

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Miroslava Tvrdíková

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Komunikace nelékařských zdravotnických pracovníků v ambulanci  
s mentálně postiženými klienty

Miroslava Tvrdíková

Bakalářská práce

2014

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2012/2013

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Miroslava Tvrdíková**  
Osobní číslo: **Z11181**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Komunikace nelékařských zdravotnických pracovníků v ambulanci s mentálně postiženými klienty**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

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

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1. JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. Komunikace ve zdravotnické péči. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.
2. KREJČÍŘOVÁ, Olga. Manuál základních postupů jednání při kontaktu s osobami s mentálním postižením. Olomouc: Sdružení obcí Mikroregionu Vsetínsko, 2007. ISBN 978-80-244-1635-98.
3. MUNZAROVÁ, Marta. Zdravotnická etika od A do Z. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2.
4. ŠVARCOVÁ, Iva. Mentální retardace. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-889-0.
5. ZACHAROVÁ, Eva et al. Zdravotnická psychologie. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.


Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.**

Datum zadání bakalářské práce: **1. října 2012**

Termín odevzdání bakalářské práce: **9. května 2014**

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 28. ledna 2014

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou, nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 30. 4. 2014

Miroslava Tvrdíková

### **Poděkování**

Ráda bych zde poděkovala své vedoucí práce Mgr. Evě Hlaváčkové, Ph.D. za cenné rady, věnovaný čas a podporu při vedení mé práce.

Také bych ráda poděkovala všem respondentům za jejich vstřícný a ochotný přístup při sběru dat k mé bakalářské práci.

## **ANOTACE**

Práce je věnována problematice komunikace nelékařského zdravotnického pracovníka s lidmi s mentálním postižením. Zaměřuje se na zvláštnosti komunikace, specifický přístup k lidem s postižením a na bariéry v komunikaci. Zahrnuje i možnosti využití alternativních a augmentativních komunikačních metod. Dále se zabývá důležitostí dodržování zásad správné komunikace ve zdravotnictví. Tato práce má za cíl zmapovat komunikační dovednosti nelékařských zdravotnických pracovníků v ambulancích, případné potíže při komunikaci, zjistit z jakého zdroje nejčastěji získávají informace. To vše ve vztahu k lidem s mentálním postižením.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Mentální postižení, komunikace, alternativní a augmentativní komunikace, nelékařský zdravotnický pracovník.

## **TITLE**

The communication between paramedical staff and mentally disabled clients in clinics

## **ANNOTATION**

The work is dedicated to the communication between paramedical staff and people with learning disabilities. It focuses on the specifics of communication, how to approach people with disabilities and barriers to communication. It also involves the use of alternative and additional communication methods, and deals with the importance of respecting the principles of good communication in health care. This work aims to map the communication skills of paramedical staff in outpatient clinics, potential difficulties in communication, and identifying the source of the most frequently required information. All of this is in relation to people with mental disabilities.

## **KEYWORDS**

Mental disability, communication, alternative and additional communication, paramedical staff.

# **OBSAH**

<b>ÚVOD</b> .....	<b>11</b>
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1 MENTÁLNÍ RETARDACE - MR</b> .....	<b>13</b>
1.1 Etiologie vzniku MR.....	13
1.2 Diagnostika mentální retardace .....	13
1.3 Mezinárodní klasifikace nemocí .....	14
1.3.1 Lehká mentální retardace .....	14
1.3.2 Středně těžká mentální retardace .....	14
1.3.3 Těžká mentální retardace.....	14
1.3.4 Hluboká mentální retardace.....	15
1.3.5 Jiná mentální retardace .....	15
1.3.6 Nespecifická mentální retardace.....	15
<b>2 KOMUNIKACE A JEJÍ VÝZNAM</b> .....	<b>16</b>
2.1 Verbální komunikace .....	16
2.2 Neverbální komunikace .....	17
2.3 Základní komunikační principy a dovednosti.....	17
2.4 Komunikace ve zdravotnictví .....	20
2.5 Osobnostní předpoklady zdravotníka .....	20
2.6 Role sestry v primární péči .....	21
<b>3 SPECIFIKA KOMUNIKACE S LIDMI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM</b> .....	<b>22</b>
3.1 Přístup k člověku s mentálním postižením .....	22
3.2 Bariéry v komunikaci s lidmi s mentální retardací .....	23
3.3 Bariéry prostředí .....	24
<b>4 AUGMENTATIVNÍ A ALTERNATIVNÍ KOMUNIKACE – AAK</b> .....	<b>25</b>
4.1 Augmentativní komunikace .....	25
4.2 Alternativní komunikace.....	25
4.3 Systémy AAK bez pomůcek .....	26
4.4 Systémy AAK s pomůckami.....	26



4.5 Elektronické techniky .....	27
<b>II. EMPIRICKÁ ČÁST .....</b>	<b>29</b>
<b>5 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....</b>	<b>30</b>
5.1 Techniky sběru dat .....	30
5.1.1 Pozorování .....	30
5.1.2 Rozhovor .....	30
5.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	31
5.3 Výzkumné otázky .....	31
5.4 Průběh výzkumu .....	31
<b>6 VÝSLEDKY .....</b>	<b>33</b>
6.1 Pozorování a rozhovory .....	33
6.1.1 Sestra 1 .....	33
6.1.2 Sestra 2 .....	35
6.1.3 Sestra 3 .....	37
6.1.4 Sestra 4 .....	38
6.1.5 Sestra 5 .....	40
6.1.6 Sestra 6 .....	41
6.1.7 Sestra 7 .....	42
6.1.8 Sestra 8 .....	44
6.1.9 Sestra 9 .....	45
6.1.10 Sestra 10 .....	47
6.2 Výzkumná otázka č. 1.....	49
6.3 Výzkumná otázka č. 2.....	49
6.4 Výzkumná otázka č. 3.....	49
<b>7 DISKUSE.....</b>	<b>50</b>
<b>8 ZÁVĚR .....</b>	<b>53</b>
<b>9 POUŽITÁ LITERATURA.....</b>	<b>54</b>
<b>10 PŘÍLOHY.....</b>	<b>58</b>
10.1 Příloha A - témata pozorování .....	58
10.2 Příloha B - otázky v rozhovoru .....	59

## **SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK**

Obrázek 1: Komunikační tabulka systému Bliss .....	28
Tabulka 1: Přehled demografických údajů respondentů.....	33
Tabulka 2 Dodržování pravidel komunikace NZP s klienty s MR .....	48

## **SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK:**

AAK - augmentativní a alternativní komunikace

MKN - Mezinárodní klasifikace nemocí

MR - mentální retardace

NZP - nelékařský zdravotnický pracovník

VOKS - výměnný komunikační obrázkový systém

## Úvod

Umění komunikace patří k důležitým lidským dovednostem. Její zvládnutí je ovlivněno vrozenými vlastnostmi, ale závisí i na zkušenostech získaných během života. V pracovním i osobním životě každého člověka slouží nejen k výměně informací, ale také k navazování a udržení mezilidských vztahů.

Ve zdravotnictví se klade velký důraz na umění profesionální komunikace. Kvalitní ošetrovatelská péče se bez dobře a efektivně vedené komunikace, založené na úctě a respektu neobejde. Na sestry i ostatní zdravotníky jsou v této oblasti kladeny velké požadavky. Nestačí osvojit si jen obecné zásady, ale i specifické dovednosti komunikace mezi sestrou a klientem. Umět vést rozhovor, volit správná slova, projevit dostatek empatie, jsou dovednosti, které by měl znát každý zdravotnický pracovník. Sestra při poskytování ošetrovatelské péče navazuje kontakt s klientem, hovoří s ním o jeho starostech a problémech, nebo jen naslouchá, sděluje mu důležité informace, provází ho terapií a poskytuje mu podporu v těžkých chvílích. Pokud se sestra setká s klientem, který má nějaké postižení, ať už smyslové, mentální nebo tělesné, měla by ovládat také speciální dovednosti a techniky. U lidí s mentálním postižením lze využívat metody alternativní a augmentativní komunikace. Tyto metody a postupy lze dále individualizovat a přizpůsobovat potřebám a schopnostem lidí s mentální retardací. Hlavním cílem těchto metod je se domluvit a předcházet nedorozumění.

Mentální postižení nemusí celkově omezit jedince v jeho životě, ale může zasahovat do určité specifické oblasti, ve které je jedinec často odkázán na pomoc okolí. Ale i tito lidé potřebují cítit, že zdravotníci jejich problém vnímají. Nepotřebují soucit, chtějí jen to, co mají ostatní - život bez fyzických i psychických bariér.

Cílem práce je zmapovat znalosti nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti komunikace s lidmi s mentálním postižením, identifikovat možné bariéry a zjistit odkud nejčastěji získávají informace.

Během své praxe jsem měla často možnost sledovat komunikaci sester s mentálně postiženými klienty. Téma bakalářské práce jsem si zvolila právě na základě těchto zkušeností. Několikrát jsem se setkala s problémy při komunikaci mezi sestrou a klientem. Sestry často komunikují jen s doprovodem, někdy jsou netrpělivé a projevují spíše soucit než empatii.

# **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## **Cíle práce**

CÍL 1: Zjistit, jaké komunikační dovednosti má nelékařský zdravotnický personál v jednání s klienty s mentálním postižením při poskytování ošetrovatelské péče v ambulantním zařízení.

CÍL 2: Zjistit, jaké jsou nejčastější bariéry při komunikaci nelékařských zdravotnických pracovníků s klientem s mentálním postižením.

CÍL 3: Zjistit, z jakého zdroje nejčastěji získává nelékařský zdravotnický personál informace o klientovi.

# 1 Mentální retardace - MR

Mentálním postižením nebo mentální retardací je nazýváno trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku (Švarcová, 2011, s. 36 – 37). Jedná se o stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který se projevuje během vývojových období. Postihuje všechny složky inteligence, poznávací, řečové, motorické i sociální schopnosti. Současně se mohou vyskytnout i jiné somatické a duševní poruchy (MKN-10, 2013, s. 242 – 243). Dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování (Švarcová, 2011, s. 36 – 37).

## 1.1 Etiologie vzniku MR

Mentální postižení vzniká před narozením dítěte, během porodu nebo až do konce druhého roku dítěte, kdy jsou důsledky poškození mozku podobné (Slowík, 2010, s. 46). Vliv na poškození mozku v prenatálním období má nejčastěji infekční onemocnění matky, užívání alkoholu, kouření, rentgenové záření, ale i dědičnost. V tomto období vzniká 50 – 60 % všech mentálních retardací. V perinatální období je hlavní příčinou MR úraz při porodu. Mentální postižení vznikne asi v 8 %. Postnatální poškození mozku se podílí asi 30 % a je zapříčiněno úrazem hlavy, poruchou látkové výměny nebo záněty mozku (Šnýdrová, 2008, s. 128). Podle statistik u nás celkově žije 300 000 lidí s mentálním postižením, to je asi 3 – 4 % populace (Krhutová, 2005, s. 237).

## 1.2 Diagnostika mentální retardace

Nejpoužívanější metodou pro stanovení stupně mentálního postižení je stanovení inteligenčního kvocientu, který vyjadřuje vztah mezi mentálním a chronologickým věkem. Informuje nás o rozumových schopnostech, ale nezohledňuje kvalitativní zvláštnosti inteligence jedince.  $IQ = (\text{mentální věk} : \text{chronologický věk}) \times 100$  (Švarcová, 2011, s. 37). Výsledky se porovnávají s anamnézou a dalšími testy (Valenta, 2012, s. 42). Lze použít i evaluační škály pro určení stupně sociální adaptace v určitém prostředí. Takovéto měření je jen přibližné a vyžaduje práci školeného diagnostika (MKN-10, 2013, s. 242). Pro hodnocení adaptability se používá Vinelandská škála sociální zralosti. Pomocí této škály je možné zmapovat celkovou soběstačnost, komunikaci, motoriku a sociální začleňování (Valenta, 2012, s. 42).

### **1.3 Mezinárodní klasifikace nemocí**

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, 2013, s. 242 – 243) se mentální retardace dělí do šesti kategorií.

#### **1.3.1 Lehká mentální retardace**

Do této kategorie patří 80 – 85 % lidí s mentálním postižením. Jejich mentální věk je v rozmezí 10 – 11 let, IQ je 50 – 69. Tito lidé dokáží užívat řeč v každodenním životě, i přes opožděný vývoj řeči v dětském věku. Většinou jsou úplně nezávislí v osobní péči a v domácích dovednostech. Velmi jim prospívá výchova a vzdělávání směřující k rozvíjení jejich dovedností. Naopak potíže nastávají při teoretické práci ve škole, projevující se specifickými problémy se čtením a psaním. Většinu lehce mentálně postižených lidí lze zaměstnat nekvalifikovanou manuální prací (Švarcová, 2011, s. 37 – 38). Komunikace těchto lidí je spontánní a vstřícná. Lze se s nimi domluvit běžnou řečí, i když výslovnost některých hlásek může být méně srozumitelná. Používají jednodušší řeč a porozumí spíše méně složitým sdělením. Mají menší slovní zásobu a jejich vyjádření nemusí být vždy gramaticky správně (Slowík, 2013, s. 48).

#### **1.3.2 Středně těžká mentální retardace**

Tato kategorie zahrnuje asi 10 % osob s mentálním postižením a mentální věk se nachází v pásmu 4 - 8 let, IQ je 35 – 49. Je to skupina s velkými rozdíly ve schopnostech a dovednostech, chápání a užívání řeči je výrazně opožděno. Část postižených je schopna jednoduché konverzace a někteří se stěží domluví o svých základních potřebách. Další část osob se středně těžkou mentální retardací nemluví vůbec, ale je schopna porozumět verbálním instrukcím a může se naučit neverbální komunikaci zejména prostřednictvím gestikulace. Při kvalifikovaném pedagogickém vedení jsou tyto lidé schopni se naučit číst, psát a počítat. Jsou schopni lehké manuální práce pod odborným dohledem a uplatňují se v chráněných dílnách (Švarcová, 2011, s. 38 – 39). Jejich řeč je velmi jednoduchá, někdy se vyjadřují jen pomocí několika slov. Mají malou slovní zásobu, vyjadřují se gramaticky špatně a trpí vadami výslovnosti. Pokud se soustředíme, je možné pochopit podstatu sdělovaného. Můžeme použít i doplňkovou (augmentativní) komunikaci (Slowík, 2013, s. 49).

#### **1.3.3 Těžká mentální retardace**

Těžká mentální retardace je diagnostikována asi u 5 % postižených. Mentální věk je

přibližně na úrovni 1,5 – 3,5 roku, IQ je 20 – 34. Často mají vysoký stupeň poruchy motoriky a snížená úroveň schopností je mnohem výraznější než v předchozí skupině. Většinou nejsou schopni naučit se číst, psát a počítat, ale systematickou rehabilitační výchovnou a vzdělávací péčí je možno výrazně přispět ke zlepšení motoriky a dalších schopností, a tím přispět k celkovému zlepšení kvality jejich života (Švarcová, 2011, s. 39 – 40). Tito lidé se snaží nejčastěji komunikovat neartikulovanými zvuky, gesty, ukazováním, dotyky. Zřídka umí pár slov. Je vhodné používat prvky alternativní komunikace (Slowík, 2013, s. 50).

#### **1.3.4 Hluboká mentální retardace**

Tuto skupinu tvoří necelé 1 % postižených, mentální věk se pohybuje pod 18 měsíci, IQ je nižší než 20. Tito lidé jsou často imobilní a vyžadují stálou pomoc a dohled. Ve výchově a vzdělávání je potřeba se zaměřit na rozvíjení motoriky, komunikace a alespoň částečné zvládnutí sebeobsluhy (Švarcová, 2011, s. 40). I s těmito lidmi lze prokazatelně komunikovat pomocí speciálních metod, které využívají nonverbálních projevů. Prostřednictvím nonverbálních projevů se dají zachytit sdělení z oblasti pocitů a potřeb klienta. Tato komunikace vyžaduje dlouhodobou a intenzivní práci vyškoleného člověka (Slowík, 2013, s. 50 – 51).

#### **1.3.5 Jiná mentální retardace**

Pokud je stanovení stupně intelektového postižení nesnadné nebo nemožné, zejména z důvodu přidruženého senzoryckého a somatického postižení, zařazují se jedinci do kategorie jiná MR (Švarcová, 2011, s. 40). Je nutné hledat formy komunikace, které budou zohledňovat kombinaci mentálního a senzoryckého postižení a přispějí k vzájemnému pochopení (Slowík, 2013, s. 51).

#### **1.3.6 Nespecifická mentální retardace**

Pokud není možné člověka zařadit do jedné z výše uvedených kategorií, je-li současně diagnostikována mentální retardace, použije se kategorie nespecifická MR (Švarcová, 2011, s. 41).



## 2 Komunikace a její význam

Komunikace patří k základním životním potřebám člověka. Při výměně informací zároveň sdělujeme své postoje, vztahy, pocity i nálady, vytváříme, ale i ničíme vztahy (Mikuláščík, 2010, s. 15).

*„Každá komunikace má svůj účel a cíl, nejobecněji slouží k tomu, abychom se vzájemně dorozuměli. Mějme stále na paměti, že výměna informací vždy znamená „aktivní“ účast všech zúčastněných, i když „odpoví“ mlčením.“* (Linhartová, 2007, s. 12).

Při komunikaci dochází k výměně informací mezi lidmi pomocí systému symbolů, znaků nebo chování. Obecně je považován za tento běžný systém jazyk, jež lze definovat jako kód, kterým vyjadřujeme naše myšlenky, požadavky a potřeby (Bondy, 2007, s. 15). Podmínkou úspěšné komunikace je tento systém znát a mít možnost jej sdílet. Je nutné znát nejen jazyk, ale i kulturní prostředí a jeho zvláštnosti (Leško, 2008, s. 10). Účastník komunikace vysílající sdělení, přijímá informace ze svého sdělení a zároveň z reakcí druhého člověka. Každý je tedy v komunikaci mluvčí i posluchač a každý informace vysílá i přijímá. Reakce na to, co bylo řečeno, závisí i na výkladu řečeného druhou osobou. Tyto reakce jsou ovlivněny předchozími zkušenostmi, návyky, postoji a dalšími činiteli. To znamená, že dva lidé, kteří vyslechnou totéž sdělení, si mohou odvodit odlišné významy. Každá interpersonální komunikace probíhá v určitém kontextu, je zkreslena šumem, dává možnost zpětné vazby a má nějaký účinek (DeVito, 2008, s. 32 – 34).

### 2.1 Verbální komunikace

Při verbální komunikaci vyjadřujeme myšlenky pomocí řeči, která může mít formu mluvenou, psanou nebo zvukovou (Leško, 2008, s. 21). Má být jednoduchá, stručná, zřetelná, vhodně načasovaná a styl řeči je nutné přizpůsobit reakcím druhého (Plevová, 2010, s. 19 - 20). Pro efektivní využití verbální komunikace je nutné extenzionální myšlení, při kterém nejprve s člověkem komunikujeme, zkoumáme, jaký člověk je a nevytváříme si úsudek předem podle názoru jiných lidí. V hovoru musíme také důsledně oddělovat dedukce a faktické výroky. Dedukce vznikají na základě usuzování, při používání v řeči je dobré brát dedukce jako hypotézy a nechat prostor pro možnost, že jsou mylné. Hlavně při naslouchání jinému člověku je důležité jeho řeč dobře analyzovat a odlišit od sebe úsudek a fakta (DeVito, 2008, s. 142 – 143).

## 2.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace nepoužívá slova, ale řeč těla. Jsou to signály, které vysíláme vědomě, ale i nevědomě do okolí (Leško, 2008, s. 23). Doplnuje verbální komunikaci a někdy ji může i nahradit. Podle neverbálních signálů si vytváříme dojmy o druhém člověku. Všímací si oblékání, tělesných rozměrů a dalších neverbálních projevů a hodnotíme jeho důvěryhodnost, sympatičnost, přitažlivost a dominanci. Neverbálně lze také řídit konverzaci, ovlivňovat druhé a vyjadřovat emoce. Škála kanálů neverbálních signálů je velmi široká.

Základní dělení neverbální komunikace:

**Proxemika** – sdělování informací přibližováním či oddalováním jak v horizontální, tak ve vertikální rovině. Vzdálenost je užita jako prostředek komunikace mezi komunikujícími. Intimní vzdálenost je do 45 cm, osobní vzdálenost od 45 cm. Prostor do 1,2 m je pro nás ochranný prostor, do kterého mohou jen nejbližší lidé. Ve společenské vzdálenosti

od 1,2 m do 3,7 m řešíme společenskou komunikaci a nad 3,7 m se jedná o veřejnou vzdálenost.

**Haptika** – doteky, bezprostředním kontaktem, podání ruky, pohlazení apod.

**Posturika** – sdělování fyzickým postojem tzn. držením hlavy, krku, trupu a končetin.

**Kinezika** – pohyby rukou, nohou, hlavy a těla.

**Gestika** – pohyby a polohy dané kulturou, např. pokynutí hlavou, úklon při představování apod.

**Mimika** – sdělování pomocí výrazů obličeje, informace o emocionálních stavech jako smutek, štěstí, zájem, překvapení aj.

**Chronemika** – využívání času při řeči (DeVito, 2008, s. 152 - 162).

**Paralingvistika** – zahrnuje intonaci, rychlost, hlasitost a barvu řeči, pauzy a tón, jakým je verbální informace sdělována (Janáčková, 2008, s. 17).

Verbální a neverbální komunikace na sebe vzájemně působí a význam sdělovaného mohou měnit, zeslabovat i zesilovat (Leško, 2008, s. 22).

## 2.3 Základní komunikační principy a dovednosti

**Vedení rozhovoru** je dovednost, která přispívá k navázání kontaktu, je důležitá při získávání anamnestických údajů a dalších důležitých informací, někdy i značně důvěrných. Základem

je hluboce lidský postoj k druhému člověku (Kejklíčková, 2011, s. 101). Při rozhovoru

je důležitým nástrojem používání otázek. Jejich užití musí sledovat předem promyšlený záměr a cíl. Naše chování a vnitřní postoj má korespondovat s danou otázkou a vyjadřovat zájem o odpověď (Scharlau, 2008, s. 52 – 57).

**Naslouchání** je aktivní vnímání a respektování celkového projevu druhého. Prochází určitými fázemi. První je příjem signálů, při kterém vnímáme verbální i neverbální projev, ale i to, co nebylo řečeno. Druhá fáze je porozumění, kdy se snažíme pochopit sdělované informace a pro potvrzení dobrého porozumění je můžeme parafrázovat. Ve třetí fázi dochází k zapamatování sdělení. Dalším krokem je hodnocení toho, co slyšíme a někdy i toho, co řečeno nebylo a je skryto. Na závěr dochází k reakci na informace. Vysláním reakcí již v průběhu sdělované informace, např. přikyvováním hlavy, dáváme ostatním zpětnou vazbu, projevíme svůj zájem. Reakce po ukončení řeči zahrnují souhlas, protest, empatii, jsou vyjádřeny verbální odpovědí nebo otázkou pro doplnění a jsou více propracované (DeVito, 2008, s. 103 – 110).

*„Naslouchat neznamena jen vnímat, co pacient říká, ale také jak to říká, a jak se přitom tváří.“* (Kejklíčková, 2011, s. 102).

Aktivní a empatické naslouchání znamená věnovat pozornost druhému, snažit se porozumět a zbavovat předsudků, stereotypů a schémat vnímání (Vybíral, 2000, s. 101 – 102) Pokud dokážeme využít i informace, které jsou ukryty v mluveném projevu, pak jsme schopni přizpůsobit naši vlastní komunikaci i přístup, a tím přispět ke zkvalitnění vzájemného vztahu (Pastucha, 2007).

**Empatie** znamená vcítit se do druhého, plně se věnovat jeho vyjádření, být tolerantní a respektovat jeho právo na vlastní názory, myšlenky, taktéž umožňuje druhého lépe poznat. Empatii můžeme projevit snahou vidět situaci očima mluvčího, chápat události jako on, vést rovnocennou komunikaci, neskákat do řeči a ani jinak jej nepřerušovat. I parafrázováním jeho sdělení dáváme najevo zájem (DeVito, 2008, s. 112). Schopnost empatie se může během života měnit. Závisí na vzorech chování, na vývojové úrovni člověka i na množství předcházejících vztahů (Mikuláščík, 2010, s. 92).

**Porozumění** znamená pochopit druhého a poskytnout mu zpětnou vazbu. Ujistit ho, že jsme pochopili jeho sdělení třeba přikyvnutím. Porozumění nemusí nutně znamenat, že s myšlenkami souhlasíme (Kejklíčková, 2011, s. 102 – 103). Na porozumění řeči má vliv nejen řečník, ale i posluchač, který nemusí sdělení vždy správně pochopit (Mikuláščík, 2010, s. 95).

Při funkční komunikaci je nutné udržet oční kontakt, v tónu hlasu má převládat zájem a vstřícnost. Celkové držení těla je uvolněné bez motorického neklidu s adekvátní gestikulací rukou. Mezi další pravidla zdravé komunikace podle Vybírala (2000, s. 214 – 218) patří:

**Bezprostřednost reakce** – neodkládat odpovědi a reagovat ihned. Časté odkládání reakcí nebo dlouhé mlčení může vést k poruchám ve vztazích.

**Kognitivní přizpůsobování** – jedná se o přizpůsobení se slovníku a stanoviskům druhého, bez tohoto pravidla není funkční komunikace možná. Je nutné chápat druhého a mít zájem

se dohodnout. Přizpůsobit se, nemusí nutně znamenat, že změníme své názory.

**Zájem o druhého** – projevení zájmu o druhého tím, že mu budeme dobře naslouchat a udržovat oční kontakt. Důležitá je také trpělivost, přátelský pohled a hlas. Chaotické uspěchané chování, nebo listování v dokumentech, jsou projevem nezájmu o obsah komunikace a komunikačního partnera.

**Reciprocita** – princip vzájemnosti, kdy každý má možnost vyjádřit se v komunikaci stejnou měrou. Ani pasivnější účastník nemůže být diskvalifikován tím, že ho druhý neposlouchá, nebo nenechá domluvit.

**Humor** – přítomnost posilujících humorných momentů pomáhá lépe si zapamatovat obsah řečeného. Humor má být adekvátní, vhodně zvolený a nemá probíhat na úkor druhého člověka. Vyjadřuje i určitou sociální inteligenci.

**Tříkrát NE** – nezahrnovat druhého nadbytkem kritiky, která může u někoho vyvolat obranné reakce, popření až agrese. Připomínky a výhrady nekumulovat, ale cílit na jednu věc, bez nadměry požadavků. Adresát může získat pocit, že na ně nestačí a ve stresu některé vytěsni. Případné zklamání vyjádřit bezprostředně, ale zbytečně nedramatizovat.

**Otevřenost komunikace** znamená mít možnost pokračovat v přerušném hovoru, mít dostatek tolerance a empatie.

**Konzistentní jednání** – jednání, kdy pokračujeme v podobném pojetí tak, jak jsme již dříve jednali. Při dalším setkávání již známe chování téhož člověka a můžeme z této zkušenosti vycházet.

**Pozitivní komunikace** – nehovořit v záporu, ale snažit se zápor přeformulovat a dát mu pozitivní tvar.

## 2.4 Komunikace ve zdravotnictví

Komunikace je základ ošetřovatelské péče. Je to dynamicky se rozvíjející a nepřetržitý proces, při kterém sestra a klient vzájemně sdílejí a interpretují určité informace, a také dochází k budování určitého vztahu mezi nimi. Ke komunikaci dochází při každém setkání člověka s člověkem, nejinak je tomu i v ošetřovatelském procesu. Komunikuje každý člověk bez ohledu na jeho tělesné, smyslové nebo mentální postižení (Špatenková, 2009, s. 9). Na účinné komunikaci mezi sestrou a pacientem závisí zdraví, někdy i život. Také umožňuje předcházet právním problémům v ošetřovatelské praxi (Plevová, 2010, s. 13). K získání informací od pacienta, k navázání dobrého vztahu a k pochopení klienta a jeho potíží je nutné osvojit si základní komunikační dovednosti, především aktivní a empatické naslouchání, pozorování neverbálních projevů druhých osob a adekvátní reakce (Špatenková, 2009, s. 56).

Profesionální komunikace ve zdravotnictví může probíhat ve třech rovinách:

**Sociální komunikace** – ke které dochází při běžném kontaktu s klientem, je neplánovaná.

**Specifická komunikace** – sdělování skutečnosti, motivace a edukace klienta. Tato komunikace již je plánovaná.

**Terapeutický rozhovor** – může pomoci klientovi adaptovat se na nové prostředí a překonat těžké chvíle. Sestra jej může slovně podpořit a být mu oporou v nelehké životní situaci (Plevová, 2010, s. 14).

I po navázání vztahu nezapomínejme na základní pravidla komunikace, která lze dodržovat u každého klienta s jakýmkoliv postižením nebo nemocí. Při setkání s klientem je základní slušností pozdravit a představit se. Každý klient je jedinečná bytost a musíme ho i tak respektovat. Stejně, jako jeho právo na soukromí. Je důležité najít vhodný způsob a formu komunikace, ale nelze jej do komunikace nutit. Ke správné komunikaci patří i úsměv a přiměřený humor, který vyjadřuje optimismus a naději. Pro klienta je náročné pochopení žargonu, kterému je třeba se vyvarovat (Špatenková, 2009, s. 56).

## 2.5 Osobnostní předpoklady zdravotníka

Práce ve zdravotnictví je velmi náročná a vyžaduje určité osobnostní i vědomostní předpoklady. Zdravotník musí být dostatečně odborně vzdělaný, manuálně zručný, umět pracovat s moderními přístroji a v neposlední řadě zvládat administrativní úkony. Ani při velké vytíženosti nesmí zapomenout, že hlavním objektem jeho práce je člověk, většinou člověk nemocný. Proto je důležitý jeho kladný vztah k lidem s dostatkem empatie

a porozumění. Práci zdravotníka by měl vykonávat člověk vyrovnaný, přiměřeně sebevědomý, který dokáže v každé situaci zachovat humánní vztah k nemocnému. Žádoucí je dostatečná kritičnost a sebekritičnost. Chování každého nelékařského zdravotního pracovníka se musí řídit etickými normami (Zacharová, 2007, s. 62 – 63). Na osobnosti zdravotnických pracovníků, jejich komunikačních schopnostech a empatii také závisí míra uspokojování potřeb nemocných, a tím i jejich kvalita života (Csisko, 2013, s. 28 – 30). Neméně důležitá je schopnost týmové spolupráce. Na základě indikace sestry provádí zodpovědně odbornou péči a významnou měrou se podílí na zvyšování kvality ošetrovatelské péče. Povinností každé sestry je také neustále se vzdělávat (Kutnohorská, 2007, s. 113).

## **2.6 Role sestry v primární péči**

Sestra pracuje s lékařem v ambulanci většinou řadu let a zvláště v ordinaci praktického lékaře má možnost své klienty velmi dobře poznat, někdy dokonce i celé rodiny. Mnohdy je provází až do konce jejich života. Zná jejich problémy, má možnost navázat s nimi dobrý vztah, ale také musí být schopna je vyslechnout a poradit jim. Na komunikaci a profesionalitu je proto kladen velký důraz. Sestra je schopna svým přístupem a profesionalitou ovlivnit i kvalitu praxe. Závisí na ní plynulý chod ordinace, zprostředkovává první kontakt s pacientem, podává informace klientovi i lékaři a v neposlední řadě zjišťuje, eviduje důležitá data a obstarává administrativu. Provádí ošetrovatelskou péči, edukuje a podílí se na léčbě dle pokynů lékaře. Dále musí zvládat komunikaci i ve vyhrocených situacích a musí umět potlačit své emoce. Množství kompetencí závisí na druhu ordinace a do velké míry na dohodě s lékařem. Ve vztahu s lékařem je důležitá loajalita a spolehlivost. „*K sestře patří přívětivost, pochopení, laskavost. Jako blízký člověk pacientů má být sestra hlavně lidská, odborně erudovaná a má mít empatii.*“ (Vojtíšková, 2006, s. 94 – 96).

### 3 Specifika komunikace s lidmi s mentálním postižením

Proces přenosu informací směrem k mentálně postiženému člověku může být narušen již v počáteční fázi, kdy zrak a sluch může vykazovat vady různého stupně, a tak mohou být informace zkresleny. Nejčastěji bývá narušena komunikace ve fázi mediální. Informaci získanou prostřednictvím zraku a sluchu má jedinec analyzovat a uložit do paměti. V ideálním případě je finální fáze ukončena verbální odpovědí na položenou otázku. I tato fáze vlivem poruchy koordinace mluvidel, rozštěpu patra či somatického onemocnění může být narušena (Bendová, Zíkl, 2011, s. 87 – 88).

#### 3.1 Přístup k člověku s mentálním postižením

Všichni lidé mají stejná práva a důstojnost. To je zakotveno v univerzální deklaraci lidských práv. Nelze zaměňovat důstojnost člověka s jeho užitečností a hodnotit podle toho kvalitu života. Někteří lidé si neuvědomují, „že je nutné kvalitu života posuzovat v rámci celosti člověka při propojení všech jeho dimenzí, a především nevědí, že se jedná o ryze subjektivní záležitost; nikdo ji nemůže hodnotit zvenčí.“ (Munzarová, 2005, s. 82 – 83) Nejdůležitější a zároveň nejproblematictější je respektovat mentální úroveň a fyzický věk těchto lidí. Není možné snižovat jejich důstojnost tím, že s dospělými budeme hovořit jako s dětmi. V rozhovoru je dobré podporovat samostatnost, a tím pomoci utvářet jejich sebevědomí. Komunikační prostředky a výrazy volit s ohledem na omezenou slovní zásobu osob (Slowík, 2010, s. 55-57). Svým přístupem můžeme ovlivnit i ochotu člověka s mentálním postižením komunikovat, např. navázáním očního kontaktu, ale i umožněním jej přerušit. Pokud si potřebujeme zapsat nějaké údaje, v hovoru pokračujeme až po opětovném navázání očního kontaktu (Krejčířová, 2007, s. 15).

Doporučení při komunikaci s lidmi s mentálním postižením (Bendová, 2011, s. 73 – 74; Venglářová, 2006, s. 100):

- Poskytnout delší čas na odpověď
- Být trpěliví, tolerantní
- Ověřit si, zda člověk s mentálním postižením rozuměl
- Vyjadřovat se jasně, krátce, srozumitelně
- Nepoužívat cizí slova, zkratky, abstraktní pojmy
- Neužívat zdobněliny a dětskou řeč
- Dokreslit slovní sdělení ve větší míře mimikou a řečí těla

- Jednat tak, jak chceme, aby bylo jednáno s námi
- Oslovovat přímo pacienta a až na závěr si upřesnit informace s doprovodem
- Dodržovat pravidla společenského chování

Jestli nám člověk s mentálním postižením rozumí, si nejlépe ověříme tak, že se ho přímo zeptáme. Také je dobré řečené shrnout a vnímat neverbální jednání, třeba přikyvování hlavou. Naše neverbální komunikace musí také dokreslovat to, co říkáme. Přikývnutím hlavou dáváme najevo svůj souhlas, ale i zájem. Pokud jsme se ujistili, že danému tématu člověk s mentálním postižením rozuměl, můžeme pokračovat k dalšímu (Krejčířová, 2007, s. 18).

Člověk s mentální retardací má stejné potřeby a ambice k jejich naplnění, má totožné emoce, potřebu bezpečí, být respektován či realizovat se, stejné cíle, sny, naděje, jako ostatní populace. Naše podpora a porozumění by mělo pomoci rozvíjet schopnosti takového člověka, a tím zvyšovat jeho nezávislost a kompetence. *„Lidé s mentální retardací potřebují snadno pochopitelné informace, edukaci, výcvik, aby mohli být začleněni do společnosti a žili co nejvíce nezávisle.“* Potřebují také příležitost k získávání nových zkušeností, z nich pak mohou čerpat, a stávat se tak více samostatnými a nezávislymi (Durecová, 2007)

### **3.2 Bariéry v komunikaci s lidmi s mentální retardací**

Není možné bariéry v komunikaci s handicapovanými lidmi odstranit, ale je nutné je znát a předem se jim vyhnout. Nesmíme zapomenout na fakt, zda se lidé s postižením budou schopni domluvit, závisí do značné míry i na okolí. Jejich mluvený projev bývá méně srozumitelný a vyžaduje aktivní naslouchání ostatních, které je důležité pro pochopení obsahu sdělení. Může jít o jedince, kteří mají méně možností setkat se s novými lidmi, a proto okolí může být překvapeno jejich zvýšeným vyžadováním kontaktu, ale pokud víme, co je příčinou takového chování, můžeme adekvátně reagovat. Je potřeba přizpůsobit své tempo řeči a zjednodušit obsah sdělení. Nejdůležitější je se dorozumět, aby se předešlo frustraci jedince. Některé osoby s postižením mohou mít výraznou mimiku nebo gestikulaci, které nás mohou překvapit, mohou narušovat naši intimní zónu a dotýkat se nás. Pro někoho může být obtížné přizpůsobit se a tolerovat takovou situaci. Osoby s jakýmkoliv znevýhodněním je potřeba přijímat jako rovnocenného partnera a vyjadřovat se o nich hlavně jako o člověku, postižení by mělo být až na druhém místě. Komunikace nesmí probíhat přes doprovod, ale vždy přímo s osobou, které se týká. Případnou pomoc můžeme nabídnout, ale nesmíme ji vnucovat



(Slowík, 2010, s. 27 - 29). Není vhodné se netaktně vyjadřovat o úpravě zevnějšku, oblečení a podle toho člověka s mentálním postižením posuzovat. Často to mohou být lidé, kteří se ocitli v nouzi, nebo prožívají nějakou životní krizi (Krejčířová, 2007, s. 23).

Překonat tyto bariéry můžeme projevením zájmu o člověka s postižením. Snažit se mu porozumět, získat co nejvíce informací o způsobu komunikace a zjistit úroveň jeho komunikačních schopností. Mezi další okolnosti, které mohou taktéž znesnadňovat komunikaci, patří především vady smyslů nebo strach. To vše je potřeba v komunikaci zohlednit a přizpůsobit se (Venglářová, 2006, s. 101).

### 3.3 Bariéry prostředí

Bariérám architektonickým předchází bariéry v myšlení lidí.

*„Někdy je příčinou existence bariér neznalost, někdy neochota a někdy jde o základní neporozumění tomu, že lidé se zdravotním postižením nechtějí nic navíc, že chtějí jen to, co máme my ostatní – tedy svobodný přístup k informacím, do budov, bezbariérovou dopravu, přístup ke vzdělání atd.“* (Krhutová, 2005, s. 68 – 69).

Na bezbariérový přístup do budov se dnes při výstavbách a rekonstrukcích již myslí. Horší je návaznost na bezbariérové pěší komunikace a infrastrukturu (Krhutová, 2005, s. 68 – 69). Každý člověk se může obtížně orientovat v novém prostředí, i člověk s mentálním postižením má problém nalézt správné pracoviště. Potíže mohou nastat také při potřebě využít výtah, což může být pro někoho nepřekonatelnou překážkou. Tito lidé často nejsou schopni porozumět instrukcím nahoru nebo dolů, dalším problémem může být i klaustrofobie. Pokud je to možné, je nejlepším řešením takového člověka doprovodit (Krejčířová, 2007, s. 19 – 21). Nesnáze mohou nastat i při nevhodném umístění informačních tabulí v kombinaci s malým písmem. Takové tabule se mohou stát pro člověka na invalidním vozíku fyzicky nedostupné. Pro člověka slabozrakého je prakticky nemožné přečíst jmenovky psané ozdobným, zlatým, malým nebo nekонтрастním písmem. Navíc může být nucen stát v bezprostřední blízkosti dveří z důvodu nevhodného umístění informační cedulky a při náhlém otevření dveří se dostává do nepříjemných situací. Celkově je nutné mít orientační systém přesný a pravidelně jej aktualizovat (Krhutová, 2005, s. 84 – 85).

## **4 Augmentativní a alternativní komunikace – AAK**

Lidé s jakoukoliv komunikační bariérou mají stejnou potřebu komunikovat jako my ostatní.

Je nutné si všimnout neverbálních (mimoslovních) projevů komunikace a snažit se jim porozumět. Pokud je člověk schopen vyjádřit souhlas a nesouhlas, můžeme postupně nabízet možnosti a umožnit mu se rozhodnout. Člověk, který se nedokáže vyjádřit slovně, může využít alternativní komunikační systémy, které nahrazují verbální komunikaci a augmentativní komunikační systémy, které ji doplňují (Zedková, 2013, s. 26 – 27). Užívání AAK umožňuje lidem s mentálním, smyslovým, tělesným i kombinovaným postižením zapojit se do volnočasových, vzdělávacích i pracovních aktivit, usnadňuje jim samostatně se rozhodovat, vyjadřovat a stát se aktivním účastníkem komunikace. Používáním AAK je možné předcházet problémům chování a frustraci člověka z nemožnosti vyjádřit a uspokojit své potřeby (Bondy, 2007, s. 48).

S metodami AAK je možné začít kdykoliv, ale nejlepších výsledků lze dosáhnout, pokud se s výukou začne co nejdříve. Jestliže je předpoklad, že dítě bude mít problémy s vývojem řeči, je dobré začít v podstatě ihned od narození a nečekat až na školní docházku nebo až se rozmluví. Začínáme tím, že důsledně komentujeme všechny činnosti a doprovázíme je výraznou mimikou. Kolem 7. – 9. měsíce se již dají slova spojovat s konkrétními předměty (např. papat – lžička), (Speciálně pedagogické centrum, 2014a).

### **4.1 Augmentativní komunikace**

Systémy augmentativní komunikace podporují jedince, u kterého je řeč vyvinuta, ale má jisté obtíže při mluvení tím, že zařazují symbol, piktogram nebo znak do textu, a tím v kontextu podtrhují klíčová slova, aby komunikační partner pochopil, co je mu sdělováno (Švarcová, 2011, s. 123).

### **4.2 Alternativní komunikace**

Alternativní komunikace plně nahrazuje řeč jiným komunikačním systémem v případě, že jedinec není schopen verbálně komunikovat, ale zároveň se nebrání rozvoji verbální komunikace (Švarcová, 2011, s. 123).

### 4.3 Systémy AAK bez pomůcek

- cílené pohledy očí, mimika
- gesta, gestikulace, manuální znaky

Gesta a znaky doprovází mluvené slovo, ale jsou lépe zachytitelná. Dochází ke spojení řeči a pohybu, a tím se tvoří percepčně motorické paměťové stopy. Gesta se dají použít i naopak k podpoře výbavnosti slov nebo spojení ve větě (Speciálně pedagogické centrum, 2014b).

**Znak do řeči** se používá k augmentaci řeči, k vyjádření a porozumění jazyku. Usnadňuje

a podporuje verbální projev, rozvíjí jemnou motoriku a koordinaci pohybů. Znaky mohou vyjadřovat písmena, slova nebo fráze. Neznakuje se celá řeč, ale jen klíčová slova nebo sdělení. Výhodou je, že znak nevyžaduje pomůcky. Dá se tedy přenést a použít kdekoli (Bendová, 2011, s. 114 – 115).

**Makaton** tvoří 350 znaků a symbolů uspořádaných do osmi etap. Devátá etapa je slovník, který vychází z individuálních potřeb jedince. Znakování klíčových slov se doprovází rytmizovanou řečí, mimikou, modulací řeči a demonstrací symbolů. Znakování lze podpořit i užitím obrázků, zvláště u malých dětí (Bendová, 2011, s. 113).

### 4.4 Systémy AAK s pomůckami

**Skutečné předměty** nebo zmenšené jsou pro většinu lidí nejjednodušším typem symbolu. Na základě předmětu se lidé učí i asociovat činnosti, např. hrnek může znamenat: „Mám žízeň“.

**Fotografie** předmětů, lidí, míst, činností nebo třeba různých druhů jídla také usnadňují komunikaci (Bondy, 2007, s. 55 – 56).

**Piktogramy** jsou zjednodušená zobrazení osob, věcí, činností, představ, pocitů, vlastností a vztahů. Setkáváme se s nimi i v běžném životě.

**Komunikační tabulky** jsou vhodné i pro lidi s těžkým mentálním postižením. Symboly, ale i písmena, slova, číslice jsou zobrazeny na kartičkách. Ty lze umístit do tabulky podle momentálních potřeb, zájmů a schopností uživatele a dále je rozšiřovat. Na vybraný symbol lze ukázat prstem, pěstí, pohledem nebo třeba světelným paprskem (Švarcová, 2011, s. 123 – 124).

**Procesní schémata** jsou kresby, které krok za krokem zobrazují určitou denní nebo

zájmovou činnost např. oblékání, obsluhování pračky, telefonování, péče o zvířata (Hemzáčková, 2011).

**Komunikační systém Bliss** je tvořen 26 grafickými prvky, z kterých je možné vytvořit až 2300 symbolů, které vyjadřují konkrétní i abstraktní pojmy, zároveň je možné je uspořádat do individualizovaných komunikačních tabulek (Bendová, 2011, s. 96). Ukázka komunikační tabulky je na obrázku 1.

Osoby	Muž 人	Žena 人	Osoba 人	Já, mě, mne 人	Dítě 人
Věci Předměty	Tělo 口	Kniha 口	Květina 人	Dům 口	Ovoce 口
Činnosti	pracovat 人	mýt 人	vidět 人	cítit 人	pomáhat 人
Vlastnosti a pocity	šťastný 人	špatný 人	zmatený 人	velký 人	malý 人
Vztahy	před 人	za 人	mezi 人	s 人	proti 人
Představy	čas 人	rozum 人	Bůh 人	počasí 人	svoboda 人

**Obrázek č. 1:** Komunikační tabulka systému Bliss;  
Zdroj: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011

## 4.5 Elektronické techniky

Tyto techniky zahrnují malé přístroje, které umožňují nahrání vzkazů, které se přehrávají po zmáčknutí příslušného symbolu, nebo mohou být zobrazena slova na monitoru. Větší přístroje využívají digitalizovanou lidskou řeč nebo kvalitní syntetizovanou řeč, jsou však složitější pro uživatele, špatně přenosné a mohou se snáze poškodit (Bondy, 2007, s. 58 – 59).

**Simwriter** je jeden z počítačových programů pro alternativní komunikaci. Může fungovat jako textový editor, kdy se při psaní textu objevují symboly, nebo naopak psaní pomocí symbolů. Tímto způsobem lze vytvářet učební texty a další materiály pro potřeby klientů, součástí je i hlasový výstup (Speciálně pedagogické centrum, 2014c).

**VOKS** – výměnný komunikační obrázkový systém. Na tyto obrázky se neukazuje, ale dítě s postižením je přináší a dostává za ně odměnu. Tato výměna děti motivuje a pomáhá jim pochopit smysl systému. Komunikační partner dítěte výměnu i slovně komentuje, a dává tak dítěti zpětnou sluchovou vazbu. To umožňuje také rozšíření slovní zásoby dítěte. Symboly

je možné spojovat. Vytvoří se tak větný proužek (Bendová, 2011, s. 96 – 97).

Všechny komunikační systémy se snaží předcházet tvorbě komunikačních bariér a zlepšovat integraci lidí s mentálním postižením (Zedková, 2013, s. 26 – 27) Alternativní způsoby komunikace umožňují lidem se speciálními potřebami aktivní zapojení do komunikace, zlepšují kognitivní dovednosti a zabraňují pasivitě. Nespornou nevýhodou je malá rozšířenost speciálních technik komunikace. Je nutné si osvojit komunikační systém konkrétního člověka, a to zpomaluje integraci lidí se speciálními potřebami do společnosti (Švarcová, 2011, s. 125).

Pro případ nouze lze dobře využít „komunikační pas“. Pokud má klient nějakou formu poruchy komunikace, postižení smyslů nebo je cizinec, má možnost při náhlé hospitalizaci bez přítomnosti doprovodu komunikovat prostřednictvím tohoto pasu. Informace v něm jsou ve formě symbolů a obrázků pro snadnou orientaci klienta a zároveň je zde psaný text pro lékaře a sestry. Informace se netýkají pouze identifikačních údajů, ale také popisují, jak se klient cítí v určitých situacích, týkají se úpravy stravy, podávání léků, možností komunikace, míry sebeobsluhy a dalších oblastí, které jsou pro klienta důležité (SAAK - společnost pro augmentativní a alternativní komunikaci, 2009).

## **II. EMPIRICKÁ ČÁST**

Teoretická část bakalářské práce byla věnována vymezení pojmu mentální retardace, etiologii jejího vzniku, diagnostice, klasifikaci a specifickým jednotlivých kategorií. Dále byla popsána komunikace a důležité komunikační dovednosti, s důrazem na dovednosti důležité v oblasti přístupu a jednání s klienty s mentální retardací.

Další kapitola je zaměřena empiricky. Budou zde uvedeny výzkumné otázky a metodologie výzkumného šetření. Dále bude následovat charakteristika zkoumaného souboru, analyzování získaných odpovědí v diskusi a závěry, které z nich vyplynuly.

## **5 Metodologie výzkumného šetření**

Výzkum probíhal od 1. 12. 2013 do 15. 3. 2014. Vzhledem k podstatě výzkumného problému byla pro sběr dat zvolena kvalitativní metoda výzkumu. Kvalitativní výzkum dává možnost hlouběji se ponořit do problému a získávat podrobnější informace. Metody kvalitativního výzkumu umožňují pohled na problém z celkového hlediska – holisticky (Kutnohorská, 2008, s. 65 – 67). V tomto případě kvalitativní výzkum pomáhá detailněji zkoumat názory a zkušenosti nelékařského zdravotnického personálu v ambulanci v souvislosti s komunikací s klienty s mentálním postižením.

### **5.1 Techniky sběru dat**

Pro sběr dat jsem použila kombinaci metod pozorování - extrospekce (pozorování druhých) a rozhovoru. Výzkumu předcházela pilotní studie, na jejímž základě byla upravena jedna otázka v rozhovoru.

#### **5.1.1 Pozorování**

Pozorování je kvalitativní metoda výzkumu, při které záměrně a cílevědomě sledujeme druhého člověka (Kutnohorská, 2008, s. 70). Pozorování bylo obsahově zaměřeno na chování sester při jednání s klienty, styl vedení komunikace, verbální i neverbální složku rozhovoru, obsah a formu rozhovoru. Získané informace byly zaznamenány do předem připraveného formuláře (příloha A), v němž byly vymezeny okruhy pozorování. Sledovala jsem navázání a udržení očního kontaktu, podporu verbální komunikace gestem (nabídnutí židle, vyšetřovacího lůžka), oslovení pan, slečna (paní), oslovování příjmením, křestním jménem, vykání, odkud nejčastěji získává NZP (nelékařský zdravotnický pracovník) informace, přizpůsobení tempa řeči klientovi a poskytnutí času na odpověď nebo reakci. Případné další důležité okolnosti byly zaznamenány formou poznámek.

#### **5.1.2 Rozhovor**

Při rozhovoru dochází ke kontaktu a interakci mezi výzkumníkem a respondentem. Prostřednictvím otázek se získávají informace ke zjištění skutečností o problému (Kutnohorská, 2008, s. 73). Pro získávání informací byl použit polostrukturovaný rozhovor. Při rozhovoru byl pořizován audiozáznam, data z něj byla následně přepsána do archu. Jedna respondentka s audio záznamem nesouhlasila, necítila se u toho dobře. Tento rozhovor byl

zaznamenán písemně přímo na místě, ale tento záznam neobsahuje neverbální projevy. Otázky, které byly v rozhovoru kladeny, jsou v příloze B.

## **5.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný výběrový soubor tvořil nelékařský zdravotnický personál, pracující v ambulantních zařízeních na území středočeského kraje. Předpokladem pro výběr pracovníků do výzkumného souboru byla jejich zkušenost s ošetřováním klientů s mentálním postižením. Výzkumné šetření se zaměřilo na nelékařský personál v zařízeních primární péče, protože zde dochází povětšinou k prvnímu setkání mezi klientem a zdravotnickým zařízením, a také k prvotnímu získávání informací o klientovi a jeho obtížích. Dalším důvodem je možnost sledovat ambulantní pracovníky přímo při poskytování ošetrovatelské péče, a využít tak výzkumnou metodu pozorování. Celkem bylo osloveno 14 nelékařských zdravotnických pracovníků, z nichž 10 bylo ochotných na výzkumu spolupracovat. Výzkumný soubor tvoří 8 všeobecných sester, 1 porodní asistentka a 1 radiologický asistent. Vzorek 10 nelékařských zdravotnických pracovníků tvořily ženy. V tabulce č. 1 v diskusi jsou přehledně uvedeny demografické údaje respondentů. Pro zachování anonymity byli jednotliví NZP označeni sestra 1 – 10.

## **5.3 Výzkumné otázky**

VO č. 1: Mají sestry dostatečné znalosti v komunikaci s mentálně postiženým člověkem?

VO č. 2: Existují překážky v komunikaci sester s mentálně postiženými lidmi?

VO č. 3: Z jakého zdroje nejčastěji získávají informace o klientovi?

## **5.4 Průběh výzkumu**

Při realizaci výzkumu jsem navštěvovala ambulantní zařízení různých odborností za účelem uskutečnění plánovaného vyšetření nebo neplánovaného akutního ošetření klientů s mentálním postižením. Mentální postižení těchto klientů se pohybovalo v pásmu lehké až střední mentální retardace. Všichni klienti byli schopni se verbálně vyjadřovat. Dokázali jednoduše slovně popsat své obtíže, a taktéž byli schopni porozumět konkrétním dotazům, týkajících se jejich problému. Rovněž byli všichni klienti soběstační v oblasti sebeobsluhy. Dokázali se svléknout i obléknout.



**Roman** – 36 let, klient s lehkou až střední MR, je soběstačný v sebeobsluze a jako jediný je způsobilý k právním úkonům. Dokáže sdělit svůj problém, na otázku odpoví s mírnou prodlevou.

**Martin** – 43 let, klient s lehkou MR, je soběstačný v sebeobsluze, verbálně dokáže sdělit svůj problém, je přátelský, komunikativní.

**Jana** – 28 let, klientka se středně těžkou MR, verbálně komunikuje, sama se snaží o komunikaci, je soběstačná v sebeobsluze.

**Irena** – 26 let, klientka s lehkou MR, je soběstačná v sebeobsluze. Jednoduchým otázkám rozumí, je schopna na ně verbálně odpovědět.

**Bára** – 28 let, klientka se středně těžkou MR, soběstačná v sebeobsluze. Je schopna slovně vyjádřit svůj problém, jednoduchým dotazům rozumí a odpoví na ně.

**Hana** – 26 let, klientka s lehkou MR, soběstačná v sebeobsluze. Verbálně dokáže popsat svůj problém, dotazům rozumí a odpoví na ně.

Po skončení klientova ošetření v ambulanci jsem požádala o souhlas pracoviště a NZP s výzkumem. To zahrnovalo souhlas s použitím údajů zaznamenaných při pozorování NZP při ošetřovatelských činnostech prováděných u klientů v ordinaci, následně také souhlas s uskutečněním rozhovoru. Pokud NZP souhlasil, ihned jsme si domluvili i datum rozhovoru. Na závěr jsem také zhodnotila celkové chování klienta v ordinaci. Z jeho chování jsem pak usuzovala, jestli neměl strach a jak celé vyšetření snášel. Na závěr jsem se klienta ptala na jeho pocity z proběhlého vyšetření. Zajímalo mě také, jestli se nevyskytly nějaké problémy při pobytu v ordinaci, které by mohly ovlivnit průběh, nebo také celé vyšetření znemožnit. Z důvodu zachování anonymity jsou uvedeny v pozorování pouze iniciály příjmení.

## 6 Výsledky

Výzkumný soubor byl tvořen 10 respondenty, ženami. Průměrný věk činil 44,5 roku, průměrná délka praxe byla 26,5 roku, ve vzorku bylo nejvíce zastoupeno respondentů se střední zdravotnickou školou. Podrobný popis vzorku je uveden v tabulce 1.

Tabulka 1: Přehled demografických údajů respondentů

Respondent	Věk	Vzdělání	Praxe
S1	36 let	SZŠ	18 let
S2	40 let	SZŠ	22 let
S3	42 let	SZŠ	24 let
S4	38 let	Dis	20 let
S5	43 let	SZŠ	25 let
S6	52 let	SZŠ +PSS	34 let
S7	56 let	SZŠ	38 let
S8	54 let	SZŠ	36 let
S9	46 let	SZŠ	28 let
S10	38 let	SZŠ	20 let

### 6.1 Pozorování a rozhovory

#### 6.1.1 Sestra 1

**Sestra 1:** 36 let, SZŠ, praxe 18 let

**Klient:** Irena, 26 let, klientka s lehkou MR

#### **Pozorování 14. 2. 2014**

Irena měla 14. 2. 2014 akutní potíže – bolesti hlavy, teplotu, rýmu, proto jsme ji objednali telefonicky k lékaři. Na vyšetření, které proběhlo ve stejný den, jsme nemuseli v čekárně dlouho čekat. Sestra nás pozvala do ordinace slovy: „*Dobrý den, pojd'te dál. Posad'te ji sem do křesla.*“ (doprovodila gestem rukou). „*To je S... Irena?*“ Při této otázce se dívala na doprovod. Při vyplňování jména, pojišťovny a dalších údajů nahlížela do dokumentace a správnost těchto údajů si ověřovala u doprovodu. V průběhu ošetření oslovovala klientku křestním jménem a tykala jí. Při oslovování ani jednou nepoužila slovo slečna (paní). Pokud hovořila s klientkou, vždy s ní navázala oční kontakt. Mluvila pomalu klidným hlasem, snažila se být vlídná, milá. Všechny další úkony klientce vždy vysvětlila. Klientka pokynům rozuměla. Ponechala jí i dostatek času na přesun z vyšetřovacího křesla na židli. Větu: „*Irenko, sedni si sem na židli*“, opět doplnila gestem rukou. Dostatek času měla klientka i na oblékání. Celé ošetření v ordinaci trvalo asi 15 minut a probíhalo v dobré atmosféře.

**Reakce klienta:** Irena snášela vyšetření velmi dobře. Snažila se spolupracovat při všech úkonech. Lékařce na dotazy ohledně jejího zdravotního stavu odpovídala v jednoduchých větách. Celý průběh nebyl ničím narušen. Když jsem se jí po skončení vyšetření ptala, jestli se jí v ordinaci líbilo, jestli se nebála, odpověděla: „*Nebála. Byli hodní.*“

### **Rozhovor 18. 2. 2014**

Rozhovor jsme si se sestrou domluvili na následující úterý 18. 2. 2014 před začátkem pracovní doby v této ordinaci. Tuto ambulanci navštěvujeme s klienty z našeho zařízení přibližně jednou za měsíc, ale jezdí sem i klienti z jiného zařízení.

#### **Jak často se setkáváte s klienty s mentálním postižením?**

*Asi tak 1x za měsíc. V porovnání s běžnou klientelou ojediněle.*

#### **Jaké si myslíte, že mají NZP znalosti o komunikaci s klienty s mentálním postižením?**

*Záleží na konkrétním pracovišti. Obecně myslím, že je nemají velké. Trochu znají ze školy, víc asi získávají v průběhu praxe.*

#### **Jak si myslíte, že by bylo možné zlepšit znalosti nelékařských zdravotnických pracovníků v komunikaci s těmito lidmi?**

*Není možné se učit pouze teorii. Praxe je nezbytná, jako u všeho. Pokud sestra s mentálně postiženým člověkem do kontaktu pravidelně nepřijde, je potřeba, aby s klientem přišel doprovod, který ho opravdu zná.*

#### **Co se vám nejvíce osvědčilo při komunikaci s klientem s mentálním postižením?**

*Přítomnost osoby, která klienta zná a které klient důvěřuje. Je to velký přínos pro sestru, aby bylo možné se přizpůsobit komunikaci a přístupem možnostem klienta. (...) Vždycky nejde odhadnout, při náhodném kontaktu, schopnost klienta vnímat, co je třeba. Poučená osoba (sestra, pečovatel, případně rodič, když je klient v domácí péči) by měla být schopná sestru informovat, jak klient spolupracuje a jestli vůbec.*

Komentář: údaje o klientce zjišťovala z dokumentace a správnost ověřovala u doprovodu.

#### **Co vám dělá největší potíže?**

*U vás se to nestává, ale při návštěvách z jiného nejmenovaného ústavu sociálních služeb klienty někdy doprovází osoba, která už mezi dveřmi hlásí, že je jen doprovod a klienta nezná. I na chování klienta je pak vidět až panika – cizí prostředí, neznámí lidé a nejistota, co bude následovat. Pak může být ošetření problém pro obě strany. Stávat by se to nemělo. Zásadní potíže tedy nastávají už při úvodní komunikaci – oslovení.*

Komentář: s klientkou navazovala oční kontakt, snažila se o příjemnou atmosféru.

Oslovovala ji však křestním jménem a tykala jí.

**Znáte nějaké techniky alternativní a augmentativní komunikace? To znamená jiné možnosti komunikace, než pouze verbální.**

*Ne.*

**Které nejčastěji používáte?**

*Ne. Nebo nevím, že je používám. Ale rozhodně je, stejně jako při jakékoliv komunikaci, důležité klidné a vsříčné jednání. K ošetření mentálně postiženého člověka je rozhodně potřeba víc času, a proto je nutná dohoda ošetřujícího personálu, a pokud to jde, i objednání.*

**Jaký je váš věk?**

*36 let.*

**Nejvyšší dosažené vzdělání a délka praxe?**

*Střední zdravotnická škola a praxe (...) 18 let.*

## **6.1.2 Sestra 2**

**Sestra 2: 40 let, SZŠ, praxe 22 let**

**Klient:** Martin, 43 let, klient s lehkou MR

**Pozorování 19. 2. 2014**

Tuto zubní ordinaci navštěvujeme přibližně jednou za měsíc. Minimálně jednou za rok dochází lékař i sestra provést preventivní zubní prohlídky do našeho zařízení. Pro Martina bylo toto vyšetření plánované. Dochází sem opakovaně. Byl objednán asi 6 týdnů předem. V čekárně jsme nečekali. Sestra nás pozvala do ordinace a pak klienta verbálně a gestem rukou vyzvala k posazení se do vyšetřovacího křesla. Tato sestra po celou dobu ošetření klientovi vykala a navazovala s ním oční kontakt. Hovořila přímo s klientem. Při hovoru klienta ani jednou neoslovila jménem, příjmením ani nepoužila oslovení pan. Hovořila bez oslovení. Snažila se přizpůsobit tempo řeči. Při objednávání hovořila také ke klientovi a navazovala s ním oční kontakt. „*Vyhovuje vám termín příští týden v úterý?*“ Tuto otázku ale musela ještě jednou zopakovat, protože jí bylo špatně rozumět. Klient jí odpověděl kladně. Sestra se pak ujistila pohledem na doprovod. Ještě než jsme stačili opustit ordinaci, vyzývala dalšího pacienta ke vstupu do ordinace. Ošetření v ordinaci trvalo asi 30 minut. Atmosféra byla trochu neosobní a sestra se ani jednou neusmála.

**Reakce klienta:** klient reagoval na ošetření velmi dobře. Při všech úkonech spolupracoval. Na otázky lékaře odpovídal a usmíval se. Pobyt v ordinaci nebyl ničím rušen. Na otázku jestli se v ordinaci nebál a jak se mu tam líbilo, odpověděl: „*Nebál. Jsem se těšil.*“

## **Rozhovor 25. 2. 2014**

**Jak často se setkáváte s klienty s mentálním postižením?**

*Občas, tak 1 – 2x za měsíc.*

**Jaké si myslíte, že mají NZP znalosti o komunikaci s klienty s mentálním postižením?**

*Myslím, že nemají dobré znalosti. Měli by je mít, ale realita je někdy jiná. To myslím i všeobecně, nejenom u lidí s postižením. Asi záleží i na osobnosti sestry. No, (...) ale mělo by platit, že čím delší praxe, tím lepší znalosti. Nebo taky profesionální deformace. Sestra by ale měla chtít se nějak domluvit a najít způsob, jak by to šlo. S mentálně postiženými chodí taky doprovod, ne? Ten by s tím mohl taky pomoci.*

**Jak si myslíte, že by bylo možné zlepšit znalosti nelékařských zdravotnických pracovníků v komunikaci s těmito lidmi?**

*No, nějakými přednáškami s tímhle tématem. Asi i víc prostoru při přípravě sester na školách.*

**Co se vám nejvíce osvědčilo při komunikaci s klientem s mentálním postižením?**

*Důležitý je doprovod. Já se často domlouvám s doprovodem. Spoléhám na to, že klienta dobře zná a umí si poradit, když by nastala nějaká nečekaná situace.*

Komentář: hovořila přímo s klientem a vykala mu.

**Co vám dělá největší potíže?**

*Nevím. Asi nic. Vždycky se nakonec domluvíme. Chce to trpělivost.*

Komentář: při pobytu klienta v ordinaci dodržovala zásady komunikace s mentálně postiženým člověkem. Snažila se získat zpětnou vazbu. Klient neporozuměl jedné otázce, to zjistila pohledem na klienta. Otázku mu tedy zopakovala.

**Znáte nějaké techniky alternativní a augmentativní komunikace? To znamená jiné možnosti komunikace, než pouze verbální.**

*Používají se obrázky nebo piktogramy. Nic jiného neznám, nebo si to teď neuvědomuju.*

**Které nejčastěji používáte?**

*Máme v ordinaci takové schéma, jak postupovat při hygieně dutiny ústní. Ale spíš jsme to ukazovali dětem.*

**Jaký je váš věk?**

*40 let.*

### **Nejvyšší dosažené vzdělání a délka praxe?**

*Mám střední zdravotnickou školu. Jako sestra pracuju už 22 let. Po škole jsem šla na internu, a jak se narodily děti, šla jsem do ambulance.*

### **6.1.3 Sestra 3**

**Sestra 3:** 42 let, SZŠ, praxe 24 let

**Klient:** Hana, 26 let, klientka s lehkou MR

#### **Pozorování 24. 2. 2014**

Hana byla objednána na preventivní gynekologickou prohlídku do této ordinace. V čekárně jsme dlouho nečekali. Sestra nás uvítala v čekárně slovy: „*Vy jste ze ...?*“(název poskytovatele sociálních služeb). “ Po uvedení do ordinace vyplňovala iniciály s doprovodem a mluvila o klientce ve třetí osobě. „*Jmenuje se Hana K.?*“ Hanu poslala nejdříve vysvléknout a po té sednout do vyšetřovacího křesla. „*Pojd' se sem posadit.*“ Na obě místa jí doprovodila. Po celou dobu jí tykala a oslovovala křestním jménem. Při vyšetřování asistovala lékařce a snažila se Hanu uklidňovat slovy: „*Ničeho se neboj. Ještě chvílku vydrž.*“ Sestra byla trpělivá. Hana měla dostatek času na svlékání i oblékání.

**Reakce klienta:** pro Hanu bylo toto vyšetření nepříjemné. V určité chvíli se snažila trochu bránit, ale ve spolupráci se sestrou se nám tuto situaci podařilo zvládnout. Vyšetření proběhlo bez dalších problémů. Na můj dotaz jak se cítila při vyšetření a jak se jí sestřička a lékařka líbily, odpověděla: „*Bylo to hrozný. Sem už nepudu.*“

#### **Rozhovor 25. 2. 2014**

##### **Jak často se setkáváte s klienty s mentálním postižením?**

*Jak často se setkávám s mentálně postiženými? No, (...) chodí sem asi tak 6x za rok hlavně na preventivní prohlídky. Výjimečně mají nějaký zdravotní problém. Takže hlavně ty prevence. Na ty jsou i dopředu objednaní.*

##### **Jaké si myslíte, že mají NZP znalosti o komunikaci s klienty s mentálním postižením?**

*Myslím, že dobré. Ze školy toho asi moc neznají. Ale při praxi v nemocnici nebo ambulanci se pak člověk dost naučí sám. V téhle profesi to ani bez komunikace nejde.*

**Jak si myslíte, že by bylo možné zlepšit znalosti nelékařských zdravotnických pracovníků v komunikaci s těmito lidmi?**

*Zařazením tohoto tématu do celoživotního vzdělávání. Pak si ale sestra musí tenhle seminář vybrat. To by muselo vedení nemocnice nebo doktor v ambulanci nějak na sestry zatlačit, aby si vybrala právě tohle téma.*

**Co se vám nejvíce osvědčilo při komunikaci s klientem s mentálním postižením?**

*Klidný a trpělivý jednání. Vhodné je, aby byl s doprovodem, který ho zná, aby nedocházelo k nějakým problémům, že bychom si špatně rozuměli.*

**Co vám dělá největší potíže?**

*Asi nic. Nebo mě teď nic nenapadá.*

Komentář: při vyšetření byla příjemná a klientku se snažila uklidnit. Klientku při vyšetření oslovovala křestním jménem a tykala jí.

**Znáte nějaké techniky alternativní a augmentativní komunikace? To znamená jiné možnosti komunikace, než pouze verbální.**

*Nikdy jsem tyhle výrazy neslyšela. Nevím, co si pod tím představit. Mluvím pomocí slov. Aha. Možná jestli nemyslíte třeba gesta?*

**Které nejčastěji používáte?**

*Ty gesta. Ukážu jim, kam si mají třeba sednout, nebo tak.*

**Jaký je váš věk?**

*42let.*

**Nejvyšší dosažené vzdělání a délka praxe?**

*Mám maturitu, jsem porodní asistentka. V praxi jsem už 24 let.*

#### **6.1.4 Sestra 4**

**Sestra 4:** 38 let, Dis, praxe 20 let oční

**Klient:** Jana, 28 let, klientka se středně těžkou MR

**Pozorování 3. 2. 2014**

Jana byla objednána do této ordinace na pravidelné oční vyšetření. Sestra nás pozvala dál, usmívala se, snažila se být příjemná. Klientku oslovovala pouze křestním jménem, ale vykala jí. Při hovoru udržovala s klientkou oční kontakt. Ukázala nám, kam si můžeme odložit. Na místo, kde se měla Jana posadit na vyšetření, ji dovedla. „*Jani, pojd'te se sem posadit.*“ Informace, které se týkaly iniciál klientky nebo zdravotní pojišťovny si opsala z dokumentace. Doprovodu se ještě zeptala, jestli nedošlo k nějaké změně v pojištění. Jana

už v té chvíli byla u lékařky vyšetřována. Celý pobyt v ordinaci trval asi 20 min. Na klientku nikdo nepospíchal, měla dostatek času na oblékání, svlékání i pohyb po ordinaci. Vyšetření bylo jednou vyrušeno zaklepáním na dveře. Sestra krátce hovořila se ženou v čekárně.

**Reakce klienta:** Jana do této ordinace dochází pravidelně a prostředí dobře zná. Při vyšetření spolupracovala. Už před vyšetřením říkala, že doktorka je hodná. O sestře se nezmiňovala, ale bylo vidět, že z vyšetření strach nemá. Sama říkala: „*Sem jedu ráda. Kdy zase pojedu?*“

#### **Rozhovor 6. 2. 2014**

##### **Jak často se setkáváte s klienty s mentálním postižením?**

*Minimálně, tak 1x měsíčně.*

##### **Jaké si myslíte, že mají NZP znalosti o komunikaci s klienty s mentálním postižením?**

*Já myslím, že mají dobré znalosti. V našem povolání to ani jinak nejde. Sestra musí umět dobře komunikovat, zvláště v ambulanci. (...e...) Ale vlastně všude. Pacienti se sem chodí třeba i vypovídat a čekají, že jim poradíme.*

Komentář: znalosti sester hodnotí jako dobré. Klientce vykala, ale oslovovala ji křestním jménem. S doprovodem hovořila jen v nepřítomnosti klienta.

##### **Jak si myslíte, že by bylo možné zlepšit znalosti nelékařských zdravotnických pracovníků v komunikaci s těmito lidmi?**

*Zařazení tohoto tématu do celoživotního vzdělávání by mohlo pomoci. Já jsem absolvovala seminář na téma komunikace, ale jak komunikovat s mentálně postiženými jsem se tam nedozvěděla. Možná by se o tom mělo víc mluvit.*

##### **Co se vám nejvíce osvědčilo při komunikaci s klientem s mentálním postižením?**

*Nejvíce se mi osvědčilo mluvit s doprovodem klienta, ale musí o něm něco vědět. Pak taky klidný jednání a být trpělivá. Taky je nutný mít víc času, a to je někdy problém, i když se snažíme tyto lidi objednávat na dobu, kdy tolik lidí nechodí.*

##### **Co vám dělá největší potíže?**

*Nic.*

##### **Znáte nějaké techniky alternativní a augmentativní komunikace? To znamená jiné možnosti komunikace, než pouze verbální.**

*Nevím. Asi žádné techniky neznám.*

##### **Které nejčastěji používáte?**

-



### **Jaký je váš věk?**

*38 let.*

### **Nejvyšší dosažené vzdělání a délka praxe?**

*Já mám DiS a praxi už 20 let. Začínala jsem v nemocnici a teď jsem už 6 let tady.*

## **6.1.5 Sestra 5**

**Sestra 5:** 43 let, SZŠ, praxe 25 let

**Klient:** Roman, 36 let, klient s lehkou až střední MR, je způsobilý k právním úkonům

### **Pozorování 4. 2. 2014**

Roman absolvoval v této ordinaci neplánované vyšetření cév dolních končetin pro zhoršení stavu. Sestřička nás pozvala do ordinace. „*Pane K... pojd'te dál.*“ Romanovi po celou dobu vyšetření vykala a udržovala s ním oční kontakt. Oslovovala ho pane a používala pouze jeho příjmení. Nabídla Romanovi místo k sezení a na židli mu ukázala. Všechny otázky směřovala pouze ke klientovi, u doprovodu si jenom potvrzovala termín objednání. Celou komunikaci přizpůsobovala tempu klienta, který na otázky reaguje s mírnou prodlevou. Roman měl dostatek času na pohyb po ordinaci. Celé vyšetření proběhlo beze spěchu a nebylo ničím rušeno.

**Reakce klienta:** Roman v této ordinaci byl poprvé. Při vyšetření spolupracoval a žádné problémy se nevyskytly. Na otázku jak se cítil a jestli měl strach, odpověděl: „*Bylo to dobrý. Já už to znám.*“

### **Rozhovor 11. 2. 2014**

#### **Jak často se setkáváte s klienty s mentálním postižením?**

*Asi tak 6x ročně.*

#### **Jaké si myslíte, že mají NZP znalosti o komunikaci s klienty s mentálním postižením?**

*Myslím, že většinou asi moc znalostí nemají. Já třeba taky vždycky nevím. Nedá se to vždycky odhadnout, jak bude takový člověk reagovat. No, někdy nevím, jestli mi rozumí. Nemám s tím zkušenosti. (...) Ale chodí s nimi doprovod, který nám při ošetření takového člověka hodně pomůže.*

**Komentář:** myslí si, že nemá dostatečné znalosti, ale při vyšetření dodržovala zásady komunikace s mentálně postiženým člověkem.

**Jak si myslíte, že by bylo možné zlepšit znalosti nelékařských zdravotnických pracovníků v komunikaci s těmito lidmi?**

*Dobrá by byla nějaká praxe na pracovišti s mentálně postiženými lidmi. To je lepší než jen semináře. Asi by se muselo začít už na škole.*

**Co se vám nejvíce osvědčilo při komunikaci s klientem s mentálním postižením?**

*Mluvit klidně pomalu, srozumitelně v krátkých větách. Snažit se, aby mi rozuměl.*

**Co vám dělá největší potíže?**

*Žádné mě teď nenapadají. (...) Ale asi je nemám.*

**Znáte nějaké techniky alternativní a augmentativní komunikace? To znamená jiné možnosti komunikace, než pouze verbální.**

*Jinak se dá komunikovat pomocí obrázků, předmětů nebo třeba piktogramů.*

**Které nejčastěji používáte?**

*Žádné nepoužívám. Není na to čas. Pokud potřebuji nějaké informace, zeptám se doprovodu.*

**Jaký je váš věk?**

*43 let.*

**Nejvyšší dosažené vzdělání a délka praxe?**

*Mám střední zdravotnickou školu a praxi už 25 let.*

### **6.1.6 Sestra 6**

Sestra 6: **52 let, SZŠ + PSS, praxe 34 let**

**Klient:** Martin, 43 let, klient s lehkou MR

**Pozorování 11. 2. 2014**

Martin měl úraz hlavy a absolvoval vyšetření v chirurgické ambulanci. Sestra s klientem v podstatě nehovořila. Židli mu nabídla slovy: „*Posaďte ho sem.*“ S klientem občas navázala oční kontakt, ale veškerou komunikaci vedla přes doprovod. Klienta neoslovovala a mluvila o něm pouze ve 3. osobě. Informace získávala hlavně od doprovodu a nahlížela do dokumentace. Při svlékání a oblékání na klienta nespěchala. Během vyšetření se usmívala a snažila se být milá. Vyšetření trvalo asi 15 minut.

**Reakce klienta:** Martin při vyšetření spolupracoval. Na otázku jak se mu v ordinaci líbilo, odpověděl: „*Nelíbilo. Bolí mě hlava.*“

**Rozhovor 13. 2. 2014**

**Jak často se setkáváte s klienty s mentálním postižením?**

*Občas. Tak 2x měsíčně.*

**Jaké si myslíte, že mají NZP znalosti o komunikaci s klienty s mentálním postižením?**

*Sestry asi nemají velké znalosti. Myslím, že jsou minimální. Když to vezmu podle sebe, tak já asi nic moc nevím. (...) Já s nimi mluvím stejně, jako s jinými pacientama. Vlastně nevím, jak by se s nimi mělo mluvit.*

**Jak si myslíte, že by bylo možné zlepšit znalosti nelékařských zdravotnických pracovníků v komunikaci s těmito lidmi?**

*Možná by bylo dobré sestry průběžně školit. Zaměřit nějaké semináře na komunikaci s mentálně postiženými lidmi. Taky by byla možná dobrá praxe v nějakém ústavu.*

**Co se vám nejvíce osvědčilo při komunikaci s klientem s mentálním postižením?**

*Já se snažím být milá a usmívám se. Snažím se, aby mi důvěřovali. Mluvím pomalu a dívám se na ně, a snažím se zjistit, jestli mi rozumějí. Když předem zavolají, nechávám si na ně víc času, když to jde.*

**Co vám dělá největší potíže?**

*Asi nic.*

Komentář: komunikaci vedla jen s doprovodem. O klientovi mluvila ve 3. osobě.

**Znáte nějaké techniky alternativní a augmentativní komunikace? To znamená jiné možnosti komunikace, než pouze verbální.**

*Neznám. Mělo by se na ně mluvit pomalu a jednoduše. Jenom jednoduchý informace nebo otázky. Taky asi záleží na tom, jak moc je to postižení velký.*

**Které nejčastěji používáte?**

-

**Jaký je váš věk?**

*52 let*

**Nejvyšší dosažené vzdělání a délka praxe?**

*Mám střední zdravotnickou školu a pomaturitní specializační studium. Praxi mám 34 let.*

**6.1.7 Sestra 7**

**Sestra 7:** 56 let, SZŠ, praxe 38 let

**Klient:** Martin, 43 let, klient s lehkou MR

### **Pozorování 11. 2. 2014**

Klient musel absolvovat rentgenové vyšetření hlavy, na které jsme jeli ihned z chirurgické ambulance. Ohlásili jsme se v recepci a na vyšetření jsme šli bezprostředně poté. Rentgenová laborantka si přečetla žádanku a vyzvala Martina, aby si odložil. „*Odložit si můžete tady v kabince.*“ Na kabinku ukázala rukou. Ukázala klientovi i na rentgenový stůl a vysvětlila mu, jak se má na něj uložit. Mluvila přímo ke klientovi a udržovala s ním oční kontakt. S klientem mluvila bez oslovování jménem. Po celou dobu mu vykala. Martin měl dostatek času na svlékání i oblékání. Vyšetření trvalo asi 5 min.

**Reakce klienta:** Po celou dobu vyšetření spolupracoval, vydržel nehýbat se při snímkování. Na otázku jak se při vyšetření cítil, odpověděl: „*Dobrý.*“

### **Rozhovor 13. 2. 2014**

#### **Jak často se setkáváte s klienty s mentálním postižením?**

*Minimálně. Tak 1 – 2x měsíčně.*

#### **Jaké si myslíte, že mají NZP znalosti o komunikaci s klienty s mentálním postižením?**

*Řekla bych, že minimální. Nepamatuju si, že bych někdy slyšela, jak komunikovat s mentálně postiženými. Spíš se mluví o lidech nevidomých nebo hluchých.*

#### **Jak si myslíte, že by bylo možné zlepšit znalosti nelékařských zdravotnických pracovníků v komunikaci s těmito lidmi?**

*Nějaká školení by mohla být prospěšná a určitě víc praxe. Mělo by se začít už na školách. Ono to taky není úplně jednoduchý takhle rychle zjistit, jak velké postižení klient má. Takže stejně s ním musí přijít člověk, který ho zná.*

#### **Co se vám nejvíce osvědčilo při komunikaci s klientem s mentálním postižením?**

*Hlavně být v klidu a dostatek trpělivosti.*

#### **Co vám dělá největší potíže?**

*Myslím, že nemám potíže. Vždycky jsme se tady nějak domluvili. Tyhle lidi sem chodí právě s doprovodem, takže tím je to ulehčený.*

Komentář: klientovi vykala, ale neoslovovala ho jménem ani příjmením.

#### **Znáte nějaké techniky alternativní a augmentativní komunikace? To znamená jiné možnosti komunikace, než pouze verbální.**

*To by mohly být třeba obrázky a taky gesta. Taky piktogramy se používají. Ale to je asi spíš na označení místností nebo cesty.*

### **Které nejčastěji používáte?**

*Hlavně ty gesta. Ukážu jim, kam mají jít, nebo tak. Ty obrázky asi moc ne. Ty jsem zatím nepoužila, ani žádný pro tyhle případy nemám.*

### **Jaký je váš věk?**

*56 let.*

### **Nejvyšší dosažené vzdělání a délka praxe?**

*Mám střední zdravotnickou školu. Praxi mám už 38 let.*

## **6.1.8 Sestra 8**

**Sestra 8:** 54 let, SZŠ, praxe 36 let

**Klient:** Roman, 36 let, klient s lehkou až střední MR, je způsobilý k právním úkonům

### **Pozorování 3. 3. 2014**

Romana poslala praktická lékařka na ultrazvukové vyšetření břicha, protože měl potíže trávicího traktu, nejedl a měl nauzeu. Sestra nejprve hovořila s doprovodem, a požádala nás, abychom ještě vyčkali v čekárně. Potom nás vyzvala ke vstupu do ordinace a ukázala klientovi, kam si má lehnout. „*Tady si lehni, Romane. To tričko si nesvlíkej, to stačí vyhrnout.*“ Klientovi pouze tykala a oslovovala ho křestním jménem. Vše, co potřebovala, zjišťovala od doprovodu. Romanovi dávala jen pokyny, co má dělat. Mluvila klidným hlasem, snažila se mluvit pomaleji tak, aby jí klient rozuměl. Vyšetření proběhlo beze spěchu a nebylo ničím rušeno.

**Reakce klienta:** Roman dobře spolupracoval. Po vyšetření řekl: „*Bylo to studený a teď mám mokré břicho.*“

### **Rozhovor 4. 3. 2014**

#### **Jak často se setkáváte s klienty s mentálním postižením?**

*Jak často se s nimi setkávám? Jen občas. Asi tak 2x za měsíc.*

#### **Jaké si myslíte, že mají NZP znalosti o komunikaci s klienty s mentálním postižením?**

*Jestli s nimi nepracují, tak asi moc velké znalosti nemají. Musí s nimi mít nějaké zkušenosti, aby věděli, jak na ně. Nejlepší je, když s nimi pracují. Když se s nimi vidí čtvrthodiny při vyšetření, tak se ty znalosti asi moc nezlepší.*

#### **Jak si myslíte, že by bylo možné zlepšit znalosti nelékařských zdravotnických pracovníků v komunikaci s těmito lidmi?**

*Jak říkám. Nejlepší je asi nějaká praxe. Určitě by prospěla nějaká školení a semináře*

*se zaměřením speciálně na komunikaci s postiženými lidmi. Určitě by bylo dobrý absolvovat aspoň exkurzi do nějakého zařízení pro tyhle lidi.*

**Co se vám nejvíce osvědčilo při komunikaci s klientem s mentálním postižením?**

*Nejvíce se mi osvědčila komunikace s doprovodem. Ten ví o tom člověku asi nejvíce.*

Komentář: kontakt navázala v čekárně nejprve s doprovodem. Při vyšetření komunikovala jen s klientem, dávala klientovi pokyny, co má dělat.

**Co vám dělá největší potíže?**

*Nevím. Když by přišel takový člověk bez doprovodu, tak by to bylo asi horší.*

Komentář: klientovi tykala a oslovovala ho křestním jménem.

**Znáte nějaké techniky alternativní a augmentativní komunikace? To znamená jiné možnosti komunikace, než pouze verbální.**

*Ne.*

**Jaký je váš věk?**

*54 let*

**Nejvyšší dosažené vzdělání a délka praxe?**

*Mám maturitu na zdravotní škole. No (...) už 36 let.*

### **6.1.9 Sestra 9**

**Sestra 9:** 46 let, SZŠ, praxe 28 let

**Klient:** Hana, 26 let, klientka s lehkou MR

**Pozorování 5. 3. 2014**

Hana byla objednána na preventivní prohlídku k praktickému lékaři. Sestra nás vyzvala ke vstupu do ordinace. Klientce řekla: „*Tady se posad' a vyhrň si rukáv.*“ Mluvila pomalu a klidně. Na židli jí ukázala rukou. Změřila tlak. Hana měla na vše dostatek času. Sestra na klientku nespíchala. Při hovoru udržovala s klientkou oční kontakt a oslovovala ji křestním jménem. Informace zjišťovala z dokumentace. Od klientky nic vědět nechtěla. Hovořila takovým tempem řeči, aby jí klientka rozuměla. Pobyt v ordinaci nebyl ničím rušen. Kontakt se sestrou trval asi 5 min, pak jsme se přesunuli k lékaři do vedlejší místnosti.

**Reakce klienta:** Hana se sestrou ve všem spolupracovala, dobře reagovala na všechny pokyny. Jak se jí v ordinaci líbilo? Na tuto otázku odpověděla: „*Libilo se.*“ A nebála ses? Odpověď: „*Nebála.*“

### **Rozhovor 5.3.2014**

#### **Jak často se setkáváte s klienty s mentálním postižením?**

*Tak 1 – 2x za měsíc.*

#### **Jaké si myslíte, že mají NZP znalosti o komunikaci s klienty s mentálním postižením?**

*Já si myslím, že o komunikaci s mentálně postiženými toho asi moc nevědí. Záleží, jak často*

*se s nimi setkávají, jaké mají zkušenosti. (...) Ale není podle mě důležitý, kolik toho člověk zná, ale jestli dokáže znalosti i použít.*

#### **Jak si myslíte, že by bylo možné zlepšit znalosti nelékařských zdravotnických pracovníků v komunikaci s těmito lidmi?**

*Kdyby byly na tohle téma nějaké semináře v celoživotním vzdělávání, to by asi pomohlo.*

#### **Co se vám nejvíce osvědčilo při komunikaci s klientem s mentálním postižením?**

*Asi mít na ně dostatek času. Ale toho je většinou málo. Nejlepší je, když jim dělá doprovod člověk, který je zná. Bez toho by to nešlo.*

#### **Co vám dělá největší potíže?**

*Nevím, (...) asi nic. Možná nedostatek trpělivosti při jednání s klientem. Není dost času, když máme plnou čekárnu nedočkavých pacientů. I když pacienty objednáváme, chodí sem i sami. Ale vás se snažím brát přednostně, abyste tady zbytečně nečekali.*

Komentář: při pozorování 5. 3. 2014 se nedostatek trpělivosti neprojevil. Problém byl v oslovování klientky křestním jménem a tykání.

#### **Znáte nějaké techniky alternativní a augmentativní komunikace? To znamená jiné možnosti komunikace, než pouze verbální.**

*Neznám. Nebo možná znám, používám a nevím o tom.*

#### **Které nejčastěji používáte?**

-

#### **Jaký je váš věk?**

*46 let.*

#### **Nejvyšší dosažené vzdělání a délka praxe?**

*Mám střední zdravotnickou školu. A dělám to už 28 let.*

### 6.1.10 Sestra 10

**SESTRA 10:** 38 let, SZŠ, praxe 20 let

**Klient:** Bára, 28 let, klientka se středně těžkou MR

#### **Pozorování 6. 3. 2014**

Bára měla úraz ruky a 3x týdně docházela na převaz do chirurgické ambulance. Sestra s ní navázala oční kontakt v čekárně, při výzvě ke vstupu do ordinace. Od té chvíle hovořila pouze s doprovodem. „*Posaďte ji sem.*“ Sundala jí obvaz z lokte, aniž by klientce oznámila, co jí jde dělat. Při vyšetřování Bary lékařem hovořila s pacientem v čekárně. Po celou dobu pobytu v ordinaci byly dveře do čekárny pootevřené. Pak řekla: „*Já jí to převážu a přijдете zase v pátek.*“ Sestra působila hodně uspěchaně, během našeho pobytu v ordinaci stihla hodně úkonů, ale snažila se být příjemná. Mluvila klidným hlasem.

**Reakce klienta:** Bára do této ordinace dochází již druhý týden. Prostředí dobře zná. Při vyšetření a převazu spolupracovala. Na otázku jestli se nebála, odpověděla: „*Nechci doktora*“

#### **Rozhovor 6. 3. 2014**

**Jak často se setkáváte s klienty s mentálním postižením?**

*Moc ne. Asi 2x za měsíc.*

**Jaké si myslíte, že mají NZP znalosti o komunikaci s klienty s mentálním postižením?**

*Nemyslím si, že mají velké znalosti. Podle mne by s nimi sestry musely pracovat, aby věděly, jak s nimi správně jednat.*

**Jak si myslíte, že by bylo možné zlepšit znalosti nelékařských zdravotnických pracovníků v komunikaci s těmito lidmi?**

*Třeba účasti na seminářích v celoživotním vzdělávání, nebo nějakými články o mentálně postižených, o komunikaci v časopisech pro sestry. Možná by byly dobrý nějaký informační brožurky.*

**Co se vám nejvíce osvědčilo při komunikaci s klientem s mentálním postižením?**

*Trpělivost. Hlavně na ně nespěchat a mluvit klidným hlasem.*

**Co vám dělá největší potíže?**

*O ničem nevím.*

**Komentář:** při pozorování v ordinaci komunikovala pouze s doprovodem a hovořila o klientce v její přítomnosti ve 3. osobě.

**Znáte nějaké techniky alternativní a augmentativní komunikace? To znamená**



## **jiné možnosti komunikace, než pouze verbální.**

*Neznám.*

### **Jaký je váš věk?**

*38 let.*

### **Nejvyšší dosažené vzdělání a délka praxe?**

*Střední zdravotnická škola a praxe 20 let.*

V tabulce 2 jsou přehledně uvedena doporučená pravidla komunikace s člověkem s mentálním postižením, jak je uvádí Bendová (2011, s. 73 – 74) a Venglářová (2006, s. 100). S těmito pravidly bylo konfrontováno chování a komunikace NZP s klienty s mentálním postižením.

**Tabulka 2 Dodržování pravidel komunikace NZP s klienty s MR**

<b>Pravidla</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Poskytnout delší čas na odpověď, reakci	x		x	x	x		x	x		
Být trpěliví (pohyb po ordinaci, oblékání)	x		x	x	x	x	x	x	x	
Ověřit si, zda člověk s MR rozuměl	x	x			x		x			
Vyjadřovat se jasně, krátce, srozumitelně	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Použití cizích slov, zkratk, abstraktních pojmů										
Použití zdrobnělin a dětské řeči										
Dokreslit slovní sdělení mimikou a řečí těla	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Hovor přímo s klientem		x		x	x		x		x	
Dodržovat pravidla společenského chování (vykání)		x		x	x		x			

## 6.2 Výzkumná otázka č. 1

Mají NZP dostatečné znalosti v komunikaci s mentálně postiženým člověkem?

V průběhu výzkumu bylo zjištěno, že NZP nemají velké znalosti ohledně komunikace s mentálně postiženým člověkem. Celkem 8 z 10 NZP uvedlo, že jejich znalosti jsou malé nebo žádné. Pouze dva označili své znalosti jako dobré. Byla to sestra 3 s délkou praxe 24 let, která se setkává s klienty s MR asi 6x ročně a sestra 4 s délkou praxe 20 let a frekvencí setkávání s lidmi s MR 1x za měsíc. Jen 4 NZP klientům vykali. Byly to sestry 2, 4, 5 s délkou praxe 22, 20 a 25 let a sestra 7 s délkou praxe 38 let. S klienty se setkávají 1 – 2x měsíčně, sestra 5 6x za rok. Ostatní NZP klientům tykali, nebo o nich hovořili ve třetí osobě s doprovodem. AAK komunikaci nevyužívá žádný NZP, i když 3 uvedli jako možnost obrázky, piktogramy nebo předměty.

Podle názoru respondentů není problematika komunikace s klientem s MR na zdravotní škole nebo v rámci celoživotního vzdělávání dostatečně řešena a NZP by uvítali i více praxe v zařízeních pro lidi s mentálním postižením.

## 6.3 Výzkumná otázka č. 2

Existují překážky v komunikaci sester s mentálně postiženými lidmi?

Sestry v rámci sebereflexe neuváděly žádné výrazné bariéry, které by narušily průběh vyšetření. Dva NZP uvedli jako problém nedostatek času, jeden trpělivosti a jeden špatnou komunikaci s doprovodem, který klienta nezná.

Respondenti případné překážky překonávají pomocí trpělivosti, vlídnosti. Při komunikaci s klientem s MR spoléhají často na doprovod. Pokud by doprovázející osoba nebyla přítomna, mohlo by docházet, jak sami NZP uvádějí, k problémům.

## 6.4 Výzkumná otázka č. 3

Z jakého zdroje nejčastěji získávají informace o klientovi?

Sestry 1, 4, 9, 10 získávaly informace hlavně z dokumentace. Se svými dotazy, především na jméno klienta a zjištění zdravotní pojištění, se obraceli na doprovod mentálně postižené osoby. Pro sestry 3, 6, 8 byl hlavním zdrojem informací doprovod.

I když 5 NZP hovořilo při pobytu v ordinaci přímo s klientem, pouze sestry 2, 5 a 7 si informace zjišťovali jen od klienta a správnost informací ověřily u doprovodu až na závěr vyšetření.

## 7 Diskuse

Cílem práce bylo zmapování komunikace nelékařského zdravotnického pracovníka s mentálně postiženými klienty se zaměřením na problémy a komplikace, ale i možnosti usnadnění této komunikace.

Za hlavní vědecký postup užitý v této práci je zvolen kvalitativní výzkum, kombinace rozhovor a pozorování. Data z tohoto výzkumu lze použít jako podklad pro následující širší výzkum, který by mohl sledovat zejména důvody vedení nesprávné komunikace NZP s klienty s mentálním postižením. NZP často nerespektují doporučená pravidla komunikace s mentálně postiženým klientem a mnohdy ani pravidla společenského chování. Je to nedostatek času, který mohou NZP věnovat klientovi? Z jakého důvodu komunikují především s doprovodem? Proč klientovi tykají, i když je plnoletý? Tyto oblasti je nutné důkladněji prozkoumat, aby bylo možné vyslovit širší závěry a podniknout kroky vedoucí ke změně stávajících postupů.

V průběhu výzkumu bylo zjištěno, že NZP nemají dobré znalosti ohledně komunikace s mentálně postiženými klienty, většina z nich by uvítala specifické školení zaměřené na tuto problematiku, zejména v rámci celoživotního vzdělávání, kombinované s praxí v organizacích, kde se starají o osoby s mentálním postižením. K podobnému zjištění dospěla i autorka diplomové práce *Problematika komunikace u osob s mentálním postižením ve zdravotnickém zařízení* Chrástková (2011), kdy na otázku, uvítali byste další vzdělávání v rámci problematiky komunikace u osob s mentálním postižením, které by probíhalo například formou zážitkových seminářů, besed a podobně, odpovědělo ano téměř 74 % respondentů. V současné době není pro NZP nabízena Národním centrem ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů žádná samostatná vzdělávací akce v komunikaci s mentálně postiženým, ani toto téma není součástí žádné vzdělávací akce tohoto centra na téma komunikace (Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014). Kurzy akreditované Ministerstvem práce a sociálních věcí na téma AAK jsou nabízeny pracovníkům v sociálních službách např. prostřednictvím vzdělávacích akcí občanského sdružení Quip (Quip, 2014). Pro pedagogické pracovníky jsou určeny např. kurzy, zaměřené na alternativní a doprovodné formy komunikace pro žáky se zdravotním postižením (Univerzita Palackého v Olomouci, 2014). Pracovníci v sociálních službách a pedagogové mají širší nabídku kurzů, zaměřenou na komunikaci s lidmi s mentálním postižením. Systémy celoživotního vzdělávání ve školství, sociálních službách a zdravotnictví by bylo dobré v tomto směru více propojit a umožnit vytvoření speciálních kurzů v pro potřeby NZP. Děti

s mentálním postižením se učí komunikovat metodami AAK ve škole, někteří sociální pracovníci s nimi dokáží velmi dobře komunikovat pomocí systémů AAK v organizacích a zařízeních pro lidi s postižením, ale chybí další návaznost. V rámci integrace lidí s mentálním postižením je vhodné zvýšit povědomí o metodách AAK a více je rozšířit mezi zdravotníky a veřejnost.

V současné době je např. v bakalářském prezenčním studijním programu v oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice obsažen předmět komunikace a interaktivní procesy v celkové časové dotaci 32 hodin přednášek a 32 hodin cvičení za celou dobu studia. Dále musí studentky absolvovat praxi v některém zařízení pro lidi s postižením. Studentka si zařízení se zaměřením na určitý druh postižení vybírá sama (Univerzita Pardubice, 2014). Takový počet hodin teorie a praxe se zdá být dostatečný pro získání a upevnění si znalostí a dovedností v komunikaci s pacientem všeobecně a dává možnost naučit se přistupovat k nemocným podle specifiky onemocnění. Pro hlubší pochopení problematiky komunikace s klienty s MR a systémů AAK, by bylo vhodné absolvovat individuálně kurzy zaměřené speciálně na tuto oblast, eventuálně doplnit znalosti prostřednictvím zážitkových seminářů.

Míru znalostí by mohla ovlivnit délka praxe nebo věk respondentů. I když by se dalo očekávat, že mladší NZP budou lépe obeznámeny s alternativními způsoby komunikace (z důvodu řešení problematiky na škole), u zkušených NZP s delší praxí je zase předpoklad větších zkušeností nasbíraných za léta ve zdravotnictví, ve výzkumu se tato očekávání nepotvrdila. Na znalosti AAK neměl vliv věk, dosažené vzdělání ani délka praxe. Vondrušková (2010) ve své bakalářské práci *Komunikace sester s postiženým pacientem* zkoumala znalosti všeobecných sester v oblasti AAK. Výzkumu se zúčastnily všeobecné sestry s praxí kratší než 5 let, ale i delší než 30 let s největším zastoupením v délce praxe 6 – 15 let (32 respondentů). Výsledkem bylo, že pouze 2 respondenti (2,25 %) z celkového počtu 89 věděli, jaké metody patří do systémů AAK. Došla tedy ke stejnému závěru, že respondenti neznají metody AAK a na jejich vědomosti nemá vliv délka praxe a věk.

Dalším problémem při komunikaci NZP s lidmi s mentálním postižením je zjišťování informací především z jiných zdrojů než od klienta samotného. Všichni klienti měli dostačující verbální komunikační schopnosti pro vyjádření svých potíží a potřeb. Jejich mentální postižení bylo spíše v pásmu lehké mentální retardace. Pouze 3 respondenti si ale potřebné údaje zjišťovali hlavně od klienta. Ostatní respondenti využili pro získání potřebných údajů dokumentaci nebo doprovod.

Zajímavé informace přineslo pozorování jednotlivých sester při kontaktu s klienty s mentálním postižením. Většina sester se snažila o oční kontakt s klientem (8 z 10 sester). I když byl kontakt sester s klientem situací, kdy se setkávají dvě dospělé osoby, některé sestry užívaly v řeči křestní jméno a tykání, jako by oslovovaly děti. Tímto způsobem může být ke klientovi vysílána zpráva o nerovnosti postavení. Tento předpoklad potvrzuje i další zjištění, že většina sester si fakta (např. jméno, změny v pojištění) potvrzovala u doprovodu či v dokumentech, nespolehala se tedy na informace získané od klientů.

Ve výzkumu se vyskytla zajímavá informace ohledně vlivu komunikace sestry na pohodu klienta ve vztahu k hodnocení situace. Pokud sestry v průběhu vyšetření neoslovovaly přímo klienta (popřípadě mluvily o klientovi ve 3. osobě), s veškerými otázkami a poznámkami se obracely na doprovod, neudržovaly oční kontakt, odráželo se to v klientově hodnocení vyšetření jako negativní zkušenosti. Toto hodnocení klientem mohlo být také ovlivněno i jeho celkovou nepohodou vlivem onemocnění nebo zranění.

Většina sester intuitivně používá v kontaktu s mentálně postiženým člověkem neverbální způsoby komunikace (gesta, úsměv), klid a trpělivost, dostatek času. Sestrám komunikaci nejvíce usnadňuje doprovod, který je pro ně jedním z hlavních zdrojů informací, ale taktéž slouží jako uklidňující a známý prvek pro postiženého klienta.

### **Limity a omezení výzkumu**

Omezení ve výzkumu spatřuji především v **malém množství probandů**. Omezení pramení především ze zaměření bakalářské práce na intenzivní a detailní orientaci se na osobu zdravotní sestry a na situaci vyšetření, tohoto cíle by při vysokém počtu probandů nebylo možné dosáhnout.

Dalším faktorem odrážejícím se na výsledku výzkumu je vzorek tvořený pouze z žen. Vzhledem k tomu, že tento fakt odráží reálnou situaci v rozvrstvení nelékařského zdravotnického personálu (muži jsou v menší míře zastoupeni v tomto pracovním odvětví), nedomnívám se, že by mohl významněji ovlivnit výsledek výzkumu.

V poslední řadě bych chtěla zmínit zastoupení personálu s praxí v oboru pohybující se v rozmezí 18 – 38 let. Ve výzkumném vzorku tedy není zastoupen personál s malým počtem let praxe, avšak toto omezení umožnilo zevrubněji prozkoumat znalosti sester, které se pohybují ve zdravotnictví již řadu let a u nichž by bylo možné předpokládat určitou kompenzaci malého vzdělání v této problematice pomocí praxe s těmito klienty.

## 8 Závěr

Práce se zaměřila na problematiku komunikace nelékařského zdravotnického pracovníka s lidmi s mentálním postižením. V rámci teoretické části práce byla probána definice mentální retardace, etiologie vzniku, možnosti diagnostiky a dělení mentální retardace z hlediska MKN-10.

Další část práce se zaměřila na téma komunikace z hlediska její funkce v životě jedince, verbální a neverbální složku komunikace a osobnostní předpoklady, které by měla splňovat osoba pracující ve zdravotnictví. Poslední část teoretické části se věnovala specifickým rysům komunikace s mentálně postiženým jedincem, popisuje možné bariéry v komunikaci, možnosti užití augmentativní a alternativní komunikace.

Výzkumná část práce byla orientovaná na zjištění názorů a zkušeností nelékařského zdravotnického personálu s komunikací s klienty s mentálním postižením. Byla zvolena kvalitativní metoda výzkumu. Jako metoda sběru dat bylo použito pozorování a rozhovor. Výzkumný soubor tvořilo 10 osob nelékařského zdravotnického personálu. Byla zvolena kvalitativní metoda výzkumu.

Z hlavního výzkumného závěru je patrné, že nelékařský zdravotnický personál nemá téměř žádné znalosti ohledně alternativních způsobů komunikace s mentálně postiženými klienty. V případech, kdy znalosti má, tyto další možnosti v běžné komunikaci s klientem nevyužívá. Lze se jen dohadovat, zda se jedná o malou motivaci ze strany sester ve využívání alternativních metod komunikace nebo o nemožnost využívání těchto systémů v ordinaci (například z důvodu nedostatku času).

Respondenti, kteří se zúčastnili výzkumného šetření si sice nevybrali práci v sociálních službách, ale měli by znát alespoň základy komunikace s mentálně postiženým člověkem. Měli by vědět, že s těmito lidmi komunikovat lze. Jistě nemohou ovládat všechny systémy AAK, ale musí vědět, že existují metody, které mohou pomoci vést kvalitní komunikaci i s mentálně postiženými.

V návaznosti na nastudované prameny a na zkušenosti získané v průběhu výzkumu jsme dospěli k závěru, že problematice komunikace nelékařského zdravotnického personálu s mentálně postiženým člověkem se nevěnuje v současné době dostatek pozornosti. Nedobré znalosti NZP v této problematice považují za velký problém, na který by se mělo upozornit. Možné řešení této problematiky nastínili již samotní NZP – teoretické zázemí ve formě celoživotního vzdělávání v kombinaci s praktickou částí, která by probíhala v organizacích, kde jsou osoby s mentálním postižením léčeny, nebo v nich bydlí.

## 9 Použitá literatura

1. BENDO VÁ, Petra. 2011a. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 152 s. ISBN 978-80-247-3853-6.
2. BENDO VÁ, Petra a Pavel ZIKL. 2011b. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 140 s. ISBN 978-802-4738-543.
3. BONDY, Andy a Lori FROST. *Vizuální komunikační strategie v autismu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 129 s. ISBN 978-80-247-2053-1.
4. CSISKO, Matej. Kvalita života v ošetrovatelské praxi. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 6 (12), 2013, 67 s. ISSN:1210-0404.
5. DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace: 6. vydání*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 512 s. ISBN 978-80-247-2018-0.
6. DURECOVÁ, *Rozlišení problematiky duševní nemoci a mentálního postižení*. [online]. 2007. [cit. 2014-02-24]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/co-je-noveho/rozlišení-problematiky-dusevni-nemoci-a-mentalniho-postizeni.html>.
7. HEMZÁČKOVÁ, Krysta a Libuše KUBOVÁ. *Čtete obrázky: komunikační systém tvořený návodnými kresbami: procesní schémata*. 1. vyd. Praha: Parta, 2011, 62 l. ISBN 978-80-7320-055-8.
8. CHRÁSTKOVÁ, Eva. *Problematika komunikace u osob s mentálním postižením ve zdravotnickém zařízení*. Olomouc, 2011. 124 s. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství. Vedoucí práce: Mgr. Bc. Renata Kojecká
9. JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008, 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
10. KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 128 s. *Sestra*. ISBN 978-80-247-2835-3.
11. KREJČÍŘOVÁ, Olga. *Manuál základních postupů jednání při kontaktu s osobami s mentálním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007, 35 s. ISBN 978-80-244-1635-9.
12. KRHUTOVÁ, Lenka, et al. *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*. 1. vyd.

- Olomouc: Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených, 2005, 268 s. ISBN 80-903-658-0-9.
13. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 163 s. ISBN 978-802-4720-692.
  14. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum ve zdravotnictví: metodika a metodologie výzkumu*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, 123 s. ISBN 978-80-244-1877-3.
  15. LEŠKO, Ladislav. *Náhled do sociální komunikace*. Vyd. 1. Brno: Tribun EU, 2008, 99 s. ISBN 978-80-7399-466-2.
  16. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
  17. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1. 1. 2013*. [online]. 2013 [cit. 2013-11-19]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/seznam.html>.
  18. MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2010, 328 s. Manažer. ISBN 978-80-247-2339-6.
  19. MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 153 s. ISBN 80-247-1024-2.
  20. NÁRODNÍ CENTRUM OŠETŘOVATELSTVÍ A NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH OBORŮ. *Nabídka vzdělávacích akcí*. [online]. 2014 [cit. 2014-05-02]. Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/web/guest/nabidka-akci-2014>
  21. PASTUCHA, Petr. *Jenom slova? Interní medicína pro praxi*. Olomouc: Solen, 9(12). [online]. 2007 [cit. 2014-11-29]. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/int/2007/12/01.pdf>. ISSN 1803-5256
  22. PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. *Komunikace s dětským pacientem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 247 s. ISBN 978-80-247-2968-8.
  23. QUIP – občanské sdružení. [online]. 2014 [cit. 2014-05-02]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/tabulka-kurzy.html>.



24. SAAK – společnost pro augmentativní a alternativní komunikaci. [online]. 2009 [cit. 2014-01-03]. Dostupné z: <http://www.saak-os.cz/soubor-komunikacni-pas-pdf-pro-tisk-2-.pdf>.
25. SCHARLAU, Christine. *Techniky vedení rozhovoru: Zdokonalte své komunikační dovednosti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 205 s. ISBN 978-80-247-2234-4.
26. SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 155 s. ISBN 978-80-7367-691-9.
27. SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÉ CENTRUM. *Kdy začít u dětí s AAK*. [online]. 2014a [cit. 2013-12-29]. Dostupné z: <http://www.alternativnikomunikace.cz/stranka-kdy-zacit-u-deti-s-aak-4>.
28. SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÉ CENTRUM. *Metody a postupy AAK*. [online]. 2014b [cit. 2013-12-27]. Dostupné z: <http://www.alternativnikomunikace.cz/stranka-metody-a-postupy-aak-7>.
29. SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÉ CENTRUM. *Symwriter* [online]. 2014c [cit. 2013-12-29]. Dostupné z: <http://www.alternativnikomunikace.cz/stranka-symwriter-29>.
30. ŠNÝDROVÁ, Ivana. *Psychodiagnostika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 143 s. ISBN 978-80-247-2165-1.
31. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
32. ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál, 2011, 221 s. ISBN 978-80-7367-889-0.
33. UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. *Pedagogická fakulta* [online]. 2011 [cit. 2014-05-04]. Dostupné z: <http://kurzy-spp.upol.cz/CD/4/3-02.pdf>
34. UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. *Pedagogická fakulta* [online]. 2014 [cit. 2014-05-04]. Dostupné z: <http://www.inkluze.upol.cz/portal/klicove-aktivity/modul-dalsi-vzdelavani-pedagogickych-pracovniku/kurzy-dvpp/>
35. UNIVERZITA PARDUBICE. *Univerzita Pardubice* [online]. 2014 [cit. 2014-05-04]. Dostupné z: <https://dokumenty.upce.cz/sp/index.html?rok=2014&stprIdno=252&oborIdno=299&fZS>

36. VALENTA, Milan. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 349 s. ISBN 978-802-4738-291.
37. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.
38. VOJTÍŠKOVÁ, Jana. Kompetence všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře. *Medicína pro praxi*. 2006, 2, 94 – 96s. ISSN: 1214-8687
39. VONDRUŠKOVÁ, Helena. *Komunikace sester s postiženým pacientem*. Brno, 2010. 82 s. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce: Mgr. Hana Pinkavová
40. VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie lidské komunikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 263 s. ISBN 80-717-8291-2.
41. ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 229 s. Sestra. ISBN 978-80-2472-068-5.
42. ZEDKOVÁ, Vladimíra. Komunikace s "nekomunikujícím". *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 6 (12), 2013, ISSN: 1210-0404.

## 10 Přílohy

### 10.1 Příloha A - témata pozorování

1. Navázání a udržení očního kontaktu      0 % – 25 % – 50 % – 75 % - 100 %
  
2. Podpora verbální komunikace gestem (nabídnutí židle, vyšetřovacího lůžka)  
0 % – 25 % – 50 % – 75 % - 100 %
  
3. Oslovení pan (paní) slečna      0 % – 25 % – 50 % – 75 % - 100%
  
4. Oslovování příjmením      0 % – 25 % – 50 % – 75 % - 100 %
  
5. Vykání při komunikaci      0 % – 25 % – 50 % – 75 % - 100 %
  
6. Oslovování křestním jménem      0 % – 25 % – 50 % – 75 % - 100 %
  
7. Odkud nejčastěji získává informace o klientovi?  
Z dokumentace – od klienta – od doprovodu
  
8. Přizpůsobení tempa řeči (zpomalení)      0 % – 25 % – 50 % – 75 % - 100 %
  
9. Poskytnutí času na odpověď, na reakci      0 % – 25 % – 50 % – 75 % - 100 %

## **10.2 Příloha B - otázky v rozhovoru**

1. Jak často se setkáváte s mentálně postiženými klienty?
2. Jaké si myslíte obecně, že mají sestry znalosti v komunikaci s mentálně postiženým klientem?
3. Co se vám nejvíce osvědčilo při komunikaci s mentálně postiženým klientem?
4. Co vám dělá potíže?
5. Znáte nějaké techniky augmentativní a alternativní komunikace?
6. Které nejčastěji používáte?
7. Jak si myslíte, že by bylo možné zlepšit znalosti sester v komunikaci s mentálně postiženým člověkem?
8. Jaký je váš věk?
9. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání a délka praxe?