

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Znalosti a dovednosti sester v komunikaci  
s handicapovanými klienty**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:  
Mgr. Klára Kubartová

Autor práce:  
Petr Kudláček

2011

## **Knowledge and skills of nurses in communication with handicapped clients**

This thesis deals with the knowledge and skills of nurses in communicating with handicapped clients. The ability to communicate well is one of the basic skills of every nurse. A communication carried out well contributes to the improvement of interpersonal relationships. To make communication skills professional, nurses should combine their knowledge of general communication skills with the knowledge in the field of special pedagogy, which deals with individuals with disabilities, and employ the knowledge in communicating with disabled clients. The theoretical part consists of three main chapters. The first chapter contains characteristics of visual, auditory and physical handicaps, mental retardation and speech disorders. The second chapter deals with general principles of communication and the third is focused on the specifics of communication with handicapped clients.

The bachelor thesis had two objectives. The first objective was to determine the knowledge of nurses in communicating with handicapped clients at providing nursing care in health care facilities. Two hypotheses were stated. Hypothesis 1: Nurses do not have skills in communicating with handicapped clients at providing nursing care, it was confirmed. Hypothesis 2: Nurses have the best knowledge in communicating with auditory handicapped clients at providing nursing care, it was not confirmed. To identify the knowledge of nurses, the quantitative interview method was used by means of questionnaires distributed to nurses working in medical facilities. The research respondents were 102 nurses. The results were processed into graphs. The second objective was to survey the skills of nurses in communicating with handicapped clients at providing nursing care. The research was conducted as qualitative. Two research questions were set up. 1. Do nurses apply the principles of communication with handicapped clients at providing nursing care? The answers imply that nurses are more likely not to apply these principles. 2. How do handicapped clients assess the communication with nurses providing nursing care? The answers imply that clients see the nurses' approach in a lesser extent as good, professional, more of them suppose the approach could be better. The skills of nurses were surveyed by conducting non-standardized interviews with 10 handicapped clients. The clients' answers were

processed into categorized tables. The research survey has shown that nurses do not have adequate knowledge and do not apply adequate skills. The research outcomes will be used at professional workshops, seminars and conferences and to educate nurses.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma, „Znalosti a dovednosti sester v komunikaci s handicapovanými klienty“, jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě/ v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č.111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích .....

.....

Petr Kudláček

### **Poděkování**

Touto cestou bych rád poděkoval vedoucí práce Mgr. Kláře Kubartové, která mi pomohla svými odbornými radami při vedení bakalářské práce. Také bych chtěl poděkovat všem sestrám a klientům, kteří se podíleli na mém výzkumném šetření.

## Obsah

<b>ÚVOD</b> .....	<b>3</b>
<b>1 SOUČASNÝ STAV</b> .....	<b>4</b>
1.1 Člověk s postižením.....	4
1.1.1 Charakteristika základních pojmů.....	4
1.1.2 Postoj společnosti k postiženým jedincům .....	5
1.1.3 Zrakové postižení.....	6
1.1.4 Sluchové postižení .....	7
1.1.5 Mentální postižení.....	8
1.1.6 Tělesné postižení a zdravotní oslabení .....	9
1.1.7 Poruchy řeči .....	10
1.2 Komunikace sestry s klientem .....	11
1.2.1 Pojetí komunikace.....	11
1.2.2 Profesionální komunikace.....	12
1.2.3 Verbální komunikace sestry s klientem .....	13
1.2.4 Neverbální komunikace sestry s klientem .....	14
1.2.5 Překážky v komunikaci mezi sestrou a klientem.....	17
1.2.6 Zásady efektivní komunikace sestry s klientem .....	18
1.3 Komunikace s handicapovaným klientem .....	19
1.3.1 Obecné pojetí komunikace s handicapovaným klientem.....	19
1.3.2 Komunikace sestry se zrakově handicapovaným klientem .....	20
1.3.3 Komunikace sestry se sluchově handicapovaným klientem.....	22
1.3.4 Komunikace sestry s tělesně handicapovaným klientem.....	23
1.3.5 Komunikace sestry s klientem s mentálním handicapem .....	24
1.3.6 Komunikace sestry s klientem s poruchami řeči.....	25
<b>2 CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY</b> .....	<b>27</b>
2.1 Cíle práce .....	27
2.2 Hypotézy .....	27
2.3 Výzkumné otázky .....	27
<b>3 METODIKA</b> .....	<b>28</b>
3.1 Použité metody.....	28

3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	28
<b>4 VÝSLEDKY .....</b>	<b>30</b>
4.1 Grafické výsledky kvantitativního výzkumu .....	30
4.2 Výsledky kvalitativního výzkumu .....	67
4.2.1 Rozhovory s respondenty.....	67
4.2.2 Kategorizace dat v tabulkách .....	73
<b>5 DISKUSE .....</b>	<b>79</b>
<b>6 ZÁVĚR.....</b>	<b>92</b>
<b>7 SEZNAM LITERATURY A POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>94</b>
<b>8 KLÍČOVÁ SLOVA.....</b>	<b>98</b>
<b>9 PŘÍLOHY .....</b>	<b>99</b>

## ÚVOD

Schopnost správně komunikovat patří k základním dovednostem každého zdravotníka. Kvalitní ošetrovatelská péče se neobejde bez komunikace mezi sestrou a klientem. Při komunikaci s klientem nestačí, aby sestra uplatňovala zásady komunikace, které získala v běžném životě. Musí si dále osvojit jednak obecné zásady komunikace a také specifické dovednosti a znalosti v komunikaci sestra- klient.

Sestra při poskytování ošetrovatelské péče navazuje kontakt s klientem, hovoří s ním o jeho starostech, problémech a jeho životě, sděluje mu důležitá fakta, podporuje ho v další léčbě, radí mu a nebo jen tak naslouchá a poskytuje mu pomoc v těžkých chvílích. Pokud se sestra setká s klientem s handicapem, měla by si uvědomit, že tento klient může mít menší či větší obtíže při komunikaci. Handicapovaný klient nemusí být vůbec nechápavý, ale jenom informace přijímá a zpracovává jinak než klient bez handicapu.

Problematika komunikace s jedinci s handicapem je velice složitá. Pokud má být komunikace vedena sestrou profesionálně, vyžaduje, aby sestra skloubila znalosti z oblasti obecné komunikace se znalostmi z oblasti speciální pedagogiky, která se zabývá problematikou jedinců se zdravotním postižením, a využila je v komunikaci s handicapovanými klienty.

Během své praxe jsem měl několikrát možnost sledovat komunikaci sester s handicapovanými klienty. Mnohdy mě překvapily jejich neznalosti z komunikace a také neochota najít správný způsob komunikace. Tyto okolnosti vedly k tomu, že klient nedostal úplné informace a nebo byl často považován za nechápajícího.

Moje bakalářská práce je zaměřena na problematiku komunikace sestry s jedinci se zrakovým handicapem, sluchovým handicapem, mentálním postižením, tělesným handicapem a s poruchami řeči. Nastiňuje charakteristiku jednotlivých druhů postižení, zásady obecné komunikace sestra - klient a zásady komunikace sestry s handicapovanými klienty. Zjišťuje znalosti a dovednosti sester při ošetrování handicapovaných klientů.



# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Člověk s postižením

### 1.1.1 Charakteristika základních pojmů

„*Vada, porucha, defekt (impairment) je narušení psychické, anatomické či fyziologické struktury nebo funkce (23, s. 26).*“ Klasifikace vad vychází především z lékařské diagnostiky, která identifikuje orgánové a funkční nedostatky nebo odchylky. Ani v dnešní době není medicína schopna mnoho vad odstranit a zabránit tak vzniku postižení u konkrétního jedince. Vady a poruchy můžeme klasifikovat podle typu na orgánové a funkční vady, podle intenzity na lehké, střední a těžké. Další dělení je podle vzniku vady nebo poruchy na vrozené, se kterým se jedinec už narodí, nebo získané, ke kterému přijde v průběhu života (20, 21, 23).

„*Postižení (disability) znamená omezení nebo ztrátu schopností vykonávat činnost způsobem nebo v rozsahu, který je pro člověka považován za normální (23, s. 27).*“ V dnešní době je pojem postižený člověk stále častěji nahrazován termínem jedinec se speciálními potřebami. Typy postižení můžeme dělit na několik specifických skupin. Mezi nejčastější patří tělesné postižení, zrakové a sluchové postižení, dále mentální postižení, narušená komunikační schopnost a poruchy komunikace. Za postižení se také považují určité poruchy chování, specifické poruchy učení a kombinované poruchy (6, 20, 23).

„*Znevýhodnění (handicap) se projevuje jako omezení vyplývající pro jedince z jeho vady nebo postižení, které znemožňuje nebo ztěžuje, aby naplnil roli, která je pro něj normální (s přihlédnutím k jeho věku, pohlaví a sociálním či kulturním činitelům) (23, s. 27).*“ Handicap může mít celou řadu podob. Míra handicapu může být u jednotlivců odlišná a velmi individuální. Záleží na mnoha faktorech, jakými jsou například: stupeň postižení, doba vzniku defektu a osobnostní vlastnosti jedince (20, 21, 23).

### ***1.1.2 Postoj společnosti k postiženým jedincům***

Každý člověk při pohledu na postiženou osobu je ovlivněn řadou předsudků, které se často tradují s takovou intenzitou, že člověk, který není v dané problematice zasvěcen, může jen těžko odlišit předsudek od reality. Velká část naší společnosti stále žije v mylné představě, že lidé, kteří jsou nějakým způsobem postiženi, jsou nešťastní, že nemají a nemohou mít smysl pro humor, nemohou mít z ničeho radost nebo třeba je pro ně tabu sexuální život. Člověk by měl k této problematice přistupovat se zdravým nadhledem, nepředpojatě a s dostatečnou dávkou otevřenosti a odvahy. Každý člověk s viditelnou vadou, jakýmkoli postižením je ve společnosti odlišný a taková odlišnost byla a je spojena s řadou specifických problémů. Do těchto problémů lze například zahrnout nepřijetí společností a špatné navazování kontaktů, protože u druhých jedinců může postižení vzbuzovat odpor nebo strach. Největší problém mají lidé, kteří jsou silně esteticky zohydženi. Tito lidé totiž vyvolávají v druhých lidech nejistotu. Málokterý člověk ví, jak s tímto člověkem komunikovat, jak mu porozumět, jak se k němu chovat. Současné i taková výrazná odlišnost vždy přitahovala a přitahuje pozornost okolí jako magnet. I v dnešní době si můžeme všimnout, že čím neobvyklejší a zřetelnější postižení člověk má, tím více lidí se za ním otočí nebo se ho snaží alespoň nenápadně pozorovat. Fascinace monstrem je termín, který označuje přirozený důsledek silného zážitku, který se utváří při setkání jedince s druhým jedincem, který se negativně odlišuje od ostatních. Naše společnost se snaží o to, aby se co nejvíce postižených jedinců mohlo zařadit do zdravé populace, aby jim bylo poskytnuto odpovídající vzdělání, aby pro ně byla vytvořena odpovídající pracovní místa, aby mohli být samostatní a nezávislí. V této souvislosti se setkáváme s pojmy integrace a inkluze. Integrace je chápána jako spolužití postižených a nepostižených při přijatelně nízké konfliktnosti vztahů těchto skupin. Integrace je opakem segregace, tedy společenského vyčlenění. Inkluze je nikdy nekončící proces, ve kterém se lidé s postižením mohou v plné míře zúčastňovat všech aktivit společnosti, stejně jako lidé bez postižení. Tento postoj vychází z toho, že jsou si všichni lidé rovni v důstojnosti i v právech. V inkluzivním přístupu se lidé s postižením zapojí do činností jako lidé bez postižení, nepotřebují

žádné speciální prostředky a postupy. Kdežto integrační postupy spočívají v zajištění speciálních prostředků podpory a péče (9, 20, 22, 23).

### ***1.1.3 Zrakové postižení***

Zrak je považován za jeden z nejdůležitějších smyslů pro člověka, využíváme ho jako primární smysl. Pomocí zraku získáváme 90 % všech informací. Omezení zraku zhoršuje především orientaci. Jestliže jde o dlouhodobé nebo trvalé postižení, je ovlivněn i tělesný a psychický vývoj zrakově postiženého jedince. Ne každý člověk, který má zrakovou vadu, je považován za osobu se zrakovým handicapem. Pokud lze vadu nějak korigovat, třeba brýlemi nebo čočkami, tak potom vada prakticky život člověka neovlivňuje nebo jenom minimálně. Pokud ale běžná optická korekce není dostačující a vada způsobuje člověku potíže a omezuje ho v běžných každodenních činnostech, je potom diagnostikované zrakové postižení určitého stupně (7, 20, 23).

*„Za osobu se zrakovým postižením považujeme toho jedince, který i po optimální korekci (medikamentózní, chirurgické, brýlové apod.) má v běžném životě problémy se získáním a zpracováním informací zrakovou cestou. (23, s. 59).“*

Výchovou, vzděláním a rozvojem osob se zdravotním postižením se zabývá speciálně pedagogický obor oftalmologie, označovaný také jako tyflopédie (7, 20).

Zrakové postižení může být způsobené vadou nebo poruchou v kterékoliv části zrakového analyzátoru. Zrakové vady a postižení můžeme rozdělit do mnoha kategorií podle různých kritérií. Většinou se různé klasifikační přístupy kombinují a doplňují. Postižení zraku je buď vrozené, nebo získané. Důležitým faktorem pro vznik zrakové vady je období jejího vzniku. Pokud jedinec přijde o zrak po 6. roce života, má vytvořenou určitou zrakovou zkušenost, která ovlivní hlavně tvorbu představ, orientačních schopností a komunikačních dovedností. Zrakové vnímání ovlivňuje také schopnosti správného sociálního učení (20, 22).

Z etiologického hlediska rozlišujeme orgánové a funkční poruchy. O vadu orgánovou se jedná tehdy, když porucha zasáhne zrakový orgán. Pokud oslabí jeho funkci, jde o vadu funkční. Nejčastějším kritériem dělení zrakových postižení je stupeň zrakové vady. Vychází se při něm z vizuálních potenciálů člověka z tzv. vizu.

Klasifikaci zrakového postižení s přesným vymezením rozsahu postižení uvádím v příloze (Příloha 1), (7, 20, 23).

Stupně zrakových vad jsou podle většiny autorů: slabozrakost, zbytky zraku, nevidomost a poruchy binokulárního vidění. Slabozrakost se projevuje sníženou nebo zkreslenou činností zrakového analyzátoru obou očí a jsou při ní omezeny a deformovány zrakové představy. Nevidomost, kterou dále ještě dělíme na nevidomost praktickou a nevidomost totální (amaurosa), přináší lidem problémy získávat informace z okolního světa pomocí zraku. Postižený musí využívat kompenzační smysly. Nevidomost nedovoluje jedinci psát, je omezený jeho samostatný pohyb a prostorová orientace. Jedinci se zbytky zraku tvoří mezistupeň mezi lidmi s nevidomostí a slabozrakostí. Jsou schopni si osvojit čtení a psaní zvětšeného písma a současně i Brejlova písma. Poruchy binokulárního vidění jsou funkční poruchy. Dělíme je na šilhavost a tupozrakost (7, 20, 23).

#### ***1.1.4 Sluchové postižení***

Pomocí sluchu získáváme asi 60% informací o okolním světě. Sluchový handicap vytváří komunikační bariéry a způsobuje deficit v orientačních schopnostech. Omezuje jedince pouze na orientaci jeho zorného pole. Jedincům s tímto postižením přináší psychické omezení v sociálních vztazích hlavně tím, že dochází k problémům v komunikaci. Ztráta sluchu má také vliv na vývoj myšlení, které vychází z řeči. Sluch také plní bezpečnostní funkci. Je jediným smyslem, který zůstává aktivní i ve spánku (20, 23).

Problematikou sluchového postižení se zabývá obor speciální pedagogiky označovaný jako surdopedie (23).

Sluchové postižení vzniká následkem organické nebo funkční vady, postihuje kteroukoliv část zvukového ústrojí. Klasifikace sluchového postižení se opírá o několik kritérií. Patří mezi ně doba vzniku vady, místo postižení sluchového analyzátoru a intenzita sluchové vady. Sluch se zhoršuje v souvislosti se stářím. Dále k jeho zhoršení přispívá také nadměrný hluk z okolí, kterému je řada lidí často vystavena (20, 23).

Velký význam z hlediska rozvoje komunikačních schopností má doba vzniku sluchového postižení. Pokud se dítě narodí s vrozenou sluchovou vadou, je nutné dorozumívání i všechny ostatní schopnosti rozvíjet pomocí jiných smyslů. U získaného sluchového postižení je rozhodující, zda postižení vzniklo před ukončením vývoje řeči nebo po něm. Jestliže vada vznikla před dovršením 6.-7. roku věku, označuje se jako prelingvální a z hlediska rozvoje komunikace je závažnější. Jedinec si nestačil osvojit řeč jako přirozený dorozumívací prostředek a chybí mu komunikační zkušenost. Vada, která vznikla po 7. roce života, se označuje jako postlingvální (23).

Podle místa postižení sluchového analyzátoru rozlišujeme různé typy vad. Označujeme je jako vady převodní, percepční a smíšené. Převodní vady jsou vady vnějšího a středního ucha, jedinec s touto vadou špatně slyší, jde o kvantitativní poruchu sluchu. Percepční vady jsou vady vnitřního ucha, případně je narušena funkce sluchového nervu. Člověk s touto vadou špatně slyší a také špatně rozumí. Smíšená vada vzniká jako kombinace vad předchozích. Závažnost sluchového postižení bývá klasifikována nejčastěji podle stupňů určených rozsahem ztráty sluchu. Udává se v decibelech (Příloha 2), (22).

### ***1.1.5 Mentální postižení***

Projevy mentálního postižení jsou velice individuální a obtížně zobecnitelné. Existuje celá řada příčin tohoto postižení. Mezi základní klasifikační kategorie patří intenzita postižení a období, kdy postižení vzniklo. Problémy a edukací osob s mentálním postižením se zabývá speciálně pedagogická disciplína označovaná jako psychopedie. Typy mentálního postižení jsou mentální retardace a demence (6).

Mentální retardace je „stav, související s opožděným nebo omezeným vývojem myšlení, charakteristický zejména snížením schopností, které vytvářejí celkovou úroveň inteligence – tedy schopností poznávacích, komunikačních, motorických a sociálních (23, s. 110).“ Toto postižení je vývojové a trvalé. Je způsobené poškozením mozku dítěte před narozením, při porodu, nebo do dovršení druhého roku života. Hloubku mentální retardace je možné určit pomocí IQ kvocientu. Kvocient vyjadřuje úroveň rozumových schopností. V našich zemích se ke klasifikaci používá mezinárodní

klasifikace tohoto postižení. Mentální retardaci dělíme na lehkou, střední, hlubokou a jiné (Příloha 3). Mentální postižení nepostihuje jenom intelekt člověka, ale postihuje celou osobnost. Různým způsobem a v rozdílné míře jsou změněny komunikační schopnosti. Bývá snížena slovní zásoba, schopnost porozumění složitým sdělením, v řeči se objevují odlišnosti ve tvarech slov nebo stavbě vět (1, 6, 22).

*„ Demence je charakterizována snižováním již rozvinutých mentálních schopností člověka (23, s. 111).“* K poškození mozku a jeho funkcí dochází následkem úrazu nebo závažnějšího onemocnění. S demencí se nejčastěji setkáme u starých lidí v souvislosti s mozkovou příhodou nebo degenerativním onemocněním mozku u Alzheimerovy choroby. Demence je provázena časovou a prostorovou desorientací, zhoršením paměti a racionálního úsudku. Jedince s demencí má problémy s poznáváním osob, abstraktním myšlením, přestává rozumět komplikovanějším sdělením, zhoršuje se jeho schopnost vyjadřování, pozorujeme u něj změny nálad a chování. Člověk s demencí se stává pasivním, přestává vyhledávat komunikační příležitosti. Tyto problémy mohou způsobit i to, že se jedinec s demencí dostává brzo do sociální izolace (1, 23).

#### **1.1.6 Tělesné postižení a zdravotní oslabení**

Tělesný handicap souvisí nejen s postižením hybnosti, ale patří sem i dlouhodobá zdravotní oslabení, která nemusí být navenek vůbec viditelná. Problematice osob s postižením hybnosti, dlouhodobě nemocných a zdravotně oslabených se zabývá obor speciální pedagogiky - somatopedie. Charakteristickou oblastí zájmu somatopedie je problematika života osob s poruchami hybnosti (12, 20).

*„Jako tělesně postižený je označován člověk, který je omezen v pohybových schopnostech v důsledku poškození podpůrného nebo pohybového aparátu nebo jiného organického postižení (20, s. 168).“*

Pohybové vady můžeme dělit podle různých kritérií. Mohou být primární, ty vycházejí z přímého poškození pohybového aparátu, nebo sekundární, kdy je pohyb omezen v důsledku jiné nemoci nebo poruchy. Vady pohybového aparátu mohou být vrozené nebo získané. Dále se rozlišují podle stupně a podle toho, která část těla je

postižená. Rozeznáváme skupinu obrn centrálních a periferních, deformace, malformace a amputace (12, 20.).

Mezi tělesně postižené a zdravotně znevýhodněné zařazujeme také jedince s dlouhodobým onemocněním a zdravotním oslabením. I tito jedinci si zaslouží zvláštní citlivý přístup svého okolí, který se může zlepšit větší informovaností o závažných onemocněních. Můžeme k nim zařadit například jedince s epilepsií, onkologickým onemocněním, alergií a vážným respiračním onemocněním (20,23).

### **1.1.7 Poruchy řeči**

Poruchy řeči způsobují jedinci celou řadu komplikací. Komunikační obtíže mají vliv nejen na schopnost dorozumět se, ale také na vývoj a integritu osobnosti, úroveň jejího sebevědomí a sebepojetí. Člověk s vadou řeči se často setkává s nepochopením. Může být také zesměšňován a často musí čelit trapným situacím (22).

Pro pochopení poruch řeči je důležité znát příčiny a okolnosti vzniku poruchy řeči. Vývojová vada řeči ovlivňuje život člověka jiným způsobem než porucha vzniklá v pozdějším věku úrazem, onemocněním nebo psychickým traumatem. Řeč se u člověka vyvíjí od narození. V prvopočátcích není nikdy bezchybná. Za hranici psychologické nemluvnosti je považován věk okolo 3 let věku. Za ukončení základního vývoje řeči, kdy by už dítě mělo správně vyslovovat všechny hlásky, vyjadřovat se správně gramaticky a rozsah slovní zásoby by měl být dostačující, se považuje věk okolo 6 let. Vývoj řeči velmi úzce souvisí s vývojem myšlení. Myšlenky jsou výtvozem naší vnitřní řeči, z které vychází mluvená a psaná řeč. Poruchy řeči mají různější příčiny. Vznikají v důsledku poruchy vnímání řeči při sluchových a zrakových vadách, ale také v důsledku poškození jiných orgánů nebo funkcí. Postižena bývají řečová centra v mozku, nebo některá část mluvidel, především ústní a nosní dutina, jazyk, zuby a rty. Poruchy řeči mohou mít i psychické příčiny. Problematikou narušené komunikační schopnosti se zabývá obor speciální pedagogiky logopedie (23, 25).

Narušená komunikační schopnost může mít mnoho podob. Dysfázie je vývojová porucha, kdy i při dobrých intelektových předpokladech došlo k narušení vývoje řeči. Řeč se prakticky nevyvinula, nebo je na takové úrovni, že ji jedinec nemůže využít

k běžné komunikaci. Bývá porušeno sluchové rozlišování, vnímání i chápání řeči. Afázie je stav, při kterém jde o narušení či ztrátu už rozvinuté schopnosti porozumění a tvorby řeči. Nejčastější příčinou bývá organické poškození mozku. Rozlišujeme afázii senzorickou (receptivní), při níž postižený nerozumí, ale mluví. Dále motorickou (expresivní) afázii, při níž postižený rozumí, ale nemluví, může se vyskytovat i smíšený druh afázie. Další skupinou poruch řeči jsou nepřesnosti, nesprávnosti a nedostatečná kvalita hlasu. Dyslálie (patlavost) je nejčastější vadou řeči, označuje se jako nesprávná výslovnost. Dysartrie je celková porucha artikulace, doprovází nejčastěji dětskou mozkovou obrnu nebo cévní mozkovou příhodu. Tempo řeči bývá hodně pomalé. Koktavost je porucha plynulosti řeči, většinou zapříčiněná organickým postižením mozku. Projevuje se křečemi svalstva mluvicích orgánů. Je doprovázena například tiky nebo záškuby. Breptavost je emočně rychlá, artikulačně nedbalá a překotná řeč, je špatně srozumitelná, bývá také spojena s drobným postižením mozku. Dorozumívání mluvenou řečí je také ovlivněno některými hlasovými poruchami. Řadíme mezi ně chraplavost (dysfonie). Je způsobena změnami na hlasivkách a někdy může znamenat i ztrátu hlasu (20, 22, 23, 25).

## **1.2 Komunikace sestry s klientem**

### ***1.2.1 Pojetí komunikace***

*„Komunikace je v obecné rovině definována jako sdělení informací nebo vzájemná výměna informací prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků (30, s.81)“.* Vždy, když se uskutečňuje interakce mezi lidmi, dochází k jisté vzájemné komunikaci. Interakce a komunikace jsou základním způsobem uskutečňování mezilidské vzájemnosti. Záměrem komunikace je vyvolat odpověď. Komunikaci tedy nazýváme dějem. Komunikační proces se skládá z pěti základních komunikačních složek. Pokud chceme, aby komunikace probíhala správně, musí komunikační proces obsahovat všech pět složek. Jestliže některá složka chybí, tak komunikace nemusí probíhat správně (8).



První složkou komunikačního procesu je komunikátor (mluvčí). Je to osoba, která nám něco sděluje. Druhou složkou je komunikant (příjemce), je to osoba, která se snaží sdělení přijmout a porozumět mu. Dále je zde sdělení (zpráva) neboli komuniké. Je to zpráva, kterou vysíláme. Velmi důležitou složkou komunikačního procesu je zpětná vazba. Jedná se o zprávu o tom, že informace byla přijata. Příjemce nás informuje o tom, zda zprávě rozumí nebo potřebuje další vysvětlení. Význam sdělovaného může zásadně změnit i poslední složka komunikačního procesu a tou je situační kontext. Jde o situaci a prostředí, ve kterých komunikace probíhá. Situace a prostředí může zásadně změnit význam předávané informace (30, 8, 14).

Prostřednictvím komunikace předáváme informace a informujeme druhého o našem vztahu k němu, sdělujeme mu své pocity a očekávání. Hovoříme s ním o svých hodnotách, motivech, cílech a přáních. Toto vše můžeme vyjádřit pomocí mluveného nebo psaného slova, to je verbální cestou. Informace také sdělujeme neverbálně, to je mimoslovně neboli řečí těla (30).

Součástí profesionálního vybavení sestry je znalost a dovednost komunikace s klientem. Ošetřovatelství klade velký důraz na schopnosti sester v oblasti interakce a komunikace s nemocným (30).

*„Komunikace je dovednost, kterou je nutné neustále rozvíjet, jen musíme chtít, umět a moci ji rozvíjet. (30, s.81)“.*

### **1.2.2 Profesionální komunikace**

Účinná komunikace je základním prvkem všech profesí, jejichž cílem je pomáhat. Patří mezi ně také ošetřovatelství. Správná komunikace formuje vztahy mezi sestrou a klientem, mezi sestrou a ostatními členy zdravotnického týmu a rodinou klienta. Sestra při ní naplňuje roli sestry komunikátorky (13).

V praxi rozlišujeme tři druhy profesionální komunikace. Sociální komunikace je komunikace, při které jde o běžný hovor sestry s klientem. Nemocný člověk má většinou omezené možnosti sociálních kontaktů a potřebuje si s někým popovídat. Většina nemocných vítá rozhovor o běžných věcech. Sestra má možnost v průběhu této komunikace nemocného poznat a vytvořit si prostor pro další komunikaci. Speciální

komunikace je komunikace, při které sestra sděluje nemocnému důležité informace. Motivuje ho k další léčbě a provádí edukaci. V průběhu tohoto druhu komunikace je kladen důraz na srozumitelnost podávaných informací a na zpětnou vazbu. Neměla by zde chybět otázka sestry, zda klient rozumí informací a akceptuje ji. Terapeutická komunikace je komunikace, která probíhá formou rozhovoru s klientem, setra při každodenním kontaktu s nemocným člověkem poskytuje oporu a pomoc. Pomáhá tím nemocnému se vyrovnat s nepříjemnými a závažnými zprávami. Terapeutický rozhovor zvyšuje účinnost léčebných postupů (10, 13, 24).

### **1.2.3 Verbální komunikace sestry s klientem**

*„Verbální komunikací rozumíme dorozumívání se pomocí slov, popř. znakových symbolů (24, s. 19)“.*

Verbální komunikace je podmíněná několika činiteli. Patří mezi ně situační kontext, kterým rozumíme situaci, za které se komunikace uskutečňuje. Komunikace probíhá buď jako jednosměrná, ta se označuje jako monolog. Ten není, ale nemocnými klienty dobře přijímán. Nemocný má většinou potřebu reagovat na sdělení sestry a vyjádřit své potřeby, komunikace potom probíhá formou oboustranné komunikace jako dialog. Další variantou situačního kontextu je masová komunikace, nemocný nemá možnost reagovat na sdělenou informaci. V nemocnici se tato komunikace uskutečňuje formou nemocničního rozhlasu. Komunikaci také ovlivňuje aktuální psychický stav komunikujících. Velkou roli zde hraje například strach a bolest nemocného i osobní starosti sestry. Další činitel, který ovlivňuje komunikaci, je vnitřní dispozice jedince. Do průběhu komunikace se promítá individualita každého z nás. Komunikace je sociální dovednost a tu získáváme prostřednictvím sociálního učení, které probíhá hlavně v rodině. Průběh komunikace je také ovlivněn motivací ke komunikaci. Efektivní komunikace sestry s nemocným klientem při poskytování ošetrovatelské péče předpokládá ochotu komunikovat. Jestliže má sestra zájem o nemocného, chce být s ním, je to základ pro dobrou komunikaci (24, 14).

Správně komunikovat s nemocným neznamena pro sestru pouze volit vhodná slova, ale její verbální projev by měl obsahovat i celou řadu dalších prvků. Patří mezi ně

rychlost řeči, její hlasitost, pomlky v řeči, výška hlasu, přítomnost emocionálních slov, délka projevu a intonace řeči. Tyto prvky označujeme jako paralingvistické projevy, někdy se řadí také do neverbální komunikace (24).

Mezi kritéria úspěšné verbální komunikace patří jednoduchost, stručnost, zřetelnost, vhodné načasování podávané informace a přizpůsobení stylu hovoru stavu nemocného. Tato kritéria úspěšné verbální komunikace naplní sestra tím, že si vždy ověří, zda nemocný porozuměl sdělení. Informace podává stručně, bez oklik. Sestra musí vždy vyjadřovat podstatu věci. Při pochybách může sdělení opakovat. Dává si pozor na dvojsmyslná vyjádření. Hledá vhodnou chvíli na sdělení. Zajistí nemocnému soukromí a klid. Na rozhovor si vždy najde čas. Je nutné, aby se také uměla vcítit do potřeb nemocného, rozpoznat jeho prožívání a sdělení nepříjemných zpráv odložit (24, 30, 16).

#### ***1.2.4 Neverbální komunikace sestry s klientem***

*„Neverbální komunikaci nazýváme někdy řečí těla (30, s. 84)“.* Neverbální komunikace zprostředkuje pocity člověka lépe než slova. Mimoslovně si sdělujeme emoce, pocity, nálady, afekty, dáváme najevo svůj zájem, vytváříme dojem o tom, kdo jsme. Mimoslovně také ovlivňujeme postoj komunikačního partnera, řídíme chod vzájemného styku. Někteří odborníci tvrdí, že téměř 80-90 procent komunikace se uskutečňuje na úrovni neverbální komunikace. Řeč těla bývá považována za upřímnější než verbální projev. Říká se, že to nejdůležitější slyšíme očima, přičemž nesmíme zapomínat, že do komunikace je zapojen i čich a hmat (24, 30).

Důležitou dovedností sestry je vyznat se v řeči těla, umět naslouchat neverbálním projevům u svých klientů. Autorem nejčastějšího dělení neverbální komunikace je Jaro Křivohlavý. Podle tohoto autora má neverbální komunikace následující složky: výraz obličeje-mimika, přiblížení a oddálení - proxemika, dotyk-haptika, fyzický postoj - posturalogie, pohyb - kinetika, gesta, pohledy a úprava zevnějšku. Do neverbálních projevů se také zařazují paralingvistické projevy, které jsou popsány v kapitole o neverbální komunikaci (2,24).

Mimika - jedná se o sdělovací výrazem obličeje. Z výrazu obličeje nemocného může sestra odečíst velké množství emocionálních projevů. Horní polovina obličeje nám sděluje prožitky strachu, úzkosti a bolesti. O těchto pocitech vypovídají převážně zavřené oči a pokrčené čelo. Dolní část obličeje, hlavně okolí úst, může signalizovat uvolnění nebo úsměv a klid. Úsměv sestry při komunikaci s nemocným pomůže navázat kontakt nebo třeba uklidnit nepříjemného nemocného (30).

Vzdálenost - proxemika. Člověk si podvědomě chrání své území. Pokud někdo neznámý překročí jeho osobní zónu, cítí se nesvůj a podvědomě se brání ústupem. Podle vzdálenosti při kontaktu s druhými lidmi rozlišujeme čtyři zóny přiblížení. Intimní zóna je většinou vymezena vzdáleností 30 cm od těla. Do tohoto prostoru si pustíme pouze toho, komu věříme. Bývají to děti, partneři, milenci nebo nejbližší členové rodiny. Osobní zóna odpovídá většinou vzdálenosti 120 cm. Bývá označována jako zóna dotyku, společenských posezení a úředních rozhovorů. Její překročení už většinou vyvolává ústup. Společenská zóna bývá také označována jako sociální nebo pracovní. Je vymezena vzdáleností 120-350 cm. V této vzdálenosti se uskutečňuje pracovní schůzka, úřední jednání, neosobní rozhovory. Tato vzdálenost dává větší subjektivní jistotu a pocit většího bezpečí. Veřejná zóna je vymezena vzdáleností 350-800 cm, slouží k veřejné formě vystupování. Při ošetřování nemocných se sestra často dostává do situace, kdy je nutné překročit osobní a intimní zónu klienta. K tomu, aby nedocházelo ke zbytečnému nedorozumění, je nutné, aby sestra měla základní komunikační dovednosti, upozornila nemocného, že se ho bude dotýkat, hovořila s ním o všem, co mu bude dělat. Konkrétní vzdálenosti u jednotlivých lidí bývají zcela individuální. Například lidi z venkova mají intimní zónu větší než lidé z města. Ženy stojí obvykle blíže než muži, děti jdou blíže než starší. Na osobní vzdálenost má vliv i společenské postavení. Nadřízení se spíše přiblíží víc než podřízení (30).

Postoje - posturitika vyjadřují postoje těla, držení a vzájemnou koordinaci všech částí těla. Tělesný postoj vypovídá o psychickém stavu člověka. Člověk tělesnou polohou dává najevo svému okolí, jak se cítí. Postoj sestry a nemocného by měl být v co největším souladu. Nejlépe se lidé domluví vsedě. Při komunikaci s klientem by se sestra měla snažit o to, aby nad nemocným nestála, aby jejich oči byly ve stejné výši. Ne vždy je to však možné, protože klienti většinou leží na lůžku. V tomto případě

se sestra zaměří pouze na podání nejn nutnějších informací a pro delší rozhovor si k nemocnému sedne. Neměla by si sedat na lůžko pacienta, ale na židli, kterou umístí tak, že se nedívá klientovi přímo do očí (30).

Pantomimika - gestikulace je označována jako mluva, řeč rukou. Řeč rukou je při vzájemné interakci velmi důležitá. Sestra by si při vzájemné komunikaci s nemocným měla uvědomit, že už způsob podání ruky napoví o vztahu jednoho ke druhému. Ruce v kapsách nebo za zády značí to, že netoužíme po kontaktu. Dlaně i paže by měly být vstřícné. Složené ruce na hrudník sdělují váhání a nejistotu. Ruce v bok vypovídají o nadřazenosti. Při ošetřování nemocných by se sestra měla vyvarovat útočných gest, jako jsou například natažený prst, zaťatá pěst. Někteří autoři řadí do této skupiny neverbálních projevů také gesta v obličeji, krku a nohou (30).

Haptika - tělesný kontakt. Jedná se o bezprostřední kontakt s druhým člověkem. Nejčastěji jde o podání ruky. Podání ruky nás informuje o působení tlaku, tepla, chladu, bolesti, vlhkosti, vibracích a chvění. Tělesný kontakt sestry a nemocného se uskutečňuje denně. Vždycky nemusí být příjemný. Pokud se sestra bude nemocného dotýkat, měla by mu to vždy říci (30). „ *Sestra by měla umět pohladit, vzít za ruku, měla by být schopna empatie, která je nezbytná při plnění ošetrovatelské péče (30, s. 86)*“.

Chůze a držení těla – kinetika. Bývá ukazatelem sebehodnocení, momentální nálady a zdraví. Pokud se člověk cítí dobře, většinou stojí vzpřímeně a jeho krok je jistý. Naopak shrbený postoj a pomalá chůze upozorní na sklíčenost a nemoc. Rychlá a neuvolněná chůze, napjatý postoj prozrazuje strach a hněv (30).

Pohledy - vyjadřujeme jimi sdělení pohledem. Pohled je většinou úplně prvním prostředkem navázání kontaktu mezi lidmi. Pokud se sestra pozorně dívá, může u nemocného rozpozorovat třeba strach, bolest, nejistotu a nezáměr. Sestra by se při ošetřování nemocných měla vyvarovat nepříjemným dlouhým pohledům a pohledům vzhůru, které mohou znamenat opovržení. Nikdy by své klienty neměla přehlížet (30).

Do oblasti neverbální komunikace můžeme v širším slova smyslu zařadit i úpravu zevnějšku jednotlivce a úpravu prostředí. K osobní pohodě významně přispívá také oblečení, osobní čistota, upravené lůžko, alespoň minimální soukromí a čistý vzduch ( 11, 14, 22, 26 ).

### ***1.2.5 Překážky v komunikaci mezi sestrou a klientem***

V průběhu interakce a komunikace mezi sestrou a nemocným mohou často vzniknout nejrůznější komunikační překážky. Tyto překážky můžeme rozdělit na překážky všeobecné a specifické. Překážky mohou vzniknout u obou účastníků komunikačního procesu. Překážky je třeba minimalizovat a to hlavně ty, které vznikají na straně sestry (14).

Mezi nejčastější všeobecné překážky ze strany sestry i nemocného patří rušivé vlivy z vnějšího prostředí, slabý hlas komunikujících, rychlý a nesrozumitelný projev, neznalost jazyka, předání velkého množství informací, neshoda v chápání obsahu sdělení, emoční rozrušení, bolest a únava. Správné komunikaci dále brání nepravdivé podání informací, unikání od tématu, manipulace, vysmívání se a také to, když každý hovoří o něčem jiném (14).

Specifické překážky můžeme rozdělit na překážky ze strany nemocného a sestry. V ošetrovatelské praxi se nejčastěji vyskytují na straně sestry následující překážky. Často se setkáváme s tím, že sestra nemá na klienta čas, není ochotná ho vyslechnout, odbíhá od tématu, nutí nemocnému vlastní názory na léčbu, používá různé fráze a klišé, zatěžuje nemocného svými problémy (29, 14).

Vážnou překážkou komunikace je také bezobsažná komunikace. U nemocného vyvolává oprávněný dojem, že o něj sestra nemá zájem, nerozumí mu a nesnaží se ho pochopit. Jestliže nemocný vycítí tento nezáměr, může se stát, že bude lhostejný, uzavřený a přestane spolupracovat. Výroky - to bude určitě dobré, starosti hodíte za hlavu, od toho tu jsme my, co to povídáte za nesmysly, utvrdí nemocného v tom, že je sestra pasivní a nemá o něho zájem (14).

Jak již bylo uvedeno, specifické překážky v komunikaci vidíme i u nemocných. Z literatury se dovídáme, že většina nemocných chce komunikovat. Jen asi 10 až 20 % klientů není schopno komunikace nebo s ní má problémy. V ošetrovatelské praxi se většinou setkáváme s následujícími situacemi, při kterých komunikace neprobíhá správně. První situace nastává tehdy, jestliže nemocný neumí komunikovat. Jsou to většinou cizinci nebo lidé s nízkou mírou komunikačních schopností. Častěji se setkáváme s tím, že nemocný nechce komunikovat. Jeho důvody bývají následující.

Nemocný prožívá strach, úzkost, depresi, apatii, nedůvěřuje sestře, nedovede se přizpůsobit vzniklé situaci, má bolesti, je unavený, nesprávně vyslovuje nebo je příliš sebevědomý a negativistický. Někteří nemocní, ale nemohou komunikovat, protože jim to onemocnění nedovolí. Bývají to např. nemocní s afázií, nemocní s onemocněním hrtanu, hluchí nemocní, dementní nemocní, nemocní s intubací a nemocní s poruchami vědomí (14, 30).

### ***1.2.6 Zásady efektivní komunikace sestry s klientem***

*„Pacient a ten, kdo ho ošetřuje, jsou ve vzájemné interakci a komunikace je druh péče (24, s. 25)“.* Z profesního pohledu je důležité, aby si sestra osvojila speciální verbální znalosti a dovednosti a aby je pak uplatňovala při komunikaci s nemocným. Rozhovor by sestra měla začínat pozdravem a přivítáním. Klienta musíme vždy oslovovat jménem, nechat ho vypovídat, aktivně, pozorně a zaujatě naslouchat. Při rozhovoru by se sestra měla vyvarovat skákání do řeči, adekvátně používat neverbální projevy, nepoužívat odbornou terminologii bez vysvětlení a slangové výrazy. Důležité je ubezpečení klienta o tom, že získané informace nezneužije. Rozhovor s klientem by měl být veden jako nedirektivní. Nedirektivní vedení rozhovoru patří k základním dovednostem sestry, které by měla uplatňovat při komunikaci s nemocným. Je to technika, která vychází ze zásad psychoterapie. Mezi základní principy vedení nedirektivního rozhovoru patří nedirektivita, empatie a emoční blízkost. Nedirektivita, kterou sestra uplatňuje při vedení rozhovoru, spočívá v tom, že sestra nemá převahu nad nemocným, nechá ho vypovídat, nenabízí řešení, neradí. Empatie je vcítění se do pocitů a situace druhého člověka. Umožní sestře předpokládat, jak bude nemocný reagovat. Profesionálně vystupující sestra si všímá situace, ve které se nemocný nachází, zvažuje okolnosti, další vývoj nemoci a její důsledky pro klienta. Emoční blízkostí se rozumí to, že sestra dovede dát najevo zájem o situaci nemocného. Hovoří s ním i o jiných tématech, než je nemoc. Zajímá se o jeho rodinu, práci a zájmy. Nedirektivní vedení rozhovoru může sestra využít v situacích, které jsou pro nemocného i pro ni emočně silné a jednoznačně nemůže podat odpověď. Takových situací vzniká při ošetřování nemocných mnoho (15, 16, 24).

Další z možností efektivní komunikace je využití technik aktivního naslouchání. Aktivní naslouchání je stav, kdy sestra poslouchá klienta, snaží se mu porozumět. Aktivní naslouchání je považováno za nejdůležitější součást rozhovoru sestry s klientem. Sestra aktivně poskytuje odezvu na sdělení klienta, soustředěně vnímá a dává najevo, že porozuměla informaci, reaguje zpětnou vazbou, odpovídá na otázky, nepřejímá odpovědnost, neřeší problémy a neradí. Aktivní naslouchání má tři fáze. V první fázi, která se nazývá identifikace emocí, se sestra často setkává s klientem, který se může chovat nepředvídatelně, zkratkovitě. Většinou pouze naznačuje své potíže. V druhé fázi naslouchání sestra vyslechne všechna fakta, nechá nemocného volně hovořit, pozorně poslouchá. Ve třetí fázi by mělo dojít k nalezení řešení, nemocný ho hledá sám, sestra mu žádné řešení nenutí, pouze předkládá možnosti. Pokud nemocný najde řešení sám, může mu to zvýšit sebedůvěru. V průběhu aktivního naslouchání sestra používá techniky aktivního naslouchání (Příloha 4), (14, 21, 26, 28).

### **1.3 Komunikace s handicapovaným klientem**

#### ***1.3.1 Obecné pojetí komunikace s handicapovaným klientem***

Mezi příznaky jednotlivých druhů handicapů patří také určité obtíže s komunikací. Mnohdy jsou tyto potíže s komunikací větší než ty, které představuje vada či porucha. Jak již bylo uvedeno v kapitole o komunikaci, je právě správná komunikace jedním z předpokladů úspěšné socializace každého jedince. Komunikační obtíže bývají pro jedince s handicapem v rámci běžné společnosti většinou hodně stigmatizující. „*Tato stigmatizace (znamení, označení, cejch s víceméně negativním významem) je skutečnou příčinou handicapu člověka, nikoli jeho vada či porucha (22, s. 25)*“. Zábrany v komunikaci nepostižených lidí s jedinci s handicapem velice často pramení ze zásadního problému, a tím je neinformovanost o lidech s handicapem. S kvalitní informovaností se obvykle zmenšuje strach a ostych. Jedinci, kteří už o konkrétním postižení vědí, nemají většinou problém se setkat s handicapovaným člověkem. Proto je důležité, aby sestra při komunikaci s klienty s handicapem využívala



nejen standardních komunikačních technik a dovedností, ale dovedla využít také některé specifické znalosti a dovednosti z komunikace s handicapovanými (22).

Podobně jako při realizaci ošetrovatelského procesu, tak i v komunikačním procesu musí sestra provést určité kroky, které vedou k úspěšné komunikaci s handicapovaným klientem. Při prvním setkání s tímto klientem by si sestra měla uvědomit, o jaký typ postižení se jedná, zhodnotit stupeň komunikace, uvědomit si zvláštnosti v neverbálních projevech a stylu komunikace klienta. V rámci diagnostiky komunikačních problémů potom stanoví ošetrovatelskou diagnózu - zhoršená verbální komunikace - 00051. Po stanovení problému společně s klientem stanoví cíle a naplánuje způsob komunikace. V rámci hodnocení komunikačních aktivit se vyhodnocuje nejen komunikace klienta, ale i komunikace sestry (13, 14, 18).

### ***1.3.2 Komunikace sestry se zrakově handicapovaným klientem***

Při komunikaci se zrakově handicapovanými klienty by si sestra měla uvědomit, že existují určité komunikační zvláštnosti těchto jedinců. Objevují se u nich častěji řečové vady, jejichž příčinou je omezená schopnost učení a zpětné kontroly artikulace, pomocí zrakového odezírání. Zrakově postižení někdy používají nesprávné pojmy, protože si o nich nedovedou udělat představu. Dělají často také gramatické chyby. Při interpersonální komunikaci jim chybí zrakový kontakt, což má za následek to, že se během rozhovoru odklánějí, často se otáčejí za zvukovými podněty a věnují se při rozhovoru jiným činnostem. Zrakově postižený neregistruje mimiku, gesta ani pozici partnera, takže na ně ani nereaguje. Sestra by při komunikaci se zrakově handicapovanými měla vycházet z toho, že klient nezná místo, kde se nachází, že nečekané a nepříjemné zvuky vnímá většinou jako nebezpečí, protože neví, odkud pochází. Tudíž se potřebuje se vším podrobně seznámit (17, 22).

Při ošetrování slabozrakých nemocných, kteří využívají svůj zrak alespoň částečně a používají korekční a kompenzační pomůcky, by si sestra měla uvědomit, že i u těchto pacientů, kteří sice mají zachované zbytky zraku, je třeba na sebe upozornit při pozdravu lehkým dotykem nejlépe na předloktí, na rameno a ruku, aby nemocný poznal, že hovoříme přímo s ním. Při rozhovoru s nemocným by měla sestra stát tak,

aby světlo dopadalo na její tvář, aby klient mohl sledovat její mimiku. Na klienta by ale přímé světlo naopak dopadat nemělo. Pokud se bude sestra dorozumívat pomocí písemné komunikace, měla by využít silných kontrastů, psát velkým písmem a tiskací. Je dobré, pokud to jde, nechat klienta vzít předměty do ruky, aby je poznal hmatem. Samozřejmostí je poskytnutí dostatku času a nabídnutí pomoci (9, 17, 22).

Při ošetřování nevidomého člověka by měla sestra jako první oslovit klienta, aby věděl, že je u něho. Neměl by chybět ani lehký dotek na předloktí. Postup by nikdy neměl být obrácený, protože klienta většinou vyleká a tím je mnohdy narušená atmosféra setkání. Sestra nesmí zapomenout na oslovení klienta a představení se. Nevyhýbá se ani podání ruky. Pokud s klientem přichází doprovod, sestra neoslovuje doprovod, ale přímo klienta. Od prvního kontaktu s klientem by měla všechny svoje činnosti popisovat a upozornit na to, že se bude klienta dotýkat. Upozorní i na osoby, které se nacházejí v místnosti, a to do detailu. Při rozhovoru by sestra měla stát čelem, neotáčet se, protože i toto klient vnímá. Nevidomý klient také dobře vnímá paralingvistické projevy řeči. Umí odezírat z hlasu úsměv, nervozitu, nezájem a nesoustředěnost. Sestra nesmí zapomínat na to, že nejdůležitějším smyslem pro nevidomé je sluch, a proto je nutné snížit hluk v místnosti a v okolí na minimum. Upozorní nemocného na chod přístrojů, které vydávají nějaké zvuky. Sestra nedělá činnosti automaticky za nemocného, ale vždy nabídne pomoc a zeptá se, jak to udělat s pomocí při sebepěči. Vše, co přemístí, vždy nemocnému oznámí. Informuje klienta o uložení jeho osobních věcí, aby je mohl sám najít, nezapomene klientovi vysvětlit, kde se nachází komunikační zařízení. Při podání jídla je cennou pomocí, když se sestra domluví s klientem na způsobu popisu jídla na talíři. Jedním ze způsobů popisu může být rozmístění jídla podle ciferníku hodin. Při uspořádání nábytku v pokoji nemocného dbá na jeho bezpečnost. K základním dovednostem sestry by mělo také patřit doprovázení nevidomého nemocného. Nejvhodnější způsob je ten, kdy se nevidomý zavěsí za loket nebo rameno sestry. Sestra jde 1-2 kroky před ním. Výběr strany je na nevidomém. Sestra jde ale vždy na straně překážky. Nikdy nevidomého nechytá za hůl, nestrká ho před sebou a nevtlačí za rukáv. Při posazování položí sestra ruku klienta na židli nebo na lůžko. Při rozhovoru nepoužívá slova tam, tady, opatrně a pozor. Při setkání se zřetelně handicapovanými klienty by se sestra měla odpoutat od zkrácených

představ o tom, že s lidé tímto handicapem jsou ochuzeni o všechny zrakové vjemy, že nerozlišují světlo a tmu, nedokáží vnímat barevnost a pestrost a že jim nezáleží na oděvu, účesu a estetice tváře. To, že vypadají dobře, je pro ně důležité a pomocí hmatových a sluchových vjemů to dovedou ocenit i u druhých lidí. Nemusí se tedy vyhýbat slovům podívejte a uvidíme (3, 4, 17, 19, 22,).

### ***1.3.3 Komunikace sestry se sluchově handicapovaným klientem***

Při komunikaci se sluchově handicapovanými klienty by si sestra měla uvědomit, že je nutné u těchto klientů tolerovat nesprávnou výslovnost hlásek, která je zapříčiněna chybějící zpětnou vazbou. Měla by vědět, že sluchově handicapovaný klient má menší slovní zásobu. Sestru by neměly překvapit ani neartikulované zvuky při používání znakové řeči a nekontrolovatelný hlasový projev klienta při rozčlenění nebo jiném citovém vzplanutí. Sluchově handicapovaný klient bývá většinou plachý, neprůbojný a mívá snížené sebevědomí (22).

Při komunikaci se sluchově handicapovanými klienty by si sestra měla vždy zhodnotit hloubku a typ sluchové vady, kterou klient má. Nedoslýchavý člověk obvykle komunikuje běžnou řečí, i když má s komunikací určité obtíže, dovede je zvládnout. U těžce nedoslýchavých a neslyšících je to komplikovanější. Tito lidé většinou používají vlastní komunikační jazyk. Pokud k dovednostem sestry patří znalost znakového jazyka a prstové abecedy má sestra výhodu při komunikaci s klientem, kterého ošetřuje. Sluchově handicapovaní klienti, kteří komunikují běžnou řečí, jsou závislí především na odezírání z úst komunikačního partnera. Jde pro ně o velice náročnou aktivitu. Sestra může klientovi ulehčit odezírání tím, že mu zajistí vhodné podmínky pro tento typ komunikace. Proto by každá sestra měla znát pravidla efektivního odezírání. Na počátku komunikace je třeba se klienta dotknout, aby věděl, že s ním chce komunikovat. Komunikační vzdálenost by měla být v rozmezí 0,5 - 4 m. Neslyšící většinou udržuje větší odstup, aby mohl lépe odezírat. Nedoslýchavý jde většinou blíže ke komunikujícímu, aby mohl využít zbytky sluchu. Sestra a klient na sebe musí dobře vidět. Nejlépe je, když oba zaujmají stejný postoj buď ve stoje, nebo v sedě. Pokud to nejde vždy zajistit, tak by odezírající měl být níže. V místnosti by

mělo být dostatečné světlo. Řeč sestry by měla být pomalejší, sdělení jasné a srozumitelné. Verbální projev je vhodné doplnit přiměřenou a odpovídající artikulací. Sestra by si neměla zakrývat ústa nebo třeba žvýkat. Důležité je ověřit si, zda klient sdělení rozumí. Sestra také nesmí zapomínat na to, že pozornost odezírajícího klesá tak za 20 - 25 minut a účinnost odezírání potom klesá. Efektivní komunikaci se sluchově handicapovanými klienty narušuje také hluk, který je v místnosti nebo vibrace, které vydávají některé přístroje. Vibrace jsou velmi nepříjemné pro klienty, kteří mají naslouchadlo. Zcela ztracený je sluchově handicapovaný klient, když sestra nehovoří přímo s ním, ale třeba s lékařem, přesto že je informace určena klientovi. Neslyšící vnímá špatně také to, když je rozhovor veden s jeho doprovodem a ne s ním. Sestra může použít při komunikaci i písemnou formu, ale měla by si také uvědomit, že ne všichni neslyšící se dorozumívají písemně, protože znakový jazyk je zcela odlišný od klasického českého jazyka (3, 5, 9, 17, 21, 22).

#### ***1.3.4 Komunikace sestry s tělesně handicapovaným klientem***

Tělesná znevýhodnění, pokud nejsou v důsledku neurologického onemocnění postižena také řečová centra, většinou nebývají sama o sobě překážkou komunikace. Největší komunikační bariérou u těchto jedinců bývá změna jejich sebehodnocení a sebekoncepcie v důsledku postižení. Přístup sestry k tělesně handicapovaným klientům by měl být citlivý a empatický. Sestra by klienta neměla nikdy litovat, protože to většinou lidé s handicapem považují za ponižující. Nepředpokládat automaticky mentální deficit. Hlavně klienti, kteří se už vyrovnali se svým postižením, to vnímají negativně. Základem efektivních komunikačních dovedností sestry je zmapování všech potřeb klienta a zjištění rozsahu sebezpečí například pomocí různých testů. Sestra by se vždy měla domluvit s tělesně handicapovaným klientem na tom, co klient zvládne a jak mu může pomoci. Měla by respektovat jeho návyky a postupy při péči. Je důležité, aby se také seznámila s obsluhou jeho kompenzačních pomůcek. Tělesně handicapovaní klienti přicházejí často do zdravotnického zařízení na vozíku. Sestra by si měla uvědomit odlišnost jejich pozice. Při komunikaci by se k nim měla sklánět, při delším rozhovoru se posadit. Pokud je to možné měla by tlačit vozík jednou rukou a jít

vedle klienta. Klient se pak nemusí neustále otáčet dozadu a zaklánět hlavu, což je pro něj nepohodlné a bolestivé. Chybou je také, když se sestra opírá o vozík. Mezi nejčastější chyby při komunikaci s osobami s tělesným handicapem patří to, že sestra při komunikaci stojí nad nemocným, nedodrhuje optimální horizontální úroveň očního kontaktu a sedá si na lůžko bez jeho dovolení. Sestra by nikdy neměla zdůrazňovat nešikovnost klienta a jeho případnou pomalost. Pokud klienta doprovází asistenční pes, sestra by ho neměla rušit při práci. Neměla by na něho volat a hladit ho bez dovolení (9, 21, 22).

### ***1.3.5 Komunikace sestry s klientem s mentálním handicapem***

Při ošetřování klienta s mentální retardací je nezbytné, aby sestra znala mentální věk svého klienta a jeho aktuální psychický stav. Klienti s mentální retardací mají snížené rozumové a intelektové schopnosti, změnu v poznávacích a rozlišovacích schopnostech a odlišují se i v sociální interakci. Jinak vyjadřují své požadavky a také jinak přijímají doporučení a zpracovávají informace. Při ošetřování a komunikaci klientů s mentální retardací by měla sestra vycházet z potřeb klienta. Potřeby a způsob jejich uspokojování by si sestra měla zjistit od nejbližší osoby klienta, která ho dobře zná. Měla by znát míru soběstačnosti a sebeobsluhy, zvyklosti, denní režim, oslovení, oblíbené činnosti a předměty jako například hračky. Tato anamnéza by neměla být zjišťována v přítomnosti klienta. Důležitým faktorem v komunikaci s mentálně retardovaným je oslovení. Někteří autoři uvádějí, že není vhodné dospělé osobě tykat, jiní naopak upřednostňují tykání jako prostředek k navázání bližšího kontaktu. Dále také uvádějí, že žádné zobecňující pravidlo neexistuje a je třeba brát v úvahu individuální zvláštnosti klienta. Doporučují třeba používat i zdrobnělinu jména, na kterou je klient zvyklý. Při osobním kontaktu je důležité, aby sestra hovořila přímo s klientem, byla tolerantní a trpělivá, přizpůsobila pojmosloví schopnostem a dovednostem klienta. Řeč by měla být pomalejší. Důležité je, aby si sestra zjistila, zda klient informaci rozumí. Klienti často trvají na svých názorech, sestra by se s nimi neměla dohadovat o jejich správnosti, ale měla by vědět, že je dobré odvést pozornost k jiné činnosti a tím postoupit v komunikaci dále. Při jednání s mentálně handicapem klienty by se měla

sestra vyvarovat nepřírozeným neverbálním projevům, nedodržování očního kontaktu, zesměšňování a používání abstraktních pojmů, jako jsou například brzy, zítra, nikdy. Tyto pojmy vyvolávají často nejistotu a jsou zdrojem nepochopení. Neměla by klientovi slibovat, co nemůže splnit, protože potom ztrácí jeho důvěru. S klientem s mentální retardací se sestře bude lépe komunikovat, když dodrží pravidelný režim klienta a všichni členové ošetrovatelského týmu budou postupovat při ošetřování klienta jednotně (9, 21, 22).

Při komunikaci a ošetřování klienta s demencí si sestra musí zhodnotit úroveň komunikace a stupeň demence pomocí MMSE testu (Příloha 5). Výpadky slov v průběhu hovoru, zmatená sdělení a další výkyvy pomůže klientovi kompenzovat tím, že mu nabídne vhodné slovo a společně hledají význam sdělení. Musí být trpělivá, nesmí spěchat, protože vyjadřovací schopnosti klienta mohou být pomalejší. Měla by používat jednoduché věty a vyjadřovat se konkrétně. Sestra musí také počítat s tím, že někdy může být klient velice nepříjemný, agresivní a bude ji třeba i obviňovat. V takovém případě musí zachovat klid a profesionální přístup. V těžších případech demence by sestra měla vědět, že musí při dorozumění s klientem použít třeba obrázky, piktogramy a nebo klientovi ukázat pomůcky názorně (3, 21).

### ***1.3.6 Komunikace sestry s klientem s poruchami řeči***

Efektivní komunikace sestry s klientem s poruchou řeči předpokládá, že sestra má základní vědomosti o postižení řeči klienta, o tom, jak komunikovat při jednotlivých poruchách řeči klienta, protože zásady komunikace se při nich liší. Komunikace s klientem se senzorickou (receptivní) afázií vychází z toho, že i když klient při této poruše mluví, tak není schopen porozumět mluvené řeči. Sestra by s ním měla hovořit pomalejším tempem, stát před klientem, mluvit klidně, srozumitelně v krátkých větách a doplnit komunikaci o to, že mu názorně ukáže předměty, názorně objasní určitou situaci nebo použije obrázek. Pokud je nemocný schopen psát, je možné ke komunikaci využít písemnou formu vyjádření. Při expresivní (motorické) afázii klient není schopen mluvit, ale rozumí nám. Sestra na klienta mluví pomalu, srozumitelně, myšlenku formuluje, do krátkých vět, stojí před nemocným, aby mohl odezírat. Může využít

i písemnou formu komunikace. Používá uzavřené otázky, na které klient odpovídá souhlasným přitakáváním nebo odmítavým zavrtěním hlavou. Dá klientovi možnost, aby ukázal, co potřebuje. Velice obtížná je komunikace s klientem, který trpí smíšeným typem afázie. Sestra musí být trpělivá a vstřícná k projevům klienta. Rozhovor nesmí být dlouhý a náročný, protože člověk, který je postižený afázií, se snadno unaví. Pokud sestra komunikuje s klientem, který je postižený koktavostí, měla by pro rozhovor vytvořit klidné prostředí, bez rušných vlivů, nenutit klienta k vyjadřování se před ostatními, poskytnout dostatek času, nedokončovat věty za klienta a nijak rozhovor neurychlovat. Neprofesionální je chtít výrazy opakovat bez koktání, napodobovat handicapovaného, litovat ho a vzdychat, když se nemůže vyjádřit rychle a plynule. V některých případech se obtíže s koktavostí podaří zmírnit, když klient udrží rytmizaci nebo recituje a zpívá. Někdy klientovi pomůže, když při rozhovoru provádí některé rytmické uvolňující pohyby a gesta. Sestra by se nad těmito zvyklostmi neměla pozastavovat, měla by je respektovat. Při komunikaci s klientem, který trpí breptavostí a jeho řeč přestane být srozumitelná, stačí, když sestra klienta taktně upozorní, že mu nerozumí a požádá ho o pomalejší tempo vyjadřování. Pokud se jedná o klienty, kteří trpí poruchou výslovnosti, platí zde zásada, že by je sestra neměla opravovat. Jestliže klientovi nerozumí, tak ho požádá o zopakování. Nesprávná výslovnost klienta nesmí vzbudit výsměch u sestry (3, 17, 22).

## **2 CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 Cíle práce**

Cíl 1: Zjistit znalosti sester v komunikaci s handicapovanými klienty při poskytování ošetrovatelské péče ve zdravotnických zařízeních.

Cíl 2: Zmapovat dovednosti sester v komunikaci s handicapovanými klienty při poskytování ošetrovatelské péče.

### **2.2 Hypotézy**

Hypotéza H1: Sestry nemají znalosti v komunikaci s handicapovanými klienty při poskytování ošetrovatelské péče.

Hypotéza H2: Sestry mají nejvíce znalostí v komunikaci se sluchově handicapovanými klienty při poskytování ošetrovatelské péče.

### **2.3 Výzkumné otázky**

Výzkumná otázka 1. Uplatňují sestry zásady komunikace s handicapovanými klienty při poskytování ošetrovatelské péče?

Výzkumná otázka 2. Jak hodnotí handicapovaní klienti komunikaci sester při poskytování ošetrovatelské péče?



## **3 METODIKA**

### **3.1 Použité metody**

Ve výzkumné části bakalářské práce bylo použito kvantitativního a kvalitativního šetření. Pro kvantitativní část výzkumného šetření byla použita metoda dotazníkového šetření určeného sestřám. Dotazník byl vyplněn anonymně. Dotazník obsahoval celkem 30 otázek (Příloha 6). Otázky v dotazníku byly otevřené, uzavřené a polouzavřené. Okruhy otázek byly formulovány podle jednotlivých typů handicapů. Dotazník byl zaměřen na zjištění znalostí sester v komunikaci s handicapovanými klienty. Získaná data byla vyhodnocena pomocí grafů.

Pro kvalitativní část výzkumného šetření byla použita metoda nestandardizovaného rozhovoru s handicapovanými klienty. Pro rozhovor byly připraveny rámcové otázky (Příloha 7). Otázky se lišily podle druhu handicapu klienta. Odpovědi byly anonymně zaznamenávány. Rozhovory byly vyhodnoceny pomocí kategorizačních tabulek. Rozhovor byl určen ke zjištění dovedností sester v komunikaci s handicapovanými klienty.

Výzkumné šetření pro kvantitativní výzkum probíhalo v únoru 2011 a výzkumné šetření pro kvalitativní výzkum bylo uskutečněno v březnu 2011.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Jako výzkumný soubor kvantitativního šetření byly zvoleny sestry pracující ve zdravotnických zařízeních v Českých Budějovicích, které byly osloveny osobně. Dále byl také dotazník rozeslán sestřám internetovou cestou. Celkem bylo osloveno 150 sester. Z celkového počtu rozdaných dotazníků se jich vrátilo 121. Pro výzkumné šetření jich bylo použito 102. 19 dotazníků bylo vyřazeno pro neúplné vyplnění.

Výzkumný vzorek pro kvalitativní výzkumné šetření tvořilo 10 respondentů. Respondenty byli klienti zdravotnických zařízení v Českých Budějovicích, rodinní příslušníci a přátelé. 2 respondenti měli zrakový handicap, 2 respondenti byli sluchově handicapovaní, 2 respondenti byli tělesně handicapovaní, 2 trpěli poruchou řeči

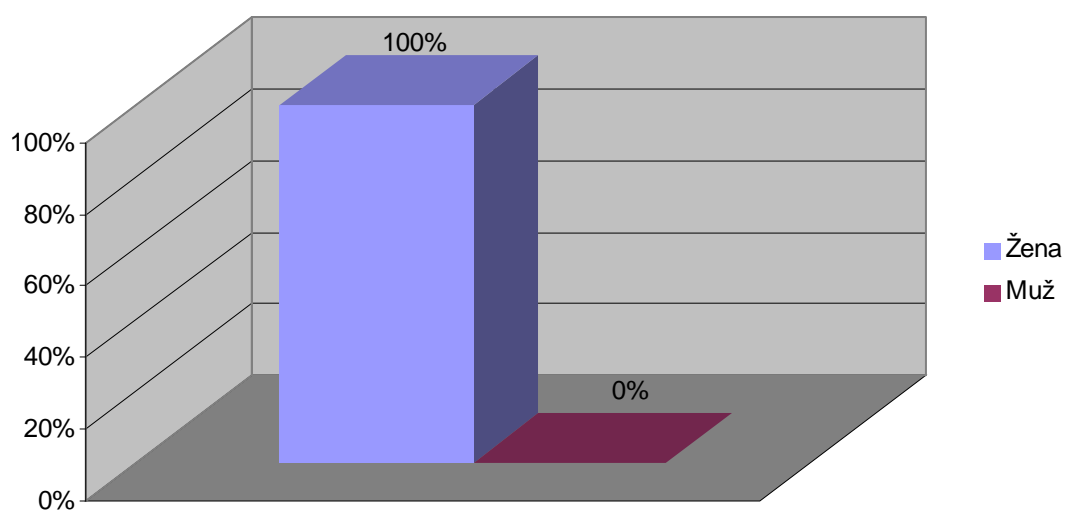
a 2 měli mentální postižení. U klientů s mentálním postižením byli u rozhovoru přítomní jejich příbuzní, kteří odpovídali společně s nimi. Všichni dotazovaní respondenti byli seznámeni s tím, že jejich výpovědi budou použity pouze k této práci a nebudou nijak zneužity.

## 4 VÝSLEDKY

### 4.1 Grafické výsledky kvantitativního výzkumu

Graf 1 Pohlaví respondentů

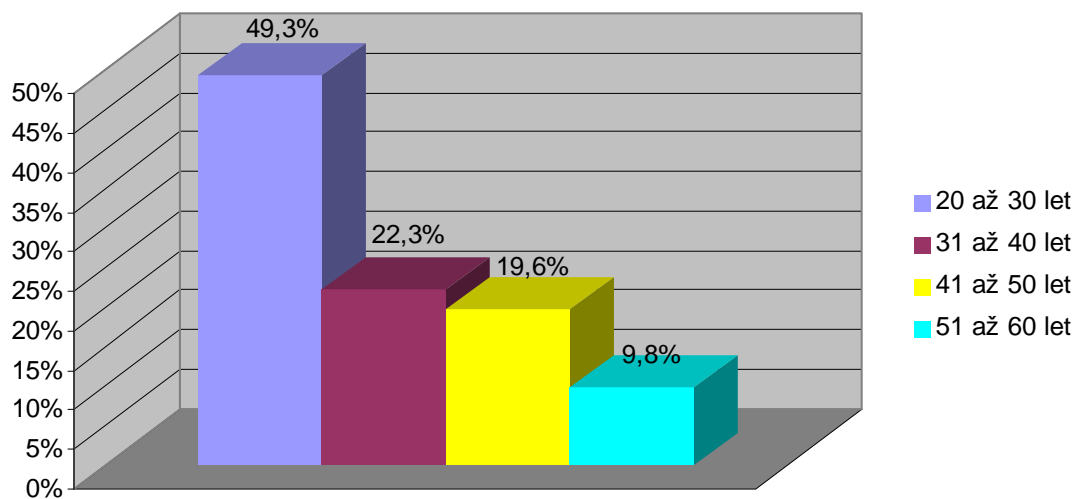
(graf k otázce č. 1)



Graf informuje o pohlaví dotazovaných respondentů, z celkového počtu 102 bylo žen 102 (100%) a 0 (0%) mužů.

Graf 2 Věkové kategorie sester

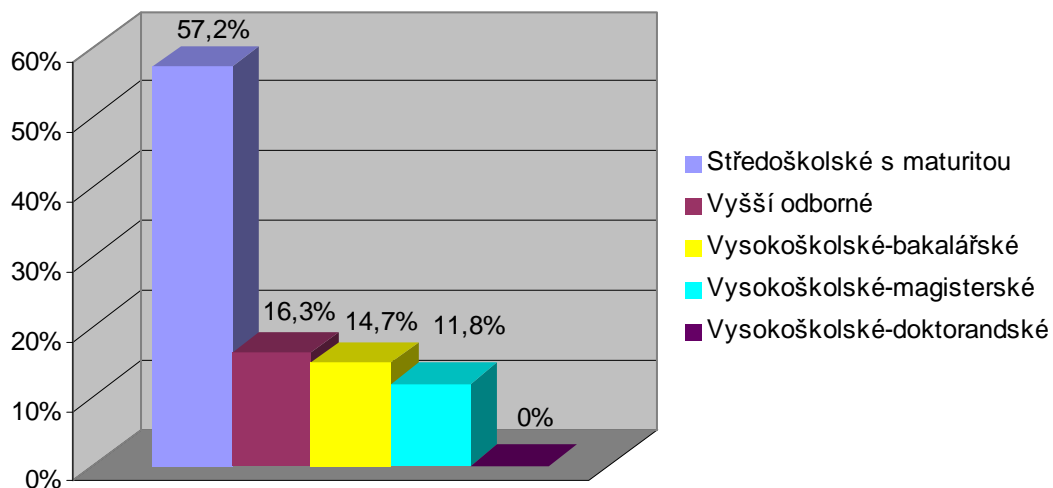
(graf k otázce č. 2)



Graf ukazuje věkové kategorie dotazovaných sester, ve věku 20 až 30 let bylo 49 (49,3% sester), 23 sester (22,3%) bylo ve věku 31 až 40 let, ve věku 41 až 50 let bylo 20 (19,6%) sester, věkovou kategorii 51 až 60 let tvořilo 10 (9,8%) sester.

Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání sester

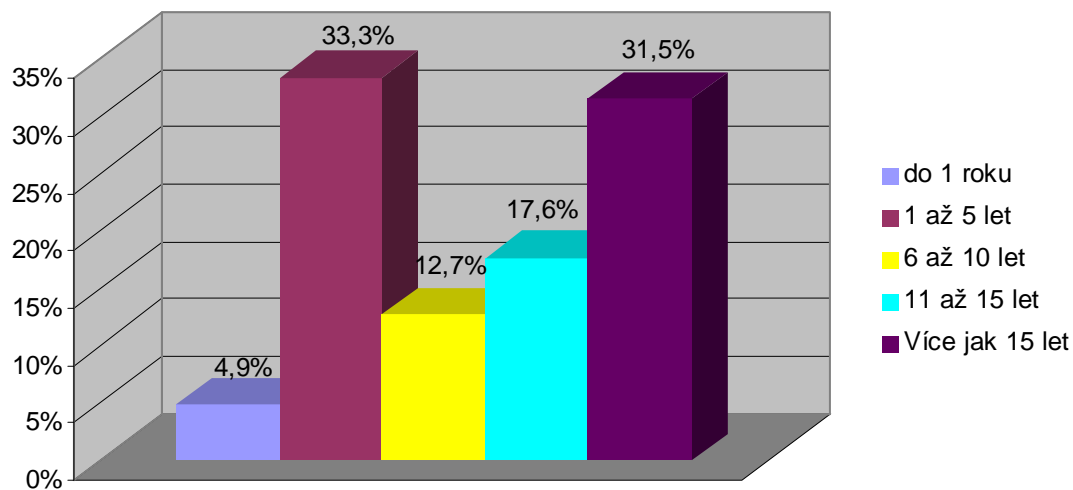
(graf k otázce č. 3)



Graf vypovídá o nejvyšším dosaženém vzdělání dotazovaných sester, středoškolské vzdělání s maturitou má 58 (57,2%) sester, vyšší odborné 17 (16,3%) sester, vysokoškolské - bakalářské 15 (14,7%) sester, vysokoškolské – magisterské 12 (11,8%) sester a vysokoškolské - doktorandské vzdělání 0 (0%) sester.

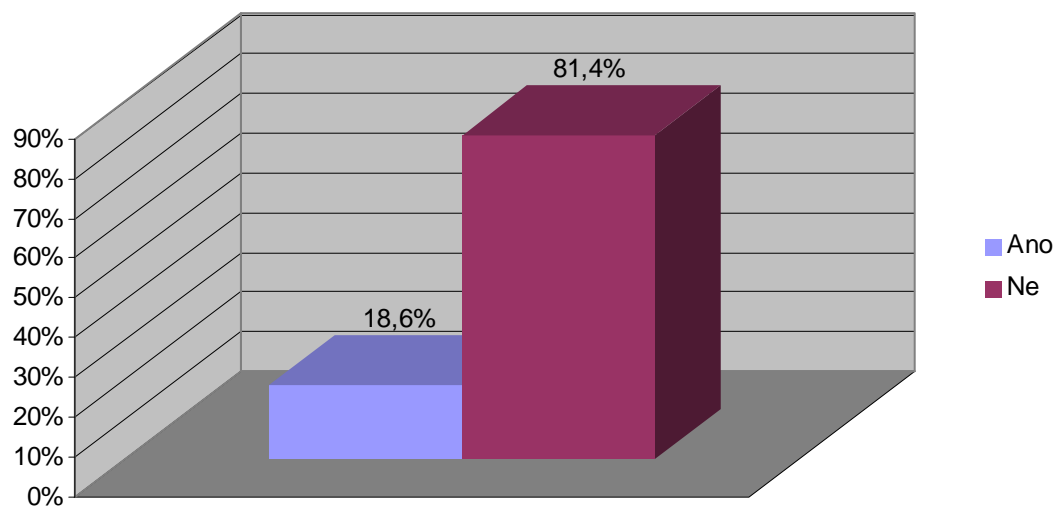
Graf 4 Délka praxe sester

(graf k otázce č. 4)



V grafu je uváděna délka praxe dotazovaných sester, délka praxe u 5 (4,9%) sester je do 1 roku, 1rok až 5 let pracuje 34 (33,3%) sester, 6 až 10 let vykonává praxi 13 (12,7%) sester, 11 až 15 let 18 (17,6%) sester a více jak 15 let vykonává praxi 32 (31,5%) sester.

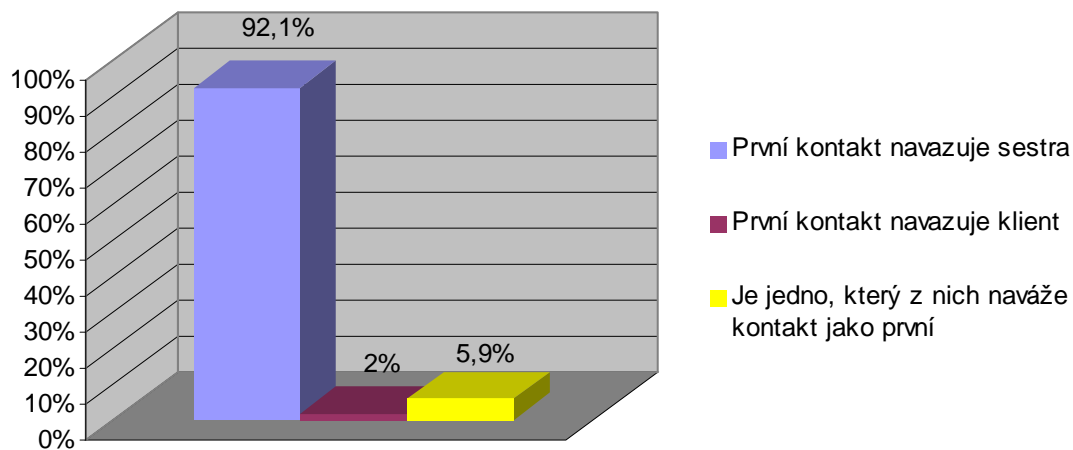
Graf 5 Absolvování kurzu se zaměřením na komunikaci s handicapovaným klientem  
(graf k otázce č. 5)



Graf ukazuje, kolik z dotazovaných sester absolvovalo kurz, který byl zaměřený na komunikaci s handicapovaným klientem. Tento kurz absolvovalo 19 (18,6%) sester a 83 (81,4%) sester nikdy žádný kurz se zaměřeným na komunikaci s handicapovaným klientem neabsolvovalo.

Graf 6 Setkání sestry se zrakově handicapovaným klientem

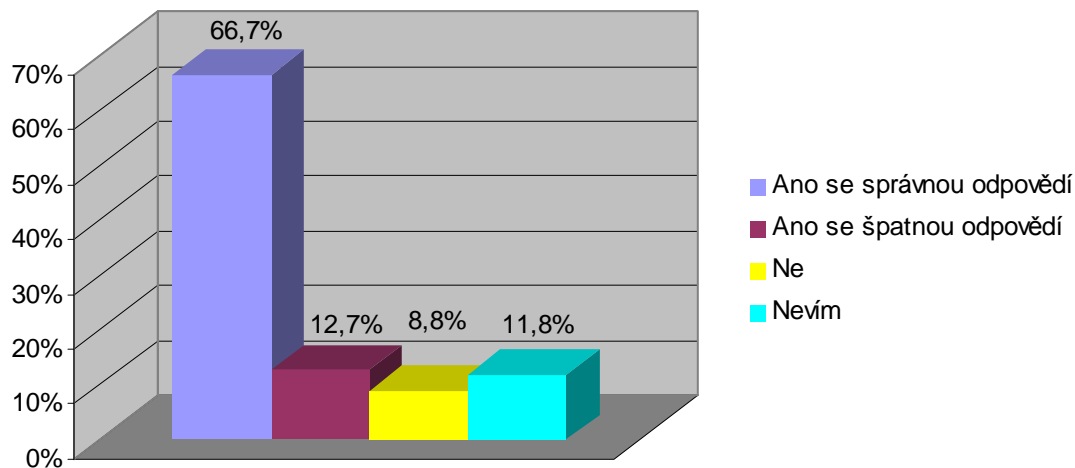
(graf k otázce č. 6)



Graf odpovídá na otázku, kdo by měl při setkání sestry se zrakově handicapovaným klientem začít s navazováním kontaktu. Z dotazovaných sester odpovědělo 94 ( 92,1%), že první kontakt navazuje sestra, 2 (2%) sestry označily odpověď, že první kontakt navazuje klient a 6 (5,9%) sester se domnívá, že je jedno kdo z nich naváže kontakt jako první.



Graf 7 Způsob navazování kontaktu sestry se zrakově handicapovaným klientem  
(graf k otázce č. 7)



Graf zobrazuje odpověď na otázku, zda je vhodné, aby se sestra při navazování kontaktu dotkla zrakově handicapovaného klienta. Z dotazovaných si 68 (66,7%) sester myslí, že je dotyk vhodný a napsaly správnou odpověď, 13 (12,7%) sester označilo také odpověď ano, ale napsalo špatnou odpověď, 9 (8,8%) sester odpovědělo ne a 12 (11,8%) sester neví, jestli je dotyk vhodný.

Tabulka 1 Správné odpovědi sester na způsob navázání kontaktu se zrakově handicapovaným klientem

Správná tvrzení	Počet odpovědí
Dotykem ruky	20
Dotykem na rameno	26
Dotykem na předloktí	27

Tabulka podává informace o počtech správných odpovědí sester na to, jakým způsobem by sestry navázaly kontakt s klientem. Tabulka doplňuje údaje v grafu 7.

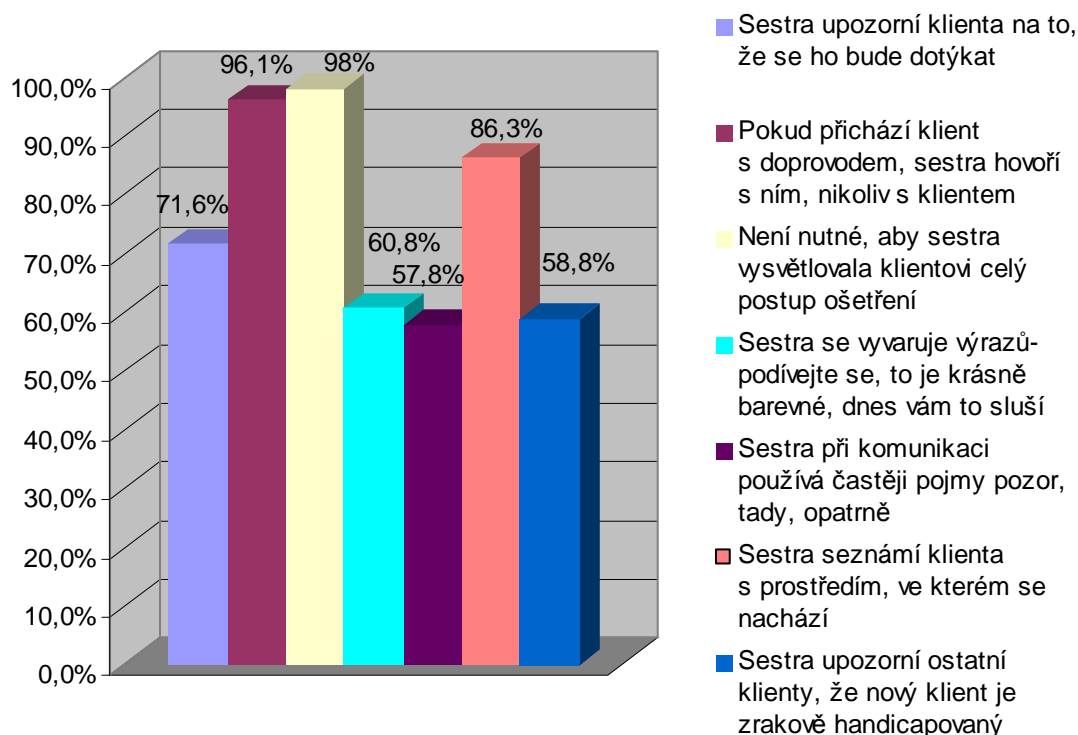
Tabulka 2 Špatné odpovědi sester na způsob navázání kontaktu se zrakově handicapovaným klientem

Špatné tvrzení	Počet odpovědí
Dotyk na obličej	5
Dotyk na tělo	10

Tabulka podává informace o počtech špatných odpovědí sester na to, jakým způsobem by sestry navázaly kontakt s klientem. Tabulka doplňuje údaje v grafu 7.

Graf 8 Zásady komunikace se zrakově handicapovaným klientem

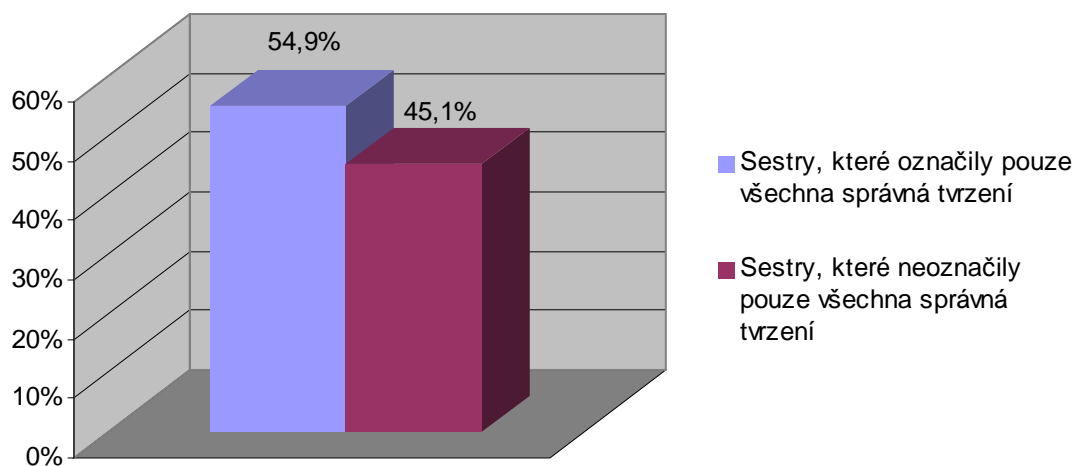
(graf k otázce č. 8)



Graf zobrazuje, kolik z dotazovaných sester označilo jednotlivá tvrzení otázky správně. Správná tvrzení byla 3. Dotazované sestry mohly označit více tvrzení. Na tvrzení, zda sestra upozorní klienta na to, že se ho bude dotýkat, odpovědělo správně 73 (71,6%) sester, toto tvrzení vychází ze zásad správné komunikace. Na tvrzení, pokud přichází klient s doprovodem, sestra hovoří s ním, nikoli s klientem, odpovědělo správně tím, že ho neoznačilo 98 (96,1%) sester, toto tvrzení nevyhází ze zásad správné komunikace. Na tvrzení, není nutné, aby sestra vysvětlovala, klientovi celý postup ošetření, odpovědělo tím, že ho nezačilo správně 100 (98%) sester, toto tvrzení nevyhází ze zásad správné komunikace. Na další tvrzení, sestra se vyvaruje výrazů - podívejte se, to je krásně barevné, dnes vám to sluší, odpovědělo tím, že ho nezačilo správně 62 (60,8%) sester., toto tvrzení nevyhází ze zásad správné komunikace. Na tvrzení sestra při komunikaci používá častěji pojmy pozor, tady,

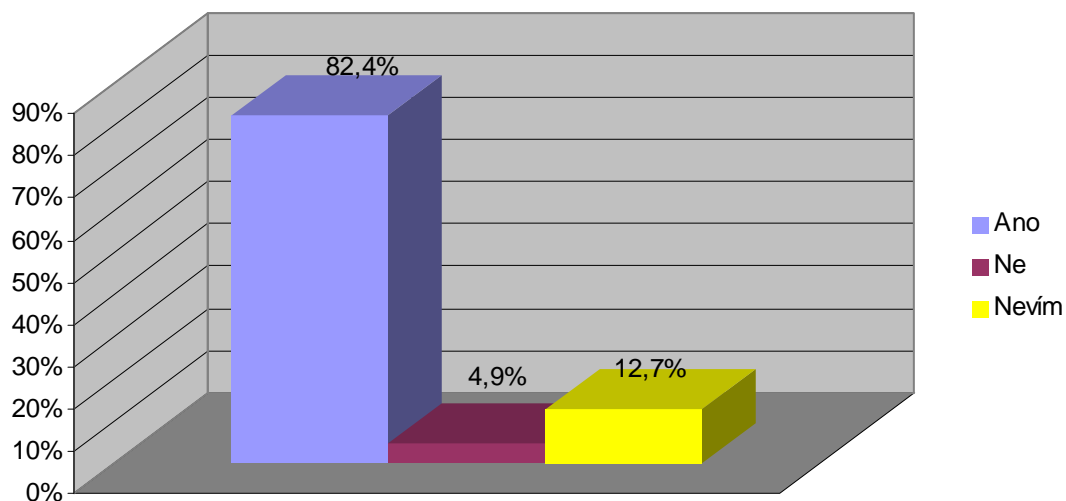
opatrně, odpovědělo správně tím, že ho neoznačilo 59 (57,8%) sester, toto tvrzení nevyhází ze zásad správné komunikace. Na tvrzení, sestra seznámí klienta s prostředím, ve kterém se nachází, odpovědělo správně 88 (86,3%) sester, toto tvrzení vychází ze zásad správné komunikace. Na tvrzení, že sestra upozorní ostatní klienty, že nový klient je zrakově handicapovaný, odpovědělo správně 60 (58,8%) dotazovaných sester, toto tvrzení vychází ze zásad správné komunikace.

Graf 9 Správné zásady komunikace se zrakově handicapovaným klientem  
(graf k otázce č. 8)



Graf se vztahuje k otázce číslo 8, informuje o tom, kolik z dotazovaných sester označilo pouze 3 možné správné odpovědi. Všechna možná správná tvrzení označilo 56 (54,9%) sester a 46 (45,1%) sester neoznačilo pouze všechna správná tvrzení.

Graf 10 Podávání stravy zrakově handicapovanému klientovi  
(graf k otázce č. 9)



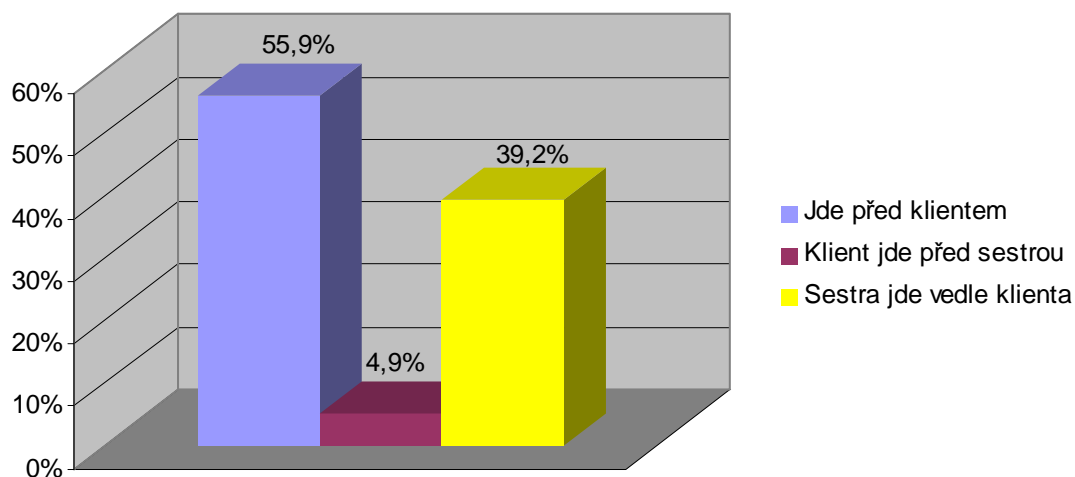
Graf odpovídá na otázku, zda si dotazované sestry myslí, že je důležité při podávání jídla seznámit zrakově handicapovaného klienta s rozmístěním jídla na talíři, 84 (82,4%) sester si myslí že ano, 5 (4,9%) sester ne, 13 (12,7%) sester nevědělo.

Tabulka 3 Způsoby seznámení zrakově handicapovaného klienta s rozmístěním jídla na talíři

Způsob provedení	Počet opovědí
Podle ciferníku hodin	20
Popíše klientovi, co se kde na talíři nachází (vlevo, vpravo)	21
Domluví se s klientem na jeho zvyklostech	38

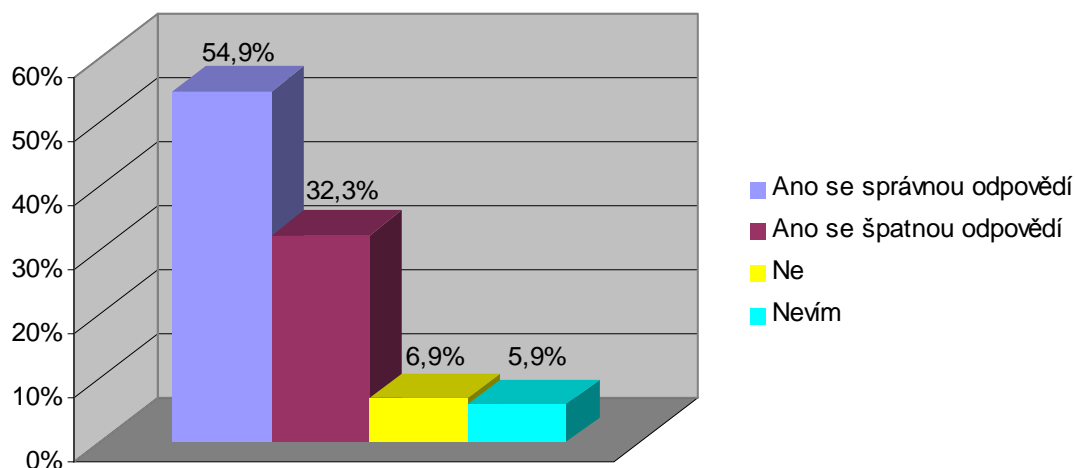
Tabulka podává informace o počtech odpovědí sester na to, jakým způsobem by sestry informovaly klienty o rozmístění jídla na talíři. Tabulka doplňuje údaje v grafu 10.

Graf 11 Doprovázení zrakově handicapovaného klienta  
(graf k otázce č. 10)



Graf znázorňuje, jak odpověděly dotazované sestry na otázku jak doprovázet klienta. Při doprovázení zrakově handicapovaného klienta postupuje sestra následujícím způsobem. Odpověď, že sestra jde před klientem, zvolilo 57 (55,9%) sester, což je správná odpověď 5 (4,9%) sester zvolilo odpověď, klient jde před sestrou a sestra mu radí, kam má jít, a 40 (39,2% ) odpovědělo, že sestra jde vedle klienta.

Graf 12 Upozornění sluchově handicapovaného klienta na začátek komunikace  
(graf k otázce č. 11)



Graf informuje, kolik z dotazovaných sester odpovědělo na otázku, jestli je nutné, aby sestra upozornila neslyšícího klienta na to, že s ním bude komunikovat. 56 (54,9%) sester označilo odpověď ano a napsalo správně, jakým způsobem by klienta upozornily. Ano se špatnou odpovědí uvedlo 33 (32,3%) sester. Možnost ne uvedlo 7 (6,9%) sester a odpověď nevím 6 (5,9%) sester.

Tabulka 4 Správné odpovědi sester na způsob upozornění klienta na začátek komunikace

Správná tvrzení	Počet odpovědí
Dotykem	30
Dotykem na předloktí	20
Dotykem na horní končetinu	15

Tabulka podává informace o počtech odpovědí sester na to, jakým správným způsobem by klienta upozornily na začátek komunikace. Tabulka doplňuje údaje v grafu 12.

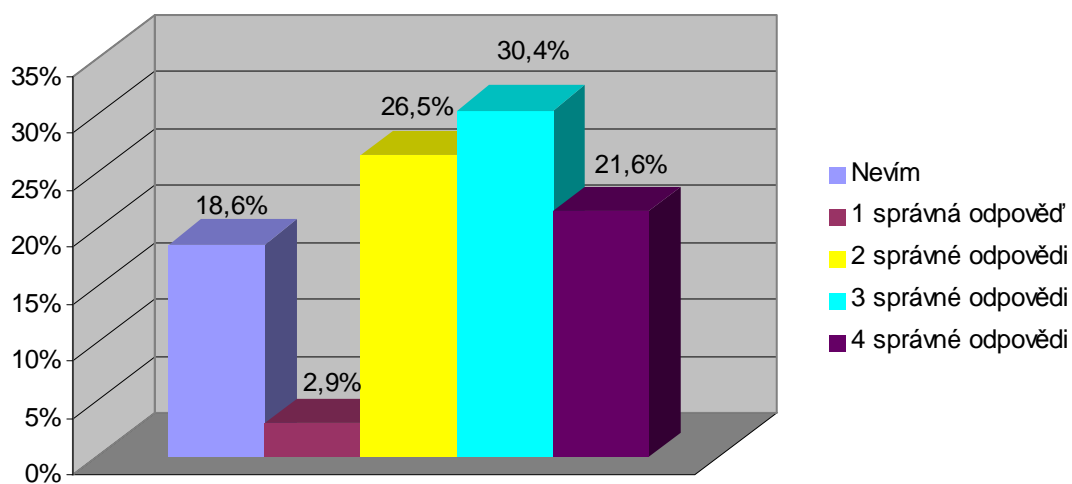
Tabulka 5 Špatné odpovědi sester na způsob upozornění klienta na začátek komunikace

Špatná tvrzení	Počet odpovědí
Budu křičet	4
Budu mluvit více nahlas	22
Domluví se přes doprovod	8

Tabulka podává informace o počtech odpovědí sester na to, jakým špatným způsobem by klienta upozornily na začátek komunikace. Tabulka doplňuje údaje v grafu 12.

Graf 13 Zásady pro správné odezírání při komunikaci se sluchově handicapovaným klientem

(graf k otázce č. 12)

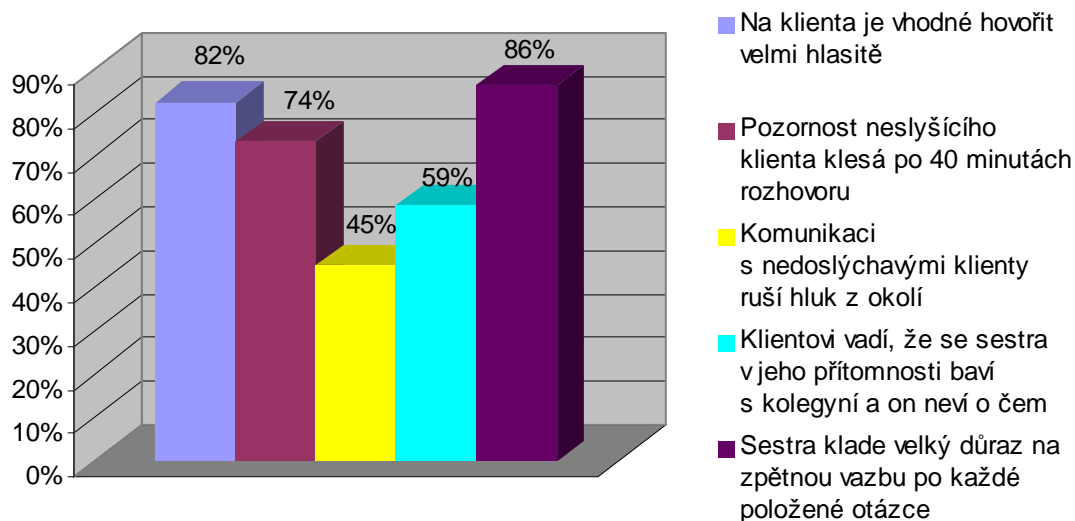


Graf ukazuje, kolik správných zásad znají dotazované sestry, aby byly zajištěny podmínky správného odezírání. Žádnou zásadu nezná 19 (18,6%) sester, pouze 1 správnou zásadu znají 3 (2,9%) sestry, 2 správné zásady 27 (26,5%) sester, 31 (30,4%) sester napsalo 3 zásady a 22 (21,6%) napsalo všechny 4 zásady.



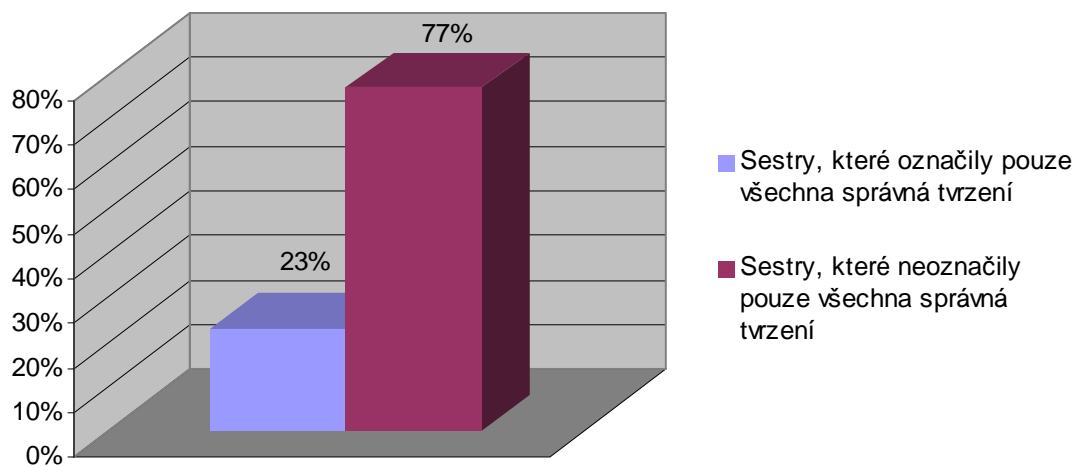
Graf 14 Zásady komunikace se sluchově handicapovaným klientem

(graf k otázce č. 13)



Graf zobrazuje, kolik z dotazovaných sester označilo jednotlivá tvrzení otázky správně. Správná tvrzení byla 3. Dotazované sestry mohly označit více tvrzení. Na tvrzení zda je na klienta vhodné mluvit velmi hlasitě, odpovědělo správně, tím že ho neoznačilo 84 (82%) sester, toto tvrzení nevyhází ze zásad správné komunikace. Na tvrzení, pozornost klienta klesá po 40 minutách rozhovoru, odpovědělo správně tím, že ho neoznačilo, 76 (74%) sester, toto tvrzení nevyhází ze zásad správné komunikace. Na tvrzení, komunikaci s nedoslýchavým ruší hluk z okolí, odpovědělo správně 46 (45%) sester, toto tvrzení vychází ze zásad správné komunikace. Na tvrzení, klientovi vadí, že se sestra v jeho přítomnosti baví s kolegyní a on neví o čem, odpovědělo správně, tím že ho označilo 60 (59%) sester, toto tvrzení vychází ze zásad správné komunikace. Tvrzení sestra klade velký důraz na zpětnou vazbu po každé položené otázce označilo správně 88 (86%) sester, toto tvrzení vychází ze zásad správné komunikace.

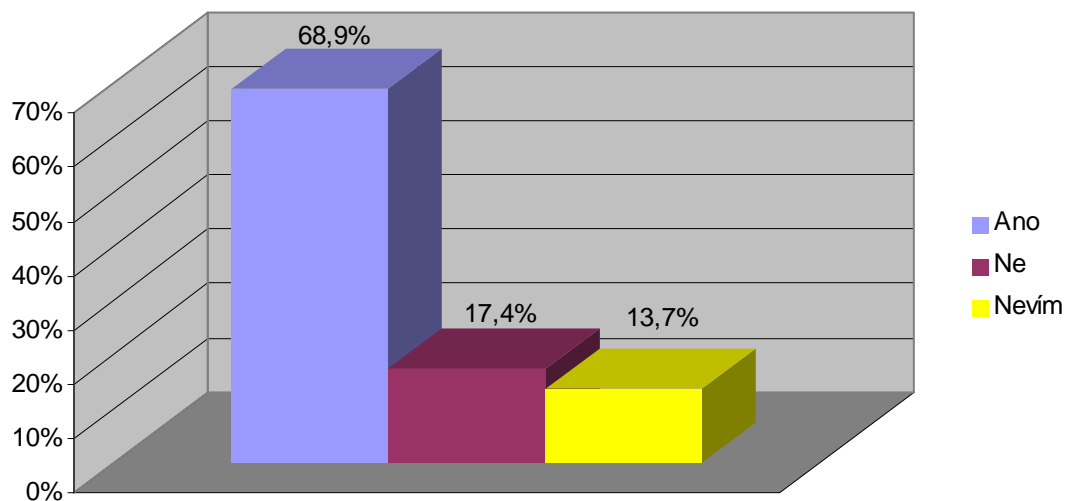
Graf 15 Správné zásady komunikace se sluchově handicapovaným klientem  
(graf k otázce č. 13)



Graf se vztahuje k otázce číslo 14. Informuje o tom, kolik sester označilo pouze všechny 3 možné správné odpovědi. Všechna možná správná tvrzení označilo 24 (23%) sester a 78 (77%) sester neoznačilo pouze všechna správná tvrzení.

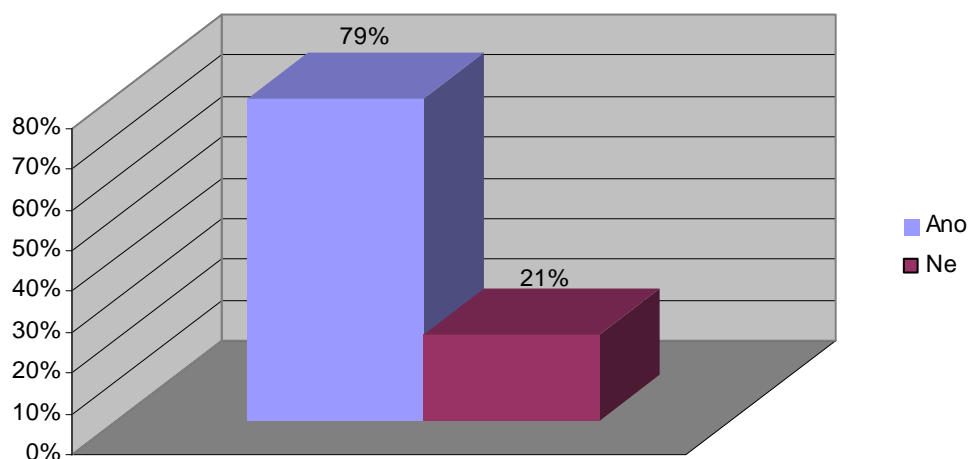
Graf 16 Používání výraznější mimiky a gest při komunikaci se sluchově handicapovaným klientem

(graf k otázce č. 14)



Graf informuje o četnosti odpovědí na otázku, zda si dotazované sestry myslí, že je vhodné, aby při komunikaci se sluchově handicapovaným klientem používaly výraznější mimiku a gesta. Ano označilo 70 (68,9%) sester, ne 18 (17,4%) sester a 14 (13,7%) sester neví.

Graf 17 Alternativní formy dorozumívání s klientem se sluchovým handicapem  
(graf k otázce č 15)



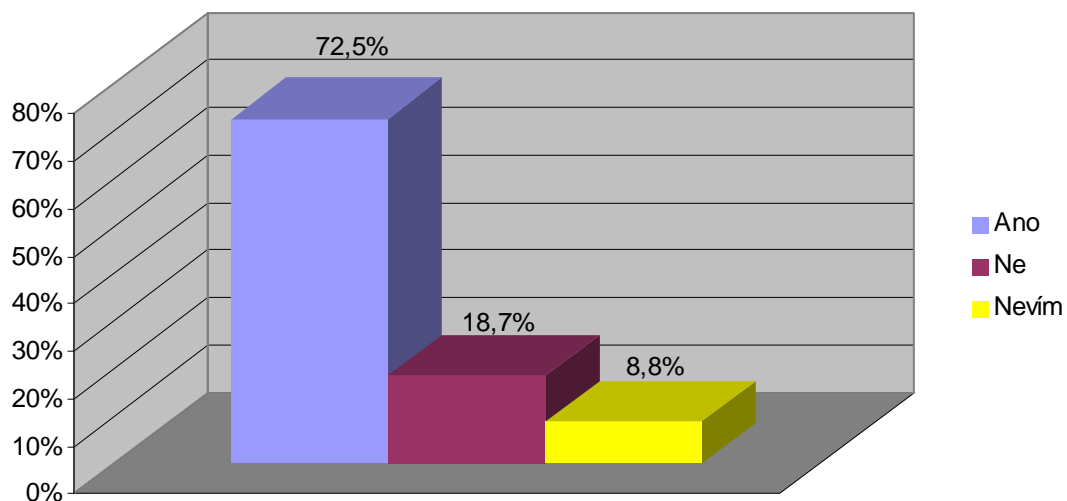
Graf ukazuje na to, jestli dotazové sestry znají některé alternativní formy dorozumívání se s klientem se sluchový handicapem, 80 (79%) označilo že ano a 22 (21%) označilo možnost ne.

Tabulka 6 Alternativní formy dorozumívání s klientem se sluchovým handicapem

Alternativní formy komunikace	Počet opovědí
Znakový jazyk	38
Prstová abeceda	20
Písemná forma dorozumění se	40

Tabulka podává informace o počtech odpovědí sester na to, jaké alternativní formy dorozumívání znají. Tabulka doplňuje údaje v grafu 17.

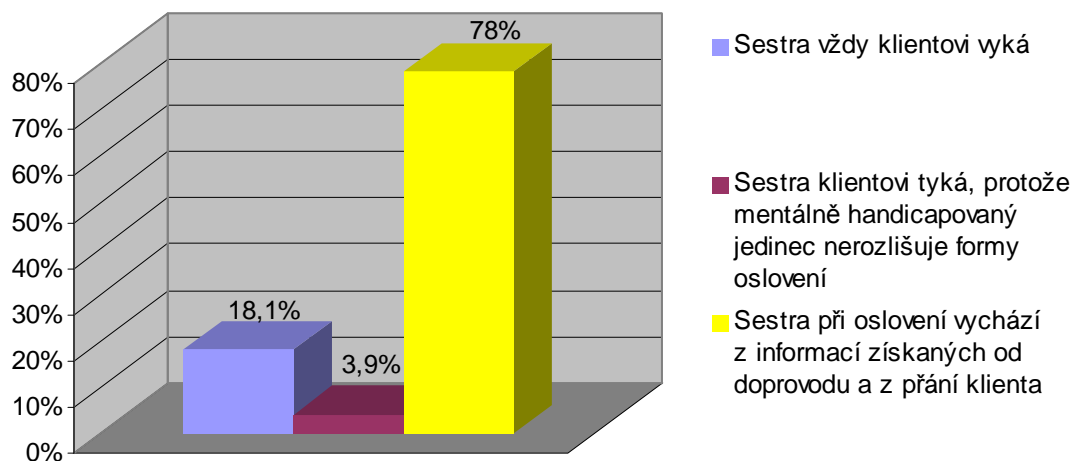
Graf 18 Zjišťování informací o mentálně retardovaném klientovi bez jeho přítomnosti  
(graf k otázce č. 16)



Graf odpovídá na otázku, zda si sestry zjišťují před tím, než začnou komunikovat s klientem s mentální retardací informace od rodiny. Z dotazovaných sester odpovědělo 74 (72,5%) ano, 19 (18,7%) sester odpovědělo ne a 9 (8,8%) sester neví, jestli by před rozhovorem mělo zajít za rodinou a zjistit si informace o klientovi.

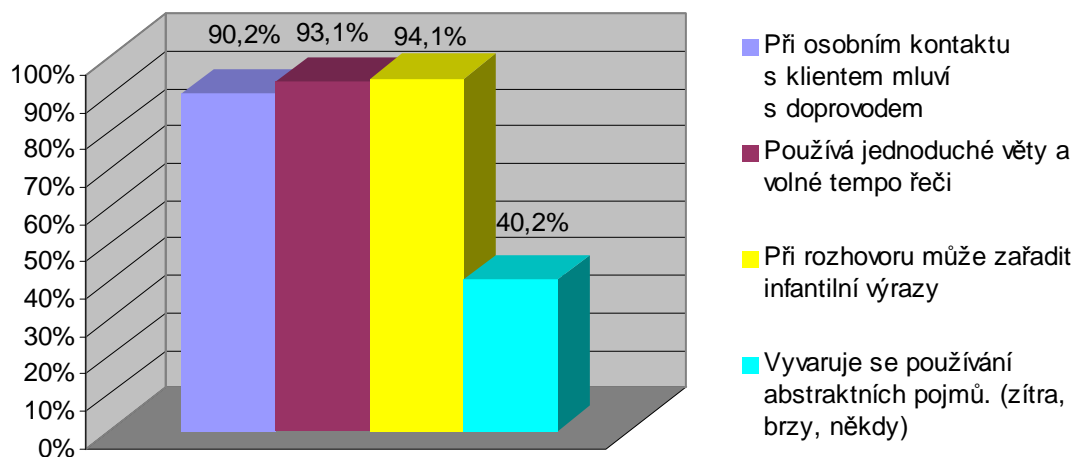
### Graf 19 Oslovení klienta s mentální retardací

(graf k otázce č. 17)



Graf znázorňuje odpovědi sester, jak by postupovaly při oslovení klienta s mentální retardací. Z dotazovaných sester možnost vždy klientovi vyká, označilo 19 (18,1%) sester, sestra klientovi tyká, protože mentálně handicapovaný jedinec nerozlišuje formy oslovení, označily 4 (3,9%) sestry a 79 (78%) sester si myslí, že sestra při oslovení vychází z informací získaných od doprovodu a z přání klienta.

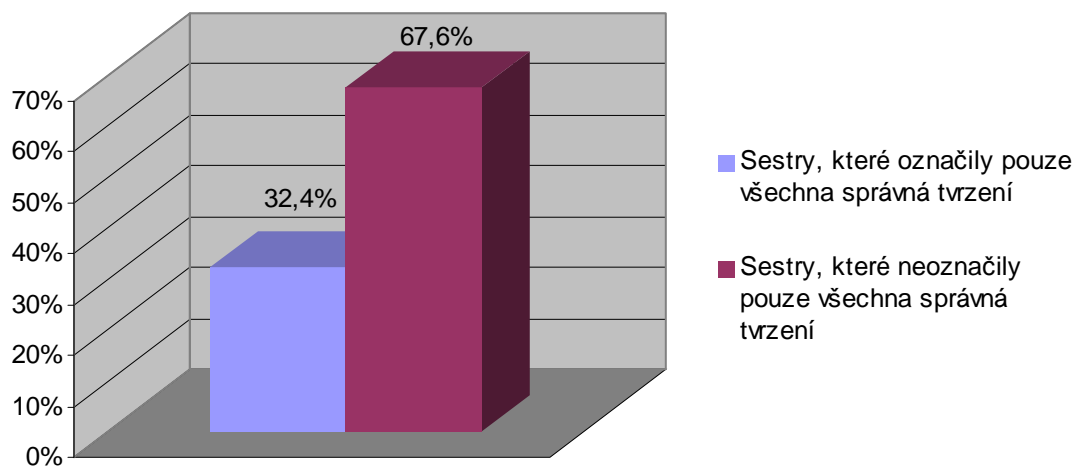
Graf 20 Zásady správné komunikace sestry s mentálně retardovaným klientem  
(graf k otázce č. 18)



Graf zobrazuje, kolik z dotazovaných sester označilo jednotlivá tvrzení otázky správně. Správné odpovědi byly 3. Dotazované sestry mohly označit více. Na tvrzení, při osobním kontaktu s klientem mluví s doprovodem odpovědělo správně tím, že ho neoznačilo 92 (90,2%) sester, toto tvrzení nevychází ze zásad správné komunikace. Tvrzení, používá jednoduché věty a volné tempo řeči, označilo správně 95 (93,1%) sester, toto tvrzení vychází ze správných zásad komunikace. Na tvrzení, že sestra může zařadit infantilní výrazy, odpovědělo správně tím, že ho nezařadilo 96 (94,1%) sester, toto tvrzení nevychází ze zásad správné komunikace. Na tvrzení, že se sestra vyvaruje abstraktních pojmů, odpovědělo správně 41 (40,2%) sester, toto tvrzení vychází ze zásad správné komunikace.

Graf 21 Správné zásady komunikace s mentálně retardovaným klientem

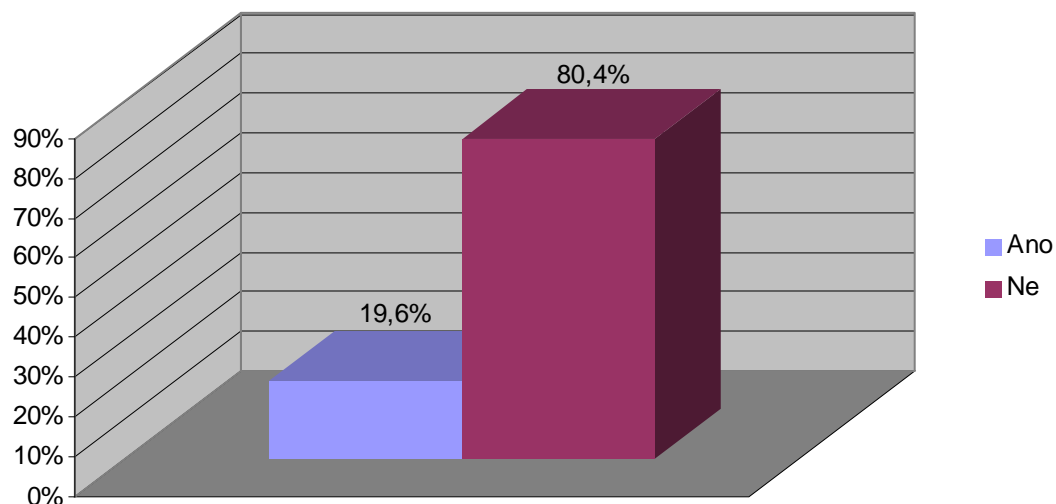
(graf k otázce č. 18)



Graf se vztahuje k otázce číslo 20, informuje o tom, kolik sester označilo pouze 2 možné správné odpovědi. Všechna správná tvrzení označilo 33 (32,4%) sester a 69 (67,6%) sester neoznačilo pouze všechna správná tvrzení.



Graf 22 Alternativní formy dorozumívání s klientem s demencí  
(graf k otázce č. 19)



Graf informuje o tom, jestli dotazované sestry znají některé alternativní formy komunikace s klientem s demencí. 20 (19,6%) sester odpovědělo ano a 82 (80,4%) sester uvedlo, že žádné alternativní formy komunikace s klientem s demencí nezná.

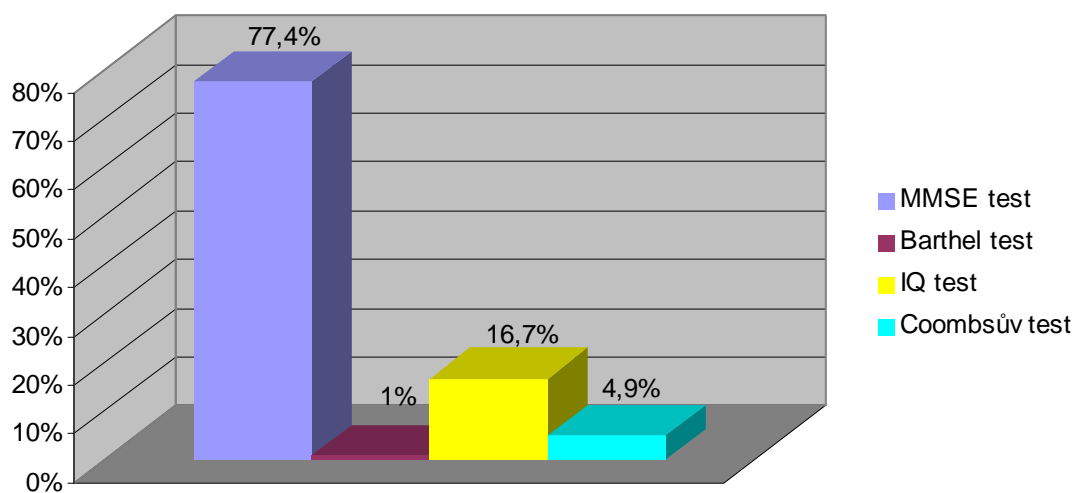
Tabulka 7 Alternativní formy dorozumívání s klientem s demencí

Alternativní formy	Počet opovědí
Obrázky	15
Piktogramy	8
Názorně ukáže předměty	10

Tabulka podává informace o počtech alternativních forem dorozumívání, které sestry znají. Tabulka doplňuje údaje v grafu 22.

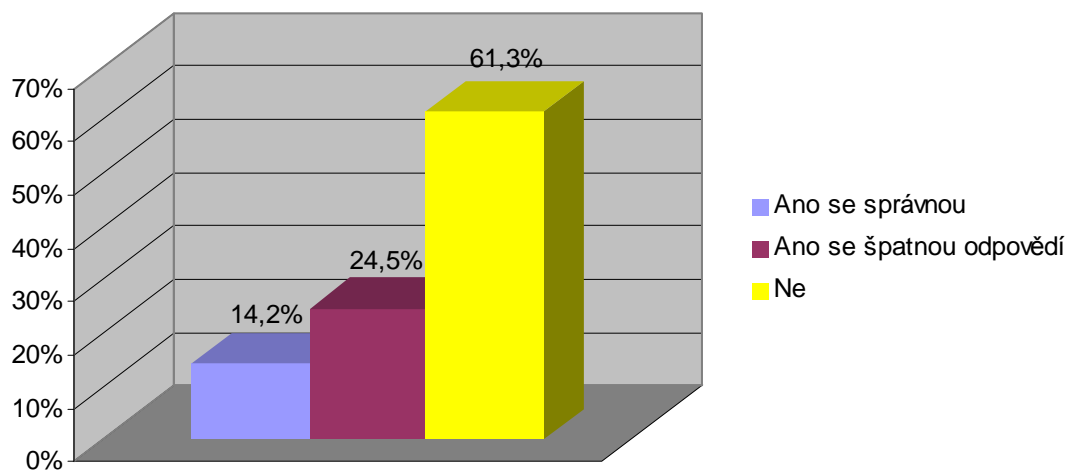
### Graf 23 Test na zjišťování stupně demence

(graf k otázce č. 20)



Graf ukazuje, který test by dotazované sestry použily při zjišťování stupně demence u klienta s demencí, MMSE test by použilo 78 (77,4%) sester, Barthel test by použily 2 (1%) sestry, podle IQ testu by stupeň demence hodnotilo 17 (16,7%) sester a Coombsův test by využilo 5 (4,9%) sester.

Graf 24 Zásady komunikace s tělesně handicapovaným na vozíku  
(graf k otázce č. 21)



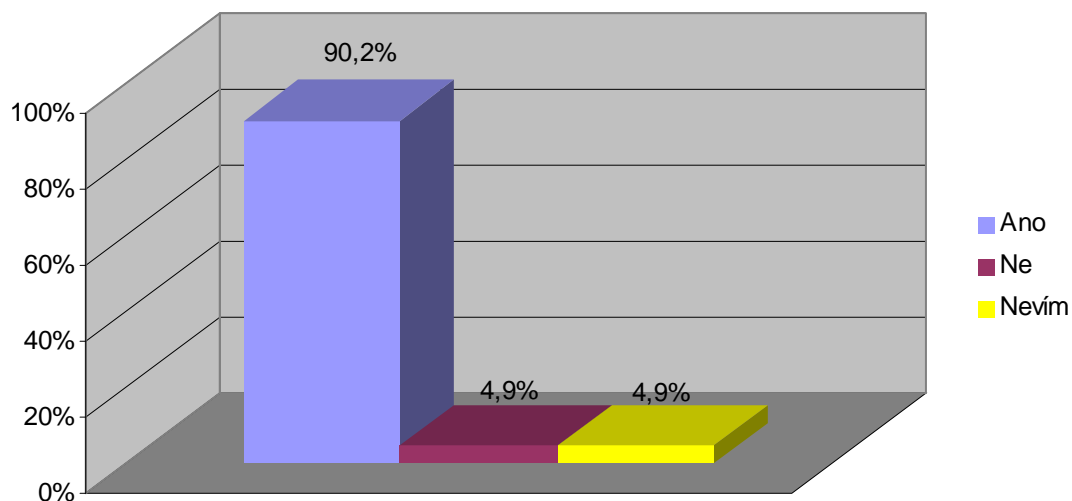
Graf odpovídá na otázku, jestli sestry znají alespoň 3 zásady, které by sestra měla uplatnit při komunikaci s tělesně handicapovaným na vozíku. Odpověď ano a všechny 3 zásady napsalo 15 (14,2%) sester. Sester, které odpověděly ano a nenapsaly žádnou, 1 nebo 2 správné odpovědi, bylo 25 (24,5%) a 62 (61,3%) sester odpovědělo, že žádnou zásadu neznají.

Tabulka 8 Zásady komunikace s tělesně handicapovaným klientem na vozíku, uvedené sestrami

Zásady uváděné sestrami	Počet opovědí
Nestát při komunikaci nad klientem	30
Jít vedle klienta	20
Neopírat se o vozík	11
Seznámit se s obsluhou vozíku	5
Zeptat se klienta, kam se s vozíkem dostane	8

Tabulka podává informace o zásadách komunikace s tělesně handicapovanými klienty a jejich počtech. Tabulka doplňuje údaje v grafu 24.

Graf 25 Zjišťování úrovně sebeděče u klienta s tělesným handicapem  
(graf k otázce č. 22)



Graf informuje kolik z dotazovaných sester odpovědělo na otázku, jestli je nutné zjišťovat úroveň sebeděče u klienta s tělesným handicapem. 92 (90,2%) sester označilo odpověď ano, 5 (4,9%) sester ne a odpověď nevím 5 (4,9%) sester.

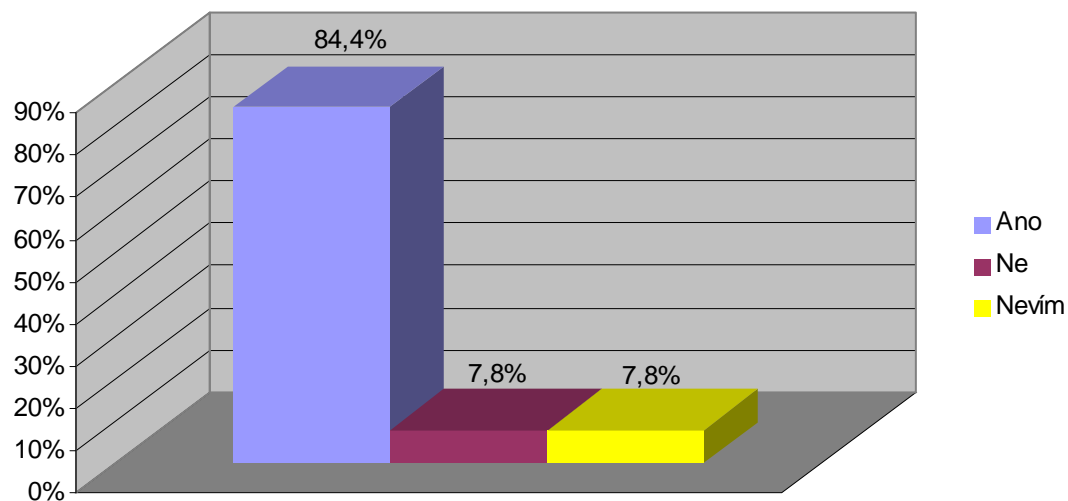
Tabulka 9 Zjišťování způsobu úrovně sebeděče u klienta s tělesným handicapem

Způsoby zjištění úrovně sebeděče	Počet opovědí
Různé testy	15
Barthel test	29
Rozhovorem s klientem, co zvládne	18

Tabulka podává informace o počtech odpovědí na způsoby zjišťování úrovně sebeděče u klienta, které sestry znají. Tabulka doplňuje údaje v grafu 25.

Graf 26 Snížené sebevědomí u klienta s tělesným handicapem jako překážka v komunikaci

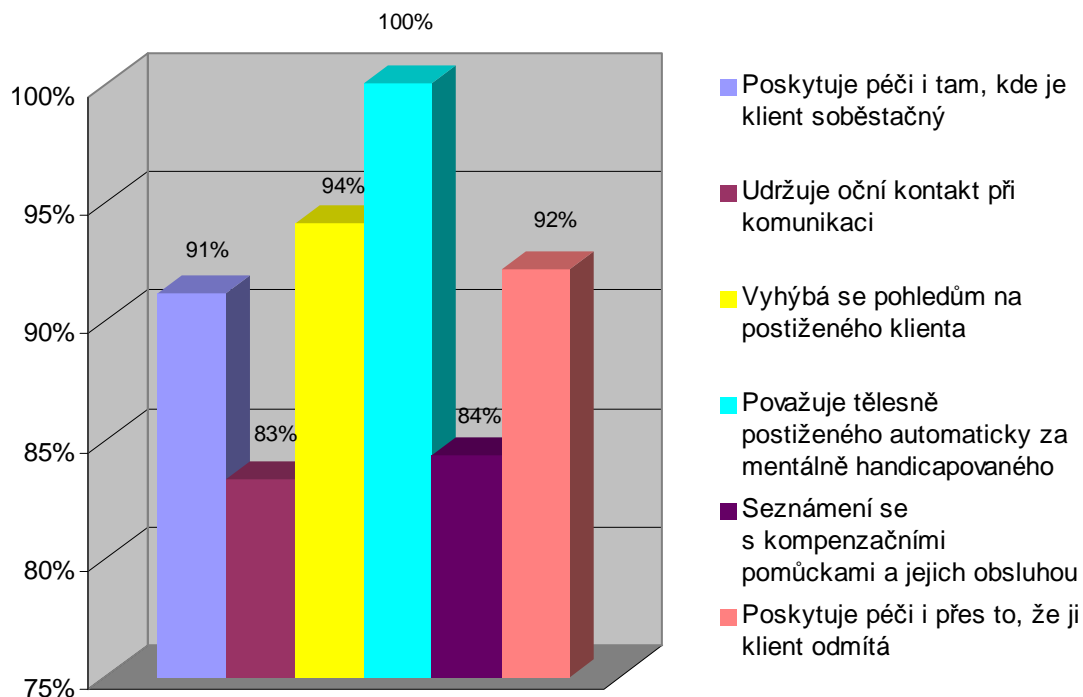
(graf k otázce č. 23)



Graf znázorňuje četnost odpovědí dotazovaných sester na otázku, jestli může být snížené sebehodnocení klienta s tělesným handicapem překážkou v komunikaci 86 (84,4%) sester si myslí že ano. Odpověď ne zaznačilo 8 (7,8%) sester, 8 (7,8%) sester odpovědělo, že neví.

Graf 27 Zásady komunikace s tělesně postiženým klientem

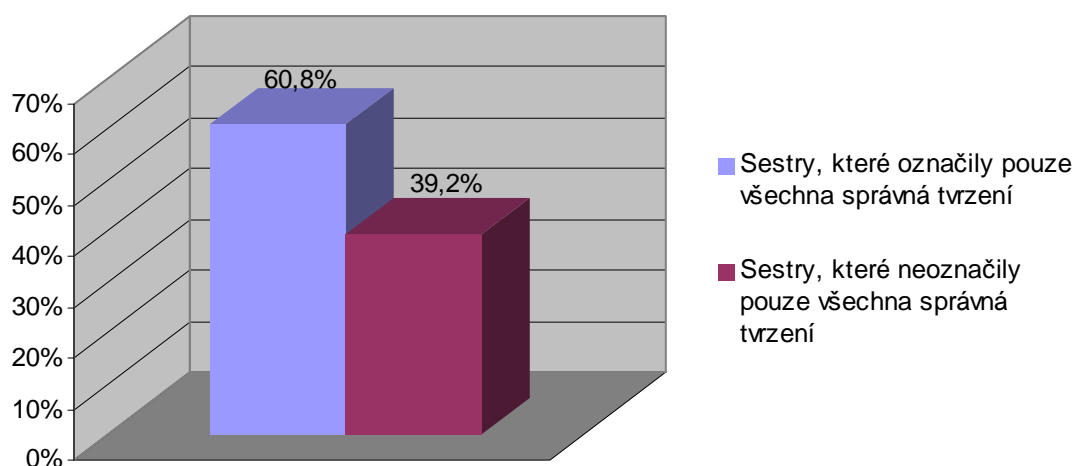
(graf k otázce 24)



Graf zobrazuje, kolik z dotazovaných sester označilo jednotlivá tvrzení otázky správně. Správná tvrzení byla 2. Dotazované sestry mohly označit více tvrzení. Na tvrzení, poskytuje péči i tam, kde je klient soběstačný, odpovědělo správně tím, že ho neoznačilo 93 (91%) sester, toto tvrzení nevychází ze zásad správné komunikace. Udržuje oční kontakt, označilo správně 85 (83%) sester, toto tvrzení vychází ze zásad správné komunikace. Na tvrzení vyhýbá, se pohledům na postiženého klienta, odpovědělo správně tím, že ho nezačilo 96 (94%) sester, toto tvrzení nevychází ze zásad správné komunikace. Na tvrzení považuje, tělesně handicapovaného automaticky za mentálně handicapovaného, odpovědělo správně tím, že ho nezačilo 102 (100%) sester. Toto tvrzení nevychází ze zásad správné komunikace. Tvrzení, seznámí se s kompenzačními pomůckami a jejich obsluhou, označilo správně 86 (84%) sester. toto tvrzení vychází ze zásad správné komunikace. Na tvrzení, poskytuje péči

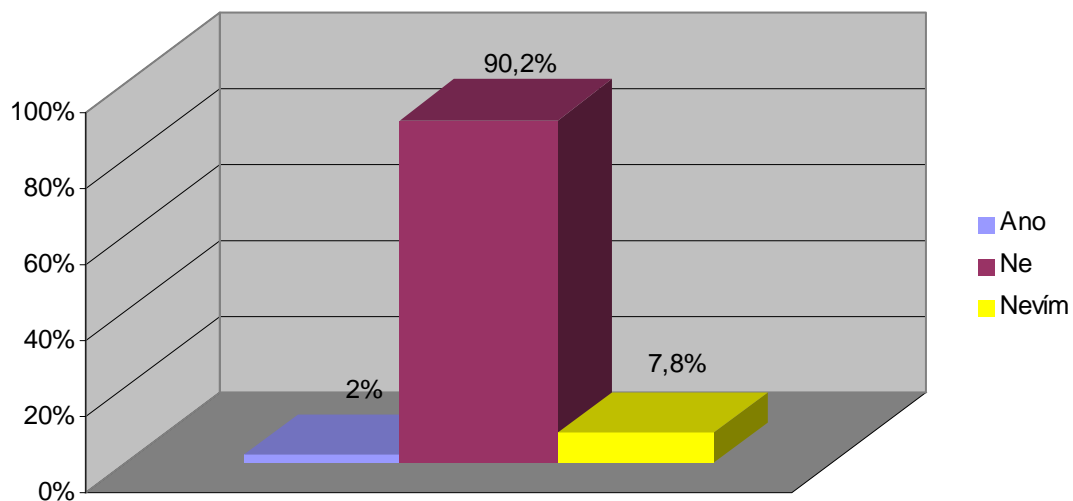
i přes to, že ji klient odmítá, odpovědělo správně tím, že ho neznačilo 94 (92%) sester, toto tvrzení vychází ze zásad správné komunikace.

Graf 28 Správné zásady při komunikaci s tělesně handicapovaným klientem  
(graf k otázce č. 24)



Graf se vztahuje k otázce číslo 27, informuje o tom, kolik z dotazovaných sester označilo pouze 2 možné správné odpovědi. Všechna možná správná tvrzení označilo 62 (60,8%) sester a 40 (39,2%) sester neoznačilo všechna pouze správná tvrzení.

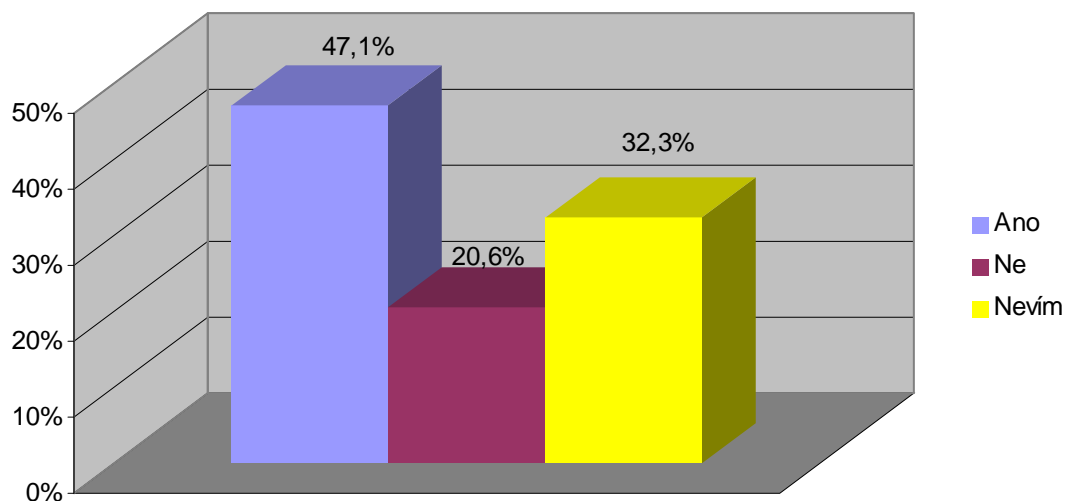
Graf 29 Hlazení asistenčního psa tělesně handicapovaného  
(graf k otázce č. 25)



Graf informuje o odpovědích dotazovaných sester na otázku, jestli může sestra hladit asistenčního psa tělesně handicapovaného bez dovolení, ano označily 2 (2%) sestry, ne 92 (90,2%) sester a odpověď nevědělo 8 (7,8%) sester .

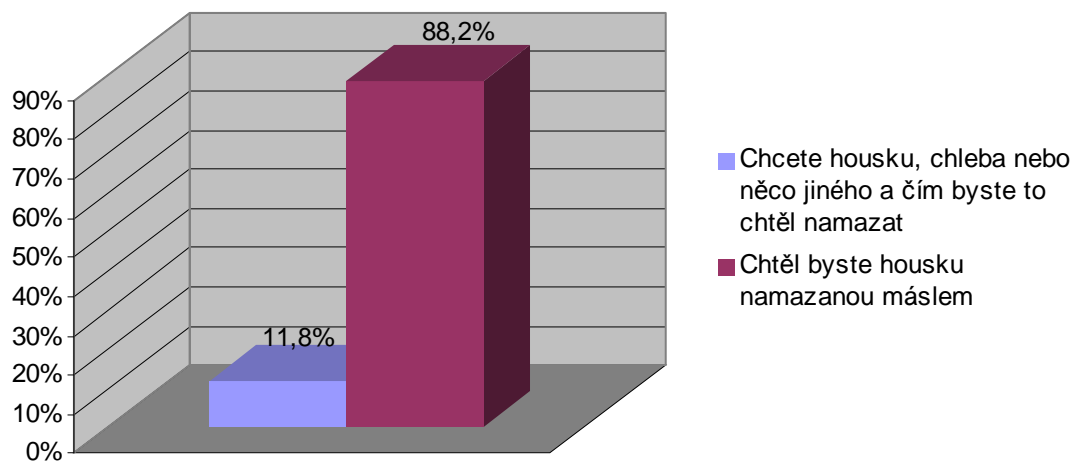


Graf 30 Názorné předvádění činností klientovi se senzoricou afázií  
(graf k otázce č. 26)



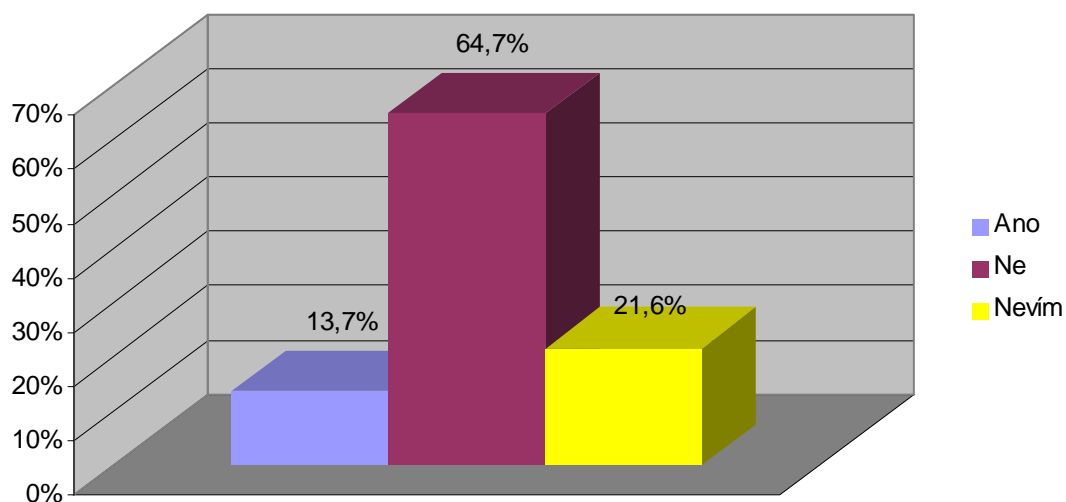
Graf ukazuje, že z dotazovaných sester si myslí, že klientovi se senzoricou afázií by se měly činnosti, které u klienta budou vykonávat, předvést 48 (47,1%) sester, 21 (20,6%) sester si myslí, že to nutné není a 33 (32,3%) sester na tuto otázku nezná odpověď.

Graf 31 Použití otázky u klienta, který trpí motorickou afázií  
(graf g otázky č. 27)



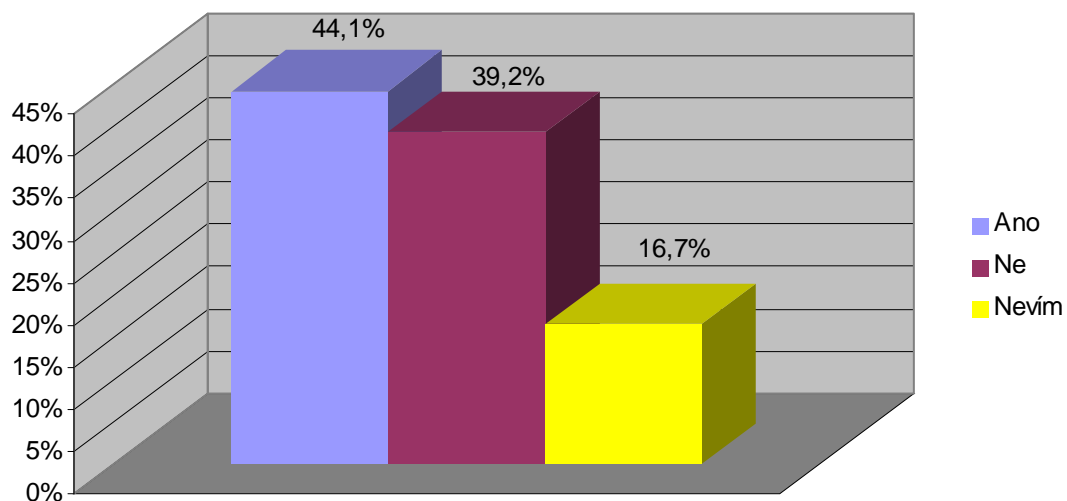
Graf odpovídá na otázku, jakou by sestry položily otázku klientovi s motorickou afázií. 12 (11,8%) sester si myslí, že nejlepší je položit klientovi otázku, chcete housku, chleba nebo něco jiného a čím byste to chtěl namazat a 90 (88,2%) sester, se domnívá, že lepší by byla otázka , chtěl byste housku namazanou máslem.

Graf 32 Dokončování vět za klienta s kocktavostí  
(graf k otázce č. 28)



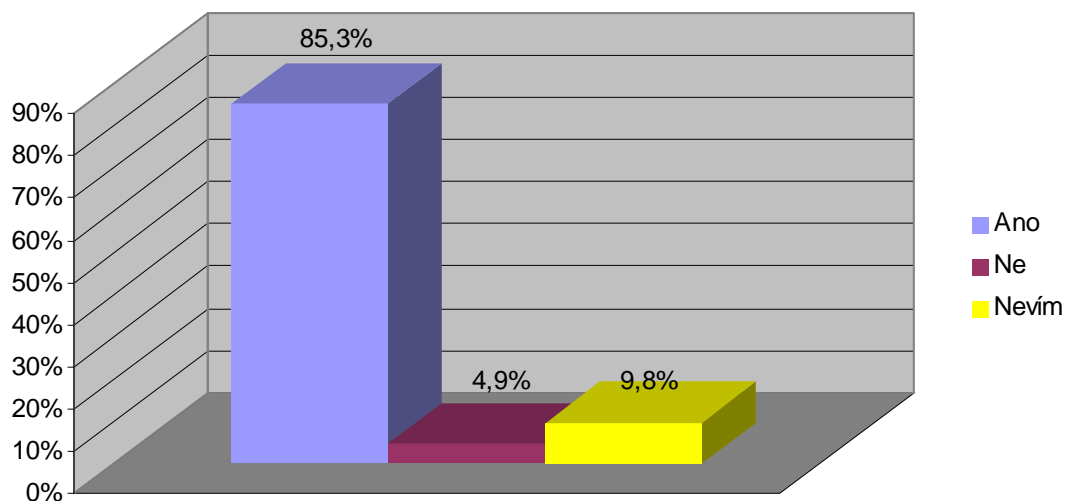
Graf uvádí četnosti odpovědí dotazovaných sester na otázku, jestli by sestry dokončovaly věty za klienta s kocktavostí. Větu by dokončilo 14 (13,7%) sester, 66 (64,7%) sester by větu nedokončilo a 22 (21,6%) sester, by nevědělo, jestli je vhodné, aby větu dokončily.

Graf 33 Upozornění klienta s breptavostí na to, aby mluvil pomaleji.  
(graf k otázce č. 29)



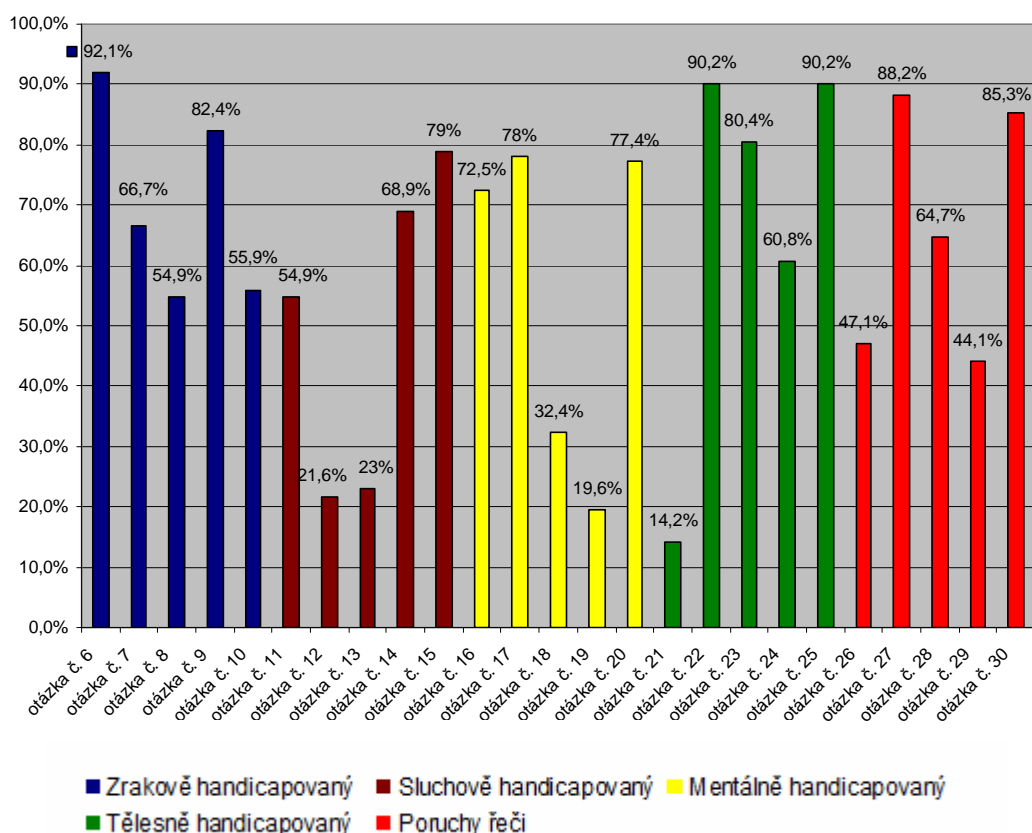
Graf znázorňuje četnosti odpovědí dotazovaných sester na otázku, jestli sestra upozorní klienta s breptavostí na pomalejší mluvu. 45 (44,1%) sester se domnívá, že je to vhodné. 40 (39,2%) sester si myslí, že není vhodné, aby na to klienta upozornily a 17 (16,7%) sester nezná odpověď.

Graf 34 Požádání klienta s poruchou výslovnosti o zopakování  
(graf k otázce č. 30)



Graf informuje o odpovědích dotazovaných sester na otázku, zda požádat klienta, který trpí poruchou výslovnosti, aby zopakoval větu. Ano odpovědělo 87 (85,3%) sester, odpověď ne zvolilo 5 (4,9%) sester a 10 (9,8%) sester neví.

Graf 35 Znalosti sester v komunikaci s handicapovanými klienty



Graf znázorňuje správné odpovědi dotazovaných sester na jednotlivé otázky týkající se znalostí sester komunikace s handicapovanými klienty při jednotlivých druzích handicapu. Udává, kolik ze 102 (100 %) sester odpovědělo správně na jednotlivé otázky. Modrou barvou jsou znázorněny odpovědi sester na znalosti v komunikaci se zrakově handicapovanými klienty. Jsou to odpovědi na otázky č. 6 - 10. Na otázku č. 6 odpovědělo správně 94 (92,1%) sester, na otázku č. 7 68 (66,7 %), na otázku č. 8 56 (54,9 %) sester, na otázku č. 9 84 (82,4%) sester, na otázku č. 10 57 (55,9 %) sester správně. Hnědou barvou jsou znázorněny odpovědi sester na znalosti v komunikaci se sluchově handicapovanými klienty. Jsou to odpovědi na otázky č. 11-15. Na otázku č. 11 odpovědělo 56 (54,9 %) sester, na otázku č. 12 odpovědělo 22 (21,6 %) sester a otázku č. 13 odpovědělo 24 (23%) sester, na otázku č. 14 odpovědělo 70 (68,9%) sester, na otázku č. 15 odpovědělo 80 (79 %) sester správně. Žlutou barvou jsou znázorněny odpovědi sester na znalosti v komunikaci s mentálně

handicapovanými klienty. Jsou to odpovědi na otázky č. 16 – 20. Na otázku č. 16 odpovědělo 74 (72,5 %) sester, na otázku č. 17 odpovědělo 79 (78 %) sester, na otázku č. 18 odpovědělo 33 (32,4 %) sester, na otázku č. 19 odpovědělo 20 (19,6 %) sester, na otázku č. 20 odpovědělo 78 (77,4%) sester správně . Zelenou barvou jsou znázorněny odpovědi sester na znalosti v komunikaci s tělesně postiženými klienty. Jsou to odpovědi na otázky č. 21 – 25. Na otázku č. 21 odpovědělo 15 (14,2 %) sester, na otázku č. 22 odpovědělo 92 (90,2 %) sester, na otázku č. 23 odpovědělo 86 (84,4 %) sester, na otázku č. 24 odpovědělo 62 (60,8 %) sester, na otázku č. 25 odpovědělo 92 (90,2 %) sester správně. Červenou barvou jsou znázorněny odpovědi sester na znalosti v komunikaci s klienty s poruchou řeči. Jsou to odpovědi na otázky č. 26 -30. Na otázku č. 26 odpovědělo 48 (47,1 %) sester, na otázku č. 27 odpovědělo 90 (88,2 %) sester, na otázku č. 28 odpovědělo 64 (64,7%) sester, na otázky č. 29 odpovědělo 45 (44,1 %) sester, na otázku č. 30 odpovědělo 87 (85,3 %) sester správně.

## 4.2 Výsledky kvalitativního výzkumu

### 4.2.1 Rozhovory s respondenty

#### Rozhovor 1

Respondentka 1 je paní ve věku 35 let. Od narození je slabozraká. Chodí s bílou holí. Čte velká písmena hodně zblízka. Se zdravotníky se setkává při návštěvě svého praktického lékaře a stomatologa, dále navštěvuje oční lékařku a občas jde k odbornému lékaři. Dvakrát ve svém životě byla hospitalizovaná ve zdravotnickém zařízení. Někdy jí k lékaři doprovází její sestra.

Přístup sester vnímá většinou jako dobrý. Pokud hodnotí jejich chování a jednání, jsou milé a hodné. Tam, kde už byla několikrát, sestry vědí, jak s ní mají komunikovat, aby si rozuměly. Jinak jim musí ale hodně radit.

Většina sester s ní neumí komunikovat, začnou na ni mluvit a ona neví, kde jsou. Stačilo by prý, aby ji třeba vzaly za ruku a posadily ji. Respondentce vadí, že často mluví sestry s jejím doprovodem a ne s ní. Při hospitalizaci ji zaskočilo, že se jí sestry při podávání jídla nezeptaly na její zvyklosti a že před ní položily ták a odešly. Za samozřejmost by považovala to, že pokud ji sestra bude doprovázet, tak bude vědět jak. Ale není tomu tak. Kdyby se neozvala, tak jí sestry řeknou, pojd'te za mnou a nebo ji strkají před sebou. Vadí jí také to, že s ní sestry při ošetřování málo mluví. Neříkají jí, co jí budou dělat, nepopíší výkon a na to, že to bude bolet, ji také moc neupozorňují.

#### Rozhovor 2

Respondentka 2 je paní ve věku 55 let, od narození je slabozraká. Chodí s bílou holí. Svého praktického lékaře navštěvuje několikrát do roka, stomatologa 1x ročně. Léčí se s vysokým krevním tlakem. Ve zdravotnickém zařízení byla již několikrát. Navštěvuje i další odborné lékaře. Chodí s doprovodem.

Chování sester by podle jejího názoru mohlo být lepší. Dost často se setkává s neochotou a s tím, že jí toho moc sestry nevysvětlí. Vadí jí také, že jako nevidomou



ji sestry často vidí jako neschopnou a nesamostatnou a nezeptají se, jak by se nejlépe mohly domluvit. Dovednosti sester při komunikaci s ní hodnotí jako nedostatečné, myslí si, že jich moc nemají.

Když přijde k lékaři, často neví, kde je. Sestra s ní sice mluví, ale respondentka neví, kde stojí a kam má jít a třeba se posadit. Někdy při tom sestra mluví ještě s lékařem a to už je vůbec zmatená. Co je docela dobré, že pokud přijde s doprovodem, většina sester hovoří přímo s ní a neobrací se na její doprovod. Když byla v nemocnici, nejvíce ji zaskočilo, že musela sestřím říci, jak potřebuje pomoci při jídle. Domnívala se, že tohle sestřím "dojde". Ani doprovázení není většinou podle jejích představ. Hodně často slyší od sester: „ Pojd'te za mnou“. Když s ní sestry něco dělají, většinou ji upozorní pouze na to, že ji to bude bolet, ale co třeba berou do ruky a jak výkon bude probíhat, to se dozví jenom někdy.

### Rozhovor 3

Respondentka 3 je paní ve věku 45 let, od narození je nedoslýchavá, umí dobře odezírat, vyjadřuje se pomaleji, ale je jí dobře rozumět. Praktického lékaře navštěvuje při pravidelných prohlídkách, nebývá moc nemocná. Občas chodí na nějaká odborná vyšetření. Častěji navštěvuje zubního lékaře.

Na přístup sester v komunikaci si nemůže stěžovat. Jsou milé a hodné. Velmi dobrou zkušenost má s přístupem sestry u svého zubního lékaře. Od prvního setkání, sestra věděla, jak k ní má přistupovat a vždycky si rozuměly. Hospitalizovaná byla jednou. Komunikaci sester s ní hodnotí jako dobrou, sestry se snaží postupovat tak, aby si rozuměly.

Při navázání rozhovoru se jí většina sester dotkne a ona ví, že hovoří s ní. Většina jich také stojí před ní, aby jim viděla do obličeje a mohla odezírat. Někdy jí vadí, že si sestry zakrývají ústa rukou. Respondentka si chválila, že většina sester se jí často ptá, zda všemu rozumí. Stává se jí, že pokud se nemohou třeba domluvit, sestry se většinou nezeptají, jak by to šlo jinak a nehledají jiné možnosti. Většina jich také mluví pomalu a srozumitelně.

#### Rozhovor 4

Respondent 4 je muž 60 let, ztratil před 10 lety při úrazu sluch. Vyjadřuje se bez problémů, mluví jen víc nahlas. Umí velmi dobře odezírat. Praktického lékaře navštěvuje dost často. Stomatologa navštěvuje dvakrát do roka. Chodí i na odborná vyšetření. V nemoci byl hospitalizován zatím dvakrát

Přístup sester vnímá různě. Setkává se i s takovými sestrami, které jsou někdy netrpělivé a neberou ohled na jeho postižení, nezajímají se o jeho problémy. Některé se ani nezajímají o to, jak se s ním nejlépe domluvit. Potřeboval by, aby se ním jednaly trochu jinak. Domnívá se, že sestry zásady komunikace moc nedodržují.

Stává se mi, že mám problémy hned při navázání komunikace a vstupu do ordinace. Potřebuji, abych věděl, že sestra mluví přímo se mnou a ne třeba s panem doktorem. Stačilo by, kdyby se mě třeba dotkla. Párkrát se mi stalo, že mě sestřička upozornila lehkým dotykem na ruku, ale pravidlem to není. Lepší už to bývá s přímou komunikací, sestry většinou stojí tak, abych mohl odezírat. Horší to bývá s tím, že někdy odejdu z ordinace a nevím třeba jak brát léky, protože se mě nikdo nezeptá, jestli jsem rozuměl, a já se ptát nechci, protože si myslím, že bych zdržoval. Někdy by pro mě bylo lepší, kdyby mi informace sestra třeba napsala, ale to se mi stalo jenom jednou, že mi sama o sobě sestra napsala na papír, jak mám jít na vyšetření. Výslovnost je dobrá a mluví i pomalu.

#### Rozhovor 5

Respondentka 5 je žena ve věku 40 let, upoutaná na elektrický invalidní vozík. Trpí svalovou dystrofií. Poruchou řeči netrpí. K zajištění základních potřeb musí používat kompenzační pomůcky. Praktického lékaře navštěvuje při preventivních prohlídkách, v nemocnici byla hospitalizována již několikrát. Se zdravotníky se setkává velice často.

Při komunikaci se sestrami se setkává spíše s neochotou a nezájmem, dost často to vidí tak, že sestry její situaci zlehčují. Zásady komunikace sestry podle jejího názoru nedodržují a mnohdy nechtějí ani slyšet, jak by to pro mě bylo nejlepší.

Velmi často se jí stává, že aniž by se sestry zeptaly, považují jí za nesoběstačnou i tam, kde to zvládla sama. Dělalí některé výkony za ní, i když by je zvládla sama. Spíš by uvítala, kdyby se sestry více ptaly, jak mohou třeba pomoci při přesunutí z vozíku. Chytnou mě dost neopatrně a způsobí mi bolest. Nezajímají se ani o to, jak třeba používá některé kompenzační pomůcky. Pokud jí doprovázejí s vozíkem, třeba někam na vyšetření, většinou si neuvědomují, že když půjdou za ní, nebude jim moc rozumět. Také by mě jí mohly lépe nasměrovat. Potřebovala by třeba vědět, kam a kdy zatočit. Respondentka kladně hodnotila to, že když s ní sestry mluví, tak si k ní sednou.

#### Rozhovor 6

Respondentka 6 je 25 letá žena, od 20 let věku je po autonehodě upoutána na invalidní vozík. Praktického lékaře navštěvuje pravidelně. Hospitalizována byla asi 5x.

Přístup sester k ní vnímá následovně. Má dojem, že sestry občas neví, jak se k ní mají chovat. Občas má pocit, že jí litují a to jim brání v komunikaci se ní. Myslí si, že jim dělá potíže dodržovat zásady komunikace.

Setkává se s tím, že sestry se neptají, co zvládá sama a věci dělají za ní, neptají se jak se, třeba přesune z vozíku na vyšetřovací lehátko. Některé sestry se občas zeptají, jak a k čemu používá některé kompenzační pomůcky. Moc zkušeností také sestry nemají s tím, jak postupovat při tom, když jí doprovázejí. Jdou většinou za ní a mají snahu tlačit vozík, i když to zvládám sama. Respondentka kladně hodnotí to, že většina sester, když s ní hovoří, tak si k ní sedne.

#### Rozhovor 7

Respondent 7 je 20 letý muž s lehkou mentální retardací způsobenou poruchou tvorby hormonů štítné žlázy. Praktického lékaře navštěvuje 2x do roka. Také navštěvuje odborné lékaře a pravidelně chodí na stomatologické vyšetření. Hospitalizován byl 1x. Informace o komunikaci sester s klientem jsem zjišťoval od rodičů. Od klienta jsem se dozvěděl pouze to, že jsou na něj sestřičky hodné.

Přístup sester k synovi vnímají jeho rodiče následovně. Pokud přijdou do zdravotnického zařízení, kde syna znají, není žádný problém. Komunikaci hodnotí jako dobrou, Pokud, ale navštíví zdravotnické zařízení, kde jejich syna neznají, občas se objeví potíže při komunikaci. Domnívají se, že ne vždy sestry dodržují správné zásady komunikace.

Vadí jim, že sestry mají snahu komunikovat přes ně a syna občas přehlížejí, i když by jim řekl i sám, co ho bolí. Dále se jim nelíbí, že většina sester se ptá na některé informace o synovi před ním. Bylo by jim příjemnější, kdyby se zeptaly nejdříve jich a potom teprve syna. Syn totiž některé věci nedovede tak přesně vysvětlit a je potom nepříjemné, když se mu dá najevo, že to neřekl správně. Také jim vadí, že sestry jejich synovi tykají, aniž by se před tím s nimi nějak domluvili, a některé s ním také mluví jako s malým dítětem. Kladně hodnotí to, že se u sester setkávají většinou s trpělivým přístupem, pouze občas se jim stane, že je nějaká sestra netrpělivá a chce po synovi, aby se třeba rychleji vyjádřil.

#### Rozhovor 8

Respondentka 8 je 60 letá paní se středně těžkou mentální retardací. Žije v ústavu sociální péče. Do zdravotnických zařízení ji doprovází její synovec. Praktického lékaře navštěvuje několikrát do roka. Stomatologa 1 x ročně. Hospitalizována byla už několikrát.

Přístup sester k tetě vnímá následovně. Pokud sestry neupozorní na některé zvláštnosti v chování tety, tak se ho samy neptají, i když vědí, že by se teta mohla chovat jinak než ostatní. Myslí si, že by sestry mohly uplatnit při ošetřování a komunikaci více své znalosti o chování mentálně retardovaných.

Nelíbí se mu také, že sestry komunikují většinou s ním a ne s tetou a že na některé otázky musí odpovídat před tetou. Pokud se jedná o oslovení tety, viděl by lepší, kdyby se sestry nebály zeptat, jestli mohou tetě tykat, protože teta lépe reaguje, když se jí tyká. Kladně hodnotí to, že sestry se k tetě nechovají jako k malému dítěti, i když někdy její projevy takové bývají. Velký problém sestry nemívají s tím, že by byly netrpělivé, když tetě něco nejde hned. Někdy se prý najde nějaká sestra, která chce po tetě, aby odpovídala rychleji, ale je to spíš výjimka.

## Rozhovor 9

Respondent 9 je 21 letý muž, který trpí koktavostí. Pokud je v klidném prostředí, komunikuje celkem bez obtíží. Praktického lékaře navštěvuje 2 x do roka, se sestrami se setkává i u stomatologa, kterého navštěvuje 1x ročně. Hospitalizován byl pouze jednou.

Sestry se k němu chovají dobře, nikdy neměl se sestrami v oblasti komunikace problém. Domnívá se, že sestry dodržují zásady komunikace, když s ním hovoří.

Aby se mohl správně vyjádřit, potřebuje klid a dostatek času. Tam, kde ho už znají ví, že při poskytnutí dostatku času se mu vyjadřuje lépe a i při jeho hospitalizaci v nemocni s tím taky neměl problém. Kladně hodnotí to, že se nikdy nesetkal se sestrou, která by za něj dokončovala věty a nutila ho k opakování vět bez koktání. Pouze jednou se mu stalo, že ho sestra nutila se vyjadřovat před ostatními, když mu to bylo nepříjemné, a také pouze jednou se mu stalo, že sestra po něm opakovala, což to mu bylo moc nepříjemné, neodvážil se ale říct sestře, že je mu to nepříjemné a že by to neměla dělat.

## Rozhovor 10

Respondent 10 je 23 letý muž, který trpí koktavostí. Praktického lékaře navštěvuje pravidelně 2x ročně, u stomatologa už nebyl 2 roky. Hospitalizovaný v nemocnici byl 3x.

Přístup sester hodnotí následovně. Říká, že sestry se snaží chovat profesionálně, ale někdy má pocit, že to nezvládají, ale naštěstí se to stává jenom občas. Domnívá se, že sestry se snaží dodržovat zásady správné komunikace.

Sestry většinou vytvoří klidné prostředí, ve kterém by si mohli klidně popovídat, někdy si sestra, ale neuvědomí, že by potřeboval ke komunikaci trochu víc klidu a nechá zapnuté rádio v ordinaci, ale je to spíše výjimkou. Několikrát se mu stalo, že sestra nebyla dost trpělivá a měla i snahu věty dokončovat za něj a nebo chtěla, aby něco zopakoval bez koktání. To mu bylo velice nepříjemné a sestře to i po skončení

rozhovoru řekl. Nikdy se mu, ale nestalo, že by ho sestra nutila se vyjadřovat před ostatními, když sestra viděla, že je to nepříjemné chvíli počkala než budou sami a pak pokračovala v rozhovoru. Problém s tím, že by sestra napodobovala jeho projev nebo ho nějak zesměšňovalo, nikdy neměl.

#### 4.2.2 Kategorizace dat v tabulkách

Tabulka 10 Označení jednotlivých respondentů

Handicap respondenta	Označení respondenta R									
Zrakově handicapovaný	R1	R2								
Sluchově handicapovaný			R3	R4						
Tělesně handicapovaný					R5	R6				
Mentálně handicapovaný							R7	R8		
Řečově postižený									R9	R10

V tabulce je provedeno označení respondentů.

Tabulka 11 Pohlaví respondentů

	Označení respondenta R									
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Pohlaví	žena	žena	žena	muž	žena	žena	muž	žena	muž	muž

Tabulka popisuje pohlaví respondentů. 6 respondentů bylo žen, 4 respondenti byli muži.

Tabulka 12 Věk respondentů

	Označení respondenta R									
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Věk respondentů (v letech)	35	55	45	60	40	25	60	20	21	23

Tabulka znázorňuje věk respondentů. Zrakově handicapovaní respondenti byli ve věku 35 (R1) a 55 (R2), sluchově handicapovaní ve věku 45(R 3) a 60 (R 4) let, tělesně handicapovaní byli ve věku 40 ( R5) a 25 (R6) let, mentálně handicapovaní byli ve věku 60 (R 7) a 20 (R 8) let, respondenti s řečovým postižením ve věku 21 (R9) a 23 (R 10) let.

Tabulka 13 Hodnocení přístupu sester ke komunikaci s handicapovanými klienty

R= respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Σ
Dobrá tam, kde už mě znají, vědí, jak se mnou komunikovat, nemůžu si stěžovat	1		1				1				3
Přístup by mohl být lepší, považují mě za neschopnou, nezeptají se, jak se mnou komunikovat		1									1
Je to různé, někdy jsou sestry netrpělivé, potřeboval bych, aby se mnou jednaly jinak				1							1
Neochota a nezájem, dost moji situaci zlehčují					1			1			2
Občas neví, jak se ke mě mají chovat, litují to jim brání v komunikaci se mnou						1					1
Chovají se dobře, nikdy jsem neměl problémy									1		1
Snaží se chovat profesionálně, občas se stane, že to nezvládají										1	1
<b>Celkem</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>10</b>

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku, jak vnímáte komunikaci sester s vámi - 3x se vyskytla odpověď dobrá tam, kde už mě znají, vědí, jak se mnou komunikovat (R1, R3, R7), 2 x se objevila odpověď nezájem o způsob komunikace (R5, R8). Stejně zastoupené, a to 1x, byly kategorie odpovědí - přístup by mohl být lepší, považují mě za neschopnou, nezeptají se, jak komunikovat (R2), je to různé, někdy jsou sestry netrpělivé, potřeboval bych, aby se mnou jednaly jinak, (R4) občas neví, jak se ke mne mají chovat, litují mě a to jim brání v komunikaci se mnou (R6), chovají se dobře, nikdy jsem neměl problémy (R9), snaží se chovat profesionálně, občas se stane, že to nezvládají (R10).

Tabulka 14 Hodnocení dodržování zásad komunikace sester s handicapovanými klienty

R= respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Σ
Myslím, že ne, musím sestřičkám radit	1	1			1						3
Většinou ano			1								1
Ne vždy				1			1				2
Dělá jim to potíže						1					1
Mohly by uplatnit více znalostí								1			1
Ano, dodržují									1		1
Snaží se je dodržovat										1	1
<b>Celkem</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>10</b>

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Myslíte si, že sestry při komunikaci s vámi dodržují správné zásady komunikace? U respondentů je nejčastější odpověď myslím, že ne, musím sestřičkám radit, a to 3x (R1, R2, R5), odpověď ne vždy, se vyskytla 2 x (R4, R7). Nejméně zastoupené kategorie odpovědí, a to 1x, byly většinou ano (R3), dělá jim to potíže (R6), mohly by uplatnit více znalostí (R8), ano, dodržují (R9), snaží se je dodržovat (R 10).

Tabulka 15 Dovednosti sester v komunikaci se zrakově handicapovaným klientem

Respondent	R1					R2					Σ
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Otázka	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Ano											0
Spíše ano							1				1
Spíše ne	1	1							1	1	4
Ne			1	1	1	1		1			5
<b>Celkem</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>10</b>

Kategorizační tabulka znázorňuje odpovědi zrakově handicapovaných respondentů, jak odpověděli na otázky týkající se dovedností sester při komunikaci s nimi. U těchto respondentů je nejčastěji, a to 5x, uvedena odpověď ne, dovednosti sestry nemají, 4x je uvedena odpověď, spíše dovednosti nemají a 1x je uvedena možnost ano, dovednosti mají a možnost ano se zde neobjevila.



Tabulka 16 Dovednosti sester v komunikaci se sluchově handicapovaným klientem

Respondent	R 3					R 4					
Otázka	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	$\Sigma$
Ano										1	<b>1</b>
Spíše ano	1	1	1		1		1				<b>5</b>
Spíše ne				1		1			1		<b>3</b>
Ne								1			<b>1</b>
<b>Celkem</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>10</b>

Kategorizační tabulka znázorňuje odpovědi sluchově handicapovaných respondentů, jak odpověděli na otázky týkající se dovedností sester při komunikaci s nimi. U těchto respondentů je nejčastější odpověď spíše ano, dovednosti mají uvedena 5x, 3x je uvedena odpověď, spíše dovednosti nemají, 1x jsou uvedeny možnosti ano, dovednosti mají a ne, dovednosti sestry nemají.

Tabulka 17 Dovednosti sester v komunikaci s tělesně handicapovanými klientem

Respondent	R5					R6					
Otázka	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	$\Sigma$
Ano					1						<b>1</b>
Spíše ano										1	<b>1</b>
Spíše ne	1							1	1		<b>3</b>
Ne		1	1	1		1	1				<b>5</b>
<b>Celkem</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>10</b>

Tabulka znázorňuje odpovědi tělesně handicapovaných respondentů, jak odpověděli na otázky týkající se dovedností sester při komunikaci s nimi. U těchto respondentů je nejčastější odpověď ne, dovednosti sestry nemají - uvedena 5x, 3x je uvedena odpověď spíše ne, dovednosti nemají a 1x odpověď ano, dovednosti sestry mají a 1x odpověď spíše ano, dovednosti mají.

Tabulka 18 Dovednosti sester v komunikaci s mentálně handicapovanými klienty

Respondent	R7					R8					
Otázka	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Σ
Ano											<b>0</b>
Spíše ano					1				1		<b>2</b>
Spíše ne	1	1		1		1		1		1	<b>6</b>
Ne			1				1				<b>2</b>
<b>Celkem</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>10</b>

Tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi mentálně handicapovaných respondentů, jak hodnotí dovednosti sester při komunikaci s nimi. U těchto respondentů je nejčastější odpověď spíše dovednosti nemají uvedena - 6x, 2x je uvedena odpověď spíše ano, dovednosti mají a odpověď ne, dovednosti sestry nemají, odpověď ano nebyla uvedena ani jednou.

Tabulka 19 Dovednosti v komunikaci sester s klientem s poruchou řeči

Respondent	R9					R10					
Otázka	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Σ
Ano	1	1	1						1	1	<b>5</b>
Spíše ano				1	1	1					<b>3</b>
Spíše ne							1	1			<b>2</b>
Ne											<b>0</b>
<b>Celkem</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>10</b>

Tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentů s poruchou řeči, jak odpověděli na otázky týkající se dovedností sester při komunikaci s nimi. U těchto respondentů je nejčastější odpověď ano, dovednosti sestry mají uvedena - 5x, 3x je uvedena odpověď spíše ne, dovednosti nemají a 1x odpověď ano, dovednosti sestry mají a 1x odpověď spíše ano, dovednosti mají.

Tabulka 20 Dovednosti sester v komunikaci s handicapovanými klienty

Respondenti	R1, R2	R3, R4	R5, R6	R7, R8	R9, R10	Σ
Ano	0	1	1	0	5	<b>7</b>
Spíše ano	1	5	1	2	3	<b>10</b>
Spíše ne	4	3	3	6	2	<b>20</b>
Ne	5	1	5	2	0	<b>13</b>
<b>Celkem</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>50</b>

Tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi všech respondentů, jak odpověděli na otázky týkající se dovedností sester při komunikaci s nimi. U těchto respondentů je nejčastější odpověď spíše ne, dovednosti nemají uvedena - 20x, odpověď ne je druhou nejčastější odpovědí a je uvedena 13x, 10x se vyskytla odpověď spíše ano, dovednosti mají a 7 x je uvedena odpověď ano, dovednosti mají.

## 5 DISKUSE

Empirická část bakalářské práce měla dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit znalosti sester v komunikaci s handicapovanými klienty při poskytování ošetrovatelské péče ve zdravotnických zařízeních. Druhým cílem bylo zmapovat dovednosti sester v komunikaci s handicapovanými klienty při poskytování ošetrovatelské péče.

Pro zjištění znalostí sester byl použit kvantitativní výzkum. Znalosti sester byly zjišťovány v oblasti komunikace se zrakově, sluchově mentálně a tělesně handicapovanými klienty a s klienty s poruchou řeči. Bylo provedeno výzkumné šetření metodou dotazování pomocí dotazníku (Příloha 6) zadávaného sestřám pracujícím ve zdravotnických zařízeních. Počet otázek v dotazníku na znalosti sester u jednotlivých handicapů byl shodný. Zjištěná data byla zpracována do grafů a tabulek. V tabulkách jsou uvedeny odpovědi sester na doplňující podotázky. Údaje v grafech jsou uvedeny v procentech. V tabulkách jsou údaje uvedeny v absolutní četnosti. Návratnost dotazníků byla 102 (68%). Počet rozdaných, navracených a vyhodnocovaných dotazníků je uveden v kapitole metodika. Výzkumný vzorek pro kvantitativní výzkum šetření tvořilo 102 sester.

Zjišťování dovedností sester probíhalo pomocí kvalitativního výzkumu. Bylo provedeno výzkumné šetření pomocí nestandardizovaného rozhovoru (Příloha 7). Osloveno bylo 10 handicapovaných klientů (tabulka 10). Zjištěná data byla zpracována pomocí kategorizačních tabulek.

Nejprve jsme provedli zhodnocení kvantitativního výzkumného šetření. V dotazníku určeném pro sestry, které pracují ve zdravotnických zařízeních, mělo pět prvních otázek identifikační charakter a byly zaměřeny na charakteristiku výzkumného vzorku ( graf 1-5). Věkovou kategorií respondentů ukazuje graf 2. Nejvíce zatupenou věkovou kategorií tvořily sestry ve věku 20-30 let 49 (49,3%), 23 (22,3%) bylo ve věku 31 až 40 let, ve věku 41 až 50 let bylo 20 (19,6%) sester, věkovou kategorií 51 až 60 let tvořilo 10 (9,8%) sester. Vzdělání sester bylo další charakteristikou výzkumného vzorku. Vypovídají o něm údaje z grafu 3. Nejvíce sester 58 (57,2%) mělo středoškolské vzdělání s maturitou, vyššího odborného vzdělání dosáhlo 17 (16,3%) sester, vysokoškolské - bakalářské absolvovalo 15 (14,7%) sester, vysokoškolské –

magisterské mělo 12 (11,8%) sester a vysokoškolské - doktorandské vzdělání nedosáhla žádná (0%) sestra. Také další otázka v dotazníku patřila k identifikačním otázkám. Ukazovala na délku praxe sester (graf 4). Sester s nejdelší dobou praxe více jak 15 let bylo 32 (31,5%), druhou nejpočetnější skupinu tvořily sestry s praxí 1-5 let 34 (33,3%), sester s praxí do 1 roku bylo 5 (4,9%) a s praxí v rozmezí 6 až 10 let 11 (12,7%), sester s 11 až 15 letou praxí 18 (17,6%). Poslední identifikační otázka se týkala absolvování kurzu zaměřeného na komunikaci s handicapovaným klientem. Tento kurz absolvovalo 19 (18,6%) sester.

Pro potvrzení hypotéz H1 a H2, které se vztahovaly k prvnímu cíli výzkumného šetření, tedy ke znalostem sester, jsme provedli analýzu jednotlivých odpovědí sester na otázky dotazníku č. 6 - 25, abychom zjistili znalosti sester. Pro porovnání správných odpovědí na otázky v dotazníku jsme vytvořili graf 35, který znázorňuje procento správných odpovědí sester na jednotlivé otázky. Výsledky uvedené v grafu jsme následně použili k ověření stanovených hypotéz. Provedená analýza otázek dotazníku ukázala následující výsledky.

Otázky č. 6 - 10 zjišťovaly znalosti sester v komunikaci se zrakově handicapovanými klienty. Při setkání se zrakově handicapovaným klientem je důležité, aby sestra klienta oslovila jako první, aby klient věděl, že pozdrav patří jemu. Vhodný je potom také iniciační dotek, nejlépe na rameno, předloktí a ruku, jak uvádějí Pokorná (21), Slowík (22), Michálek (19). Janáčková (11). Znalosti sester o navázání kontaktu s klientem jsou uvedeny v grafech 6 a 7. 94 (92,1%) sester správně uvedlo, že první kontakt navazuje sestra, což je velice uspokojivé. Graf 7 hodnotí, jaký způsob by sestry zvolily při navázání kontaktu, zda by kromě oslovení také použily dotek, aby klient věděl, že sestra hovoří přímo s ním. Pokud sestry označily odpověď ano, sestra se klienta dotkne, nespokojily jsme se pouze s touto odpovědí, ale zajímalo nás také, kde se sestra klienta dotkne. Správně odpovědělo 68 (66,7%) sester, tím že uvedly na rameno, předloktí a ruku. Četnost správných odpovědí uvádí tabulka 1. 13 (12,7%) sester označilo také odpověď ano, ale napsalo špatnou odpověď (tabulka 2). Tyto sestry uvedly, že by se dotkly klienta na obličeji a nebo na těle. 9 (8,8%) sester odpovědělo ne a 12 (11,8%) sester neví, jestli je dotyk vhodný. Znalosti sester o navázání kontaktu s klientem hodnotíme velice pozitivně. Myslíme si, že vysoký počet správných

odpovědí byl proto takový, že si sestry uvědomily důležitost navázání správného kontaktu s klientem pro vytvoření příjemné atmosféry. Tento názor uvádí také Slowík (22). Otázka č. 8 nabízela sestrám možnosti výběru správných zásad komunikace. Jejím zhodnocením (graf 8) jsme měli možnost jednak zjistit, jak sestry znají jednotlivé uvedené zásady a dále nás zajímalo, kolik sester označí pouze tvrzení, která vyjadřují správné zásady komunikace (graf 9). Pokorná (21) Jandáčková (11) Honzák (9) uvádějí, že je vždy nutné mluvit a projednávat vše přímo s nevidomým klientem, nikoli s jeho doprovodem. Tuto zásadu označilo správně 98 (96 %) sester. Tito autoři také popisují, že je nutné upozornit klienta na to, že mu sestra bude provádět nějaký výkon a bude se ho při tom dotýkat a že je také nutné, aby mu sestra popsala postup vyšetření. Tvrzení, že vždy když se sestra bude klienta dotýkat, tak mu to oznámí, označilo správně 73 (72%) sester, a že je nutné mu vysvětlit postup ošetření, označilo 100 (98%) sester. Slowík (22) také uvádí, že je chybou, když se sestra v rozhovoru s nevidomým vyhýbá třeba popisu barev a vizualizace vjemů. Mluvené slovo má v tomto případě kompenzační funkci. 62 (61%) sester odpovědělo, že sestra se nemá bát použít výrazy - podívejte se, to je krásně barevné, dnes vám to sluší. V souvislosti s uplatněním této zásady nás napadá otázka, proč si ostatní sestry myslí, že by s klientem takto hovořit neměly. Mohlo by to být proto, že se sestry domnívají, že by to pro klienta bylo třeba stresující a nebo že je to zbytečné. Pokorná (21) uvádí, že při komunikaci se zrakově handicapovanými klienty, bychom se měli vyvarovat bezvýznamných pojmů. Toto si ale myslí pouze 59 (58%) sester. Zřejmě si neuvědomují, že tito klienti pod pojmy, jako je např. pozor, tady, nedovedou nic představit a že je nutné vše popisovat konkrétně. Pouze 88 (86%) sester se správně domnívá, že je nutné seznámit klienta s novým prostředím. Zde jsme předpokládali, že by tuto zásadu mohly označit všechny sestry, protože každý klient, i když není handicapovaný, by měl být seznámen s novým prostředím, aby se v něm cítil dobře. Na tvrzení, že sestra při pobytu v nemocnici upozorní ostatní klienty na to, že je nový klient zrakově handicapovaný, odpovědělo správně pouze 60 (59%) sester. Sestry, které takto neodpověděly, si zřejmě myslí, že nemají třeba právo sdělovat tyto informace ostatním nebo se mohou domnívat, že by se klient mohl cítit dotčený, kdyby se ostatní klienti dověděli o jeho handicapu. Odpovědí na otázku č. 9 (graf 10) měly sestry prokázat znalosti při podávání jídla.

Michálek (19) v publikaci Váš nevidomý pacient uvádí, že cennou pomocí pro nemocného může být, když se s ním personál dohodne na způsobu popisu jeho porce jídla. Pokorná (21) uvádí, že popis porce jídla může sestra provést podle hodinového ciferníku. 84 (82,4%) sester si myslí, že je vhodné zrakově handicapovaného klienta seznámit s rozmístěním jídla na talíři. 5 (4,9%) sester uvedlo odpověď ne, 13 (12,7%) sester nevědělo. K této otázce jsme ještě přidali doplňující otázku, která se týkala toho, zda sestry znají způsob, jakým klienta s rozmístěním jídla seznámí. Četnost odpovědí uvádí tabulka 3. Jak doprovázet zrakově handicapovaného klienta, správně označilo pouze 57 (55,9%) sester (graf 11). Označily možnost, kterou uvádějí v odborné literatuře Pokorná (21), Slowík (22) Sestra jde před klientem a ten je do ní zavěšen a nebo se jí drží za rameno. Překvapilo nás, že 5 sester (4,9%) zvolilo odpověď, že by klienta nechaly jít před sebou a radily mu a 40 (39,2%) odpovědělo, že sestra jde vedle klienta.

Otázky 11 - 15 zjišťovaly znalosti sester v komunikaci se sluchově handicapovanými klienty. Pouze 56 (54,9 %) sester ví, jak by správně navázalo kontakt s těmito klienty (graf 12). Slowík (22), Pokorná (21) uvádějí, že pokud chceme začít komunikovat se sluchově handicapovaným, upozorníme ho na to zřetelně dotykem na předloktí nebo na horní končetinu. Překvapilo nás, že se mezi odpověďmi objevily i možnosti budu křičet a nebo se domluvíme přes klientův doprovod. Tento postoj, jak uvádí Pokorná (21) neodpovídá správným zásadám komunikace s neslyšícími a také obecným zásadám komunikace. Pro zajištění efektivní komunikace se sluchově handicapovaným je důležité, aby sestra znala zásady efektivního odezírání. Proto jsme také tuto otázku zařadili do našeho výzkumného šetření a chtěli jsme, aby sestry zásady samy napsaly (graf 13). Slowík (22) je uvádí následovně - odezírající potřebuje zřetelně vidět do tváře komunikujícího, postoj obou by měl být takový, aby oči měli ve stejné výši, pokud to nejde, tak odezírající by měl být o něco níže než mluvčí, tvář odezírajícího by měla být vždy dobře osvětlena, tempo řeči je pomalejší, sdělení mají být srozumitelná a jasná. Doporučuje se zřetelně artikulovat a použít odpovídající mimiku a ověřovat si pochopení kontrolními otázkami. Pouze 22 (21,6%) sester napsalo 4 zásady. Výsledky odpovědí na tuto otázku nás překvapily, domnívali jsme se, že zásady odezírání bude znát více sester. Otázka č. 13 nabízela sestřím možnosti výběru

správných zásad. Jejím zhodnocením (graf 14) jsme měli možnost jednak zjistit, jak sestry znají jednotlivé uvedené zásady a dále nás zajímalo, kolik sester označí pouze tvrzení, která vyjadřují správné zásady komunikace. Pouze 46 sester (45%) označilo správně tvrzení, že komunikaci s klienty se sluchovým handicapem ruší hluk z okolí. Domníváme se, že sestry zřejmě předpokládají, že pokud hovoří se sluchově handicapovaným, nemůže ho hluk rušit, proto bylo tak malé procento správných odpovědí. Zřejmě si asi neuvědomují, že na přítomnost rušivých vlivů, jako je např. hluk z ulice, zapnuté rádio a různé vibrace, je osoba s poruchou sluchu velmi citlivá, zejména když používá naslouchadlo, jak uvádí Pokorná (21), Jandáčková (11). Pouze 60 (59%) sester se domnívá, že klientovi vadí, když se sestra baví s někým dalším a neupozorní ho na to. Pokud si sestra tuto skutečnost neuvědomuje, myslíme si, že se nedoveze vcítit do prožívání klienta a porušuje zásady komunikace. Klient se tak může cítit vyčleněn, jak uvádí Jandáčková (11). Naopak jako dobré můžeme hodnotit, že 88 (86%) sester by si ověřilo, že klient rozuměl podané informaci. Ověření si informací o tom, zda klient porozuměl sdělovanému, vychází z obecných zásad komunikace. Tuto zásadu ale najdeme zdůrazněnou také v zásadách komunikace se sluchově handicapovaným klientem v odborné literatuře Pokorná (21), Slowík (22) Janáčková (11). Při odezírání je neslyšící klient schopen udržet souvisle pozornost přibližně 15-20 minut, jak uvádí Slowík (22). Tuto skutečnost si uvědomuje 76 (74%) sester. Všechna možná správná tvrzení otázky č.13 označilo 24 (23%) sester a tím zodpovědělo otázku správně (graf 15). Otázka č. 14 (graf 16) zjišťovala, zda je vhodné, aby sestra při komunikaci s neslyšícím klientem používala výraznější mimiku a gesta. Jak uvádí Slowík (22), Pokorná (21), Jandáčková (11), je to vhodné, ale nesmí tato gesta být přehnaná, tak také odpovědělo 70 (68,9%) sester. Sestra by si při komunikaci s klienty měla uvědomit, že informace si nepředáváme pouze verbálně, ale že podstatná část komunikace se uskutečňuje neverbálně. Při komunikaci se sluchově handicapovanými klienty je možné využít i jiné formy dorozumívání. 80 (79 %) sester uvedlo ( graf 17), že některé alternativní metody znají a 22 (21%) sester označilo možnost, že žádné metody neznají. Údaje v grafu doplňuje přehled alternativních metod (tabulka 6), o kterých se sestry domnívají, že by byly vhodné pro komunikaci s neslyšícím. Nejčastěji uvedly, že by se s klientem mohly dorozumět písemně, dalšími alternativními formami



byly znakový jazyk a prstová abeceda. Pro zlepšení komunikace s těmito klienty by bylo určitě dobré, kdyby sestry znaly některé alternativní metody dorozumívání, třeba znakový jazyk.

Otázky č. 16 - 20 zjišťovaly znalosti sester v komunikaci s klienty s mentálním handicapem. Při jejich sestavování jsme vycházeli z charakteristiky chování, prožívání a jednání těchto jedinců. Pokorná (21) Honzák (9), Slowík (22) uvádějí, že komunikace s těmito jedinci je zaměřena na předání základních informací a pochopení jednoduchých instrukcí. Vzhledem k vyšší emoční labilitě a intenzivnějšímu prožívání je třeba k těmto jedincům přistupovat individuálně, s velkou trpělivostí, tolerancí a pochopením. Velký význam má komunikace s rodinou a blízkými, ale klient při tom nesmí mít pocit, že jednáme za jeho zády. Jako důležitý faktor v komunikaci vidí tyto autoři také oslovení. Jejich názory na oslovení se liší. Někteří autoři uvádějí, že je vhodné vykat, jiní se naopak přiklánějí k tykání, které dovoluje navázat bližší kontakt. Říkají, že je dobré si pamatovat, že neexistuje žádné zobecňující pravidlo a je vhodné postupovat podle potřeby a zvyklostí klienta, je možné použít i zdrobnělinu jména. Shodují se na tom, že ale není vhodné používat infantilní výrazy. Používání abstraktních pojmů např. zítra, někde apod. vzbuzuje pocit nejistoty a jsou také často zdrojem nepochopení a vedou ke ztrátě důvěry. Výsledky v grafu 18 vypovídají o tom, zda si sestry zjistí informace o klientovi předem, než s ním začnou hovořit. Z dotazovaných sester jich 74 (72,5%) odpovědělo, že ano, 19 (18,7%) sester odpovědělo ne a 9 (8,8%) sester neví, zda je to vhodné. Sestry, které označily odpověď ne, si zřejmě neuvědomily odlišnosti v přístupu k mentálně retardovaným a uplatňovaly by u nich pravidlo jednání s klienty, které říká, že jednat máme přímo s klientem. Jaké mají znalosti sestry o oslovení klienta, ukazuje graf 19. 79 (78%) sester si myslí, že sestra při oslovení vychází z informací získaných od doprovodu a z přání klienta. Pouze 4 (3,9%) sestry by klientovi automaticky tykaly a 19 (18,1%) sester by klientovi vždy vykalo. Procento správných odpovědí sester na možná tvrzení týkající se zásad komunikace s mentálně retardovanými klienty v otázce č.18 ukazuje graf 20. 92 (90,2%) sester uvedlo, že je nutné komunikovat přímo s klientem a ne s jeho doprovodem, 95 (93,1%) sester by používalo jednoduché věty a volné tempo řeči, infantilní výrazy by nepoužilo 96 (94,1%). Na tvrzení, že se sestra vyvaruje abstraktních pojmů, odpovědělo správně

pouze 41 (40,2%) sester. Je dobré, že sestry ví, že infantilní výrazy jsou vhodné při komunikaci s malými dětmi, kterými mentálně retardovaní nejsou. Ale bylo by dobré, kdyby si také uvědomily, že schopnosti mentálně retardovaných klientů jsou jiné a liší se podle stupně mentální retardace, takže používání abstraktních pojmů je nevhodné. Všechna možná správná tvrzení v otázce 18 označilo 33 (32,4%) sester (graf 21). V otázce č. 19 nás zajímalo, zda sestry znají některé alternativní formy komunikace s klientem s demencí. Jak uvádí Slowík (22), lidé s demencí mají často problémy s výpadky slov, obsah jejich sdělení může být zmatený, často je třeba si společně vyjasnit význam sdělení. V případech těžší demence je vhodné použít alternativní formy dorozumívání, osvědčují se piktogramy, realistické obrázky nebo metoda bazálního dialogu. Janáčková (11) píše, že je také vhodné názorně klientovi s demencí ukázat jednotlivé předměty a také můžeme důležité údaje napsat. Graf 22 a údaje v tabulce 7 informují o tom, že pouze 20 (19,6%) sester zná nějakou alternativní metodu dorozumívání s klienty s demencí. Tyto sestry jako alternativní metody uvedly obrázky, piktogramy a použití názorných předmětů. Žádná sestra neuvedla jako možnost metodu bazálního dialogu. To, že pouze tak málo sester zná alternativní formy dorozumívání se s klientem s demencí, může vést k tomu, že tyto sestry pouze klienta ošetřují, ale nekomunikují a klient se tak může dostat i do sociální izolace. Aby sestra mohla zvolit vhodný způsob komunikace, měla by znát stupeň demence klienta. Proto nás zajímalo, zda sestry ví, jaký test by zvolily. Nabídly jsme jim MMSE test, (Příloha 5), Barthel test, IQ test a Coombsův test. Výsledky uvádíme v grafu 23. Nejvíce sester 78 (77,4%) označilo správně, že se jedná o MMSE test.

Znalosti sester s tělesně handicapovanými klienty hodnotí grafy 24 až 29. Jako první jsme zařadili otázku č. 21 (graf 24), která se týkala znalostí komunikace s imobilním klientem na vozíku. Chtěli jsme, aby sestry uvedly alespoň tři zásady, ty napsalo 15 (14,2%) sester, 1 nebo 2 správné zásady uvedlo 25 (24,5%) a 62 (61,3%) sester uvedlo, že žádnou zásadu neznají. Nečekali jsme, že tolik sester neuvede žádnou zásadu. Dále uvádíme rozbor zásad, které uvedly sestry v dotaznících. Aby dorozumívání bylo opravdu přátelské, jak uvádí Slowík (22) měli bychom se při komunikaci s tělesně handicapovaným jedincem sklánět a nebo sedět a udržovat oční kontakt. Stát nad člověkem, který sedí pod námi je nejenom neslušné, ale není ani příliš

efektivní pro dobrou komunikaci. Člověk sedící na vozíku, vnímá svět z podstatně nižší úrovně. Zásadu, že si ke klientovi sednou, uvedlo 30 sester (tabulka 8), zásada vychází i z obecných zásad komunikace, nejlépe se lidé domluví vsedě. Další uváděnou zásadou je ta, že bychom měli při doprovázení klienta jít vedle něj, aby se nemusel otáčet dozadu a zaklánět hlavu, což pro něj může být bolestivé a nepohodlné. Tuto zásadu uvedlo ve svých odpovědích 20 sester. Také zásada týkající se toho, že není vhodné se opírat o vozík klienta, byla uvedena v 10 odpovědích sester. 8 sester napsalo jako další zásadu, že je vhodné se zeptat klienta, kam se s vozíkem dostane, 5 sester vidí, že je nutné se zeptat klienta na obsluhu jeho vozíku. Abychom nedělali za klienta s tělesným handicapem zbytečně některé úkony a tím ho nepodceňovali, je vhodné si zjistit úroveň jeho sebezpečí. Jak na otázku týkající se sebezpečí odpověděly sestry, znázorňuje graf 25. 92 (90,2%) sester uvedlo, že je důležité, aby si sestra zjistila úroveň klientovi sebezpečí. Pouze 5 (4,9%) sester by to neudělalo a 5 (4,9%) sester neví, zda je to důležité. V doplňující otázce jsme se sester ptali, jakým způsobem úroveň zjistí. Jejich odpovědi jsou v tabulce 9. Tělesné znevýhodnění většinou nebývá samo o sobě překážkou komunikace, pokud nepostihuje mluvidla. Nejvýznamnější komunikační bariérou bývají změny sebehodnocení a sebekoncepce, uvádí Pokorná (21). Tuto skutečnost si uvědomuje 86 (84,4%) sester (graf 26). Věříme, že tuto znalost sestry uplatňují také při jednání s tělesně handicapovanými klienty. Graf 27 popisuje, které z nabídnutých tvrzení otázky č. 24 týkající se zásad komunikace s tělesně handicapovanými vidí sestry jako správné. Jak ukazují výsledky, znalosti sester v této oblasti jsou dobré. Pokorná (21) zařazuje mezi nejčastější chyby při komunikaci s tělesně handicapovanými předpoklad mentálního deficitu u osoby s tělesným handicapem a nerespektování individuálních zvláštností znevýhodněného (potřeba specifického přístupu a zvláštních pomůcek). 102 (100%) sester uvedlo, že by nikdy automaticky nepovažovalo tělesně handicapovaného klienta za mentálně handicapovaného. Vyjádřily tím velice kladný postoj a empatický přístup. S kompenzačními pomůckami a jejich obsluhou by se seznámilo 86 (84%) sester. Individuální potřeby klientů by respektovalo 94 (92%) sester. Z téhož grafu je rovněž patrné, že 96 (94%) sester by se nevyhýbalo pohledům na klienta a 85 (83%) sester se domnívá, že je dobře, když sestry udržují oční kontakt při komunikaci.

Graf 28 hodnotí, kolik sester označilo pouze 2 správná tvrzení a tím zodpovědělo celou otázku správně. Těchto sester bylo 62 (60,8%). Tělesně postiženého klienta může do zdravotnického zařízení doprovázet i asistenční pes, který je pro něj velice důležitý společník. Slowík (22) uvádí, že pokud klienta doprovází asistenční pes, nikdy bychom ho neměli rušit v práci tím, že ho budeme hladit a volat na něj. Graf 29 ukazuje, jak by se k asistenčnímu psovi chovaly sestry. 2 (2%) sestry by psa hladily a volaly by na něj, 92 (90,2%) sester by to nedělalo a 8 by (7,8%) nevědělo.

Otázky č. 26 a 27 byly věnované komunikaci sester s klienty, kteří mají afázii. Afázie je stav, kdy dochází k narušení či ztrátě už rozvinuté schopnosti porozumění a tvorby řeči. Při senzorické afázii postižený mluví, ale nerozumí. Při motorické afázii klient rozumí, ale nemluví. Pokud se chce sestra s klientem dobře domluvit a předat mu informace, měla by si vždy zhodnotit komunikační schopnosti a uvědomit si, o jaký typ postižení se jedná. Otázky týkající se znalostí sester v komunikaci s klienty s afázií zjišťovaly, zda si sestry uvědomují rozdíly v přijímání informací klientů s afázií a ví, jak správně komunikovat. Z výsledků grafu 30 vyplývá, že klientovi se senzorickou afázií by 48 (47,1%) sester názorně předvádělo činnosti. Tyto sestry si zřejmě uvědomily, o jaký typ afázie se jedná. 21 (20,6%) sester si myslí, že to nutné není a 33 (32,3%) sester na tuto otázku nezná odpověď. Graf 31 hodnotí znalosti sester s klienty s motorickou afázií. Slowík (22), Linhartová uvádějí, že s těmito klienty je třeba hovořit pomalým tempem, vyjadřovat se jasně a srozumitelně. Je vhodné používat uzavřené otázky, aby na ně klient mohl odpovídat ano-ne. Do dotazníku jsme pro sestry připravili dvě otázky a dotazovali jsme se, kterou otázku by zvolily. Výsledky byly následující. 12 (11,8%) sester si myslí, že nejlepší je položit klientovi otázku Chcete housku, chleba nebo něco jiného a čím byste to chtěl namazat. Toto tvrzení není správné. 90 (88,2%) sester, se domnívá, že lepší by byla otázka: Chtěl byste housku namazanou máslem a to je otázka, na kterou klient odpoví i kývnutím hlavy a snáze se sestrou domluví. Otázky č.28-29 zjišťovaly, jak sestry prokáží svoje znalosti v komunikaci s klienty s koktavostí, s breptavostí a poruchou výslovnosti. Graf 32 řeší komunikaci sester s klienty s koktavostí. Slowík (22), Linhartová (17) uvádějí, že důsledky poruch plynulosti řeči jsou pro osobnost jedince stejně zásadní jako nemluvnost. Není proto vhodné dokončovat za klienta věty a sdělení nebo komunikaci urychlovat, případně klienta

lítovat a napodobovat ho. V této souvislosti jsme se sester ptali, jestli je vhodné, aby sestry dokončovaly věty za klienta s koktavostí. Překvapilo nás, že 14 (13,7%) jich uvedlo, že by věty dokončilo, a 22 (21,6%) sester by nevědělo, jestli je vhodné, aby větu dokončily. Zbylé sestry si zřejmě uvědomují, že tento nesprávný přístup je devalvující vůči klientovi a že věty by nedokončovaly (64,7%). Slowík (22) uvádí, jak jednat s klientem s breptavostí. Zde bychom naopak měli taktně klienta upozornit a požádat ho o pomalejší tempo vyjadřování, tedy udělat to, co se nedoporučuje u klienta s koktavostí. Sestry našeho výzkumného šetření odpověděly následovně (graf 33). Správný přístup by uplatnilo 45 (44,1%) sester. Více než polovina sester neví, zda je to vhodné, a nebo by klienta neupozornila, aby mluvil pomaleji. Tyto sestry se nejspíše domnívají, že by porušily pravidla slušného chování, kdyby klientovi skákaly do řeči, ale zásada je jiná. Slowík (22) také uvádí, že pokud jednáme s člověkem, jehož vyjadřování je nesrozumitelné, máme ho požádat o zopakování sdělení. 87 (85,3%) dotazovaných sester odpovědělo na otázku č. 30, že je vhodné požádat klienta s poruchou výslovnosti o zopakování (graf 34). Na základě výsledků rozboru jednotlivých odpovědí sester vyplynulo, že sestry znalosti v komunikaci s handicapovanými klienty nemají. Hypotéza H1- Sestry nemají znalosti v komunikaci s handicapovanými klienty při poskytování ošetrovatelské péče - byla výzkumným šetřením potvrzena. Na základě porovnání výsledků odpovědí sester na otázky týkající se znalostí komunikace sester s klienty s jednotlivými handicapy vyplynulo, že sestry, jak jsme předpokládali, nemají nejvíce znalostí v oblasti v komunikaci se sluchově handicapovanými klienty. Hypotéza H2- Sestry mají nejvíce znalostí v komunikaci se sluchově handicapovanými klienty při poskytování ošetrovatelské péče - nebyla výzkumným šetřením potvrzena.

V následující části diskuse se budeme věnovat zhodnocení výsledků kvalitativního výzkumného šetření. Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat dovednosti sester v komunikaci s handicapovanými klienty při poskytování ošetrovatelské péče. Výsledky našeho výzkumného šetření vycházejí z individuálních nestandardizovaných rozhovorů s 10 handicapovanými klienty. Rozhovory probíhaly na základě základních rámcových otázek (Příloha 7). Provedli jsme analýzu získaných informací. Vytvořili jsme kategorizační tabulky. Základní tabulky vypovídají o

označení respondentů (tabulka 10), pohlaví respondentů (tabulka 11) a věku respondentů ( tabulka 12).

Dále nás zajímalo, jak respondenti hodnotí přístup sester ke komunikaci s handicapovanými klienty. V odborné literatuře se uvádí, že účinná komunikace je základním prvkem všech profesí, jejichž cílem je pomáhat. Patří mezi ně také ošetřovatelství. Správná komunikace formuje vztahy mezi sestrou a klientem Kozierová (13), Venglářová (24) uvádějí, že pacient a ten, kdo ho ošetřuje, jsou ve vzájemné interakci a komunikace je druh péče. Komunikační dovednosti sester vedou k rozšíření kontaktu a vztahu s klientem. Pohled respondentů na přístup sester k nim je různý (tabulka 13). Pouze jeden klient (R9) hodnotí přístup a komunikaci sester jako dobrou a nikdy s tím neměl problémy. Respondenti (R1, R3, R7) uvádějí, že přístup je dobrý a tam, kde už je znají, vědí, jak s nimi mají komunikovat. Slowík (19) uvádí, zábrany v komunikaci nepostižených lidí s jedinci s handicapem velice často pramení ze zásadního problému, a tím je neinformovanost o lidech s postižením. Jedinci, kteří už o konkrétním postižení vědí, nemají většinou problém se setkat s handicapovaným člověkem. S kvalitní informovaností se obvykle zmenšuje strach a ostych. Také respondent (R10) hodnotí přístup sester kladně. Sestry se snaží chovat profesionálně, jenom občas se stane, že to nezvládají. Dále z tabulky 13 vyplývá, že ne všichni klienti hodnotí přístup sester a jejich komunikaci pozitivně. „Přístup by mohl být lepší, považují mě za neschopnou, nezeptají se, jak komunikovat,“ je názor respondenty (R2), respondentka (R6) říká: „Občas nevědí, jak se ke mně mají chovat, litují mě a to jim brání v komunikaci se mnou. " Oba uvedené přístupy jsou neprofesionální a sestry při nich porušují zásady komunikace. Nesprávný přístup sester, tak jako předchozí respondenti, vyjádřil i respondent (R5), který vypověděl, že se setkává s neochotou a nezájmem. Zarážející je také jeho vyjádření o tom, že jeho situaci sestry zlehčují. Na neochotu a nezájem si stěžoval i respondent (R8). Vyjádření respondentů o přístupu sester bylo pro nás velmi překvapivé. Pokud klient vyjádří, že se setká s nezájmem a neochotou, zřejmě to svědčí o tom, že sestry nemají zájem si zjistit informace o tom, jak komunikovat s handicapovanými klienty. Zacharová (30) uvádí, že součástí profesionálního vybavení sestry je znalost a dovednost komunikace s nemocným a že komunikace je dovednost, kterou je nutné neustále rozvíjet. K ověření této výzkumné

otázky jsme ještě položili klientům otázku: „Myslíte si, že sestry při komunikaci s Vámi dodržují správné zásady komunikace?“ Odpovědi všech respondentů, na to zda sestry dodržují zásady komunikace, jsme zhodnotili (tabulka 14) a výsledky byly následující. Respondent (R9) jako jediný uvedl, že sestry dovednosti mají a vyjádřil to jasnou odpovědí ano. Respondenti (R1, R2, R5) uvedli opačný jednoznačný názor, že sestry zásady komunikace s nimi v praxi neuplatňují. Ostatní respondenti uvedli odpovědi, z kterých vyplývá, že v praxi uplatňují pouze některé zásady komunikace a nebo je uplatňují jenom někdy (R3, R4, R6, R8, R10). Následně jsme každému respondentovi položili specifické otázky podle jeho handicapu a dotazovali jsme se na uplatňování jednotlivých zásad. Provedli jsme vyhodnocení odpovědí jednotlivých respondentů podle typu handicapu do kategorizačních tabulek (tabulka 14-18) a jejich odpovědi jsme sloučili do jedné tabulky (tabulka 19). Jednoznačně nejvíce zastoupené odpovědi respondentů a to, 20x, byly, že sestry spíše zásady komunikace neuplatňují a 13x se objevily odpovědi neuplatňují, což pro nás byl zcela překvapující výsledek. Dále uvádíme některá negativní hodnocení respondentů. Zrakově handicapované respondentky (R1, R2) si stěžují, že sestry při navázání komunikace s nimi zapomínají, že by je sestry měly upozornit na to, kde jsou, kde je sestra a kam se mají třeba posadit. Odborná literatura Linhartová (17), Slowík (22) uvádí, že pro navázání správného kontaktu se zrakově handicapovaným je důležitý iniciační dotek a seznámení s prostředím. Klient se potom cítí dobře a je navozena příjemná atmosféra. Sestry tyto dovednosti zřejmě nemají. Domnívají se, že stačí klienta pouze pozdravit a říci, posaďte se. Obě respondentky se pozastavily nad tím, že při jejich hospitalizaci v nemocnici jim sestry neuměly pomoci při jídle. Neřekly jim, kde mají jídlo a nezeptaly se, jak jim mohou pomoci. Sestry si zřejmě neuvědomují, že konzumace jídla patří k nejobtížnějším dovednostem zrakově handicapovaných jedinců, jak uvádí Michálek (19). Z odpovědí respondentek jsme se dále dověděli, že se setkávají bohužel i s tím, že sestry neví, jak je mají doprovázet. Zde bychom předpokládali, že sestry dovednosti budou mít. Sluchově handicapovaní respondenti (R3, R4) vidí jeden z problémů v tom, že sestry nehledají jinou možnost, jak se s nimi domluvit a předat informace, třeba jim to napsat, to také uvádí Linhartová (17). Myslíme si, že sestry o této možnosti vědí, ale nedělají to, protože by jim to zabralo více času. Tělesně handicapovaným

respondentkám (R5, R6) nejvíce vadí, že je sestry považují za nesoběstačné a dělají věci za ně, mnohdy špatně, a někdy jim tím způsobí i bolest. Tento postoj sester neodpovídá tomu, že by si sestra měla vždy zhodnotit potřeby klienta a dále stanovit jeho problémy a s klientem naplánovat, jak je budou řešit. Pokorná (21) k tomuto uvádí, že přílišná aktivita může být inhibiční a může zhoršit vztahy mezi oběma komunikujícími subjekty. Respondentky by také přivítaly, kdyby sestry při jejich doprovázení na vozíku šly vedle nich. Lépe by si mohly povídat a více by si rozuměly. Blízkým mentálně retardovaným respondentům (R7, R8) není příjemné, že sestry komunikují s nimi a ne s klienty. Možná by tomu nemuselo tak být, kdyby si sestry nejdříve zjistily potřebné informace bez přítomnosti klienta, zeptaly se na komunikační schopnosti a stupeň jeho postižení, což také nedělají. Respondenti s poruchou řeči (R9, R10) hodnotili dovednosti sester spíše kladně. Jeden z nich jako negativní vidí to, že by mu sestry mohly vytvořit klidnější prostředí pro komunikaci, což je také jedna ze zásad komunikace s klienty s poruchou řeči, jak ji uvádí Slowík (22). Jednoznačná odpověď ano, dovednosti sestry mají, byla v odpovědích respondentů zaznamenána pouze 7 x a odpověď spíše ano 10x. Mezi kladně hodnocené dovednosti patřily tyto odpovědi: pomalá a zřetelná komunikace se sluchově handicapovanými klienty. Klienti s poruchou řeči si chválili, že jim sestry poskytnou dostatek času a klid, aby se mohli vyjádřit a tělesně handicapovaní to, že si většina sester sedne, když s nimi hovoří.

Na základě analýzy výše uvedených výsledků odpovědí odpovídáme na výzkumné otázky: Na výzkumnou otázku 1, uplatňují sestry zásady komunikace s handicapovanými klienty při poskytování ošetrovatelské péče, vyplynula odpověď 1: Sestry neuplatňují, a nebo spíše neuplatňují zásady komunikace s handicapovanými klienty. Na výzkumnou otázku 2, jak hodnotí handicapovaní klienti komunikaci sester při poskytování ošetrovatelské péče, vyplynula odpověď 2: Klienti hodnotí přístup sester při komunikaci různě. Vidí ho v menší míře jako dobrý, profesionální, uvádějí, že by mohl být lepší, dále říkají, že jsou sestry netrpělivé, potřebovali by jiné jednání, vidí neochotu a nezájem, setkávají se s zlehčováním určitých situací, pocítují nejistotu v chování a také se setkávají s tím, že je sestry litují.



## 6 ZÁVĚR

Komunikace sester s klienty je velice obtížná a náročná činnost. Pokud má být tato komunikace na profesionální úrovni, vyžaduje celou řadu odborných znalostí, úsilí a empatie. Bez účinné a vstřícné komunikace není možné vzájemné porozumění mezi sestrou a klientem. Komunikace s handicapovanými klienty je ztížena jejich zdravotním postižením. Sestry při ní musí uplatnit vedle obecných zásad komunikace také pravidla komunikace s handicapovanými klienty.

Bakalářská práce byla zaměřena na zjištění znalostí a dovedností sester v komunikaci s handicapovanými klienty. Byly stanoveny dva cíle práce. Prvním cílem bylo zjistit znalosti sester v komunikaci s handicapovanými klienty při poskytování ošetrovatelské péče. Provedený výzkum byl výzkumem kvantitativním. Výzkumné šetření probíhalo metodou dotazování u sester pracujících ve zdravotnických zařízeních. Pro dosažení toho cíle byly stanoveny dvě hypotézy. Hypotéza H1: Sestry nemají znalosti v komunikaci s handicapovanými klienty při poskytování ošetrovatelské péče. Tato hypotéza se ve výzkumném šetření potvrdila. Sestry nemají potřebné znalosti v komunikaci s handicapovanými klienty. Aby komunikace sestry a klienta byla účinná, měla by sestra znát všechny důležité zásady. Jenom tak může být její komunikace s klientem na profesionální úrovni. I malé zaváhání sestry v průběhu komunikace způsobené neznalostí se stává překážkou v komunikaci a v navázání dobrého vztahu mezi klientem a sestrou. Hypotéza H2: Sestry mají nejvíce znalostí v komunikaci se sluchově handicapovanými klienty. Tato hypotéza se ve výzkumném šetření nepotvrdila. Domnívali jsme se, že v současné době, kdy mají sestry možnosti absolvovat kurzy znakového jazyka, při kterých získají i další znalosti v komunikaci s těmito klienty, by se tato skutečnost mohla projevit na jejich znalostech. Z výzkumného šetření vyplynulo, že nejvíce znalostí mají sestry v komunikaci se zrakově handicapovanými klienty.

Druhým cílem práce bylo zmapovat dovednosti sester v komunikaci s handicapovanými klienty při poskytování ošetrovatelské péče. Pro dosažení cíle byly stanoveny dvě výzkumné otázky: 1. Uplatňují sestry zásady komunikace s handicapovanými klienty při poskytování ošetrovatelské péče? 2. Jak hodnotí

handicapovaní klienti komunikaci sester při poskytování ošetrovatelské péče? Výzkum šetření bylo proveden pomocí nestandardizovaných rozhovorů s handicapovanými klienty, kterým byla poskytnuta ošetrovatelská péče ve zdravotnických zařízeních. Provedený výzkum byl výzkumem kvalitativním. Na základě analýzy rozhovorů s klienty vplynuly následující odpovědi, které vypovídají o dovednostech sester v komunikaci s handicapovanými klienty. Z výzkumné otázky 1. vplynula odpověď 1. Sestry zásady komunikace s handicapovanými klienty spíše neuplatňují. Z výzkumné otázky 2. vplynula odpověď 2. Handicapovaní klienti hodnotí přístup sester při komunikaci různě. Vidí ho v menší míře jako dobrý, profesionální. Uvádějí, že by mohl být lepší, dále říkají, že jsou sestry netrpělivé, potřebovali by jiné jednání. Vidí neochotu a nezáměr, setkávají se se zlehčováním určitých situací, pociťují nejistotu v chování, a také se jim nelíbí, že je sestry litují. Dovednosti a přístup sester k handicapovaným klientům zhodnotili klienti spíše záporně. Některé výpovědi klientů o přístupu sester k nim neodpovídají profesionálnímu chování sester.

Závěrem této práce lze konstatovat, že cíle práce byly splněny. Na základě výsledků obou výzkumných šetření by bylo třeba zvýšit povědomí sester o zásadách správné komunikace s handicapovanými klienty.

Výsledky práce bude možné využít pro přednášky v rámci odborných seminářů a odborných konferencí pořádaných pro sestry v rámci dalšího vzdělávání. Bude při nich věnována pozornost zásadám komunikace sester s handicapovanými klienty, a dovednostem, které v praxi neuplatňují. Dále bude možné výsledky použít k edukaci sester v komunikaci s handicapovanými klienty a při výuce studentů oboru všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách a vysokých školách v předmětu komunikace v ošetrovatelství s handicapovanými klienty.

## 7 SEZNAM LITERATURY A POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J. *Psychopedie: Texty k distančnímu vzdělávání*. 1. vyd. Brno: Paido, 2007. 150 s. ISBN 978-80-7315-144-7
2. BARTOŠÍKOVÁ, I., JIČINSKÝ, V., JOBÁNKOVÁ, M., KVAPILOVÁ, J. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 203 s. ISBN 80-7013-288-4.
3. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 174 s. ISBN 80-7013-243-4
4. DENKOVÁ, J. Kontakt s nevidomými a těžce zrakově postiženými. *Sestra*. 2008, roč. 18, č.1, str. 55-56. ISSN 1210-0404
5. FIKEJS, J. Neslyšící pacient v ordinaci. *Practicus*. 2008, roč. 7, č. 3, str. 48-49 ISSN 1213-8711
6. FISCHER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika* 1.vyd. Praha: Triton, 2008. 205 s. ISBN. 978-80-7387-014-0
7. HAMADOVÁ, P., KVĚTOVÁ, L., NOVÁKOVÁ, Z. *Oftalmopedie: Texty k distančnímu vzdělávání*. 1. vyd. Brno: Paido, 2007. 125 s. ISBN 978-80-7315-145-4
8. HELUS, Z. *Psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Fortuna, 1997. 120 s. ISBN 80-7168-406-6
9. HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. 1. vyd. Praha: Galén, 1995. 159 s. ISBN 80-85824-60-4

10. HORŇÁKOVÁ, A., ŠTEFKOVÁ, G. Specifika komunikace ve zdravotnické profesi. *Sestra*. 2009, roč. 19, č.5, str. 30. ISSN 1210-0404
11. JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1 vyd. Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9
12. KÁBELE, F. a kol. *Somatopedie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1993. 242 s. ISBN: 80-7066-533-5
13. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo I*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0
14. KRISTOVÁ, J., TOMAŠKOVÁ, Z. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2002. 164 s. ISBN80-8063-107-7
15. KŘIVOHLAVÝ, J. *Povídej.- naslouchám* 1. vyd. Praha: Návrat, 1993. 105 s. ISBN 80-85495-18-X
16. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0
17. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5
18. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3
19. MICHÁLEK, M., VOJTÍŠEK, P., VONDRÁČKOVÁ, J. *Váš nevidomý pacient*. 1. vyd. Praha: Okamžik, 2010. 59 s. ISBN 978-80-86932-26-2

20. PIPEKOVÁ, J. *Speciální pedagogika*. 2.vyd. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0
21. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-440-2
22. SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 155s. ISBN 978-80-7367-691-9
23. SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 160s. ISBN 978-80-247-1733-3
24. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8
25. VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedie*. 1. vyd. Olomouc: Cover, 2005. 181 s. ISBN 80-244-1088-5.
26. VYBÍRAL, Z. *Psychologie lidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál 2000. 264 s. ISBN 80-7178-291-2
27. VYHÝBALOVÁ, L. Komunikační dovednosti v práci sestry. *Sestra*. 2011, roč. 21, č.1, str. 28. ISSN 1210-0404
28. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X
29. ZACHAROVÁ, E. Specifika komunikace sestry a pacienta v klinické praxi. *Sestra*. 2010, roč. 20, č.7-8, str. 28-29. ISSN 1210-0404

30. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie teorie a praktická cvičení*. 1.vyd. Praha, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5

## **8 KLÍČOVÁ SLOVA**

Klient

Komunikace

Mentální handicap

Poruchy řeči

Sestra

Sluchový handicap

Tělesný handicap

Zrakový handicap

## **9 PŘÍLOHY**

Příloha 1 - Klasifikace zrakového postižení podle WHO

Příloha 2 - Klasifikace sluchového postižení podle WHO

Příloha 3 - Klasifikace mentálního postižení podle ICDH-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí, postižení a handicapů, MKN-10, WHO, 2006)

Příloha 4 - Efektivní techniky odezírání

Příloha 5 - Mini - Mental state Examination test

Příloha 6 - Dotazník pro sestry

Příloha 7 - Otázky k rozhovoru s handicapovanými klienty



## Příloha 1

### Klasifikace zrakového postižení podle WHO

Střední slabozrakost	zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/18 (0,30) - minimum rovné nebo lepší než 6/60 (0,10); 3/10 - 1/10, kategorie zrakového postižení 1
Silná slabozrakost	zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/60 (0,10) - minimum rovné nebo lepší než 3/60 (0,05); 1/10 - 10/20, kategorie zrakového postižení 2
Těžce slabý zrak	a) zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 3/60 (0,05) - minimum rovné nebo lepší než 1/60 (0,02); 1/20 - 1/50, kategorie zrakového postižení 3 b) koncentrické zúžení zorného pole obou očí pod 20 stupňů, nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45 stupňů
Praktická slepota	zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60 (0,02), 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena, kategorie zrakového postižení 4
Úplná slepota	ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí, kategorie zrakového postižení

(23. SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 160s.

ISBN 978-80-247-1733-3)

## Příloha 2

### Klasifikace sluchového postižení podle WHO

Lehká nedoslýchavost	Sluchová ztráta 26-40 dB
Střední nedoslýchavost	Sluchová ztráta 41-55 dB
Středně těžká nedoslýchavost	Sluchová ztráta 56-70 dB
Těžká nedoslýchavost	Sluchová ztráta 71-91 dB
Úplná hluchota	Sluchová ztráta nad 90 dB

(SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 155s.

ISBN 978-80-7367-691-9)

### Příloha 3

Klasifikace mentálního postižení podle ICDH-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí, postižení a handicapů, MKN-10, WHO, 2006)

Lehká mentální retardace (F70), IQ 50-69	Projevuje s obtížemi v učení, většina těchto osob je v dospělosti schopna pracovat, navazovat a udržovat dobré sociální vztahy a být prospěšnými členy společnosti. Zahrnuje slabomyslnost a lehkou mentální abnormalitu.
Středně těžká mentální retardace (F71) IQ 35-49	Projevuje se značně opožděným vývojem v dětství, většina těchto osob je ale schopna dosáhnout určitého stupně nezávislosti a samostatnosti v sebeobsluze, získat adekvátní komunikační dovednosti a přiměřené vzdělání, v dospělosti potřebují tyto jedinci různou míru podpory pro zvládnání života a práce v prostředí běžné společnosti.
Těžká mentální retardace (F72), IQ 20-34	Projevuje se potřebou soustavné pomoci a podpory: Zahrnuje těžkou mentální subnormalitu
Hluboká mentální retardace (F73), IQ je nižší než 20	Projevuje se vážnými omezeními v sebeobsluze, kontingenci, komunikaci a mobilitě. Zahrnuje hlubokou mentální subnormalitu.
Jiná mentální retardace (F78)	Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné, a to pro přidružené sensorické nebo somatické poškození, například u nevidomých, neslyšících, nemluvících.
Nespecifikovaná mentální retardace (F79)	Tato kategorie se užívá při diagnostice případů, kdy je prokázána mentální retardace, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné z výše uvedených kategorií.

(SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 160s.

ISBN 978-80-247-1733-3)

Příloha 4

Efektivní techniky odezírání

Technika	Příklady Dotazů	Cíl
Povzbuzení	Co mi o tom ještě můžete říct... Řekněte mi o to více... Jak to vidíte vy....	Vyjádření zájmu o osobu a předmět hovoru Podnícení druhého k hovoru Nejčastější povzbuzení otevřenými otázkami
Objasnění	Kdy se to stalo... Jak často se to stává... Koho se to týká... Co si o tom myslíte vy...	Pomoc objasnit, o čem je řeč Získávání informací Hledání nových souvislostí. Kladení otevřených otázek
Zrcadlení	Vidím, že vás to velmi trápí... Je mi to líto... Vidím, že se vás to rozčílilo	Vyjádření pochopení pocitů druhé osoby Prokázání porozumění Uznání, že pocity druhého jsou oprávněné. Pojmenování, co druhý asi cítí a tím možnost poopravení našeho názoru
Parfrázování	Jestli tomu dobře rozumím tak vy říkáte... Snažil jste se tedy říci asi toto... Rád bych zopakoval vaše slova...	Ukázání druhému, že mu nasloucháme a rozumíme Ověření si, zda jeho slova správně chápeme Vyjádření sdělení druhého vlastními slovy
Shrnutí	Pojďme shrnout, co jsme do této chvíle probrali... Domnívám se, se že bychom na tomto místě mohli diskusi shrnout...	Zopakování důležité myšlenky, faktů a pocitů klidným hlasem. Popis dosaženého pokroku. Zakončení jedné části jednání a přechod k další
Ocenění	Jsem rád/a, že jste mi to řekla/a... Těší mě, že... Bylo velmi cenné poznat vaše názory...	Ocenění všeho, co ocenit lze (aktivní účast na jednání, ochota řešit problém, pozitivní přístup)

(POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-440-2)

## Příloha 5

Mini - Mental state Examination test

### **MINI - MENTAL STATE EXAMINATION**

#### **IDENTIFIKACE**

Příjmení a jméno:

Vzdělání :-    nedokončené základní

- dokončené základní
- dokončené střední
- dokončené vysokoškolské

Datum vyšetření :

#### **VLASTNÍ VYŠETŘENÍ**

##### **I. ORIENTACE**

1. Řekněte nynější

rok .....1bod  
roční období ..... 1bod  
dnešní datum ..... 1bod  
den v týdnu..... 1bod  
měsíc ..... 1bod

2. Kde jsme :

stát .....1bod  
kraj ..... 1bod  
město .....1bod  
objekt ( nemocnice, DD, byt)..... 1bod  
oddělení nemocnice, patro .....1bod

## II. VNÍMÁNÍ

3. Opakujte názvy 3 předmětů ( najednou)

„brýle- kniha – kolo“ á 1 sekunda..... za správnou odpověď 1bod  
( 1. odpověď obodovat, není - li správná, opakovat tak dlouho, až se vyšetřovaný naučí  
všechna tři slova správně )

## III. POZORNOST A POČÍTÁNÍ

4. Říkejte řadu sedmi ( 7-14-21- 28-35)..... za každou správnou odpověď 1bod  
(Po prvních pěti zastavit; alternativa: říkat pozpátku písmena slova „ láhev „).

## IV. VÝBAVNOST :

5. Vyjmenujte znova 3 předměty,

naučené v bodě 3 .....za každou správnou odpověď 1bod

## V. JAZYK :

6. Ukažte tužku a hodinky a vyzvěte vyšetřovaného,

aby předměty pojmenoval: „ *Co to je?*“..... za správnou odpověď 1bod

7. Opakujte prosím po mně: “*Kdyby nebylo kdyby, nebyly by chyby.*“ ..... 1bod

8. Až domluví, proved'te mé pokyny:

„ Vezměte papír do pravé ruky,

přeložte ho na polovinu

a položte papír na zem.“..... za každý správný úkon 1bod

9. Přečtete pokyn napsaný na papíru,

který vám ukáží : ZAVŘETE OČI.....1bod

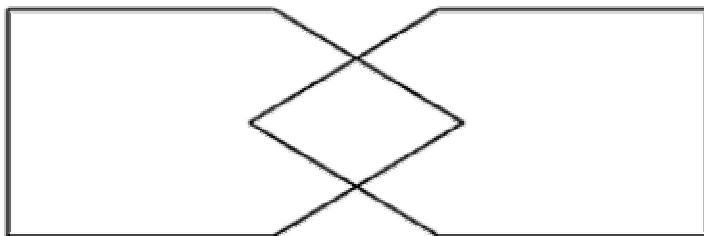
(vyšetřující ji má připravenou)

10. Napište jednu větu podle vlastní volby

( nehodnotí se gramatické chyby!)

Pokud má věta smysl, obsahuje podmět a přísudek.....1bod

11. Překreslete předtištěný obrazec ( délka stran 1-5 cm)



Pokud jsou zachovány všechny strany a úhly  
a protínající se strany tvoří čtyřúhelník.....1bod

**Článek I.      Hodnocení**

- 1) 30 - 27 bodů (Normální stav)
- 2) 26 - 25 bodů (Hraniční stav, možnost demence)
- 3) 24 - 10 bodů (Demence mírného až středně těžkého stupně)
- 4) 9 - 6 bodů (Demence středního až těžkého stupně)
- 5) 5-0 bodů (Demence těžkého stupně)

(ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 174 s. ISBN 80- 7013-243-4)

## Příloha 6

### Dotazník pro sestry

Vážený kolegové, vážená kolegyně,

Jmenuji se Petr Kudláček, jsem studentem 3. ročníku oboru všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Chtěl bych Vás požádat o vyplnění následujícího anonymního dotazníku. Údaje získané dotazníkem použiji ve své bakalářské práci na téma Znalosti a dovednosti sester v komunikaci s handicapovanými klienty. (u doplňujících otázek vždy prosím uveďte odpověď)

Předem děkuji za Vaši ochotu, čas a poskytnuté informace.

Petr Kudláček

1. Jste

- a) Muž
- b) Žena

2. Kolik je Vám let?

3. Jaké je Vaše nevyšší dosažené vzdělání?

- a) středoškolské s maturitou
- b) vyšší odborné
- c) vysokoškolské - bakalářské
- d) vysokoškolské -magisterské
- e) vysokoškolské - doktorandské

4. Jak dlouho pracujete jako sestra?

- a) do 1 roku
- b) 1 až 5 let
- c) 6 až 10 let
- d) 11 až 15 let
- e) Více jak 15 let.



5. Absolvovali jste někdy kurz se zaměřením na komunikaci s handicapovaným klientem?

- a) Ano
- b) Ne

6. Při setkání sestry se zrakově handicapovaným klientem. (označte jednu odpověď)

- a) První kontakt navazuje sestra.
- b) První kontakt navazuje klient.
- c) Je jedno, který z nich naváže kontakt jako první.

7. Při navázání komunikace sestry se zrakově handicapovaným klientem je vhodné, aby se sestra klienta dotkla. (označte jednu odpověď)

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

Pokud jste odpověděli ano, uveďte, které části těla klienta se sestra dotkne.

8. Označte, která tvrzení vycházejí ze správných zásad komunikace sestry se zrakově handicapovaným klientem.

- a) Sestra upozorní klienta na to, že se ho bude dotýkat.
- b) Pokud přichází klient s doprovodem, sestra hovoří s ním, nikoliv s klientem.
- c) Není nutné, aby sestra vysvětlovala klientovi celý postup ošetření.
- d) Sestra se vyvaruje výrazů- podívejte se, to je krásně barevné, dnes vám to sluší.
- e) Sestra při komunikaci používá častěji pojmy pozor, tady, opatrně.
- f) Sestra seznámí klienta s prostředím, ve kterém se nachází.
- g) Sestra upozorní ostatní klienty, že nový klient je zrakově handicapovaný

9. Při podávání jídla sestra zrakově handicapovaného klienta seznámí s rozmístěním jídla na talíři?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

Pokud jste odpověděli ano, napište, jakým způsobem to sestra udělá.

10. Při doprovázení zrakově handicapovaného klienta sestra postupuje následujícím způsobem. (označte jednu odpověď)

- a) Jde před klientem, klient se jí drží za rameno nebo je do ní zavěšen, upozorňuje klienta na cestu.
- b) Klient jde před sestrou, sestra mu radí, kudy má jít.
- c) Sestra klienta vede za ruku, jdou zároveň a sestra ho upozorní na případnou překážku.

11. Je nutné, aby sestra upozornila neslyšícího klienta na to, že s ním bude komunikovat? (označte jednu odpověď)

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

Pokud jste odpověděli ano, napište, jaký způsob upozornění sestra zvolí.

12. Napište alespoň 4 zásady, které musí sestra dodržovat, aby neslyšícímu klientovi zajistila vhodné podmínky pro odezírání.

13. Označte, která tvrzení vycházejí ze správných zásad komunikace sestry se sluchově handicapovaným klientem.

- a) Na klienta je vhodné hovořit velmi hlasitě.
- b) Pozornost neslyšícího klienta klesá po 40 minutách rozhovoru.
- c) Komunikaci s nedoslýchavými klienty ruší hluk z okolí.
- d) Klientovi vadí, že se sestra v jeho přítomnosti baví s kolegyní a on neví o čem.
- e) Sestra klade velký důraz na zpětnou vazbu po každé položené otázce.

14. Myslíte si, že je vhodné, aby sestra při komunikaci se sluchově handicapovaným klientem

používala výraznější mimiku a gesta? (označte jednu odpověď)

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

15. Znáte některé alternativní formy dorozumívání, které může sestra použít při komunikaci s klientem se sluchovým handicapem? (označte jednu odpověď)

- a) Ano
- b) Ne

Pokud odpovíte ano, napište jaké.

16. Je vhodné, aby si sestra zjistila od rodiny nebo doprovodu klienta

s mentální retardací informace o klientovi bez jeho přítomnosti, dříve než se s ním setká. (označte jednu odpověď)

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

17. Jak sestra postupuje při oslovení klienta s mentální retardací?

(označte jednu odpověď)

- a) Sestra vždy klientovi vyká.
- b) Sestra klientovi tyká, protože mentálně handicapovaný jedinec nerozlišuje formy oslovení
- c) Sestra při oslovení vychází z informací získaných od doprovodu a z přání klienta

18. Označte, která z následujících tvrzení patří k zásadám správné komunikace sestry s mentálně retardovaným klientem.

- a) Při osobním kontaktu s klientem mluví s doprovodem.
- b) Používá jednoduché věty a volné tempo řeči.
- c) Při rozhovoru může zařadit infantilní výrazy.
- d) Vyvaruje se používání abstraktních pojmů. (zítra, brzy, někdy)

19. Znáte některé alternativní formy dorozumívání s klientem s demencí?

(označte jednu odpověď)

- a) Ano
- b) Ne

Pokud odpovíte ano, napište jaké.

20. Označte test, který použijete pro zjištění stupně demence u klienta s demencí.

(označte jednu odpověď)

- a) MMSE test
- b) Barthel test
- c) IQ test
- d) Coombsův test

21. Znáte alespoň 3 zásady, které by sestra měla uplatnit při komunikaci s tělesně handicapovaným klientem na vozíku? (označte jednu odpověď)

a) Ano

b) Ne

Pokud odpovíte ano, uveďte, jaké zásady to jsou.

22. Je důležité, aby si sestra u klienta s tělesným handicapem zjistila úroveň sebeděče? (označte jednu odpověď)

a) Ano

b) Ne

c) Nevím

Pokud odpovíte ano, napište, jakým způsobem úroveň sebeděče zjistíte.

23. Může být snížené sebehodnocení tělesně handicapovaného klienta překážkou v komunikaci se sestrou? (označte jednu odpověď)

a) Ano

b) Ne

c) Nevím

24. Označte, která z následujících tvrzení patří ke správným zásadám komunikace sestry s tělesně handicapovanými klienty.

a) Poskytuje péče i tam, kde je klient soběstačný.

b) Udržuje oční kontakt při komunikaci.

c) Vyhýbá se pohledům na postiženého klienta.

d) Považuje tělesně handicapovaného automaticky za mentálně handicapovaného.

e) Seznámení se s kompenzačními pomůckami a jejich obsluhou.

f) Poskytuje péče i přes to, že ji klient odmítá.

25. Pokud tělesně handicapovaného klienta doprovází asistenční pes, může sestra na psa volat a hladit ho bez dovolení? (označte jednu odpověď)
- a) Ano
  - b) Ne
  - c) Nevím
26. Je nutné, aby sestra při komunikaci s klientem, který trpí senzoricou afázií názorně předvedla činnosti, které má klient vykonat?
- a) Ano
  - b) Ne
  - c) Nevím
27. Kterou otázku použije sestra při komunikaci s klientem, který trpí motorickou afázií? (označte jednu odpověď)
- a) Chcete housku, chleba nebo něco jiného a čím byste to chtěl namazat?
  - b) Chtěl byste housku namazanou máslem?
28. Je vhodné, aby sestra ulehčila rozhovor klientovi, který trpí koktavostí tím, že dokončí věty za něj a zmírní tak jeho bariéru v komunikaci.  
(označte jednu odpověď)
- a) Ano
  - b) Ne
  - c) Nevím
29. Myslíte si, že je vhodné upozornit klienta s breptavostí, aby mluvil pomaleji?  
(označte jednu odpověď)
- a) Ano
  - b) Ne
  - c) Nevím

30. Je vhodné, aby sestra klienta s poruchou výslovnosti, pokud mu nerozumí, požádala o zopakování? (označte jednu odpověď)

a) Ano

b) Ne

c) Nevím

(Vlastní zdroj)

## Příloha 7

### Otázky k rozhovoru s handicapovanými klienty

#### Společné otázky pro všechny klienty

1. Jak vnímáte přístup sester k Vám?
2. Myslíte si, že sestry při komunikaci s Vámi dodržují správné zásady komunikace?

#### Otázky k rozhovoru se zrakově handicapovaným klientem.

3. Jakým způsobem s Vámi sestra navazuje kontakt při vstupu do ordinace?
4. Pokud přijdete s doprovodem, mluví sestry s Vámi nebo s osobou, která Vás doprovází?
5. Když jste byla hospitalizovaná, vysvětlily Vám sestry podávání stravy a rozmístění jídla na talíři?
6. Jak Vás sestry doprovázejí?
7. Vysvětlují Vám sestry, co s Vámi budou dělat, že Vás výkon může bolet a že může být nepříjemný. Nechají Vám třeba osahat přístroje?

#### Otázky k rozhovoru se sluchově handicapovaným, klientem

3. Upozorní Vás sestry, že na Vás mluví, upoutají vaší pozornost tím, že se Vás dotknou?
4. Sestry při rozhovoru s Vámi dbají na to, abyste jim dobře viděla do tváře
5. Zeptají se Vás sestry, zda jste informaci rozuměla jestli jste informaci rozuměla?
6. Zeptají se Vás sestry, jestli je možné se s Vámi domluvit i jiným způsobem?
7. Mluví s Vámi sestry pomalu a srozumitelně?

#### Otázky k rozhovoru s tělesně handicapovaným klientem

3. Zjišťují sestry, co zvládnete sama a kde potřebujete dopomoc nebo Vás automaticky považují za nesoběstačnou?
4. Zjišťují sestry jaký je nejlepší způsob Vašeho přesunu z vozíku na lůžko nebo naopak?



5. Setkáváte se zájmem sester o to, jak používat Vaše kompenzační pomůcky?
6. Pokud Vás sestra doprovází, jde za Vámi nebo vedle Vás?
7. Posadí se k Vám sestra, když s Vámi komunikuje nebo nad Vámi stojí?

#### Otázky k rozhovoru s mentálně handicapovaným klientem

3. Komunikují sestry přímo s Vaším synem nebo spíše s Vámi?
4. Zjistí si od Vás sestry informace ještě před tím, než začnou komunikovat s Vaším synem?
5. Jak sestry oslovují Vašeho syna?
6. Stává se Vám, že s Vaším synem i když je mu 20 let hovoří jako s malým dítětem
7. Jsou sestry k Vašemu synovi tolerantní a trpělivé?

#### Otázky k rozhovoru s klientem s poruchou řeči

3. Vytvoří Vám sestry klidné prostředí, když s vámi hovoří?
4. Dokončily sestry za Vás někdy větu, když jste se nemohl vyjádřit?
5. Nutily Vás sestry někdy opakovat výrazy bez koktání?
6. Nutily Vás sestry někdy se vyjadřovat před ostatními, i když Vám to bylo nepříjemné?
7. Napodobovaly sestry někdy Váš projev, když s Vámi hovořily?

(Vlastní zdroj)