ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018 **Truc Thanh Nguyenová**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Truc Thanh Nguyenová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

HANDICAPOVANÝ NEMOCNÝ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

PLZEŇ 2018

Místo listu bude vloženo zadání BP s razítkem

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 27. 5. 2018 .....

Vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji vedoucí práce Mgr. Lence Kroupové za odborné vedení a poskytnutí cenných rad a informací při tvorbě mé bakalářské práce.

ANOTACE

Příjmení a jméno: Nguyenová Truc Thanh
Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence
Název práce: Handicapovaný nemocný
Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová
Počet stran – číslované: 76
Počet stran – nečíslované (grafy, tabulky): 37
Počet příloh: 6
Počet titulů použité literatury: 44
Klíčová slova: zrakové postižení – sluchové postižení – porucha řeči – mentální retardace – tělesné postižení – kombinované postižení – informovanost – střední škola

Souhrn:

Bakalářská práci se zabývá zdravotním postižením. Tato práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části práce jsou popsaná jednotlivá zdravotní postižení, jejich diagnostika a vliv zdravotních postižení na jedince.

Praktická část je věnována kvantitativnímu šetření pomocí dotazníku. Hlavním cílem je zjistit informovanost studentů gymnázia a střední zdravotnické školy o zdravotním postižení.

ANNOTATION

Surname and name: Nguyenová Truc Thanh
Department: Nursing and Midwifery
Title of thesis: Handicapped patient
Consultant: Mgr. Lenka Kroupová
Number of pages – numbered: 76
Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 27
Number of appendices: 6
Number of literature items used: 44
Keywords: visual impairment – hearing impairment – speech disroder – intellectual disability – physical disability – combined disability – informed – high school

Summary:

My Bachelor thesis deals about disabilities. This thesis is divided to teoretical and pratical part. The theoretical part describes types of disabilities with diagnostics and impact on individuals.

The practical part is dedicated to quantitative research using of questionnaire. The main target is find out knowledge of students from grammar schools and secondary medical school about disabilities.

OBSAH

ÚVOD 11
TEORETICKÁ ČÁST 12
1 VÝZNAM POJMU „HANDICAP“ 12
1.1 Historie vnímání handicapovaných osob ve společnosti 12
1.2 Komunikace v integračnních a inkluzivních přístupech 13
2 DEFINICE ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ 14
2.1 Zrakové postižení 14
2.1.1 Vliv zrakového postižení na osobnost 15
2.2 Sluchové postižení 16
2.2.1 Odezírání 17
2.2.2 Psaní 18
2.2.3 Prstová abeceda 18
2.2.4 Vliv sluchového postižení na osobnost 19
2.3 Porucha řeči 19
2.3.1 Vývojová dysfagie 21
2.3.2 Afázie 21
2.3.3 Mutismus 23
2.3.4 Dyslalie 23
2.3.5 Dysartrie 24
2.4 Mentální retardace 25
2.4.1 Vliv mentální retardace na osobnost 27
2.5 Tělesné postižení 28
2.5.1 Vliv tělesného postižení na osobnost 29
2.6 Kombinované postižení 30
3 SPECIFICKÉ POTŘEBY LIDÍ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM 31
4 SPECIFICKÉ RYSY OSOBNOSTI POSTIŽENÉHO JEDINCE 32
4.1 Adaptace na získané postižení 32
4.1.1 Šok a popření 33
4.1.2 Hněv 33
4.1.3 Smlouvání 33
4.1.4 Deprese 33
4.1.5 Přijetí 34

4.2 Vliv na osobnost ... 34
5 POSTIŽENÍ JAKO NÁROČNÁ ŽIVOTNÍ SITUACE ... 35
5.1 Techniky aktivního násilí ... 35
5.2 Únikové techniky ... 36
6 KOMUNIKACE S PACIENTY S JEDNOTLIVÝMI TYPY ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ ... 37
6.1 Pacient se zrakovou vadou ... 38
6.2 Pacient se sluchovou vadou ... 39
6.3 Pacient s poruchou řeči ... 40
6.4 Pacient s mentální retardací ... 40
6.5 Pacient s tělesným postižením ... 41
7 KOMPENZAČNÍ POMŮCKY ... 42
7.1 Kompenzační pomůcky pro osoby se sluchovým postižením ... 42
7.2 Kompenzační pomůcky pro osoby se zrakovým postižením ... 43
7.2.1 Optoelektronické pomůcky ... 44
7.2.2 Výpočetní technika ... 44
7.3 Pomůcky pro usnadnění mobility ... 45
7.4 Pomůcky pro zápis Braillova písma ... 46
8 KOMPENZAČNÍ POMŮCKY PRO OSOBY S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM ... 47
PRAKTICKÁ ČÁST ... 48
9 FORMULACE PROBLÉMU ... 48
10 CÍL VÝZKUMU ... 49
10.1 Dílčí cíle a předpoklady ... 49

11 CHARAKTERISTIKA SOUBORU 51
12 METODA SBĚRU DAT 52
13 ORGANIZACE VÝZKUMU 53
14 ANALÝZA ÚDAJŮ 54
15 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ 78
DISKUZE 81
ZÁVĚR 86
SEZNAM LITERATURY 88
SEZNAM ZKRATEK 93
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ 94
SEZNAM PŘÍLOH 95
PŘÍLOHY 96
PŘÍLOHA I: DOTAZNÍK 96
PŘÍLOHA II: LIDSKÉ POTŘEBY 101
PŘÍLOHA III: PRSTOVÁ ABECEDA 102
PŘÍLOHA IV: KOMPENZAČNÍ POMŮCKY PRO OSOBY SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM 104
PŘÍLOHA V: KOMPENZAČNÍ POMŮCKY PRO OSOBY SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM 107
PŘÍLOHA VI: KOMPENZAČNÍ POMŮCKY PRO OSOBY S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM 112

ÚVOD

Společnost se v průběhu staletí neustále proměňuje. Vyvíjí se díky pokroku vědy a neustálému modernizování člověka. K modernímu pojetí člověka také patří postoje k minoritám. V minulosti podceňované a zavrhované osoby se zdravotním postižením se dostávaly díky osvětě do většího povědomí v majoritní společnosti a cílem je začlenit se do této společnosti bez rozdílů. Napomáhají jim různé organizace – Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých (SONS), Tyflo ČR o. p. s, Svaz tělesně postižených v ČR, Liga vozíčkářů, Svaz neslyšících a nedoslýchavých osob v ČR, Asociace organizací neslyšících, nedoslýchavých a jejich přátel (ASNEP), Centrum pro podporu samostatnosti atd. Ačkoliv se situace zlepšuje, majoritní společnost utváří překážky, které tomu brání. Rozšířenou oblastí jsou předsudkové názory a postoje vůči lidem se zdravotním postižením.

Pojem handicap neboli zdravotní postižení v sobě zahrnuje tělesné, zrakové, sluchové, mentální, duševní nebo vnitřní poškození lidského těla. V roce 2013 bylo evidováno celkem 2 124 306 osob trpících nějakou formou tělesného handicapu, z nichž 198 945 trpělo některou z forem vrozeného postižení, 117 894 lidí bylo handicapováno následkem úrazu, 1 373 905 osob bylo nuceno se s postižením potýkat kvůli nemoci a 190 445 lidí bylo handicapováno následkem stáří. (*Výběrové šetření osob se zdravotním postižením VŠOP 2013* [online]. Český statistický úřad, 2014 [cit. 2016-10-11] str. 27).

Výše uvedená čísla a statistiky mě donutily se této problematice více věnovat.

Bakalářská práce je zaměřena na zjišťování povědomí o problematice zdravotního postižení, které je v populaci silně zakořeněno. Je nesnadným úkolem toto povědomí uvádět do správných souvislostí. Následující informace přinášejí fakta o tom, jak vypadá každodenní život handicapovaných osob a nakolik je jejich postižení omezuje.

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jaká je úroveň informovanosti studentů na středních školách v Plzni o zdravotním postižení osob.

Respondenti budou studenti ze zdravotnické školy a z gymnázia, kteří studují ve třetím a čtvrtém ročníku těchto škol. Na závěr budou získaná data analyzována, interpretována, diskutována a vyhodnocena. Na základě našich vyhodnocení pak bude konstruován závěr výzkumného šetření a celé práce.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VÝZNAM POJMU „HANDICAP“

Slovo handicap se v češtině překládá zřídka, obvykle se však jako handicap označuje znevýhodnění. Lidé ovšem nerozlišují rozdíl mezi pojmy vada, postižení či handicap a všechny výrazy pro ně představují totéž. Všechny zmiňované termíny jsou odborně vymezené v Mezinárodní kvalifikaci vad, postižení a handicapů (ICIDH, 1980) podle Světové zdravotnické organizace (WHO). (1, str. 23)

Impairment (vada, defekt, porucha) je abnormalita psychické, anatomické či fyziologické struktury nebo funkce. *Disabilita (postižení)* znamená omezení nebo ztrátu schopnosti vykonat určitou činnost v daném rozsahu či určitým způsobem, který je pro jedince považován za normální. *Znevýhodnění (handicap)* se projevuje jako omezení vyplývající z jedincovy vady nebo postižení, které ztěžuje nebo znemožňuje naplnění role, která je pro něj vhodná (s přihlédnutím k věku, pohlaví, sociálním či kulturním činitelům). (1, str. 23)

1.1 Historie vnímání handicapovaných osob ve společnosti

Termín handicap se začal používat u lidí ve významu „zátěž, nějaké onemocnění, tělesná vada či postižení”. Můžeme hovořit o znevýhodnění určitých osob oproti jiným osobám. Handicap je dlouhodobě předmětem medicínských zájmů. (2, str. 33)

V minulosti se lidé snažili vyrovnat s takto odlišnými členy společnosti rozličně. Jejich vzájemný vztah se rozvíjel v závislosti na vývoji společnosti. Společnost během vývoje vytvářela určité normy a hodnoty, které se postupně staly součástí socializace. (2, str. 7)

Součástí socializace je i kultura, kterou se zabýval Linton. Dle něj je kultura definována jako souhrn idejí, obyčejů a podmíněných emočních odpovědí. Určuje to, co je v dané společnosti žádoucí nebo naopak nežádoucí. (2, str. 8)

U zvířat můžeme pozorovat fyzické odmítání stejných druhů, které nemají znaky téhož druhu z hlediska jejich fyzické, ale i zdatnostní stránky. Slabší jedinci se dostávají na okraj sociální skupiny. Podobně tomu bylo i u lidí v prehistorickém období. Vlivem náboženských představ, především židovsko-křesťanských, bylo postižení chápáno jako postižení z boží vůle v podobě boží zkoušky a trestu.

Později ve starověkém Řecku se rozdělovala nemluvňata podle předpokládané zdatnosti, následně byla dána do vojenské služby. Nedonošené nebo předčasně narozené děti, které matky nekojily, byly zabíjeny. Doba kojení trvala velmi dlouho, a proto se jednalo o volbu přežití druhu.

Ve středověku byl postižený člověk viděn jako předmět soucitu a křesťanské lásky, o kterého je nutno pečovat.

Vztah k postiženým zahrnuje vývoj lidské společnosti ve směru k toleranci a akceptování jejich odlišností. Bude-li společnost schopna překročit konvence a stereotypy, nebude postižení vnímáno tak intenzivně a postižený nebude středem pozornosti. Předsudky a stereotypní vnímání druhého je možné překonat rozbitím bariéry, která dělí postižené od ostatních lidí ve společnosti, umožňováním kontaktů mezi oběma skupinami a vzájemným poznáváním. (2, str. 9-13)

1.2 Komunikace v integračních a inkluzivních přístupech

Komunikace je jedním z nezbytných předpokladů úspěšné socializace každého lidského jedince. V poslední době se setkáváme mimo jiné s pojmy integrace nebo inkluze. Tyto výrazy nebývají vždy používány ve správném a jednotném smyslu ani v odborných diskuzích a textech. Jednu z definic integrace přinesl před lety Jesenský[1] (1995), který se zabýval soužitím osob s postižením a zdravých jedinců při přijatelné míře konfliktnosti ve vztazích těchto skupin (naprostá bezkonfliktnost není nikdy zcela možná a ani žádoucí). K minimu konfliktních vztahů je vždy zapotřebí co nejlepší úroveň vzájemné komunikace. Pokud se lidé nedokáží domluvit, konflikty zákonitě narůstají. Obtíže s komunikací tvoří jednu z velmi důležitých bariér. (1, str. 25)

Neméně závažně jsou ovšem komunikační problémy u osob s postižením ovlivňovány tzv. inkluzivní postupy, které se v současnosti silně prosazují ve světovém měřítku. Inkluzi chápejme jako nikdy nekončící proces, díky němuž se lidé se znevýhodněním mohou v plné míře zúčastňovat všech aktivit stejně jako lidé bez handicapu. Jestliže je inkluzivní přístup založen na myšlence, že „být odlišný“ je normální, potom by se odlišnosti a obtíže v komunikaci neměly stávat příčinou sociálního vyloučení, nebo dokonce izolace. Je to výzva k pochopení jejich situace a hledání cesty k dorozumění s nimi. (1, str. 25)

[1] Ján Jesenský – autor knihy Kontrapunkty integrace zdravotně postižených.

2 DEFINICE ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ

Podle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) lze rozřadit zdravotní postižení na zrakové postižení, sluchové postižení, mentální postižení, tělesné postižení a postižení řeči. (4, str. 55)

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) neboli MKF vypracovala Světová zdravotnická organizace (WHO). Jde o obsáhlou a komplikovanou konstrukci, jejímž cílem je jednotný a standardizovaný popis pro komplexní zhodnocení stavu jedince. Na rozdíl od Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10. Revize[2]), která kóduje chorobný stav jedince, MKF charakterizuje situaci jedince v řadě okolností vztahujících se k jeho aktuálnímu zdravotního stavu, tzn. dva jedinci se stejnou diagnózou (MKN) mohou mít zcela odlišné následky (MKF). (*http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz[online])*

2.1 Zrakové postižení

Osoby se zrakovým postižením mají různé druhy a stupně snížení zrakových schopností. Lidé s poškozeným zrakem ovlivňuje jejich činnost v jejich každodenním životě. Do této skupiny nepatří osoby s lehkým postižením zraku, které nosí brýle. Poruchy zraku se hodnotí podle různých hledisek. Hodnotí se v závislosti na stupni postižení, kdy se jedná o osoby s poruchou zraku (slepota, tupozrakost, slabozrakost, se zbytkem zraku, porucha binokulárního vidění), v závislosti na době vzniku (vrozené, získané), etiologii (orgánová vada, funkční vada) a průběhu poruchy (krátkodobá, dlouhodobá, recidivující). (7, str. 122)

Zrakové postižení dělíme na:

Slabozrakost - zorné pole je zúženo na 20 stupňů oboustranně bez ohledu na centrální zrakovou ostrost. Slabozrakost je dělena na lehkou, střední a těžkou. Problémy se sníženým viděním se přidružují k poruchám zorného pole a výpadkům v zorném poli. Z psychologického hlediska jsou omezeny: kognitivní činnost, vytváření sociálních vztahů, pohyby a prostorová orientace. Slabozraká osoba vidí zkresleně a deformovaně. Důležitá je u slabozrakých reedukace zraku v pedagogických metodách.

Zbytky zraku – řadíme sem skupiny osob, které jsou na hranici mezi slabozrakými a nevidomými. Zorné pole je zúženo na 5-10 stupňů kolem centrálního pole. Lidé

[2]anglicky: International Classification of Diseases (ICD)

se zbytky zraku s brýlovou korekcí dokáží rozpoznat prsty těsně před očima a za pomoci optických pomůcek dokáží číst plakátové písmo.

Nevidomost se dělí na praktickou a totální nevidomost. Praktická nevidomost je kolem zorného pole omezena na 5 stupňů. Totální nevidomost (amaurosa) se pohybuje mezi zachovalým světlocitem s chybnou projekcí a ztrátou světlocitu. Nevidomost může být vrozená i získaná. Osleplí jedinci mají zrakové představy zachované v paměti. Nevidomí mají problémy se získáváním informací z okolí a využívají především kompenzační pomůcky. Mezi kompenzační pomůcky patří Braillova abeceda, zvukové a hlasové signály, Pichtův psací stroj, výtah s hmatovým výstupem apod.

Poruchy binokulárního vidění jsou funkční vady oka, které se dělí na šilhavost (strabismus) a tupozrakost (amblyopie). Charakteristická je porucha jednoho oka. Tyto zmiňované vady jsou diagnostikovány u zrakově postižených dětí. Strabismus znamená, že obě oči nehledí rovnoběžně a jedno se odchyluje. Při amblyopii dochází ke snížení ostrosti jednoho oka, které nelze upravit brýlemi.

Zraková vada s kombinovaným postižením představuje heterogenní dominantní skupinu se zrakovou vadou. Jedinci této kategorie mají nejrůznější druhy a stupně postižení. Pozornost vyžaduje kombinace sluchového a zrakového postižení, přestože není dle statistiky nejpočetnější. Obecně jsou tito jedinci označováni jako hluchoslepí. (8, str. 38-42)

2.1.1 Vliv zrakového postižení na osobnost

Těžce zrakově postižení jedinci často trpí senzorickou deprivací, jelikož prostřednictvím zrakového vnímání získáváme informace o našem okolí. V případě, že je přísun těchto informací omezený nebo zcela absentuje, je jedinec nucen si jej nahradit jiným způsobem.

Mezi kompenzační funkce řadíme v tomto případě sluchové vnímání. Zejména nevidomí se na sluch musí spoléhat více než zdraví jedinci. Jejich sluchové dovednosti jsou lépe rozvinuty. Podobným způsobem dochází k rozvoji hmatového vnímání. Hmat však jednoduše není schopen poskytnout stejné množství informací. Jestliže jedinec oslepne, je potřeba hmat procvičovat a zdokonalovat, spontánně se tak totiž neděje. Obdobou zorného pole očí je ohraničený prostor rozpažených rukou neboli haptický prostor.

Řeč je pro těžce zrakově postižené více významná než pro zdravé jedince. V komunikaci hraje významnou roli nedostatečnost vizuálního kontaktu. Důraz na řeč vede někdy až extrému nazývanému verbalismus nevidomých. Těžce zrakově postižený jedinec

nemůže vnímat vizuálně prezentované neverbální komunikační signály a rozumět jim. Jednotlivé mimické projevy jsou obtížně dostupné a nevidomý neví, jak se hovořící člověk tváří.

Jedinec s poruchou zraku má potíže s orientací v neznámém prostředí, které vedou ke zvýšené závislosti na okolí. Častým důsledkem toho je snížený zájem o samostatnou aktivitu a tendence k izolaci ve známém prostředí, kde má jedinec jistotu. (14, str. 199, 207)

Tyflologie je vědou zabývající se problematikou zrakově postižených. Cílem této vědní disciplíny je začlenit handicapovaného jedince do společnosti prostřednictvím výchovy zaměřené na soběstačnost, sebeúctu a ekonomickou životosprávu. Během tohoto procesu dochází k všestrannému rozvoji, tak aby případná omezení, která vyplývají z postižení, byla co nejmenší. Tento záměr je realizován ve speciálních školách či zařízeních, rehabilitačních střediscích, nadacích a společenských organizacích, např. Českou unií nevidomých a slabozrakých. (20, str. 151)

2.2 Sluchové postižení

Postižení sluchu se vyskytuje u lidí jako jedno z nejčastějších somaticko-funkčních postižení. Většinu z nich tvoří nedoslýchavost, která vede ke zhoršení sluchu ve vyšším věku. Stařecká nedoslýchavost neboli presbyakuzie se projevuje zhoršením slyšení tónů vysokých frekvencí a současně se zhoršuje porozumění řeči. Jedinec slyší hůře. Snižování sluchové ostrosti se nejčastěji vyskytuje po 60. roce života. Příčina může být v postupném odumírání vláskových buněk, které nelze nahradit, nebo v poruše krevního oběhu, která způsobuje špatné prokrvení sluchového aparátu.

Tinnitus je onemocnění spojené s ušním šelestem. Podle klinického obrazu je rozlišován subjektivní ušní šelest, který vzniká ve sluchovém orgánu v souvislosti s nedokrvováním ucha a jeho okolí. Subjektivní šelest jsou zvukové vjemy, které vznikají bez podnětu. Lidé, kteří trpí ušním šelestem, jej přirovnávají k nepříjemnému pískání, hučení a šumění.

Podle lokalizace vzniku postižení charakterizujeme dvě základní skupiny sluchových vad: periferní nedoslýchavost a centrální nedoslýchavost.

Periferní nedoslýchavost se dělí na převodní, percepční a smíšenou. *Převodní nedoslýchavost (conductiva)* znamená, že sluchové buňky jsou v normě, ale zvuku ve středouší brání nějaká překážka. Může se jednat o zvětšenou nosní mandli, která může způsobit poruchu ventilace v Eustachově trubici, nebo nahromadění ušního mazu, který

ve zvukovodu ztuhne v pevnou mazavou zátku. Další příčinou vzniku vady jsou také opakované záněty středního ucha, perforace bubínku nebo otoskleróza.

Percepční nedoslýchavost (perceptiva) je poškození sluchových buněk vnitřního ucha nebo sluchového nervu. Percepční vady dále rozlišujeme na kochleární a retrokochleární. Kochleární přeměňuje zvuk v elektrický signál. Retrokochleární vede k poruše zvukového signálu mezi VIII. hlavovým nervem a sluchovou dráhou v mozkovém kmeni. Příčina může navázat na funkci smyslového epitelu vnitřního ucha, sluchového nervu a dráhy, která spojuje periferní a centrální část sluchového aparátu. Percepční porucha má vážnější prognózu než převodní a představuje vážnější problém v diagnostických i léčebných oblastech.

Smíšená vada (mixta) vzniká v různém stupni a kombinují se příčiny převodní a percepční vady. (11, str. 11-12)

Centrální nedoslýchavost jsou komplikované defekty způsobené různými procesy. Postihuje korový a podkorový systém sluchových vad. Jde o abnormální zpracování zvukového signálu v mozku. Podle kvantity slyšeného zvuku se vyskytují různé hodnoty, které vymezují jednotlivé stupně sluchových poruch. Stav sluchu se posuzuje podle hodnoty v decibelech, které se měří pomocí audiometrie.

Lehká nedoslýchavost má sluchovou ztrátu 20–40 dB. Lidé s lehkou nedoslýchavostí mají potíže se slyšením zvuku či s hovory s více osobami najednou. *Středně těžká nedoslýchavost* má sluchovou ztrátu 41–60 dB. Lidé potřebují sluchadla, která umožňují dobré porozumění hlasité řeči. *Těžká nedoslýchavost* má sluchovou ztrátu 61–80 dB. Sluchadla jsou nezbytnou nutností, protože bez sluchadel se lidé s těžkou nedoslýchavostí prakticky neobejdou. Pro dobré porozumění jim pomáhá také odezírání ze rtů. *Hluchota praktická* má sluchovou ztrátu 81–90 dB – postižení slyší zvuk, ale nerozumějí slovům. *Úplná hluchota* má sluchovou ztrátu nad 90 dB – postižení neslyší žádný zvuk. Lidé s úplnou hluchotou používají sluchadla, která nelze korigovat. (12, str. 28)

2.2.1 Odezírání

Odezírání je komunikační sdělení zrakem a odhadování pravděpodobného obsahu. Dorozumívání tímto způsobem je velmi nespolehlivé a vyčerpávající. Při odezírání je potřeba se naprosto soustředit, vynaložit velké úsilí při sledování mluvních pohybů a mít odhodlání porozumět, co se mu lidé snaží sdělit. Od určitého věku mozek obtížně vytváří náhradní spoje, a proto může být v dospělosti pro člověka těžší si dovednost

odezírání osvojit. Po ztrátě sluchu je lepší trénink odezírání vykonat pod odborným dohledem. Získání dovednosti není krátkodobá záležitost, vyžaduje mnoho času, dřiny a někdy výsledek nesplňuje očekávání ohluchlého jedince. Úspěšnost odezírání závisí nejen na dovednostech, ale také na dalších okolnostech a na lidech, kteří s nimi právě mluví. (27, str. 84)

Výsledky odezírání často bývají velmi rizikové. Stává se, že někdo rozuměl něco jiného, než mu bylo řečeno. Během dlouhodobějšího odezírání není možné porozumět každému slovu. Proto je dobré, aby věty byly přeformulované, a vyplatí se použít co nejvíce souvislostí, které mohou pomoci jako „záchytné body". Nositelem sdělení není slovo, ale celá věta a celá myšlenka. Pouze 23 % celkové populace je schopno zvládnout odezírání. (27, str. 6; 103)

2.2.2 Psaní

V mnoha ohledech je pro ohluchlého jedince nejspolehlivějším „tlumočníkem" tužka a papír. Většina upřednostňuje „psaný rozhovor" jako východisko z nouze, ale není to trvalé řešení v každodenním životě. Pro ohluchlého jedince je to neobvyklé a nepříjemné. (27, str. 85-86)

Důvod, proč neslyšící lidé neradi píší, je, že mají malou znalost češtiny. Tito lidé si dobře uvědomují své problémy. Někdy váhají sami psát dopisy i lidem, které dobře znají. Není to projevem studu, ale jde o snahu, aby písemný projev byl srozumitelný. Neslyšící lidé si mezi sebou dopisují bez zábran, protože vědí, že dělají chyby a vzájemně se tolerují. Je zde velké riziko, že u slyšícího jedince může dojít k omylu v pochopení psaného sdělení, např. *„Nebudu přijdu s Monikou." (Chybná interpretace: „Nepřijdu s Monikou." Správný význam: „Nepůjdu k Monice".)* (31, str. 88)

2.2.3 Prstová abeceda

Prstová abeceda se využívá v případě, kdy nemáme po ruce tužku a papír. Někteří ji zaměňují se znakovou řečí. Jedním ze zásadních rozdílů mezi nimi je, že pomocí prstové abecedy skládáme písmeno po písmenu do psané podoby slova. Jednotlivým vizuálně pohyblivým znakem můžeme vyjádřit samostatný pojem nebo celé krátké sdělení. Prstová abeceda se v různých zemích liší. V USA a několika dalších zemích se používá abeceda pro jednu ruku. U nás se používá abeceda pro obě ruce, která má tu výhodu, že je čitelnější i pro méně zkušené uživatele. (27, str. 86-87)

2.2.4 Vliv sluchového postižení na osobnost

Těžké postižení sluchu rovněž způsobuje deprivaci. Nejzávažnějším sekundárním handicapem je komunikační bariéra. Může dojít k poruše rozvoje schopnosti ovládat mluvenou řeč ve formě, která je srozumitelná. Sekundární následky jsou závislé nejen na stupni závažnosti postižení, ale také na době vzniku defektu. Neslyšící mají k dispozici dva jazykové systémy.

Znaková řeč je využívána k zachování schopnosti zrakového vnímání. V případě, že rodiče nemají stejnou diagnózu jako neslyšící dítě, nemůže se ji dítě doma naučit. Znaková řeč je výhodným komunikačním prostředkem.

Artikulovaná, orální řeč se využívá v odezírání. Jde o aktivní verbální projev, který vyžaduje pamatování si spojení jednotlivých pohybů úst a okolních svalů, vibrací a dalších součástí mluveného projevu. Pro neslyšící je orální řeč nevyhovujícím komunikačním prostředkem. Učí se ji kvůli majoritní společnosti, aby nebyli izolováni. Odezírání je velice obtížný způsob mluvené řeči a nelze jej vždy praktikovat. Zrakem není možné určit všechny hlásky a často dochází k omylům. Verbální komunikace přináší neslyšícím spíš nepříjemný pocit vyvolávající nejistotu a stres z toho, zda rozuměli správně. Pro neslyšící jsou významnou komunikační složkou pantomima a mimika.

Těžce nedoslýchaví jedinci mají verbální komunikaci ztíženou. Je nutné, aby slyšící komunikační partner respektoval základní pravidla, která je nutná dodržovat k tomu, aby mu jeho neslyšící komunikační partner rozuměl. Je potřeba přesně artikulovat a dívat se přímo na naslouchajícího partnera. Důležitým komunikačním kanálem je oční kontakt, protože poskytuje zpětnou vazbu pro sluchově postiženého jedince. Je užitečné hovořit v krátkých a jasně srozumitelných větách, jež jsou snadno vnímatelné.

Zvláštnosti chování sluchově postižených jedinců způsobují obtíže ve sdělení a vysvětlení čehokoli včetně norem chování. Mohou se učit nápodobou druhých lidí, ale absentuje zde porozumění projevu. Mají potíže se sociální orientací, porozuměním společnosti a mezilidským vztahům. Často se postupem času rozvíjí podezíravý a negativní postoj ke slyšící majoritě, dochází k jakési dobrovolné izolaci handicapovaného jedince. (14, str. 214, 228-229)

2.3 Porucha řeči

Řeč se skládá ze souboru znaků a symbolů pro přenos informací, je nedílnou součástí vývoje jedince a jejím užíváním se člověk odlišuje od ostatních živočišných

druhů. Z komunikačního hlediska se skládá ze složky expresivní (promyšlení, vytváření řeči) a receptivní (analýza a porozumění řeči). Řeč je pro člověka velice zásadní, protože rozvíjí jeho individuální myšlení. Pomocí řeči se přenášejí informace, pojmy a emoční složky do mozku. Neslyšící lidé, kteří komunikují pomocí znakové řeči, mají rozvoj myšlení stejný jako slyšící lidé. Lidská řeč je ovlivněna věkem, inteligencí, vzděláním, zkušenostmi a také momentálním psychickým stavem. Vývojem řeči se zabývají lékaři, psychologové, fonetici a speciální pedagogové. *Samotnému vývoji prvních slov a řeči předcházejí přípravná období,* od broukání a žvatlání až po napodobování a jednoduché porozumění řeči. Křik je prvním hlasovým projevem novorozence. Jedná se o nepodmíněný reflex v reakci na změnu zevního a vnitřního prostředí. (17, str. 33, 37)

Pro vývoj řeči hraje velký význam sociální prostředí. Schopnost komunikovat se promítá do celého sociokulturního charakteru prostředí, kde jedinec vyrůstá. Neprobíhá jako samostatný proces, ale je ovlivněn motorikou, myšlením a socializací. Jde o složitý proces, který ovlivňují vnější a vnitřní faktory. *Vnitřní faktory jsou podstatné vrozené předpoklady a nadání pro řeč*, fyziologický vývoj sluchového a zrakového aparátu, nepoškozená centrální nervová soustava (CNS), dobrý fyzický a duševní vývoj a uspokojivý vývoj intelektu. Z vnějších faktorů ovlivňuje vývoj řeči prostředí a výchova. (17, str. 16; 18, str. 63)

Narušená schopnost komunikace je předmětem vědního oboru logopedie. Etiologie je různá. Její příčiny z časového hlediska mohou být prenatální, perinatální a postnatální nebo lokalizačního charakteru. Patří sem genové mutace, vývojové odchylky – poruchy porozumění řeči, poškození centrální části a narušení sociální integrace. (18, str. 52)

Co se týče průběhu vývoje řeči, platí následující:

Nemluví-li dítě ve třech letech nebo mluví méně než ostatní děti, jedná se o *opožděný vývoj*. Je vhodné provést diferenciální diagnostiku a odborné foniatrické, neurologické, psychologické vyšetření atd., které by vyloučily sluchovou vadu (nedoslýchavost), vady zraku v důsledku nedostatku ve zrakové percepci, poruchy intelektu nebo orofaciální rozštěpy. Nejčastější etiologické faktory pro opožděný vývoj řeči jsou: prostředí - nestimulující prostředí, které nevěnuje dostatek pozornosti dítěti v řečovém a neuropsychickému vývoji, citová deprivace, dědičnost, předčasné narození dítěte, nevyzrálost CNS, lehké mozkové dysfunkce. Včasné zachycení a správné ovlivňování dítěte může prognózu zlepšit. (18, str. 66)

Omezený vývoj řeči může mít příčinu v mentální retardaci, těžké poruše sluchu nebo sociálním prostředí, kde je absence podnětů z prostředí. U této prognózy v těžších případech nedosáhne vývoj řeči normy.

Přerušený vývoj řeči může být způsoben úrazem, psychickým traumatem, vážným duševním onemocněním apod. Vývoj řeči může pokračovat a může dosáhnout normy. Podmínkou je příznivý stav dítěte, odstranění příčiny přerušení vývoje řeči. Pokud jsou podmínky nepříznivé, např. u demence, následující vývoj bude mít charakter omezeného vývoje řeči.

Odchylný vývoj řeči: příčinou je rozštěp patra, *kdy se odchylka od normy projevuje pouze v některé z rovin řečového vývoje*. (18, str. 65)

2.3.1 Vývojová dysfagie

Je centrální poruchou řeči. Postižený řeč slyší, ale špatně rozumí. Špatné porozumění ovlivňuje špatnou tvorbu vlastní řeči. Symptomy se projevují špatným řazením slabik – vynecháváním, přehazováním, řeč je agramatická, často nesrozumitelná. Přítomny mohou být i poruchy krátkodobé paměti, nerozeznávání klíčových slov, nedostatek slovní zásoby, porucha kresby, porušená jemná motorika a lateriralizace aj. Diagnostickým procesem je dlouhodobá, komplexní a týmová spolupráce. Lékařský tým zde tvoří foniatr, neurolog, psycholog, speciální pedagog a logoped. Zpracování plánu je u každého dítěte individuální. Cílem diferenciální diagnostiky je odlišit vývojové dysfagie od prostého opožděného vývoje dítěte, dyslalie, sluchové vady, mutismu, autismu a syndromu Landau-Kleffnera. (17, str. 42; 18, str. 67, 69)

2.3.2 Afázie

Afázie je porucha produkce nebo porozumění řeči v důsledku poškození mozku. Patří mezi symbolické funkce charakterizované jako porucha porozumění, myšlení a tvorby slov. Mluvidla a jejich inervace nejsou poškozené. Čisté formy afázie se vykytují zřídka a často jsou spojeny s poruchami psaní (dysgrafie[3], agrafie[4]), čtení (dyslexie[5], alexie[6]), agnozií[7], apraxií[8], akalkulií[9], poruchami orientace v prostoru atd. Jedná

[3]Dysgrafie – porucha psaní
[4]Agrafie – neschopnost psaní
[5]Dyslexie – porucha čtení a porozumění psanému textu
[6]Alexie – neschopnost čtení a porozumění psanému textu
[7]Agnozie – porucha smyslů
[8]Apraxie – neschopnost vykonávat pohyb
[9]Akalkulie – porucha zacházení s čísly

se o poškození dominantní hemisféry. Ve většině případů se jedná o poškození v oblasti levé mozkové hemisféry, protože v běžné populaci převažují praváci a jejich dominantní polovina mozkové hemisféry je levá. Ročně je postiženo afázií 0,25-0,5 % populace. Poškození CNS může být ložiskové nebo difuzní (rozptýlené). Klinický obraz závisí na organickém poškození CNS, lokalizaci lézí v mozku a věku jedince. Nejčastější příčinou afázie (80 %) je cévní mozková příhoda (CMP), úrazy hlavy s traumatizací mozku (10 %), mozkový nádor, metastázy, encefalitidy a meningoencefalitidy, intoxikace CNS (7 %) a degenerativní onemocnění CNS (1 %). (25, str. 30; 26, str. 42, 44)

Symptomy se projevují v různých kombinacích. *Parafrázie* znamená sníženou schopnost až neschopnost se vyjádřit. *Logorhea* je překotná mluva se sníženou srozumitelností. *Perservace* - jedinec s afázií odpovídá na předchozí podnět a na další podnět neodpovídá. *Anomie* je porucha pojmenování, kdy si jedinec s afázií nevzpomene na konkrétní pojem, ale tento pojem definuje. *Neologismy* - jedinec s afázií tvoří slova, která jsou gramaticky chybná. Dochází k záměně hlásek, slabik, slova jsou nesrozumitelná a sdělení nejsou smysluplná. *Poruchy porozumění* jsou ne vždy patrny při prvním kontaktu. Jedinec s afázií vykoná příkaz správně jen na základě dané situace. Jednoduché příkazy správně provede, ale složitější příkazy neprovede, protože jim nerozumí nebo si je nezapamatuje. (18, str. 77)

Dělení afázie je převzato od různých autorů. V zásadě lze afázii rozdělit na motorickou, senzorickou a amnestickou. Kombinací jednotlivých typů vzniká afázie smíšená nebo totální.

Brocova afázie (motorická, expresivní) je neschopnost produkovat mluvu. U jedince s touto poruchou chybí plynulost řeči, nedokáže si vybavit některá slova, ale porozumění řeči je zachováno. Příčinou vzniku je léze mozkové kůry v zadní části gyrus frontalis inferior.

Wernickeho afázie (senzorická, percepční) je neschopnost porozumět řeči. Tato porucha se vyskytuje v oblasti mozkové kůry horního spánkového laloku a gyrus marginalis parietálního laloku. Produkce mluvy je zachována, ale komunikace je nemožná, protože jedinec vůbec nerozumí. Chybí zde i kontrola vlastní řeči. Někdy je jeho řeč směsicí nesmyslů, tzv. slovní salát. Jedinec si není vědom vlastní poruchy a má pocit, že jeho okolí mu nerozumí.

Amnestická afázie patří mezi nejlehčí formy afázie. Jedná se o poruchu vybavování názvů, slov pro označení osob, činností, situací a věcí. Porozumění řeči není porušeno.

Tento příznak se může projevit poruchou čtení a psaní. Při psaní vynechávají písmena a zapomínají na interpunkci.

Smíšená afázie je kombinací dvou nebo více typů afázie. Častěji se vyskytují afázie Brokova s Wernickeho.

Totální (označována i jako globální) afázie je nejtěžší poruchou. Jde o ztrátu všech funkcí řeči. Jedinec řeči nerozumí, není schopen vytvářet přiměřený mluvení projev. Někdy produkuje jednotlivá slova, slabiky nebo slovní spojení, které ale nesouvisí s danou situací. Není schopen opakovat slova, výjimečně opakuje nějakou samohlásku. Bývá doprovázena alexií, agrafií a akalkulií. (25, str. 30;26, str. 45)

Podle trvání se afázie dále dělí na akutní, postakutní a chronickou. Za akutní se považuje stav, který trvá 4-6 týdnů od vzniku poškození mozku. V tomto období jedinec někdy vůbec nemluví. Obtížně se s ním navazuje kontakt. Reaguje sténáním nebo nesmyslným „žvaněním“. Čtvrtina až třetina afázií v tomto období mizí a řeč se postupně upravuje. Postakutní stav trvá do jednoho roku a po více než roce je diagnostikován stav chronický. (26, str. 46)

2.3.3 Mutismus

Mutismus je úplná ztráta schopnosti verbálně komunikovat. Představuje hraniční problém. Vědními obory, které se mutismem zabývají, jsou psychiatrie, psychologie, foniatrie a logopedie. Nejčastěji se vyskytuje u dětí předškolního a mladšího školního věku. U dospělých bývá příznakem syndromů. Příčiny vzniku nesouvisí s inteligencí. Mezi rizika vzniku patří osobnostní vlastnosti, které mohou být geneticky podmíněné (přehnaná stydlivost, zvýšená zlost, problém se separací). Další negativní dopady může mít výchova rodičů v hyperprotektivním prostředí a tendence udržet dítě v závislosti. Opakem jsou fyzické tresty a agresivní chování mezi rodiči, projevy výsměchu a ponižování ze strany vrstevníků či dospělých osob. Předškolní věk je u dětí charakteristický zvýšenou samostatností a iniciativností. U dětí je také charakteristická sourozenecká rivalita. (17, str. 43; 18, str. 91, 93)

2.3.4 Dyslalie

Dyslalie je poruchou komunikační schopnosti u dětí, ale není výjimkou ani u dospělých osob. Z hlediska inteligence se vyskytuje častěji u dětí ze speciální základní školy. Jedná se o poruchu artikulace, kdy je narušena výslovnost jedné hlásky nebo skupiny hlásek rodného jazyka. Je nutné odlišit vadnou výslovnost (dyslalie)

od nesprávné výslovnosti, která je přirozená do určitého věku dítěte (fyziologická dyslalie). Z těchto důvodů se dyslalie dělí na funkční a organicky podmíněnou.

U dyslalie funkční jsou mluvidla nepoškozena. Dělíme ji na motorickou a senzorickou. Motorická je důsledkem celkové neobratnosti mluvidel a senzorická je nesprávné vnímání a diferenciace mluvních zvuků. Jedná se o vývojový nedostatek pohybové a sluchové diferenciace.

Dyslalie organická je následkem nedostatků a změn na mluvních orgánech. Také je následkem poruch sluchových drah a CNS. Příčiny můžeme rozdělit na vnější a vnitřní. K vnitřním příčinám patří – porucha sluchu, anatomické vady řečových orgánů, neuromotorické poruchy a kognitivně-lingvistické nedostatky. Mezi vnější příčiny patří hlavně psychosociální vlivy, které působí na artikulační zručnost. Působí nejen v závislosti na věku, ale i na pohlaví. Uplatňuje se zde mentalita a osobnost jedince.

Vliv dědičnosti je různý. U některých dyslaliků je prokázáno, že porucha komunikačních schopností se vyskytuje u někoho v rodině, často u otce. Jedná se tzv. nespecifickou dědičnost, kde nejde o zdědění konkrétního typu dyslalie, ale o vrozenou řečovou slabost, která způsobuje vadnou výslovnost. Napodobování a „roztomilé šišlání“ dospělých může mít vliv na nesprávnou výslovnost dítěte. Nevhodné prostředí, citová deprivace, poškození dostředivých a odstředivých nervových drah a poruchy CNS způsobují nedostatky ve výslovnosti. (18, str. 99-102)

2.3.5 Dysartrie

Dysartrie je porucha motorické realizace řeči, která je způsobena organickým poškozením CNS. Jedná se o nejtypičtější narušení komunikační schopnosti související s poruchou artikulace. Anartrie je nejtěžším stupněm dysartrické poruchy a projevuje se neschopností verbální komunikace. Dysartrie má mnoho příznaků a závisí na lokalizaci a rozsahu kortikální až periferní léze během zárodečného vývoje. Poškození CNS může mít různou etiologii. Neurologické poruchy se projevují již před porodem, v perinatálním nebo postnatálním období. Následkem poškození centrálního nebo periferního nervového systému dochází k narušení hybnosti a senzoricko-neurologickým onemocněním.

K poškození mozku může docházet v prenatálním období, kdy může být příčinou infekční onemocnění, úraz matky, krvácení plodu při nedostatku vitamínu K, Rh-inkompatibilita, nedonošenost, pokus o přerušení těhotenství aj. Po porodu může poškodit mozek meningitida, encefalitida, febrilie, nebo intoxikace v prvních měsících života. V pozdějším věku mohou být příčinou cévní onemocnění, zánětlivá onemocnění

mozku, nádory, metastázy, úraz hlavy, degenerativní onemocnění CNS, roztroušená skleróza, Parkinsonova choroba, toxické poškození CNS aj. (18, str. 117)

2.4 Mentální retardace

Mentální postižení je termín označující jedince s inteligenčním kvocientem (IQ[10]) nižším než 85. Mentální postižení se v současnosti používá jako synonymum mentální retardace. Mentální retardací se rozumí: *„Celkové snížení intelektuálních schopností osobnosti postiženého, které vzniká v průběhu vývoje a je obvykle provázeno nižší schopností orientovat se v životě. Nedostatek adaptivního chování se projevuje ve zpomaleném, zaostávajícím vývoji, v ohraničených možnostech vzdělávání a nedostatečné sociální přizpůsobivosti, přičemž se uvedené příznaky mohou projevovat samostatně nebo v různých kombinacích“*. (4, str. 79)

Mentální retardaci dělíme na:

Lehkou mentální retardaci F70 (IQ 50-69) – jedinci většinou dokáží užívat řeč v každodenním životě a udržovat konverzaci. Ve vývoji se jedinci opožďují více než o čtvrtinu až polovinu kalendářního věku, např. dvacetiletý jedinec dosahuje mentální úrovně dítěte středního školního věku (přibližně jedenáctiletého jedince). V předškolním věku se tito jedinci liší od ostatních jen nepatrně. Dosahují úplné soběstačnosti (jídlo, mytí, hygienické návyky). Jejich potíže se objevují při teoretické práci ve škole. Mnozí jedinci mají problémy se psaním a čtením. Lehce retardovaným dětem prospívá spíše praktická činnost a jednoduché manuální práce. V sociokulturním kontextu, kde není kladen vysoký důraz na vědomosti a znalosti, nepůsobí tento typ mentální retardace problémy. Jedinci trpícímu lehkou mentální retardací se v individuální míře může projevit i přidružený chorobný stav, jako například autismus, epilepsie, poruchy chování, tělesné postižení a další vývojové poruchy.

Středně těžká mentální retardace F71 (IQ 35-49) – jedinci v této kategorii mají výrazně opožděný rozvoj chápání, jejich užívání řeči je omezené. Opožděná je také zručnost a omezená je schopnost starat se sám o sebe. Pokroky ve škole jsou limitované, ale některé žáky s tímto typem retardace lze při kvalifikovaném pedagogickém vedení naučit základy čtení, psaní a počítání. Díky speciálním vzdělávacím programům mohou získat základy vědomostí a dovedností. V dospělosti jsou pod odborným dohledem schopni výkonu jednoduché manuální práce. V dospělosti vedou samostatný život jen zřídka.

[10]Vyjadřuje vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách v odpovídajícím vývojovém stupni (mentální věk) a mezi chronologickým věkem – IQ = mentální věk x 100

Většinou nemají problémy s mobilitou, jsou fyzicky aktivní, podílejí se na jednoduchých sociálních aktivitách a navazují kontakt s druhými lidmi. V této skupině jsou obvyklé rozdíly ve schopnostech. Někteří jedinci mohou dosáhnout vyšší úrovně v senzoricko-motorických dovednostech než v aktivitách, které jsou závislé na verbálních schopnostech, zatímco jiní jsou schopni interakce a komunikace. I úroveň řeči je variabilní. Někteří postižení jsou schopni jednoduché konverzace, druzí jen stěží dokážou mluvit o svých základních potřebách. U většiny středně mentálně retardovaných lze nalézt organickou etiologii.

Těžká mentální retardace F72 (IQ 20-34) je v mnohém podobná středně těžké mentální retardaci. Jedinci z této kategorie se obvykle nedožívají vysokého věku, protože jejich organismus je málo odolný vůči běžným onemocněním nebo podlehne vrozeným defektům. Pokud se dožijí dospělého věku, jsou plně odkázáni na péči druhých lidí. Jejich vývojové úrovně zůstávají u kojenců, nanejvýše u batolat. Trpí značnou poruchou motoriky nebo dalšími přidruženými vadami. Avšak dostatečná systematická a kvalifikovaná rehabilitace, výchova a vzdělávání mohou významně zlepšit rozvoj jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich samostatnost a celkově přispět ke kvalitě jejich života.

Hluboká mentální retardace F73 (IQ nižší než 20) – jedinci v této kategorii jsou silně omezeni ve schopnosti porozumění složitějším pokynům a požadavkům. Většina osob je imobilní či inkontinentní. Nemají schopnost starat se sami o sebe. IQ nelze přesně změřit, ale odhaduje se, že je nižší než 20. Při používání řeči reagují na zcela primitivní požadavky. Většina případů má organickou etiologii. Jedná se o těžké neurologické nebo fyzické nedostatky postihující schopnost pohybu, jako např. epilepsie a poškození zrakového nebo sluchového vnímání. Zvlášť častá je u mobilních pacientů těžší forma *pervazivní vývojové poruchy*[11], zejména atypického autismu.

Jiné mentální retardace F78 – do této kategorie jsou jedinci zařazeni tehdy, když je stanovení stupně retardace za pomoci obvyklých metod nesnadné nebo nemožné. Používá se pro přidružené senzomotorické nebo smyslové poruchy, např. u nevidomých, nemluvících nebo neslyšících osob se závažnými poruchami chování či osob s autismem nebo těžce tělesně postižených osob. (16, str. 12-15)

[11] Vývojové poruchy, které negativně mění celou osobnost a psychosociální úroveň dítěte. Zabraňují úspěšné adaptaci ve společnosti. Patří sem dětský autismus, Rettův syndrom a Aspergerův syndrom. (zdroj: prof.PhDr.RudolfKohoutek,CSc, slovnik-cizich-slov.abz.cz[online])

„Mírná mentální retardace“ (IQ 85-69) - *toto snížení rozumových schopností nesouvisí zpravidla s organickým poškozením mozku, která by se v důsledku psychicky mentálně postižených jedinců nemohla rozvíjet.* Příčinou této retardace jsou genetické či sociální faktory. U dětí s opožděným rozumovým vývojem došlo k zaostávání z jiných příčin, než je poškození mozku. Příčinou je sociální nedbalost či různé smyslové vady atd. Tyto děti se nepovažují za mentálně postižené. (13, str. 242; *http://www.uzis.cz/ [online])*

2.4.1 Vliv mentální retardace na osobnost

Sebepojetí je důležitou složkou osobnosti. Každý mentálně postižený jedinec se těžko přizpůsobuje novým situacím. Tato situace pro něj může být nezvládnutelná, protože není schopen pochopit její podstatu. U mentálně postižených není jejich sebehodnocení zcela objektivní. Pozitivní hodnocení a vyplývající očekávání je u těchto lidí důležité, protože slouží jako základ pozitivní motivace. Mentálně retardovaní jedinci si často uvědomují svoji odlišnost. Jejich vyrovnání se situací bývá různé a závisí na mnoha dalších okolnostech.

Zkreslené sebehodnocení může působit na ostatní jako potvrzení nedostatečného rozvoje rozumových schopností a vyvolává shovívavý postoj. Spokojenost sama se sebou je sice důležitá, ale pokud neodpovídá skutečnosti, může vést k projevům, které jsou sociálně rušivé. Mentálně postižený jedinec se snadno stane pro okolí směšným. (14, str. 299-300)

Podmínkou objektivního hodnocení chování je schopnost porozumět obecně platným hodnotám, normám a pochopit jejich podstatu. Tato podmínka není u mentálně postižených vždy splněna. Lidé s lehčím postižením obvykle vědí, jak se chovat v běžných situacích, ale nelze vždy očekávat standardní reakce. Mentálně postižení mají problém se zpracováním nových informací a jejich aplikací do různých situací. Pokud dojde jen k menší změně, může dojít k dezorientaci. Mentálně postižení lidé se řídí hlavně emocionálními impulzy. Schopnost sebeovládání není dostatečně rozvinuta. Mají zvýšenou afektivní reakci, kterou nedovedou přijatelným způsobem ovládat. Nepříjemné, afektivní a někdy agresivní projevy mohou být obrannou reakcí. Problém s chováním u mentálně postižených může být projevem jejich neschopnosti vyjádřit své aktuální pocity běžným a srozumitelným způsobem. Bušení hlavou do zdi, křik, sebepoškozování apod. slouží ke komunikaci s okolím a sdělují subjektivní informace. Důvodem je tendence dosáhnout uspokojení potřeb ihned. (14, str. 298-299)

2.5 Tělesné postižení

Tělesně postižená osoba je omezena ve schopnosti pohybu v důsledku poškození podpůrného nebo pohybového aparátu. Pohyb může být kompenzován pomůckami, např. mechanickým nebo elektrickým ortopedickým vozíkem, berlí, holí či protézou. Často bývá tělesný handicap spojován s estetickým handicapem (chybějící končetiny) a s atypickými projevy, jako jsou záškuby či křeče. Tělesné postižení rozdělujeme do tří základních skupin – *lehké, středně těžké a těžké poškození.* Tělesná postižení mohou být různá, mohou se vyskytovat v různých stádiích a je velmi obtížné přesně definovat hranice mezi třemi výše uvedenými skupinami.

Další členění je z hlediska hybnosti dolních končetin, které jsou významné pro možnost samostatného pohybu a umožňují pohyb v prostoru. Horní končetiny jsou naopak důležité pro sebeobsluhu, výkon pracovní činnosti, aktivní styk s okolím a gestikulaci. Mimika je zásadní pro rozvoj a užívání verbální a neverbální komunikace a vyjadřování emocí.

Částečné ochrnutí nebo obrny se označují termínem paréza, úplné ochrnutí se odborně nazývá plegie. Může být způsobena poškozením periferních nervových vláken nebo poruchami mozku či míchy, pak se jedná o centrální parézu.

Centrální paréza, častěji označována jako spastická, je hlavním projevem zvýšení svalového tonu (spasticita), poruchou volní hybnosti, zvýšené svalové reflexe (hyperflexie), objevují se patologické iritační jevy (Juster, Babinski a další). Při centrální paréze dochází k porušení některých vláken sestupujících z mozku do míchy a často současně dochází k poruše vláken vzestupných, která způsobují poruchu čití. Volní hybnost se vyšetřuje svalovým testem na stupni 0-5. Stupeň 0 znamená při volné kontrakci žádný záškub. Kryje se s pojmem plegie. Stupně 1-4 odpovídají paréze, které je s ohledem k funkčnímu stavu příliš široký. Stupeň 5 je normální svalová síla. (28, str. 66; 29. str. 107)

Periferní paréza se liší od centrální parézy tím, že svalový tonus je snížený (hypotonie). Výrazně se objevuje hypotrofie až atrofie svalů, která vzniká narušením funkčního a trofického vlivu motoneuronu na svalová vlákna. Šlachové reflexy jsou snížené nebo zcela chybí.

Smíšená paréza je kombinací příznaků periferního a centrálního postižení. Svalová trofika je snížená, reflexy šlachově-okosticové jsou zvýšené (hyperreflexie), patologické iritační jevy jsou přítomné (Juster, Babinski aj.). Příkladem smíšené parézy je amyotrofická

laterální skleróza (ALS). Při postižení předních míšních rohů jsou patrné fascikulace[12]. (28, str. 66)

Existuje celá řada tělesných postižení, která se mohou vzájemně kombinovat. Velmi širokou skupinu tvoří jedinci trpící dětskou mozkovou obrnou.

Dětská mozková obrna (DMO) je postižení mozku v raném stádiu vývoje. Považuje se za nejčastější příčinu vzniku tělesného postižení. Nejčastější příčinou DMO je nedonošenost, infekce matky v prvním trimestru těhotenství, vážné infekce po porodu dítěte, úrazy s trvalými následky (poranění míchy, horních a dolních končetin), nemoci (roztroušená skleróza, myopatie atd.) Jedná se poruchu hybnosti a vývoje, kdy dochází k poškození mozkových buněk, a mohou ji doprovázet poruchy dalších funkcí centrální nervové soustavy, které mají za následek epileptické záchvaty.

Formy DMO jsou:

Spastická forma – trvale zvýšené svalové napětí a znemožnění určitého pohybu. Toto postižení způsobené DMO se dále rozlišuje na částečnou obrnu (paréza) a úplnou obrnu (kvadruparéza). Diparéza je postižení dolních končetin, hemiparéza je jednostranné postižení horní a dolní končetiny a kvadruparéza je označení pro postižení horních a dolních končetin.

Dyskineticko-dystonická forma - mimovolné, škubavé a kroutivé pohyby, které se nedají ovlivnit vůlí.

Aktická forma je postižení pohybové koordinace, problém s držením těla. Zde je nápadný opožděný vývoj postiženého jedince. (4, str. 6-8)

2.5.1 Vliv tělesného postižení na osobnost

Významným faktorem na kvalitu života tělesně postiženého jedince je závažné pohybové omezení. Úroveň soběstačnosti je závislá na schopnosti lokomoce – osvobozuje ze závislosti na druhých lidech a schopnost jakékoli sebeobsluhy. Pohybové postižení ovlivňuje rozvoj funkcí. Jde o omezení mnoha zkušeností hlavně sociálního charakteru. Pohybově postižený jedinec nemá možnost se setkat s různými lidmi, hrozí větší riziko izolace. Na rozdíl od jiných handicapů je pohybově omezený jedinec snadněji integrován do většinové společnosti. Může navštěvovat běžné školy, vzdělávat se standardním způsobem a dosahovat uspokojujících výsledků. Profesní role je jejich nejdůležitější složkou identity. Lidé se získaným tělesným postižením se stali citlivější a vnímavější vůči okolnímu prostředí.

[12]Fascikulace – samovolné záškuby svalových vláken

Méně viditelné deformace a poruchy, např. psychické, se mohou projevovat postupně. Viditelné tělesné deformace mají vždy sociální dopad. Nápadné odlišnosti snižují status postiženého jedince a nepříznivě ovlivňují jeho sociální hodnocení a akceptaci okolím. Ve vztahu k tělesně postiženým se projevuje mnoho předsudků.

Viditelný tělesný handicap ovlivňuje sebehodnocení postiženého jedince. Trauma, ze kterého vyplývá, je třeba vykompenzovat a utvořit novou stabilní situaci. Důležité je nejenom to, jak se jedinec prezentuje v sociálním prostředí, ale i způsob, jak vnímá a prožívá sebe sama.

2.6 Kombinované postižení

Kombinované postižení můžeme definovat jako kombinaci dvou a více postižení u jednoho jedince. Jde o spojení různých druhů, forem a stupňů postižení, které nelze přesně klasifikovat. Často se setkáváme s označením jako vícenásobné postižení, kombinované vady, multihandicap nebo hluboké postižení. Často se přidružují generalizovaná postižení, která zasahují do více oblastí – změny v emočním prožívání (přecitlivělé reakce, afektované chování, úzkostné a depresivní stavy), poruchy kognitivních funkcí (únava, narušená pozornost, porucha paměti, porucha řeči, narušení intelektového vývoje dítěte), změny chování (problémy se sebeovládáním, impulsivní reakce), změny osobnosti (úbytek svědomitosti a odpovědnosti, egocentrismus, nedostatek ohledu na okolní svět), motorické poruchy.

Příčiny poruch jsou některá onemocnění neuromuskulárních funkcí (mozková obrna, roztroušená skleróza, svalové dystrofie) a úrazová poranění centrálního nervového systému. Jedinci s tělesným postižením jsou často začleňováni do skupiny se specifickými zdravotními problémy. Mnozí jedinci mohou mít potíže s inkontinencí nebo poruchami příjmu potravy. Dále se mohou objevovat druhotné projevy – atrofie, demineralizace kostí, zhoršená cirkulace v ochrnutých končetinách, snížené okysličování v celém organismu. (4, str. 8-9)

3 SPECIFICKÉ POTŘEBY LIDÍ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Lidská potřeba je stav, který vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhy dosáhnout něčeho z biologické, psychologické, sociální nebo duchovní oblasti. Uspokojení potřeb vyrovnává a obnovuje rovnováhu organizmu – homeostázu. Potřeby jsou nutné, užitečné a úzce souvisejí se zachováním kvality našeho života. (19, str. 12)

Podle důležitosti pro zachování kvality života se pokusil známý psycholog A. H. Maslow (1908-1970) rozlišit dva druhy potřeb. První skupina (primární potřeby) se vztahuje k pocitu nedostatku (frustrace) něčeho důležitého pro život. Jde o biologický, fyziologický a přirozený jev. Uspokojení primární potřeby motivuje jedince k tomu, aby se staral o své o tělo z fyziologického hlediska. Příkladem může být hlad, spánek, odpočinek, sex atd. Druhá skupina (sekundární potřeby) vychází ze sociálního, získaného, naučného a kulturního hlediska. Jedná se o základní společenské potřeby, kdy jedinec potřebuje kolektiv, komunikovat a uplatnit se ve společnosti. Maslow také zdůraznil, že v průběhu života, od dětství po stáří, vystupují do popředí různé druhy potřeb. Vytvořil hierarchii (pyramidu, žebříček) potřeb, kde jsou jednotlivé potřeby seřazeny podle důležitosti. Z pyramidy potřeb vyplývá, že tam, kde nejsou potřeby uspokojeny, vzniká touha po jejich splnění. Podrobnější schéma vypracovala PhDr. Helena Chloubková a vytvořila Dům životních potřeb. Motivace je základní charakteristikou potřeby, k níž se zaměří pozornost a snaha ji dosáhnout. (19, str. 19; 21, str. 32, 34)

Kromě univerzálních lidských potřeb existují i potřeby specifické pro jedince s určitým znevýhodněním. Je však třeba předcházet negativní stereotypizaci. K základním potřebám patří psychoterapeutický přístup a empatická komunikace. (21, str. 69)

4 SPECIFICKÉ RYSY OSOBNOSTI POSTIŽENÉHO JEDINCE

Osobnost jedince je v podstatě souhrnem psychických jevů, je mnohonásobně podmíněná a utváří se dle vnitřních a vnějších rysů. Je biologicky podmíněna tím, že psychické jevy jsou zakotveny v organismu a jsou projevem činnosti centrální nervové soustavy.

Velkou roli hraje genetická výbava jedince, která ovlivňuje řadu podstatných charakteristik psychiky (úroveň inteligence, dysfunkce či riziko určitých duševních poruch). Důležitou úlohu v sociálním vztahu hraje osobnost jedince včetně jeho tělesného vzhledu.

Vývoj osobnosti člověka ovlivňuje i jeho vlastní aktivita, reakce na okolní svět i činnosti vyvolávající odezvu jeho okolí. Tento faktor přispívá k sebeuvědomění, formování představ o sobě samém. (2, str. 57)

Postižený jedinec reaguje na postoj společnosti různě a je mnohem citlivější a všímavější. Proti negativním postojům společnosti vytváří způsob postavení, jenž mu umožňuje zachovat si sebeúctu. Odlišní jsou lidé s vrozeným a se získaným postižením. Důležitou roli hraje subjektivní hodnocení vlastního handicapu. Vrozená vada sice více ovlivňuje život jedince, ale subjektivně pro něj není traumatizující. Sám si neumí představit, jaké to je být zdravý. Oproti tomu člověk se získanou vadou prožívá větší psychické trauma, protože ví, co ztratil. Objektivně je to ale výhodnější díky zkušenostem, které jedinec získal dříve. (14, str. 191)

4.1 Adaptace na získané postižení

Vývoj lékařské vědy a kompenzačních pomůcek vede ke zlepšení kvality života jedince s postižením. Počet jedinců s postižením se zvyšuje a jedná se o osoby, u kterých je zvýšené riziko sociálně psychologických problémů.

Postižení získané v průběhu života a v období dospívání představuje pro jedince velké emoční trauma. V těchto případech je nutné, aby jedinec znovu nalezl smysl života a změnil svoji hierarchii hodnot. Důležitý význam má sociální a emoční zázemí a hlavně podpora blízkých lidí. Postižený ztratí hodně přátel z důvodu odlišných potřeb a zájmů. Hledá nové reálné možnosti, příležitosti rozvíjet své kompetence, přijmout omezení, kterého se nelze zbavit. Adaptace na postižení závisí na celé řadě faktorů: individuální

historie jedince, osobní vlastnosti, věk, pohlaví, míra frustrační tolerance a míra sociální podpory. (10, str. 19)

Klinická psycholožka dr. Elizabeth Kübler-Rossová popsala prožívání ztráty do pěti fází: šok a popření, hněv, smlouvání, deprese a přijetí.

4.1.1 Šok a popření

„To přece není možné" je první věta, když jedinec přijde na to, že ztratil sluch či zrak atd. Zpočátku odmítá myšlenku, že by tento stav trval po celý život a podvědomě se nové situaci brání. Nedokáže přijmout změnu skutečnosti a odmítá jakoukoliv nabízenou pomoc. Popření je formou úniku ze skutečnosti, která se projevuje v těžkých chvílích každého z nás. Jediným ochranným mechanismem je vyhnout se duševní bolesti, aby se zabránilo panice.

4.1.2 Hněv

Pocity hněvu, frustrace a neuvědomělé závisti se dostavují z důvodu pocitu nespravedlnosti, že se něco takového stalo právě nám. Předchozí fáze znamenala určité znecitlivění, ve druhé fázi reaguje jedinec přecitlivěle. Nastupuje hněv, a pokud se hněv na nějakou dobu zadržuje, tak narůstá. Silné emoce nedovolí racionálně přemýšlet a v tomto období není postižený schopen řešit a vyhledat pomoc, dokonce nabízenou pomoc odmítá. Nejčastěji pocítí hněv jeho rodina a přátelé. Pokud se blízcí setkají s nespravedlivým napadáním, neměli by to brát osobně.

4.1.3 Smlouvání

Hněv postupně utichne a postižený jedinec pomalu věří, že ztráta není tak velká, jak se může zdát, a je šance s tím něco udělat. Období smlouvání je další pokus o únik ze ztížené situace. Smlouvání znamená, že jedinec se nevypořádal s fází popření a doufá, že se všechno vrátí nebo alespoň zmírní. Postižený navštěvuje odborníky a „zázračné léčitele" v naději, že zjistí omyl v diagnóze.

4.1.4 Deprese

Nastupuje pocit zklamání, smutku ze ztráty, rezignace a vyčerpání. Dochází k útlumu duševních a tělesných procesů. I když truchlení je součástí období smutku, je nebezpečné, protože ho jedinec sám těžko zvládá. Pokud truchlení trvá příliš dlouho, je nutné vyhledat odbornou pomoc.

4.1.5 Přijetí

Přijmout ztrátu může trvat několik měsíců až několik let. Bolest se zmenšuje, jedinec se pomalu uklidňuje a začíná si na novou situaci zvykat. V této fázi uvažuje realisticky a přijímá nabízenou pomoc. (27, str. 20-28)

4.2 Vliv na osobnost

V minulosti postižení souviselo s vývojem sociopatie. Bylo spojeno s agresivními a regresivními projevy. V 70. letech minulého století se v literatuře objevily popisy rysů narušené osobnosti. Nové studie však dokazují, že snaha o nalezení osobnostního profilu jedince s handicapem je marná, jelikož mu připravuje náročné životní situace, které vedou ke zvýšeným nárokům na přizpůsobení, a v důsledku má dopad na psychický vývoj jedince s postižením.

Přibližně polovina jedinců s postižením se dokáže adaptovat na okolnosti, stejně jako tomu je u zdravých jedinců. Přesto se setkáváme u jedinců s postižením s výskytem deprese, suicidálního myšlení, sníženého sebehodnocení, dále se sklony k agresivitě, přecitlivělostí, vztahovačností, vysokými ambicemi a nedostatkem uspokojených potřeb. (10, str. 25-30)

5 POSTIŽENÍ JAKO NÁROČNÁ ŽIVOTNÍ SITUACE

Postižení můžeme z hlediska prožívání jedince chápat jako náročnou životní situaci, která dlouhodobě působí na jedince zatěžujícím způsobem. Zhoršuje každodenní život a způsobuje řadu konfliktů. Jsou známy techniky, pomocí kterých se člověk obecně vyrovnává s náročnou životní situací. Stejně jako zdraví jedinci, tak i handicapovaní používají mnoho různých způsobů, jak se se situací vyrovnat. Většina technik používaných pro řešení náročných životních situací je odvozena ze dvou základních reakcí. První z nich je přímá a aktivní. Je řešena útokem, při němž se postižený projevuje agresí. Druhá reakce je spíše pasivní. Jedinec se vyhýbá kolektivu nebo je v nečinnosti. Někdy je těžké odlišit, zda jde o reakci únikovou nebo agresivní. Krajním řešením je sebevražda spadající pod únikovou situaci.

Důležitý vliv zde má sociální učení. Jedinec přejímá určité postoje, vzorce chování a způsoby řešení situací od svých rodičů. (2, str. 59)

To, jak se jedinec s nemocí a postižením vyrovnává, závisí mimo jiné na cílech, které si stanovil, a na tom, do jaké míry postižení naruší jejich realizaci. V praxi se setkáváme s tím, že méně závažné postižení vede k výraznému postižení psychického stavu, pasivitě a izolaci. Psychická adaptace na získané postižení souvisí s věkem. U některých typů postižení nedosáhne jedinec nikdy takového stupně soběstačnosti, aby mohl žít bez pomoci ostatních. Rodiče mohou vědomě či nevědomě posilovat jeho závislost, čímž se oddaluje možnost odchodu dítěte z rodiny. (10, str. 19)

5.1 Techniky aktivního násilí

Techniky aktivního násilí nezahrnují jen fyzické násilí páchané na postižených, ale zahrnují i vliv tlaku společnosti pomocí verbální agrese – urážky, nadávky, ale také ironii. Násilí nepáchá na postižených jen okolí, ale i sami handicapovaní mají často tendence „útočit“ na lidi kolem sebe. Je tomu tak z důvodu nedostatečného sebeovládání a neschopnosti odhadnout vlastní fyzickou sílu. Příčinou agresivní reakce může být i zvyšující se stres daný nadměrnými sociálními požadavky a negativní postoje různých lidí. (2, str. 61; 14, str. 298)

Mezi agresivní techniky patří poutání pozornosti, které je doprovázeno značným egocentrismem. S tím se můžeme setkat hlavně u deprimovaných dětí. Jedinec není schopen řešit negativní situaci a potřebuje prosadit sám sebe. Hledá viníka, čímž přenáší zodpovědnost za situaci na někoho jiného. (2, str. 62)

5.2 Únikové techniky

Únikové způsoby řešení náročné životní situace lze obecně charakterizovat jako rezignaci na dosažení cíle či řešení situace. Jde o způsoby zásadně pasivní. Může se jednat o přímý únik z tíživé situace, například záškoláctví, útěk či toulání u obtížně vychovatelných dětí, či dokonce u impulzivních dětí s narušenou pozorností s hyperaktivitou (ADHD).

Únikovým řešením je i izolace, kdy se jedinec vnitřně uzavírá vnějšímu světu. V některých případech vede k sekundární introverzi, při které vznikají obavy ze sociálních kontaktů (logofobie u poruch řeči).

Častou únikovou technikou je racionalizace, při které rodiče dětem zdůvodňují, proč nemohou některé věci dělat. Často dítě omezují více, než je nutné.

Stále se opakující technikou je regrese, která zahrnuje návrat k nižší vývojové úrovni chování. Může nastat jako reakce na obtíže způsobené náhlou změnou, například onemocněním, náhlými duševními změnami či v pubertě apod. U postiženého jedince mohou vlivy postižení vyvolávat věkově nepřiměřené způsoby chování jako například závislost na rodičích i v dospělosti.

Zmíněné techniky je obtížné zhodnotit jako dobré či špatné východisko ze situace postiženého. Každá z nich může za určitých okolností pomoci člověku vyřešit alespoň dočasně jeho situaci, ale v jiném případě může vytvořit situaci vedoucí až k patologickým důsledkům. (2, str. 63-64)

6 KOMUNIKACE S PACIENTY S JEDNOTLIVÝMI TYPY ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ

Lidé s handicapem mají různé možnosti komunikace. Kritériem není jen rozsah postižení, ale také schopnost se adaptovat. Ačkoliv běžně hovoříme o „handicapovaném pacientovi“ nebo „postiženém jedinci“, je důležité používat vhodnou slovní vazbu. Na první pohled v sobě slovní hříčka nese psychologicky významné sdělení. Jedinec je neopakovatelná, originální a jedinečná bytost a až pak následuje jeho postižení, problém či nemoc. Rozhodně by jedinci neměli být stigmatizováni (značkováni, nálepkováni). V roli všeobecné sestry si musíme uvědomit, že v centru našeho zájmu a naší péče je člověk, který je nositelem nemoci, nikoliv nemoc jako taková, např. *„ten žlučník u okna“*. Za všech okolností je nutné zachovat jejich lidskou důstojnost. Handicapovaní jsou často považováni za méněcenné partnery pro komunikaci. Majoritní společnost s nimi komunikuje méně a věnuje se jim pouze na krátký čas. (22, str. 98)

Při kontaktu s lidmi se zdravotním postižením pociťuje řada lidí určitou nervozitu a nejistotu. Neví, jak s takovým člověkem komunikovat a jak se k němu chovat. Ve zdravotnickém zařízení dochází k nepřesným sdělením, které mohou mít za následek zdravotní komplikace. Lékař předepíše neslyšícímu pacientovi lék, aby ho užíval třikrát denně, pro zdůraznění mu ještě ukáže tři prsty. Neslyšící může gesto pochopit jinak, a sice že má brát tři tablety najednou. Důsledky takového nedorozumění mohou být pro pacienta velmi závažné. (24, str. 133)

Pro zdravotnický personál jsou náročnější situace, kdy nastává komunikační deficit časově omezeného nebo trvalého charakteru. Pacienti se snaží adaptovat na svůj komunikační deficit. Způsoby jsou různé a mají různé efekty. Úkolem zdravotníků je určit rozsah omezení, nalézt vhodnou a přijatelnou metodu komunikace a podporovat jeho autonomii i v oblasti komunikace. Kromě poskytování informací je tu také snaha zajistit pacientům kontakt s okolím. Například příliš rušivých podnětů vyvolává u pacientů úzkost a zmatenost. Ve zdravotnickém zařízení je důležité, nejen abychom se „domluvili“, ale také aby komunikace byla bezpečná a důstojná. Může nastat situace, kdy zdravotník automaticky začne hovořit s průvodcem nebo hovoří s jedincem s postižením „přes průvodce“ (*„má pán občanský průkaz“?, „umí se pán podepsat“*?). Takové jednání je nemorální a vzniká nedůvěra u pacienta. (22, str. 99; 24, str. 133)

6.1 Pacient se zrakovou vadou

Těžká zraková vada může způsobit velký komunikační deficit. Ve zdravotnictví má pacient s těžkou zrakovou vadou velkou nevýhodu, protože kvůli svému handicapu nezíská úplné sdělení. Také je ochuzen o nonverbální sdělení. Samostatnost pohybu v prostoru nemocnice je narušena, což nepřispívá k dobré psychické kondici. Ve specializovaných zařízeních se využívá řada zvukových signalizací, které usnadňují orientaci.

Způsob vedení sestrou by měl být takový, že pacient položí ruku na rameno sestry, která mu umožní rameno vybrat a jde před ním. Je třeba pomyslet na bezpečnost cesty, která by neměla mít překážky, a je vhodné jít dále od zdi. Držení nesmí být těsné a nemělo by narušovat intimní zónu. Pokud jde o nemocného, který trpí úzkostí nebo je nestabilní, lze použít méně vhodný přístup: *Sestra drží za obě ruce pacienta, je k němu čelem a sama kráčí pozpátku.* Nevýhodou pro sestru je, že nevidí prostor za sebou, ale pro úzkostného pacienta je výhodou možnost vidět mu do tváře. Při vedení je nutné nezapomenout poskytovat informace. Není vhodné doprovázet pacienta za ruku a sunout ho před sebou. Je to nebezpečné, může narazit na překážku a dojít k pádu.

Zásady: navázat kontakt s pacientem jako první. Vždy se představit a uvádět svou profesi, nabídnout ruku a situaci komentovat. Předem pacienta informovat, co chceme udělat, a během ošetřování je nezbytné popisovat dění. Při vstupu do místnosti seznámit pacienta s prostředím, odstranit překážky, dveře otevírá zdravotnický personál jako průvodce a pacient zavírá. U zrakově postižených pacientů není třeba mluvit nahlas nebo pečlivě artikulovat. Oční kontakt s nevidomým je velmi důležitý, i když nevidí, pozná, že se díváme. O svém pohybu po místnosti kolem pacienta musíme informovat. Použití slova „vidět, kouknout, prohlédnout si“ je nedílnou součástí slovníku nevidomých. Věci nevidomého zůstávají tam, kde je položil – nemanipulovat s nimi bez jeho svolení, protože by mohl mít problém je následně najít. Pokud pacient potřebuje pomoc, nabídnout mu loket. Pokud je pacient na ošetření určitý čas, měl by být dodržen, abychom předešli úzkosti, nervozitě a obavám pacienta z neznámého prostředí. Pacient s vodícím psem má přístup do zdravotnického zařízení – na psa není vhodné mlaskat, krmit ho, hladit, hvízdat nebo na něj mluvit bez vědomí pacienta, pes je náhradou očí svého pána. Upozornit nevidomého na schodiště, ohlásit první a poslední schod apod. (22, str. 104-106; 23, str. 128-129)

6.2 Pacient se sluchovou vadou

Sluch umožňuje posluchači nejen verbální sdělení, ale také interpretaci zvuků z okolí. Sluch má v komunikaci nenahraditelnou roli a při ošetřování nemocných je nutná kvalitní komunikace. U nemocných s poruchou sluchu mohou existovat problémy s porozuměním řeči nebo neschopností mluvenou řeč ovládat. Osoba s těžkým sluchovým deficitem má omezený kontakt s okolním světem a oboustranná komunikace je velice náročná. Lidé s těžkým sluchovým postižením mohou používat ke komunikaci znakovou řeč, ale tu zdravotničtí pracovníci většinou neumějí. Mnohdy se spoléhají na to, že neslyšící odezírají (ne všichni ale umějí odezírat). Odezírání je velmi složité a může dojít k nedorozumění. Zásadní je oční kontakt. Snaha porozumět a obavy z nepochopení vyvolávají u neslyšícího úzkost a napětí. Ke komunikaci je vhodné použití mimiky a pantomimických projevů. Někdy postačí i kreativita (namalovat, co chceme sdělit). Je dobré nemít zbytečné zábrany a nevzdávat se komunikace.

Zásady: na sluchově postiženého pacienta nemluvit za jeho zády – je nutné udržet oční kontakt. Obličej musí být osvícen, protože zrak neslyšících je přetěžován při namáhavém odezírání. V přiměřené míře svá slova podpořit nonverbální komunikací – gesta, mimika obličeje. Mluvit pomalu a hlasitěji, ale nekřičet – křikem se ještě více sníží srozumitelnost. Pokud pacient požádá, abychom něco zopakovali, pokusit se najít jiná a vhodnější slova. Ve verbální komunikaci co nejméně používat zájmena, postižený by mohl ztratit orientaci v projevu. Důrazně artikulovat. Tvořit krátké věty a neužívat odbornou terminologii, protože neslyšící mají omezenou slovní zásobu. Zajistit možné prostředky ke komunikaci. Pokud pacient používá naslouchadlo, je třeba prověřit, zda správně funguje. Zajistit klidné prostředí a eliminovat rušivé podněty. Poskytnout možnost oddychu. Vyjádřit uznání a ocenit ochotu spolupracovat. Zeptat se, zda pacient rozumí a všimnout si neverbálních projevů. (22, str. 98-100; 23, str. 126; 31, str. 134)

Při odezírání je dobré mít ústa mluvícího v úrovni očí toho, kdo odezírá. U dospělých osob není vhodné, aby mluvící osoba seděla, když odezírající sedí. Tato výjimka neplatí pro děti. Neslyšící děti potřebují sledovat výraz obličeje a pohyby úst. Při komunikaci s dětmi je pokud možno potřeba mít tvář ve výšce očí dítěte. Ke stojícímu malému dítěti si dřepneme tak, aby dítě dobře vidělo do tváře. (31, str. 116)

6.3 Pacient s poruchou řeči

Narušená komunikační schopnost se netýká pouze verbální komunikace, zahrnuje také neverbální komunikaci. Často se jedná o závažné informace. Komunikace lidí s poruchami řeči je náročná na trpělivost a pozornost. Pro plánování ošetřovatelské intervence je důležité identifikovat konkrétně, o jaký typ poruchy komunikační schopnosti se jedná (afázie, mutismus, dyslalie, dysartrie aj.). Je potřeba poznat a pochopit pacienta jako člověka a zjistit jeho schopnosti a dovednosti. Nutné je oddělit nemocné, kteří odmítají komunikovat z psychosociálních důvodů, od nemocných, kteří mají potíže s mluvením nebo mluví nesrozumitelně. Porucha řeči působí na okolí devalvačně a mylně ji majoritní společnost pokládá za poruchu intelektu. Nemocný raději nemluví, aby neměl pocit trapnosti.

Zásady: dát pacientovi dostatek času, aby mohl obdržet informaci a formulovat myšlenku. Zaměřit se na komunikační schopnosti, které pacient má, a rozvíjet jeho dovednosti. Povzbuzovat a chválit. Dostatečně používat neverbální komunikaci. Pro odlehčení náročných situací použít laskavý humor. Snažit se pochopit, co chce pacient sdělit. Stručně mluvit o konkrétní věci. (22, str. 100; 23, str. 131, 134)

6.4 Pacient s mentální retardací

Jedinec s mentálním postižením prožívá odlišný psychosociální vývoj. Toto postižení je charakterizováno omezením intelektových funkcí a problémy adaptačního chování. Při jednání s jedinci s mentálním postižením je potřeba respekt. Nejčastější chybou v přístupu je používání zdrobnělin, nesdělování informací při ošetřování, netrpělivé reakce, pohrdání, hovor pouze s doprovodem apod.

Zásady: ke komunikaci s jedincem s mentálním postižením k něm přistupujeme trpělivě a empaticky a reagujeme na specifické potřeby pacienta. Nutno projevit zájem o kontakt s pacientem a během komunikace poskytnout okamžitou zpětnou vazbu. Zohledňujeme deficit v oblasti fonematické diferenciace, artikulace a porozumění řeči. V mluveném projevu se vyhnout zkratkám, cizím slovům a abstraktním pojmům. Zeptat se, zda pacient porozuměl. Používat nonverbální komunikaci a sledovat reakce pacienta. K pacientovi s mentálním postižením přistupujeme jako k jiným pacientům. (16, str. 17; 23, str. 100)

6.5 Pacient s tělesným postižením

Tělesně postižení lidé jsou konfrontováni s tím, že nikdy nebudou úplně zdraví. Jejich kvalita života je značně narušena a někteří jsou odkázáni na péči druhých osob. Jejich chování se může projevovat od odmítnutí pomoci až po závislost na celodenní péči jiné osoby. Lidé s tělesným postižením nepředstavují žádnou komunikační bariéru. Tělesné postižení se projevuje různými poruchami hybnosti a problémy se samostatným pohybem. Pro správný způsob komunikace je nutné zvážit, zda je tělesné postižení vrozené nebo získané a v jakém rozsahu se vyskytuje. Rozhodující je úroveň soběstačnosti, zejména pro sebeobsluhu je zásadní používání rukou. Pacient s tělesným postižením vyžaduje pozornost jako každý jiný pacient.

Zásady: respektovat autonomii pacienta. Pokud si myslíme, že potřebuje pomoc, vždy se nejprve zeptat, zda pomoc skutečně potřebuje. Zachovat společenská pravidla. Eliminovat v prostoru překážky. I přes netypické projevy, např. spasmy, předpokládat normální inteligenci pacienta. Pokud má pacient invalidní vozík, nezacházet s vozíkem bez jeho svolení a při komunikaci srovnat své zrakové „převýšení“. Pozitivně hodnotit a povzbuzovat pacienta. Pozorně sledovat verbální a nonverbální komunikaci. (22, str. 106; 23, str. 134)

7 KOMPENZAČNÍ POMŮCKY

Kompenzační pomůcky jsou produktem, zařízením či technickým systémem užívaným osobou s handicapem. Tyto pomůcky jsou určeny k vyrovnání funkčního omezení, zvyšují kvalitu života a hrají nezastupitelnou roli v životě osob se zdravotním postižením. Technické kompenzační pomůcky lze rozdělit na základě různých hledisek: podle počtu uživatelů (individuální nebo skupinové); situace, ve které se používají; technické náročnosti; způsobu využití a ceny. (30, str. 19)

7.1 Kompenzační pomůcky pro osoby se sluchovým postižením

Sluchadla patří mezi nejznámější a nejrozšířenější kompenzační pomůcku pro osoby se sluchovým postižením. Jejich účelem je přenos zvuku do vnitřního ucha tak, že sluchadla zvuk podle nastavení zesílí. Jsou určena pouze pro osoby se zachovalým zbytkem sluchu. Pro osoby s hluchotou nemají význam, protože ani s maximálním zesílením nedochází k sluchového vjemu. Součástí každého sluchadla je zdroj elektrické energie (baterie), zapínač, regulátor hlasitosti, přepínač indukčního snímače apod.

Podle vzhledu a tvaru se sluchadla dělí na krabičková (kapesní), brýlová, závěsná a nitroušní (boltcová, kanálová, zvukovodová). Součástí každého typu sluchadel jsou ušní tvarovky, které vyplňují prostor boltce tak, aby nedocházelo k úniku zesíleného akustického signálu a nežádoucím vjemům, např. pískání. Ušní tvarovka také udržuje samotné sluchadlo např. při svlékání, při pohybu atd. Materiály ušních tvarovek mohou být z měkkého (ohebného) nebo tvrdého (neohebného) materiálu. Na trhu je nabídka různých barevných provedení, tvarů (skrytý prsten, kapsa, slupka, skrytý třmen aj.) a mohou být individuální nebo univerzální.

Nejrozšířenějším typem sluchadel v České republice jsou sluchadla závěsná, též označovaná zkratkou BTE – Behind The Ear. Dosahují vysokého výkonu za příznivou cenu. Mají tvar půlměsíce a pomocí háčku se zavěšují za ucho. Jejich výhodami jsou dlouhá výdrž baterie, snadná manipulace a možnost využití sluchadla na obou uších. Nevýhodou je nápadnost a komplikace při současném používání dioptrických nebo slunečných brýlí. (32, str. 32-40)

Kochleární implantát je určen pro jedince zcela neslyšící. Je založen na elektrické stimulaci zachování vláken sluchového nervu, tím napodobují funkci poškozeného hlemýždě vnitřního ucha (kochley).

Kochleární implantát je rozdělen do dvou částí. Vnitřní část implantátu je tvořena z přijímače, který je uložen v jamce skalní kosti s 22 samostatnými elektrodami, které vedou do kochley. Vnější část je tvořena řečovým procesorem a vysílací cívkou, která je umístěna za boltcem a slouží k přenosu signálu do vnitřního přijímače. V kochley dochází ke stimulaci vláken sluchového nervu, která vede dále do sluchového centra v mozku. Kvalita kochleárních implantátů nedokáže dosáhnout kvality přirozené funkce zdravé kochley, která obsahuje desítky tisíc vlasových buněk.

Požadavek na využití kochleárních implantátů záleží na řadě faktorů. Nejzásadnější z nich je množství zachování nervových buněk ve vnitřním uchu a schopnost CNS zpracovávat informace. Jde o dlouhodobě a finančně náročný proces, na kterém se podílí multidisciplinární tým odborníků (ušní chirurg, foniatr, audiolog, logoped, psycholog, kliničtí inženýři a sociální pracovníci). V době předoperační přípravy zahrnuje řadu odborných vyšetření zaměřených na charakter sluchové vady, hodnocení komunikačních schopností, vyšetření sluchových drah počítačovou tonografií (CT) a magnetickou rezonancí (MR). Celková příprava trvá 3 týdny včetně týdenního pobytu v nemocnici a 1-2 týdny trvajícího pobytu v domácím prostředí. Zhruba 4-6 týdnů po operaci je implantát zapojen a předběžně naprogramován řečový procesor podle potřeby pacienta. Následuje dlouhodobá rehabilitace, která se skládá ze tří fází: detekce (zjištění), diskriminace (rozlišování) a identifikace (poznání). Doba trvání rehabilitace je individuální. Díky sluchové kontrole se zlepšuje vlastní výslovnost, melodie, rytmus a tempo řeči. (32, str. 51, 54)

7.2 Kompenzační pomůcky pro osoby se zrakovým postižením

Tyflotechnika je soubor přístrojů a pomůcek pro osoby se zrakovým postižením. Škála kompenzačních pomůcek je široká a kompenzační pomůcky se dělí na optoelektronické pomůcky, výpočetní techniku, mobilní telefony, digitální záznamníky, pomůcky pro usnadnění mobility a pomůcky pro zápis Braillova písma. (32, str. 75)

Lupa je běžně užívanou pomůckou, která kompenzuje lehkou slabozrakost. V současné době se lupy rozdělují na lupy do ruky, stojánkové a příložné lupy. Lupy do ruky a stojánkové lupy mohou mít zabudované malé osvětlení a není potřeba dosvětlovat. Zvětšení u stojánkové lupy se pohybuje 3-20krát (Sagitta Ltd, s.r.o.), 6-10krát (Eschenbach Optik, spol. s.r.o.) a 10krát (Dioptria, a.s. Trutnov). Lupy do ruky jsou oblíbené z důvodu přenosu na cestách, na pracovišti a doma. Na trhu se můžeme setkat s řadou modelů k všestrannému využití s různým zvětšením, které se pohybuje 2-10krát

podle konkrétní skupiny. Lupa do ruky s automatickým osvětlením se snadno ovládá a je vhodná pro uživatele v pokročilém věku. Princip spočívá v rukojeti, která se při uchopení zapne a sama se vypne při uvolnění. Rozsah zvětšení je 3-11násobný. (32, str. 83; 33, str. 13-18)

Turmon je monokulární kukátko, které je určeno pro dívání se do dálky a čtení nápisů (názvy ulice, infomační cedule apod.). Monokulár poskytuje vysokou kvalitu obrazu a poskytuje jemné ostření od minimální vzdálenosti. Díky až osminásobnému zvětšení umožňuje čtení i pro lidi s centrálním výpadkem v zorném poli. (32, str. 83; 33, str. 23)

7.2.1 Optoelektronické pomůcky

Optoelektronické pomůcky jsou tzv. kamerové lupy. Obvykle je předepisováno nedostačující množství optických pomůcek. Někdy se můžeme setkat s názvem kamerové zvětšovací televizní lupy. Podle typu kamery je prohlížení na obrazovce barevné nebo černobílé. Zvětšování je automatické nebo manuální podle výrobce v rozmezí 2,5-50krát. (is.jabok.cz [online])

7.2.2 Výpočetní technika

Výpočetní technika slouží uživateli nejen ke čtení a poslechu, ale i k zaznamenání poznámek, adres, telefonních čísel, soukromých záznamů. Počítačové pomůcky jsou víceúčelové a na jejich náročnosti se odráží i cena. Počítače pracují na operačních systémech MS Windows, Linux nebo Mac OS X. Do softwarového vybavení patří digitální zvětšovací lupy (určeny pro slabozraké), digitální zvětšovací lupy s hlasovou podporou a odečítače obrazovky (screen-reader). Uživatelé mohou používat stolní nebo přenosné počítače (notebook, netbook).

Braillský řádek je hardwarové zařízení ve tvaru kvádru, můžeme se také setkat s názvem hmatový displej. Zařízení funguje tak, že jednotlivé znaky zobrazené na monitoru počítače převádí do Braillova bodového písma. Nad každým znakem braillského řádku jsou umístěná dotyková tlačítka, kterými lze simulovat kliknutí či poklepání myší na konkrétním místě obrazovky. Nejčastěji se používají řádky 20, 40 nebo 80znakové. Používání tohoto zařízení předpokládá znalost práce s počítačem a aktivní čtení Braillova bodového písma. Tato pomůcka je vhodná především pro uživatele pracující s odbornými a rozsáhlými texty (studenti, právníci,

překladatelé atd.). Pořizovací cena se pohybuje od 85 000 do 150 000 Kč. (Blindfriendly [online], 33. str. 51)

Braillská tiskárna umožňuje oboustranný tisk textu v šestibodovém nebo osmibodovém Braillově písmu. K počítači se připojuje běžným způsobem a před samotným tiskem je potřeba mít na počítači nainstalovaný program WinBraille, který upravuje text do Braillské normy. (33, str. 52)

Zápisníky v podobě speciálních zařízení mají kromě braillské klávesnice také i hlasový výstup. Výhodou těchto zařízení je dlouhodobý provoz bez napájení baterie. Disponují všemi potřebnými funkcemi, se kterými se můžeme setkat i u běžných zápisníků: editor textů, diář, adresář, správa pošty či kalkulačka. V České republice je populární hlasový záznamník jménem Gin, který umožňuje funkce, jako jsou aktuální čas a datum, budíky a stopky. Součástí je také telefonní seznam, do kterého lze zapisovat jména, adresy a čísla. Novinkou zařízení je podpora čtečky paměťových karet, tzv. SD karet. (33, str. 54)

7.3 Pomůcky pro usnadnění mobility

Bílé hole plní čtyři základní funkce:

- *Signalizační funkce* - upozorňuje kolemjdoucí nebo řidiče na osobu s těžkým zrakovým postižením a je nutné brát ohled a podle potřeby poskytnout pomoc;
- *Ochranná funkce* - hůl upozorňuje na překážku v dostatečném předstihu a chrání před případným střetem;
- *Orientační funkce* - vyhledává hmatatelné body a napomáhá k prostorové orientaci samotného pohybu nevidomých osob;
- *Opěrná funkce* - je prostředkem opory pro starší a nemocné zrakově postižené osoby.

Každý typ hole může naplňovat dvě nebo tři funkce. Bohužel neexistuje „univerzální bílá hůl“, u které lze očekávat, že jeden typ hole bude naplňovat všechny funkce. Z těchto důvodů se bílé hole rozdělují do tří skupin:

Orientační hole - jsou dlouhé 110-140 cm, zakončené pevnou nebo rotační koncovkou. Tyto hole mohou být skládací, pevné, teleskopické nebo kombinované. Zajišťují dostatečný odstup od překážek a bezpečnost uživatele. Jsou cenným zdrojem sluchových a hmatových informací (povrch, materiál, zvuk). Skládací hole mohou být doplněny elektronikou bočních signálů, která je umístěná v trubce pod rukojetí.

Signalizační hole - jsou krátké a tenké s nevýraznou koncovkou. Využívají se při chůzi s průvodcem, vodícím psem, pohybu po interiéru a pro označení slabozrakých osob, např. v dopravě. Signalizační hole plní ochrannou funkci a občas se mohou využívat i k vyhledávání orientačních bodů, které jsou velmi omezené.

Opěrné hole - jsou krátké s masivní konstrukcí. Na rozdíl od orientačních a signalizačních holí mají protiskluzovou gumovou koncovku. Jsou určeny zpravidla starším lidem. Plní funkci opěrnou a signalizační. (TyfloCentrum Praha, o.p.s. [online]; 33, str. 67-69)

Vodící pes - urychluje a zjednodušuje pohyb na trasách i v nepřehledných místech. Žadatel o psa musí vědět, kam jde, kde se pohybuje a co přesně má pes dělat. Pokud dobře zná svou orientaci i svého psa, není potřeba se tolik soustředit jako při pohybu s holí. Pes je dobrým pomocníkem, ale není náhradou hole. Je pouze prostředníkem, který přispívá k soběstačnosti vzhledem k okolí a při navazování společenských kontaktů. Držitel vodícího psa musí mít reálné představy o psovi, být psychicky vyrovnaný, fyzicky zdatný a schopný se o psa starat. (33, str. 73-74)

7.4 Pomůcky pro zápis Braillova písma

Psací stoje pro nevidomé - tzv. Pichtův psací stroj se od běžného psacího stroje liší tím, že umožňuje psaní textů Braillovým písmem. Šestibodový znak Braillova písma odpovídá šesti klávesám, které jsou rozděleny mezerníkem na dvě skupiny po třech. Na psaní se používá slepecký papír ve formátu A4. Na zakázku lze vyrobit psací stroj ovládaný jednou rukou (pravoruční, levoruční). Tyto stroje mají uplatnění u postižených, u nichž není možné využívat jednu ruku ke psaní (amputace, paréza jedné ruky).

Tabulky na psaní Braillova písma slouží k rychlému zpracování informací. Jsou vyrobeny z plastu nebo kovu a obsahují pláty, které se dají rozevírat. Ve spodní straně plátu jsou prohlubně do šestibodových znaků, které jsou seřazené do řádku. Slepecký papír se vloží mezi jednotlivé pláty a přiklopí se, pomocí bodátka se vytlačují jednotlivé znaky Braillova písma.

K výuce Braillových znaků jsou k dispozici kolíčková písanka, šestibod nebo B-kostka. Umožňují vysvětlení základních znaků písma a jejich zápis ve hmatové formě. Podkladem výuky jsou slabikáře a čítanky. (33, str. 77-78, 80)

8 KOMPENZAČNÍ POMŮCKY PRO OSOBY S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

Pro výběr kompenzačních pomůcek je nutné zvážit řadu kritérií: funkčnost pomůcky, věk, pohlaví, potřeby uživatele a kvalitu pomůcek. Ortopedická protetika je medicínsko-technický obor, který se zabývá výrobou ortopedické obuvi, epitéz[13], dlah, ortéz, protéz a pomůcek pro denní činnosti (adjuvatika). Protézy se využívají u osob s amputací končetin a s některými vrozenými vadami končetin. Přikládání protéz se doporučuje provádět co nejdříve po chirurgickém zákroku. Nácvik kompenzačních pomůcek je součástí ergoterapie. „Ergoterapeuti usilují o zachování schopnosti jedince potřebné pro zvládání běžných denních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoliv věku s různým typem postižení (fyzické, smyslové, psychické, mentální nebo sociální znevýhodnění) a jejich cílem je zachování soběstačnosti jedince.“ (32, str. 115; ČAE – Česká asociace Ergoterapeutů [online])

Pomůcek pro lokomoci je na výběr celá řada: berle, hole, vícebodové opěrky nebo ortopedické vozíky. Hole zajišťují stabilitu jedince, který má dostatečnou sílu v zápěstí, a používají se na odlehčení postižené končetiny. Chůze probíhá podle schématu: posun postižené končetiny, hůl a přísun zdravé končetiny. Berle zatěžují méně dolní končetiny. Druhy berlí jsou podpažní, francouzské a kanadské. Berle francouzské mají na předloktí objímku pod loktem. Berle kanadské tvoří objímku v uzavřeném kruhu a jsou vyráběny z kůže. Berle a hole mají na konci gumovou násadku, aby nedošlo ke skluzu. Vícebodové opěrky mají na konci čtyřbodové paprsky. Chodítka mají větší stabilitu než vícebodové opěrky. Jedná se o rám se čtyřmi opěrnými body.

Ortopedický vozík se využívá u osob s částečnou nebo úplnou imobilitou. Stal se symbolem označení tělesného postižení. Vozíky se dělí na mechanické a elektrické.

U elektrických vozíků je ovládání méně náročné a přizpůsobuje se možnostem konkrétního uživatele. Může být ovládán také dálkově druhou osobou. Některé vozíky mají speciálně vyrobenou ortézu pro sed.

Velmi specializovanou oblastí je sportovní vozík neboli handbike, který je určen pro sportovní aktivity. Vyžaduje se alespoň základní povědomí o jednotlivých sportech pro zdravotně postižené. (Handbike aneb i vozíčkáři mohou jezdit na kole. NaKole.cz [online])

[13]Epitéza – kosmetická náhrada chybějících částí těla, např. prstů

PRAKTICKÁ ČÁST

9 FORMULACE PROBLÉMU

V praktické části své bakalářské práce jsem se rozhodla zaměřit se na informovanost studentů ze středních škol o zdravotním postižení. Mnoho lidí a zdravotníků jsou nejistí, jak se ke zdravotně postiženému jedinci zachovat.

Každý jedinec se zdravotním postižením prožívá svůj handicap jinak. Považuji za důležité, aby studenti byli dostatečně informováni o jednotlivých zdravotních postiženích a uvědomovali si, že tito lidé nestojí o soucit, ale o porozumění a o případnou pomoc v oblastech, kde si sami nevystačí.

10 CÍL VÝZKUMU

Hlavním cílem bylo zjistit, jaká je úroveň informovanosti studentů na středních školách v Plzni o zdravotním postižení osob.

10.1 Dílčí cíle a předpoklady

Cíl č. 1: Zjistit, s jakým počtem a druhem zdravotně postižených osob přicházejí studenti do kontaktu.

Předpoklad č. 1: Předpokládám, že studenti zdravotnických škol disponují rozdílnými postoji ke zdravotně postiženým než studenti z gymnázií.

Otázky č.: 3, 4, 5, 6, 7

Cíl č. 2: Zjistit, jestli vzdělání ve zdravotnických oborech ovlivňuje postoje studentů ke zdravotně postiženým osobám.

Předpoklad č. 2: Předpokládám, že studenti zdravotnických oborů mají ucelenější informace o zrakově postižených osobách než studenti gymnázií.

Za znalost jsou považovány 3 správné odpovědi ze 4.

Otázky č.: 8, 9, 18, 23

Předpoklad č. 3: Předpokládám, že studenti zdravotnických oborů znají více komunikačních dovedností se sluchově postiženými osobami než studenti gymnázií.

Za znalost jsou považovány 3 správné odpovědi ze 4.

Otázky č.: 13, 14, 15, 19

Předpoklad č. 4: Předpokládám, že studenti zdravotnických oborů mají více informací o mentálně postižených osobách než studenti gymnázií.

Za znalost jsou považovány 2 správné odpovědi ze 3.

Otázky č.: 10, 16, 17

Předpoklad č. 5: Předpokládám, že studenti zdravotnických oborů jsou lépe informováni o osobách s poruchami řeči než studenti gymnázií.

Za znalost jsou považovány 2 správné odpovědi ze 3.

Otázky č.: 20, 21, 22

Cíl č. 3: Zjistit, zda existuje souvislost mezi odborným vzděláním všeobecných sester a informovaností studentů o zdravotním postižení občanů.

Předpoklad č. 6: Studenti zdravotnických oborů znají odborné názvosloví tělesně postižených osob lépe než studenti gymnázií.

Za znalost je považována 1 správná odpověď ze 2.

Otázky č.: 11, 12

11 CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Osloveni byli studenti třetího a čtvrtého ročníku církevního gymnázia a střední zdravotnické školy oboru Zdravotnické lyceum a Zdravotnický asistent. Dotazník byl proveden v elektronické podobě na serveru www.google.com.

12 METODA SBĚRU DAT

Při zpracování své bakalářské práce jsem se rozhodla pro kvantitativní výzkumné šetření.

„Kvantitativní výzkum pracuje s číselnými údaji. Zjišťuje množství, rozsah nebo frekvenci výskytu jevů, resp. jejich míru (stupeň). Číselné údaje se dají matematicky zpracovat. Je možno je sčítat, vypočítat jejich průměr, vyjádřit je v procentech nebo použít další metody matematické statistiky.“ (35, str. 23)

Dotazník byl složen z 23 otázek. Z toho bylo 21 otázek uzavřených a 2 polouzavřené. Pokud není uvedeno jinak, mají studenti zvolit vždy pouze jednu odpověď. V otázkách č. 1-2 jsem zjišťovala identifikační údaje a zbytek otázek (č. 3-23) byl sestaven na základě 3 cílů a 6 stanovených hypotéz.

13 ORGANIZACE VÝZKUMU

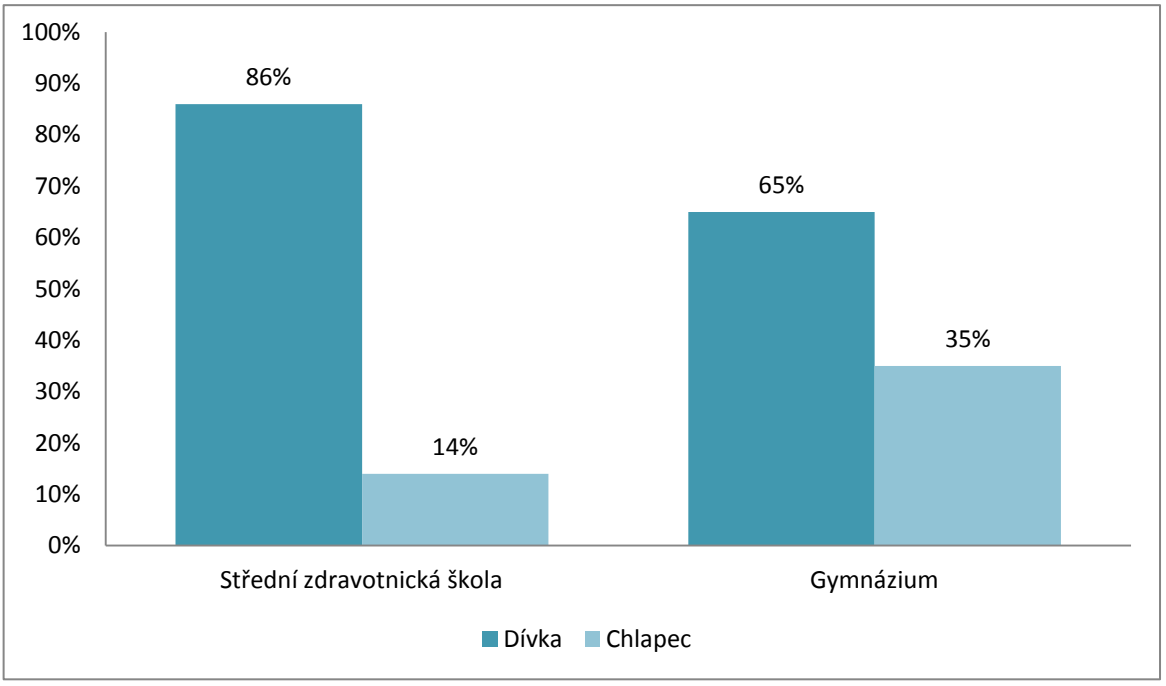
Výzkumné šetření probíhalo v období únor – březen. Dotazníky byly rozdány v elektronické podobě a byly anonymní. Získané údaje jsem zpracovala podle stanovených otázek do grafů pomocí programů Microsoft Excel a Word. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 129 studentů. Vyřadit jsem musela 4 studenty. Konečný počet respondentů je tedy 125.

Dotazník je součástí práce a je k nahlédnutí v příloze č. 1.

14 ANALÝZA ÚDAJŮ

Obrázek 1: Vaše pohlaví

Graf 1: Pohlaví studentů



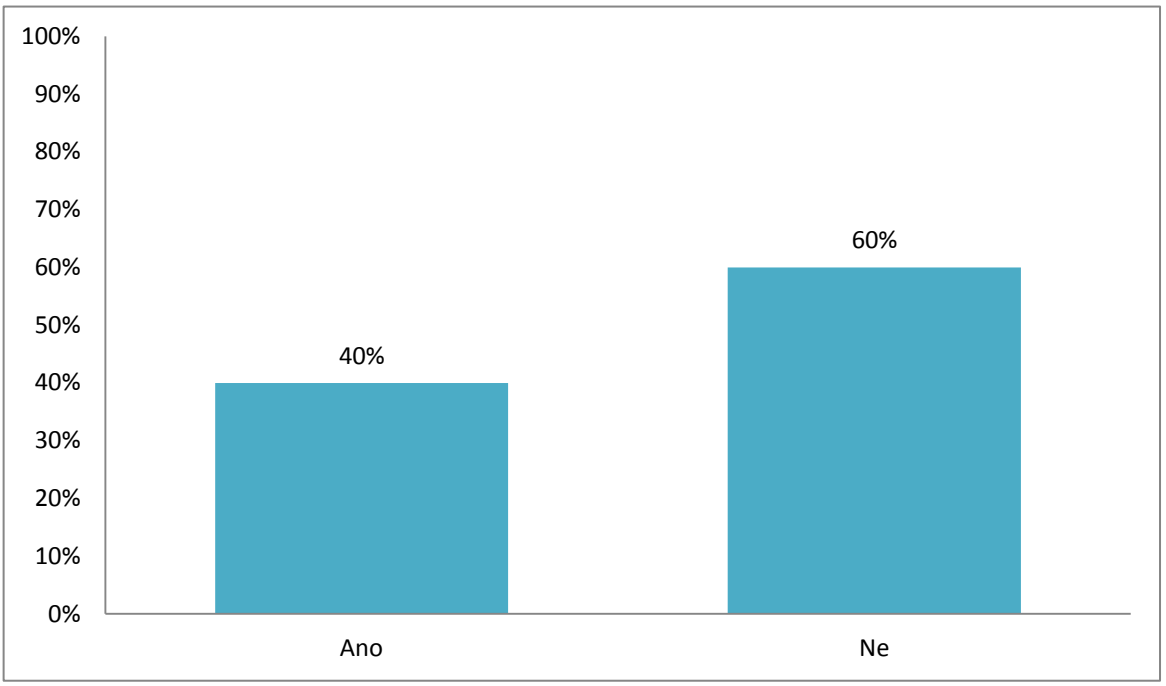
Zdroj: Vlastní

Shrnutí:

V 1. otázce jsem zjišťovala genderovou strukturu dotazovaných studentů. Studenti měli na výběr 2 možnosti, které tvořily kategorie muž a žena. Z celkových 125 studentů (100 %) bylo 33 chlapců (27 %) a 92 děvčat (73 %). U střední zdravotnické školy se jednalo o 7 mužů (14 %) a 43 žen (86 %). U gymnázia šlo o 26 chlapců (35 %) a 49 děvčat (65 %).

Obrázek 2: Studujete školu se zaměřením na zdravotnické vzdělání?

Graf 2: Studenti střední zdravotnické školy



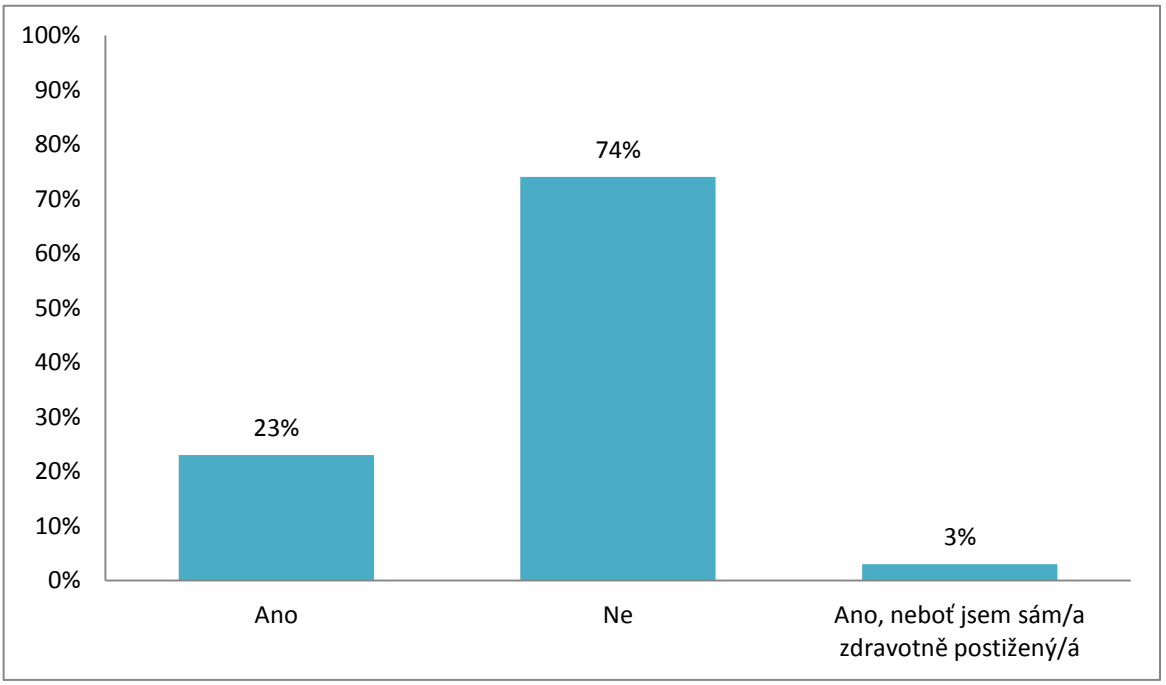
Zdroj: Vlastní

Souhrn:

Z celkového počtu 125 studentů (100 %) bylo 50 studentů zdravotnického oboru (40 %) a 75 studentů gymnázia (60 %).

Obrázek 3: Máte ve svém okolí (rodina, práce, kamarádi) zdravotně postiženou osobu?

Graf 3: Zdravotně postižená osoba ve svém okolí



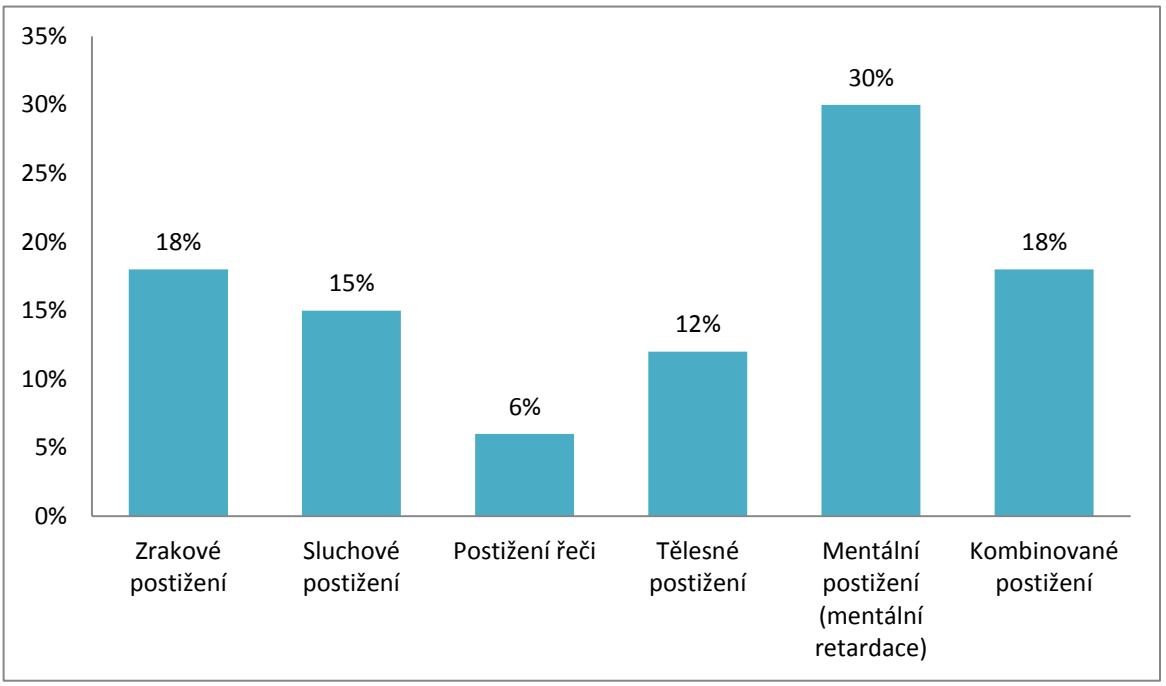
Zdroj: Vlastní

Souhrn:

Při vyhodnocení této otázky došlo k mírnému překvapení. 92 studentů (74 %) se nesetkává se zdravotně postiženou osobou ve svém okolí. 29 studentů (23 %) má ve svém okolí zdravotně postiženou osobu. Zajímavá informace je, že 4 studenti (3 %) mají sami zdravotní postižení.

Obrázek 4: Pokud ano, o jaké zdravotní postižení dané osoby se jedná?

Graf 4: Druh zdravotního postižení



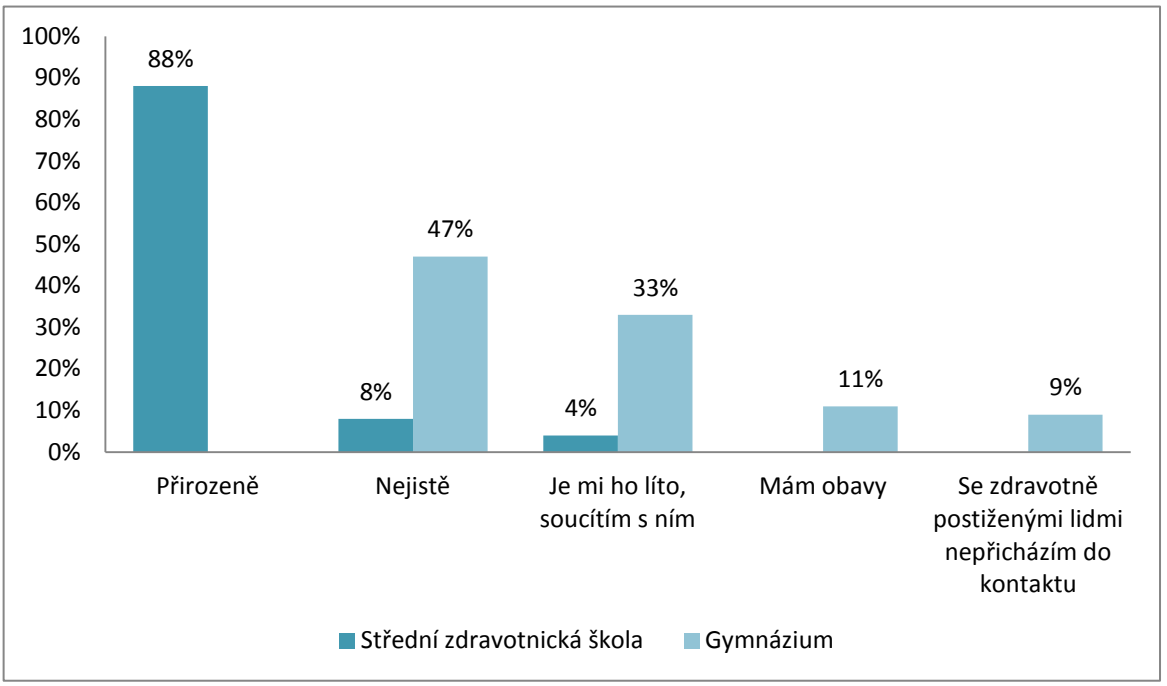
Zdroj: Vlastní

Souhrn:

Při vyhodnocení této otázky jsem z celkového počtu 125 studentů (100 %) vybrala 33 studentů (26 %), kteří v předchozí otázce označili možnost „Ano“ a možnost „Ano, neboť jsem sám/a zdravotně postižený/á“. Nejvíce zastoupená byla skupina studentů, kteří označili mentální retardaci, a to 10 studentů (30 %). Tělesné postižení uváděli 4 studenti (14 %). Zrakové postižení uvádělo 6 studentů (18 %). Sluchové postižení bylo vybráno 5 studenty (15 %) a kombinované postižení vybralo 8 studentů (18 %). Postižení řeči bylo vybráno 2 studenty (6 %).

Obrázek 5: Jak se v přítomnosti takto zdravotně postiženého člověka cítíte?

Graf 5: Pocit v přítomnosti zdravotně postižené osoby



Zdroj: Vlastní

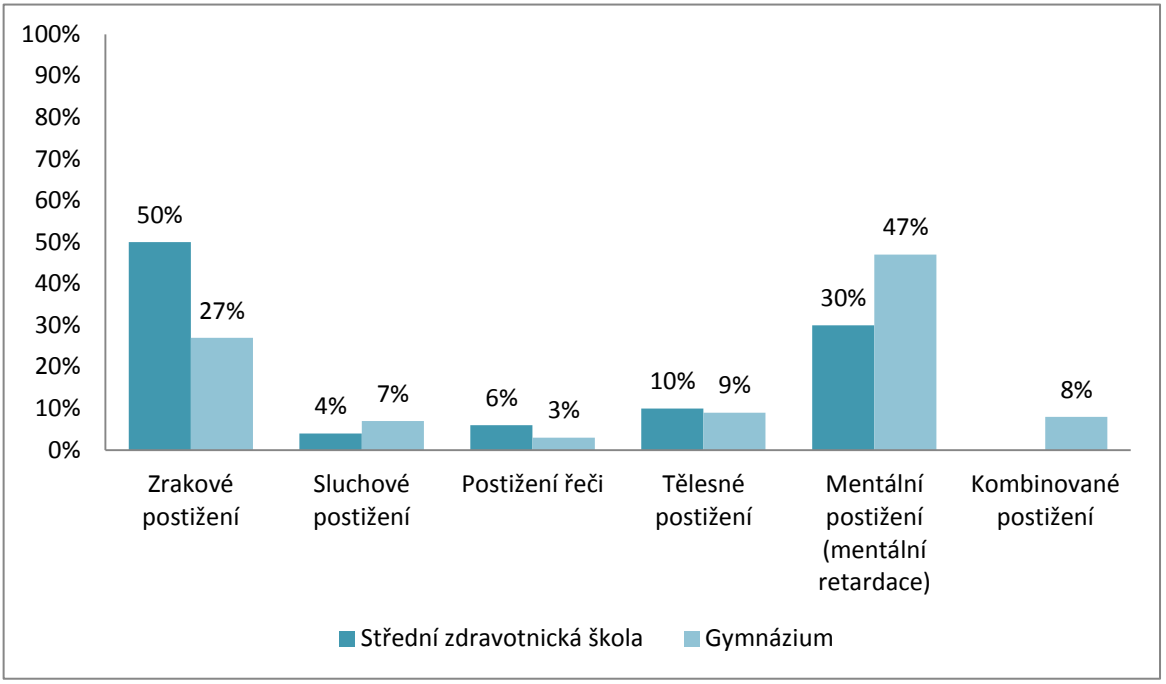
Souhrn:

Zde bylo vybráno všech 125 studentů (100 %). Po vyhodnocení této otázky bylo zjištěno, že studenti ze zdravotnického oboru na tuto otázku označili ve většině případů odpověď „Přirozeně“ - 44 studentů (88 %), odpověď „Nejistě“ vybrali 4 studenti (8 %) a „Je mi ho líto, soucítím s ním“ 2 studenti (4 %).

Studenti gymnázia uvedli, že 35 studentů (47 %) mají pocit nejistoty, 25 studentů (33 %) pociťují lítost a soucit s postiženou osobou, 8 studentů (11 %) mají obavy a 7 studentů (9 %) nepřicházejí se zdravotně postiženými lidmi do kontaktu.

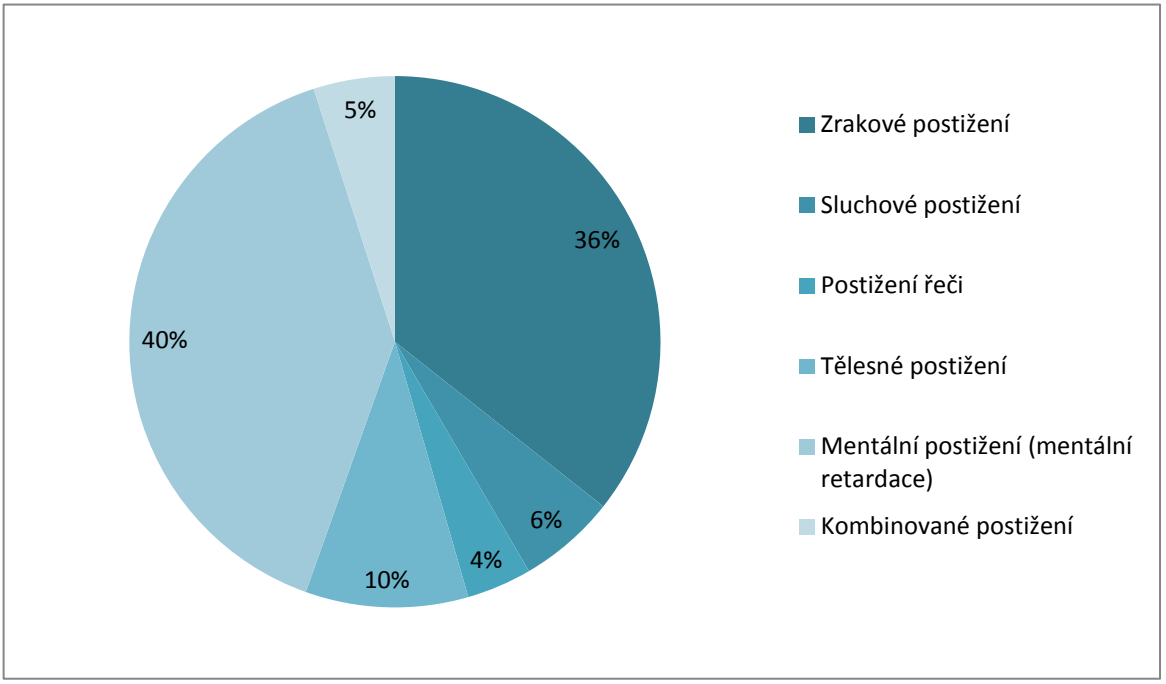
Obrázek 6: Jaké zdravotní postižení je podle Vás nejzávažnější?

Graf 6: Nejzávažnější druh zdravotního postižení



Zdroj: Vlastní

Graf 7: Nejzávažnější druh zdravotního postižení (celkový počet – 125)



Zdroj: Vlastní

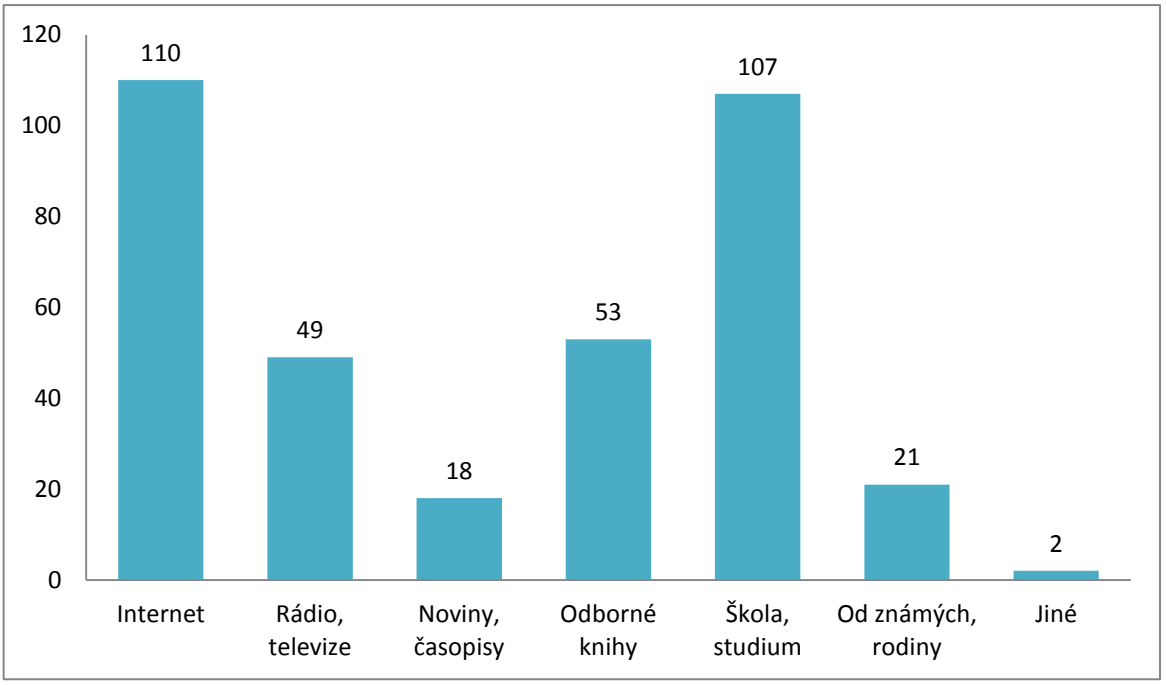
Souhrn:

Závažným druhem zdravotního postižení se mělo na mysli, jak se zdravotně postižený jedinec vyrovnává se svým handicapem, jak se adaptuje na majoritní společnost a na běžný život.

Pokud jde o tuto otázku, došli studenti k podobným závěrům. Z celkového počtu studentů 125 (100 %) považovalo 50 studentů (40 %) za nejzávažnější druh zdravotního postižení mentální retardaci, z toho bylo 15 studentů zdravotnické školy (30 %) a 35 studentů gymnázia (47 %). Za druhý nejzávažnější druh zdravotního postižení označili studenti zrakové postižení, a to celkem 45 studentů (36 %). Tuto možnost zvolilo 25 studentů zdravotnické školy (50 %) a 20 studentů gymnázia (27 %). Naopak za nejméně závažné zdravotní postižení považovali postižení řeči – tuto odpověď zvolilo pouze 5 studentů (4 %) .

Obrázek 7: Kde získáváte informace o problematice zdravotně postižených lidí?

Graf 8: Způsob získávání informací o zdravotně postižených osobách



Zdroj: Vlastní

Tabulka 1: Způsob získávání informací o zdravotně postižených osobách

Využívanost informačního média		Procentuální zastoupení na školách	
		Střední zdravotnická škola	Gymnázium
Internet	31 %	70 %	100 %
Rádio, televize	14 %	38 %	40 %
Noviny, časopisy	5 %	22 %	9 %
Odborné knihy	15 %	86 %	13 %
Škola, studium	23 %	100 %	76 %
Od známých, rodiny	6 %	26 %	11 %
Jiné	1 %	4 %	0 %

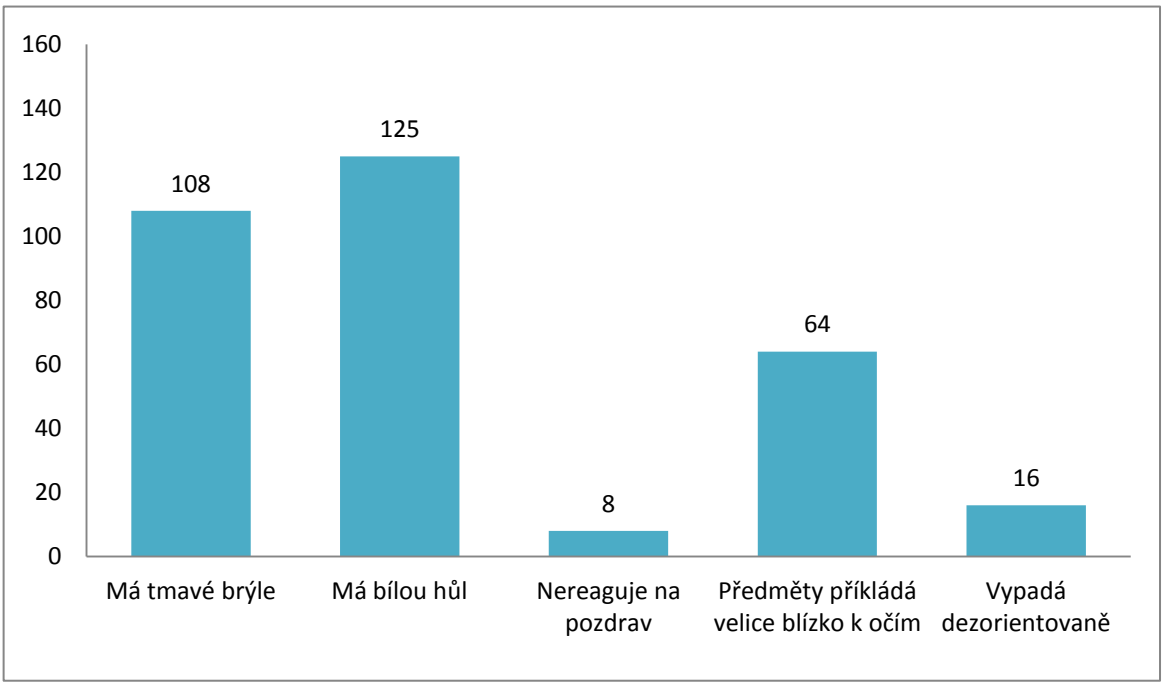
Zdroj: Vlastni

Souhrn:

U této otázky bylo možno označit více odpovědí. V rámci vyhodnocení je patrné, že nejvíce relevantních informací lze získat z internetu, televizí, odborných knih, při studiu a na školách. Zajímavé bylo srovnání odpovědí studentů gymnázia a studentů zdravotnických oborů. Všichni studenti zdravotnických oborů označili odpověď „Odborné knihy“, z toho 43 studentů (86 %) pak i odpověď „Škola, studium“. Naproti tomu všichni studenti gymnázia označili odpověď „Internet“, z toho 57 studentů (76 %) pak vybralo i odpověď „Škola, studium“.

Obrázek 8: Z čeho lze usoudit, že osoba vykazuje známky zrakového postižení?

Graf 9: – Znaky zrakového postižení



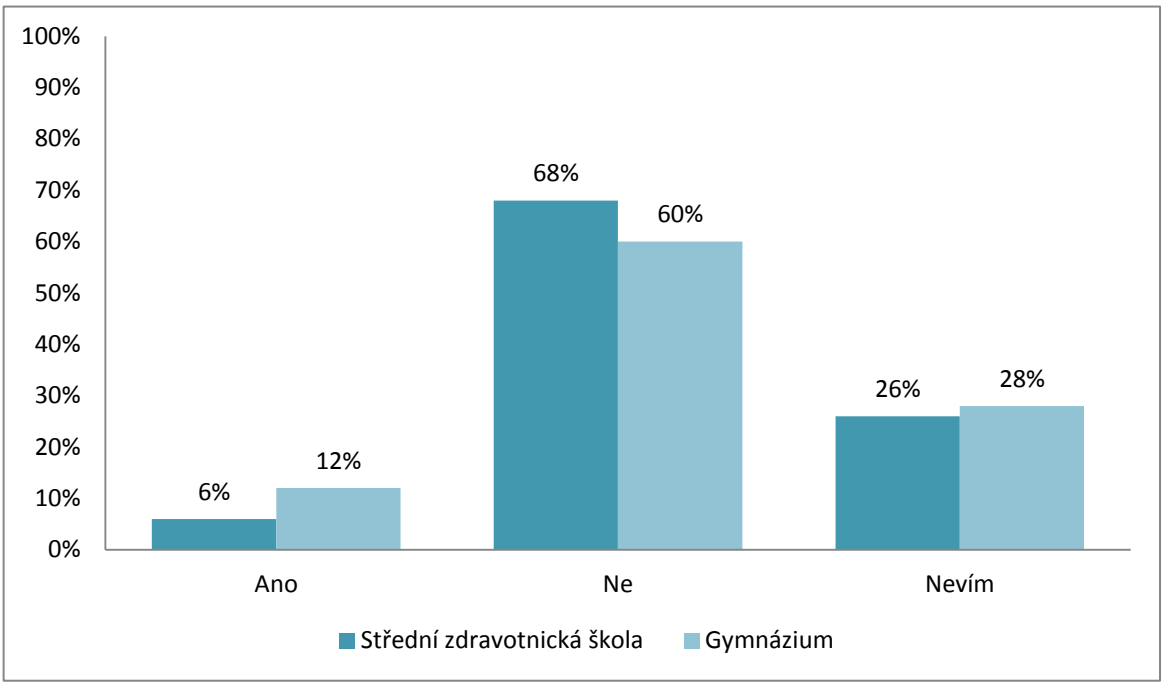
Zdroj: Vlastní

Souhrn:

U této otázky bylo možno zvolit opět více odpovědí. Všichni studenti označili odpověď „Má bílou hůl“ z celkového počtu odpovědí 40 % a 108 (34 %) z celkového počtu odpovědí možnost „tmavé brýle“. 8 studentů (2 %) odpovědělo „Nereaguje na pozdrav“, 64 studentů (20 %) odpověděli „Předměty přikládá velice blízko očím“ a 16 studentů (5 %) odpověděli „Vypadá dezorientovaně“.

Obrázek 9: Vidí nevidomí pouze tmu?

Graf 10: Vidí nevidomí pouze tmu?



Zdroj: Vlastní

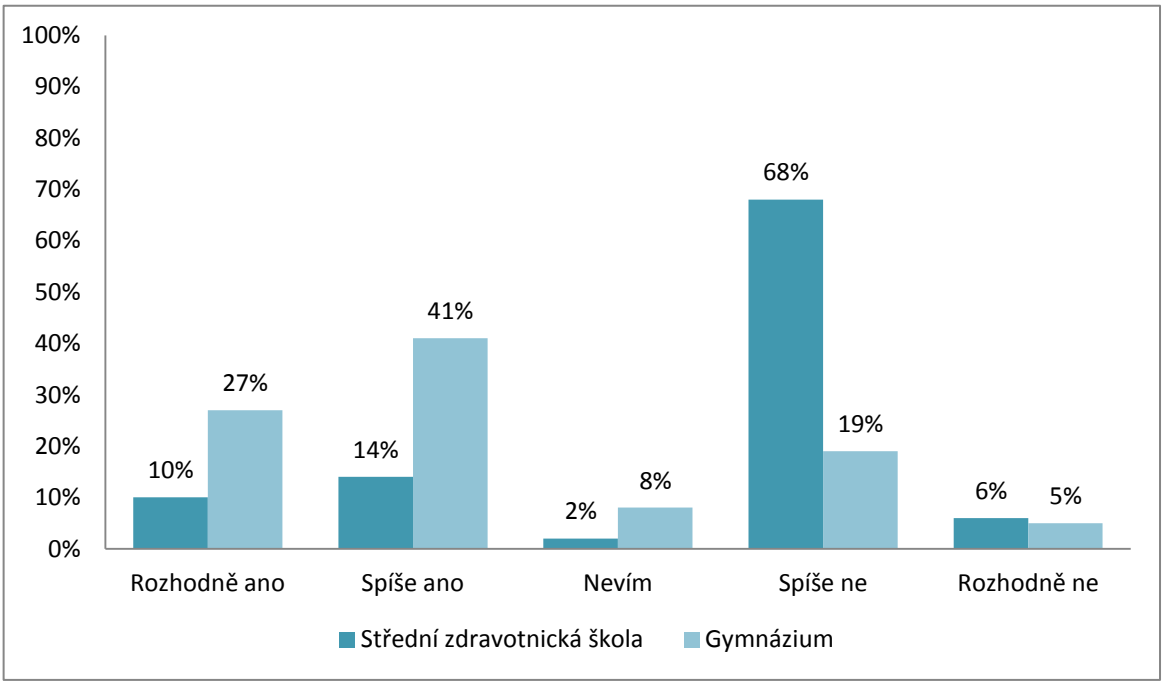
Souhrn:

Zde byla správná odpověď „Ne“, kterou zvolilo 79 studentů (63 %). Odpověď „Ano“ označilo 12 studentů (10 %), odpověď „Nevím“ označilo 34 studentů (27 %).

Studenti ze zdravotnického oboru uvedli: 3 studenti „Ano“ (6 %), 34 studentů „Ne“ (68 %) a 13 studentů „Nevím“ (26 %). Studenti gymnázia uvedli: 9 studentů „Ano“ (12 %), 45 studentů „Ne“ (60 %) a 21 studentů „Nevím“ (28 %).

Obrázek 10: Jsou podle vás lidé s lehkým mentálním postižením závislí na pomoci druhých lidí?

Graf 11: Autonomie u jedince s lehkým mentálním postižením



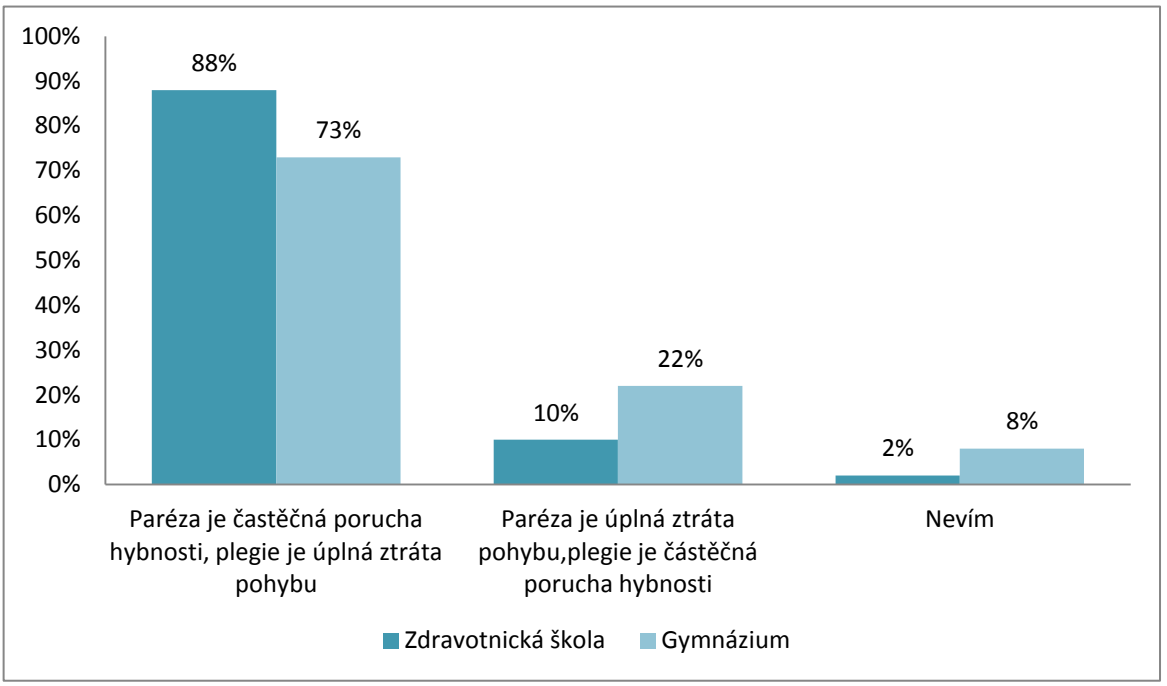
Zdroj: Vlastní

Souhrn:

U studentů zdravotnické školy bylo 5 odpovědí „Rozhodně ano“ (10 %), 7 odpovědí „Spíše ano“ (14 %), 1 odpověď „Nevím“ (2 %), 34 odpovědí „Spíše ne“ (68 %) a 3 odpovědi „Rozhodně ne“ (6 %). Studenti gymnázia uvedli 20 odpovědí „Rozhodně ano“ (27 %), 31 odpovědí „Spíše ano“ (41 %), 6 odpovědí „Nevím“ (8 %), 14 odpovědí „Spíše ne“ (19 %) a 4 odpovědi „Rozhodně ne“ (5 %).

Obrázek 11: Jaký je rozdíl mezi parézou a plegií?

Graf 12: Definice parézy a plegie



Zdroj: Vlastní

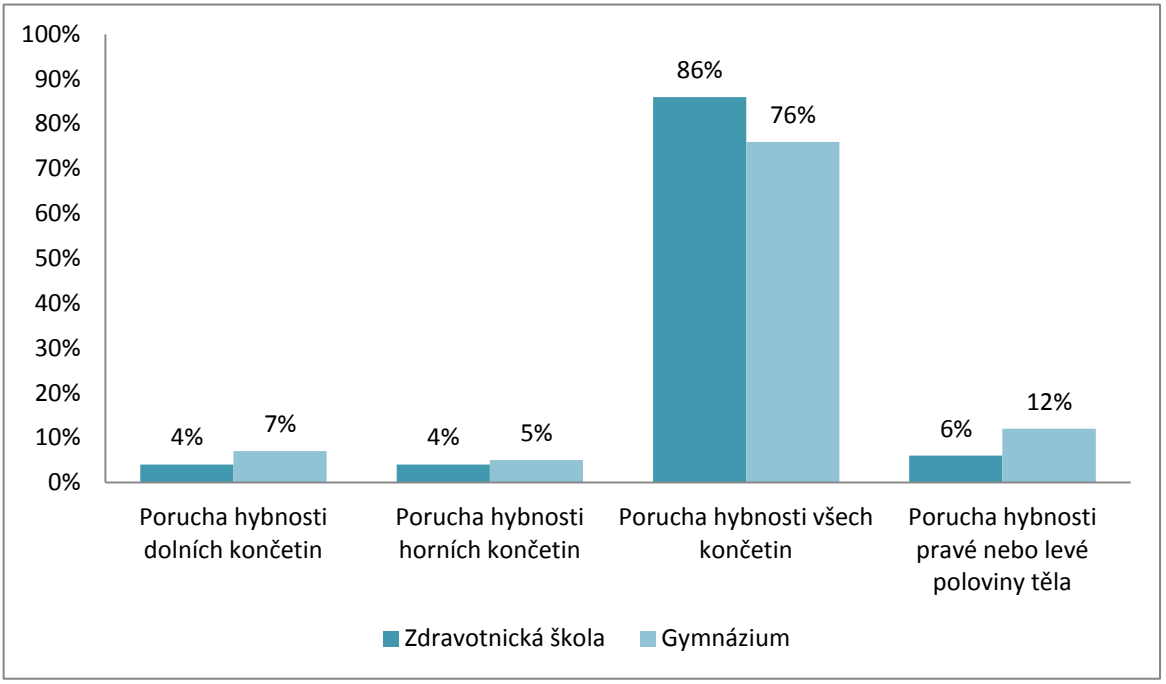
Souhrn:

Ze 125 dotazovaných studentů (100 %) odpovědělo 99 (79 %) „Paréza je částečná porucha hybnosti, plegie je úplná ztráta pohybu“, v 17 případech (14 %) studenti odpověděli „Paréza je úplná ztráta pohybu, plegie je částečná porucha hybnosti“. Pouze 9 studentů (7 %) uvedlo, že neví definici parézy a plegie.

Správná odpověď je možnost „Paréza je částečná porucha hybnosti, plegie je úplná ztráta pohybu“. Správně odpovědělo 44 studentů zdravotnické školy (88 %) a 55 studentů gymnázia (73 %). 5 studentů zdravotnické školy (10 %) a 12 studentů gymnázia (16 %) zvolilo odpověď „Paréza je úplná ztráta pohybu, plegie je částečná porucha hybnosti“. 8 studentů gymnázia (11 %) a 1 student zdravotnické školy (2 %) zvolili odpověď „Nevím“.

Obrázek 12: Co znamená kvadruplegie?

Graf 13: Definice kvadruplegie



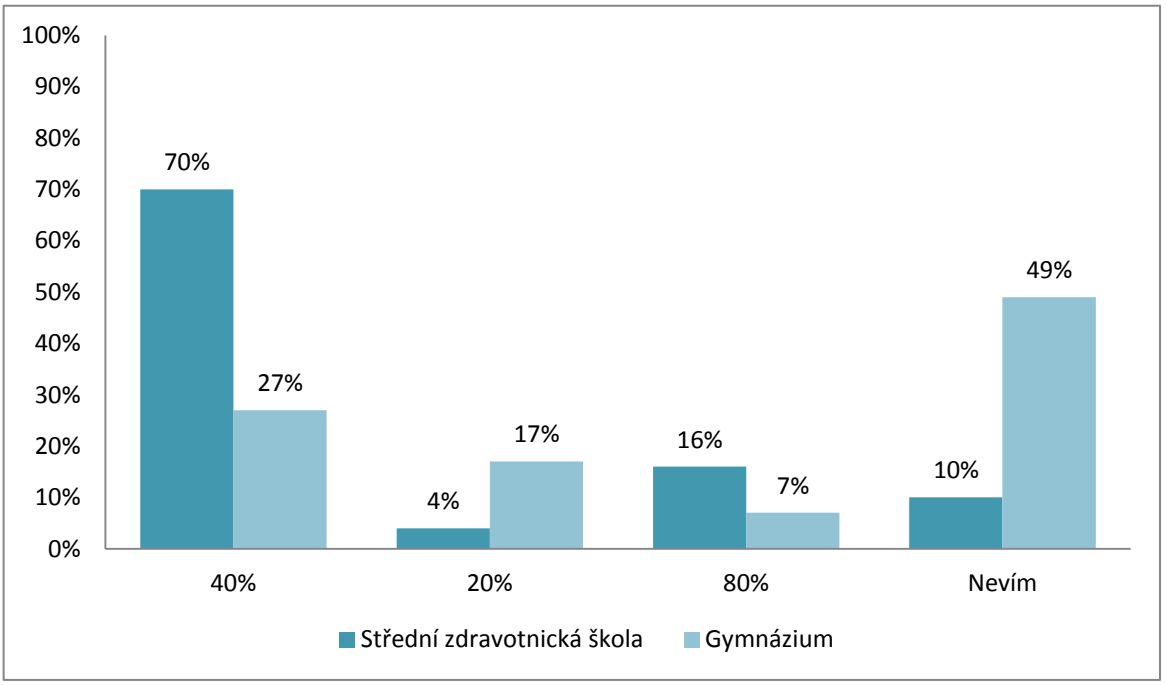
Zdroj: Vlastní

Souhrn:

Správná odpověď je „Porucha hybnosti všech končetin“, z celkového počtu 125 studentů (100 %) odpovědělo správně 100 (80 %), z toho 43 studentů zdravotnické školy (86 %) a 57 studentů gymnázia (76 %). „Porucha hybnosti dolních končetin “ odpověděli 2 studenti zdravotnické školy (4 %) a 5 studentů gymnázia (7 %). „Porucha hybnosti horních končetin“ odpověděli 2 studenti zdravotnické školy (4 %) a 4 studenti gymnázia (5 %). „Porucha hybnosti pravé nebo levé poloviny těla“ odpověděli 3 studenti zdravotnické školy (6 %) a 9 studentů gymnázia (12 %).

Obrázek 13: Lidé se sluchovým postižením porozumí obsahu rozhovoru při odezírání:

Graf 14: Porozumění obsahu při odezírání



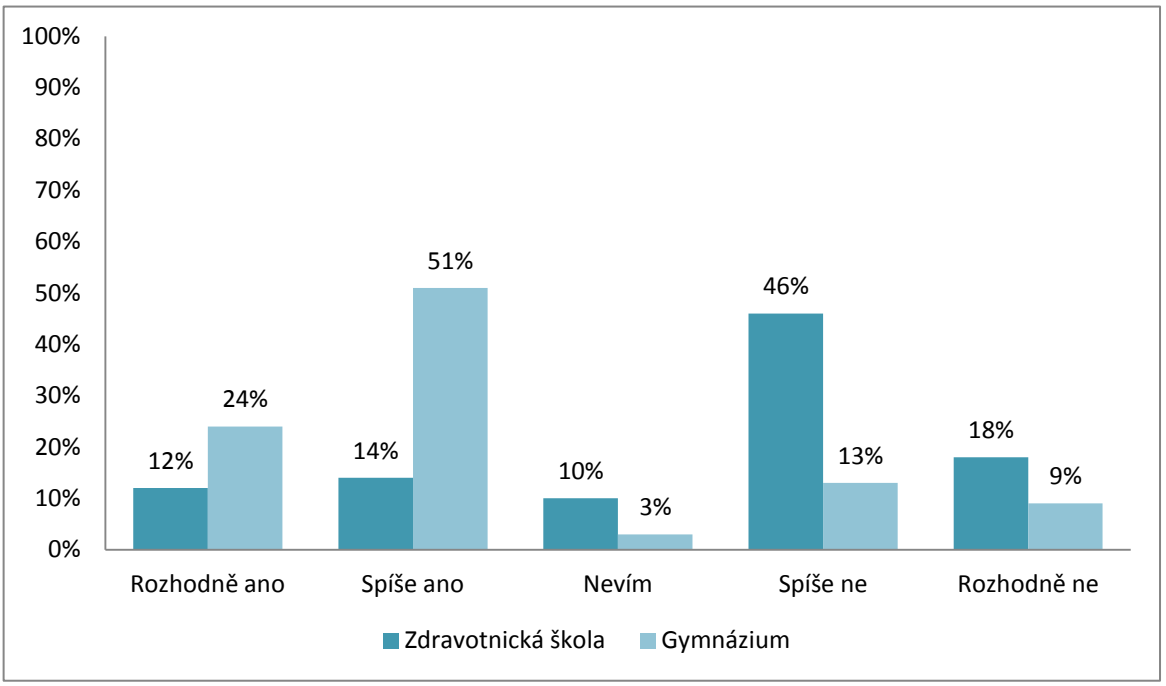
Zdroj: Vlastní

Souhrn:

Možnost „40 %“ zvolilo 35 studentů zdravotnické školy (70 %) a 20 studentů gymnázia (27 %). Možnost „80 %“ vybralo 8 studentů zdravotnické školy (16 %) a 5 studentů gymnázia (7 %). 2 studenti zdravotnické školy (4 %) a 13 studentů gymnázia (17 %) zvolili možnost „20 %“. Možnost „Nevím“ zvolilo 5 studentů zdravotnické školy (10 %) a 37 studentů gymnázia (49 %).

Obrázek 14: Je dle Vás odezírání spolehlivým komunikačním prostředkem?

Graf 15: Spolehlivost odezírání jako komunikačního prostředku



Zdroj: Vlastní

Souhrn:

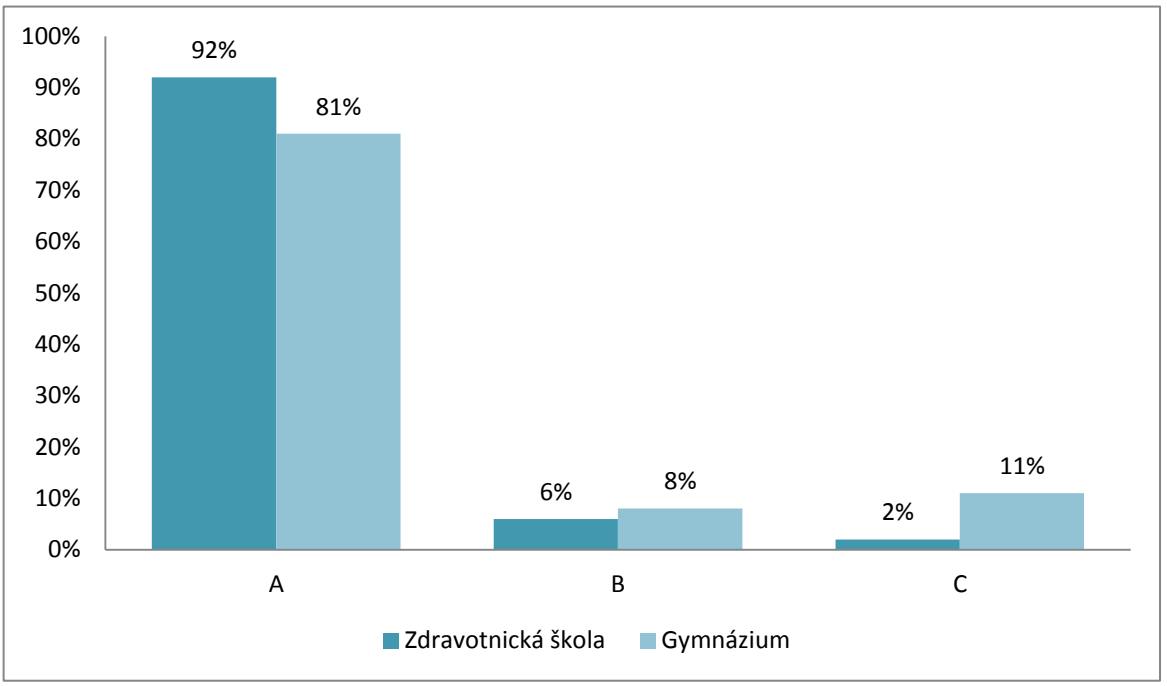
V předchozím souhrnu jsem se zmínila, že schopnost odezírat je velmi náročná a nespolehlivá, tudíž správná odpověď je „Spíše ne“ a „Rozhodně ne“. Z celkového počtu 125 (100 %) odpovědělo správně 49 studentů (39 %).

Studenti zdravotnické školy odpověděli následovně: 6 „Rozhodně ano“ (12 %), 7 „Spíše ano“ (14 %), 5 „Nevím“ (10 %), 23 „Spíše ne“ (46 %) a 9 „Rozhodně ne“ (18 %).

Studenti gymnázia odpověděli následovně: 18 „Rozhodně ano“ (24 %), 38 „Spíše ano“ (51 %), 2 „Nevím“ (3 %), 10 „Spíše ne“ (13 %) a 7 „Rozhodně ne“ (9 %).

Obrázek 15: Jaké jsou rozdíly mezi prstovou abecedou a znakovou řečí?

Graf 16: Definice prstové abecedy a znakové řeči



Zdroj: Vlastní

Souhrn:

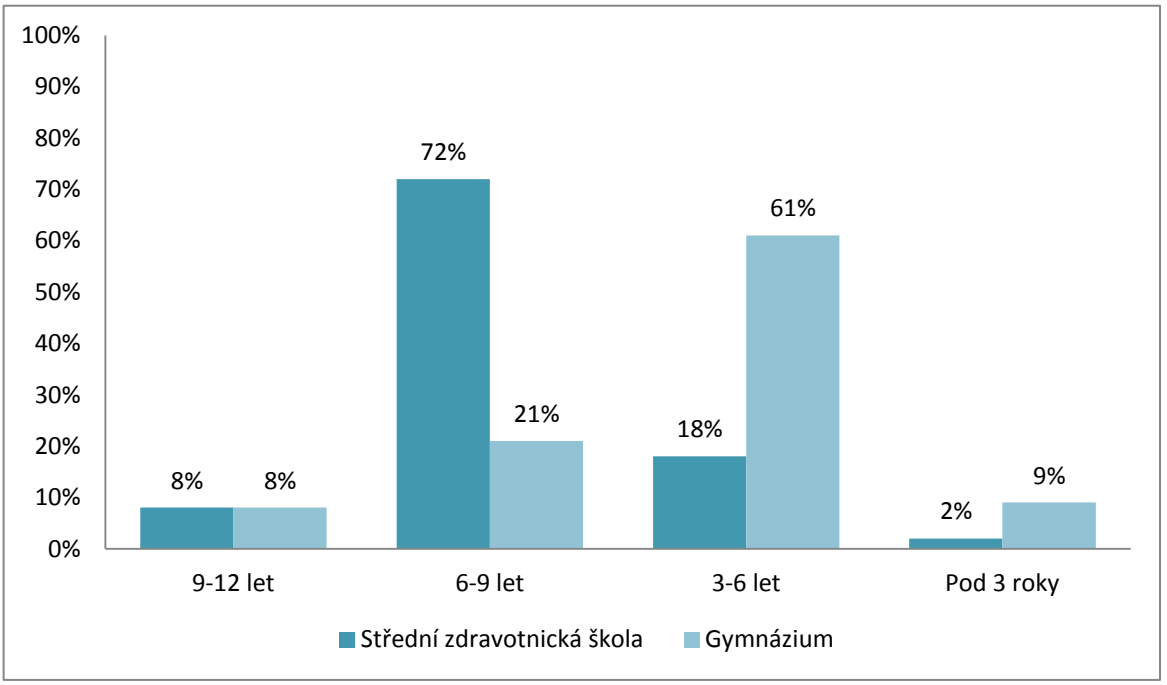
U této otázky měli studenti možnost vybrat jednu ze tří odpovědí. Z důvodu úpravy grafu jsem zavedla označení A.), B.), C.):

a) Prstová abeceda se skládá písmeno po písmenu do psané podoby slova, znakovou řeč tvoří vizuální pohyby a tvary rukou, mimika a postavení těla;
b) Prstovou abecedu tvoří vizuální pohyby a tvary rukou, mimika a postavení těla, znaková řeč se skládá písmeno po písmenu do psané podoby slova;
c) Rozdíly mezi znakovou řečí a prstovou abecedou nejsou.

Správná odpověď byla možnost A.), kterou z celkového počtu 125 (100 %) vybralo 107 studentů (86 %), z toho 46 studentů zdravotnické školy (92 %) a 61 studentů gymnázií (81 %). Možnost B.) zvolilo z celkového počtu 125 (100 %) 7 studentů (9 %), z toho 3 studenti zdravotnické školy (6 %) a 6 studentů gymnázií (8 %). Možnost C.) odpovědělo 7 studentů (7 %) z celkového počtu 125 (100 %), z toho 1 student zdravotnické školy (2 %) a 8 studentů gymnázií (11 %).

Obrázek 16: Středně těžká mentální retardace odpovídá u dospělých jedinců mentálnímu věku:

Graf 17: Mentální věk u dospělé osoby se střední mentální retardací



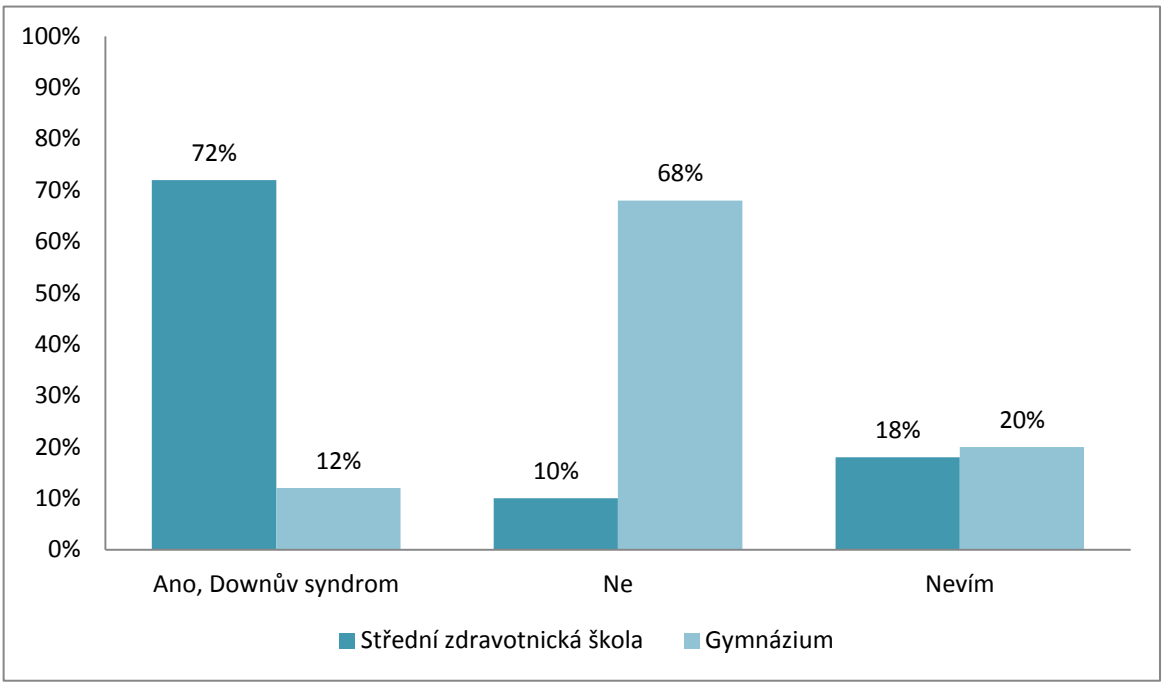
Zdroj: Vlastní

Souhrn:

V porovnání obou škol správnou odpověď „6-9 let“ označilo 36 studentů zdravotnické školy (72 %) a 16 studentů gymnázia (21 %). Možnost „9-12 let“ označili 4 studenti zdravotnické školy (8 %) a 6 studentů gymnázia (8 %). Možnost „3-6 let“ označilo 9 studentů střední zdravotnické školy (18 %) a 46 studentů gymnázia (61 %). Možnost „pod 3 roky“ označil 1 student zdravotnické školy (2 %) a 7 studentů gymnázia (9 %).

Obrázek 17: Dá se po porodu poznat, že je dítě mentálně postižené?

Graf 18: Mentální postižení u novorozeného dítěte



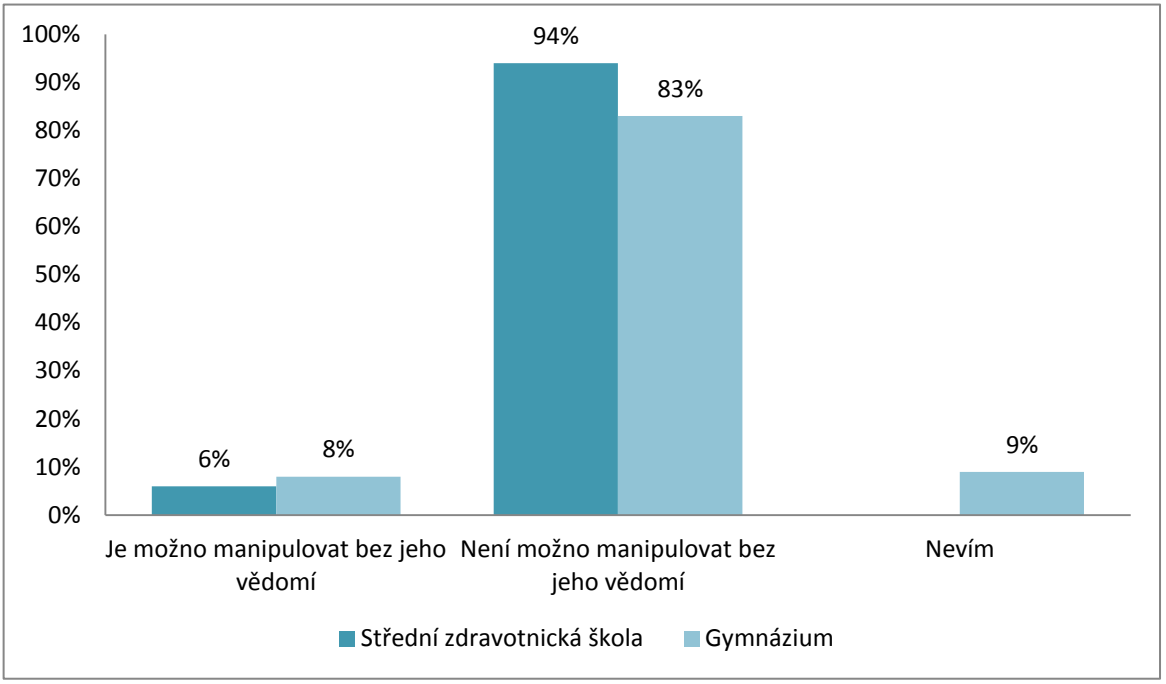
Zdroj: Vlastní

Souhrn:

Na tuto otázku byla správná odpověď „Ano“. Správně odpovědělo 36 studentů ze střední zdravotnické školy (72 %) a 9 studentů gymnázia (12 %). Dále také uvedli, že Downův syndrom je projevem mentální retardace. Odpověď „Ne“ zvolilo 5 studentů zdravotnické školy (10 %) a 51 studentů gymnázia (68 %). Z celkového počtu studentů 125 (100 %) zvolilo 24 studentů (19 %) odpověď „Nevím“.

Obrázek 18: S osobními věcmi nevidomé osoby:

Graf 19: Manipulace s osobními věcmi nevidomé osoby



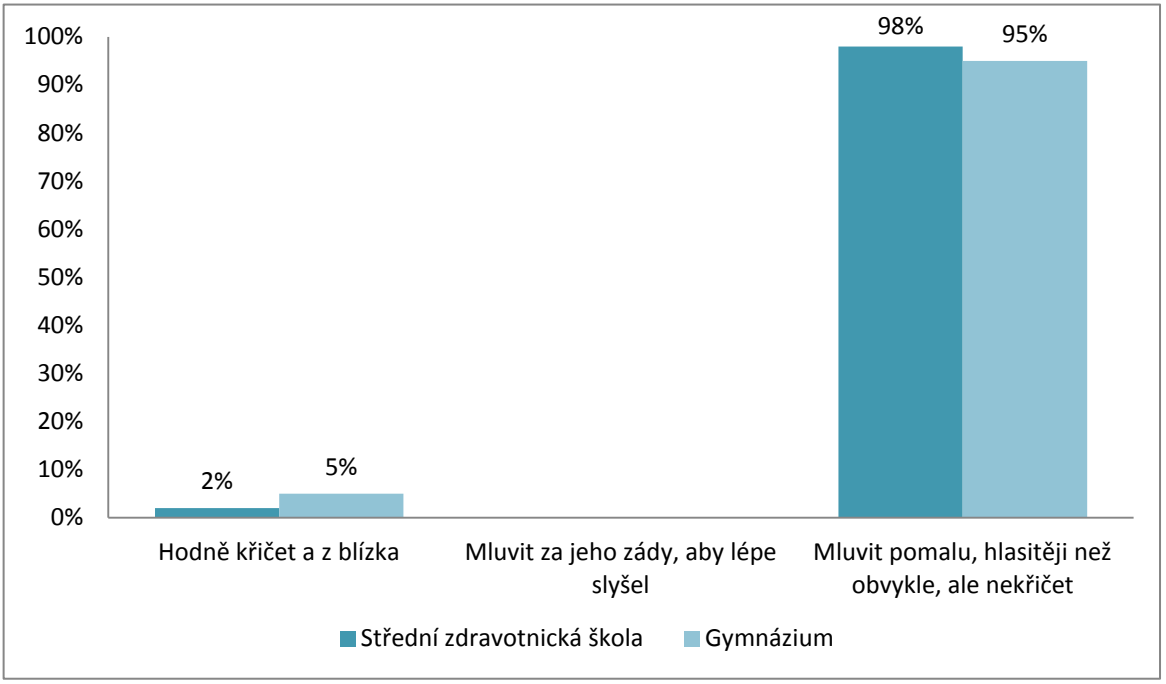
Zdroj: Vlastní

Souhrn:

Správná odpověď byla „Není možno manipulovat bez jeho vědomí“. Z celkového počtu 125 studentů (100 %), odpovědělo správně 47 studentů zdravotnické školy (94 %) a 62 studentů gymnázia (83 %). Odpověď „Je možno manipulovat bez jeho vědomí“ zvolili 3 studenti zdravotnické školy (6 %) a 6 studentů gymnázia (8 %). 7 studentů gymnázia (9 %) zvolilo odpověď „Nevím“.

Obrázek 19: Na nedoslýchavého člověka se musí:

Graf 20: Komunikace s nedoslýchavou osobou



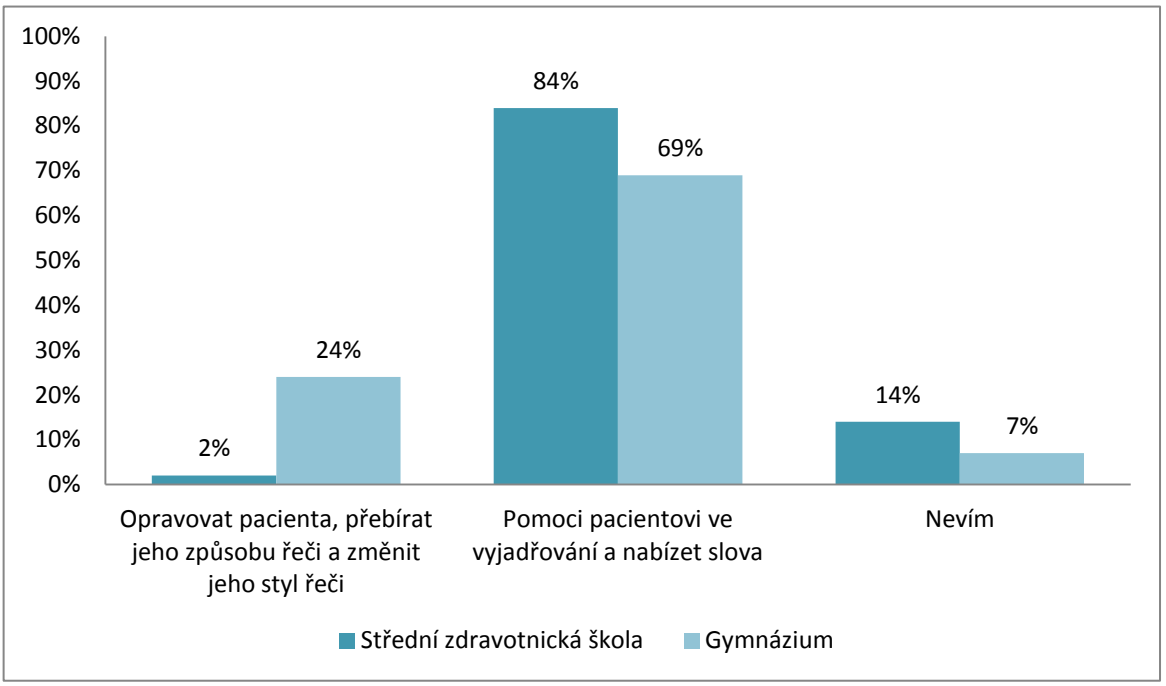
Zdroj: Vlastní

Souhrn:

Na tuto otázku byla správná odpověď „Mluvit pomalu, hlasitěji než obvykle, ale nekřičet“. Porovnání výsledků obou škol bylo téměř shodné. Z celkového počtu 125 (100 %) odpovědělo 109 studentů správně (87 %). V porovnání obou škol správně odpovědělo 49 studentů zdravotnické školy (98 %) a 71 studentů gymnázia (95 %). 1 student zdravotnické školy (2 %) a 4 studenti gymnázia (5 %) zvolili odpověď „Hodně křičet a z blízka“.

Obrázek 20: – U pacienta s dysartrií platí:

Graf 21: Komunikace s osobu trpící dysartrií



Zdroj: Vlastní

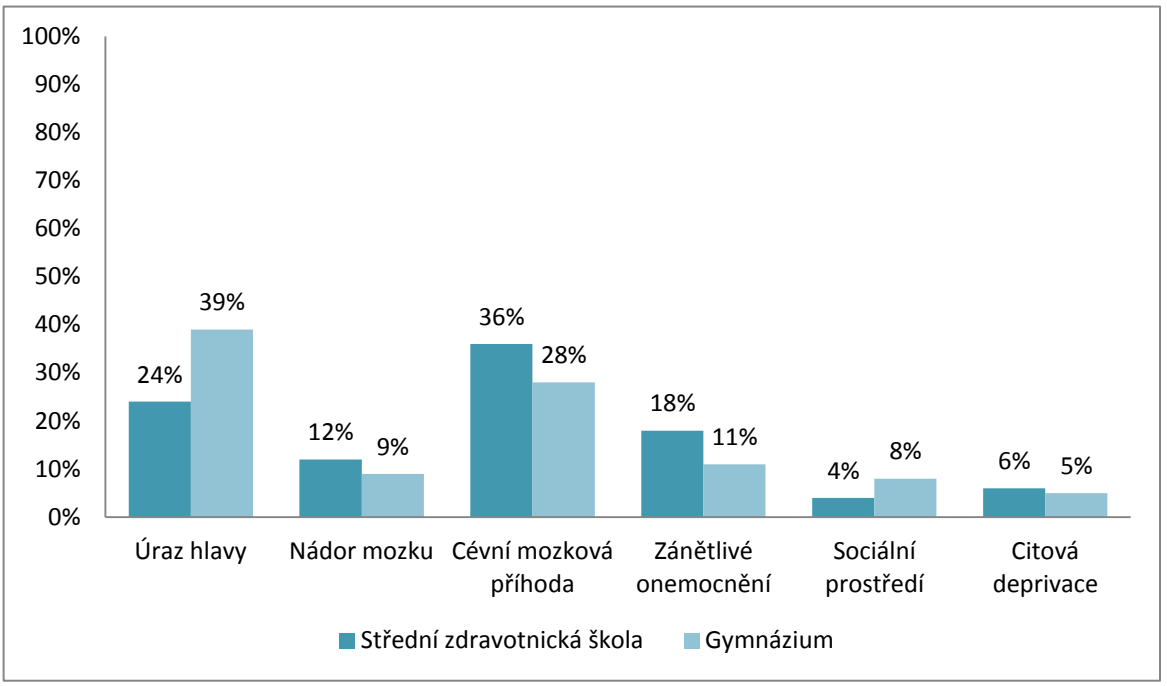
Souhrn:

Dysartrie je narušení schopnosti tvořit artikulovanou řeč. Na rozdíl od afázie nemá jedinec narušenou schopnost porozumění tomu, co čte.

Na tuto otázku je správná odpověď „Pomoci pacientovi ve vyjadřování a nabízet slova“. Z celkového počtu 125 (100 %) odpovědělo správně 94 studentů (75 %). V porovnání obou škol správně odpovědělo 42 studentů zdravotnické školy (84 %) a 52 studentů gymnázia (69 %). 18 studentů gymnázia (24 %) a 1 student střední zdravotnické školy (2 %) zvolili odpověď „Opravovat pacienta, přebírat jeho způsob řeči a změnit jeho styl řeči.“ Z celkového počtu studentů 125 (100 %) uvedlo 12 studentů (10 %) možnost „Nevím“.

Obrázek 21: Nejčastější příčinou afázie je:

Graf 22: Příčiny afázie



Zdroj: Vlastní

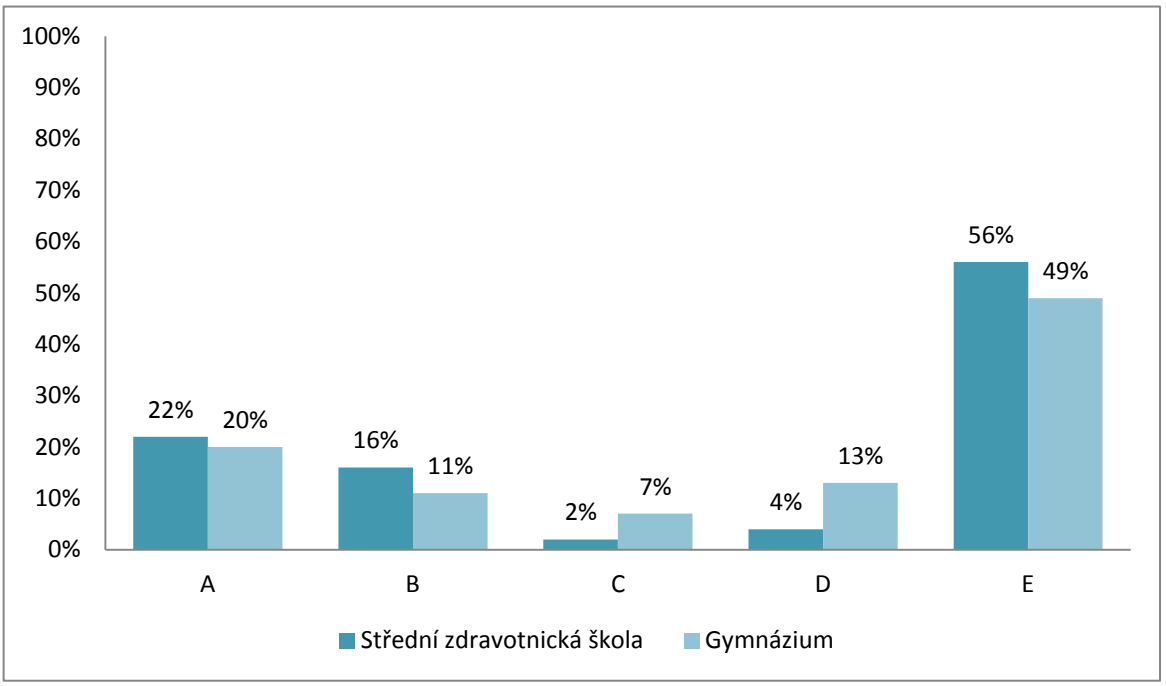
Souhrn:

Afázie je porucha porozumění řeči v důsledku poškození mozku a její nejčastější příčinou je cévní mozková příhoda. Na tuto otázku správně odpovědělo 39 studentů (31 %) z celkového počtu 125 (100 %). V porovnání obou škol odpovědělo správně 18 studentů zdravotnické školy (36 %) a 21 studentů gymnázií (28 %).

„Úraz hlavy“ zvolilo 12 studentů zdravotnické školy (24 %) a 29 studentů gymnázií (39 %). „Nádor mozku“ zvolilo 6 studentů zdravotnické školy (12 %) 7 studentů gymnázií (9 %). „Zánětlivé onemocnění“ zvolilo 9 studentů zdravotnické školy (18 %) a 8 studentů gymnázií (11 %). „Sociální prostředí“ zvolili 2 studenti zdravotnického oboru (4 %) a 6 studentů gymnázií (8 %). „Citová deprivace“ zvolili 3 studenti zdravotnické školy (6 %) a 4 studenti gymnázia (5 %).

Obrázek 22: Co je mutismus

Graf 23: Definice mutismu



Zdroj: Vlastní

Souhrn:

U této otázky měli studenti možnost vybrat jednu ze tří odpovědí. Z důvodu úpravy grafů jsem zavedla označení A.), B.), C.), D.) E.):

a) Porucha artikulace řeči;
b) Porucha produkce a mluvené řeči;
c) Porucha psaní;
d) Porucha čtení a porozumění psanému textu;
e) Úplná ztráta schopnosti verbálně komunikovat na neurotickém nebo psychickém podkladě.

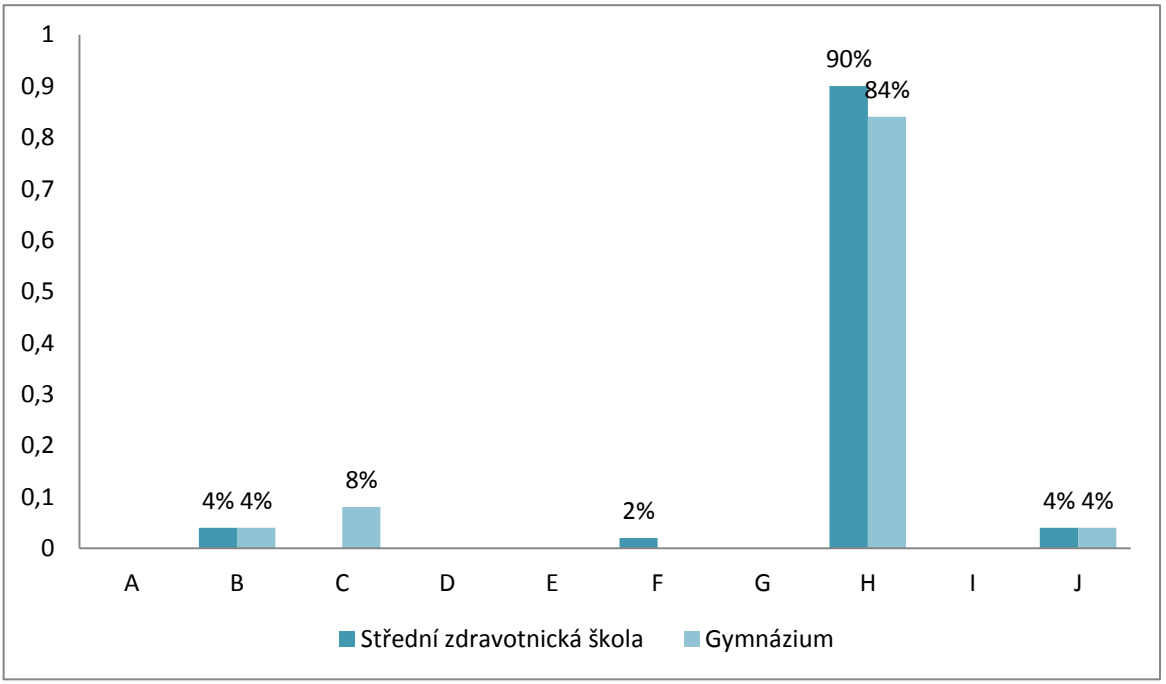
Správná odpověď byla varianta E.). Z celkového počtu studentů 125 (100 %) odpovědělo správně 65 studentů (52 %). V porovnání obou škol odpovědělo správně 28 studentů zdravotnické školy (56 %) a 37 studentů gymnázia (49 %).

Variantu A.) zvolilo 11 studentů zdravotnické školy (22 %) a 15 studentů gymnázia (20 %). Variantu B.) zvolilo 8 studentů zdravotnické školy (16 %) a 8 studentů gymnázia (11 %). Variantu C.) zvolilo 5 studentů gymnázia (7 %) a 1 student zdravotnické školy (2

%). Variantu D.) zvolili 2 studenti zdravotnické školy (4 %) a 10 studentů gymnázia (13 %).

Obrázek 23: Zde vidíte na obrázku člověka, který nabídne pomoc nevidomému. Na obrázku vyberte správnou odpověď.

Graf 24: Obrázek (řešení)



Zdroj: Vlastní

Souhrn:

Správná odpověď byla pole „H“. Z celkového počtu studentů 125 (100 %) odpovědělo správně 105 studentů (84 %), z toho 45 studentů zdravotnické školy (90 %) a 63 studentů gymnázia (84 %).

Pole „B“ označili 2 studenti zdravotnické školy (4 %) a 3 studenti gymnázia (4 %). Pole „C“ označilo 6 studentů gymnázia (8 %). Pole „F“ označil 1 student zdravotnické školy (2 %). Pole „J“ označili 2 studenti střední zdravotnické školy (4 %) a 3 studenti gymnázia (4 %).

15 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Jako svůj výzkumný problém jsem si vybrala: Informovanost středoškolských studentů o zdravotním postižení. Cíle výzkumu jsem shrnula následovně:

Cíl č. 1: Zjistit, s jakým počtem a druhem zdravotně postižených osob přicházejí studenti do kontaktu.

K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 3, 4, 5, 6, 7. V otázce č. 3 jsem zjišťovala, jestli studenti mají ve svém okolí zdravotně postiženou osobu. 101 (66 %) studentů odpovědělo, že ve svém okolí nemají zdravotně postiženou osobu. V otázce č. 4 jsem zjišťovala, pokud mají studenti zdravotně postiženou osobu, jaký druh zdravotního postižení vykazuje. 19 (37 %) studentů uvedlo, že mají ve svém okolí osobu s mentální retardací. V otázce č. 5 jsem zjišťovala, jaké pocity zažívají studenti v kontaktu s osobou se zdravotním postižením. 42 (28 %) studentů gymnázia prožívají pocit nejistoty, 44 (88 %) studentů zdravotnické školy se chovají ke zdravotně postiženému přirozeně. V otázce č. 6 jsem zjišťovala, jaký druh zdravotního postižení považují studenti za nejzávažnější. 50 (40 %) studentů uvedlo zrakové postižení a 35 (47 %) studentů uvedlo mentální retardaci. V otázce č. 7 jsem zjišťovala, kde studenti získávají informace o problematice zdravotně postižených lidí. Studenti zdravotnické školy získávají informace převážně ze školy a během studia. Studenti gymnázia získávají informace převážně z internetu.

Cíl č. 2: Zjistit, jestli vzdělání ve zdravotnických oborech ovlivňuje postoje studentů ke zdravotně postiženým osobám.

Otázky č. 8, 9, 18, 23 se vztahovaly na znalost zrakového postižení. Hodnotící kritérium bylo, že studenti zdravotnické školy odpoví správně na tři ze čtyř otázek.

V otázce č. 8 jsem zjišťovala, jaké známky osoba se zrakovým postižením vykazuje. „Má bílou hůl“ správně odpovědělo všech 125 (100 %) studentů. „Má tmavé brýle“ správně odpovědělo 45 (42 %) studentů zdravotnické školy a 63 (58 %) studentů gymnázia a 64 (20 %) studentů odpovědělo „Předměty přikládá velice blízko k očím“. V otázce č. 9 jsem se studentů ptala, jestli nevidomí vidí pouze tmu. Na tuto otázku správně odpovědělo 34 (68 %) studentů zdravotnické školy a 45 (60 %) studentů gymnázia. V otázce č. 18 jsem se studentů ptala, jestli můžeme manipulovat s osobními věcmi nevidomé osoby. Správně odpovědělo 47 (94 %) studentů zdravotnické školy a 62 (83 %) studentů gymnázia. V otázce č. 23 jsem se studentů ptala, jak nabídnout pomoc nevidomému. Předpokládala jsem, že více než 80 % zdravotnické školy zvolí možnost „H“. Tento předpoklad se mi potvrdil. Správně odpovědělo 46 (90 %) studentů

zdravotnické školy a 63 (84 %) studentů gymnázia. Z odpovědí na otázky č. 8, 9, 18, 23, které se vztahují k předpokladu č. 2, vyplývá, že ucelenější informace o zrakově postižených lidech mají studenti, kteří studují střední zdravotnickou školu. **Na základě kritérií se předpoklad č. 2 potvrdil.**

Otázky č. 13, 14, 15, 19 se vztahovaly na znalost sluchového postižení. Hodnotící kritérium bylo, že studenti zdravotnické školy odpoví správně na tři ze čtyř otázek.

V otázce č. 13 jsem se studentů ptala, v kolika procentech nedoslýchaví lidé porozumí z celkového obsahu při odezírání. Správně odpovědělo 35 (70 %) studentů zdravotnické školy a 20 (27 %) studentů gymnázia. V otázce č. 14 jsem se studentů ptala, zda je odezírání spolehlivým komunikačním prostředkem. Odpovědělo správně 32 (64 %) studentů zdravotnické školy a 17 (22 %) studentů gymnázia. V otázce č. 15 jsem se ptala studentů na definici prstové abecedy a znakové řeči. Správně odpovědělo 46 (92 %) studentů zdravotnické školy a 61 (81 %) studentů gymnázia. V otázce č. 19 jsem se ptala studentů, jak budou komunikovat s nedoslýchavým člověkem. Na otázku č. 19 správně odpovědělo 49 (98 %) studentů zdravotnické školy a 71 (95 %) studentů gymnázia. Z odpovědí na otázky č. 14, 15, a 19, které se vztahují k předpokladu č. 3, vyplývá, že více komunikačních dovedností znají studenti zdravotnické školy. **Na základě stanovených kritérií se předpoklad č. 3 potvrdil.**

Otázky č. 10, 16, 17 se vztahovaly na znalost mentální retardace. Hodnotící kritérium bylo, že studenti zdravotnické školy odpoví správně na dvě ze tří otázek.

V otázce č. 10 jsem se studentů ptala, zda je jedinec s lehkým mentálním postižením závislý na pomoci druhých lidí. Správně odpovědělo 37 (74 %) studentů zdravotnické školy a 18 (24 %) studentů gymnázia. V otázce č. 16 jsem se studentů ptala, jaký je mentální věk u jedince se střední mentální retardací. Správně odpovědělo 36 (72 %) studentů zdravotnické školy a 16 (21 %) studentů gymnázia. V otázce č. 17 jsem se studentů ptala, jestli je možné poznat, že novorozenec je mentálně postižený. Správně odpovědělo 36 (72 %) studentů zdravotnické školy a 9 (12 %) studentů gymnázia. Z odpovědí na otázky č. 10, 16, 17, které se vztahují k předpokladu č. 4, vyplývá, že mají studenti zdravotnické školy více informací o mentálně postižených osobách. **Na základě stanovených kritérií se předpoklad č. 4 potvrdil.**

Otázky č. 20, 21, 22 se vztahovaly na znalost poruchy řeči. Hodnotící kritérium bylo, že studenti zdravotnické školy odpoví správně na dvě ze tří otázek.

V otázce č. 20 jsem se studentů ptala, jak budou komunikovat s pacientem s dysartrií. Správně odpovědělo 42 (84 %) studentů zdravotnické školy a 52 (69 %)

studentů gymnázia. V otázce č. 21 jsem se studentů ptala na nejčastější příčinu afázie. Správně odpovědělo 18 (36 %) studentů zdravotnické školy a 21 (28 %) studentů gymnázia. V otázce č. 22 jsem se studentů ptala na definici mutismu. Správně odpovědělo 28 (56 %) studentů zdravotnické školy a 37 (49 %) studentů gymnázia. Z odpovědí na otázky č. 20, 21, 22, které se vztahují k předpokladu č. 5, vyplývá, že jsou studenti zdravotnické školy lépe informováni o osobách s poruchami řeči. **Na základě stanovených kritérií se předpoklad č. 5 potvrdil.**

Cíl č. 3: Zjistit, zda existuje souvislost mezi odborným vzděláním sester a informovaností studentů o zdravotním postižení občanů.

Cílem šestého předpokladu bylo zjistit, zda studenti zdravotnických oborů znají odborné názvosloví tělesně postižených lépe než studenti gymnázií. K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 11, 12. Hodnotící kritérium bylo, že studenti zdravotnické školy odpoví správně na jednu ze dvou otázek. V otázce č. 11 jsem se ptala studentů na definici parézy a plegie. Správně odpovědělo 44 (88 %) studentů zdravotnické školy a 55 (73 %) studentů gymnázia. V otázce č. 12 jsem se studentů ptala na definici kvadruplegie. Na tuto otázku správně odpovědělo 43 (86 %) studentů zdravotnické školy a 57 (76 %) studentů gymnázia. Z odpovědí na otázky č. 11, 12, které se vztahují k předpokladu č. 5, vyplývá, že studenti zdravotnické školy znají odborné názvosloví postižených lépe než studenti gymnázií. **Na základě stanovených kritérií se předpoklad č. 6 potvrdil.**

DISKUZE

Hlavním cílem bylo zjistit, jaké mají studenti středních škol povědomí o osobách se zdravotním postižením. Tento cíl jsem naplnila v teoretické části, kde jsem se za použití odborné literatury snažila uvést témata, kterou jsem si zvolila.

K výzkumnému šetření jsem použila kvantitativní výzkum. Výzkum probíhal formou dotazování prostřednictvím anonymních dotazníků (viz. Příloha 1), které byly vytvořeny na internetovém serveru a odeslány na příslušné školy na jejich e-mailové adresy. Zaměřila jsem se na rozdíly znalostí studentů třetího a čtvrtého ročníku zdravotnické školy oboru Zdravotnické lyceum a Zdravotnický asistent a studentů gymnázia.

Předpoklad č. 1

Cílem bylo zjistit, s jakým počtem a druhem zdravotně postižených lidí přicházejí studenti do kontaktu. K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 3, 5, 6, 7.

V otázce č. 3 jsem zjišťovala, zda studenti mají ve svém okolí zdravotně postiženou osobu. 74 % studentů uvedlo odpověď „Ne“, 23 % „Ano“ a 3 % studentů jsou sami postiženými osobami. K této otázce se vztahovala otázka č. 4, u které jsem zjišťovala, pokud mají ve svém okolí zdravotně postiženou osobu, jaké postižení vykazuje. Byli vybráni studenti, kteří odpověděli „Ano“ a „Ano, neboť jsem sám/a zdravotně postižený/á“. Nejvíce studentů uvedlo mentální retardaci, a to 30 %.

V otázce č. 5 jsem se studentů ptala, jak se cítí v přítomnosti zdravotně postiženého člověka. 44 % studentů zdravotnické školy odpovědělo „Přirozeně“. Naopak většina studentů gymnázia odpověděla „Nejistě“, a to 47 %. Tento rozdíl může spočívat v tom, že teoretická a praktická výuka v rámci studijního předmětu mají studenti zdravotnických škol přirozený postoj.

V otázce č. 6 jsem zjišťovala, jaké zdravotní postižení studenti považují za nejzávažnější. 50 % studentů zdravotnické školy považovalo za nejzávažnější zrakové postižení a 47 % studentů gymnázia za nejzávažnější považovalo mentální retardaci. Z hodnocení vyplývá, že názory dotazovaných studentů se velmi liší. Domnívám se, že majoritní společnost považuje z hlediska socializace za nejzávažnější zrakové postižení a mentální retardaci.

V otázce č. 7 jsem zjišťovala, kde studenti získávají informace o zdravotně postižených osobách. Všichni studenti zdravotnické školy získávají informace převážně

ze školy a studia, 86 % pak z odborné literatury. Naproti tomu všichni studenti gymnázia získávají informace převážně z internetu a 76 % ze školy a studia.

Předpoklad č. 2

K tomuto předpokladu se vztahovaly otázky č. 8, 9, 18 a 23. Za znalost se považovaly tři správné odpovědi ze čtyř.

V otázce č. 8 jsem se studentů ptala, jaké znaky osoba se zrakovým postižením vykazuje. Odpověď „Má bílou hůl" zvolili všichni studenti. „Má tmavé brýle" odpovědělo 42 % studentů zdravotnické školy a 58 % studentů gymnázia. Pouze 39 % studentů zdravotnické školy a 61 % studentů uvedlo, že osoba se zrakovým postižením přikládá předměty velice blízko k očím. 32 % studentů zdravotnické školy odpovědělo „Vypadá dezorientovaně". Zajímavým zjištěním bylo, že 8 studentů zdravotnické školy uvedlo, že zrakově postižená osoba nereaguje na pozdrav. Zde je to považováno za chybnou odpověď a jedná se o kombinované postižení, kde osoba trpí postižením sluchu a zraku.

V otázce č. 9 jsem se studentů ptala, zda nevidomí vidí pouze tmu. Správně odpovědělo 68 % studentů zdravotnické školy a 60 % studentů gymnázia. Nevidomí lidé používají ostatní smysly a vytvářejí detailní 3D prostorovou mapu prostředí, které je obklopuje. Studie na Hebrejské univerzitě v Jeruzalémě uvádí, že nevidomí lidé mohou „vidět" tvary lidského těla pomocí svých uší, tak jako netopýři a delfíni používají k „vidění" echolokaci. Sledováním mozku u testovaných osob bylo odhaleno, že během těchto úkolů se zapojovala jejich zraková kůra. Neurologové popisují za normálních okolností zrakovou kůru v mozku jako část, která je zodpovědná za zpracování vizuálních informací. U nevidomých osob vede zvuková informace rovněž přes zrakovou kůru a vytváří prostorové mapy. Někteří zrakově postižení mají zrakové halucinace, jako jsou světelné záblesky a fantomy, které mohou být nepříjemné. (*CooperVision: Live* Brightly [online, cit. 2018-03-25]; SONS – Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých [online] [cit. 2018-03-25]).

V otázce č. 18 jsem se studentů ptala, zda můžeme manipulovat s osobními věcmi nevidomé osoby. Nejčastěji odpověděli studenti „Není možno manipulovat bez jeho vědomí", a to 94 % studentů zdravotnické školy a 83 % studentů gymnázia. Je vhodné, aby věci nevidomé osoby zůstaly tam, kde mají být. Nevidomý svoje věci se orientuje pomocí hmatu. Při manipulaci s jeho věcí mu můžeme způsobit rozpaky a nejistotu. Pokud chceme jeho věci přemísťovat, musíme ho o tom informovat a přemístění popsat.

V otázce č. 23 jsem se studentů ptala, jak nabídnout pomoc nevidomému. Správná odpověď bylo „H“, odpovědělo tak 90 % studentů zdravotnické školy a 84 % studentů gymnázia. Je vhodné, abychom nevidomého pozdravili jako první a zeptali se, zda potřebuje pomoc. Ovšem pomoc nevnucujeme. Pokud nevidomý odmítne, pravděpodobně pomoc nepotřebuje.

Předpoklad č. 3

K této otázce se vztahují otázky č. 13, 14, 15, 19.

V otázce č. 13 jsem se studentů zeptala, kolika procentům z celkového obsahu rozhovoru lidé se sluchovým postižením porozumí. Komunikace při odezírání ze rtů je velmi nespolehlivá a náročná. Získání této dovednosti vyžaduje mnoho času. „Je zjištěno, že odezírání je pro neslyšící zřetelné pouze z 30-40 %. Pouze 20 % celkové populace je schopno zvládnout odezírání. Správně odpovědělo 70 % studentů zdravotnické školy a 27 % studentů gymnázia. Domnívám se, že studenti gymnázia nejsou informováni o této problematice a panuje předsudek, že neslyšící jedinec, který dokáže odezírat, bude vždy rozumět. (Národní rada osob se zdravotním postižením [online]. [cit. 2018-03-26]).

V otázce č. 14 jsem se studentů ptala, zda je odezírání spolehlivým komunikačním prostředkem. 64 % studentů zdravotnické školy uvedlo, že odezírání není spolehlivým komunikačním prostředkem, zatímco 75 % studentů gymnázia uvedlo, že odezírání je spolehlivým komunikačním prostředkem. Tyto rozdílné názory mohou spočívat v tom, že v majoritní společnosti panuje předsudek, že odezírání je čtení ze rtů, a společnost si myslí, že odezírání je spolehlivou metodou.

V otázce č. 15 jsem se studentů ptala na definici prstové abecedy a znakové řeči. Na tuto otázku správně odpovědělo 92 % studentů zdravotnické školy a 81 % studentů gymnázia. Pouze 11 % studentů gymnázia uvedlo, že rozdíly mezi prstovou abecedou a znakovou řečí nejsou.

V otázce č. 19 jsem se studentů zeptala, jak budou komunikovat s nedoslýchavou osobou. Výsledky byly překvapivé. Správně odpovědělo 98 % studentů zdravotnické školy a 95 % studentů gymnázia. Očekávala jsem, že studenti gymnázia nejčastěji uvedou „Hodně křičet a z blízka“.

Předpoklad č. 4

K tomuto předpokladu se vztahovaly otázky č. 10, 16, 17.

V otázce č. 10 jsem se studentů ptala, zda jsou lidé s lehkým mentálním postižením závislí na pomoci druhých lidí. 74 % studentů zdravotnické školy správně uvedlo, že lidé s lehkým mentálním postižením nejsou závislí na pomoci druhých lidí, 24 % studentů gymnázia odpovědělo správně. 68 % studentů gymnázia uvedlo, že lidé s lehkým mentálním postižením jsou zcela závislí na pomoci druhých lidí. Domnívám se, že v majoritní společnosti převažuje tento předsudek. Lidé s lehkým mentálním postižením dosahují úplné soběstačnosti a jsou zruční v lehké manuální práci.

V otázce č. 16 jsem se studentů ptala, jaký je mentální věk u dospělé osoby se střední mentální retardací. Správně odpovědělo 72 % studentů zdravotnické školy a 21 % studentů gymnázia. 61 % studentů gymnázia uvedlo, že mentální věk dospělých lidí se středně těžkou mentální retardací odpovídá věku 3-6 let, což správně odpovídá těžké mentální retardaci. Domnívám se, že studenti zdravotnické školy díky teoretické výuce a praxi jsou lépe informováni o mentálním postižení.

V otázce č. 17 jsem se studentů ptala, jestli lze po porodu poznat, zda je dítě mentálně postižené. Správně odpovědělo 72 % studentů zdravotnické školy a 12 % studentů gymnázia. 68 % studentů gymnázia si myslí, že po porodu není možné poznat, že je dítě mentálně postižené. Domnívám se, že studenti, kteří nemají zdravotnické vzdělání, nepoznají, zda novorozené dítě je mentálně postižené. Nejsou informováni o Downově syndromu, který je typickým znakem mentální retardace. Poznají ji jen tehdy, když dítě postupně roste a začne zaostávat.

Předpoklad č. 5

K tomuto předpokladu se vztahovaly otázky č. 20, 21, 23.

V otázce č. 20 jsem se studentů zeptala, jak budou komunikovat s pacientem s dysartrií. Výsledky mě velmi překvapily. Správně odpovědělo 84 % studentů zdravotnické školy a 69 % studentů gymnázia. Domnívala jsem se, že většina studentů gymnázií zvolí odpověď „Opravovat pacienta, přebírat jeho způsob řeči a změnit jeho styl řeči“ z toho důvodu, že v majoritní společnosti přetrvává mýtus o tom, že logopedie se zabývá pouze vyvozováním správných percepčně-motorických vzorů hlásek u dětí. V současné době je logopedická péče o dospělé osoby v majoritní společností poměrně neznámou oblastí.

V otázce č. 21 jsem se studentů zeptala na nejčastější příčinu afázie. Správně odpovědělo 36 % studentů zdravotnické školy a 28 % studentů gymnázia. 39 % studentů gymnázia a 24 % studentů zdravotnické školy uvedlo jako nejčastější příčinu úraz hlavy. Podle Seidla je nejčastější příčinou afázie CMP, a to z 80 %, zatímco úraz hlavy představuje pouze 10 %.

V otázce č. 23 jsem se studentů ptala, jak nabídnout pomoc nevidomému člověku. Správně odpovědělo 90 % studentů zdravotnické školy a 84 % studentů gymnázia. Očekávala jsem, že většina studentů gymnázia zvolí možnost „B“ z důvodu, že v majoritní společnosti vládne předsudek, že nevidomí jsou vždy neskonale vděční na naši pomoc.

Předpoklad č. 6

K tomuto předpokladu se vztahovaly otázky č. 11, 12.

V otázce č. 11 jsem se studentů ptala na definici parézy a plegie. Správně odpovědělo 88 % studentů zdravotnické školy a 73 % studentů gymnázia. V otázce č. 12 jsem se studentů ptala na definici kvadruplegie. Správně odpovědělo 86 % studentů zdravotnické školy a 76 % studentů gymnázia. Z vyhodnocení výsledků lze usoudit, že studenti zdravotnických oborů znají odborné názvosloví tělesně postižených lépe než studenti gymnázií z důvodu teoretické výuky a odborné praxe v rámci studijního předmětu.

ZÁVĚR

Handicapovaní lidé s různým druhem a rozsahem postižení představují 15 % obyvatelstva celé planety. Problematika handicapovaných, a to nejen mentálně postižených obyvatel, byla tabuizována, mluvit o ní a hlavně porozumět jí bylo tématem kontroverzním.

V bakalářské práci jsem se zabývala povědomím studentů o zdravotním postižení. V praktické části práce byli osloveni studenti středních škol. Tato část práce vypovídá o tom, jakým způsobem vnímá „mladá generace“ problém zdravotně postižených lidí kolem sebe, zdali vědí, jak se zachovat, a jak prožívají oni sami kontakt s těmito lidmi.

V praktické části byly potvrzeny výklady z teoretické části, kdy správná metodika nespočívá pouze ve stanovení lékařských diagnóz a výkonech, ale také v kooperaci postižených s ostatními lidmi, kteří by jim měli cestu životem ulehčit.

Na závěr bych chtěla uvést doporučení, které jsem vyhodnotila z kvantitativního šetření. Dospěla jsem k závěru, že společnost zná zdravotní postižení, ale není dostatečně informována o jejich problémech. Řešením by bylo zvýšit přísun informací o problémech zdravotně postižených osob. Osobně se spíše domnívám, že informace o této problematice není nedostatečná, ale lidé o tuto problematiku spíše nemají zájem. Nedostatečná informovanost či nedostatečný zájem o zdravotně postižené občany může vést k negativním postojům. Řešením je více zapojit zdravotně postižených lidí do společnosti, do pracovního procesu, do zájmových kroužků atd. Majoritní společnost se bude více stýkat se zdravotní postiženými jedinci. Podle mě klesne míra diskriminace zdravotně postižených lidí.

Bakalářská práce má sloužit k zamyšlení se nad problematikou zdravotně postižených lidí a uvědomit si, že život s handicapem nemusí být životem méněcenným. Je důležité, pokud postihne naši osobu, své nemoci a svému problému porozumět, uvést do souladu tělo – mysl a se svou nelehkou životní situací začít bojovat. Pravda, boj není snadný, ale díky pomoci, porozumění svého okolí a užití dostupných kompenzačních pomůcek lze boj vyhrát.

Je vhodné si uvědomit, že i přes nedostatky jsou tito lidé naprosto normální jako každý z nás. Nestojí o soucit, ale stojí o porozumění jejich problému jak ze sociálního, tak z lékařského hlediska.

Jak pravil Nicholas Winton: „Je rozdíl mezi pasivním dobrem a aktivním dobrem. To druhé, dle mého názoru, znamená věnovat čas a energii tomu, aby člověk zmírnil bolest a utrpení. Vyžaduje to, aby člověk šel, vyhledal ty, již trpí a jsou v ohrožení; nikoliv pouze žít vzorně pasivním způsobem a nekonat zlo."

SEZNAM LITERATURY

[1] SLOWÍK, Josef**.** *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010. 160 s. ISBN 978- 80-7367-691-9.

[2] VÁGNEROVÁ, Marie, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Stanislav ŠTECH.*Psychologie handicapu.* 2. vyd. Praha: Karolinum, 2000. 230 s. ISBN 80-7184-929-4.

[3] VÁGNEROVÁ, Marie. *Oftalmopsychologie dětského věku*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. 182 s. ISBN 80-7184-053-X.

[4] Jan PFEIFFER, Olga ŠVESTKOVÁ. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. Praha: Grada, 2008. 280 s. ISBN 978-80-247-1587-2.

[5] ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2009. 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3.

[6] BUŘVALOVÁ, Denisa a Eva REITMAYEROVÁ. *Tělesně postižený*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. 24 s. ISBN 978-80-86991-21-4.

[7] KOLEKTIV AUTORŮ, *Základy speciální pedagogiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 85 s. ISBN 80-244-1479-1.

[8] NOVÁKOVÁ, Iva. *Ošetřovatelství ve vybraných oborech: dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie.* Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). 240 s. ISBN 978-80-247-3422-4.

[9] HAMADOVÁ Petra, Lea KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ a Zita NOVÁKOVÁ. Oftalmopedie: texty k distančnímu vzdělávání. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. 125 s. ISBN 978-80-7315-159-1.

[10] KISVETROVÁ, Helena a Šárka VÉVODOVÁ. *Osoby se zdravotním postižením: vybrané kapitoly I. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci,* 2014. 172 s. ISBN 978-80-244-4064-4.

[11] HORÁKOVÁ, Radka. *Sluchovépostižení: úvod do surdopedie*. Praha: Portál, 2012. 160 s. ISBN 978-80-262-0084-0.

[12] MUKNŠNÁBLOVÁ, Martina. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). 128 s. ISBN 978-80-247-5034-7.

[13] WORLD HEALTH ORGANIZATION.*Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů:* MKN-10: desátá revize: aktualizovanádruháverze k 1.1.2009 [online]. 2.,aktualiz. vyd. Praha: BomtonAgency, 2008- [cit. 2017-04-02]. ISBN 978-80-904259-0-3. Dostupné z: http://www.uzis.cz/.

[14] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4.,rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

[15] VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2.,dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012. 536 s. ISBN 978-80-246-2153-1.

[16] BENDOVÁ, Petra a Pavel ZIKL. Dítě s mentálním *postižením ve škole*. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). 144 s. ISBN 978-80-247-3854-3.

[17] KLENKOVÁ, Jiřina**.** *Inkluzežáků s narušenou komunikační schopností a žáků se sluchovým postižením: psychologické, medicínské a speciálně pedagogické souvislosti = Inclusion of pupils with disordered communication ability and with hearing impairment: psychological, medical and special educational context*. Brno: Masarykovauniverzita, 2014. 156 s. ISBN 978-80-210-7487-3.

[18] KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). 224 s. ISBN 80-247-1110-9.

[19] ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

[20] NOVÁKOVÁ, Iva. *Zdravotní nauka 2.díl: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2012. 208 s. ISBN 978-80-247-3709-6.

[21] KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. 400s. ISBN 978-80-247-4026-3.

[22] ŠPATÉNKOVÁ, Nazděna a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázkykomunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, 2009. 135s. ISBN 978-80-7262-599-4.

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

[24] KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. 224s. ISBN 978-80-247-3676-1.

[25] SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro studium i praxi*.2., přeprac. adopl. vyd. Praha: Grada, 2015. 384 s. ISBN 978-80-247-5247-1.

[26] KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Logopedie v ošetřovatelsképraxi.* Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). 128 s. ISBN 978-80-247-2835-3.

[27] STRNADOVÁ, Věra. *Jak se úspěšně vyrovnávat se ztrátou sluchu*. Praha: ASNEP, 2001. 165s. ISBN 8090303528.

[28] SEIDL, Zdeněk. Neurologie pro studium i praxi. 2.,přeprac. adopl. vyd. Praha: Grada, 2015. 384 str. ISBN 978-80-247-5247-1.

[29] TROJAN, Stanislav. Fyziologie a léčebnárehabilitacemotorikyčlověka. 3.,přeprac. adopl. vyd. Praha: Grada, 2005. 240 s. ISBN 80-247-1296-2.

[30] LANGER, Jiří. *Technicképomůcky pro osoby se zdravotnímpostižením*. Olomouc: UniverzitaPalackého v Olomouci, 2013. 186 s. ISBN 978-80-244-3681-4.

[31] STRNADOVÁ, Věra. Hádej, co říkám, aneb odezírání je nejisté umění. 2. doplň. vyd. Praha: ASNEB, 2001. 186 s. ISBN 80-903035-0-1.

[32] LANGER, Jiří. *Technické pomůcky pro osoby se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. 190 s. ISBN 978-80-244-3681-4.

[33] BUBENÍČKOVÁ Hana, Petr KARÁSEK a Radek PAVLÍČEK. Kompenzačnípomůc ky pro uživatele se zrakovým postižením. Brno: TyfloCentrum Brno, 2012. 134s. ISBN 978-80-260-1538-3.

[34] ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta, Klára ŠPAČKOVÁ a Eva NECHLEBOVÁ. *Speciální pedagogika v praxi: [komplexní péče o děti se SPUCH]*. Praha: Grada, 2012. Pedagogika (Grada). 248 s. ISBN 978-80-247-4369-1.

[35] VALEŠOVÁ, Monika. Metodický pokyn k tvorbě kvalifikační práce. 1. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2012, 56 s. ISBN 978-80-261-0156-7.

Seznam internetových zdrojů

[36] Výběrové šetření osob se zdravotním postižením VŠOP 2013 [online]. Český statistický úřad, 2014 [cit. 2016-10-11]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/20543019/k3_260006-14_1.pdf/4384f318-fcae-4a20-941c-33f10d5a6324?version=1.0

[37] Vady sluchu (2010) [online]. [cit. 2016-10-28]. Dostupné z: http://www.logopedonline.cz/vady-sluchu/vady-a-poruchy-sluchu.html

[38] Klasifikace mentální retardace (2012) [online]. [cit. 2016-10-29]. Dostupné z: Ústav zdravotnických informací a statistiky v ČR. Duševní poruchy a poruchy chování [online]. [cit. 2016-11-06]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F99.html

[39] KUPKOVÁ, Jana, Hana MATLASOVÁ a Marek ZEMAN.Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra klinických oborů: *E-LEARNINGOVÁ PODPORA PRO VÝUKU MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE FUNKČNÍCH SCHOPNOSTÍ*, DISTABILITY A ZDRAVÍ (MKF). KONTAKT – časopis pro ošetřovatelství a sociální vědy ve zdraví a nemoci [online]. 2010, (2), 245 [cit. 2017-04-02]. ISSN 1212-4117.Dostupné z: http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120423120853336961.pdf

[40] Bílá hůl. TyfloCentrum Praha, o.p.s. [online]. [cit. 2017-11-26]. Dostupné z: http://www.praha.tyflocentrum.cz/dokumenty-ke-stazeni/metodicke-pokyny/index.php?item=157

[41] VOŽENÍLKOVÁ, Pavlína. Osoby se smyslovým postižením a technika Zrakové a sluchové postižení[online]. Praha, 2011 [cit. 2017-11-27]. Dostupné z: https://is.jabok.cz/th/6109/jabok_v/hotova_absolventka-vozenilkova.doc?so=nx;info=.

[42] Co vidí slepí lidé?. *CooperVision: Live Brightly* [online]. [cit. 2018-03-25]. Dostupné z: https://coopervision.cz/blog/co-vidi-slepi-lide%3F

[43] Handbike aneb i vozíčkáři mohou jezdit na kole. *NaKole.cz* [online]. [cit. 2018-03-26]. Dostupné z: https://www.nakole.cz/clanky/1354-handbike-aneb-i-vozickari-mohou-jezdit-na-kole.html

[44] Co je ergoterapie? *ČAE – Česká asociace Ergoterapeutů* [online]. [cit. 2018-02-10]. Dostupné z: http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1

SEZNAM ZKRATEK

ADHD	Narušená porucha pozornosti s hyperaktivitou
ALS	Amyotrofická laterální skleróza
ASNEP	Asociace organizací neslyšících, nedoslýchavých a jejich přátel (ASNEP)
CMP	Cévní mozková příhoda
CNS	Centrální nervová soustava
DMO	Dětská mozková obrna
ICF	Zkratka anglického „International Classification of Functioning, Disability and Health“ – je mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
ICIDH	Zkratka od anglického „International Classification of Functioning, Disability and Health“ – mezinárodní klasifikace poruch, postižení a handicapů.
IQ	Inteligenční kvocient
MKF	Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
OSN	Organizace spojených národů
SONS	Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých
WHO	Zkratka anglického „World Health Organization“ – je světová zdravotnická organizace.

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Seznam tabulek

Tabulka 1: Způsob získávání informací o zdravotně postižených osobách 61

Seznam grafů

Graf 1: Pohlaví studentů 54
Graf 2: Studenti střední zdravotnické školy 55
Graf 3: Zdravotně postižená osoba ve svém okolí 56
Graf 4: Druh zdravotního postižení 57
Graf 5: Pocit v přítomnosti zdravotně postižené osoby 58
Graf 6: Nejzávažnější druh zdravotního postižení 59
Graf 7: Nejzávažnější druh zdravotního postižení (celkový počet – 125) 59
Graf 8: Způsob získávání informací o zdravotně postižených osobách 60
Graf 9: Znaky zrakového postižení 62
Graf 10: Vidí nevidomí pouze tmu? 63
Graf 11: Autonomie u jedince s lehkým mentálním postižením 64
Graf 12: Definice parézy a plegie 65
Graf 13: Definice kvadruplegie 66
Graf 14: Porozumění obsahu při odezírání 67
Graf 15: Spolehlivost odezírání jako komunikačního prostředku 68
Graf 16: Definice prstové abecedy a znakové řeči 69
Graf 17: Mentální věk u dospělé osoby se střední mentální retardací 70
Graf 18: Mentální postižení u novorozeného dítěte 71
Graf 19: Manipulace s osobními věcmi nevidomé osoby 72
Graf 20: Komunikace s nedoslýchavou osobou 73
Graf 21: Komunikace s osobou trpící dysartrií 74
Graf 22: Příčiny afázie 75
Graf 23: Definice mutismu 76
Graf 24: Obrázek (řešení) 77

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I: Dotazník 96
Příloha II: Lidské potřeby 101
Příloha III: Prstová abeceda 102
Příloha IV: Kompenzační pomůcky pro osoby se sluchovým postižením 104
Příloha V: Kompenzační pomůcky pro osoby se zrakovým postižením 107
Příloha VI: Kompenzační pomůcky pro osoby s tělesným postižením 112

PŘÍLOHY

Příloha I: Dotazník

Dotazník

Vážení respondenti,

jmenuji se Truc Thanh Nguyenová, jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Ráda bych požádala o vyplnění dotazníku, jehož výsledky budou použity ke zpracování mé bakalářské práce na téma: „Handicapovaný nemocný“.

Tento dotazník je zcela anonymní. Pokud nebude uvedeno jinak, označte pouze jednu odpověď.

Děkuji za ochotu a čas věnovaný vyplnění dotazníku.

Truc Thanh Nguyenová

1) **Vaše pohlaví**
   - Dívka
   - Chlapec
2) **Studujete školu se zaměřením na zdravotnické vzdělání?**
   - Ano
   - Ne
3) **Máte ve svém okolí (rodina, práce, kamarádi) zdravotně postiženou osobu?**
   - Ano
   - Ne
   - Ano, neboť jsem sám/sama zdravotně postižený/á
4) **Pokud ano, o jaké zdravotní postižení dané osoby se jedná?**
   - Zrakové postižení
   - Sluchové postižení
   - Tělesné postižení
   - Mentální postižení (mentální retardace)
   - Kombinované postižení

5) **Jak se v přítomnosti zdravotně postiženého člověka cítíte?**
   - Přirozeně
   - Nejistě
   - Je mi ho líto, soucítím s ním
   - Mám obavy
   - Se zdravotně postiženými lidmi nepřicházím do kontaktu
6) **Jaké zdravotní postižení je podle Vás nejzávažnější?**
   - Zrakové postižení
   - Sluchové postižení
   - Postižení řeči
   - Tělesné postižení
   - Mentální postižení (mentální retardace)
7) **Kde získáváte informace o problematice zdravotně postižených lidí? (možnost více odpovědí):**
   - Internet
   - Rádio, televize
   - Noviny, časopisy
   - Odborné knihy
   - Škola, studium
   - Od známých, rodiny
   - Jiné (uveďte): .....
8) **Z čeho lze usoudit, že osoba vykazuje známky zrakového postižení? (možnost více odpovědí)**
   - Má tmavé brýle
   - Má bílou hůl
   - Nereaguje na pozdrav
   - Předměty přikládá velice blízko k očím
   - Vypadá dezorientovaně
9) **Vidí nevidomí pouze tmu?**
   - Ano
   - Ne
   - Nevím

10) **Jsou dle Vás lidé s lehkým mentálním postižením závislí na pomoci druhých lidí?**
    - Rozhodně ano
    - Spíše ano
    - Nevím
    - Spíše ne
    - Rozhodně ne
11) **Jaký je rozdíl mezi parézou a plegií?**
    - Paréza je částečná porucha hybnosti, plegie je úplná ztráta pohybu
    - Paréza je úplná ztráta pohybu, plegie je částečná porucha hybnosti
    - Nevím
12) **Co znamená kvadruplegie?**
    - Porucha hybnosti dolních končetin
    - Porucha hybnosti horních končetin
    - Porucha hybnosti všech končetin
    - Porucha hybnosti pravé nebo levé poloviny těla
13) **Lidé se sluchovým postižením porozumí obsahu rozhovoru při odezírání:**
    - 40%
    - 20%
    - 80%
    - Nevím
14) **Je dle Vás odezírání spolehlivým komunikačním prostředkem?**
    - Rozhodně ano
    - Spíše ano
    - Nevím
    - Spíše ne
    - Rozhodně ne
15) **Jaké jsou rozdíly mezi prstovou abecedou a znakovou řečí?**
    - Prstová abeceda se skládá písmeno po písmenu do psané podoby slova, znakovou řeč tvoří vizuální pohyby a tvary rukou, mimika a postavení těla.
    - Prstovou abecedu tvoří vizuální pohyby a tvary rukou, mimika a postavení těla, znaková řeč se skládá písmeno po písmenu do psané podoby slova.
    - Rozdíly mezi znakovou řečí a prstovou abecedou nejsou.

16) **Středně těžká mentální retardace odpovídá u dospělých jedinců mentálnímu věku:**
   - 9-12 let
   - 6-9 let
   - 3-6 let
   - Pod 3 roky

17) **Dá se po porodu poznat, že je dítě mentálně postižené? Pokud ano, napište, o jakou nemoc se jedná.**
   - Ano: .....
   - Ne

18) **S osobními věcmi nevidomé osoby:**
   - Je možno manipulovat bez jeho vědomí
   - Není možno manipulovat bez jeho vědomí
   - Nevím

19) **Na nedoslýchavého člověka se musí:**
   - Hodně křičet a z blízka
   - Mluvit za jeho zády, aby lépe slyšel
   - Mluvit pomalu, hlasitěji, ale nekřičet

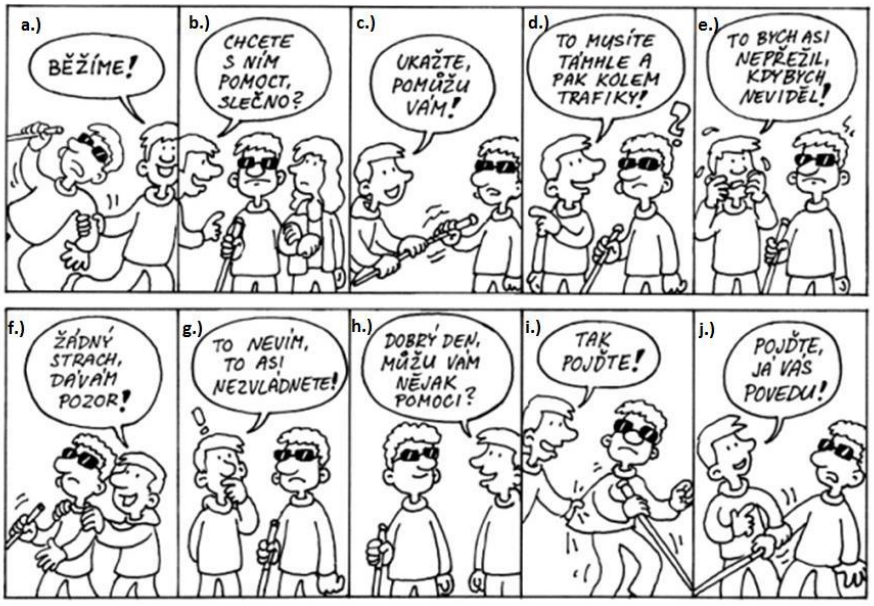
20) **U pacienta s dysartrií platí:**
   - Opravovat pacienta, přebírat jeho způsob řeči a měnit jeho styl řeči
   - Pomoci pacientovi ve vyjadřování a nabízet slova
   - Nevím

21) **Nejčastější příčinou afázie je:**
   - Úraz hlavy
   - Nádor mozku
   - Cévní mozková příhoda
   - Zánětlivé onemocnění mozku
   - Sociální prostředí
   - Citová deprivace

22) Co je mutismus?

- Porucha artikulace řeči
- Porucha produkce řeči
- Porucha psaní
- Porucha čtení a porozumění psanému textu
- Úplná ztráta schopnosti verbálně komunikovat na neurotickém nebo psychickém podkladě

23) Zde vidíte na obrázku člověka, který nabídne pomoc nevidomému. Na obrázku zakroužkujte, které řešení je správné.



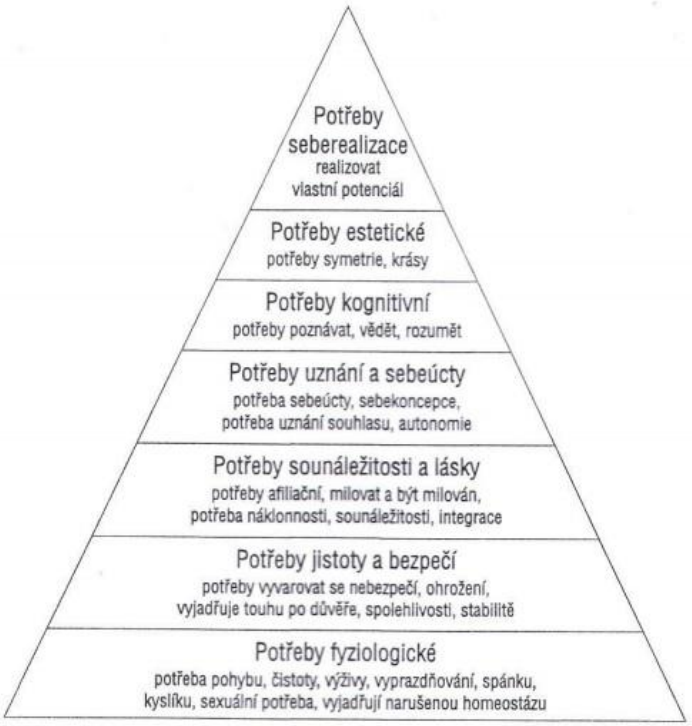
Zdroj: http://naslednapece.blog.cz/1311/komunikace-s-osobami-se-zrakovym-postizenim

Příloha II: Lidské potřeby

Obrázek 24: Dům životních potřeb podle PhDr. Heleny Chloubové

Zdroj:https://www.szs-ruska.cz/userdata/files/oppa/dotazy/OPPA_dotaz_20_10_2011.pdf

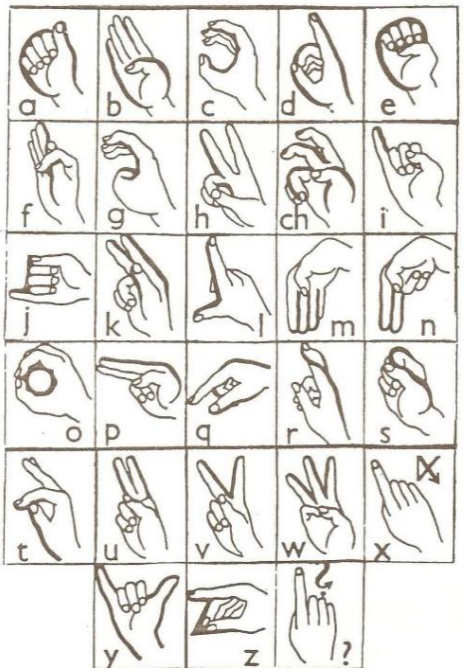
Obrázek 25: Maslowova hierarchie potřeb



Zdroj:https://www.szs-ruska.cz/userdata/files/oppa/dotazy/OPPA_dotaz_20_10_2011.pdf

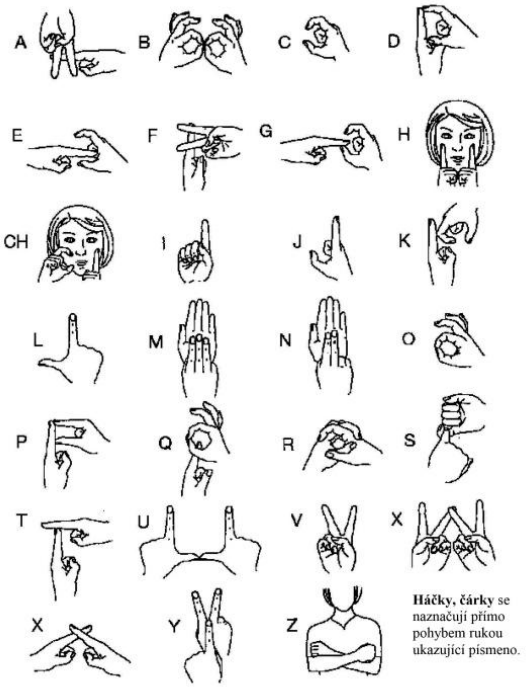
Příloha III: Prstová abeceda

Obrázek 26: Jednoruční prstová abeceda



Zdroj: https://is.muni.cz/th/246679/pedf_b/BP_-_prilohy.pdf

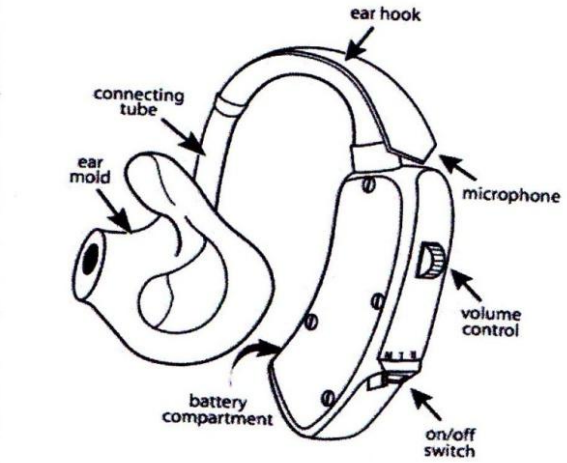
Obrázek 27: Dvouruční prstová abeceda



Zdroj: https://is.muni.cz/th/246679/pedf_b/BP_-_prilohy.pdf

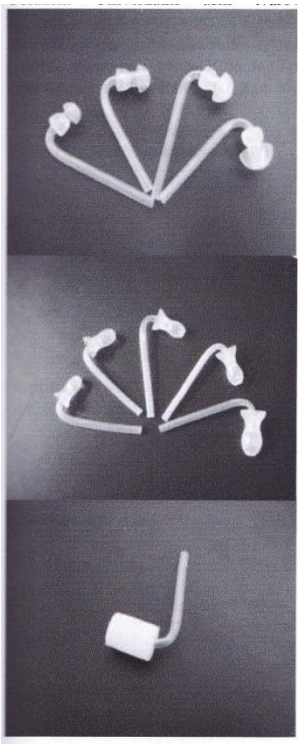
Příloha IV: Kompenzační pomůcky pro osoby se sluchovým postižením

Obrázek 28: Konstrukce závěsného sluchadla



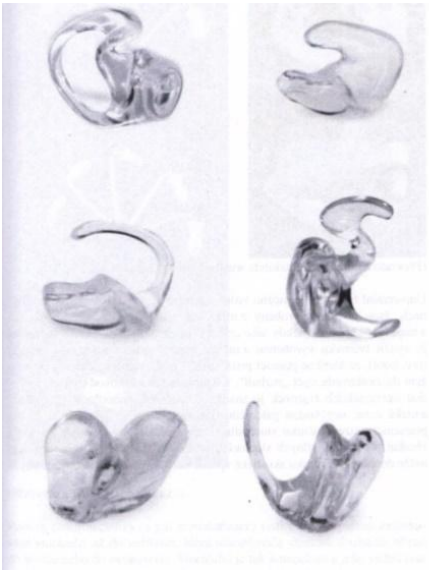
Zdroj: LANGER, Jiří. Technické pomůcky pro osoby se zdravotním postižením. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. 185 s. ISBN 978-80-244-3681-4.

Obrázek 29: Univerzální ušní tvarovky



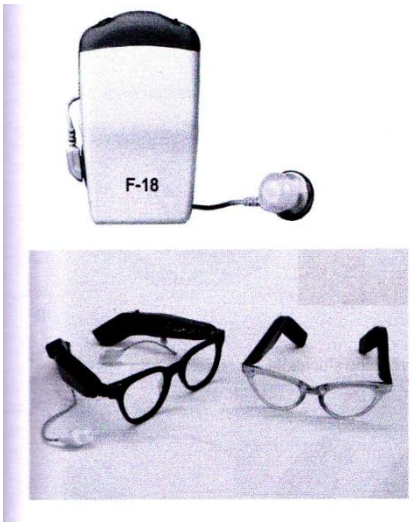
Zdroj: LANGER, Jiří. Technické pomůcky pro osoby se zdravotním postižením. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. 185 s. ISBN 978-80-244-3681-4.

Obrázek 30: Individuální ušní tvarovky



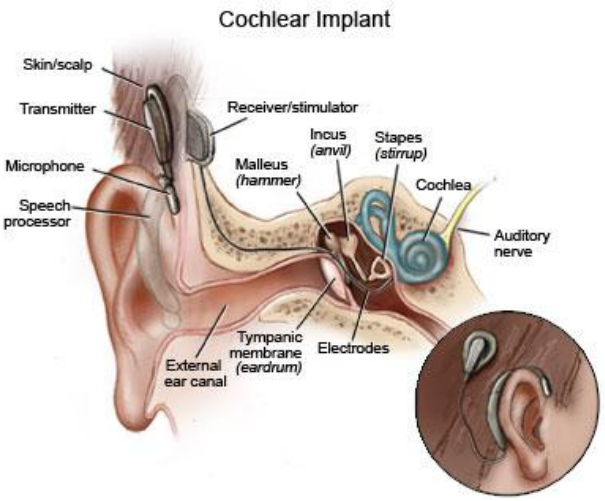
Zdroj: LANGER, Jiří. Technické pomůcky pro osoby se zdravotním postižením. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. 185 s. ISBN 978-80-244-3681-4.

Obrázek 31: Krabičkové sluchadlo (nahoře) a brýlové sluchadlo (dole)



Zdroj: LANGER, Jiří. Technické pomůcky pro osoby se zdravotním postižením. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. 185 s. ISBN 978-80-244-3681-4.

Obrázek 32: Schéma kochleárního implantátu



Zdroj: https://www.cespo.eu/inpage/kochlearni-implantat.html

Obrázek 33: Kochleární implantát

Zdroj: https://relax.lidovky.cz/lekarka-implantat-pro-hluche-deti-stoji-rodinu-60-tisic-je-to-zatez-p9h-/zdravi.aspx?c=A131101_134806_ln-zdravi_mc.html

Příloha V: Kompenzační pomůcky pro osoby se zrakovým postižením

Obrázek 34: Stojánková lupa s osvětlením

Zdroj: BUBENÍČKOVÁ, Hana, Petr KARÁSEK a Radek PAVLÍČEK. *Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením.* Brno: TyfloCentrum Brno, 2012.134s. ISBN 978-80-260-1538-3. Dostupné z: http://www.centrumpronevidome.cz/doc/kompenzacni-pomucky.pdf

Obrázek 35: Stojánková lupa bez osvětlení

Zdroj: BUBENÍČKOVÁ, Hana, Petr KARÁSEK a Radek PAVLÍČEK. *Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením.* Brno: TyfloCentrum Brno, 2012.134s. ISBN 978-80-260-1538-3. Dostupné z: http://www.centrumpronevidome.cz/doc/kompenzacni-pomucky.pdf

Obrázek 36: Monokulár

Zdroj: BUBENÍČKOVÁ, Hana, Petr KARÁSEK a Radek PAVLÍČEK. *Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením.* Brno: TyfloCentrum Brno, 2012.134s. ISBN 978-80-260-1538-3. Dostupné z: http://www.centrumpronevidome.cz/doc/kompenzacni-pomucky.pdf

Obrázek 37: Přenosná kamerová lupa ZOOMAX

Zdroj: http://www.tyflopomucky.cz/olomouc/lupy-elektronicke/975-Lupa-kamerova-ZOOMAX-SNOW-0401000006257.html

Obrázek 38: Braillský řádek Human WareBraillantBI32

Zdroj: http://store.humanware.com/hus/brailliant-bi-32-new-generation.html

Obrázek 39: Braillská tiskárna

Zdroj: http://pomucky.blindfriendly.cz/vypocetni-technika.html

Obrázek 40: Zápisník Gin

Zdroj: http://www.galop.cz/katalog_detail.php?produkt=29

Obrázek 41: Orientační skládací hůl

Zdroj: http://pomucky.blindfriendly.cz/pomucky-pro-usnadneni-mobility.htm

Obrázek 42: Signalizační skládací hůl

Zdroj: http://pomucky.blindfriendly.cz/pomucky-pro-usnadneni-mobility.htm

Obrázek 43: Opěrná hůl

Zdroj: http://www.tyflopomucky.cz/olomouc/hole-operne/299-Hul-bila-kod-VZP-95561F-2547896666661.html

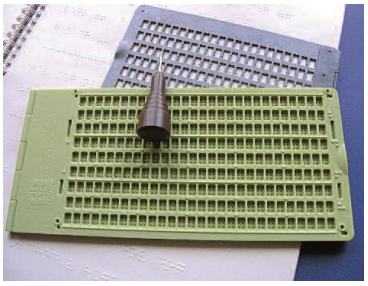
Obrázek 44: Ultrazvukový vyhledávač

Zdroj: http://pomucky.blindfriendly.cz/pomucky-pro-usnadneni-mobility.html

Obrázek 45: Pichtův psací stroj

Zdroj: http://www.rozhlas.cz/cesky/puvodslov/_zprava/pichtuv-psaci-stroj--1349698

Obrázek 46: Tabulky s bodátkem pro zápis Braillova písma



Zdroj: BUBENÍČKOVÁ, Hana, Petr KARÁSEK a Radek PAVLÍČEK. *Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením.* Brno: TyfloCentrum Brno, 2012.134s. ISBN 978-80-260-1538-3. Dostupné z: http://www.centrumpronevidome.cz/doc/kompenzacni-pomucky.pdf

Příloha VI: Kompenzační pomůcky pro osoby s tělesným postižením

Obrázek 47: Podpažní berle

Zdroj: https://eshop.meyra.cz/category/hole_-berle_-choditka/podpazni-berle/57

Obrázek 48: Francouzská berle

Zdroj: https://eshop.meyra.cz/product/hole_-berle_-choditka/francouzska-berle/460?gclid=CjwKCAiA9f7QBRBpEiwApLGUirXzSlL6_Trj6Q00pobgIWHeHcTIPKqxj-emeuLOjWxQmlqhYaLdcRoC1g4QAvD_BwE

Obrázek 49: Vícebodové opěrky

Zdroj: http://www.dmapraha.cz/katalog/vicebodove/0/60?norefresh=YES

Obrázek 50: Chodítko čtyřkolové

https://www.dmapraha.cz/katalog/katalog/0/98

Obrázek 51: Chodítko čtyřbodové

Zdroj: https://eshop.meyra.cz/product/hole_-berle_-choditka/ctyrbodove-choditko-skladaci/195

Obrázek 52: Popis ortopedického mechanického vozíku

Zdroj: http://disabledgear.com/pages/choosing-a-manual-wheelchair

Obrázek 53: Elektrický ortopedický vozík model FasterClou 9.500

Zdroj: https://www.meyra.cz/clou-9500.html

Obrázek 54: Handbike pro sportovní aktivity

Zdroj: https://hasebikes.com/104-1-Special-Needs-Trike-Handbike.html