

NRZP ČR vznikla v roce 2000 dohodou organizací občanů se zdravotním postižením a dnes je největším a nejreprezentativnějším zástupcem organizací osob se zdravotním postižením v České republice. Aktuálně sdružuje přes 100 členských organizací, které zastupují téměř 300 000 občanů se zdravotním postižením. NRZP ČR je hlavním poradním orgánem Vládního výboru pro zdravotně postižené občany a zastupuje občany se zdravotním postižením v dalších významných organizacích. Je rovněž členem několika mezinárodních organizací. NRZP ČR má celostátní působnost s krajskými organizačními jednotkami.

ÚVODNÍ SLOVO K PROJEKTU

Člověk s postižením je především člověk

Všichni lidé mají základní potřeby biologické, poznávací, citové, společenské a další. To platí jak o lidech bez postižení, tak i s postižením. Proto mají být lidé s jakýmkoliv postižením bráni především jako lidé, a teprve pak jako lidé nevidomí, lidé neslyšící, lidé s tělesným či jiným postižením.

Dosažitelnost uspokojování těchto základních lidských potřeb je u každého jedince jiná a u člověka s postižením je často i složitější. Člověk s postižením jich může dosahovat jiným, pro něj dostupným způsobem. Vývoj vhodných strategií, jak dosáhnout uspokojování základních lidských potřeb, je uskutečnitelný pouze v některých podmínkách. Jsou zde totiž mnohé překážky, které lze překonávat, jen při respektování určitých podmínek. Při každém druhu, typu a stupni postižení jsou tyto podmínky jiné, specifické.

Například člověk, který ztratí zrak, se potřebuje naučit orientovat v prostoru, číst Braillovo písmo a vykonávat různé činnosti bez zrakové kontroly. Ten, kdo ztratí sluch, musí kontrolovat prostředí pouze zrakem a dorozumívat se viditelným způsobem. Člověk na vozíku potřebuje architektonicky bezbariérové prostředí. Jsou-li postiženému člověku zajištěny tyto dodatečné specifické potřeby, jsou tím odstraněny hlavní překážky, které mu znemožňují vést samostatný, nezávislý způsob života ("independent living").

K nezávislosti napomáhají i různé technické pomůcky usnadňující činnosti, které by bez pomoci jiných lidí nemohl vykonávat. Pro nevidomé osoby jsou upraveny počítače, s výstupy dostupnými jejich smyslům. Pro neslyšící osoby existují různé optické a vibrační pomůcky, indikující zvukové signály. V těch směrech, kde vhodná technika dosud neexistuje nebo je nedostupná, pomohou osobní asistenti. Jejich úkolem je pomáhat plnit přání a potřeby postiženého člověka, nikoliv o něm rozhodovat.

V zahraničí je tento způsob myšlení vžitý. Ve vyspělých státech jsou běžná označení jako například "lidé se speciálními potřebami", ("people with special needs")

či "lidé s dodatečnými potřebami" ("people with additional needs"). Tento postoj je pozitivní. Respektuje skutečnost, že základní lidské potřeby lze uspokojovat za předpokladu, že budou člověku poskytnuty vhodné podmínky podle jeho specifických dodatečných potřeb.

Totéž platí při výchově dětí. Vždy máme na paměti, že jde především o děti se všemi jejich věkovými zvláštnostmi, a teprve potom o děti s postižením (Matějček 1992).

Postižení není nemoc

Postižený člověk není totéž co nemocný člověk. Nemoc se má léčit, avšak postižení je dáno a člověk se s ním musí naučit žít. Musí je vnitřně přijmout, akceptovat, protože se stane trvalou součástí jeho života.

Víte, jak neslyšící lidé obvykle reagují na zprávu, že se někomu narodilo neslyšící dítě? Říkají: "Nevadí, že neslyší, hlavně že je zdravé!" Neslyšící člověk se považuje za nemocného jen tehdy, když dostane rýmu, angínu či jinou nemoc.

Projekt DESATERO

Zdravotně postižení se jen s obtížemi uplatňují na pracovním trhu, a to i po absolvování tradičních rekvalifikačních kurzů. Při jejich integraci do společnosti prostřednictvím trhu práce je proto vhodné hledat nové formy pracovních činností, které budou přímo určeny zdravotně postiženým a budou zaměřeny na zlepšení postavení zdravotně postižených ve společnosti. Jednu z možností takovéto pracovní činnosti představuje i náš projekt, který vychází z potřeby zdravotnických zařízení a úřadu veřejné správy proškolení své pracovníky pro komunikaci se zdravotně postiženými. Potřeba tohoto vzdělávání je dána nejen samotnými poznatky z každodenní praxe, ale i Národním plánem podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006–2009, který na tato školení vyčleňuje i patřičné finanční prostředky. V současné době se na Národní radu osob se zdravotním postižením ČR (NRZP ČR) obrací zdravotnická zařízení i úřady veřejné správy se žádostí o zajištění takovýchto školení. Jsme přesvědčeni, že tato příležitost pro uplatnění na pracovním trhu by měla být v první řadě využita samotnými zdravotně postiženými, a proto jsme z jejich řad vyškolili lektory, kteří budou tuto službu zdravotnickým zařízením a úřadům veřejné správy poskytovat. Náš projekt DESATERO umožnil vytvoření školicího střediska při NRZP ČR, kde byli zájemci z řad zdravotně postižených vyškoleni pro vedení informační a vzdělávací kampaně zaměřené na zdravotnickou veřejnost a pracovníky veřejné správy. V rámci výcviku zdravotně postižení spolupracovali na vytváření řady „Desater“ zásad komunikace s lidmi s různými typy zdravotního postižení. Proškolený absolvent kurzu bude proškolen zdravotnické pracovníky a pracovníky veřejné správy na téma komunikace se zdravotně postiženými. Zásadní problém při komunikaci se zdravotně postiženými nespočívá v tom, že by se k nim mělo přistupovat stejně jako k ostatním lidem. Různé typy zdravotního postižení vyžadují specifický přístup, který musí zohlednit

potřeby a možnosti zdravotně postiženého občana a současně respektovat jeho lidskou důstojnost. Znalosti zásad a techniky vlastní komunikace s těmito občany. Neinformovaný i necitlivý přístup zdravotnického personálu a pracovníků veřejné správy je často staví do role nesvéprávných či přímo slaboduchých osob. Dokladem je realita všedního dne, kdy lékař nebo sestra hovoří s průvodcem pacienta, nikoliv s pacientem samotným. Otázky typu „a co je pánovi?“ nebo „má pán s sebou průkaz pojišťovny?“, popřípadě „ať si pán odloží“, patří do osobních zkušeností téměř každého člověka s postižením. Obdobně je to i při jednání na úřadech veřejné správy. Lidé s postižením se velmi často cítí v podřízeném nebo znevýhodněném postavení, nechtějí na sebe upoutávat pozornost nebo přivolávat nervozitu či dokonce hněv, a proto takové zacházení obvykle bez okamžitých protestů strpí.

Cíl projektu

Primárním cílem našeho projektu je pomoci skupině až 20 osob se zdravotním postižením najít plnohodnotné uplatnění na pracovním trhu v oblasti, která je dosud prakticky nepokryta dostatečně vyškolenými odborníky. V rámci projektu jsme vytvořili „Desatera“ pro všechny základní typy zdravotního postižení. Z těchto desater pak byla sestavena jedna příručka postihující komunikaci zdravotně postižených ve zdravotnických zařízeních a jedna na téma komunikace na úřadech veřejné správy. Dalším z cílů projektu je vytvoření praktické pomůcky pro budoucí uplatnění absolventů kurzu. Dlouhodobým cílem našeho projektu však není jen najít pracovní uplatnění pro několik desítek zdravotně postižených, ale obecně zlepšit přístup ke zdravotně postiženým ve zdravotnických zařízeních a pracovištích veřejné správy.

Charakteristika cílové skupiny

Cílovou skupinou našeho projektu jsou nezaměstnaní zdravotně postižení občané se středoškolským nebo vysokoškolským vzděláním s trvalým bydlištěm v Praze se zájmem o práci mimo komunitu zdravotně postižených. Výběrovým kritériem by však nemělo být samotné vzdělání, ale především osobní předpoklady uchazeče. Melo by se jednat o osoby kreativní a komunikativní, se schopností empatie a přirozeného vystupování. Zdravotní postižení v tomto případě není handicapem, ale výhodou, kterou může budoucí lektor uplatnit jako osobní zkušenost se školenou problematikou. Specifickou cílovou skupinou mohou být též zdravotně postižení, kteří se minulosti setkali s nesprávným zacházením ve zdravotnickém zařízení či na úřadu veřejné správy a jako takoví mohou být motivováni k osobnímu angažmá, které by změnilo stávající stav.

I | Desatero komunikace s pacienty se sluchovým postižením

1. Před rozhovorem s člověkem se sluchovým postižením navážeme zrakový kontakt. Pokud se na nás nedívá, můžeme jej upozornit lehkým dotykem na rameno, paži nebo předloktí, že s ním chceme hovořit. Zrakový kontakt udržujeme po celou dobu rozhovoru.
2. Každého člověka se sluchovým postižením se zeptáme, zda chce mluvit, odezírat, psát, nebo používat znakový jazyk. Otázku můžeme i napsat. Zjištěnou komunikační preferenci napíšeme na desky zdravotní dokumentace.
3. Odezírání bez pomoci sluchu není spolehlivá metoda vnímání mluvené řeči, dochází při ní často k omylům. Úspěšnost odezírání je velmi snížena při fyzické či psychické nepohodě. Odezírající osobě předem sdělíme téma hovoru. Mluvíme obrácení čelem k ní, naše tvář musí být osvětlena, nesmíme pohybovat hlavou nebo si zakrývat ústa. Dbáme na zřetelnou výslovnost a mluvíme volnějším tempem při zachování přirozeného rytmu řeči. Zdůrazňujeme klíčová slova. V případě potřeby opakujeme sdělení jinými slovy.
4. Při hovoru s nedoslýchavým člověkem nezvyšujeme hlas a nekřičíme. Zajistíme vhodné poslechové podmínky bez okolního hluku.
5. Doprovází-li člověka se sluchovým postižením tlumočnický či jiná osoba, vždy oslovujeme přímo člověka, se kterým jednáme, nikoliv jeho doprovod. O přítomnosti tlumočnicka si rozhoduje jenom sám pacient se sluchovým postižením. Má na tlumočnicka právo.
6. Člověku se sluchovým postižením předem vysvětlíme, co může během vyšetření či ošetření očekávat a jakou spolupráci od něj budeme potřebovat. Při vyšetření nebo ošetření mimo zrakové pole pacienta potřebujeme další osobu, která bude stát před pacientem a dávat mu potřebné pokyny. Tvář této osoby musí být dobře osvětlena. Před snímkováním na RTG domluvíme optický signál, kdy už může pacient začít dýchat a pohybovat se.
7. Důležité dotazy na alergie, kardiostimulátor, užívané léky atd. raději opakujeme a neváháme ani použít písemnou formu. U neslyšících uživatelů znakového jazyka je bezpečnější se zdravotní anamnézou počkat na tlumočnicka. Totéž platí, chceme-li pacientovi sdělit, jak má užívat léky nebo dodržovat léčebnou životosprávu. Toto své sdělení vždy ještě napíšeme na papírek, který dáme pacientovi s sebou.
8. Občas požádáme, aby nám člověk se sluchovým postižením svými slovy sdělil, co nám rozuměl (nikdy se neptáme, zda nám rozuměl). Ptáme se zásadně vždy po každém důležitém sdělení.
9. Při neúspěšné komunikaci máme na paměti, že jde o důsledek sluchového postižení. Proto k takovému člověku přistupujeme se stejným respektem a ohledem na důstojnost jako k člověku bez postižení. Neprojevujeme netrpělivost, neomezujeme komunikaci, ale snažíme se najít cesty, jak se vzájemně lépe dorozumívat.
10. Pro získání potřebných znalostí nestačí tento text, je nutno prostudovat si příslušnou literaturu a získat dostatečné dovednosti a zkušenosti v praxi.

II | Desatero komunikace s neslyšícím pacientem za přítomnosti tlumočnicka

1. Člověk se sluchovým postižením má při komunikaci se zdravotníky právo na tlumočnicka, pokud o to požádá. Tlumočení probíhá podle komunikační preference konkrétního klienta – překladem do znakového jazyka, převodem do znakované češtiny, písmem či artikulací.
2. Při rozhovoru udržujeme oční kontakt přímo s neslyšícím člověkem, nikoliv s tlumočnickem. Neslyšící člověk ovšem musí sledovat tlumočení informací. Stojíme či sedíme tak, abychom za zády neměli světlo.
3. Při rozhovoru s neslyšícím člověkem v přítomnosti tlumočnicka oslovujeme přímo toho, s kým jednáme. Rozhovor je veden mezi slyšícím odborníkem a neslyšícím pacientem, tlumočnick je pouze prostředníkem. Vyvarujeme se tendencím hovořit s tlumočnickem o neslyšícím člověku jako o objektu. Znamená to, že nikdy nepoužíváme úvodní fráze typu „Řekněte mu, že...“, „Zeptejte se pána, jestli...“
4. Naše komunikace probíhá s neslyšícím člověkem, nikoliv s tlumočnickem. Není správné mluvit nepřetržitě s tlumočnickem s tím, že ten to posléze neslyšícímu pacientovi nějak srozumitelně vysvětlí. Neslyšící účastník hovoru má právo na informace v plné kvalitě a v čase, kdy mu jsou určeny a ptát se průběžně na to, co ho zajímá.
5. Ověřujeme si, zda neslyšící člověk dobře rozuměl. Průběžně žádáme pacienta, aby nám svými slovy sdělil, co nám rozuměl (nikdy se neptáme přímo, zda nám rozuměl). Ptáme se zásadně po každém důležitém sdělení.
6. Tlumočnick při tlumočení musí stát vždy vedle slyšící osoby. Neslyšící člověk potřebuje vidět nejen na tlumočnicka, ale především na osobu, se kterou jedná. Vzdálíme-li se od tlumočnicka, neslyšící člověk se obrací za námi a uniká mu tak část důležitých informací, které jsou pro něj v tu chvíli tlumočeny.
7. Mluvíme svým obvyklým tempem. Tlumočnick nás sám upozorní, bude-li třeba mluvu zpomalit.
8. Na konci každého uceleného sdělení uděláme malou pauzu. Při tlumočení vždy dochází k malému časovému posunu. Tlumočnick musí mít čas přijmout informaci, zpracovat ji a zprostředkovat. K tomuto zpoždění dochází i po přípravě tlumočnicka na výkon, je to přirozeným jevem této činnosti.
9. Dáme prostor neslyšícímu vstřebat informace, zeptat se na doplňující otázky. Chce-li se neslyšící člověk zeptat na doplňující informace, poskytneme mu k tomu čas. Na konci hovoru se ho sami zeptáme, zda potřebuje něco dalšího upřesnit.
10. Při odchodu dejme neslyšícímu pacientovi písemné sdělení o jeho zdravotním stavu a o tom, co jsme projednávali.

III | Desatero komunikace s pacienty se zrakovým postižením

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

IV | Desatero komunikace při doprovodu pacientů se zrakovým postižením

1. Zdravotnický pracovník se s nevidomým vždy předem stručně dohodne o způsobu doprovázení. Obvyklý způsob spočívá v tom, že průvodce nabídne nevidomému rámě a ten se ho při chůzi lehce za loket přidržuje. Průvodce jde vpředu, nikdy nevidomého nepostrkuje, nepopotahuje ani jinak se s ním nesnaží manipulovat.
2. Při vstupu do místnosti (např. ordinace) průvodce dveře otevírá a nevidomý dveře zavírá. Proto je výhodné, aby nevidomý byl na straně závěsů (pantů) dveří; není-li tomu tak, před dveřmi si vymění místa tak, že nevidomý za průvodcem přejde na druhou stranu. Průvodce nevidomého neprotlačuje dveřmi ani jej neobchází.
3. Před vstupem na schodiště průvodce zpomalí nebo úplně zastaví a upozorní nevidomého na směr schodiště: „schody nahoru“ apod. Dále mu řekne o prvním a posledním schodu každého schodišťového ramene.
4. O nástupu do auta (sanitky) se průvodce a doprovázený předem stručně dohodnou. Praktické je, aby průvodce položil ruku nevidomého na horní hranu otevřených dveří automobilu, případně upozornil na výši schůdků. Vlastní nástup pak nechá na nevidomém. Je rovněž vhodné předem se dohodnout, kdo zavře.
5. Při procházení úzkým průchodem jde průvodce vždy první. Průvodce naznačí pohybem paže, za níž se nevidomý drží, aby se zařadil za něj a šel za ním v zákrytu.
6. Chce-li si nevidomý sednout, položí průvodce ruku nevidomého na opěradlo. Nevidomému stačí sdělit: „zde je židle, toto je opěradlo“ a on sám si zjistí její polohu a posadí se.
7. Průvodce nevidomému stručně popíše místnost, kde se budou zdržovat. To platí i o toaletě. Zde by měl průvodce nevidomému sdělit, o jaký druh toalety se jedná. Zkontroluje čistotu a řekne mu, kde je papír, splachovací zařízení apod.
8. Při delším pobytu musí být pacient seznámen s orientační situací místnosti, aby byl následně samostatný – jak vypadá pokoj, kde se nachází jeho lůžko a noční stolek, kde je umyvadlo, jak najde WC a umývárnu, kde se nachází ambulance, „sesterna“, jak se obsluhuje zařízení na přivolání zdravotní sestry v případě nouze.
9. Průvodce upozorní nevidomého na netradiční zábranu na chodníku. Při pohybu venku pomůže nevidomému včasné a nedramatické slovní upozornění na výkop, lešení, stavební zábor nebo neobvykle zaparkované auto.
10. Průvodce své průvodcovství nevidomému nabízí, nikoli vnucuje.

V | Desatero komunikace s pacienty s pohybovým postižením

1. Zdravotnický pracovník komunikuje při zjišťování anamnézy zásadně s pacientem s pohybovým postižením a nikoliv s jeho případným doprovodem.
2. Při nezbytné manipulaci s pacientem (uložení na lůžko aj.) mu vysvětlíme, co konkrétně potřebujeme, a požádáme jej, aby nám říkal, jak máme postupovat. Většina pacientů přesně popíše způsob manipulace.
3. Dbáme, aby pacient s pohybovým postižením měl ve svém dosahu nezbytné kompenzační pomůcky. Tím zvyšujeme jeho jistotu a pocit soběstačnosti.
4. Pokud potřebujeme vykonat zdravotnický úkon (odběr krve, aplikace injekce apod.), požádáme pacienta, aby si sám – pokud je to možné – zvolil místo vpichu či jiného zákroku. Pacient obvyklé ví, které místo je nejvhodnější.
5. Zásadně dbáme na to, aby pacienti s pohybovým postižením byly sanitním vozem současně dopravovány i nezbytné kompenzační pomůcky. Zajistíme, aby „vozičkář“ měl ve zdravotnickém zařízení k dispozici svůj vozík.
6. Při delším pobytu ve zdravotnickém zařízení zjistíme, které bariéry v pokoji a jeho okolí brání relativně samostatnému pohybu pacienta a snažíme se je odstranit.
7. Maximálně se snažíme, aby pacient nebyl trvale upoután na lůžko, pokud to není nutné.
8. Jen v nejkrajnějším případě používáme takové pomůcky jako je permanentní močový katetr apod. Je to velmi ponižující pro všechny pacienty.
9. Při podávání stravy se vždy informujeme, zda pacient je schopen se najíst, nakrájet si jídlo apod.
10. Zvláště při delších vyšetřeních dbáme na časový prostor na použití WC.

Školení

Školení mělo rozsah 100 hodin a uskutečnilo se v období mezi červnem 2007 a květnem 2008. Školení bylo rozděleno do tematických okruhů – první byl zaměřen na komunikaci ve veřejné správě a druhý na komunikaci ve zdravotnických zařízeních. Oba kurzy měly mít tři základní moduly:

1. Modul obecně teoretické přípravy (systém zdravotní péče, typy zdravotnických zařízení v ČR, lékařská a zdravotnická etika, práva pacient apod.).
2. Modul speciálně teoretický (způsoby, metody a formy komunikace se sluchově, zrakově a tělesně zdravotně postiženými).
3. Modul lektorsko - manažerský (manažerské a lektorské dovednosti, osobnostní trénink, základy psychologie apod.).