozího upozornění manipulovat. Lidé s postižením zraku mají problém s orientací v prostoru, a pokud s ním nečekaně hýbete či ho dokonce přemísťujete, jeho orientaci v prostoru mu znemožníte.

Stejně tak nesmíte člověku s postižením zraku bez předchozí domluvy přemísťovat věci. Ani popis kam věci přemístíte, nemusí být postačující, proto je vhodnější se domluvit, že věci budou vráceny na původní místo v nekratším možném čase a vrácení opět oznámíme (Slowík, 2010).

Asi poslední stránkou, o které bych se chtěla zmínit, je problematika vodících psů. Vodící pacient je kompenzační pomůckou, kterou má každý právo užívat vždy a všude. Avšak součinnost zvířete a nemocničního prostředí může být mnohdy problematická. Jedná se zejména o ochranu dalších pacientů na oddělení, kteří také mají zdravotní dyskomfort a případná alergická reakce, by pro jejich zdravotní stav rozhodně nebyla přínosem. Proto je důležité se před nástupem hospitalizace domluvit s člověkem s postižením zraku jaké kompenzační pomůcky užívá a zda je možné, aby je užíval i v nemocničním prostředí. Jistou alternativou by mohl být doprovod, na který by revizní lékař odsouhlasil tzv. navýšení, tzn. že by se stal doprovodem, kterému by celý pobyt v nemocnici hradila zdravotní pojišťovna, a ten by poté byl nápomocen hospitalizované osobě s postižením zraku. Bezpochyby to není nejlepší možné řešení, může vzbuzovat pocit závislosti u člověka s postižením zraku, ovšem podle mého názoru, by to mohlo být řešení akceptovatelné (Jurkovičová, 2010).

6.4 Desatero pro komunikaci s člověkem s postižením zraku

1. Kontakt s osobou s postižením zraku vždy předchází oslovení daného člověka a následně Vaše představení. Vy buďte iniciátorem počátku komunikace.
2. Pokud nevidomý někoho osloví v prostředí s větším množstvím lidí, reagujte prosím, i když nestojí tváří právě k vám.
3. Udržujte oční kontakt, hovořte vždy na osobu s postižením zraku, ne na její doprovod. Při komunikaci věnujte pozornost modulaci a zabarvení hlasu.
4. Během hovoru popisujte vaše okolí, nejen pro lepší orientaci a bezpečí vašeho komunikačního partnera, ale i pro obohacení jeho představ o okolním světě. Neužívejte však prázdné fráze jako tamhle, tady.
5. Slově jako vidět či prohlédnout si není potřeba se vyhýbat. Jednejte přirozeně, bez ostychu a předsudků. Klidně jej upozorněte na znečištěný oděv či jiný negativní aspekt jeho zevnějšku, ocení to.
6. Při doprovázení nevidomého nabídněte paži či loket, do kterého se nevidomý může zavěsit. Nikdy jej netlačte před sebou ani netahejte. Na překážky včas a popisně upozorňujte.
7. Klidné prostředí je pro rozhovor výhodou, zvuky z okolí nebudou rušit pozornost vašeho partnera.
8. Nemanipulujte bez předchozí domluvy s člověkem s postižením zraku, znemožňujete mu tak prostorovou orientaci.
9. O svém odchodu svého komunikačního partnera vždy dopředu informujte.
10. Vodícího psa nikdy nehlad'te, nekrmte, nevolejte na něj, nemanipulujte s ním, ani jej nijak jinak nerušte (Dyck, 2004).

7. Práva

7.1 Práva člověka

Lidská práva jsou v České republice zajišťována zejména Ústavou České republiky a Listinou základních práv a svobod. S cílem ochrany lidských práv také vznikl poradní orgán vlády České republiky, a tím je Rada vlády České republiky pro lidská práva, která byla zřízena Usnesením vlády České republiky č. 809 ze dne 09. prosince 1998. Tato rada dohlíží na dodržování a naplňování lidských práv nejen zakotvených v Ústavě a Listině základních práv a svobod, ale také v mnoha dalších paktech a úmluvách, jako jsou: Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod, Mezinárodní úmluva o odstranění všech forem rasové diskriminace, Úmluva proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání, Úmluva o právech dítěte, Mezinárodní pakt o občanských a politických právech, Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech.

Rada má 21 členů z řad zástupců státní správy, občanské i odborné veřejnosti. Do další činnosti rady spadá i zpracovávání návrhů a koncepcí pro jednotlivé oblasti ochrany lidských práv, hodnocení legislativních návrhů a opatření vlády i jednotlivých ministerstev, odhalování nedostatků a problémů v této oblasti a doporučování způsobu jejich řešení. Rada spolupracuje s mnoha nevládními neziskovými organizacemi, taktéž i s orgány územní samosprávy z oblasti lidských práv.

Rada je dále složena z jednotlivých výborů. Jedním z nich je Vládní výbor pro zdravotně postižené občany. Byl zřízen ustanovením vlády České republiky č. 151 ze dne 08. května 1991. Výbor je koordinačním, iniciativním a poradním orgánem vlády České republiky v oblasti podpory a vytváření rovných příležitostí pro občany se zdravotním postižením [www.vlada.cz].

“Vládní výbor spolupracoval na přípravě Národního plánu pomoci zdravotně postiženým občanům (NPP), Národního plánu opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení (NPO), které vláda schválila v letech 1992 a 1993, a Národního plánu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením (NPVP), přijatého v roce 1998, který byl každoročně aktualizován. V roce 2004 přijala vláda ČR Střednědobou koncepci státní politiky vůči občanům se zdravotním postižením, z jejichž cílů a úkolů vychází Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006 - 2009 přijatý v roce 2005. Aktuálně platný Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014

schválený usnesením vlády České republiky ze dne 29. března 2010 č. 253 obsahově i strukturou vychází z Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením.“
[<http://www.vlada.cz/cz/ppov/vvzpo/uvod-vvzpo-17734/>]

7.2 práva pacientů

Tento soupis práv pacientů je etickým kodexem, který vytvořila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky. Za platný byl prohlášen 25. února 1992.

„1) Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.

2) Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.

3) Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.

4) Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.

5) V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.

6) Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.

7) Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8) Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.

9) Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

10) Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

11) Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.“

[<http://www.mpsv.cz/cs/840>]

7.3 Práva osob se zdravotním postižením

7.3.1 Práva osob s tělesným postižením

Charta práv tělesně postižených vychází z Prohlášení lidských a občanských práv, Všeobecného prohlášení o lidských právech, Evropské konvence lidských práv a Všeobecného zákona o tělesně postižených, vydaného v Paříži v roce 1975. Byla vydána francouzskou Organizací tělesně postižených.

V preambuli je uvedeno, že osoba s tělesným postižením má stejná práva jako osoba bez postižení. Dále apeluje na společnost, aby byla podporována ekonomická a sociální politika vedoucí k podpoře osob s tělesným postižením a jejich integraci do intaktní společnosti.

Dále je rozdělena do osmi článků takto:

První článek se zabývá způsobem života a právem každé tělesně postižené osoby na svobodný výběr jak způsobu, tak i místa, kde chce žít.

Článek druhý se zabývá rodinou a okolím. Udává, že osoby s tělesným postižením, stejně jako každá lidská bytost chce být milována a proto má právo na založení rodiny, kterou má taktéž právo rozvíjet a dále působit na rozvoj rodinných a přátelských vztahů.

Třetí článek popisuje právo na kvalitní a kvalifikovanou pomoc. Dále udává, že mezi osobou poskytující péči a osobou, jež péči přijímá, by měl být přátelský vztah založený na vzájemné důvěře, úctě a respektu.

Čtvrtý článek popisuje právo na lékařskou péči. Postižená osoba má právo si vybrat lékaře dle svého uvážení, má právo na pravidelné informace týkající se jeho zdravotního stavu a má právo se podílet na všech rozhodování o jeho osobě.

Článek pátý udává právo v oblasti bydlení a jeho okolí. Osoba s tělesným postižením má právo se samostatně a svobodně rozhodnout, kde bude žít, tak aby tento způsob plně vyhovoval jejím požadavkům a potřebám.

Článek šestý udává právo na technickou pomoc, která bude plně financována v oblasti nutné pro nezávislý život.

Sedmý článek se zabývá právem účasti na společenském životě, která musí být osobně s tělesným postižením technicky umožněna. Tzn. Úpravy komunikací a budov takovým způsobem, aby umožňovala osobám s tělesným postižením přístup a pohyb.

Osmý článek popisuje právo na dostatečný příjem pro zajištění pohodlí a spokojeného života.

V závěru je apelováno na osoby s tělesným postižením, asociace, sdružení a svazy, aby sjednotili své úsilí, které by mělo vést k zajišťování základních lidských práv, kterými jsou:

Právo být odlišný, právo na důstojný život, právo na integraci do společnosti, právo na vlastní názor a právo na rovnoprávné občanství a nezávislý výběr způsobu i místa pro život [<http://www.mpsv.cz/cs/841>].

7.3.2 Práva osob se zrakovým postižením

Soupis práv, které by byly specificky sestaveny speciálně pouze pro skupinu osob se zrakovým postižením neexistuje.

7.3.3 Práva osob se sluchovým postižením

Bohužel shodně jako v předešlém případě, ani práva pro osoby se sluchovým postižením neexistují.

7.3.4 Deklarace OSN o právech osob s mentálním postižením

Deklarace byla vyhlášena na Valném shromáždění OSN dne 20. prosince 1971 a vymezuje práva osob s mentálním postižením následovně.

„1. Mentálně postižený má mít v nejvyšší možné míře stejná práva jako ostatní lidské bytosti.

2. Mentálně postižený má právo na zdravotní péči a vhodnou fyzikální terapii, jakož i na takovou výchovu, readaptaci a vedení, které mu umožní rozvinout v maximální možné míře jeho možnosti a schopnosti.

3. Mentálně postižený má právo na ekonomické zabezpečení a slušnou životní úroveň. Má plné právo podle svých možností produktivně pracovat nebo se zabývat jinou užitečnou činností.

4. Pokud je to možné, má mentálně postižený žít v kruhu své vlastní rodiny nebo v rodině opatrovníka a účastnit se různých forem společenského života. Proto má být rodině, ve které žije, poskytována pomoc. Je-li jeho umístění do specializovaného zařízení potřebné, mají být prostředí a podmínky života v něm tak blízké normálním podmínkám života, jak je to jen možné.

5. Mentálně postižený má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud to vyžaduje ochrana jeho dobra a zájmů.

6. *Mentálně postižený má právo na ochranu před jakýmkoli vykořisťováním, zneužíváním nebo ponižujícím zacházením. Je-li předmětem soudního stíhání, má mít právo na zákonný proces s plným uznáním svého stupně odpovědnosti, který vyplývá z jeho mentálního stavu.*

7. *Jestliže někteří postižení nejsou schopni účinně využívat souhrnu svých práv v důsledku hloubky svého postižení a jestliže se ukáže potřeba omezit tato práva buď částečně, nebo úplně, pak musí postup používaný za účelem omezení nebo zrušení těchto práv chránit postiženého zákonně proti jakékoli formě zneužití. Tento postup by měl být založen na hodnocení kvalifikovaných znalců, kteří by posoudili sociální způsobilost postiženého. Omezení nebo zrušení práv má být podrobena periodickým revizím a musí být odvolatelné u vyšších institucí.“* [Dostupné na: <http://www.helpnet.cz/aktualne/deklarace-osn-o-pravech-lidi-s-mentalnim-postizenim>]

7.3.5 Deklarace práv autistů

Deklarace byla přednesena a přijata na 4. kongresu Autism- Europe v Haagu 10. května 1992. Svým podpisem připojila naši zemi i delegátka České republiky.

„1) *Právo osob s autismem na nezávislý, plnohodnotný a smysluplný život podle schopnosti postiženého.*

2) *Právo osob s autismem na dostupnou, nepředpojatou a přesnou klinickou diagnózu.*

3) *Právo osob s autismem na dostupné a specializované vzdělávání.*

4) *Právo osob s autismem a jejich zástupců účastnit se jakéhokoliv rozhodování o jejich budoucnosti.*

5) *Právo osob s autismem na dostupné a vhodné bydlení.*

6) *Právo osob s autismem na veškeré pomůcky, asistenci a podpůrné služby, které postižení potřebují k nezávislému a plnohodnotnému životu.*

7) *Právo osob s autismem na mzdu nebo jiný příjem, který zabezpečují v postačující míře stravu, bydlení, oblečení a jiné životní potřeby.*

8) *Právo osob s autismem účastnit se odpovídajícím způsobem na rozvoji a řízení služeb, které zajišťují jejich životní potřeby.*

9) *Právo osob s autismem na odborné poradenství a péči nutnou pro jejich fyzické, mentální a duševní zdraví, včetně vhodné léčby a medikace, která je podávána v zájmu klienta a při které jsou respektována všechna nutná bezpečnostní opatření a zvažována všechna možná rizika.*

- 10) Právo osob s autismem na vhodné pracovní zařazení a na vhodnou přípravu na povolání s vyloučením jakékoliv diskriminace a stereotypů. Výcvik i pracovní zařazení musí vycházet z individuálních schopností, zájmů a přání klienta.
- 11) Právo osob s autismem na dostupnou dopravu a svobodnou možnost cestování.
- 12) Právo osob s autismem účastnit se kulturních, zábavných, sportovních a jiných aktivit pro volný čas.
- 13) Právo osob s autismem rovnocenně využívat všech zařízení, služeb a aktivit, které nabízí společnost.
- 14) Právo osob s autismem na partnerské a jiné vztahy včetně manželství s vyloučením vykořisťování nebo donucovacích praktik.
- 15) Právo osob s autismem a jejich zástupců na účasti při tvorbě zákonů a legislativních opatření a účasti při ochraně dodržování těchto legislativních norem.
- 16) Právo osob s autismem být osvobozen od strachu nebo hrozby uzavření v psychiatrické léčebně nebo jiných podobných zařízeních.
- 17) Právo osob s autismem na ochranu před zneužíváním, fyzickým týráním, averzivními postupy léčby nebo zanedbáváním.
- 18) Právo osob s autismem na ochranu před zneužíváním a nesprávným podáváním léčiv a jiných farmakologických prostředků.
- 19) Právo přístupu osob s autismem a jejich zástupců k veškeré osobní, psychologické, psychiatrické a školní dokumentaci. „ [Dostupné na: http://www.autismusprocit.cz/dok/Charta_prav_osob_s_autismem.pdf]

8. Vzdělávání budoucích zdravotních sester

Vzdělávání budoucích sester se řídí zákonem č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, Zákonem o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Tento zákon upravuje mimo jiné formy vzdělávání nelékařských zdravotnických povolání, odbornou způsobilost k výkonu tohoto povolání ať již pod dohledem či samostatně a dále také podmínky vstupu do registru zdravotnických pracovníků. Rozsah pravomocí jednotlivých činností zdravotnických pracovníků upravuje vyhláška č. 55/2011, Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků [www.zachrannasluzba.cz].

8.1 Střední zdravotnické vzdělání

Na úrovni středoškolského vzdělávání se budoucí zdravotní sestry mohou stát zdravotními asistenty. Podmínky pro přijetí ke studiu se řídí zákonnými ustanoveními školského zákona. Uchazeč tedy musí splňovat zdravotní způsobilost v souladu s přílohou č. 2 nařízení vlády č. 211/200 Sb. a dále mít zdárně ukončené základní vzdělání. Uchazeč dále prochází přijímacím řízením dle kritérií dané střední zdravotnické školy. Tento typ vzdělání je čtyřletý a je zakončen maturitní zkouškou. Dle zákona č. 96/2004 Sb. je však odborně způsobilý k výkonu povolání zdravotnického asistenta taktéž absolvent akreditovaného kurzu, který má zároveň ukončené úplné střední, nebo úplné střední odborné vzdělání. Obecně je tedy způsobilý k vykonávání tohoto typu zdravotnického povolání každý, kdo má odbornou způsobilost, je zdravotně způsobilý a je bezúhonný [www.zakonyprolidi.cz].

Stejně jako jiné střední školy zpracovávají střední zdravotnické školy RVP do ŠVP. Studium má část jak teoretickou, tak praktickou. Na zdravotnické škole v Hradci Králové, kde byly rozdány dotazníky pro praktickou část této diplomové práce, jsou vyučovány předměty, které se obsahově blíží zaměření této diplomové práce v rámci odborného vzdělávání. Přesněji se jedná v 1. a 2. ročníku o povinný vyučovací předmět Psychologie a komunikace a dále o volitelný Seminář z psychologie a komunikace. V 2. a 3. ročníku se jedná o povinné předměty Komunikace a Psychologie a o volitelný Seminář z psychologie a komunikace [www.zshk.cz].

Zdravotní asistent směl pracovat pouze pod dozorem nejčastěji všeobecné zdravotní sestry a to v rozsahu činností, které vyčleňuje vyhláška č. 55/2011. Jedná se tedy zejména o poskytování ošetrovatelské péče pod dohledem. Zákon 105/2011, kterým se mění zákon č. 96/2004 však rozšířil okruh kompetencí o ošetrovatelskou péči spojenou se sebeobsluhou a uspokojováním základních potřeb pacientů, kterou nyní zdravotní asistenti mohou vykonávat samostatně, tedy bez dozoru [www.zdravi.e15.cz].

Další možností je studium zdravotnického lycea. Podmínky přijetí a úspěšného ukončení studia jsou shodné se studiem oboru zdravotnického asistenta. Obdobným způsobem je veden i průběh studia, s rozdílností ve stavbě vyučovacích předmětů, které korespondují s profilem absolventa. Na rozdíl od studia zdravotnického asistenta je profilem absolventa administrativní oblast zdravotnického či sociálního sektoru. Často je také považován za vhodnou přípravu ke studium na vyšších či vysokých školách obdobného zaměření.

Střední zdravotnické studium samozřejmě skýtá ještě další možnosti studia, jako je kupříkladu laboratorní asistent a další. Tyto obory však neprofilují budoucí zdravotní sestry, které jsou cílovou skupinou pro tuto část diplomové práce [ww.zshk.cz.].

8.2 Vyšší odborné zdravotnické vzdělání

Vyšší odborné zdravotnické školy jsou nejčastěji přidruženy ke středním školám zdravotnickým. Existují však i samostatně, jako například Vyšší odborná škola zdravotnická v Brně. Opět se zde budu zabývat pouze oborem, který přímo profiluje všeobecné zdravotní sestry.

Podmínky pro přijetí opět ustanovuje školský zákon a dále specifické požadavky dané zdravotnické školy. Uchazeč tedy musí doložit zdárné ukončení střední školy s maturitní zkouškou a zdravotní způsobilost. Délka studia je tříletá a je zakončena absolutoriem, kdy absolvent získá diplom absolventa vyšší odborné školy. Tento diplom opravňuje zdravotní sestru, po ukončení povinné praxe, kterou stanovuje zákon č. 96/2004 v pozdějším znění, vykonávat činnosti dle vyhlášky 55/2011 [www.zakonyprolidi.cz].

Vzdělávací obory vyšších odborných zdravotnických škol jsou akreditovány dle rozhodnutí MŠMT. Studium má stejně jako u středních zdravotnických škol část teoretickou a praktickou. Na zdravotnické škole v Hradci Králové jsou v průběhu studia

vyučovány vzdělávací moduly, které obsahově souvisí se zaměřením této diplomové práce. Jedná se o Komunikaci v ošetrovatelství v prvním ročníku studia a Zdravotnickou psychologii v druhém a třetím ročníku [www.zshk.cz].

8.3 Vysokoškolské zdravotnické vzdělání

Vysokoškolské vzdělání v České republice mohou zdravotní sestry získat buď na vysokých školách zdravotnických, lékařských fakultách (povětšinou na katedrách ošetrovatelství) nebo na jiných univerzitách, kde mají akreditovány obory z oblasti ošetrovatelství. Takovou univerzitou je například Jihočeská univerzita, kde na zdravotně sociální fakultě lze studovat magisterský obor Ošetrovatelství a následně navazující magisterské obory. Ošetrovatelství lze studovat jak v bakalářských tak magisterských oborech. Jedná se jak o obecné, tak o specializační studium pro daný obor či věkovou kategorii. Takovými obory jsou například ošetrovatelství v pediatrii či geriatrii, nebo ošetrovatelství v chirurgii, ve vnitřním lékařství apod.

Podmínkou pro studium je taktéž jako u vyšších odborných zdravotnických škol, zdárné ukončení střední školy s maturitní zkouškou a následné splnění všech podmínek dané univerzity. Stejně jako u předchozích stupňů studia i vysokoškolské studium má část teoretickou a praktickou. Příjímací řízení i následné studium je upravováno zákonem č. 111/1998 Zákonem o vysokých školách. Respondenti praktické části této diplomové práce prošli na obou univerzitách předměty, které jsou obsahově blízké předmětu této diplomové práce. V bakalářském oboru se jednalo o předmět Komunikace ve zdravotnictví. Mezi další možnosti studia jsou předměty Komunikace s pacientem a Etika a filosofie v ošetrovatelství. V oboru magisterském se jedná o předměty Komunikace a Psychologie [http://www.msmt.cz/vzdelavani/vysoke-skolstvi/prehled-vysokych-skol].

II. Praktická část

9. Výzkumné šetření

9.1 Cíle výzkumného šetření

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit úroveň připravenosti budoucích zdravotních sester různých vzdělávacích stupňů na komunikaci s pacienty se zdravotním postižením.

Díložními cíli je: 1) Zjistit znalost budoucích zdravotních sester různých vzdělávacích stupňů oblasti specifik komunikace s pacienty se zdravotním postižením v součinnosti s obsahem vzdělávání na příslušné zdravotnické škole.

2) Zjistit, zda se budoucí zdravotní sestry různých vzdělávacích stupňů setkávají s pacienty se zdravotním postižením v průběhu své praxe.

3) Jak vnímají jednotlivé typy zdravotního postižení.

4) Zjistit, jaké mají budoucí zdravotní sestry různých vzdělávacích stupňů znalosti z oblasti práv pacientů a práv pacientů se zdravotním postižením.

5) Zjistit znalosti vnitřních předpisů nemocnic, týkajících se komunikace s pacienty se zdravotním postižením, ve kterých budoucí zdravotní sestry jednotlivých vzdělávacích stupňů vykonávaly studijní praxi.

6) Ověřit, zda mají zájem o informace o komunikaci s pacienty se zdravotním postižením a jakou formu by upřednostňovaly.

9.2 Výzkumné otázky

VO1: Jaké informace získaly budoucí zdravotní sestry jednotlivých vzdělávacích stupňů v průběhu studia z oblasti specifik komunikace s pacienty se zdravotním postižením?

VO2: Jak často se budoucí zdravotní sestry jednotlivých vzdělávacích stupňů setkávají s pacienty se zdravotním postižením?

VO3: Jaké mají budoucí zdravotní sestry jednotlivých vzdělávacích stupňů pocity při setkání s pacientem se zdravotním postižením?

VO4: Jaké mají budoucí zdravotní sestry jednotlivých vzdělávacích stupňů vědomosti o právech pacientů a práv pacientů se zdravotním postižením?

VO5: Jaké mají budoucí zdravotní sestry jednotlivých vzdělávacích stupňů povědomí o vnitřních předpisech nemocnic, v níž vykonávaly svou studijní praxi?

VO6: O jaké informace z okruhu komunikace s pacienty se zdravotním postižením mají budoucí zdravotní sestry jednotlivých vzdělávacích stupňů zájem?

9. 3 Použité výzkumné metody

V diplomové práci byl použit dotazník jako výzkumná metoda. Byly použity otázky otevřené, polouzavřené, uzavřené i škálované.

Obecná charakteristika dotazníku

Dotazník je písemná forma získávání informací. Jedná se o nejpočetněji užívanou a vysoce efektivní formu výzkumných metod obecně, kterou lze užít jak pro populaci jako celku, tak pro menší skupiny osob. Umožňuje tedy autorovi získat v relativně krátkém časovém horizontu informace od i velkého počtu respondentů. V písemné formě jsou jak sdělovány dotazy, tak získávány odpovědi. Dalším nesporným kladem této formy výzkumné metody je zachování anonymity respondentů a tak často autor získává upřímnější a pravdivější odpovědi. Respondentem je tedy označována osoba, která na otázky v dotazníku odpovídá, jednotlivé otázky dotazníku lze označit také jako položky a zadávání dotazníku se nazývá administrace (Maňák, 2005).

Dotazník je složen ze tří okruhů. První je oslovení respondenta. Zde se autor představuje a interpretuje důvod vzniku dotazníku, kterým se respondenta snaží motivovat k jeho vyplnění. Druhá část obsahuje samotné položky dotazníku, které jsou tematicky uspořádány. V poslední části autor vyslovuje poděkování respondentům za vyplnění dotazníku.

Typy otázek, které byly užity v diplomové práci, rozlišujeme podle stupně otevřenosti. Uzavřené otázky nabízí respondentovi omezený počet předem připravených odpovědí, ze kterých si dotazovaný musí vybrat. Polouzavřené otázky mají připraveny taktéž odpovědi, je zde ovšem prostor pro vlastní dovyjádření či upřesnění. Otevřené otázky dávají možnost respondentovi se vyjádřit bez omezení. Posledním užitým typem otázky je škálovaná otázka. Do předepsané škály musí respondent vyznačit svou odpověď (Gavora, 2000).

Popis použitého dotazníku

Dotazník obsahuje 40 otázek. V první části dotazníku respondentům představuji sebe a důvod, proč jsem dotazník vytvořila. Krátce také popisuji, jakým způsobem má být dotazník vyplněn. V třetí části dotazníku dotazovaným vyslovuji poděkování za čas, který strávili vyplňování dotazníku. Pro eliminaci nepochopení některých méně jednoznačných otázek je do závorky za otázku vepsán upřesňující pokyn.

Prvních pět otázek je zaměřeno obecně na věk, počet let praxe ve zdravotnictví a dále typ školy a ročník, kterou respondent studuje. Následujících šest otázek se orientuje na seznámení respondentů s problematikou specifik komunikace s pacienty se zdravotním postižením v jednotlivých stupních vzdělávání zdravotnických škol. Dvanáctá až čtrnáctá otázka dotazuje respondenty, zda si někdy sami vyhledávali informace o předmětné problematice. Patnáctá otázka se přímo táže na konkrétní znalost specifik při komunikaci s pacienty s jednotlivým zdravotními postiženími. Další tři otázky se zaměřují na frekvenci setkávání respondentů s pacienty se zdravotním postižením v průběhu jejich studijní praxe. Následující tři otázky se orientují na pocity, které respondenti mají při setkání s pacienty se zdravotním postižením a zda se s jednotlivými typy zdravotního postižení nějak mění. Dvaadvacátá až šestadvacátá otázka je směřována do oblasti znalostí práv pacientů. Sedmadvacátá až třiatřicátá otázka prověřuje znalosti vnitřních předpisů nemocnic, kde respondenti vykonávali praxi, které souvisí s danou tématikou. Předposlední okruh otázek se dotazoval, zda by respondenti měli zájem o informace o komunikaci s pacienty se zdravotním postižením. Poslední čtyři otázky se zabývaly tlumočnictvím a jeho zprostředkováním nemocnicemi pro své pacienty.

9. 4 Charakteristika zařízení

Dotazníky byly rozdány na Vyšší odborné škole zdravotnické a střední zdravotnické škole v Hradci Králové. Dále na lékařské fakultě Karlovy univerzity v Hradci Králové a na lékařské fakultě Ostravské univerzity v Ostravě.

9. 5 Charakteristika respondentů

Dotazníky byly rozdány čtyřem skupinám respondentů, které lišil stupeň studované zdravotnické školy. První skupina označována SZŠ, je skupinou respondentů, kteří studují střední zdravotnickou školu. Druhá skupina, která byla označena zkratkou

VOŠZ vymezuje své respondenty studiem na vyšší zdravotnické škole. Respondenti třetí skupiny, označované jako Bc., studují bakalářský zdravotnický obor na lékařské fakultě nebo vysoké škole zdravotnické. Skupina Mgr. je skupinou respondentů studujících magisterský zdravotnický obor na lékařské fakultě.

9. 6 Metodika sběru dat

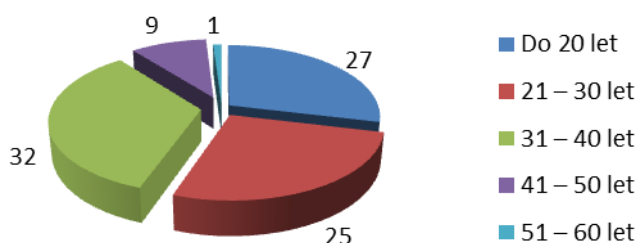
Výzkum probíhal od října 2013 do března 2014. Respondenty byli studenti různých stupňů zdravotnických škol. Bylo rozdáno 150 dotazníků, z nichž 94 bylo vyplněno. Návratnost vyplněných dotazníků tedy dosahovala 63 %.

10. Analýzy dotazníkového šetření

Otázka č. 1: Váš věk.

Tabulka č. 6 : Věk respondentů.

Do 20 let	27
21 – 30 let	25
31 – 40 let	32
41 – 50 let	9
51 – 60 let	1



Interpretace: Skupina SZŠ - 21 respondentů má věk do 20 let.

Skupina VOŠZ - 18 respondentů má věk od 21 do 30 let a 6 respondentů má věk do 20 let.

Skupina Bc. – 20 respondentů má věk od 31 do 40 let, 4 respondenti mají věk od 41 do 50let, 2 respondenti mají věk od 21 do 30 let a 1 respondent má věk od 51 do 60 let.

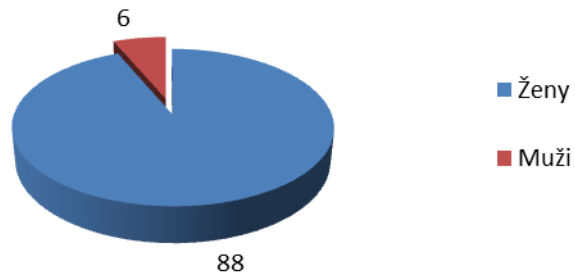
Skupina Mgr. – 12 respondentů má věk od 31 do 40 let, 5 respondentů má věk od 21 do 40 let a 5 respondentů má věk od 41 do 50 let.

Komentář: Věk respondentů odráží i stupeň jejich vzdělání. Největší počet respondentů nejmladší věkové skupiny je ze skupiny SZŠ. Naopak do věkových skupin nad 31 let patří již pouze respondenti ze skupin Bc. a Mgr.

Otázka č. 2: Vaše pohlaví.

Tabulka č. 7 : Pohlaví respondentů.

Ženy	88
Muži	6



Interpretace: Skupina SZŠ – 16 respondentů byly ženy, 5 respondentů bylo mužů

Skupina VOŠZ – 23 respondentů byly ženy, 1 respondent byl muž

Skupina Bc. – 27 respondentů byly ženy

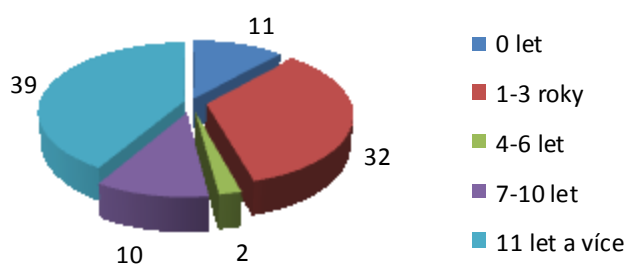
Skupina Mgr. – 22 respondentů byly ženy

Komentář: Stejně jako v praxi, jsou muži ve výzkumném vzorku v minoritě.

Otázka č. 3: Počet let praxe ve zdravotnictví.

Tabulka č. 8 : Délka praxe ve zdravotnictví.

0 let	11
1 – 3 roky	32
4 – 6 let	2
7 – 10 let	10
11 let a více	39



Interpretace: Skupina SZŠ – 20 respondentů má 1- 3 roky praxe, 1 respondent má 0 let praxe

Skupina VOŠZ - 12 respondentů má 1- 3 roky praxe, 10 respondentů má 0 let praxe, 2 respondenti mají 4- 6 let praxe.

Skupina Bc. – 23 respondentů má 11 a více let praxe, 4 respondenti mají 7- 10 let praxe.

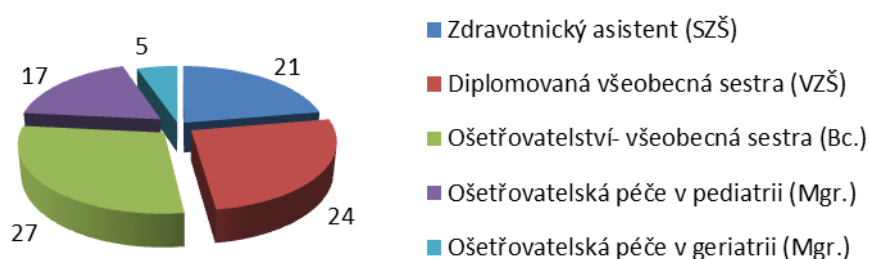
Skupina Mgr. – 16 respondentů má 11 a víc let praxe, 6 respondentů má 7- 11 let praxe.

Komentář: Celkový vzorek respondentů měl v majoritě jen 1- 3 roky praxe. S přihlédnutím ke členění skupin lze sledovat zvyšující se délku praxe v závislosti na výšce vzdělání.

Otázka č. 4: Jaký typ školy a obor studujete?

Tabulka č. 9: Typ a obor studované školy.

Zdravotnický asistent (SZŠ)	21
Diplomovaná všeobecná sestra (VZŠ)	24
Ošetřovatelství- všeobecná sestra (Bc.)	27
Ošetřovatelská péče v pediatrii (Mgr.)	17
Ošetřovatelská péče v geriatrii (Mgr.)	5



Interpretace: Skupina SZŠ – 21 respondentů studuje obor zdravotnický asistent na střední zdravotnické škole.

Skupina VOŠZ – 24 respondentů studuje obor diplomovaná všeobecná sestra na vyšší zdravotnické škole.

Skupina Bc. – 27 respondentů studuje obor ošetřovatelství- všeobecná sestra na lékařské univerzitě.

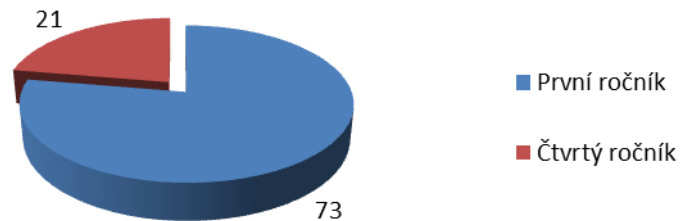
Skupina Mgr. – 17 respondentů studuje obor ošetřovatelská péče v pediatrii (navazující magisterský obor) na lékařské univerzitě a 5 respondentů studuje obor ošetřovatelská péče v geriatrii (navazující magisterský obor) na lékařské univerzitě.

Komentář: Tato otázka pouze ozřejmuje obor, který respondenti studují, neboť z jednotlivého početního zastoupení nelze vyvodit žádný závěr. Dotazníky byly rozdány vždy v jedné třídě v každém stupni. Pouze u navazujícího magisterského studia by byl vzorek z jedné třídy nepostačující, proto byl osloven i jiný obor. Kapacita oborů na jednotlivých školách je individuální, podle možností škol a kateder.

Otázka č. 5: Který ročník?

Tabulka č. 10: Ročník

První ročník	73
Čtvrtý ročník	21



Interpretace: Skupina SZŠ – 21 respondentů studuje čtvrtý ročník.

Skupina VOŠZ – 27 respondentů studuje první ročník.

Skupina Bc. – 24 respondentů studuje první ročník.

Skupina Mgr. – 22 respondentů studuje první ročník.

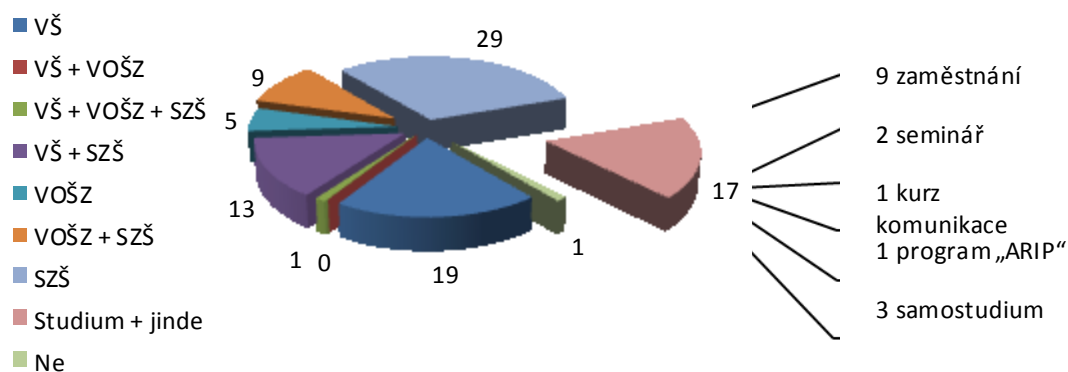
Komentář: U střední zdravotnické školy byl zvolen jiný ročník cíleně, z důvodu nedostatku vědomostí a zkušeností respondentů.

Následující otázky se zaměřují na oblast seznámení respondentů se specifiky komunikace s pacienty se zdravotním postižením na různých stupních zdravotních škol.

Otázka č. 6: Slyšela jste vůbec někdy o zásadách komunikace s lidmi se zdravotním postižením?

Tabulka č. 11 A: Povědomí o zásadách komunikace s lidmi se zdravotním postižením.

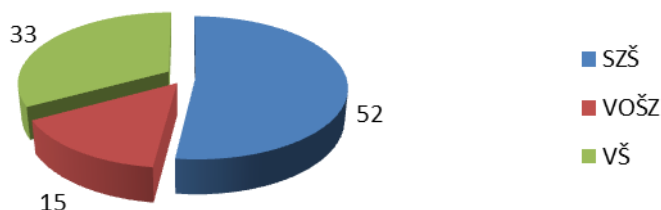
VŠ	19	
VŠ + VOŠZ	0	
VŠ + VOŠZ + SZŠ	1	
VŠ + SZŠ	13	
VOŠZ	5	
VOŠZ + SZŠ	9	
SZŠ	29	
Studium + jinde	17	9 zaměstnání 2 seminář 1 kurz komunikace 1 vzdělávací program „ARIP“ 3 samostudium 1 neuvedeno
Ne	1	



Pozn.: ARIP- specializační vzdělávací program ARO + JIP (pro anesteziologicko-resuscitační oddělení a jednotky intenzivní péče).

Tabulka č. 11 B: Početní zastoupení jednotlivých stupňů vzdělávání.

SZŠ	52
VOŠZ	15
VŠ	33



Interpretace: Skupina SZŠ - 18 respondentů bylo seznámeno se zásadami komunikace s lidmi se zdravotním postižením pouze během SZŠ. 3 respondenti uvedli, že byli s těmito zásadami seznámeni během studia i jinde (jednalo se ve 2 případech o samostudium a jeden respondent neuvedl kde).

Skupina VOŠZ - 11 respondentů bylo seznámeno se zásadami komunikace s lidmi se zdravotním postižením pouze během studia na SZŠ. 9 respondentů uvedlo, že bylo seznámeno s těmito zásadami jak během SZŠ, tak během VOŠZ. 3 respondenti uvedli, že s touto oblastí specifík v komunikaci byli seznámeni pouze během VOŠZ. A pouze 1 respondent uvedl, že si není vědom, že by kdykoli byl seznámen se zásadami komunikace s lidmi se zdravotním postižením.

Skupina Bc. - 11 respondentů bylo seznámeno se zásadami komunikace s lidmi s postižením seznámeno pouze během VŠ. 9 respondentů uvedlo, že s těmito zásadami bylo seznámeno nejen na VŠ, ale i na SZŠ. 6 respondentů uvedlo, že se s touto problematikou seznámilo během studia i jinde (4 respondenti v zaměstnání, 1 respondent na doškolovacím vzdělávání ARIP a 1 se účastnil kurzu zaměřeného na problematiku komunikace). 1 respondent byl se specifika seznámen v průběhu studia na VŠ, VOŠZ i SZŠ.

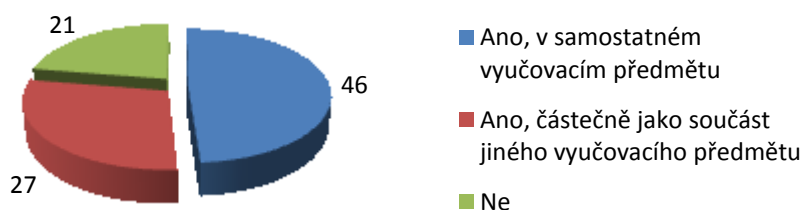
Skupina Mgr. – 8 respondentů bylo seznámeno se zásadami komunikace s lidmi se zdravotním postižením během studia na VŠ, 8 respondentů během zaměstnání i jinde (8 v zaměstnání, 2 na vzdělávacím semináři a 1 respondent při samostudiu). 4 respondenti během VŠ i SZŠ, 2 respondenti v průběhu studia na VOŠZ.

Komentář: Nejpozitivnějším výsledkem této otázky je zjištění, že pouze jeden respondent si není vědom, že by někdy neslyšel o zásadách komunikace s lidmi se zdravotním postižením. 81 % respondentů bylo s těmito specifiky v komunikaci seznámeno v průběhu vzdělávání a 18 % k těmto informacím přivedl buď osobní zájem, sebevzdělávání nebo praxe v zaměstnání. Z tohoto výsledku je zřejmé, že se zdravotnické školy tímto tématem alespoň okrajově zabývají.

Otázka č. 7: Byla jste během střední zdravotnické školy seznámena se zásadami komunikace s lidmi se zdravotním postižením?

Tabulka č. 12: Způsob seznámení se specifiky v oblasti komunikace s lidmi se zdravotním postižením na střední zdravotnické škole.

Ano, v samostatném vyučovacím předmětu	46
Ano, částečně jako součást jiného vyučovacího předmětu	27
Ne	21



Interpretace: Skupina SZŠ – 15 respondentů bylo seznámeno se zásadami komunikace s lidmi se zdravotním postižením v samostatném vyučovacím předmětu (v 7 případech respondenti uvedli předmět komunikace, v 7 komunikace i psychologie, v 1 případě předmět psychologie). 6 respondentů bylo s touto problematikou seznámeno částečně, jako součást vyučovacího předmětu (3 respondenti uvedli předměty komunikace a psychologie, 2 respondenti si nevzpomněli na název předmětu a 1 respondent uvedl předmět komunikace).

Skupina VOŠZ – 10 respondentů bylo seznámeno s problematikou komunikace s lidmi se zdravotním postižením v samostatném vyučovacím předmětu (3 respondenti uvedli předmět psychologie, 3 respondenti předmět komunikace, 2 respondenti předmět znakový jazyk a jeden respondent uvedl tři předměty: psychologie, komunikace, a ošetřovatelství). 7 respondentů bylo s touto problematikou seznámeno částečně, jako součást jiného předmětu (ve 4 případech to byla psychologie, v 1 případě komunikace, v 1 případě psychologie i komunikace a v 1 případě nebyl vyučovací předmět uveden). 7 respondentů uvedlo, že nebyli v žádném z vyučovacích předmětů seznámeni se specifiky komunikace s lidmi se zdravotním postižením.

Skupina Bc. – 14 respondentů bylo s touto problematikou seznámeno částečně, jako součást jiného vyučovacího předmětu (u 7 nebyl vyučovací předmět

uveden, ve 4 případech se jednalo o předmět ošetřovatelství a ve 3 případech se jednalo o psychologii). 7 respondentů uvedlo, že nebylo v žádném vyučovacím předmětu seznámeno s problematikou specifik komunikace s lidmi se zdravotním postižením. 6 respondentů bylo s problematikou seznámeno v samostatném vyučovacím předmětu (2 respondenti uvedli ošetřovatelství, 2 respondenti uvedli komunikaci a 2 uvedli psychologii).

Skupina Mgr. – 15 respondentů uvedlo, že bylo seznámeno s těmito specifiky v komunikaci seznámeno v samostatném vyučovacím předmětu (8 respondentů neuvádělo název předmětu, 4 respondenti uvedli psychologii a 3 respondenti uvedli předměty psychologie a pediatrie). 7 respondentů nebylo seznámeno s touto problematikou v žádném předmětu.

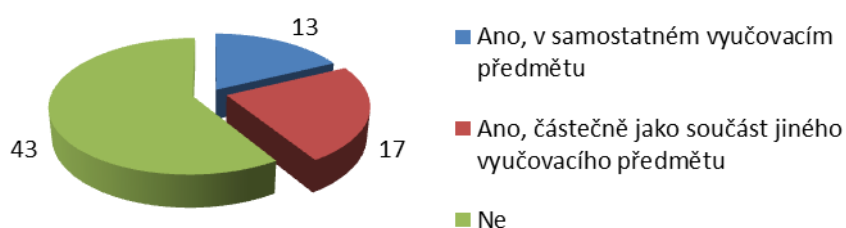
Komentář: Ze vzorku respondentů je zřejmé, že všichni studenti SZŠ jsou alespoň částečně seznámeni se specifiky komunikace s lidmi se zdravotním postižením. Názor na to, zda se jednalo jen o částečné seznámení s touto problematikou, je subjektivní, neboť respondenti uváděli v obou možnostech stejné názvy vyučovacích předmětů.

U skupin respondentů vyšší odborné a vysokých škol zdravotnických bylo procento respondentů, kteří nebyli s touto problematikou seznámeni již mnohem vyšší. Důvodem by mohl být větší časový odstup od tohoto studia, nebo jen okrajové seznámení respondentů s touto problematikou v průběhu středoškolského studia.

Otázka č. 8: Byla jste během vyšší zdravotnické školy seznámena se zásadami komunikace s lidmi se zdravotním postižením?

Tabulka č. 13: Způsob seznámení se specifiky v oblasti komunikace s lidmi se zdravotním postižením na vyšší zdravotnické škole.

Ano, v samostatném vyučovacím předmětu	13
Ano, částečně jako součást jiného vyučovacího předmětu	17
Ne	43



Interpretace: Skupina VOŠZ – 11 respondentů bylo se zásadami komunikace s lidmi se zdravotním postižením seznámeno v samostatném vyučovacím předmětu (10 respondentů uvedlo komunikaci a 1 respondent uvedl předmět psychologie). 8 respondentů bylo seznámeno s těmito specifiky v komunikaci částečně, jako součást jiného vyučovacího předmětu (v 7 případech se jednalo o komunikaci, v 1 případě nebyl název předmětu uveden). 5 respondentů uvedlo, že nebyli seznámeni v průběhu studia na vyšší zdravotnické škole s touto problematikou.

Skupina Bc. – 23 respondentů uvedlo, že nikdy nebyli v průběhu studia na vyšší zdravotnické škole seznámeni se specifiky komunikace s lidmi se zdravotním postižením. 2 respondenti uvedli, že byli se zásadami komunikace seznámeni v samostatném předmětu (1 respondent název předmětu neuvedl, 1 respondent uvedl předmět komunikace). 2 respondenti uvedli, že s touto problematikou byli seznámeni částečně, jako součást jiného vyučovacího předmětu (1 respondent uvedl psychologii, 1 respondent uvedl komunikaci).

Skupina Mgr. – 15 respondentů uvedlo, že nikdy nebyli v průběhu studia na vyšší zdravotnické škole seznámeni se specifiky komunikace s lidmi se zdravotním postižením. 7 respondentů uvedlo, že se zásadami komunikace s lidmi s postižením bylo

seznámeno jen částečně v jiném vyučovacím předmětu (ani jeden respondent neuvedl jméno předmětu).

Komentář: 59 % respondentů nebylo ani částečně seznámeno se zásadami komunikace s lidmi se zdravotním postižením v průběhu celého studia na vyšší zdravotnické škole. Toto číslo na mne působí velmi alarmujícím dojmem a možná, že by zde mohly začínat problémy, které poté ústí ve špatnou nebo dokonce degradující komunikaci ze stran zdravotníků vůči lidem se zdravotním postižením. Tuto domněnku zlepšuje snad jen to, že většina studentů VOŠZ pokračuje ve studiu ze SZŠ, což by mohl dokládat i výsledek otázky č. 10.

Opět se zde opakují, tak jako u předešlé otázky, stejné vyučovací předměty v prvních dvou možnostech odpovědi. Tedy jde opět o subjektivní náhled jednotlivých respondentů, zda je komunikace s lidmi se zdravotním postižením vyučována v samostatném vyučovacím předmětu, či jen částečně, jako součást jiného vyučovacího předmětu.

Otázka č. 9: Byla jste během vysoké zdravotnické školy (vysokoškolského zdravotního vzdělání) seznámena se zásadami komunikace s lidmi se zdravotním postižením?

Tabulka č. 14: Způsob seznámení se specifiky v oblasti komunikace s lidmi se zdravotním postižením na vysoké zdravotnické škole.

Ano, v samostatném vyučovacím předmětu	39
Ano, částečně jako součást jiného vyučovacího předmětu	10
Ne	0



Interpretace: Skupina Bc. – 27 respondentů uvedlo, že bylo seznámeno se specifiky komunikace s lidmi s postižením v samostatném vyučovacím předmětu (27 respondentů uvedlo předmět komunikace ve zdravotnictví).

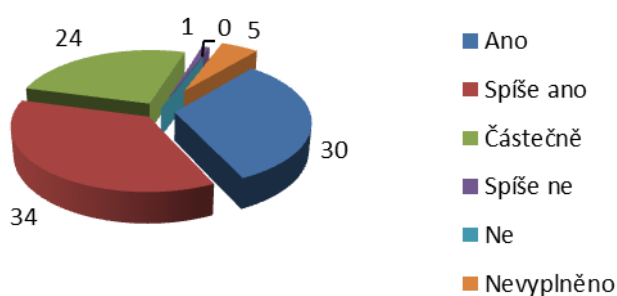
Skupina Mgr. – 12 respondentů bylo se specifiky komunikace s lidmi se zdravotním postižením seznámeno v samostatném vyučovacím předmětu (9 respondentů uvedlo předmět komunikace ve zdravotnictví, 3 respondenti název předmětu nevedlo). 10 respondentů uvedlo, že s touto problematikou bylo seznámeno částečně, jako součást jiného vyučovacího předmětu (7 respondentů název předmětu nevedlo, 2 respondenti uvedli předmět komunikace a 1 respondent uvedl psychologii).

Komentář: Velmi pozitivně mne překvapilo, že 100 % respondentů, kteří studují vysokou zdravotní školu, byli alespoň částečně seznámeni se specifiky komunikace s lidmi se zdravotním postižením. Tedy trend zvyšování vzdělání středního zdravotnického personálu se tedy minimálně v této oblasti jeví jako velmi pozitivní.

Otázka č. 10: Pokud ano, byly tyto informace pro vás dostačující?

Tabulka č. 15: spokojenost se získanými informacemi v průběhu studia.

Ano	30
Spíše ano	34
Částečně	24
Spíše ne	1
Ne	0
Nevyplněno	5



Interpretace: Skupina SZŠ – 11 respondentů bylo s informacemi částečně spokojeno, 6 respondentů bylo spíše spokojeno, 4 respondenti byli s informacemi spokojeni.

Skupina VOŠZ – 5 respondentů bylo s informacemi bylo spokojeno, 8 respondentů bylo spíše spokojeno, 5 respondentů bylo částečně spokojeno a 1 respondent spíše nebyl spokojen, 5 respondentů neodpovídalo.

Skupina Bc. – 13 respondentů bylo s informacemi spokojeno, 10 spíše spokojeno a 4 respondenti byli částečně spokojeni.

Skupina Mgr. – 10 respondentů bylo s informacemi spíše spokojeno, 8 respondentů bylo spokojeno a 4 respondenti byli částečně spokojeni.

Komentář: 68 % respondentů bylo s informacemi o zásadách komunikace s lidmi se zdravotním postižením, které získali v průběhu studia zcela či spíše spokojeno. 26 % respondentů bylo s těmito informacemi částečně spokojeno. Pouze 1 % respondentů spíše nebylo spokojeno. Z tohoto výsledku lze usuzovat, že studenti vnímají předkládané informace v průběhu studia jako kvalitní.

5 respondentů (ze skupiny VOŠZ), kteří nevyplnili žádnou možnost, zřejmě nestudovalo SZŠ a na VOŠZ patřili do početné skupiny, která nebyla vůbec seznámena

s těmito specifiky komunikace, proto nemají žádné informace z oblasti komunikace s lidmi se zdravotním postižením, které by mohli hodnotit.

Pozn.: Počet respondentů, kteří v otázkách č. 7, 8 a 9 odpověděli kladně, početně nesouhlasí s celkovým počtem respondentů, neboť někteří respondenti se vyjadřovali i k předchozím typům studia, než které právě studují. Tedy, k otázce č. 7 se vyjadřovali respondenti, kteří studují nebo v minulosti studovali střední zdravotnickou školu, k otázce č. 8 respondenti, kteří studují či v minulosti studovali vyšší odbornou zdravotní školu a k otázce č. 9 respondenti, kteří studují vysokou školu zdravotnickou. V otázce č. 10 již celkový počet souhlasí, neboť se vyjadřoval každý respondent k celkové spokojenosti s těmito informacemi. Posuzoval tedy tak globálně jeho připravenost na praxi v dané problematice.

Otázka č. 11: Pokud ne, či spíše ne, v čem byly podle Vás nedostačující?

Interpretace: 1 respondent uvedl, že spíše nebyl spokojen s informacemi z oblasti specifík komunikace s lidmi se zdravotním postižením.

Komentář: Do této skupiny spadá pouze jeden respondent. Uvedl, že informace nebyly dostačující celkově. Takto nízký počet respondentů opět poukazuje na to, že studenti vnímají předkládané informace v průběhu studia jako dostačující.

Komparace celku otázek:

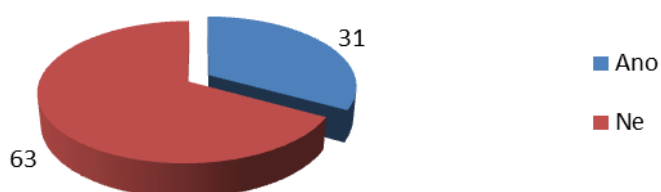
Pouze jeden respondent byl seznámen se zásadami komunikace na všech třech stupních vzdělávání. Pouze respondenti studující vysokou školu zdravotnickou jsou skupinou, ve které byli všichni respondenti seznámeni se specifiky komunikace naší cílové skupiny pacientů. Nejvyšší podíl respondentů, kteří nebyli vůbec seznámeni s touto oblastí specifík v komunikaci, patří respondenti, kteří studují, či v minulosti studovali vyšší zdravotnickou školu. Jedná se o 59 % respondentů. Tento výsledek by měl být námětem pro zamyšlení nad úpravou obsahu rámcového vzdělávacího programu. Jen díky praxi a dalšímu sebevzdělávání respondentů však o zásadách komunikace s pacienty se zdravotním postižením neslyšel pouze 1 respondent.

Následující otázky se zabývají dobrovolným samostudiem informací o zásadách komunikace pacienty se zdravotním postižením.

Otázka č. 12: Hledala jste někdy sama informace o zásadách komunikace s lidmi se zdravotním postižením.

Tabulka č. 16: Vyhledávání informací o zásadách komunikace s lidmi se zdravotním postižením z vlastní iniciativy.

Ano	31
Ne	63



Interpretace: Skupina SZŠ – 15 respondentů nevyhledávalo tyto informace, 6 respondentů vyhledávalo.

Skupina VOŠZ – 17 respondentů nevyhledávalo tyto informace, 7 respondentů vyhledávalo.

Skupina Bc. – 18 respondentů nevyhledávalo tyto informace, 9 respondentů vyhledávalo.

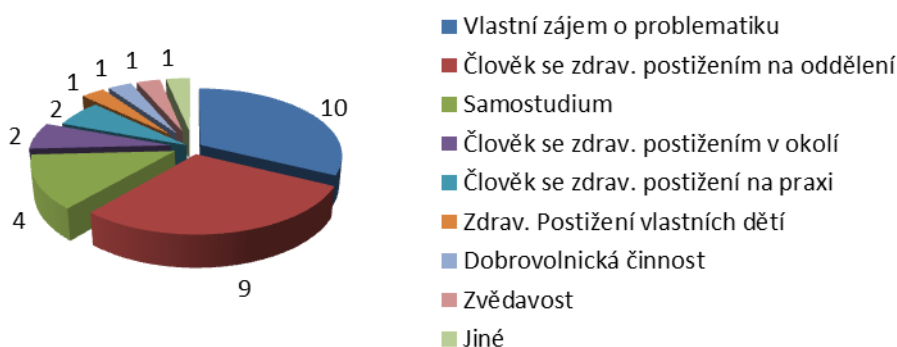
Skupina Mgr. – 13 respondentů nevyhledávalo tyto informace, 9 respondentů vyhledávalo.

Komentář: Dvě třetiny respondentů nikdy z vlastní potřeby či zájmu nevyhledávali informace týkající se zásad komunikace s lidmi se zdravotním postižením. Tento výsledek je z pohledu četnosti setkávání studentů s pacienty se zdravotním postižením zklamáním.

Otázka č. 13: Pokud ano, z jakého důvodu jste je vyhledávala?

Tabulka č. 17: Důvody pro vyhledávání informací z oblasti specifík komunikace s lidmi se zdravotním postižením.

Vlastní zájem o problematiku	10
Člověk se zdrav. postižením na oddělení	9
Samostudium	4
Člověk se zdrav. postižením v okolí	2
Člověk se zdrav. postižení na praxi	2
Zdrav. Postižení vlastních dětí	1
Dobrovolnická činnost	1
Zvědavost	1
Jiné	1



Interpretace: Skupina SZŠ – 2 respondenti vyhledávali informace z důvodu setkání s člověkem se zdravotním postižením na praxi, 2 respondenti z důvodu vlastního zájmu o tuto problematiku, 1 respondent z jiných důvodů, konkrétně se jednalo o účastni na Neviditelné výstavě a 1 respondent ze zvědavosti.

Skupina VOŠZ – 6 respondentů vyhledávalo informace z důvodu vlastního zájmu o tuto problematiku, 1 respondent výskytu dané problematiky v dobrovolnické činnosti, kterou vykonával.

Skupina Bc. – 4 respondenti vyhledávali informace z důvodu setkání s člověkem se zdravotním postižením na svém pracovišti, 4 respondenti z důvodu samostudia a 1 respondent má dítě se zdravotním postižením.

Skupina Mgr. – 5 respondentů vyhledávalo informace o specifických komunikace s lidmi se zdravotním postižením z důvodu setkání s osobami se

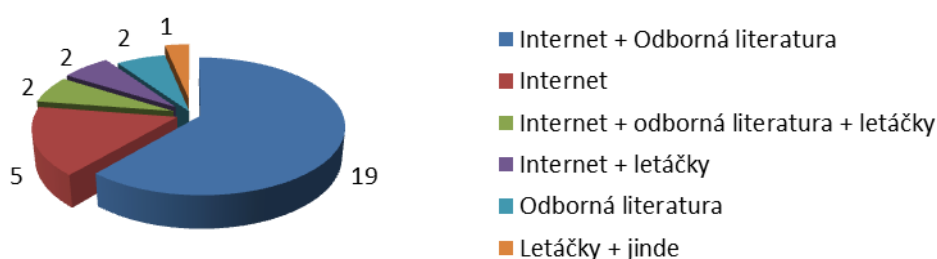
zdravotním postižením na pracovišti, 2 respondenti z důvodu výskytu osoby s postižením ve svém okolí a 2 respondenti z důvodu vlastního zájmu.

Komentář: Nejčastěji respondenti samostatně vyhledávali informace z oblasti specifik komunikace s pacienty se zdravotním postižením z důvodu vlastního zájmu o danou problematiku. Ve skupinách vysokoškolských studentů byla nejčastějším důvodem vyhledávání předmětných informací setkání s pacientem se zdravotním postižením. Tento fakt je jistě ovlivněn významně delší praxí ve zdravotnictví respondentů skupin Bc. a Mgr.

Otázka č. 14: Pokud ano, kde jste tyto informace hledala?

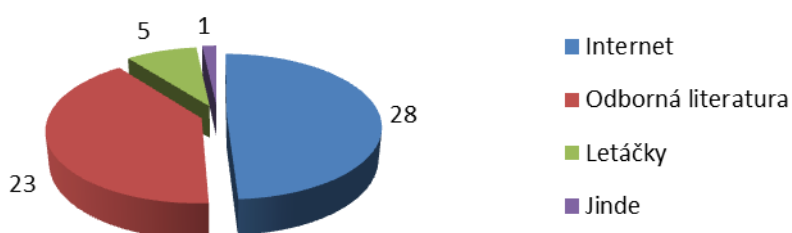
Tabulka č. 18 A: Součinnost zdrojů při samostatném vyhledávání informací o zásadách komunikace s lidmi se zdravotním postižením.

Internet + Odborná literatura	19
Internet	5
Internet + odborná literatura + letáčky	2
Internet + letáčky	2
Odborná literatura	2
Letáčky + jinde	1



Tabulka č. 18 B: Početní zastoupení jednotlivých zdrojů informací

Internet	28
Odborná literatura	23
Letáčky	5
Jinde	1



Interpretace: Skupina SZŠ – 3 respondenti vyhledávali informace na internetu a v odborné literatuře, 1 respondent na internetu, 1 respondent na internetu, odborné literatuře a v letáčcích a 1 respondent vyhledávat informace na internetu na v letáčcích.

Skupina VOŠZ – 3 respondenti vyhledávali informace a internetu a v odborné literatuře, 2 respondenti na internetu, 1 respondent na internetu a v letáčcích a 1 respondent v letáčcích a jinde.

Skupina Bc. - 7 respondentů vyhledávalo informace na internetu a v odborné literatuře, 2 respondenti v odborné literatuře.

Skupina Mgr. – 6 respondentů vyhledávalo informace na internetu a v odborné literatuře, 2 respondenti na internetu a 1 respondent na internetu, v odborné literatuře v letáčcích.

Komentář: Nejvíce respondentů vyhledávalo informace o zásadách komunikace s lidmi se zdravotním postižením na internetu a v odborné literatuře. Internet jako snadný a lehce přístupný zdroj informací použilo až už samostatně nebo v součinnosti s dalšími prameny 90 % respondentů. Naopak nejméně frekventovaným zdrojem byly letáčky spolků a společností, které se zabývají problematikou specifik komunikace s lidmi se zdravotním postižením. Určujícím atributem pro výběr informačního zdroje je tedy dostupnost.

Komparace celku otázek

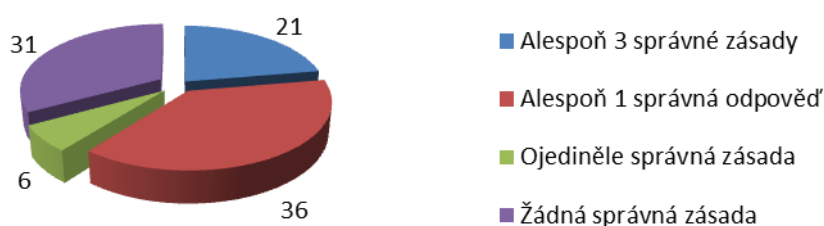
Samostatně si předmětný druh informací vyhledávalo pouze 33 % respondentů. I toto je dalším aspektem přispívající k důležitosti zvýšenému zaměření na tuto problematiku v průběhu studia. Nejvíce respondentů tyto informace vyhledává z důvodu vlastního zájmu a výskytu pacientů s některým se zdravotních postižení na oddělení, kde respondenti pracují, či vykonávají praxi. Nejčastějším zdrojem informací je internet bezpochyby pro jeho snadnou dostupnost. Nemusí však vždy být zdrojem relevantních informací, i proto je příznivé, že téměř stejně často jako internet používají respondenti k vyhledání informací odbornou literaturu.

Následující otázka samostatně prověřuje konkrétní znalosti specifik komunikace s pacienty se zdravotním postižením.

Otázka č. 15: Na jaké zásady komunikace s pacienty se zdravotním postižením byste si vzpomněla?

Tabulka č. 19: Zásady komunikace s pacienty se zdravotním postižením.

Alespoň tři správné zásady ke každému typu zdravotního postižení	21
Alespoň jedna správná odpověď ke každému typu zdravotního postižení	36
Ojediněle správná zásada komunikace s pacienty se zdravotním postižením	6
Žádná správná zásada komunikace s pacienty se zdravotním postižením	31



Interpretace: Skupina SZŠ – 12 respondentů nevedlo žádnou zásadu pro komunikaci s pacienty se zdravotním postižením, 5 respondentů uvedlo alespoň jednu správnou zásadu ke každému typu zdravotního postižení a 4 respondenti uvedli alespoň tři správné zásady ke každému typu zdravotního postižení.

VOŠZ – 10 respondentů uvedlo alespoň jednu správnou zásadu ke každému typu zdravotního postižení, 9 respondentů nevedlo žádnou zásadu, 4 respondenti uvedli ojediněle správnou zásadu a 1 respondent uvedl alespoň tři správné zásady pro komunikaci s pacienty se zdravotním postižením ke každému typu zdravotního postižení.

Skupina Bc. – 12 respondentů uvedlo alespoň jednu správnou zásadu ke každému typu postižení pro komunikaci s pacienty se zdravotním postižením, 9

respondentů uvedlo nejméně tři správné zásady ke každému typu zdravotního postižení, 4 respondenti neuvedli žádnou zásadu a 2 respondenti uvedli ojediněle správnou zásadu pro komunikaci s pacienty se zdravotním postižením.

Skupina Mgr. – 9 respondentů uvedlo alespoň jedno správnou odpověď ke každému typu zdravotního postižení, 7 respondentů uvedlo nejméně tři správné odpovědi ke každému typu zdravotního postižení a 6 respondentů neuvedlo žádnou zásadu.

Komentář: 33 % všech respondentů nebylo schopno uvést ani jedinou správnou zásadu pro komunikaci s pacienty se zdravotním postižením. Jedná se v majoritě o respondenty, kteří nebyli nikdy v průběhu studia seznámeni s danými specifiky v komunikaci. Při přihlédnutí k dalšímu aspektu, že třetina daných respondentů si ani sama nikdy neměla potřebu dané informace vyhledat, vychází nám další důkaz toho, že je zcela nezbytné, aby budoucí zdravotní sestry vyšších a středních zdravotnických škol byly v průběhu své studijní přípravy edukovány o specifikách komunikace s pacienty se zdravotním postižením. Dále také, aby tato edukace byla zefektivněna, neboť ačkoli naprostá majorita studentů byla s informací, které získají v průběhu studia spokojeno, vyhodnocení této otázky ukazuje velké nedostatky.

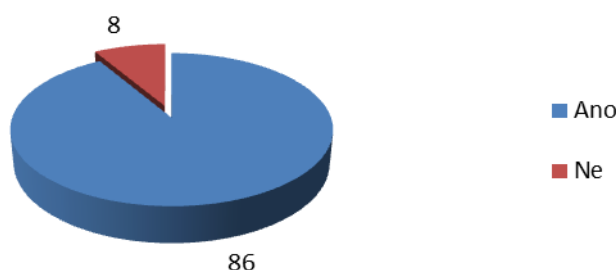
Pouze studentky vysokých škol zdravotnických mají velmi uspokojivý přehled o dané problematice. Neboť 76 % z nich vyplnily jednu a více správných zásad pro komunikaci s pacienty se zdravotním postižením ke každému typu zdravotního postižení.

Následující otázky se zaměřují na frekvenci setkávání respondentů s pacienty se zdravotním postižením a na emocionální reakce respondentů, které v nich různé druhy postižení vyvolávají.

Otázka č. 16: Setkáváte se v průběhu své praxe s pacienty se zdravotním postižením?

Tabulka č. 20: Setkávání respondentů s pacienty se zdravotním postižením při praxi.

Ano	86
Ne	8



Interpretace: Skupina SZŠ – 20 respondentů se v průběhu své praxe již setkala s pacientem se zdravotním postižením, 1 respondent nikoli.

Skupina VOŠZ – 18 respondentů se již setkala v průběhu praxe s pacientem se zdravotním postižením, 6 respondentů se neseťkalo.

Skupina Bc. – 26 respondentů se setkala s pacientem se zdravotním postižením, 1 respondent nikoli.

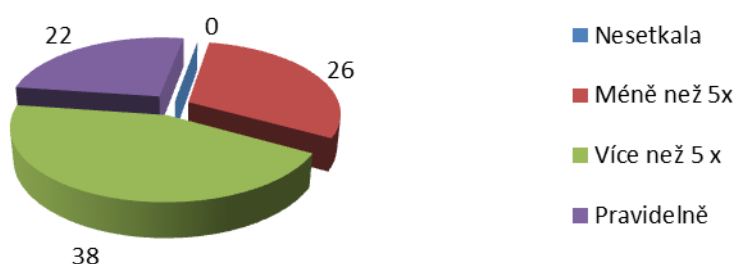
Skupina Mgr. – 22 respondentů se v průběhu své praxe již setkala s pacientem se zdravotním postižením.

Komentář: Pouze 8 % dotázaných respondentů se v průběhu své praxe neseťkalo s pacientem se zdravotním postižením. Z odpovědí na tuto otázku vyplývá, že je nutné, aby zdravotníci byli edukováni o specifikách komunikace s pacienty se zdravotním postižením, neboť naprostá majorita z nich se s pacienty se specifiky v komunikaci v praxi setkává.

Otázka č. 17: Pokud ano, jak často se s nimi setkáváte?

Tabulka č. 21: Počet setkání respondentů s pacienty se zdravotním postižením.

Nesetkala	0
Vzpomínám si, že ojedinele ano (méně než 5x)	26
Více než 5 x	38
Pravidelně	22



Interpretace: Skupina SZŠ – 14 respondentů se setkává s pacienty se zdravotním postižením ojedinele, 6 respondentů se s nimi setkali více než pětkrát.

Skupina VOŠZ – 9 respondentů se s pacienty se zdravotním postižením setkali ojedinele, 8 respondentů více než pětkrát a 1 respondent pravidelně.

Skupina Bc. – 15 respondentů se setkali s pacienty se zdravotním postižením více než pětkrát, 9 respondentů pravidelně a 2 respondenti ojedinele.

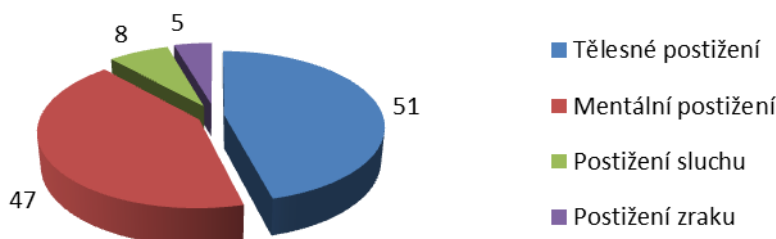
Skupina Mgr. – 12 respondentů se s pacienty se zdravotním postižením setkává pravidelně, 9 respondentů více než pětkrát a 1 respondent ojedinele.

Komentář: Respondenti studující vysokou školu zdravotnickou se s pacienty se zdravotním postižením pravidelně setkávají ve 44 % a v 50 % více než pětkrát. Tedy majorita těchto respondentů se s těmito pacienty setkává poměrně často. Nejen délka studia, ale i délka praxe ve zdravotnictví tedy zvyšuje počet setkání zdravotníků s pacienty se zdravotním postižením. Toto je další otázka potvrzující nutnost vzdělávání studentů všech typů zdravotnických škol v problematice specifík s cílovou skupinou.

Otázka č. 18: S jakým typem zdravotního postižení nejčastěji?

Tabulka č. 22: Nejčastější typ zdravotního postižení.

Tělesné postižení	51
Mentální postižení	47
Postižení sluchu	8
Postižení zraku	5



Interpretace: Skupina SZŠ – 7 respondentů uvedlo tělesné a mentální postižení, 5 respondentů uvedlo tělesné postižení, 3 respondenti neuvěřli nic, 2 respondenti uvedli mentální postižení, 1 respondent uvedl mentální postižení a postižení zraku, 1 respondent tělesné postižení a postižení zraku, 1 respondent postižení zraku a postižení sluchu.

Skupina VOŠZ – 7 respondentů uvedlo mentální a tělesné postižení, 4 respondenti uvedli tělesné postižení, 4 respondenti mentální postižení, 2 respondenti uvedli tělesné postižení a postižení sluchu a 1 respondent uvedl tělesné postižení a postižení zraku.

Skupina Bc. – 9 respondentů uvedlo tělesné postižení, 9 respondentů uvedlo tělesné a mentální postižení, 3 respondenti mentální postižení, 2 respondenti uvedli postižení sluchu, 2 respondenti uvedli postižení sluchu a postižení zraku, 1 respondent uvedl tělesné postižení a postižení sluchu.

Skupina Mgr. – 10 respondentů uvedlo mentální postižení, 8 respondentů otázku nevyplnilo, 4 respondenti uvedli mentální a tělesné postižení.

Komentář: Nejčastěji se respondenti v průběhu své praxe setkávají s pacienty s tělesným postižením, což odpovídá i procentuelnímu zastoupení jednotlivých zdravotních postižení v ČR, ke kterému došel Český statistický úřad, při šetření týkající se osob se zdravotním postižením v roce 2014. Neméně často se však respondenti

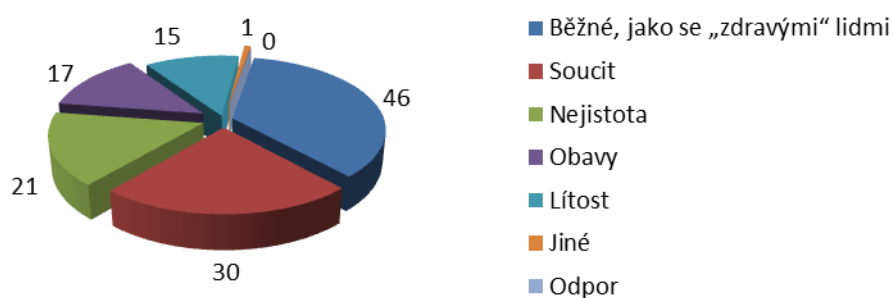
setkávají s pacienty s mentálním postižením. Tento výsledek již s šetřením ČSÚ nekoresponduje.

Pozn. Výsledek početně nesouhlasí s celkovým počtem respondentů, neboť někteří respondenti uvedli dva druhy postižení. Každá položka takovéto odpovědi byla brána jako jednotlivá odpověď.

Otázka č. 19. Jaké máte pocity při setkání s pacienty se zdravotním postižením?

Tabulka č. 23: Pocity respondentů při setkání s pacienty se zdravotním postižením.

Běžné, jako se „zdravými“ lidmi	46
Soucit	30
Nejistota	21
Obavy	17
Lítost	15
Jiné	1
Odpor	0



Interpretace: Skupina SZŠ – 5 respondentů označilo možnosti nejistota a lítost, 3 respondenti možnost běžně, 3 respondenti označili možnosti běžně + obavy, 1 respondent cítí obavy, 1 respondent lítost a soucit, 1 respondent lítost a nejistotu, 1 respondent cítí lítost, 1 respondent cítí soucit, 1 respondent cítí soucit a obavy, 1 respondent cítí obavy, lítost a soucit, 1 respondent označil možnost běžně soucit a 1 respondent označil možnost jiné, kdy popsals svůj pocit „neprožívám to“.

Skupina VOŠZ – 6 respondentů cítí soucit, 2 respondenti nejistotu, 2 respondenti se cítí běžně, 2 respondenti označili možnosti soucit a lítost, 1 respondent označil možnosti soucit a obavy, 1 respondent označil možnosti běžně a nejistota, 1 respondent cítí obavy, 1 respondent soucit a nejistotu, 1 respondent označil možnosti soucit a běžně a 1 respondent označil možnosti lítost a běžně.

Skupina Bc. – 16 respondentů se cítí běžně, 3 respondenti označili možnosti běžně a soucit, 3 respondenti označili možnosti obavy a nejistota, 2 respondenti cítí soucit a 2 respondenti označili možnosti lítost, soucit a nejistota.

Skupina Mgr. – 8 respondentů se cítí běžně, 6 respondentů označilo možnosti běžně a soucit, 5 respondentů cítí obavy a nejistotu, 1 respondent lítost, 1

respondent označil možnost běžně a obavy a 1 respondent označil možnosti lítost, soucit, nejistota.

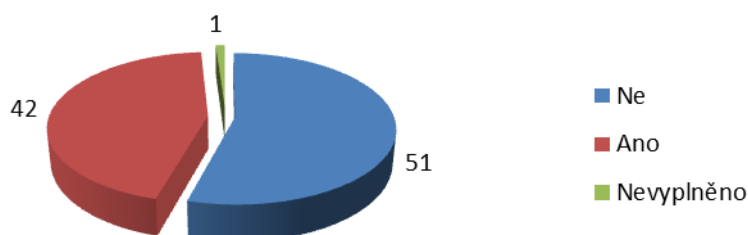
Komentář: Nejčastěji respondenti odpovídali, že se při setkání s pacientem se zdravotním postižením cítí běžně, jako se „zdravými“ lidmi. Tato možnost se vyskytovala u 35 % odpovědí. Jsem přesvědčená, že pokud by respondenti znali zásady komunikace s pacienty se zdravotním postižením, toto procento by ještě mnohem více vzrostlo, neboť komunikace má schopnost bořit všechny bariéry.

Pozn. Výsledek početně nesouhlasí s celkovým počtem respondentů, neboť někteří respondenti uvedli více druhů pocitů v jedné odpovědi. Každá položka takovéto odpovědi byla brána jako jednotlivá odpověď.

Otázka č. 20: Liší se vaše pocity s typem zdravotního postižení?

Tabulka č. 24: Odlišnost pocitů u jednotlivých typů zdravotních postižení.

Ne	51
Ano	42
Nevyplněno	1



Interpretace: Skupina SZŠ – 13 respondentům se nerůzní pocity s různým typem zdravotního postižení, 7 respondentů se pocity liší a 1 respondent nevyplnil žádnou z možností.

Skupina VOŠZ – 13 respondentům se liší pocity s různými typy zdravotního postižení, 11 respondentům se pocity neliší.

Skupina Bc. – 14 respondentů označilo možnost ne, 13 respondentů označilo možnost ano.

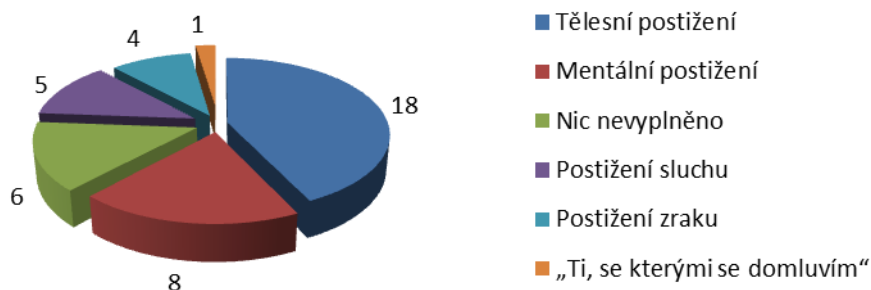
Skupina Mgr. – 13 respondentů označilo možnost ne, 9 respondentů označilo možnost ano.

Komentář: Jednotlivé poměry odpovědí v jednotlivých skupinách se nijak markantně nelišily. 54 % respondentů odpovědělo, že se jejich pocity neliší v závislosti na různých typech zdravotního postižení. Odpovědi respondentů korespondují s předchozí otázkou, kde nejčastější odpovědí na otázku pocitů při setkání s pacienta se zdravotním postižením bylo: běžně, jako s intaktními pacienty.

Otázka č. 21: Pokud ano, které zdravotní postižení je pro Vás nejnáze akceptovatelné?

Tabulka č. 25: Zdravotní postižení s nejnázší akceptovatelností.

Tělesné postižení	18
Mentální postižení	8
Nic nevyplněno	6
Postižení sluchu	5
Postižení zraku	4
„Ti, se kterými se domluvíím“	1



Interpretace: Skupina SZŠ – Nejnázze akceptovatelné je pro 5 respondentů tělesné postižení, pro 1 respondenta postižení zraku a 1 respondent nic neodpověděl.

Skupina VOŠZ – Nejnázze akceptovatelným postižením je pro 5 respondentů tělesné postižení, pro 3 respondenty mentální postižení, pro 3 respondenty postižení sluchu, pro 1 respondenta postižení zraku a pro 1 respondenta takové postižení, které není překážkou pro běžnou komunikaci.

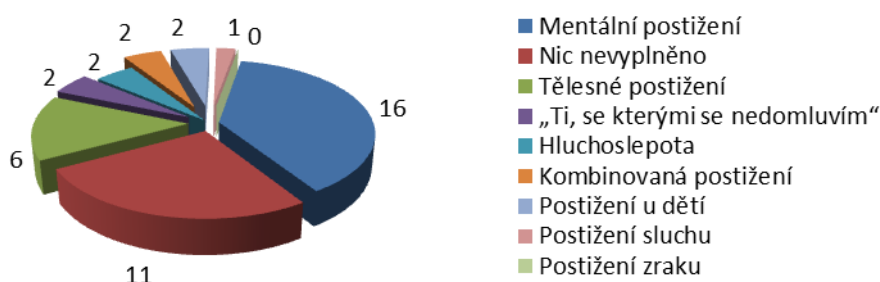
Skupina Bc. – 6 respondentů nejnázze akceptuje tělesné postižení, 5 respondentů mentální postižení a 2 respondenti postižení zraku.

Skupina Mgr. – 5 respondentů nevyplnilo žádný typ postižení, 2 respondenti tělesné postižení a 2 respondenti postižení sluchu.

Které zdravotní postižení je pro Vás nejhůře akceptovatelné?

Tabulka č. 26: Zdravotní postižení s nejhůřší akceptovatelností.

Mentální postižení	16
Nic nevyplněno	11
Tělesné postižení	6
„Ti, se kterými se nedomluví“	2
Hluchoslepota	2
Kombinovaná postižení	2
Postižení u dětí	2
Postižení sluchu	1
Postižení zraku	0



Interpretace: Skupina SZŠ – nejhůře akceptovatelné postižení je pro 5 respondentů mentální postižení, a 2 respondenti nic nevyplnili.

Skupina VOŠZ – 4 respondenti nic nevyplnili, 4 respondenti uvedli mentální postižení, 2 respondenti uvedli kombinované postižení, 1 respondent postižení sluchu, 1 respondent tělesné postižení a 1 respondent uvedl postižení, které mu znemožňuje běžnou komunikaci.

Skupina Bc. – nejhůře akceptovatelným zdravotním postižením je pro 5 respondentů mentální postižení, pro 3 respondenty tělesné postižení, pro 2 respondenty hluchoslepota, pro 2 respondenty postižení u dětí a pro 1 respondenta zdravotní postižení, které mu znemožňuje běžný způsob komunikace.

Skupina Mgr. – 5 respondentů nevyplnilo nic, pro 2 respondenty je nejhůře akceptovatelné mentální postižení a pro 2 respondenty tělesné postižení.

Komentář: Nejsnáze akceptovatelným postižením pro všechny skupiny respondentů bylo tělesné postižení. Nejhůře akceptovatelným postižením, také pro všechny skupiny respondentů shodně, je mentální postižení. Domnívám se, že právě proto, že komunikace i nezasvěceného zdravotníka je nejnázší právě s pacienty s tělesným postižením.

Komparace celku otázek

Naprostá většina respondentů se již v průběhu své studijní praxe setkala s pacienty se zdravotním postižením. 64 % respondentů se s pacienty se zdravotním postižením setkala již minimálně pětkrát, nebo se s nimi setkávají pravidelně. Nejpočetnější skupinou pacientů jsou pacienti s tělesným postižením.

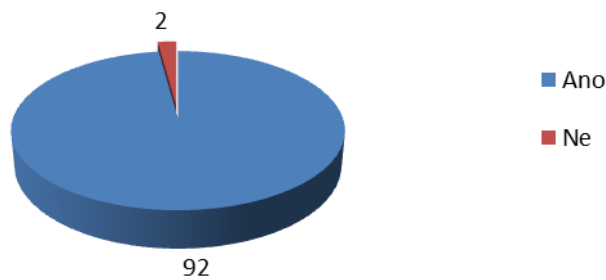
Největší počet respondentů uvedl, že se při setkání s pacientem se zdravotním postižením cítí běžně, jako při setkání s pacientem s intaktní populace. Dalšími nejčastějšími pocity jsou soucit a nejistota. Právě pocity nejistoty by znalosti o specifických komunikace mohly eliminovat. Proto by předmětné znalosti přinášely větší komfort nejen pacientům, ale také zdravotníkům samotným. Nadpočetná většina respondentů uvedla, že jejich pocity se s různými typy zdravotního postižení neliší. Pro majoritu respondentů je nejsnáze akceptovatelné tělesné postižení. Jako nejhůře akceptovatelné zdravotní postižení bylo z odpovědí vyhodnoceno mentální postižení.

Následující otázky jsou zaměřeny na oblast práv pacientů.

Otázka č. 22: Znáte práva pacientů?

Tabulka č. 27: Znalost práv pacientů.

Ano	92
Ne	2



Interpretace: Skupina SZŠ – 21 respondentů odpovědělo, že zná práva pacientů.

Skupina VOŠZ – 22 respondentů odpovědělo, že zná práva pacientů, 2 respondenti odpověděli, že je neznají.

Skupina Bc. – 27 respondentů odpovědělo, že zná práva pacientů.

Skupina Mgr. – 22 respondentů odpovědělo, že zná práva pacientů.

Komentář: Před vstupem na studijní praxi musí každý student znát práva pacientů.

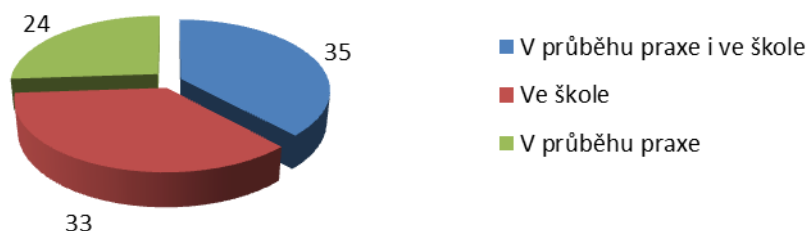
Toto tvrzení potvrzuje i tato otázka, neboť 98 % respondentů zná práva pacientů.

..

Otázka č. 23: Pokud ano, kde jste s nimi byla seznámena?

Tabulka č. 28: Místo seznámení s právy pacientů.

V průběhu praxe i ve škole	35
Ve škole	33
V průběhu praxe	24



Interpretace: Skupina SZŠ – 13 respondentů bylo seznámeno s právy pacientů ve škole a 8 respondentů ve škole i na praxi.

Skupina VOŠZ – 10 respondentů bylo s právy pacientů seznámeno ve škole, 9 respondentů ve škole i na praxi a 3 respondenti pouze na praxi.

Skupina Bc. – 11 respondentů bylo s právy pacientů seznámeno v průběhu praxe, 8 respondentů ve škole a 8 respondentů na praxi i ve škole.

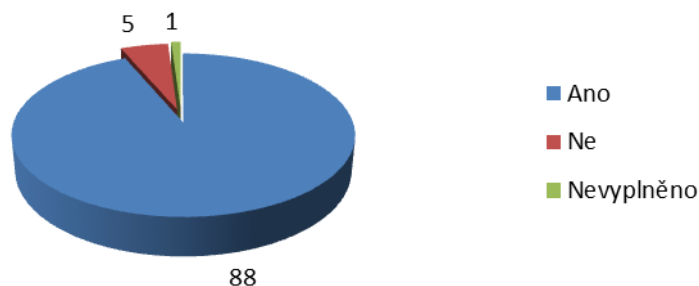
Skupina Mgr. – 10 respondentů bylo s právy pacientů seznámeno v průběhu praxe, 10 respondentů na praxi i ve škole a 2 respondenti ve škole.

Komentář: U skupin SZŠ a VOŠZ převažovala edukace o právech pacientů primárně ve škole, kdežto u skupin Bc. a Mgr. převažovalo poučení v průběhu praxe či praxe v součinnosti se školním prostředím. Zde se bezesporu projevuje délka praxe vysokoškolských studentů, neboť se domnívám, že si nemusí již přesně pamatovat, zda byli na nižších stupních studia edukováni o této problematice. Ovšem v praxi musí každého pacienta poučit při příjmu na oddělení o jeho právech.

Otázka č. 24: Mají pacienti s postižením stejná práva jako pacienti bez postižení?

Tabulka č. 29: Rozdílnost práv pacientů bez postižení a s postižením.

Ano	88
Ne	5
Nevyplněno	1



Interpretace: Skupina SZŠ – 19 respondentů odpovědělo, že pacienti se zdravotním postižením mají shodná práva jako pacienti bez postižení, 1 respondent odpověděl, že nikoli a 1 respondent tuto otázku nevyplnil.

Skupina VOŠZ – 20 respondentů odpovědělo, že pacienti se zdravotním postižením mají shodná práva jako pacienti bez postižení a 4 respondenti odpověděli, že nemají.

Skupina Bc. – 27 respondentů odpovědělo, že pacienti se zdravotním postižením mají shodná práva jako pacienti bez postižení.

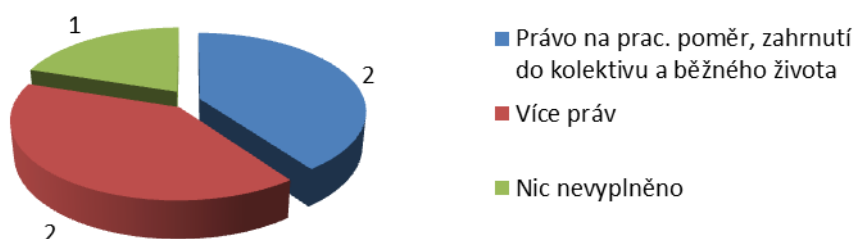
Skupina Mgr. - 22 respondentů odpovědělo, že pacienti se zdravotním postižením mají shodná práva jako pacienti bez postižení.

Komentář: Respondenti si neuvědomují, že práva pacientů se zdravotním postižením reflektují jejich specifické potřeby a proto 94 % respondentů odpovědělo, že pacienti bez postižení i pacienti se zdravotním postižením mají shodná práva.

Otázka č. 25: Pokud ne, v čem se podle Vás obsahově liší?

Tabulka č. 30: Obsahová rozdílnost práv pacientů se zdravotním postižením a pacientů bez postižení.

Popis rozdílu	2
Více práv	2
Nic nevyplněno	1



Interpretace: Skupina SZŠ – 1 respondent nevyplnil žádný rozdíl.

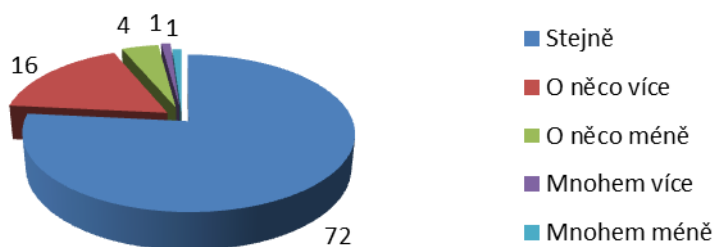
Skupina VOŠZ – 2 respondenti uvedli právo na pracovní poměr, a zařazení do „normálního života a kolektivu“. 2 respondenti uvedli, že pacienti se zdravotním postižením mají více práv, ovšem blíže je nespecifikovali.

Komentář: První polovina respondentů, kteří odpovídali na tuto otázku, zaměnili práva pacientů za práva osob se zdravotním postižením a druhá polovina se pouze domnívá, že pacienti se zdravotním postižením mají více práv než pacienti z intaktní populace.

Otázka č. 26: Mají pacienti se zdravotním postižením více či méně práv než pacienti bez postižení?

Tabulka č. 31: Kvantitativní rozdílnost práv pacientů se zdravotním postižením a pacientů bez postižení.

Stejně	72
O něco více	16
O něco méně	4
Mnohem více	1
Mnohem méně	1



Interpretace: Skupina SZŠ – 14 respondentů uvedlo, že pacienti se zdravotním postižením mají stejný počet práv jako pacienti bez postižení, 4 respondenti uvedli, že mají o něco více práv a 3 respondenti uvedli, že mají o něco méně práv.

Skupina VOŠZ- - 16 respondentů uvedlo, že pacienti se zdravotním postižením mají stejný počet práv jako pacienti bez postižení, 5 respondentů uvedlo, že mají o něco více práv, 1 respondent uvedl, že mají mnohem více práv, 1 respondent uvedl, že pacienti se zdravotním postižením mají o něco více práv a 1 respondent uvedl, že mají mnohem méně práv než pacienti bez postižení.

Skupina Bc. – 23 respondentů uvedlo, že pacienti se zdravotním postižením mají stejný počet práv jako pacienti bez postižení, 4 respondenti se domnívají, že mají o něco více práv.

Skupina Mgr. – 19 respondentů uvedlo, že pacienti se zdravotním postižením mají stejný počet práv jako pacienti bez postižení, 3 respondenti se domnívají, že mají o něco více práv.

Komentář: 23 % procent respondentů uvedlo, že pacienti se zdravotním postižením nemají stejný počet práv jako pacienti bez postižení. Ve vyšším procentu se respondenti domnívají, že práva pacientů se liší kvantitativně, avšak ne kvalitativně, neboť u otázky č. 24 uvedlo pouze 5 % respondentů, že se práva pacientů se zdravotním postižením liší obsahově od práv pacientů bez postižení. I tyto otázky dokladují neznalost respondentů těchto práv.

Komparace celku otázek

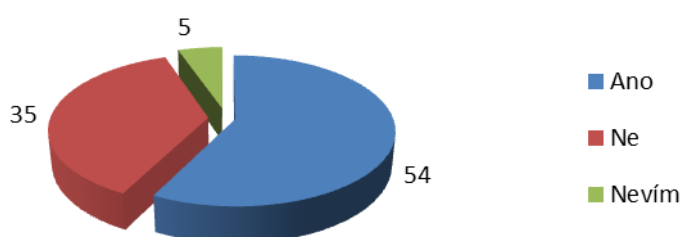
98 % respondentů zná práva pacientů, 26 % z nich získalo tyto znalosti v průběhu praxe, 36 % v průběhu studia a 38 % v průběhu praxe i vzdělávání. Považují za velmi vhodné, aby studenti byli s právy pacientů seznamováni v průběhu praxe i studia. Neboť znalost práv pacientů požadují za jednu z bazálních znalostí, které je nutné dodržovat nejen z etických, ale také z právních důvodů. Rozdílnosti práv pacientů se zdravotním postižením a práv intaktních pacientů si není vědoma 94 % respondentů. Při kontrolní otázce č. 26, však 23 % respondentů uvedlo, že přeci jen některé rozdíly vnímají. Ve většině se souhlasně vyjádřili k vyššímu počtu práv pacientů se zdravotním postižením. Netuší však, že se daná práva týkají spíše užívání kompenzačních pomůcek, způsobu podávání informací a rozhodování o způsobu léčení, než běžného života. Takové příklady byly uváděny na dotaz o obsahové rozdílnosti práv.

Následující otázky jsou zaměřeny na oblast vnitřních předpisů nemocnic, v níž respondenti prováděli svou studijní praxi, týkajících se specifik komunikace s pacienty se zdravotním postižením.

Otázka č. 27: Myslíte si, že nemocnice, v níž jste vykonávala praxi, má ošetrovatelský standard pro komunikaci s pacienty se zdravotním postižením?

Tabulka č. 32: Počet nemocnic se standardem pro komunikaci s pacienty se zdravotním postižením.

Ano	54
Ne	35
Nevím	5



Interpretace: Skupina SZŠ - 20 respondentů uvedlo, že nemocnice, v níž vykonávali praxi, má ošetrovatelský standard pro komunikaci s pacienty se zdravotním postižením, 1 respondent uvedl, že nemá.

Skupina VOŠZ - 18 respondentů uvedlo, že nemocnice, v níž vykonávali praxi, má ošetrovatelský standard pro komunikaci s pacienty se zdravotním postižením, 6 respondentů uvedlo, že standard daná nemocnice nemá.

Skupina Bc. – 18 respondentů uvedlo, že nemocnice, v níž vykonávali praxi, nemá ošetrovatelský standard pro komunikaci s pacienty se zdravotním postižením, 8 respondentů uvedlo, že nemocnice standard má a 1 respondent uvedl, že neví.

Skupina Mgr. - 10 respondentů uvedlo, že nemocnice, v níž vykonávali praxi, nemá ošetrovatelský standard pro komunikaci s pacienty se zdravotním

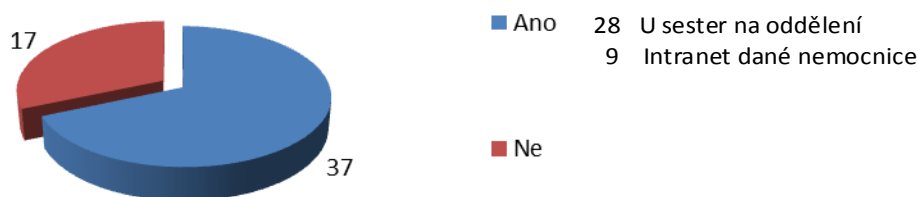
postižením, 8 respondentů uvedlo, že nemocnice standard má a 4 respondenti uvedli, že neví.

Komentář: 57% všech dotázaných respondentů uvedlo, že nemocnice má ošetrovatelský standard pro komunikaci s pacienty se zdravotním postižením. Ošetrovatelský standard je závazným dokumentem, který je povinna každá zdravotní sestra dodržovat. Je tedy zarážející, že výsledky výzkumného šetření ukazují na neznalost respondentů těchto předpisů.

Otázka č. 28: Pokud ano, víte, kdy byste jej mohla nalézt?

Tabulka č. 33: Povědomost respondentů o umístění ošetrovatelského standardu pro komunikaci s pacienty se zdravotním postižením.

Ano	37	U sester na oddělení	28
		Intranet dané nemocnice	9
Ne	17		



Interpretace: Skupina SZŠ – 16 respondentů uvedlo, že se daný ošetrovatelský standard nachází u zdravotních sester na daném oddělení. 4 respondenti neví, kde by jej mohli nalézt.

Skupina VOŠZ – 13 respondentů netuší kde hledat ošetrovatelský standard pro komunikaci s pacienty se zdravotním postižením. 5 respondentů uvedlo, že standard je u zdravotních sester na daném oddělení.

Skupina Bc. – 8 respondentů uvedlo, že vědí, kde by daný standard hledali, z nich 7 uvedlo intranet dané nemocnice a 1 respondent uvedl zdravotní sestry.

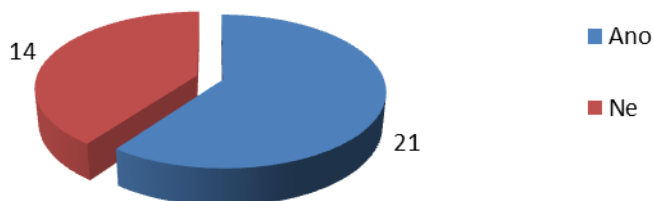
Skupina Mgr. – 8 respondentů uvedlo, že vědí, kde by hledali ošetrovatelský standard pro komunikaci s pacienty se zdravotním postižením, z nichž 6 uvedlo zdravotní sestry, a 3 uvedli intranet dané nemocnice.

Komentář: 68% respondentů ví a přesně uvedlo, kde je možné v nemocnici, v níž vykonávali praxi nalézt ošetrovatelský standard pro komunikaci s pacienty se zdravotním postižením. Bohužel znalost těchto předpisů je pouze velmi povrchní, neboť pokud by respondenti znali tyto standardy, měli by i vědomosti o specifických komunikace s pacienty se zdravotním postižením.

Otázka č. 29: V případě, že standard nemá, má některé informace či doporučení, jak komunikovat s pacienty se zdravotním postižením?

Tabulka č. 34: Doporučení pro komunikaci s pacienty se zdravotním postižením.

Ano	21
Ne	14



Interpretace: Skupina SZŠ – 1 respondent uvedl, že nemocnice, v níž vykonával praxi má informace či doporučení pro komunikaci s pacienty se zdravotním postižením.

Skupina VOŠZ – 6 respondentů odpovědělo, že nemocnice, v níž vykonával praxi, nemá informace či doporučení pro komunikaci s pacienty se zdravotním postižením.

Skupina Bc. – 13 respondentů uvedlo, že nemocnice, v níž vykonával praxi má informace či doporučení pro komunikaci s pacienty se zdravotním postižením, 5 respondentů uvedlo, že nemá.

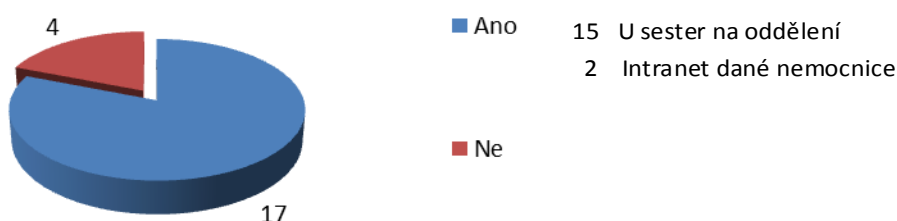
Skupina Mgr. – 7 respondentů uvedlo, že nemocnice, v níž vykonával praxi má informace či doporučení pro komunikaci s pacienty se zdravotním postižením, 3 respondenti uvedlo, že nemá.

Komentář: Pokud přihlídneme k otázce č. 27, pak pouze 15 % respondentů vykonávalo praxi v nemocnici, kde nemají ošetrovatelský standard, informace či doporučení pro komunikaci s pacienty se zdravotním postižením. To mne ovšem opět vede zpět k zamyšlení, z jakého důvodu zdravotní sestry nevyužívají dostupné informace pro vedení správné komunikace s pacienty se zdravotním postižením.

Otázka č. 30: Pokud ano, víte, kde byste je hledala?

Tabulka č. 35: Povědomost respondentů o umístění informací či doporučení pro komunikaci s pacienty se zdravotním postižením.

Ano	17	U sester na oddělení	15
		Intranet dané nemocnice	2
Ne	4		



Interpretace: Skupina SZŠ – 1 respondent uvedl, že neví, kde by předemtná doporučení mohl nalézt.

Skupina VOŠZ – žádný respondent neuvedl, že má nemocnice, v níž vykonával praxi informace či doporučení pro komunikaci s pacienty se zdravotním postižením.

Skupina Bc. – 13 respondentů uvedlo, že vědí, kde se tato doporučení nalézají, všichni shodně uvedli zdravotní sestry daného oddělení.

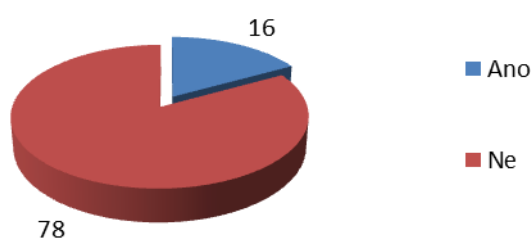
Skupina Mgr. – 4 respondenti uvedli, že vědí, kde se tato doporučení nalézají, 2 respondenti uvedli zdravotní sestry daného oddělení a 2 respondenti intranet dané nemocnice. 3 respondenti uvedli, že neví, kde jsou dané informace umístěny.

Komentář: 81 % respondentů, kteří vědí o doporučeních nemocnice, dokáže přesně určit, kde se nacházejí, v nemocnici v níž vykonávali praxi, informace nebo doporučení pro komunikaci s pacienty se zdravotním postižením. Doufám, že tato znalost alespoň někdy v budoucnu bude respondenty využita.

Otázka č. 31: Hledala jste je už někdy?

Tabulka č. 36: Vyhledávání respondentů ošetřovatelského standardu, informací či doporučení pro komunikaci s pacienty se zdravotním postižením v nemocnici, kde vykonávali praxi.

Ano	16
Ne	78



Interpretace: Skupina SZŠ – 19 respondentů informace tohoto charakteru nikdy nehledalo, 2 respondenti ano.

Skupina VOŠZ - 22 respondentů informace tohoto charakteru nikdy nehledalo, 2 respondenti ano.

Skupina Bc. - 19 respondentů informace tohoto charakteru nikdy nehledalo, 8 respondentů ano.

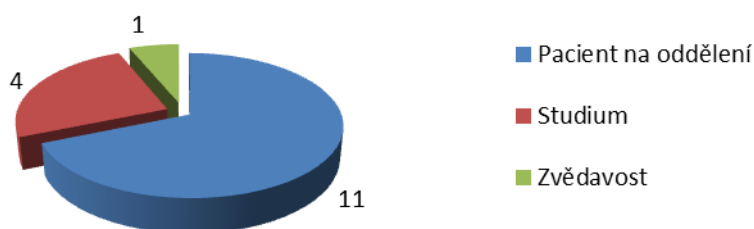
Skupina Mgr. - 18 respondentů informace tohoto charakteru nikdy nehledalo, 4 respondenti ano.

Komentář: 83 % respondentů nikdy nevyhledalo ošetřovatelský standard, informace či doporučení pro komunikaci s pacienty se zdravotním postižením v nemocnici, kde vykonávali praxi, ačkoli 92 % respondentů v otázce č. 16 uvedlo, že se setkávají při své praxi s pacienty se zdravotním postižením. 67 % respondentů tento druh informací nevyhledávalo ani mimo praxi. Pokud si tedy po nástupu do pracovního poměru nebudou pamatovat alespoň některé informace ze školního vyučování, přichází tyto zdravotní sestry zcela nepřipraveny na jiný způsob komunikace než s pacientem z intaktní populace. Možná zde je již prapůvod mnoha negativních zkušeností pacientů se zdravotním postižením se špatným způsobem komunikace a poté následně i se špatnou péčí.

Otázka č. 32: Z jakého důvodu jste je hledala?

Tabulka č. 37: Důvod vyhledání respondenty ošetrovatelského standardu., informací či doporučení pro komunikaci s pacienty se zdravotním postižením v nemocnici, kde vykonávali praxi.

Pacient na oddělení	11
Studium	4
Zvědavost	1



Interpretace: Skupina SZŠ – 1 respondent uvedl jako důvod vyhledání těchto informací přítomnosti pacienta se zdravotním postižením na oddělení v průběhu jeho praxe, 1 respondent uvedl zvědavost.

Skupina VOŠZ – 2 respondenti uvedli jako důvod vyhledání těchto informací přítomnosti pacienta se zdravotním postižením na oddělení v průběhu jeho praxe.

Skupina Bc. – 4 respondenti uvedli jako důvod vyhledání těchto informací přítomnosti pacienta se zdravotním postižením na oddělení v průběhu jeho praxe, 4 respondenti uvedli jako důvod studium

Skupina Mgr. - 4 respondenti uvedli jako důvod vyhledání těchto informací přítomnosti pacienta se zdravotním postižením na oddělení v průběhu jeho praxe.

Komentář: Ačkoli nejvíce respondentů uvedlo jako důvod vyhledání výše popsaných informací přítomnost pacienta se zdravotním postižením na praxi, je to velmi malé procento (12 %) z 92 % respondentů, kteří by takto měli učinit, neboť se s pacientem se zdravotním postižením v průběhu své praxe potkali.

Otázka č. 33: Pokud ano, byla jste s nimi spokojená?

1-Vůbec	2	3	4	Naprosto- 5
I-----I	I-----I	I-----I	I-----I	I-----I
3x	4x	6x	3x	

Pozn.:Zde je místo tabulky použita škála z dotazníku, neboť transparentněji vyjadřuje výsledek otázky

Interpretace: Skupina SZŠ – 2 respondenti označili míru své spokojenosti s kvalitou hledaných informací pozicí č. 3.

Skupina VOŠZ – 1 respondent označil míru své spokojenosti s kvalitou hledaných informací pozicí č. 4 a 1 respondent pozicí č. 5.

Skupina Bc. – 2 respondenti označili míru své spokojenosti s kvalitou hledaných informací pozicí č., 2 respondenti pozicí č. 3, 2 respondenti pozicí č. 4 a 2 respondenti pozicí č. 5.

Skupina Mgr. - 2 respondenti označili míru své spokojenosti s kvalitou hledaných informací pozicí č. 2 a 2 respondenti označili míru své spokojenosti pozicí č. 3.

Komentář: Nejvíce respondentů bylo s hledanými informacemi spokojeno uspokojivě. Tyto informace bývají vytvářeny odborníky, nebo převzaty nemocnicemi od společností, které se zabývají těmito skupinami pacientů, proto je jejich úroveň často velmi dobrá.

Komparace celku otázek

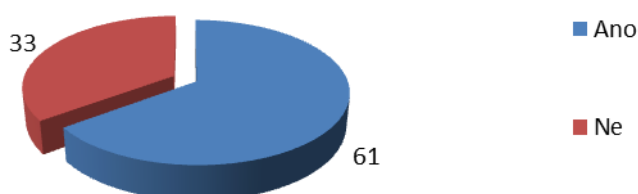
80 % nemocnic, v níž respondenti vykonávali své studijní praxe mělo ošetrovatelský standard nebo vnitřní doporučení, jakým způsobem komunikovat s pacienty se zdravotním postižením. 72 % z těchto respondentů také zná umístění těchto vnitřních předpisů. Pouze 17 % respondentů, však tyto dokumenty vyhledalo a to v majoritě případů z důvodu setkání se s pacientem se zdravotním postižením na oddělení. Respondenti, kteří je vyhledali, byli s jejich úrovní převážně spokojeni.

Následující otázky jsou zaměřeny na oblast zájmu o informace z oblasti specifík komunikace s pacienty se zdravotním postižením.

Otázka č. 34: Měla byste zájem o informace o specifících komunikace s pacienty se zdravotním postižením?

Tabulka č. 38: Zájem o informace o specifících komunikace s pacienty se zdravotním postižením

Ano	61
Ne	33



Interpretace: Skupina SZŠ – 11 respondentů by mělo zájem o dané informace, 10 nikoli.

Skupina VOŠZ – 19 respondentů by mělo zájem o informace o specifících komunikace s pacienty se zdravotním postižením, 5 by nemělo zájem.

Skupina Bc. - 19 respondentů by mělo zájem o dané informace, 8 nikoli.

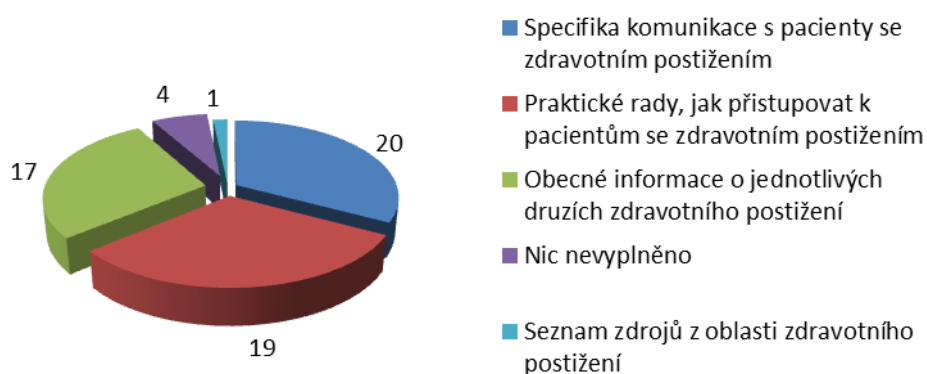
Skupina Mgr. - 12 respondentů by mělo zájem o informace o specifících komunikace s pacienty se zdravotním postižením, 10 by nemělo zájem.

Komentář: 65 % respondentů by mělo zájem o informace o specifících komunikace s pacienty se zdravotním postižením. Toto je nadějný ukazatel vedoucí ke zlepšení budoucí péče o pacienty se zdravotním postižením v nemocnicích a zdravotnictví vůbec. Pouze ve skupině VOŠZ byl zájem o tyto informace majoritní. V ostatních skupinách byly poměry mezi odpověďmi vyrovnané.

Otázka č. 35: Pokud ano, o čem by tato informace měla být?

Tabulka č. 39: Obsah informací, které zajímají respondenty s oblasti specifik komunikace osob se zdravotním postižením.

Specifika komunikace s pacienty se zdravotním postižením	20
Praktické rady, jak přistupovat k pacientům se zdravotním postižením při ošetrovatelské péči	19
Obecné informace o jednotlivých druzích zdravotního postižení	17
Nic nevyplněno	4
Seznam zdrojů z oblasti zdravotního postižení	1



Interpretace: Skupina SZŠ – 5 respondentů uvedlo oblast všeobecných informací o zdravotních postiženích, 4 respondenti uvedli oblast praktických rad pro ošetrovatelskou péči a 2 respondenti do odpovědi nic nevedli.

Skupina VOŠZ – 12 respondentů uvedlo oblast specifik komunikace s pacienty se zdravotním postižením, 3 respondenti uvedli oblast všeobecných informací o zdravotních postiženích, 3 respondenti uvedli oblast praktických rad pro ošetrovatelskou péči a 1 respondent uvedl oblast zdrojů.

Skupina Bc. – 14 respondentů uvedlo oblast praktických rad pro ošetrovatelskou péči, 4 respondenti uvedli oblast specifik komunikace s pacienty se zdravotním postižením a 1 respondent uvedl oblast všeobecných informací o zdravotních postiženích.

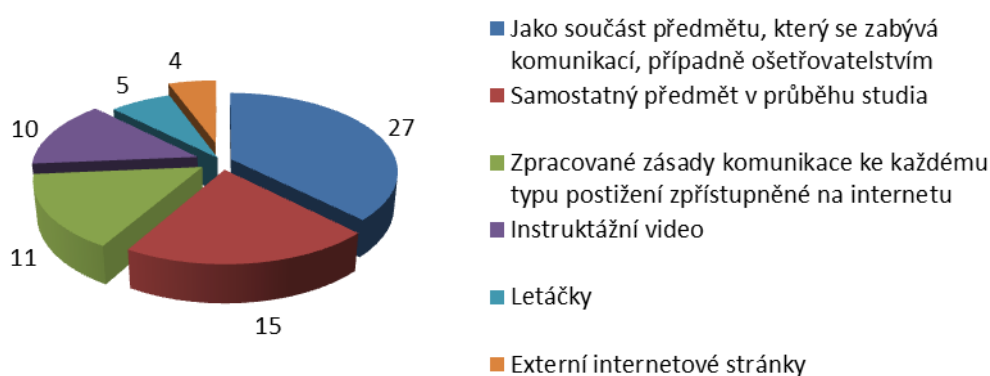
Skupina Mgr. – 8 respondentů uvedlo oblast všeobecných informací o zdravotních postiženích, 2 respondenti oblast praktických rad pro ošetrovatelskou péči a 2 respondenti nic nevyplnili.

Komentář: Nejvíce respondentů má zájem o informace z oblasti specifik komunikace s pacienty se zdravotním postižením a o praktické rady z oblasti ošetrovatelské péče o pacienty se zdravotním postižením. Jedná se o oblasti, které nejvíce souvisí s jejich budoucím zaměstnáním a případnou péčí o pacienty se zdravotním postižením. V jednotlivých stupních škol není zjevná prioritizace některé z možností.

Otázka číslo 36: Pokud ano, jakou formu byste upřednostňovala?

Tabulka číslo 40: Upřednostňovaná forma informací.

Jako součást předmětu, který se zabývá komunikací, případně ošetřovatelstvím	27
Samostatný předmět v průběhu studia	15
Zpracované zásady komunikace ke každému typu postižení zpřístupněné na internetu	11
Instruktažní video	10
Letáčky	5
Externí internetové stránky	4



Interpretace: Ačkoli byli respondenti žádáni o výběr pouze jedné, prioritní možnosti, jen velmi málo se tímto upřesňujícím požadavkem řídilo. Proto nesouhlasí počet v jednotlivých položkách tabulky s počtem respondentů, kteří odpověděli souhlasně v otázce č. 34 a proto se vyjadřovali k otázce č. 36. Každá část výběru byla brána jako samostatná možnost.

Skupina SZŠ – 5 respondentů označilo možnost samostatný předmět, 4 respondenti označili součást předmětu zabývající se komunikací či ošetřovatelstvím, 2 respondenti označili instruktažní video, 1 respondent označil zpracování zásad pro komunikaci na internetu a 1 respondent označil formu letáčků.

Skupina VOŠZ – 14 respondentů označilo jako pro ně nejvhodnější formu součást předmětu věnujícího se komunikaci nebo ošetřovatelství, 5 respondentů uvedlo samostatný předmět, 3 respondenti označili možnost instruktažního videa, a 2

respondenty nejvíce oslovila možnost zpracovaných zásad pro každý druh zdravotního postižení na internetu.

Skupina Bc. – 6 respondentů označilo možnost zpracovaných zásad pro komunikaci na internetu, 5 respondentů vybralo možnost součást předmětu zabývající se komunikací nebo ošetrovatelstvím, 5 respondentů vybralo možnost instruktážní video a 3 respondenti by upřednostnili samostatný vyučovací předmět.

Skupina Mgr. – 5 respondentů nejvíce oslovila možnost součást předmětu zabývající se komunikací nebo ošetrovatelstvím, 4 respondentům by nejvíce vyhovovala forma externích internetových stránek, 3 respondenti vybrali možnost letáčků, 2 respondenti uvedli možnost vypracovaných zásad ke každému zdravotnímu postižení na internetu a 2 respondenti označili možnost samostatného vyučovacího předmětu.

Komentář: Ačkoli bych v dnešní době očekávala upřednostňování informací na internetových stránkách, 58 % respondentů by zahrnulo oblast těchto informací do systému vzdělávání. Pokud zohledním výsledek otázky číslo 31, je tedy velmi dobře, že studenti sami, by měli zájem o větší zapojení problematiky specifik komunikace s pacienty se zdravotním postižením do vyučovacího procesu. Zde je tedy námět pro všechny stupně zdravotních škol, aby kupříkladu formou volitelných předmětů umožnili se svým studentům vzdělávat v této oblasti.

Komparace celku otázek

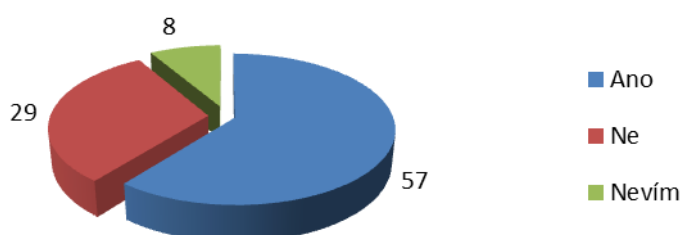
65 % respondentů by mělo zájem o další informace z dané oblasti a to zejména o specifika v komunikaci s pacienty se zdravotním postižením, o praktické rady, jak přistupovat k těmto pacientům při ošetrovatelské péči a o obecné informace ke každému typu zdravotního postižení. Nejvíce upřednostňovanou formou podání těchto informací by bylo, jako součást vyučovacího předmětu, který by se zabýval komunikací, případně ošetrovatelstvím. Tato forma předávání informací však na většině zdravotnických škol funguje. Výsledek poslední otázky si lze tedy vyložit jako přání o zefektivnění či rozšíření obsahu těchto vyučovacích předmětů.

Následující otázky se zabývají tlumočnickými službami

Otázka č. 37: Má nemocnice, v níž jste vykonávala praxi, možnost tlumočnicka znakového jazyka?

Tabulka č. 41: Možnost tlumočnicka v nemocnicích.

Ano	57
Ne	29
Nevím	8



Interpretace: Skupina SZŠ - 12 respondentů označilo odpověď ano, 4 respondenti vybrali odpověď ne a 5 respondentů napsalo odpověď nevím.

Skupina VOŠZ – 18 respondentů odpovědělo, že nemocnice má možnost tlumočnicka, a 6 respondentů odpovědělo, že nikoli.

Skupina Bc. – 13 respondentů odpovědělo, že nemocnice, v níž vykonávali praxi, nemá možnost tlumočnicka, 12 respondentů odpovědělo, že tuto možnost má a 2 respondenti odpověděli, že neví.

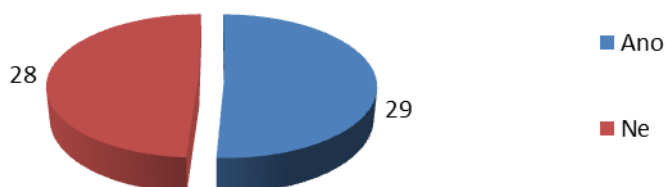
Skupina Mgr. – 15 respondentů vybralo odpověď ano, 6 respondentů označilo odpověď ne a 1 respondent odpověděl, nevím.

Komentář: 60 % respondentů vykonávalo praxi v nemocnicích, které mají možnost vlastního či externího tlumočnicka. Pouze respondenti ze skupiny Bc. vykonávali v majoritě praxi v nemocnicích, které neměly možnost tlumočnicka. Tyto nemocnice mají často alespoň kontakty na tlumočnický, se kterými by v případě nutnosti mohly spolupracovat.

Otázka č. 38: Pokud ano, víte kde na něj hledat kontakt?

Tabulka č. 42: Povědomí respondentů o uložení kontaktu na tlumočníka.

Ano	29
Ne	28



Interpretace: Skupina SZŠ - 12 respondentů neví, kde daný kontakt hledat.

Skupina VOŠZ – 13 respondentů neví kde kontakt na tlumočníka hledat, 5 respondentů ví.

Skupina Bc.- 12 respondentů označilo odpověď ano.

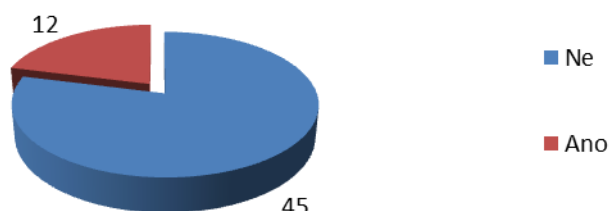
Skupina Mgr. – 12 respondentů uvedlo, že vědí, kde daný kontakt nalézt, 3 respondenti uvedli, že neví.

Komentář: Ačkoli celkový poměr v odpovědích je vyrovnaný, v jednotlivých skupinách se poměr odpovědí na tuto otázku markantně liší. U skupin SZŠ a VOŠZ ví kde hledat číslo na tlumočníka pouze 17 % respondentů. U skupin vysokoškolských, tedy Bc. a Mgr., však uložení tohoto kontaktu zná 89 % respondentů. Opět by tento rozdíl mohl působit rozdíl v délkách praxe, nebo ovšem také vyšší zájem o problematiku a větší obecná povědomost o možnostech, které dané nemocnice svým pacientům nabízí.

Otázka č. 39: Využili jste někdy jeho služeb?

Tabulka č. 43: Využití služeb tlumočnicka.

Ne	45
Ano	12



Interpretace: Skupina SZŠ – 12 respondentů nikdy služeb tlumočnicka nevyužilo.

Skupina VOŠZ – 17 respondentů nikdy služeb tlumočnicka nevyužilo, 1 respondent jeho služeb využil.

Skupina Bc. – 7 respondentů služeb tlumočnicka využilo, 5 respondentů nevyužilo.

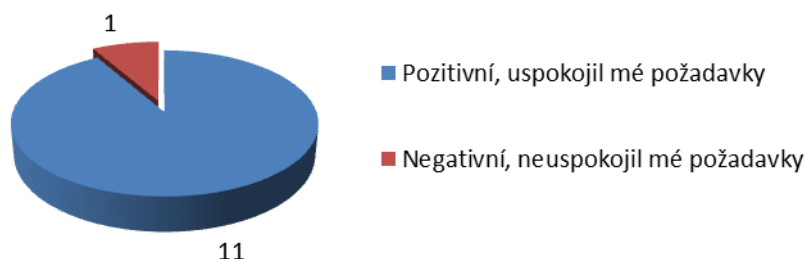
Skupina Mgr. – 11 respondentů jeho služeb nevyužilo, 7 respondentů ano.

Komentář: Tlumočnické služby si častěji zajišťují pacienti se zdravotním postižením sami. Předchází tak časové prodlevě a potencionálním obtížím, které by mohly vzniknout před příchodem tlumočnicka, kterého by nemocnice kontaktovala až po příchodu pacienta na oddělení.

Otázka č. 40: Pokud ano, jaké jsou Vaše zkušenosti?

Tabulka č. 44: Zkušenosti se službami tlumočnicka.

Pozitivní, uspokojil mé požadavky	11
Negativní, neuspokojil mé požadavky	1



Interpretace: Skupina SZŠ – žádný respondent nevyužil služeb tlumočnicka.

Skupina VOŠZ – 1 respondent označil uspokojivou odpověď.

Skupina Bc. – 6 respondentů bylo se službami tlumočnicka spokojeno, 1 respondent nebyl spokojen.

Skupina Mgr. – 4 respondenti vybrali pozitivní odpověď.

Komentář: Pouze jeden respondent nebyl spokojen s využitými službami tlumočnicka. Tlumočnické služby jsou vysoce kvalifikovanou službou, kterou poskytují pouze odborníci.

Komparace celku otázek

57 % respondentů se domnívá, že nemocnice, v níž vykonávali studijní praxi, poskytuje svým pacientům tlumočnické služby. Polovina z těchto respondentů také ví, kde na tlumočnicka pro dané oddělení hledat kontakt. Pouze 21 % z nich však jeho služeb využilo.

Závěry, diskuse a shrnutí

Shrnutí pro speciálně pedagogickou teorii

Teoretická část diplomové práce je rozdělena do osmi kapitol. První kapitola je věnována tématu komunikace. Je zde obecně definována komunikace, její jednotlivé složky. Samostatné podkapitoly jsou věnovány verbální komunikaci, neverbální komunikaci a paralingvistice.

Druhá kapitola se zabývá problematikou nemoci a jejímu vlivu na člověka. Pojednává o holistickém přístupu nemoci a zdraví, o autoplastickém obrazu nemoci nebo bolesti. Další podkapitola je věnována specifické fantomové bolesti a na závěr jsou vypsána obecná pravidla pro komunikaci s lékařem.

Následující čtyři kapitoly jsou věnovány mentálnímu, tělesnému a smyslovému postižení, jednotlivě v každé kapitole zvlášť. Každá kapitola je rozčleněna do čtyř podkapitol. První kapitola obecně pojednává o daném typu zdravotního postižení. Druhá podkapitola se věnuje zásadám komunikace s pacienty s daným typem zdravotního postižení. Třetí podkapitola je věnována danému typu zdravotního postižení a nemoci a v poslední podkapitole je sepsáno desatero pro komunikaci s pacientem s mentálním, tělesným, zrakovým či sluchovým postižením.

Sedmá kapitola se zaměřuje na práva. První podkapitola stručně seznamuje s právy člověka, druhá podkapitola uvádí práva pacienta a třetí podkapitola se věnuje právům osob se zdravotním postižením.

Poslední kapitola teoretické části diplomové práce se zabývá možnostmi vzdělávání budoucích zdravotních sester. V každé ze tří podkapitol je stručně popsán jednotlivý stupeň vzdělávání na zdravotnických školách.

Shrnutí pro speciálně pedagogickou praxi

Praktická část diplomové práce je věnována výzkumnému šetření, které probíhalo od října 2013 do března 2014 na Vyšší odborné škole zdravotnické a střední zdravotnické škole v Hradci Králové, na lékařské fakultě Karlovy univerzity v Hradci Králové a na lékařské fakultě Ostravské univerzity v Ostravě.

V této části práce jsou nejprve sepsány hlavní a dílčí cíle diplomové práce. Dále použité metody s popisem použitého dotazníku, charakteristika zařízení, respondentů a metodika sběru dat. Následující část obsahuje analýzu dotazníkového šetření. Tato analýza je rozdělena do osmi tematických celků. První obsahuje obecné otázky, druhý

se zaměřuje na seznámení respondentů se specifiky komunikace s pacienty se zdravotním postižením na různých stupních zdravotních škol. Třetí tematický celek se zaměřuje na dobrovolné studium informací o zásadách komunikace s pacienty se zdravotním postižením. Čtvrtý obsahuje otázku zaměřenou na konkrétní znalosti specifík komunikace. Následující celek je věnován frekvenci setkávání respondentů s pacienty se zdravotním postižením a na emocionální reakce, která tato setkání v respondentech vyvolávají. Šestý okruh otázek je zaměřen na oblast práv pacientů. Sedmý okruh se věnuje vnitřním předpisům nemocnic, v nichž respondenti prováděli svou studijní praxi, které se týkají oblasti zaměření diplomové práce. Předposlední tematický celek je zaměřen na oblast zájmu respondentů o informace z oblasti specifík komunikace s pacienty se zdravotním postižením. Poslední celek se zabývá tlumočnickými službami. Na konci každého celku je sepsána komparace daného okruhu otázek. Každá otázka je upravena do tabulky a grafu, u kterých je připojena interpretace a komentář.

Závěr a diskuse pro speciálně pedagogickou praxi

Hlavním cílem bylo zjistit úroveň připravenosti budoucích zdravotních sester různých vzdělávacích stupňů na komunikaci s pacienty se zdravotním postižením. Ačkoli pouze jedna budoucí zdravotní sestra uvedla, že nikdy v průběhu svého studia či své praxe neslyšela o zásadách komunikace s pacienty se zdravotním postižením, 33 % není schopno uvést žádnou konkrétní zásadu pro komunikaci s touto skupinou pacientů. Pouze skupiny vysokoškolských studentů byly schopny, a to dokonce v 76 % uvést jednu a více správných zásad pro komunikaci s každým typem zdravotního postižení. Tedy připravenost budoucích zdravotních sester na komunikaci s pacienty se zdravotním postižením se postupně zlepšuje společně s vyšším dosaženým vzděláním.

Tendence ministerstva zdravotnictví je, dosáhnout u zdravotních sester cestou zákonem daných povinných odborných způsobilostí, minimálně vyššího odborného vzdělání. Tato tendence se minimálně v oblasti zaměření této diplomové práce jeví jako velmi pozitivní krok. Neboť studenti vysokých škol byli jedinou homogenní skupinou, která nejen že ve 100 % již někdy slyšela o specifikách komunikace s pacienty se zdravotním postižením, ale také ve 100 % byli s touto problematikou seznámeni minimálně v průběhu vysokoškolského studia. Tyto aspekty se dále promítají ve vyšší schopnost těchto studentů minimálně teoreticky uvést některé ze zásad komunikace s pacienty se zdravotním postižením, neboť jak jsem již uvedla, 76 % respondentů bylo

schopno správně uvést jednu a více zásad pro každý typ zdravotního postižení. Je samozřejmé, že jistou měrou k tomuto výsledku mohla dopomáhat mnohem delší praxe těchto studentek, ale jsem přesvědčena, že zařazení této problematiky do studia je vlivem nejvýznamnějším. V praxi poté zdravotní sestry vědí například na jaké zdroje se obrátit a znají alespoň bazální pravidla, jak vhodně komunikovat s pacienty se zdravotním postižením.

První výzkumná otázka se zaměřuje na znalost informací z oblasti specifik komunikace s pacienty se zdravotním postižením, které získaly budoucí zdravotní sestry v průběhu studia na jednotlivých vzdělávacích stupních zdravotních škol. Bohužel pouze respondenti vysokých škol jsou homogenní skupinou, kde byli všichni studenti seznámeni se zásadami komunikace s pacienty se zdravotním postižením. Naopak studenti z vyšších zdravotních škol mají mezi sebou nejvyšší podíl studentů, kteří o této oblasti nikdy v rámci studia na vyšší odborné škole neslyšeli. Ačkoli na Vyšší odborné škole zdravotnické a Střední zdravotnické škole v Hradci Králové, kam byly dotazníky rozdány, se tomuto tématu věnují na obou stupních studia minimálně okrajově ve dvou vyučovacích předmětech, respondenti se vyjadřovali obecně ke svému studiu. Tudiž někteří studenti vysokých a vyšších odborných škol se vyjadřovali ke svému bývalému studiu tohoto oboru na jiných školách, kde v minulosti studovali. Z čehož vyplývá, že jiné střední a vyšší odborné zdravotní školy často nemají problematiku komunikace s pacienty se zdravotním postižením ve studiu obsaženu vůbec, nebo natolik minimálně, že si po určitém časovém odstupu studenti nevzpomínají, že by jim tyto informace byly kdy předávány. Výsledek této výzkumné otázky je námětem pro všechny zdravotní školy, aby se zamyslely nad úpravou svých školních vzdělávacích plánů nebo vzdělávacích modulů, které obsahují předmětnou problematiku tak, aby jejich budoucí absolventi byli schopni alespoň částečně efektivně komunikovat se svými budoucími pacienty se zdravotním postižením.

Pouze jediný respondent uvedl, že si není vědom, že by někdy slyšel o zásadách komunikace s pacienty se zdravotním postižením a byl to student vyšší odborné školy zdravotnické. Skupina respondentů vyšší odborné školy také měla nejvyšší procento studentů, kteří nikdy nebyli seznámeni v průběhu studia s touto problematikou a více než třetina těchto studentů následně nedokázala uvést jedinou správnou zásadu pro komunikaci s pacienty se zdravotním postižením. U středoškolských studentů se jednalo o pětinu žáků, kteří si nejsou vědomi, že by někdy byli v průběhu studia seznámeni se specifiky komunikace s pacienty se zdravotním postižením a následně 57 % studentů

nedokázalo uvést žádnou správnou zásadu. Je jednoznačné, že úroveň předaných teoretických informací z dané oblasti se odráží ve schopnosti vytvořit předpoklady pro efektivní komunikaci budoucích zdravotních sester s pacienty se zdravotním postižením.

Druhá výzkumná otázka se věnuje četnosti setkávání budoucích zdravotních sester s pacienty se zdravotním postižením v průběhu studijní i pracovní praxe. Pouze 8 % respondentů se nikdy v průběhu své praxe neseťkalo s pacientem se zdravotním postižením. Respondenti, kteří se setkávají s těmito pacienty, se s nimi v 70 % setkávají v průběhu své praxe buď pravidelně, nebo více než pětkrát. Nejčastěji se s těmito pacienty setkávají studenti vysokých škol zdravotnických, což je jistě ovlivněno i delší dobou praxe ve zdravotnictví. Tento fakt opět potvrzuje nutnost, aby studenti zdravotních škol byli připravováni na způsoby komunikace s touto cílovou skupinou.

Třetí výzkumná otázka se zabývá pocity budoucích zdravotních sester při setkání s pacienty se zdravotním postižením. Nejčastěji se všichni studenti setkávají s pacienty s tělesným nebo mentálním postižením. Tělesné postižení bylo označeno za nejsnáze akceptovatelné postižení a to taktéž shodně u všech skupin respondentů. Stejně shodně bylo označeno mentální postižení za nejhůře akceptovatelné. Domnívám se, že tento výsledek souvisí jednat s faktem, že s těmito typy zdravotního postižení se respondenti setkávají nejčastěji a dále také s možnostmi komunikace u těchto zdravotních postižení. U tělesného postižení lze často komunikovat zcela běžně. U pacientů s mentálním postižením je nutno užít pro efektivní komunikaci již některých ze zásad komunikace a často také intaktní populace netuší, jak přesně k lidem s mentálním postižením přistupovat. A proto se k nim často chová chybně, jako „k malým dětem“ bez rozdílu věku, což je velmi devalvující. Dále respondenti uvedli, že pocity, které zažívají při setkání s pacienty se zdravotním postižením, jsou v majoritě případů běžné, jako u setkání s pacienty s intaktní populací. Dalšími nejčastěji zastoupenými pocity jsou soucit a nejistota. Z mého pohledu se právě zde ukazuje nejistota, o níž hovořím výše. Nejistota jak přistoupit k jednání s pacientem se zdravotním postižením a zda zvolený přístup je vhodný. Toto vše by opět mohla vyřešit efektivní komunikace mezi oběma komunikačními partnery.

Čtvrtá výzkumná otázka se zaměřuje na vědomosti budoucích zdravotních sester z oblasti práv pacientů. 98 % studentů zná práva pacientů. Početně nijak markantně nepřevyšuje žádná z oblastí, kde byli studenti s právy pacientů seznámeni. Nejčastěji se však jednalo o součinnost školy i praxe. Všichni studenti vysokých škol zdravotnických

udávají, že si myslí, že práva pacientů a práva pacientů se zdravotním postižením jsou shodná. Pouze minorita (max. 16 %) studentů středních a vyšších odborných škol uvedla, že práva shodná nejsou. Ovšem v následující otázce již však i minorita (do 15 %) studentů obou stupňů vysokých škol uvedlo, že vnímají rozdíly mezi počtem těchto práv. Taktéž se zde zvyšuje procento studentů středních i vyšších odborných škol, kde respondenti označují rozdílnost mezi počtem práv intaktních pacientů a pacientů se zdravotním postižením. Tento výsledek interpretuji tak, že studenti vnímají v minoritě početní rozdíl mezi právy těchto pacientů, ale obsahově je neznají a proto usuzují, že obsahově budou velmi podobné. Takto usuzuji z faktu, že žádný student nebyl schopen napsat některý z rozdílů těchto práv. Netuší, že se jedná zejména o oblasti užívání kompenzačních pomůcek, způsobech podávání informací o zdravotním stavu či způsobech rozhodování o průběhu léčby. Osobně se nedomnívám, že by bylo nezbytné, aby studenti detailně znali práva pacientů se zdravotním postižením, neboť práva pro všechny druhy zdravotního postižení samostatně ani neexistují. Ovšem znalost práv pacientů společně se základními znalostmi jednotlivých druhů zdravotních postižení umožní budoucím zdravotním sestřím vytvořit komfort pro všechny pacienty bez rozdílu.

Pátá výzkumná otázka se věnuje povědomí studentů o vnitřních předpisech nemocnic, v níž vykonávali praxi, které se týkají cílové skupiny diplomové práce. I přesto, že 80 % nemocnic má vytvořeny ošetrovatelské standardy, nebo alespoň vnitřní doporučení týkající se způsobu komunikace s pacienty se zdravotním postižením. Ačkoli se v průběhu praxe setkala s těmito pacienty 70 % respondentů a 72 % respondentů ví, kde dané předpisy hledat, pouze 17 % studentů si tyto vnitřní předpisy nemocnic vyhledalo. Tento fakt lze bohužel vysvětlit zřejmě pouze nezájmem o danou problematiku a neochotou udělat něco navíc pro vyšší komfort pacientů se zdravotním postižením. Tento fakt je ovšem celkovým problémem přístupu zdravotnického personálu k pacientům vyžadující zvláštní péči. Celková přetěžovanost a stavy někdy hraničící se syndromem vyhoření ústí v nezájem o pacienty jako o lidskou bytost. Péče o člověka se smrskává pouze do péče o nemocnou část pacienta.

Šestá výzkumná otázka se zabývá zájmem budoucích zdravotních sester o problematiku komunikace s pacienty se zdravotním postižením. Je potěšující, že 65 % respondentů má zájem o další informace z dané oblasti. Zejména ve světle předchozího výsledku výzkumného šetření je toto velmi pozitivní informace. Obsah informací, o které by studenti měli zájem, je zejména z oblasti specifik komunikace s pacienty se

zdravotním postižením a dále praktické rady, jak přistupovat k pacientům se zdravotním postižením při poskytování ošetrovatelské péče. O tyto praktické rady měli nejvíce zájem studenti bakalářského studia a to v 74 % respondentů. Forma, která by nejvíce studentům vyhovovala pro všechny druhy těchto informací je, jako součást studia. Tento výsledek považuji za přání studentů směřující k zefektivnění obsahu vyučovacích předmětů, které se obsahově dotýkají tématu komunikace zdravotníků a pacientů se zdravotním postižením. Toto je dalším ukazatelem, že vzdělávání v průběhu studia v této oblasti je nejen přínosné pro budoucí pacienty, ale že i sami studenti by o něj měli zájem.

Závěry a diskuse pro speciálně pedagogickou teorii

Globálně v celém výzkumném šetření nejlépe uspěli studenti vysokých škol zdravotnických. Ovšem procentuelní zastoupení vysokoškolsky vzdělaných zdravotních sester na jednotlivých odděleních v nemocnicích je stále nízké. Proto je nutné zvýšit edukaci v oblasti specifik komunikace s pacienty se zdravotním postižením, zejména na středních a vyšších odborných školách zdravotnických. Odpovědní zástupci těchto zdravotních škol si musí uvědomit, že bez efektivní komunikace dochází nejen k negativnímu vnímání celého procesu, který musí pacient podstoupit. Ale že absolventi těchto škol často nejsou schopni od určité skupiny pacientů získat ani detailní ošetrovatelskou anamnézu, která je základem pro péči o daného pacienta. Schopnost efektivně komunikovat s pacientem, znát jeho obtíže a pocity je základním předpokladem pro efektivní ošetrovatelskou péči.

Studium by bylo vhodné obohatit o exkurze do společností, které se zabývají cílovými skupinami pacientů. Zde by si často studenti mohli ověřit nabyté zkušenosti z teoretického vyučování. Zejména setkání s potencionálními pacienty, kteří mohou dát studentům zpětnou vazbu o jejich zkušenostech ze zdravotnického prostředí, umožní studentům empatický vhled do dané problematiky očima osob se zdravotním postižením. Další alternativou jsou odborné přednášky speciálních pedagogů, logopedů, tlumočnicků a jiných odborných pracovníků, kteří by dokázali v součinnosti s vyučujícími pedagogy, kteří vedou studijní praxe, výstižně předkládané informace zaměřit na ošetrovatelský proces. Cílem je studenty nejen edukovat, ale také v nich vhodným způsobem vzbudit zájem o danou problematiku.

Náměty pro předávání vědomostí a zkušeností z oblasti komunikace s pacienty se zdravotním postižením jsou zařazovány primárně do školského prostředí, neboť

respondenti sami v nejvyšším procentu měli zájem o předávání informací v průběhu studia.

Seznam použité literatury

1. BERAN, J. *Základy psychoterapie pro lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. 156s. ISBN 80-7169-932-2.
2. BYTEŠNÍKOVÁ, I., HORÁKOVÁ, R., KLENKOVÁ, J., *Logopedie a surdopedie*. 1. vyd. Brno: Paido, 2007. 118 s. ISBN 978-80-7315-136-2.
3. ČERNÁ, M. *Česká psychopedie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3.
4. DLOUHÁ, J. *Úvod do psychopedie*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. 94 s. ISBN 978-80-7435-122-8.
5. DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1978. 192 s. ISBN 08-065-78.
6. DYCK, H. V. *Ne tak, ale tak: příručka správného kontaktu s nevidomými a slabozrakými*. 3. vyd. Praha: Tyfloservis, 2004. 33 s. ISBN 80-239-3969-6.
7. FINKOVÁ, D. *Základy tyflopédie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 52 s. ISBN 978-80-244-2627-3.
8. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Brno: Paido, 2000. 207 s. ISBN 80-85931-79-6.
9. GLENNER, J. A., STEHMAN, J. M., DAVAGNINO, J., GALANTE, M. J., 10. GREEN, M. L. *When Your Loved One Has Dementia*. Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University Press, 2005. 137 s. ISBN 0-8018-8114-5.
10. GRUNBERG, A. *Fantomová bolest*. 1. vyd. Praha: Argo, 2006. 262 s. ISBN 80-7203-759-2.
11. HAKL, M. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. 237 s. ISBN 978-80-204-2902-5.
12. HAMADOVÁ, P., KVĚTOŇOVÁ, L., NOVÁKOVÁ, Z. *Oftalmologie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. 125 s. ISBN 978-80-7315-159-1.
13. HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. 159 s. ISBN 80-85824-60-4.
14. HORT, J., RUSINA, R. *Paměť a její poruchy*. Praha: Maxdorf, 2007. 422 s. ISBN 978-80-7345-004-5.
15. HRUBÝ, J. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu 1. díl*. 1. vyd. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 1997. 240 s. ISBN 80-7216-006-0.

16. HRUBÝ, J. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu 2. díl*. 1. vyd. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 1998. 328 s. ISBN 80-7216-075-3.
17. JANÁČKOVÁ, L., WEISS P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: portál, 2008. 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
18. JANOTOVÁ, N., ŘEHÁKOVÁ K. *Surdopedie*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1990. 166 s. ISBN 80-7066-004-X.
19. JANOUŠEK J., *Společná činnost a komunikace*. 1. vyd. Praha: Svoboda, 1984. 242 s. ISBN 25-036-84.
20. JURKOVIČOVÁ, P. a kol. *Komunikace a lidé s mentálním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 50 s. ISBN 978-80-244-2648-8.
21. JURKOVIČOVÁ, P. a kol. *Komunikace a lidé se smyslovým postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 94 s. ISBN 978-80-244-2649-5.
22. KURKOVÁ, P. *Nevidíme, neslyšíme, nechodíme, přesto si však rozumíme II*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 63 s. ISBN 978-80-244-2544-3.
23. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 156 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
24. LUDÍKOVÁ, L. *Pohledy na kvalitu života osob se senzorickým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. 208 s. ISBN 978-80-244-3286-1.
25. LUDÍKOVÁ, L., SOURALOVÁ, E. *Speciální pedagogika 5*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 44 s. ISBN 80-244-1213-6.
26. LUDÍKOVÁ, L., STOKLASOVÁ, V. *Tyflopedie pro výchovné pracovníky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 50 s. ISBN 80-244-1189-X.
27. MACHOVÁ J. *Biologie člověka pro speciální pedagogy*. 2. vyd. Praha: Karolinum 1994. 263 s., ISBN 80-7066-980-2.
28. MAŇÁK, J., ŠVEC, Š., ŠVEC, V. *Slovník pedagogické metodologie*. Brno: Paido, 2005. 134 s. ISBN 80-7315-102-2.
29. MICHÁLEK, M., VOJTÍŠEK, P., VONDRÁČKOVÁ, J. *Váš nevidomý pacient*. 1. vyd. Praha: Okamžik, 2010. 59 s. ISBN 978-80-86932-26-2.
30. MILICHOVSKÝ, L. *Kapitoly ze somatopedie*. 1. vyd. Praha: Univerzita J. A. Komenského, 2010. 80 s. ISBN 978-80-7452-001-3.
31. MKN-10 *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, tabelární část. 2*. Vyd. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2008. 862 s. ISBN 978-80-904259-0-3.

32. MORAVCOVÁ, D. *Zraková terapie slabozrakých: jak efektivně využít slabý zrak*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 39 s. ISBN 978-80-7254-949-8.
33. NOVOSAD, L. *Somatopedie: kapitoly ze základů speciální pedagogiky*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2002. 79 s. ISBN 80-7083-563-X.
34. OPATŘILOVÁ, D. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s mozkovou obrnou*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. 150 s. ISBN: 978-80-210-5266-6.
35. OPATŘILOVÁ, D. *Somatopedie*. Brno: Paido, 2007. 123 s. ISBN 978-80-7315-137-9.
36. PEŠATOVÁ, I. *Vybrané kapitoly ze speciální pedagogiky se zaměřením na oftalmopedii 1. díl*. 2. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2005. 73 s. ISBN 80-7372-001-9.
37. PEŠATOVÁ, I. *Vybrané kapitoly ze speciální pedagogiky se zaměřením na tyflopeditii 2. díl*. 2. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2005. 76 s. ISBN 80-7372-004-3.
38. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 3. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. 104 s. ISBN 978-80-7013-524-2.
39. POTMĚŠIL, M. a kol. *Psychosociální aspekty sluchového postižení*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010. 197 s. ISBN 978-80-210-5184-3.
40. POTMĚŠIL, M. *Sluchové postižení a sebereflexe*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 197 s. ISBN 978-80-246-1300-0.
41. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 528s. ISBN 978-80-247-3976-2.
42. RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 314 s. ISBN 80-244-1073-7.
43. RENOTIÉROVÁ, M. *Somatopedické minimum*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. 87 s. ISBN 80-244-0532-6.
44. ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. *Dětská klinická psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 1997. 450 s. ISBN 80-7169-512-2.
45. SKÁKALOVÁ, T. *Uvedení do problematiky sluchového postižení*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. 94 s. ISBN 978-80-7435-098-6.
46. SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 160 s. ISBN 978-80-7367-691-9.

47. SOFAER, B. *Bolest: příručka pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 1997. 104 s. ISBN 80-7169-309-X.
48. STRNADOVÁ, V. *Hluchota a jazyková komunikace*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1998. 279 s. ISBN 80-85899-45-0.
49. STRNADOVÁ, V. *Specifické neverbální projevy neslyšících lidí*. 2. vyd. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka, 2008. 80 s. ISBN 978-80-87218-28-0.
50. SVATOŠ, T., *Kapitoly ze sociální a pedagogické komunikace: teoretická minima a praktické náměty*. 3. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. 158 s. ISBN: 978-80-7435-002-3 .
51. SVĚTLÍK, M. *Postižení sluchu: současné možnosti sluchové protetiky*. 1. vyd. Praha: Triton, 2000. 61 s. ISBN 80-7254-114-5.
52. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006. 200 s. ISBN 80-7367-060-7.
53. ŠVEC, V. *Pozvání do metodologie pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Brno: Paido, 2006. 90 s. ISBN 80-7315-121-9.
54. ŠVINGALOVÁ, D. *Úvod do teorie a praxe psychopedie, 1. díl*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2006. 138 s. ISBN 80-7372-042-6.
55. TREZNAROVÁ, I., KREJČÍŘOVÁ O. *Etika a komunikace s osobami se zdravotním postižením*. 1 vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 58 s. ISBN 978-80-244-2625-9.
56. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.
57. VÁGNEROVÁ, M., HAJDMOUSSOVÁ, Z. *Psychologie handicapu 1. část*. 2. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2003. 40 s. ISBN 80-7083-763-2.
58. VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. 1. vyd. Praha: Parta, 2003. 448 s. ISBN 80-7320-039-2.
59. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
60. VÍTKOVÁ, M. a kol. *Integrativní speciální pedagogika 2*. vyd. Brno: Paido, 2004. 464 s. ISBN 80-7315-071-9.
61. VÍTKOVÁ, M. *Otázky speciálně pedagogického poradenství. Základy, teorie, praxe*. 2. vyd. Brno: MSD, 2004. 261 s. ISBN 80-86633-23-3.

62. WIENER, P. *Prostorová orientace zrakově postižených*. 3. vyd. Praha: Institut rehabilitace zrakově postižených UK FHS, 2006. 168 s. ISBN 80-239-6775-4.
63. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ J. *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

Seznam použitých elektronických a jiných zdrojů

1. ČERTEKOVÁ, V. *Typy sluchových vad* [online]. Publikováno 05. 08. 2009 [cit. 2013-09-12]. Dostupné na: <http://kochlear.cz/index.php?text=66-typy-sluchovych-vad>.
2. *Deklarace OSN o právech lidí s mentálním postižením* [online]. Publikováno 14. 01. 2007 [cit. 2013-12-15]. Dostupné na: <http://www.helpnet.cz/aktualne/deklarace-osn-o-pravech-lidi-s-mentalnim-postizenim>.
3. *Desatero pro komunikaci s lidmi s tělesným postižením* [online]. [cit. 2013-10-20]. Dostupné na: <http://chodicilide.cz/desatero-pro-komunikaci-s-lidmi-s-telesnym-postizenim/>.
4. FRICOVÁ, J. *Akutní a chronická bolest* [online]. Publikováno 09. 09. 2011 [cit. 2013-11-06]. Dostupné na: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/akutni-a-chronicka-bolest-461329>.
5. *Charta práv osob s autismem* [online]. [cit. 2013-11-06]. Dostupné na: http://www.autismusprocit.cz/dok/Charta_prav_osob_s_autismem.pdf.
6. JIRÁK, R. *Demence* [online]. Publikováno 08. 02. 2011 [cit. 2013-12-10]. Dostupné na: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/demence-457923>.
7. JONÁŠKOVÁ, V. *Mezinárodní pojetí rehabilitace tělesně postižených v České republice* [online]. [cit. 2013-08-02]. Dostupné na: http://publib.upol.cz/~obd/fulltext/SpecialniPedagogika8/SpecialniPedagogika8_02.pdf.
8. KOTÝNEK, J. *Osoby se zdravotním postižením* [online]. Publikováno 16. 04. 2014 [cit. 2015-01-15]. Dostupné na: [http://www.czso.cz/csu/tz.nsf/i/prezentace_z_tk_problematika_zdravotne_postizenych_osob/\\$File/csu_tk_zdravi_prezentace.pdf](http://www.czso.cz/csu/tz.nsf/i/prezentace_z_tk_problematika_zdravotne_postizenych_osob/$File/csu_tk_zdravi_prezentace.pdf).
9. LEJČKO, J. *Fantomová bolest* [online]. Publikováno 2001 [cit. 2013-10-06]. Dostupné na: <http://www.cls.cz/dokumenty2/os/r036.rtf>.
10. *Nemusíte snášet bolest, vizuální analogová škála* [online]. [cit. 2014-01-15]. Dostupné na: http://ap.mzcr.cz/nemocnice-na-homolce/nemusite-snaset-bolest_62_484_211o.html.
11. *Novela zákona o znakovém jazyce* [online]. Publikováno 23. 09. 2008 [cit. 2013-09-01]. Dostupné na: <http://www.asnep.cz/novela-zakona-o-znakovem-jazyce/2008/10/10/>.
12. *Osobnosti ze světa hluchoslepých* [online]. [cit. 2014-01-10]. Dostupné na: <http://www.lorm.cz/download/HMN/obsahCD/osobnosti-ze-sveta-hluchoslepych.html>.

13. *Práva pacientů ČR* [online]. Publikováno 27. 04. 2005 [cit. 2015-02-02]. Dostupné na: <http://www.mpsv.cz/cs/840>.
14. *Práva tělesně postižených* [online]. [cit. 2013-10-05]. Dostupné na: <http://www.mpsv.cz/cs/841>.
15. *Předpis č. 96/2004 Sb.* [online]. [cit. 2015-01-18]. Dostupné na: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96#Content>.
16. *Přehled vysokých škol* [online]. [cit. 2015-01-03]. Dostupné na: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/vysoke-skolstvi/prehled-vysokych-skol>.
17. *Rada vlády pro lidská práva* [online]. [cit. 2015-01-16]. Dostupné na: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/rlp/rlp-uvod-17537/>.
18. SCHINDLER, R., PEŠÁK, M. *Kdo je zrakově postižený?* [online]. [cit. 2013-10-18]. Dostupné na: <http://www.sons.cz/kdojezp.php>.
19. ŠMÍDOVÁ, A. „*Malá novela*“ zákona č. 96/2004 Sb. [online]. Publikováno 13. 06. 2011 [cit. 2015-02-05]. Dostupné na: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/mala-novela-zakona-c-96-2004-sb-460336>.
20. ŠMÍDOVÁ, A. „*Velká novela*“ zákona č. 96/2004 Sb. [online]. Publikováno 01. 08. 2011 [cit. 2015-02-05]. Dostupné na: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/velka-novela-zakona-c-96-2004-sb-460957>.
21. *Tlumočení online* [online]. [cit. 2014-03-06]. Dostupné na: <http://www.tichysvet.cz/tlumoceni-online>.
22. *Vládní výbor pro zdravotně postižené osoby* [online]. [cit. 2014-01-16]. Dostupné na: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/vvzpo/uvod-vvzpo-17734/>.
23. *Výběrové šetření zdravotně postižených VŠPO 07* [online]. Publikováno 30. 05. 2008 [cit. 2013-09-23]. Dostupné na: <http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/p/3309-08>.
24. WINTER, J. *Každý desátý občan ČR se řadí mezi osoby se zdravotním postižením* [online]. Publikováno 02. 06. 2008 [cit. 2013-09-16]. Dostupné na: http://www.nrzp.cz/dokumenty/Komentar_ke_statistice.pdf.
25. *Zákon o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob* [online]. Publikováno 22. 11. 2008 [cit. 2014- 11-20]. Dostupné na: <http://ruce.cz/clanky/506-zakon-o-komunikacnich-systemech-neslysicich-a-hluchoslepych-osob>.
26. *Zákony a vyhlášky* [online]. [cit. 2015-01-05]. Dostupné na: <http://www.zachrannasluzba.cz/zakony/zakony.htm>.
27. *Zdraví* [online]. [cit. 2013-08-20]. Dostupné na: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Zdraví>.

28. 53-41-M/01- *Zdravotnický asistent* [online]. [cit. 2015-02-07]. Dostupné na: http://zshk.cz/stredni_skola?q=zdravotnicky_asistent.
29. 53-41-N/11- *Diplomovaná všeobecná sestra* [online]. [cit. 2015-02-07]. Dostupné na: http://www.zshk.cz/?q=diplomovana_vseobecna_sestra.
30. FINKOVÁ, D., RŮŽIČKOVÁ, V., STEJSKALOVÁ, K. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením v dospělém a seniorském věku*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2744-7. CD-ROM.
31. FINKOVÁ, D., RŮŽIČKOVÁ, V., STEJSKALOVÁ, K. *Úvod do speciální pedagogiky osob se zrakovým postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009. ISBN 978-80-244-2517-7. CD-ROM.

Seznam zkratek

Apod. (a podobně)

ARIP (specializační vzdělávací program ARO + JIP (pro anesteziologicko-resuscitační oddělení a jednotky intenzivní péče)

ARO (anesteziologicko-resuscitační oddělení)

CNS (centrální nervová soustava)

Č. (číslo)

DMO (dětská mozková obrna)

JIP (jednotka intenzivní péče)

Mkn (Mezinárodní klasifikace nemocí)

MŠMT (ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy)

Např. (například)

Pozn. (poznámka)

Příp. (případně)

RVP (rámcový vzdělávací program)

SZŠ (střední zdravotnická škola)

ŠVP (školní vzdělávací program)

Tj. (to jest)

Tzn. (to znamená)

Tzv. (takzvaný)

UHK (Univerzita Hradec Králové)

VOŠZ (vyšší odborná škola zdravotnická)

VŠ (vysoká škola)

Zdrav. (zdravotnická)

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Rozdíly mezi akutní a chronickou bolestí

Tabulka č. 2: Typická příznaky akutní a chronické bolesti

Tabulka č. 3: Míra zdravotního postižení podle pohlaví, věku a typu postižení

Tabulka č. 4: Klasifikace sluchových vad

Tabulka č. 5: Důsledky postižení zraku

Tabulka č. 6 : Věk respondentů

Tabulka č. 7 : Pohlaví respondentů

Tabulka č. 8 : Délka praxe ve zdravotnictví

Tabulka č. 9: Typ a obor studované školy

Tabulka č. 10: Ročník

Tabulka č. 11 A: Povědomí o zásadách komunikace s lidmi se zdravotním postižením

Tabulka č. 11 B: Početní zastoupení jednotlivých stupňů vzdělávání

Tabulka č. 12: Způsob seznámení se specifiky v oblasti komunikace s lidmi se zdravotním postižením na střední zdravotnické škole

Tabulka č. 13: Způsob seznámení se specifiky v oblasti komunikace s lidmi se zdravotním postižením na vyšší zdravotnické škole

Tabulka č. 14: Způsob seznámení se specifiky v oblasti komunikace s lidmi se zdravotním postižením na vysoké zdravotnické škole

Tabulka č. 15: spokojenost se získanými informacemi v průběhu studia

Tabulka č. 16: Vyhledávání informací o zásadách komunikace s lidmi se zdravotním postižením z vlastní iniciativy

Tabulka č. 17: Důvody pro vyhledávání informací z oblasti specifík komunikace s lidmi se zdravotním postižením

Tabulka č. 18 A: Součinnost zdrojů při samostatném vyhledávání informací o zásadách komunikace s lidmi se zdravotním postižením

Tabulka č. 18 B: Početní zastoupení jednotlivých zdrojů informací

Tabulka č. 19: Zásady komunikace s pacienty se zdravotním postižením

Tabulka č. 20: Setkávání respondentů s pacienty se zdravotním postižením při praxi

Tabulka č. 21: Počet setkání respondentů s pacienty se zdravotním postižením

Tabulka č. 22: Nejčtenější typ zdravotního postižení

Tabulka č. 23: Pocity respondentů při setkání s pacienty se zdravotním postižením

Tabulka č. 24: Odlišnost pocitů u jednotlivých typů zdravotních postižení

Tabulka č. 25: Zdravotní postižení s nejsnazší akceptovatelností

Tabulka č. 26: Zdravotní postižení s nejhorší akceptovatelností

Tabulka č. 27: Znalost práv pacientů

Tabulka č. 28: Místo seznámení s právy pacientů

Tabulka č. 29: Rozdílnost práv pacientů bez postižení a s postižením

Tabulka č. 30: Obsahová rozdílnost práv pacientů se zdravotním postižením a pacientů bez postižení

Tabulka č. 31: Kvantitativní rozdílnost práv pacientů se zdravotním postižením a pacientů bez postižení

Tabulka č. 32: Počet nemocnic se standardem pro komunikaci s pacienty se zdravotním postižením

Tabulka č. 33: Povědomost respondentů o umístění ošetřovatelského standardu pro komunikaci s pacienty se zdravotním postižením

Tabulka č. 34: Doporučení pro komunikaci s pacienty se zdravotním postižením

Tabulka č. 35: Povědomost respondentů o umístění informací či doporučení pro komunikaci s pacienty se zdravotním postižením

Tabulka č. 36: Vyhledávání respondentů ošetřovatelského standardu., informací či doporučení pro komunikaci s pacienty se zdravotním postižením v nemocnici, kde vykonávali praxi

Tabulka č. 37: Důvod vyhledání respondenty ošetřovatelského standardu., informací či doporučení pro komunikaci s pacienty se zdravotním postižením v nemocnici, kde vykonávali praxi

Tabulka č. 38: Zájem o informace o specifikách komunikace s pacienty se zdravotním postižením

Tabulka č. 39: Obsah informací, které zajímají respondenty s oblastí specifik komunikace osob se zdravotním postižením

Tabulka číslo 40: Upřednostňovaná forma informací

Tabulka č. 41: Možnost tlumočnicka v nemocnicích

Tabulka č. 42: Povědomí respondentů o uložení kontaktu na tlumočnicka

Tabulka č. 43: Využití služeb tlumočnicka

Tabulka č. 44: Zkušenosti se službami tlumočnicka.

Seznam grafů

Graf č. 1: Procentuální výskyt jednotlivých typů mentální retardace v celkovém počtu mentálních retardací

Graf č. 2. Podíly jednotlivých typů zdravotního postižení

Graf k otázce č. 1

Graf k otázce č. 2

Graf k otázce č. 3

Graf k otázce č. 4

Graf k otázce č. 5

Grafy k otázce č. 6

Graf k otázce č. 7

Graf k otázce č. 8

Graf k otázce č. 9

Graf k otázce č. 10

Graf k otázce č. 12

Graf k otázce č. 13

Grafy k otázce č. 14

Graf k otázce č. 15

Graf k otázce č. 16

Graf k otázce č. 17

Graf k otázce č. 18

Graf k otázce č. 19

Graf k otázce č. 20

Grafy k otázce č. 21

Graf k otázce č. 22

Graf k otázce č. 23

Graf k otázce č. 24

Graf k otázce č. 25

Graf k otázce č. 26

Graf k otázce č. 27

Graf k otázce č. 28

Graf k otázce č. 29

Graf k otázce č. 30

Graf k otázce č. 31
Graf k otázce č. 32
Graf k otázce č. 34
Graf k otázce č. 35
Graf k otázce č. 36
Graf k otázce č. 37
Graf k otázce č. 38
Graf k otázce č. 39
Graf k otázce č. 40

Seznam obrázků

Obrázek č. 1: Vizuální analogová škála bolesti

Obrázek č. 2: Zorné úhly pohledu člověka na ortopedickém vozíku

Seznam příloh

Příloha A. Dotazník

Příloha A

Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Zuzana Jandová a jsem studentkou posledního ročníku magisterského studia na Univerzitě v Hradci Králové. Studuji obor Speciální pedagogika rehabilitační činnosti a management speciálních zařízení a pracuji zároveň jako dětská sestra na oddělení dětské chirurgie a traumatologie ve fakultní nemocnici v Hradci Králové. Proto jsem si jako téma své diplomové práce vybrala: Příprava budoucích zdravotních sester na komunikaci s pacientem se zdravotním postižením. Věnujte prosím několik minut svého času vyplněním tohoto dotazníku.

Dotazník je zcela anonymní a jeho výsledky budou použity pouze pro praktickou část mé diplomové práce.

Možná by i Vás jako zdravotní sestry zajímalo, jaké jsou možnosti a zvláštnosti komunikace s dospělými lidmi se zdravotním postižením, touto částí se budu zabývat v teoretické části své práce.

Také, jakým způsobem a do jaké hloubky jsou dnes zdravotní sestry v průběhu jejich studia edukovány o specifikách komunikace s pacienty se zdravotním postižením, což je předmětem předkládaného dotazníku.

Dotazník prosím vyplňte zatržením vybrané odpovědi nebo doplněním do předepsaných řádků.

Předem děkuji za vyplnění dotazníku.

.....
Zuzana Jandová

1) Váš věk (Prosím doplňte).....

2) Vaše pohlaví

- žena
- muž

3) Počet let praxe ve zdravotnictví

- 0 let
- 1- 3 roky
- 4- 6 let
- 7- 10 let
- 11 a více let

4) Jaký typ školy a obor (případně program) studujete?

- střední zdravotnická škola (doplňte prosím obor).....
- vyšší zdravotnická škola (doplňte prosím obor).....
- vysoká škola zdravotnická, lékařská univerzita- vysokoškolské vzdělání (doplňte prosím obor, případně program).....

5) Který ročník? (Prosím doplňte).....

6) Slyšela jste vůbec někdy o zásadách komunikace s lidmi se zdravotním postižením?

- ano, během studia na VŠ
- ano během studia na VOŠZ
- ano během studia na SZŠ
- ano, během studia i jinde (prosím doplňte kde)

.....
- ano, jinde (prosím doplňte kde)

.....
- ne

7) Byla jste během střední zdravotnické školy seznámena se zásadami komunikace s lidmi se zdravotním postižením?

- ano, v samostatném vyučovacím předmětu (pokud si vzpomenete na název, prosím doplňte).....

- ano částečně, jako součást jiného vyučovacího předmětu (pokud si vzpomenete na název, prosím doplňte)

- ne

8) Byla jste během vyšší zdravotnické školy seznámena se zásadami komunikace s lidmi se zdravotním postižením?

- ano, v samostatném vyučovacím předmětu (pokud si vzpomenete na název, prosím doplňte).....

- ano částečně, jako součást jiného vyučovacího předmětu (pokud si vzpomenete na název, prosím doplňte)

- ne

9) Byla jste během vysoké zdravotnické školy (vysokoškolského zdravotního vzdělání) seznámena se zásadami komunikace s lidmi se zdravotním postižením?

- ano, v samostatném vyučovacím předmětu (pokud si vzpomenete na název, prosím doplňte).....

- ano částečně, jako součást jiného vyučovacího předmětu (pokud si vzpomenete na název, prosím doplňte)

- ne

10) Pokud ano, byly tyto informace pro Vás dostačující?

Ano	spíše ano	částečně	spíše ne	ne
10-----		5-----		0-----

11) Pokud ne, či spíše ne, v čem byly podle Vás nedostačující?

.....
.....
.....

12) Hledala jste někdy sama informace o zásadách komunikace s lidmi se zdravotním postižením?

- ano

- ne

13) Pokud ano, z jakého důvodu?

.....
.....

14) Pokud ano, kde jste tyto informace hledala?

- internet

- odborná literatura

- letáčky spolků a společností, zabývající se touto problematikou

- jinde

15) Na jaké zásady komunikace s pacienty se zdravotním postižením byste si vzpomněla?

A) pacienti s mentálním postižením

.....
.....
.....
.....

B) Pacienti s tělesným postižením

.....
.....
.....

C) Pacienti s postižením sluchu

.....
.....
.....

D) Pacienti s postižením zraku

.....
.....
.....

F) Jiné (např. kombinované postižení)

.....
.....
.....

16) Setkáváte se v průběhu své praxe s pacienty se zdravotním postižením?

- ano
- ne

17) Pokud ano, jak často se s nimi setkáváte? (Vyberte prosím nejpravděpodobnější odpověď.)

- nesetkala
- vzpomínám si, že ojediněle ano (méně než 5x)
- více než 5x
- pravidelně

18) S jakým typem zdravotního postižení nejčastěji?

Např.: tělesné, mentální, nebo přímo uveďte specifický název postižení (např. DMO, Downův syndrom, Hydrocefalus, paraplegie...)

.....

19) Jaké máte pocity při setkání s pacienty se zdravotním postižením?

- obavy
- lítost
- soucit
- nejistota
- odpor
- běžné jako se "zdravými lidmi"
- jiné (prosím doplňte)

20) Liší se Vaše pocity s typem zdravotního postižení? (Jsou pro Vás některá postižení lépe a snadněji akceptovatelná?)

- ano
- ne

21) Pokud ano, které zdravotní postižení jsou pro Vás nejsnáze akceptovatelné?

.....

A které nejhůře akceptovatelné?

.....

22) Znáte práva pacientů?

- ano

- ne

23) Pokud ano, kde jste s nimi byla seznámena?

- v průběhu praxe

- ve škole

- jinde

24) Mají pacienti s postižením stejná práva jako pacienti bez postižení?

- ano

- ne

25) Pokud ne, v čem se podle Vás obsahově liší?

.....

.....

.....

26) Mají pacienti se zdravotním postižením více či méně práv než pacienti bez postižení? (Prosím vyznačte na předepsanou linii)

+ ----- I ----- I ----- I ----- -

Mnohem více

O něco více

Stejně

O něco méně

Mnohem méně

27) Myslíte si, že nemocnice, v níž jste vykonávala praxi, má ošetrovatelský standard pro komunikaci s pacienty se zdravotním postižením? (Pokud ano, doplňte prosím název nemocnice, nebo alespoň město, kde se nachází.)

- ano

- ne

28) Pokud ano, víte, kde byste jej mohla nalézt?

- ano, (prosím doplňte kde).....

- ne

29) V případě že standard nemá, má některé informace či doporučení, jak komunikovat s pacienty se zdravotním postižením?

- ano

- ne

30) Pokud ano, víte, kde byste jej mohla nalézt?

- ano,(prosím doplňte kde).....

- ne

31) Hledala jste je již někdy?

- ano

- ne

32) Z jakého důvodu jste je hledala? (Prosím doplňte)

.....
.....
.....

33) Pokud ano, byla jste s nimi spokojena? (Vyznačte křížkem na stupnici Vaši míru spokojenosti.)

1	3	5
I-----I	I-----I	I-----I
Vůbec		Naprosto

34) Měla byste zájem o informace o specifikách komunikace s pacienty se zdravotním postižením?

- ano

- ne

35) Pokud ano, o čem by tato informace měla být?

.....
.....
.....

36) Pokud ano, jakou formu byste upřednostňovala? (Vyberte 1 možnost)

- samostatný předmět v průběhu studia
- jako součást předmětu, který se zabývá komunikací, příp. ošetrovatelstvím
- zpracované zásady komunikace ke každému typu postižení zpřístupněné na intranetu
- instruktážní video
- letáčky, které by bylo možno vyvěsit ve škole, příp. na oddělení v průběhu praxe
- externí internetové stránky
- jiné

37) Má nemocnice, v níž jste vykonávala praxi, možnost tlumočnicka znakového jazyka?

- ano
- ne

38) Pokud ano, víte, kde na něj hledat kontakt?

- ano
- ne

39) Využili jste někdy jeho služeb?

- ano
- ne

40) Pokud ano, jaké jsou Vaše zkušenosti?

- pozitivní, uspokojil mé požadavky
- negativní, neuspokojil mé požadavky

(Prostor pro vlastní popis zkušenosti)

.....
.....

Velmi děkuji za Váš čas, který jste strávili vyplňováním tohoto dotazníku.