



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Fakulta Zdravotně sociální  
Katedra Ošetřovatelství

Bakalářská práce

# Komunikace sestry s klienty s mentálním postižením v ústavech sociální péče

Vypracovala: Zdeňka Kolářová  
Vedoucí práce: Mgr. Klára Kubartová

České Budějovice 2014

## **Abstrakt**

### *Teoretická východiska*

Komunikace je způsob, kterým se lidé dorozumívají, navazují vztahy mezi sebou, říkají si své myšlenky, přání, postoje a city. Komunikovat můžeme pomocí slov neboli verbálně, nebo pomocí řeči těla, neverbálně. Komunikovat můžeme vnitřně sami se sebou nebo s ostatními lidmi vnější řečí. Sesterská komunikace je velmi specifickým druhem komunikace. Sestra se musí naučit ovládat všechny složky verbální i neverbální komunikace. Je velmi důležité, aby se sestra v oblasti komunikace celý život vzdělávala. V dnešní době se od sester očekává, že budou zvládat velkou psychickou i fyzickou zátěž, práci s moderními přístroji, byrokracií a zároveň umět řešit své osobní problémy, emoce. Očekávají se od ní nejen správné komunikační dovednosti, ale zároveň schopnost empatie, postřeh, pohotovost a podobně. Pro správné plnění sesterské role, musí sestra splnit tři přístupy. Prvním přístupem je kolektivní orientace, dalším je univerzalismus a posledním přístupem je emocionální neutralita.

Mentální retardace je zaostávání vývoje rozumových vlastností, dochází k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování. Toto onemocnění postihuje klienta ve všech složkách jeho osobnosti, duševní, tělesnou i sociální. Mentální handicap můžeme rozdělit z několika hledisek. Podle vývojového období ho dělíme na vrozené a získané onemocnění. Mentální retardaci dále můžeme rozdělit na atroficko-degenerativní, ischemicko-vaskulární a symptomatickou mentální retardaci. Podle druhu chování ji dělíme na typ eretický, typ torpidní-apatický a typ nevyhraněný. Mentální retardaci klasifikujeme do několika tříd podle výšky dosaženého IQ. Jedná se o lehkou mentální retardaci, středně těžkou, těžkou a hlubokou mentální retardaci. Kromě těchto rozlišujeme ještě jinou a nespécifikovanou mentální retardaci.

Ústavy sociální péče mají za úkol pomoc a podporu klientům s mentálním handicapem v sociálním začleňování se. Zaměřují se na klienty v nepříznivé životní situaci, která může být způsobena několika faktory, například ztrátou předešlých schopností, vyrůstáním klienta v rodině, která ho zanedbává. Cílem sociálních služeb je především všestranná podpora klienta. Služby se snaží zachovat klientov co největší

samostatnost, podporovat ho v celkovém rozvoji. Druhů ústavů sociální péče je mnoho. Sestra, která pracuje v těchto ústavech, plní několik rolí. Jedná se například o roli sestry edukátorky, poskytuje rodině a příbuzným klienta poradenství v různých oblastech, reaguje na otázky rodiny příslušného klienta nebo jeho samotného. V neposlední řadě jim poskytuje psychickou podporu. Sestra dále zajišťuje krizovou intervenci, kde vyhodnocuje, zda bude nutnost pomoci psychologa.

### *Cíle práce*

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit specifika komunikace sestry s klienty s mentálním postižením v ústavech sociální péče. Pro splnění tohoto cíle byly sestaveny dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka obsahovala zjištění specifík komunikace sestry s klienty s mentálním postižením a druhá se týkala problémů, se kterými se setkává sestra během komunikace s klienty.

### *Metodika*

Pro výzkumné šetření byla použita kvalitativní metoda. Údaje byly zjišťovány pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Před zrealizováním samotného výzkumného šetření bylo požádáno o povolení ředitelů jednotlivých ústavů, kteří s výzkumem souhlasili. Po jejich souhlasu bylo jednáno i s vrchními a staničními sestrami jednotlivých ústavů. I v tomto případě se dostalo kladné odpovědi. Ve spolupráci se sestrami bylo zrealizováno osm rozhovorů. Rozhovory byly poskytnuty sestrami, které pracují s klienty s mentálním handicapem. Rozhovory probíhaly zcela anonymně v uzavřených místnostech přímo v ústavech sociální péče. Zdravotní sestry odpovídaly na deset otázek. Jejich odpovědi byly zaznamenávány písemně i pomocí nahrávky na diktafon. Záznamy rozhovorů byly analyzovány a výsledky byly následně rozděleny do kategorií a podkategorií. Pro větší přehlednost byla vytvořena schémata v programu Xmind. Výzkumné šetření bylo provedeno v březnu 2014.

### *Výsledky*

Na základě výzkumného šetření bylo zjištěno, že komunikace s klienty s mentálním handicapem je velmi specifická. Znalosti a dovednosti v této oblasti je třeba si neustále doplňovat a rozvíjet. Velmi důležitou roli zde hraje profesní připravenost, v níž se jedná hlavně o pravidelné navštěvování různých kurzů a školení, které týkají komunikace. Na

základě výzkumného šetření bylo zjištěno, jakým způsobem sestry vnímají svoji komunikaci s klientem. Většina odpovědí se shodovala v tom, že ji sestry vnímají jako nedostatečnou, ale vždy najdou cestu, jak se s klientem domluvit. Dále se výzkumné šetření zabývalo specifiky v komunikaci s klienty s mentálním handicapem. Zde bylo zjištěno, že specifika sestry hlavně vidí v pomalé, srozumitelně řeči, v častém opakování, v názorných ukázkách, v neverbální komunikaci, impulzivitě, zpětné vazbě a v tom, jak sestra začíná svoji komunikaci s klientem s mentálním handicapem. Neverbální komunikace bývá klienty s mentálním handicapem častěji upřednostňována. Klienti se většinou hůře vyjadřují verbálně, ale řeč těla mají velice vyvinutou. V komunikaci pomůže použití piktogramů nebo obrázků. V poslední části výzkumného šetření byly zkoumány bariéry v komunikaci jednak ze strany sestry, ale i ze strany klienta. Zde se stala nečastější odpovědí nepochopení. Klient nechápe, co po něm sestra požaduje a naopak sestra nerozumí klientovým potřebám a přání. Špatná informovanost sestry od rodiny klienta, byla další z nejčastěji uváděných bariér. Jako bariéru z pohledu klienta sestry uvedly změnu prostředí. Po vytržení klienta z jeho domácího prostředí se může stát, že se klient stáhne do sebe, nemluví, nebo naopak se může stát agresivním.

#### *Závěr*

Výzkumné otázky stanovené v této práci byly zodpovězené a tím byl cíl splněn. Výsledky této práce mohou sloužit jako podpůrný materiál v hodinách psychologie a komunikace. Tato práce může sloužit dále jako pomocný materiál při školení sester v oblasti komunikace, které pracují v ústavech sociální péče. Nebo jako zpětná vazba, pro zařízení, ve kterých probíhal výzkum.

#### *Klíčová slova*

Sestra, mentální retardace, ústavy sociální péče, komunikace

## **Abstract**

### Theoretical grounds

Communication is a means by which people understand one another, enter relationships and express their thoughts, wishes and feelings. We can communicate through words, that is verbally, or through body language, that is non-verbally. Our communication can take place both inwardly and outwardly. Communication of nurses is a very specific kind of communication. A nurse has to learn to master all elements of both verbal and non-verbal communication. It is very important for every nurse that she educates herself in the area of communication for her whole life. In recent times, nurses are expected to resist a huge psychological and physical pressure, operating modern machines, filling in official documents and furthermore dealing with their personal problems and emotions. They are expected to have not only good communication abilities but an ability of empathy, alertness and good powers of observation as well. In order to fulfil her role, a nurse has to meet three following conditions. The first concerns collective orientation; another one is universalism; and the last one is about emotional neutrality. Mental retardation means that people are at disadvantage of normal development of intellectual powers, there is a distinctive development of some psychological features and breakdown of adaptation behaviour. This disorder affects a patient in all elements of his or her personality, that is, in mental, physical and social areas. Mental disability can be divided into multiple view points. In terms of developmental period it is differentiated into inborn handicaps and acquired ones. Mental handicap can be further differentiated into atrophic-degenerative, ischemic-vascular and symptomatic mental retardation. In terms of behavioural type it is divided into eretic, torpid-apathetic types and indeterminate ones. Mental retardation is classified into several classes depending on the level of achieved IQ. These are low, medium-high, high, and severe mental retardation and other unspecified types of mental

retardation. Residential care homes are supposed to help and support patients with mental handicap with their social integration. They focus on clients who suffer hardship, which may be caused by various factors. The loss of their former abilities, growing up in a neglecting family and others are all examples of such causes. The support of clients in their development and attempt to keep their self-reliance as much as possible are the main aims of social welfares. There are many different kinds of residential care homes. A nurse, working in this kind of institution, plays several roles. She plays the role of an educator, provides the patient's family and relatives with consultations in various areas, and answers their questions. The last but not least, she provides psychological support for the patient's family or the patient himself. She also handles difficult interventions where she assesses if there is a need for a psychologist.

#### Aim of the paper

The aim of the paper is to find out the specifics of communication between nurses and patients with mental disabilities in residential care homes. Two research questions were established for this inquiry. The first research question is on the specifics of the communication between the nurses and the patients, and the second one concerns problems nurses encounter during this communication.

#### Methodology

Qualitative methods were used for this inquiry. Data were gathered by the means of interviews. Before the individual interviews, permission was first taken from the managers of individual residential care homes then from the head nurses. Eight interviews were conducted with cooperation of the nurses. The interviews were conducted by nurses, who deal with mentally handicapped patients. The interviews were anonymous and conducted right in these institutions. The interview contains ten questions in writing and which were recorded. The data were analyzed and the results subsequently divided into categories and subcategories. For the fuller clarification,

schemes were created with Xmind programme. The research inquiry was conducted in March 2014.

## Results

On the basis of the inquiry it was found that communication between nurses and patients with mental disabilities is very specific and demands constant learning, revision and improvement. Professional readiness plays an equally important role, which mainly deals with frequent participation of nurses in various educational courses concerning communication. On the basis of the research inquiry it was found how nurses perceive their communication with patients. Most of the answers were similar in that nurses consider communication as insufficient but that they always find a way to agree with the patient. Further the inquiry deals with the specifics of communication with the mentally disabled patients. It was found the specifics are mainly in slow, incomprehensible speech, frequent repetition, illustrative signs and non-verbal communication. Non-verbal communication is very often preferred method of communication with mentally disabled patients. Patients, who mostly have difficulty in expressing themselves verbally, have very developed body language. The differences in communication with a patient with mental disability are seen by respondents in their very slow speech, frequent repetition of what they have been just told, and their impulsiveness. Also the use of pictograms or pictures are seen by nurses as a difference. In the last part of the inquiry, barriers in communication both on the part of a nurse and patient were researched. Misunderstanding was the most common answer. The patient does not understand what the nurse wants him or her to do and the nurse does not understand the patient's needs and wishes. The nurse's poor knowledge from the patient's family was another recurrent barrier. From a patient's perspective, nurses consider the change of environment as a barrier. After taking a patient from his or her home environment, it is possible that he or she does not adapt, but on the contrary, she

or he withdraws, stops speaking and even becomes aggressive. On the question concerning the problems during the communication, respondents agreed on four replies. They concerned primarily problems with non-verbal communication, mutually misunderstanding, lack of attention and moodiness of a patient.

## Conclusion

Taking into consideration the final results of the study, it is possible to say that the research questions were answered and the aim was thus fulfilled. The results can serve as supportive material in lessons in psychology and communication. It can also function as material during training in communication for nurses who work in residential care homes.



### **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) 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 fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. 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 dne 2.5.2014

.....

Zdeňka Kolářová

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Kláře Kubartové za odborné vedení, cenné rady a připomínky, kterými mi pomáhala při zpracování této bakalářské práce.

## **Seznam použitých zkratk**

MR-mentální retardace

## OBSAH

ÚVOD .....	14
1 SOUČASNÝ STAV .....	15
1.1 Člověk s mentálním handicapem .....	15
1.1.2 Charakteristika druhů mentálního handicapu .....	15
1.1.3 Klasifikace mentální retardace .....	16
1.2 Osobnost sestry .....	18
1.2.1 Zásady efektivní komunikace sestry s mentálně handicapovaným klientem .	19
1.3 Komunikace .....	20
1.3.1 Zásady, znaky, druhy komunikace .....	21
1.3.2 Verbální komunikace .....	23
1.3.3 Neverbální komunikace .....	27
1.4 Ústavy sociální péče.....	29
1.4.1 Druhy ústavů sociální péče (organizace péče v ústavech sociální péče)....	31
1.4.2 Poskytovatelé sociálních služeb.....	31
1.4.3 Sociální služby pro lidi s mentálním postižením .....	32
1.4.4 Sestra v ústavu sociální péče .....	33
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	35
2.1 Cíl práce .....	35
2.2 Výzkumné otázky.....	35
3 METODIKA .....	36
3.1 Metoda sběru dat a výzkumný soubor .....	36
4 VÝSLEDKY .....	37
4.1 Identifikace výzkumného souboru .....	37
4.2 Přehled kategorií .....	38

4.3	Kategorie komunikace .....	39
4.4	Kategorie specifika komunikace s klientem s mentálním postižením .....	41
4.5	Kategorie bariéry v komunikaci s klientem s mentálním postižením .....	44
5	DISKUZE .....	47
6	ZÁVĚR .....	53
7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	55
8.	SEZNAM PŘÍLOH.....	59

## ÚVOD

Komunikace, to je něco bez čeho se neobejde kvalitní ošetrovatelská péče, proto by si tuto dovednost měl osvojit každý zdravotník. Nejde jenom o komunikaci, jakou používáme v běžném životě, ale také o specifickou komunikaci sestra-klient.

Během ošetrovatelské péče se sestra setkává s různými klienty. Mohou být smutní a plní starostí, veselí klienti, nebo klienti s určitým znevýhodněním. Ke každému klientovi musí sestra zvolit správný přístup, aby si získala jeho důvěru a aby byl ochotný mluvit o svých problémech. U klientů se znevýhodněním si musí sestra uvědomit, že ne vždy ji klient rozumí. Může dojít k takové situaci, že klient sice sestře rozumí, ale může mít problémy s vlastní mluvou.

V dřívějších dobách byli tito klienti svým způsobem izolováni od klientů bez handicapu, proto v nemocnicích se s nimi sestry setkávaly zcela výjimečně. V dnešní době se sestra s klienty s mentálním handicapem může setkat běžně na standardních lůžkách. Je tedy důležité, aby nejen sestra pracující v ústavu sociální péče, ale i sestra, která pracuje kdekoli jinde, zvládala alespoň základní pravidla, pro komunikaci s mentálně postiženým klientem.

Komunikace sestry s klienty s určitým znevýhodněním je komplikovaná. Je velmi důležité, aby sestra měla dostatek vědomostí o různých druzích komunikace. Sestra musí zvládnout skloubit informace z obecné komunikace se znalostmi z komunikace speciální, která se právě zabývá komunikací s klienty se znevýhodněním.

Během mé praxe jsem se několikrát setkala se znevýhodněným klientem a měla jsem možnost sledovat jeho komunikaci se sestrou. Mnohokrát jsem byla nepříjemně překvapena, jak se sestra ke klientovi chovala. Většinou ho okamžitě začala považovat nechápajícího a odešla.

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku komunikace sestry s klienty s mentálním handicapem v ústavech sociální péče. Práce obsahuje charakteristiku různých druhů mentální retardace, nastínění obecné komunikace a zásady komunikace sestry s klientem s mentálním handicapem. Závěr práce obsahuje informace o ústavech sociální péče. Práce zjišťuje komunikační znalosti sester během ošetrování klientů s mentálním handicapem.

# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Člověk s mentálním handicapem

„Za mentálně retardované (postižené) se považují takoví jedinci (děti, mládež), u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových vlastností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování (Švarcová-Slabinová, 2006, s.28)“.

Příčinou mentální retardace bývá organické poškození mozku, které vzniká poškozením mozkových buněk. Mentální retardace postihuje jedince ve všech složkách jeho osobnosti-duševní, tělesné i sociální (Švarcová-Slabinová, 2006, Pipeková, 2006).

Dříve byli lidé s mentálním handicapem označováni jako debil, imbecil nebo idiot, ale postupem času se z názvu nemoci stala nadávka, a proto se začal používat termín mentální retardace. Bohužel i tento termín začal být postupem času zneužíván jako nadávka. Odborníci přešli k používání termínu mentální postižení nebo handicap. Tento termín byl později vnímán jako nedostatečný (Pipeková, 2006).

V současné době uplatňujeme zásadu „person first,“ což znamená, že každý je nejdříve člověk s několika vlastnostmi, z nichž jednou může být i zdravotní postižení. Za nejvhodnější označení se nyní ustálil výraz „osoba se zdravotním postižením“. Toto označení je obdoba anglického pojmenování „person with disability“. Odborníky bylo navrženo i jiné označení „a to „osoby se zvláštními potřebami,“ avšak toto pojmenování lze vnímat jako velmi málo specifické, jelikož zvláštní potřeby mají i vegetariáni nebo letečtí modeláři (Ptáček, Bartůněk, 2011).

### 1.1.2 Charakteristika druhů mentálního handicapu

V této kapitole se budeme zabývat různými druhy mentálního postižení.

Mentální retardaci můžeme rozdělit například podle vývojového období, v němž k postižení došlo na vrozenou nebo získanou. Při vrozené retardaci, která byla dříve nazývána oligofrenie, došlo k opoždění vývoje v prenatálním, perinatálním nebo časně

postnatálním vývoji. K získané mentální retardaci může dojít z důvodu různých onemocnění nebo úrazů mozku, které dosud normální vývoj zastaví nebo dokonce zvrátí (Valenta, Müller, 2003). Další možností dělení je na celkovou nebo částečnou demenci. Někteří preferují dělení na dětskou a stařeckou mentální retardaci (Pipeková, 2006). Posledním dělením je atroficko-degenerativní, ischemicko-vaskulární a symptomatická mentální retardace (Švarcová-Slabinová, 2006).

Pseudooligofrenií (dříve sociální debilita) se nazývá zdánlivá mentální retardace. Zdánlivá z toho důvodu, že se ve skutečnosti o mentální retardaci nejedná. Bývá způsobena vlivem vnějšího prostředí, ale ne poškozením centrální nervové soustavy, proto se tyto klienti nepovažují za osoby s mentální retardací. Klientům se nedostává stimulace, bývají zanedbaní ve výchově. Pokud toto není včas rozpoznáno, může být způsobeno opoždění psychického vývoje. Inteligenční kvocient zmiňovaných osob je většinou snížen zhruba o 10-20 bodů. Nyní se pro snížení kvocientu používá pojem hraniční pásmo mentální retardace nebo mentální subnorma. Mezi projevy tohoto poškození patří například opožděný vývoj řeči, myšlení a schopností sociální adaptace, dokonce může dojít až k negativismu, apatii. Klienti preferují mechanickou práci. Jeho stav není trvalý, po zlepšení bezpodnětového prostředí může dojít ke zlepšení stavu (Švarcová-Slabinová, 2006, Pipeková, 2006).

Mentální retardaci můžeme rozdělit podle druhu chování na tři typy. Na typ eretický, který se projevuje zvýšenou dráždivostí, nepokojem a nestabilitou (Valenta, Michalík, Lečbých a kolektiv, 2012). Dále na typ torpidní-apatický, kdy je klient netečný nebo strnulý. Jako poslední typ je uváděný typ nevyhraněný, který má procesy vzruchu a útlumu v relativní rovnováze (Pipeková, 2006).

### **1.1.3 Klasifikace mentální retardace**

„Mentální retardace představuje snížení úrovně rozumových schopností v psychologii označovaných jako inteligence (Švarcová-Slabinová, 2006, 31str.).“ Ani psychologové se neshodují, zda je inteligence jednotná vlastnost nebo komplex jednodušších schopností. Sestra může rozlišovat tři druhy inteligence. Prvním druhem je



abstraktní inteligence, která se projevuje při mluvení a symbolických operacích. Mechanická neboli praktická inteligence obsahuje operování s předměty. Posledním druhem je sociální inteligence neboli schopnost mluvit s lidmi (Švarcová-Slabinová, 2006).

Dnes se rozlišují i další druhy inteligence, například emoční a morální. Emoční vychází ze sedmi základních požadavků, kterými jsou uvědomění si sebe sama, empatie, naděje, kontrola impulzů, sebemotivace, vytrvalost, regulace nálad a optimismus. Pod pojmem morální inteligence rozumíme schopnost morálně uvažovat a jednat. Inteligenční kvocient je neznámější vyjádření úrovně inteligence. Vyjadřuje vztah dosaženého výkonu v úlohách odpovídajících danému vývojovému stupni a kalendářnímu věku (Pipeková, 2006, Valenta, Müller, 2003).

Mentální handicap můžeme dělit na *lehkou mentální retardaci*, kdy mají klienti IQ mezi 50-69. Lidé s lehkým postižením zvládnou používat řeč účelně, udržovat konverzaci. Většina klientů je nezávislá v sebeobsluze a jsou schopni vykonávat lehké zaměstnání. Vývoj je oproti normě mnohem pomalejší. Potíže se objevují při teoretické práci. Mají problémy se čtením a psaním.

Druhým stupněm je *středně těžká mentální retardace* s inteligenčním kvocienem 35-49. Jedinci s tímto stupněm poškození mají výrazně opožděný vývoj, převážně v chápání řeči. Je u nich omezena schopnost starat se sám o sebe a zručnost. V dospělosti jsou většinou schopni vykonávat jednoduchou manuální práci s odborným dohledem. Často mají mentální retardaci spojenou s epilepsií, neurologickými, tělesnými a dalšími duševními poruchami. (Pipeková, 2006, Švarcová-Slabinová, 2006).

*Těžká mentální retardace*, kdy má klient IQ 20-34, je třetím stupněm postižení. Většina jedinců trpí velkou poruchou motoriky. Sebeobslužná činnost je velmi omezená, jídlo musí mít speciálně upravené. Mívají poruchy chování v podobě stereotypního chování. Často se sebepoškozují, bývají agresivní.

Dalším druhem je *hluboká mentální retardace*, ve které má klient IQ nižší než 20. Jedinci jsou velmi těžce omezeni porozumět požadavkům či instrukcím sestry nebo jim vyhovět. Většina jedinců jsou imobilní, omezeni v pohybu, velmi často bývají i inkontinentní. Nemají skoro žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a

potřebují stálou pomoc sestry nebo její dohled. Jejich IQ nelze změřit, je tedy pouze odhadováno. Chápání a řeč jsou omezené na jednoduché pojmy a požadavky (Švarcová, Slabinová, 2006, Valenta, Michalík, Lečbých, 2012).

Předposledním druhem je *jiná mentální retardace*. Tento druh používáme tehdy, když stanovení stupně mentální retardace je velmi těžké, například u nevidomých, neslyšících nebo nemluvicích klientů (Švarcová-Slabinová, 2006).

Jako poslední druh je uvedena *mentální retardace nespecifikovaná*. Tento termín používáme, pokud je postižení diagnostikované, ale není dost informací, aby lékař mohl pacienta zařadit do některé z výše uvedených kategorií (Pipeková, 2006).

## 1.2 Osobnost sestry

Sesterská práce je velmi náročná z hlediska přípravy i konkrétního profesionálního výkonu. „ Velký význam ve zdravotnické práci je kladen na dodržování žádoucích forem jednání ve vztahu k nemocným, ale i ke spolupracovníkům (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, str.62).“

V dnešní době se očekává, že sestra bude zvládat odbornou činnost, práci s moderní technikou, vysokou fyzickou zátěž, vést klienty správným směrem, zvládat své emoce a různé administrativní práce. V neposlední řadě musí zvládnout své pracovní a rodinné problémy. Velmi důležitý je kontakt mezi sestrou a klientem. Od sestry jsou vyžadovány nejen správné komunikační dovednosti, ale i schopnost empatie, postřeh, pohotovost a jiné.

Aby sestra mohla úspěšně plnit svoji roli, je potřeba splnit *tři důležité přístupy*. Prvním z nich je kolektivní orientace neboli *sociocentrismus*, který znamená, že sestra vychází z potřeb nemocných, jež musí upřednostňovat před potřebami svými. Druhým přístupem je *univerzalismus*. Ten předpokládá, že sestra žádného klienta neupřednostňuje, tudíž se chová ke všem stejně. Jako poslední je *emocionální neutralita*, která říká, že sestra musí své emocionální rozpoložení podřídit rozumové kontrole. Jedná se o výkon její profese bez vnitřních i vnějších konfliktů (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007). Pro správný rozvoj komunikace mezi sestrou a klientem

je také velmi důležitý respekt. Sestra musí respektovat osobnost klienta. Autor jedné zahraniční literatury uvádí, že respekt pro sestry znamená to, že si nedělají z klientů legraci, nedělají si srandu z jejich chování i přes to, že na veřejnosti by se tomu každý nejspíš zasmál. Jako další zásadu uvádí upřímnost. Sestra musí umět taktně sdělit pacientovi i takové věci, které ne vždy na něj mají dobrý dopad. Schopnost vcítit se a projevit zájem je další ze zásad. Jako poslední se uvádí povzbuzení, laskavost a klidný přístup sestry. Být klidný znamená na pacienta nekřičet, ale spíše přistupovat k němu tiše, nechovat se uspěchaně a respektovat tempo, které klient zvládá ( Bowers, 2009).

### **1.2.1 Zásady efektivní komunikace sestry s mentálně handicapovaným klientem**

Při komunikaci s mentálně postiženým klientem musí sestra pracovat a počítat s variabilitou, která je velmi individuální, podle druhu a míry postižení klienta. Uvedeme si důležité zásady, které bychom měli dodržovat. Tyto zásady se dají různě kombinovat a přizpůsobovat se individualitě klienta. Velmi důležité je zachovávat pravidla společenského chování a přístup k mentálně handicapovaným klientům jako k jiným pacientům. Jako první krok by sestry měly volit seznámení se s rodiči nebo doprovodem klienta, zeptat se ho, jak si přeje být oslovován. Pokud klient nemůže odpovědět, pak až poté se ptá rodičů nebo doprovodu, jak ho oslovují oni. Podle odpovědi bude klienta oslovovat i sestra. Mezi další důležitá pravidla patří i to, že si musí uvědomit, že okolí klienta může využívat specifickou techniku dorozumívání. Sestra zjistí od doprovodu, jak se s klientem dorozumívají. Dále tuto metodu respektuje a pokud možno ji v komunikaci s klientem používá. Chce-li sestra získat klientovu důvěru, musí k němu přistupovat aktivně a snažit se s ním alespoň trochu dorozumět. Pokud je metoda dorozumívání, kterou klient ovládá, složitá, může při komunikaci pomoci naučení se alespoň několik znaků, jako je třeba „ahoj“, nebo „co tě bolí“. Sestra si musí pamatovat, že oslovuje vždy nejdřív klienta a až potom doprovod. Vždy musí být středem pozornosti klient. Sestra mluví ke klientovi, ne k jeho doprovodu. Úroveň sdělení musí sestra vždy přizpůsobit úrovni postižení, vývojovému období a individualitě dítěte. Důležité je mluvit v krátkých, jednoduchých větách a otázkami si

ověřit, zda klient porozuměl. „Při komunikaci musíme obzvláště sledovat neverbální projevy (Plewová, Slowik, 2010, str.137).“ Není-li si sestra jistá neverbálními projevy, které vysílá klient, ptá se doprovodu. Při komunikaci používá také neverbální komunikaci. Celou dobu rozhovoru s klientem jedná trpělivě, je tolerantní k jeho projevům, dává najevo svou trpělivost, nespěchá, neskáče klientům do řeči (Vymětal, 2009, Slowik, Plevlová, 2010). Na všechny výkony u klienta s MR si musí sestra vyhradit více času a vše důkladně vysvětlovat. Po dobu komunikace se musí omezit rozptylující vlivy prostředí, jako jsou otevřená okna, hluk z ulice, moc nebo málo světla a podobně. Je potřeba se vyhýbat zájmenům. Ukazování na části těla či osoby, o kterých hovoříme, také velmi pomůže při komunikaci. Při komunikaci s klientem musí sestra citlivě reagovat na jeho potřeby, všimnout si změn v chování a reakcí na sesterskou přítomnost. Jelikož je někdy složité porozumět jejich potřebám, neodmítá sestra nikdy jejich vřelé přijetí (Slowik, Plevlová, 2010). „Efektivní komunikace probíhá způsobem korespondujícím s rolí komunikačních partnerů (předpokládá tedy přijetí a respektování druhého člověka takového, jaký je, včetně jeho aktuální situace a sociálního statusu) (Slowik, 2010, str.30).“

### **1.3 Komunikace**

Slovo komunikace pochází z latinského jazyka jako *communicare*. Do češtiny se dá přeložit jako spolupodíl na něčem společném. Je to způsob, jehož pomocí lidé navazují vzájemný kontakt, říkají si své myšlenky, city (Venglářová, Marhová, 2006). Komunikace může být sdělována například pomocí písma, gesty, pomocí tisku, rozhlasu a podobně.

Můžeme ji také rozdělit například na verbální a neverbální. Tímto rozdělením se budeme více zabývat v následujících kapitolách. Dalším druhem komunikace je vnitřní řeč. Tu můžeme rozdělit na vnější, která nastává, pokud mluvíme sami se sebou nahlas, nebo vnitřní, když mluvíme sami se sebou potichu. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

Ve zdravotnictví neznamena komunikace pouze mluvit, ale i získávat a sdělovat informace, na kterých závisí zdraví a někdy až život jedince (Plevová, Slowik, 2010). Sestra se učí správně komunikovat už během studií, protože sesterská komunikace je velmi specifická a důležitá.,, Komunikace je dovednost, kterou je nutné neustále rozvíjet, jen musíme chtít umět a moci ji rozvíjet (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, str.81).“ Nemoc nebo odloučení od rodiny či nemožnost pracovat může mít za následek zhoršení pacientovy komunikace. Sestra v praxi musí rozlišovat specifika komunikace v různých rovinách, které jsou například: komunikace s klienty a jejich okolím, kam spadá nemocné dítě, nemocný dospělý, nemocný se zvláštními potřebami, rodina a blízcí přátelé. Druhou rovinou je komunikace se zdravotníky. Do ní patří kolegové, nadřízení, odborníci, instituce. Správná a účinná komunikace je základem vzniku vztahu sestra- pacient (Venglářová, Marhová, 2006).

### **1.3.1 Zásady, znaky, druhy komunikace**

Ve zdravotnictví rozlišujeme tři druhy profesionální komunikace. Prvním druhem je sociální komunikace, která je neplánovaná. Jedná se o běžný rozhovor, jde o kontakt s nemocným. Dalším druhem je specifická (strukturovaná) komunikace, která má naplánovanou náplň. Sdělujeme fakta, informujeme nemocného a motivujeme ho k další léčbě. Posledním druhem je terapeutická neboli léčebná komunikace, která se v ošetřovatelství využívá velmi často. Většinou má formu rozhovoru s nemocným. Sestra se s mentálně handicapovaným klientem setkává každý den, proto se mu stává oporou a pomocí v těžkých chvílích rozhodování, pomáhá mu s adaptací apod.

Komunikačním procesem nebo modelem rozumíme vzor, který ukazuje strukturu interakce. „Komunikace v ošetřovatelství je organizovaný schematizovaný systém chování, který umožňuje a řídí interakci mezi sestrou a klientem. Jde o výměnu zpráv a tvorbu jejich významů (Pevlová, Slowik,2010,str.14).“ Důležitou roli v tom, jak sestra komunikuje s mentálně handicapovaným klientem, hraje její nadřízený, kterým je například staniční sestra. Pokud se tento vzor chová neuctivě, je velká

pravděpodobnost, že se podobným způsobem bude chovat i sestra ke klientovi (Křivohlavý, 2002).

Nyní se budeme věnovat jednotlivým složkám komunikačního modelu. První je *vysílač* neboli komunikátor, který je iniciátorem komunikace, vysílá sdělení. Jeho úkolem je vybrat si informaci a volit její kódování do určité formy sdělení. Ve chvíli, kdy informaci podává, působí na něj určité vlastnosti, které ovlivňují jeho komunikaci. Mezi tyto vlastnosti zahrnujeme například osobní charakter, temperament, emoce, tělesný stav a další. Další složkou je proces *kódování*, který probíhá převedením našich myšlenek do určitého sdělení. Své myšlenky sestra převádí do takových slov, o kterých ví, že jim klient porozumí. Jako třetí složka je proces *dekódování*. Jedná se o interpretaci zprávy klientem. Čtvrtou složkou je zpráva neboli *komuniké*. Tato zpráva může mít různé formy: verbální, což je vlastně mluvení či psaní, nebo formu neverbální, a to je například gesto, úsměv. Samozřejmě existují faktory, které mohou ovlivnit proces odesílání nebo příjem zprávy. Jedná se o faktory fyzické situace, komunikační dovednosti, lidské potřeby a další. Pátou složkou je *komunikační kanál*. Je to médium, díky kterému se přenáší sdělení.

Málokdy komunikace probíhá prostřednictvím jednoho kanálu. Pro lepší názornost bych nyní uvedla příklad. Při komunikaci sestry s mentálně handicapovaným klientem se zároveň naslouchá (hlasový kanál), gestikuluje (zrakový kanál), dále se vysílá a vnímá pachový signál (čichový kanál). Často se oba zúčastnění vzájemně dotýkají (hmatový kanál). Vidíme zde souhru čtyř kanálů najednou. Některý z nich bývá zapojen více, jiný méně. Jako šestá složka je uveden příjemce neboli *komunikant*. Má stejné charakteristiky jako již výše uvedený vysílač. Dekóduje dané sdělení a vysílá sestře zpětnou vazbu. Při vysílání svého sdělení zpět se stává komunikátorem. Sedmou složkou je *zpětná vazba*, která je definována jako odpověď. Ukazuje nám, jak působí naše sdělení na příjemce. Zpětná vazba může být sdělena přímo ve formě odpovědi nebo nepřímo neverbálně. Zpětnou vazbu můžeme ještě rozdělit na pozitivní (pochvala nebo souhlas) a negativní (kritika, odmítnutí). Jako poslední, osmá složka komunikačního modelu, je uváděný *komunikační šum*. Ten způsobuje zkreslení informací a může zasáhnout do kterékoliv části. Komunikační šum dělíme na vnější,

jako je hluk, světlo, cizí jazyk, příliš velká vzdálenost komunikujících a vnitřní, kterým může být bolest, strach, neschopnost porozumět cizímu jazyku apod. Komunikační šum může být i vizuální- například černé brýle na očích, kdy klient nevidí neverbální signály očí (Pevlová, Slownik,2010).

Během komunikace informujeme okolí o našem přání, našich pocitech, očekávání, hodnotách apod. Toto vše se dá vyjádřit pomocí slov nebo psaného textu, tj. *verbálně*. Informace můžeme také sdělovat *neverbálně*, to znamená pomocí těla. Pro kvalitní komunikaci je velmi důležité se naučit ovládat neverbální komunikaci. „Na účelné komunikaci často závisí úspěch léčby a spokojenost obou stran (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, str.83).“

Nyní bychom se podívali na pojetí komunikace A.R.Lurji. Podle jeho názoru probíhá sdělení ve *čtyřech fázích*. První z nich je *motiv* nebo potřeba říct ostatním určitý obsah. Motivace bývá téměř u všech rozvinutých komunikací, ale může se stát, že není rozvinuta, například u afektivních výkřiků. Druhá fáze je *záměr výpovědi*, kde se vytváří schéma budoucí odpovědi. *Vnitřní řeč* je Lurjiho třetí etapou. „S pomocí vnitřní řeči se uskutečňuje přeměna, překódování simultánního sémantického grafu či záměru do sukcesivně se rozvíjející, postupně organizované řečové promluvy (Janoušek, 2007 ,str.53).“ Poslední etapou je rozvinutá *vnější řeč*. Věty, které vystupují v promluvě, musí odpovídat záměru komunikanta a zároveň musí mít vztah ke klientovi (Janoušek, 2007).

### **1.3.2 Verbální komunikace**

„Verbální komunikací rozumíme dorozumívání se pomocí slov, popř. jinými znakovými symboly. Význam komunikovaného dotváří neverbální složka komunikace (Venglářová, Marhová, 2006, str.19).“ Komunikace je jednou ze sociálních dovedností, kterým se učíme celý život. Základem správné komunikace je sociální učení a nejvýznamnější podíl tvoří učení v rodině. Pokud se dítěti nepodaří rozvinout komunikační dovednosti, má v pozdějším věku problémy v mezilidských vztazích. Použití verbální komunikace ovlivňuje kultura, společensko-ekonomické postavení, věk

a vzdělání mentálně handicapovaného klienta nebo sestry (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007). Problémy s komunikací mohou u klientů představovat daleko větší problém než samotné postižení. Je velmi důležité co nejdříve zjistit, zda klient bude vůbec někdy schopen slovně komunikovat. Pokud ne, je třeba co nejdříve začít s jinými metodami komunikace, jako jsou jednoduché obrázkové nebo Bliss symboly, různě sofistikované počítačové programy a znaková řeč, kterou je bohužel někdy těžké mentálně retardovaného klienta naučit. Bliss symboly je forma náhradní a podpůrné komunikace, kterou vyvinul Charles K. Bliss, který se inspiroval čínským obrázkovým písmem. Metod dorozumívání známe celou řadu. Sestra by měla vybrat pro klienta tu nejlepší a naučit ji i jeho rodinu (Kraus, 2005).

Nyní bychom se zabývali činiteli, kteří spolu vytvářejí verbální komunikaci. Mezi tyto činitele patří na prvním místě situační kontext, který označuje situaci, v níž komunikace probíhá. Sestra má potřebu reagovat na sdělení a díky této reakci se komunikace stává oboustrannou, dvousměrnou. Například při komunikaci sestry a mentálně retardovaného klienta, kdy se budou moci oba vyjádřit, říci své názory, se jedná o komunikaci oboustrannou, opravdový rozhovor. Základní rozdíl mezi komunikací jednostrannou a oboustrannou je v možnosti reagovat na sdělení. Další varianta je masová komunikace, kde nemáme možnost reagovat. Jinou možností komunikace je naše vnitřní řeč, kdy mluví sestra nebo mentálně retardovaný klient sám se sebou, zvažuje a analyzuje chování své i jiných lidí. Dalším činitelem jsou vnitřní dispozice jedince. Do komunikace vkládá sestra svojí individualitu, dává jedinečnost projevům (Venglářová, Marhová, 2006).

Aby komunikace s mentálně postiženým klientem byla co nejúčinnější, musí splňovat základní kritéria účinné komunikace. Mezi ně patří v první řadě jednoduchost. Ta obsahuje co nejjednodušší a běžně používaná slova. Jako další kritérium je stručnost, která se používá jak v mluveném slově, tak v psaném. Nedoporučuje se používat zkratky, které mohou komunikaci s mentálně handicapovaným klientem velice zkomplikovat. Zbytečné odbíhání od tématu navozuje u klienta dojem, že sestra neví, o čem mluví, nebo že mu nechce říct důležité a závažné sdělení. Zřetelnost je jedním s dalších kritérií. Znamená přesné vyjádření sdělení. „Problematická jsou dvojsmyslná



sdělení (odchod-úmrť), přílišná zobecnění (všichni diabetici mají cévní obtíže), osobní názory (to vám bude chutnat) (Venglářová, Marhová, 2006, str.24.).“

Pokud chceme, aby naše sdělení mělo správný dopad u mentálně retardovaného klienta, musíme si vše dobře naplánovat a načasovat. Přizpůsobivost je také velmi důležité kritérium, které je potřeba měnit podle toho, jak klient na sdělení sestry reaguje. Další podmínkou je důvěryhodnost, která je nejdůležitějším kritériem účinné komunikace. Aby zdravotní sestra mohla komunikaci označit za důvěryhodnou, musí informace vycházet ze znalostí dané problematiky a z dostupných materiálů. Samozřejmě musí být sdělení podáno velmi přesvědčivě (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007). Posledním činitelem je motivace komunikovat. Pokud je vidět zájem sestry o mentálně postiženého klienta, je to dobrý start k další komunikaci. Pokud naopak sestra zájem nemá, pak ani sebelepší trénink dovedností tento zájem nenahradí. „Komunikace je nástrojem uspokojování potřeb člověka (Venglářová, Marhová, 2006, str.21).“ Mnoho nemocných popisuje málo informací jako velmi obtížný stav v roli nemocného.

Nyní bychom navázali na složky verbálního projevu. Dobře komunikovat neznamená jen správně volit slova, ale věnovat se i jiným prvkům. Mezi tyto prvky řadíme rychlost řeči, hlasitost, pomlky, výšku hlasu, délku projevu, intonaci. Postupně se budeme vracet k jednotlivým bodům. Rychlost hlasu je jedna z důležitých faktorů komunikace. Rychle může mluvit klient, který se bojí, že ho sestra nenechá domluvit. Rychlost může schovávat nejistotu, strach, proto se klient snaží mít rozhovor rychle za sebou. Hlasitost řeči je rozdílná podle povahy sdělení. Hlasitost sestra volí podle prostředí a obsahu sdělení. Hlasitěji mluví ve velkých prostorách a pokud mluví k více klientům najednou. Tišší slova volí tam, kde se bude s klientem bavit o intimnějších či pro klienta nepříjemných témat. Důležité jsou také pomlky, které vždy nemusí představovat jenom to, že již není co říci, ale dává mentálně retardovanému klientovi prostor přemýšlet, co ještě říci dál říct (Venglářová, Marhová, 2006, Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007). Jedna z nejdůležitější části rozhovoru je naslouchání. Je to aktivní složka a v ní nejde jenom o to, že slyšíme, ale hlavně že chápeme a rozumíme. Nasloucháme třemi základními způsoby. První způsob je naslouchání ušima.

Jimi slyšíme rychlost, tón mluvy, hlasitost, pomlky a pauzy. Druhý způsob je naslouchání pomocí očí. Jimi sestra vidí výraz obličeje klienta, jeho postoj a pohyby. Neméně důležitý způsob naslouchání je srdcem. V tomto případě zapojujeme emoce. Ne každý dospělý jedinec tuto schopnost má a ovládá.

Při komunikaci sestry s mentálně retardovaným klientem může sestra klienta v projevu podpořit pomocí různých technik. Jako první si zde rozebereme *rezonanci*, což je vlastně ozvěna, neboli druh zpětné vazby, kdy sestra opakuje, co pacient řekl. Sestra tím dává najevo, že klienta vnímá a rozumí mu. *Reflexe* neboli odezva je pokus, který se snaží pochopit širší myšlenkový celek a říci ho vlastními slovy. *Sumarizace* jde dál než odezva. Sestra se nevyjádří k jedné věci, ale zhodnotí všechny podstatné věci, o kterých se mluvilo během rozhovoru. Je to vlastně shrnutí. Předposlední technikou je *empatie* neboli *soucitění*, je to vědomé přiklonění se k druhému člověku a k jeho citovému stavu. Pokud sestra vyhodnotí za vhodné, může klienta chytit za ruku a pomoci mu zvládnout strach nebo bolest. Poslední technikou je *mlčení*, které překvapivě patří do komunikace a má spousty významů. Když je ticho, můžeme přemýšlet, jak pokračovat v komunikaci dál. Mlčení může být způsobeno velkým šokem, jako je nepříjemná zpráva a tudíž mentálně handicapovaný klient potřebuje trochu času, aby se s ním zvládl vyrovnat. Sestra se může setkat s mlčením plným rozpaků při intimní komunikaci s klientem. Měla by tyto rozpaky respektovat a pomoc klientovi překonat stud. Zbytečně se neříká, že ticho léčí. Ticho je velmi důležité jak v komunikaci, tak při uzdravování klientů (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

Verbální komunikaci provádíme nejčastěji pomocí slov, tedy řečí. Ta je pro klienta velmi důležitá a má mnoho funkcí. „Sděluje myšlenky, přináší nové informace, znalosti, obohacuje o nová fakta, ovlivňuje postoj k věcem a lidem, udržuje vzájemné vztahy, lidi spojuje (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, str.83).“ U řeči sledujeme dvě stránky. První je stránka obsahová. Musíme si plně uvědomit co je primárním prvkem našeho slovního projevu a jaký je obsah. V obsahové stránce jsou důležité pomlky, intonace a dynamika (viz. strana 25). Druhá stránka řeči je neobsahová neboli paralingvistická. Zahrnuje v sobě sledování prvků, které mají při komunikaci sestry s mentálně retardovaným klientem velký význam. Jedná se o intenzitu hlasu,

tónovou výšku a barvu hlasu, délku komunikace, rychlost řeči, pomlky mezi větami, chyby v řeči jako je koktavost, přeroky a podobně. Poslední velmi důležitý prvek, je skutečnost, zda mluví jedinec nebo více lidí (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, Plevová, Slowik, 2010).

### **1.3.3 Neverbální komunikace**

Tento druh komunikace je nejjednodušeji definován jako řeč těla. Do této komunikace řadíme všechny projevy, které vysíláme, i když nemluvíme. Řeč těla používáme, abychom s její pomocí, mluvenou řeč podpořili, či někdy úplně nahradili. Vyjadřujeme jí naše emoce, své interpersonální postoje. „Řeč těla je považována za upřímnější než verbální projev (Venglářová, Marhová, 2006, str.39).“ Do této komunikace je zapojen čich i hmat. Dalo by se říci, že co je důležité, to slyšíme očima. Pro sestru je tento druh komunikace velmi důležitý. Sestra nesmí zapomínat, že mentálně handicapovaní klienti jsou velmi bezprostřední. Musí být připravená, že se jí kdykoliv mohou začít dotýkat, nebo porušovat zóny mezi těly. Mentálně retardovaní klienti dávají těmito projevy najevo náklonnost a sympatie. Klienti spíše než pomocí verbální komunikace komunikují neverbálně.

Do neverbální komunikace patří mimika neboli výraz obličeje, ze kterého lze mnoho vyčíst. Mentálně retardovaní klienti tímto stylem neverbální komunikace vyjadřují nejvíce svých pocitů. Mimikou můžeme sdělit kulturně tradovaná gesta jako je zdvořilostní úsměv a instrumentální pohyby, kterými rozumíme například i výraz při kýchnutí. Z výrazu obličeje můžeme vyčíst primární lidské emoce, mezi které patří výraz štěstí, neštěstí, překvapení, strach, jistota, radost, smutek, ale i spokojenost, zájem, nezájem a mnohé jiné (Nelešová, 2005). Dále existují sekundárně odvozené emociální výrazy, rozdílné emoce jedné či druhé poloviny obličeje. Lidský obličej obsahuje takzvané mimické zóny. Jedná se o oblast čela a obočí, oblast očí, která je považována za nejdůležitější, a spodní část obličeje, do níž patří tváře, nos a ústa. Mezi další druhy neverbální komunikace patří například proxemika, která je definována jako vzdálenost mezi sestrou a klientem. „Stejně jako zvířata, i my máme něco, co lze nazvat

teritorium-odkud kam je můj prostor a kde tvůj (Venglářová, Marhová, 2006, str.42).“ Taktilní sdělení v mezilidské komunikaci zahrnuje haptika, která se zabývá tím, jak se lidé navzájem dotýkají. Nejčastější dotyk je stisk ruky, kterým se seznamujeme. Sestra by se měla s klientem seznámit podáním ruky. Nejčastější místa dotyků jsou dlaně, ramena, hlava a hřbet ruky. Mentálně retardovaní klienti jsou velmi spontánní, pokud jim je sestra sympatická nebo naopak, dají jí to patřičně najevo dotyky. Velmi často se stává, že sestra tento dotyk nečeká a může ucuknout. Pro klienta to ovšem znamená negativní postoj a začnou se podle toho chovat. Může se stát, že se mentálně handicapovaný klient díky špatné reakci sestry začne chovat agresivně nebo se naopak stáhne a začne být apatický. Sestra musí být na tyto projevy připravená a měla by umět správně reagovat. Další neverbální dovedností je posturologie, což je vlastně řeč našich fyzických postojů a držení těla. Mohli bychom zde uvést o tři základní polohy- vestoje, vsedě, vleže. Velmi důležitá je vzájemná rovnocenná poloha, kterou můžeme popsat jako polohu, již může maximálně zaujmout klient. Stejnou polohu by měla zaujmout i sestra. Pokud je klient vázaný na vozík, měla by si sestra při komunikaci s ním vzít židli a sednout si k němu. Jde vlastně o to, aby oba byli na stejné úrovni, aby někdo nebyl nadřazený a druhý zase podřazený. Kinetika je oblast, která zahrnuje všechny pohyby těla. „Zabývá se rychlostí, trváním, ohraničením, akcelerací, prostorovostí, kongruencí (souladem) pohybu (Venglářová, Marhová, 2006, str.47).“ Chironomie se zabývá pouze pohybem rukou. Jím je tvořena znaková řeč. Pohyby, které mají sdělovací účel, jsou gesta. Mohou doplnit a zesílit verbální projev. Existují gesta vědomá a nevědomá. Nevědomá jsou taková, která děláme automaticky při určitých situacích, například při lhaní.

Velmi důležitá a u povolání sestry to platí dvojnásob, je úprava zevnějšku. Výstředně učesaná, namalovaná či jinak ozdobená sestra bývá většinou vnímána negativně. Klient vnímá pozitivně nejenom upravenou, milou a vstřícnou sestru, ale uklidňují ho i vkusně zařízené a zkrášlené místnosti, v nichž se pohybuje. Mluvíme například o pokoji klienta, sesterně a dalších společenských místnostech. Je naším společným cílem, aby se mentálně handicapovaný klient cítil v prostředí, v němž žije, co nejlépe (Venglářová, Marhová, 2006, Plevová, Slowik, 2010).

Do této kapitoly nesmíme zapomenout uvést hranice tělesného kontaktu, které je třeba dodržovat při komunikaci. Rozlišujeme čtyři hranice tělesného kontaktu. První z nich je intimní zóna, pokud se budeme vyjadřovat v centimetrech, jedná se o vzdálenost od 0 do 30 centimetrů. Tato zóna se vztahuje na milence a blízké příbuzné (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007). V této zóně je ze smyslů nejvíce zapojen hmat a čich. Namísto jsou zde i dotyky, ale pokud se do této zóny dostane někdo, kdo do ní nepatří, vzbudí to nepříjemné pocity a my se budeme snažit z tohoto postavení uniknout. Druhá zóna je osobní, která je uváděna ve vzdálenostech 45 až 120 cm. S ní se setkáváme například při úředním jednání. Společenská zóna je třetí. Tato zóna bývá nazývána jako sociální. Je uváděna v dimenzích 120 až 360 cm. V ní provádíme služební styky, obchodní jednání a skupinové diskuse. Poslední z těchto zón je veřejná zóna, kterou je označována vzdálenost od 360-760 cm. Můžeme sem řadit herecká vystoupení a podobně. Mentálně retardovaný klient tyto zóny nezná a nerespektuje. Sestra musí být připravená na to, že je klient může kdykoliv překročit (Plevová, Slowik, 2010).

#### **1.4 Ústavy sociální péče**

V této kapitole se budeme zabývat tím, jaká péče je poskytována klientům v různých organizačních jednotkách v ústavech sociální péče (Čadilová, Jůn, Thorová a kol, 2007). „Sociální služby jsou tvořeny velkým množstvím institucí s různorodou náplní práce, jejichž cílem je pomoc a podpora při sociálním začleňování jedince v nepříznivé sociální situaci a také prevence sociálního vyloučení (Bendová, Zíkl, 2011, str.123).“ Sociální péče se zaměřuje na klienty v nepříznivé životní situaci, která může být například v pokročilém věku způsobena ztrátou předešlých schopností a špatným zdravotním stavem. Tento stav může být způsoben chronickou nebo akutní nemocí. V těžké životní situaci se mohou lidé ocitnout po odchodu (úmrtí) některého z blízkých členů rodiny nebo díky rozvodu. Sociálně znevýhodněné prostředí, jako je vyrůstání klienta v rodině, která ho zanedbává, může vést k sociální izolaci. Cílem sociální služby je především klienta podporovat, zachovat jeho co největší soběstačnost, snažit se o

návrat do běžného prostředí. Pokouší se o zachování běžného životního stylu, podporuje klienty v rozvoji, který jim zlepší možnost vést samostatný život. Mezi další cíle bychom mohli zahrnout snahu snížit zdravotní rizika, chránit a prosazovat práva a zájmy klienta, pomoc při hledání ubytování a uspokojování dalších základních potřeb (Bendová, Zikl, 2011).

Sociální služby by měly být dostupné. Tato *dostupnost* by měla být brána především z pohledu ekonomického. Každý klient potřebuje jiný typ pomoci. Toto vše by se mělo odrazit v nabídce sociálních služeb. Sociální služby by měly být efektivní, neboli uzpůsobené tak, aby vyhovovaly potřebám klienta a ne systému. Na *kvalitě* poskytované služby také velmi záleží. Další důležitým znakem je *bezpečnost*, která znamená, že nesmí omezovat práva a zájmy klientů. Jako poslední je uvedena *hospodárnost*. Zákon o sociálních službách a prováděcí vyhláška č.505/2006 Sb. stanovují u každého typu základní činnosti, které by měly být realizovány, a měla by být podrobně vysvětlena náplň jejich práce. Může to být například pomoc při zvládnutí běžných úkonů v péči o sebe sama, zajištění stravy nebo pomoc při jejím zajišťování, sociální poradenství, výchovné a vzdělávací činnosti, pomoc během osobní hygieny, telefonická krizová pomoc a mnoho dalších.

Výše uvedené sociální služby mohou být *poskytovány* jako *částečně* nebo *plně placené* nebo *neplacené*. Bez placení jsou poskytovány pouze některé sociální služby, a to služby sociálního poradenství, raná péče, krizová pomoc, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež a další, které jsou uvedeny v zákonu o sociálních službách. Za ostatní platí rodina nebo sám klient, a to na podkladě uzavřené smlouvy o poskytování služeb. Maximální částky placené sociální služby jsou uvedené ve vyhlášce č. 505/2006 Sb. (Bendová, Zikl, 2011). Ambulantní lékařská péče je organizována většinou stejně jako ambulantní psychiatrická péče pro ostatní klienty. Tato péče je pro mentálně handicapované klienty velmi důležitá. Osoby s tímto postižením jsou častými uživateli psychofarmatik, které se velmi často kombinují s dalšími lékovými skupinami, jako jsou antiepileptika, anxiolytika a antidepresiva (Čadilová, Jůn, Thorova a kol., 2007).

### **1.4.1 Druhy ústavů sociální péče (organizace péče v ústavech sociální péče)**

„Sociální služby (i pro osoby s mentální retardací) představují jistou alternativu nebo doplnění služeb poskytovaných osobami blízkými (Valenta, Michalík, Lečbych a kolektiv, 2012, str.103).“ Sociální služby můžeme rozdělit například podle služby, kterou poskytují na *sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence*. Sociální služby můžeme rozdělit i podle hlediska místa poskytování na *pobytové, ambulantní a terénní služby*. *Pobytové služby* jsou poskytovány institucemi. Ty nabízejí klientovi služby pro delší dobu. Jedná se většinou o celoroční rezidenční služby nebo týdenní stacionáře. *Ambulantní* část nabízí služby, za kterými klient musí přijít a ten den zase odejít. Jedná se tedy o služby bez ubytování. Posledním druhem jsou *terénní* služby, které se poskytují v přirozeném prostředí klienta. Je samozřejmostí, že se výše uvedené služby dají různě kombinovat. Zařízení sociálních služeb, které poskytují výše uvedené služby, máme několik druhů. Jedná se například o centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, azylové domy, domy na půl cesty, zařízení pro krizovou pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, terapeutické komunity, sociální poradny, zařízení následné péče (Bendová, Zíkl, 2011., Čadilová, Jůn, Thorova a kolektiv, 2012). Více se těmito službami budeme zabývat v kapitole 1.4.3

### **1.4.2 Poskytovatelé sociálních služeb**

Podle nového systému jsou služby poskytovány v základním vztahu poskytovatel-uživatel. O tomto vztahu hovoříme jako o formální péči. Neformální péče je poskytována v domácím prostředí klienta. „Základním rámcem vztahu mezi (profesionálním) poskytovatelem sociální služby a (laickým) uživatelem (zde občanem s mentální retardací) je smlouva o poskytování sociální služby ( Valenta, Michalík, Lečbych, 2012, str.105).“ Každý člověk, který chce poskytovat tyto služby, je povinen splnit několik podmínek k registraci. Po udělení této registrace je povinen dodržovat

vůči klientovi povinnosti, k nimž se zavázal. Nyní bych nastínila několik základních povinností poskytovatelů. Na první místo bych uvedla informovanost, která je velmi důležitá. Poskytovatel je povinen informovat zájemce o všech povinnostech, které se klienta týkají a které vyplývají ze smlouvy. Poskytovatel musí dodržovat standardy kvality sociálních služeb (Michalík, Valenta, Lečbych, 2012).

### **1.4.3 Sociální služby pro lidi s mentálním postižením**

V této kapitole se budeme zabývat službami, které se věnují klientům s MR. *Raná péče* je služba, která je poskytována nejčastěji formou terénní. To znamená, že sestra dojíždí za klientem domů. Tuto službu využívají rodiny se zdravotně postiženým dítětem. Je zaměřena na podporu rodiny a dítěte s ohledem na jeho potřeby. Rodiny by tuto službu měly začít využívat co nejdříve, neboť může být poskytována pouze do sedmi let věku dítěte. Stěžejní práce sestry je poradenská činnost, dále pak práce s klientem, kdy je stimulován jeho psychický, fyzický a sociální vývoj. Sestry se snaží zmírnit následky postižení. *Osobní asistence* je také terénní služba, která je určena klientům se sníženou soběstačností. Ta může být způsobena vysokým věkem, chronickým onemocněním a zdravotním postižením. Tato služba je poskytována bez časového omezení v prostředí, které je klientovi neblíží. Je důležité umět rozlišit osobního asistenta od pedagogického, který je zaměstnancem školy a vykonává převážně pedagogické činnosti. Osobní asistent vykonává služby, mezi které můžeme zahrnout pomoc při každodenních úkonech v péči sebe sama, dopomoc při osobní hygieně, stravování, pomoc při zajištění chodu domácnosti a podobně. Osobní asistent není ničím zaměstnanec, a proto se na něj nevztahují žádné kvalifikační požadavky, poskytuje svoje služby na základě předem uzavřené smlouvy.

*Centra denních služeb* neboli *denní stacionáře* poskytují ambulantní služby. Klienti s mentálním postižením za těmito službami pravidelně docházejí do určitého centra a po určitém čase odcházejí opět domů.

*Ústavy sociální péče* jsou domovy, které jsou určeny převážně pro klienty s mentálním handicapem. Zde jsou klienti ubytováni na jak dlouho je potřeba. Mají zde



odbornou zdravotnickou i ošetrovatelskou péčí. Rodina může klienta navštěvovat podle potřeby, nebo si ho může vzít na několik dní domů, většinou se jedná o svátky vánoční.

*Odlehčovací služby* jsou terénní, ambulantní nebo pobytové. Jejich hlavním cílem je umožnit osobě, která pečuje o klienta, odpočinek. Tato služba může mít různou podobu. Sestra může klienta navštěvovat vždy na několik hodin. Rodina může svého blízkého umístit na půl dne, celý den nebo několik dní do příslušného zařízení. Během této doby si pečující může odpočinout a zotavit se. Pro klienty jsou určeny služby chráněného bydlení, podpora samostatného bydlení se zvláštním režimem nebo sociálně terapeutické dílny. Tyto služby využívají především dospělí klienti s lehčími formami mentálního postižení. *Osobní plán* sestavuje klíčový pracovník vždy konkrétnímu dítěti, které využívá nějakou sociální službu. Cíle většinou vycházejí z potřeb a přání klienta či jeho rodiny (Bendová, Zíkl, 2011).

#### **1.4.4 Sestra v ústavu sociální péče**

V této kapitole se budeme zabývat činností (rolemi) sestry v ústavech sociální péče. Tato zařízení většinou zaměstnávají jednu až dvě zdravotní sestry a většina personálu je tvořena pracovníky přímé obslužné péče. „Iniciovat a realizovat sociálně - zdravotní služby, zapojovat se do týmové spolupráce a zároveň zdůrazňovat svou profesionální nezávislost (Kluzníková ,2011, str.18).“ Toto je jeden z hlavních úkolů sestry v zařízení.

Sestra edukátorka je jedna z rolí sester. Informuje rodinu i klienta o jeho postižení, o vhodném přístupu ke klientovi. Poskytuje informace rodině z hlediska ekonomické otázky, to znamená, že informuje o možnostech příspěvku na péči, či pomůcky, které hradí pojišťovna. Jako další poskytuje sestra poradenství pro rodiny mentálně handicapovaných klientů. Jedná se o to, aby nejbližší porozuměli nové situaci a sami hledali co nejlepší přístup ke klientovi. Sestra jim nabízí různé pobytové služby, které jsme rozebrali ve výše uvedených kapitolách a společně s rodinou vybírají nejvhodnější řešení. Podává informace a reaguje na otázky od rodiny nebo klienta. Pomáhá při zajišťování rehabilitačních nebo kompenzačních pomůcek. Významným úkolem je poskytování psychosociální podpory, která spočívá v obhajování potřeb klienta vůči

zdravotnickým organizacím. Poskytuje psychickou podporu jak rodině klienta, tak klientovi samotnému. Vyhledává deficity v oblasti emocí a prožívání klienta a snaží se tyto nedostatky nějak nahradit. Zajišťuje krizovou intervenci, například za pomoci klinického psychologa apod... Podporuje rozšiřování vztahů klienta, zapojuje klienta do skupin s podobným stupněm postižení. Velmi důležitá je také komunikace, kterou jsme již podrobněji rozebírali v kapitole 1.3. Nesmíme zapomenout zmínit odbornou sesterskou práci jako je pravidelné podávání léků, podle ordinace lékaře. Ošetřování různých poranění, objednávání a doprovázení klienta na různá vyšetření apod. Práce v ústavech sociální péče je pro sestru velmi náročná a to jak z hlediska fyzického, tak i z psychické stránky. Je proto nezbytné, aby sestra uměla správně a pravidelně relaxovat, jedině tak může předejít syndromu vyhoření (Kuzníková, 2011).

## **2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 Cíl práce**

Cíl 1: Zmapovat specifika komunikace sestry s klienty s mentálním postižením v ústavech sociální péče.

### **2.2 Výzkumné otázky**

Výzkumná otázka 1: Jaká jsou specifika komunikace sestry s klienty s mentálním postižením?

Výzkumná otázka 2: S jakými problémy se potýká sestra při komunikaci s klienty?

## **3 METODIKA**

### **3.1 Metoda sběru dat a výzkumný soubor**

Pro výzkumné šetření bylo použito kvalitativní metody. Údaje byly získávány metodou polostandardizovaných rozhovorů. Před provedením výzkumného šetření bylo požádáno o povolení ředitelů ústavů sociální péče, kteří souhlasili. Ve spolupráci s vrchními sestrami daných ústavů bylo provedeno osm rozhovorů se sestrami, které pracují s klienty s mentálním handicapem. Rozhovory byly provedeny vždy v daném ústavu v uzavřené místnosti. Rozhovor, který byl zcela anonymní a obsahoval deset otázek. Rozhovory byly zaznamenávány na diktafon. Postřehy během rozhovorů byly zapisovány na papír. Záznamy rozhovorů byly analyzovány a výsledky byly následně rozděleny do kategorií. Pro lepší přehlednost byla vytvořena schémata v programu Xmind. Byly vytvořeny schémata a tabulky, které jsou z vlastního zdroje. Výzkumné šetření probíhalo v březnu 2014.

Výzkumný soubor tvořilo osm sester, které pracují v ústavech sociální péče na Vysočině a v Českých Budějovicích. Rozhovory probíhaly přímo v ústavech sociální péče. Všechny sestry poskytly rozhovor dobrovolně.

## 4 VÝSLEDKY

### 4.1 Identifikace výzkumného souboru

Tabulka 1 Identifikační údaje respondentek

	<b>Délka praxe v ústavu</b>	<b>Nejvyšší dosažené vzdělání</b>
<b>Sestra 1</b>	8 let	Vyšší odborná škola
<b>Sestra 2</b>	9 let	Střední zdravotní škola
<b>Sestra 3</b>	25 let	Pomaturitní specializační studium
<b>Sestra 4</b>	15 let	Střední zdravotní škola
<b>Sestra 5</b>	27 let	Střední zdravotní škola
<b>Sestra 6</b>	2 roky	Vyšší odborná škola
<b>Sestra 7</b>	2 roky	Střední zdravotní škola
<b>Sestra 8</b>	29 let	Střední zdravotní škola

V tabulce 1 je uvedena délka praxe, která se u respondentek pohybovala ve velkém rozmezí, a to od 2 let do 29 let. V otázce na nejvyšší vzdělání respondentek odpovědělo pět sester, že má střední zdravotnickou školu, jedna sestra má pomaturitní specializační vzdělání a dvě sestry vystudovaly vyšší odbornou školu.

## 4.2 Přehled kategorií

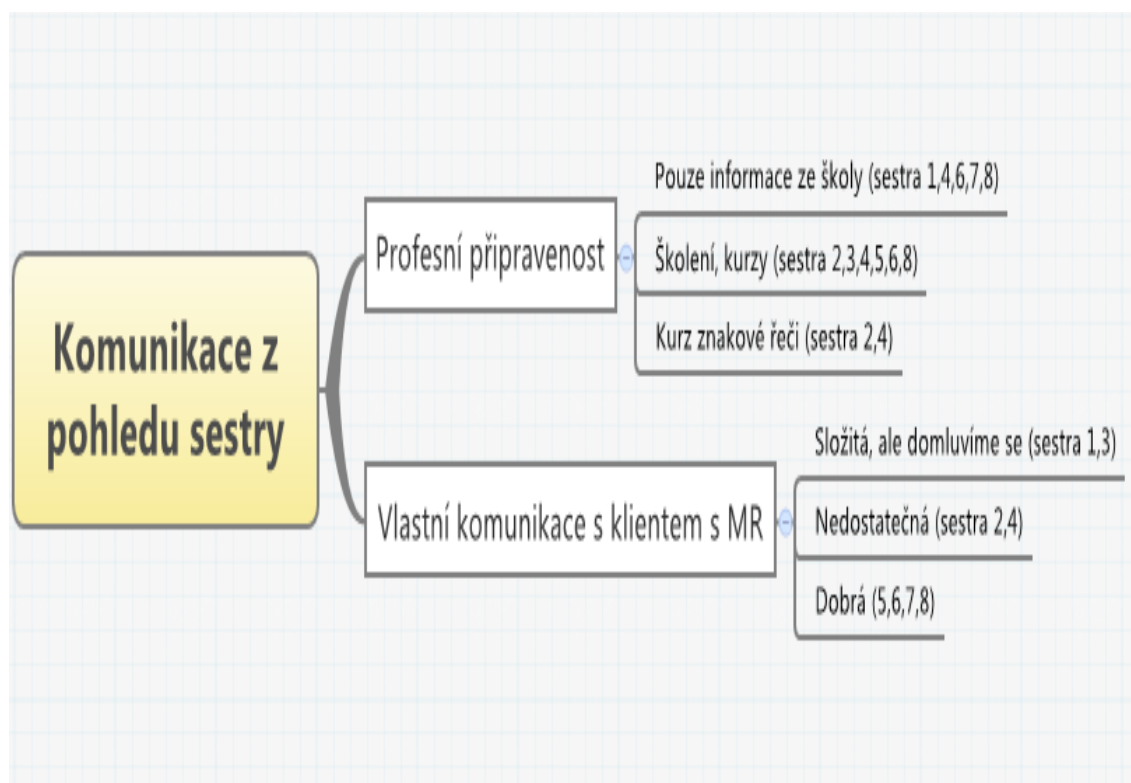
**Tabulka 2 Přehled kategorií**

<b>Kategorie</b>
1. Komunikace z pohledu sestry
2. Specifika komunikace s klientem s mentálním postižením
3. Bariéry v komunikaci s klientem s mentálním postižením

Informace získaná rozhovory s respondentkami byla analyzována a rozdělena do tří kategorií.

### 4.3 Kategorie komunikace

Schéma 1 Komunikace z pohledu sestry



Toto schéma znázorňuje obecněji komunikaci v ústavech sociální péče. Zabývá se profesní připraveností sestry na komunikaci s klientem s mentálním handicapem a tím, jak sestra vnímá komunikaci s klientem.

V první části jsou odpovědi sester na otázku profesní připravenosti v oblasti komunikace s klientem s mentálním handicapem. Nejvíce, šest sester, uvedlo, že pravidelně navštěvují různé kurzy nebo školení, které se týkají komunikace. „Každý rok absolvujeme různá školení a semináře, kdy se vždy alespoň jedno týká komunikace (sestra 3).“ Pět sester uvedlo, že čerpají z informací získaných v době studií. Dvě sestry pravidelně chodí na kurzy znakové řeči. „Dále chodím ještě s jednou kolegyní v rámci našeho ústavu sociální péče na kurzy znakové řeči, kterou docela ovládám, a někdy mi to práci s klienty usnadní (sestra 2).“

Druhá část schématu obsahuje odpovědi na otázku, jak sestry vnímají svoji komunikaci s klientem s mentálním handicapem. Nejvíce sester uvedlo, že komunikaci vnímají jako dobrou. Celkem toto uvedly čtyři sestry. „*Myslím si, že má komunikace je dostačující, jen se obsah musí správně přizpůsobit úrovni postižení klienta (sestra 8).*“ Dvě sestry uvedly, že komunikaci vnímají jako nedostatečnou, ale snaží se ji pořád zdokonalovat, například již výše uvedenými kurzy, nebo studiem knih. „*Svoji komunikaci s klienty ústavu vnímám jako nedostatečnou. Snažím se komunikaci co nejvíce zlepšovat například tím, že studuji různé knihy, které jsou zaměřeny na komunikaci s mentálně postiženými klienty (sestra 2).*“ Dvě sestry uvedly, že komunikace s klienty je velmi složitá, ale nakonec se jim vždy podaří domluvit. „*Já komunikaci s našimi klienty vnímám jako složitou. S některými je to složitější a s některými méně. Jde hlavně o to, jaký mají stupeň postižení (sestra 1).*“



#### 4.4 Kategorie specifika komunikace s klientem s mentálním postižením

Schéma 2 Specifika komunikace s klientem s mentálním postižením

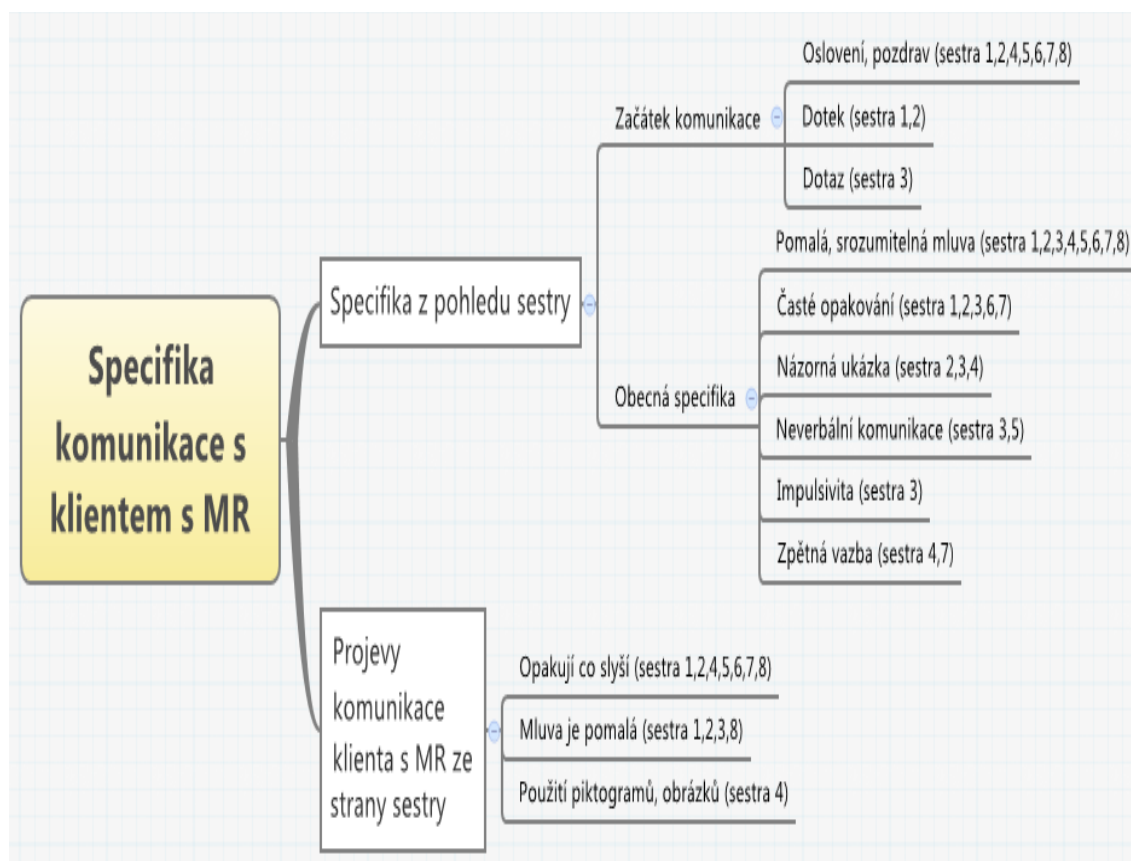


Schéma 2 se týká specifíků komunikace s klienty s mentálním postižením.

První část znázorňuje specifika v komunikaci ze strany sestry. Tato část je rozdělena do dvou celků. První celek se zabývá tím, jakým způsobem sestry začínají svou komunikaci s klienty s mentálním handicapem. Zde se nejvíce sester shodlo na tom, že nejčastěji začínají oslovením a pozdravem. Takto začíná sedm sester svoji komunikaci. „*Nejčastěji začínám pozdravem a podle typu a druhu postižení klienta pokračuji v rozhovoru (sestra 7).*“ Dvě sestry se shodly, že pozdrav doplní dotekem (sestra 1,2). *Nejčastěji začínám komunikaci oslovením klienta jeho jménem nebo*

*například pohlazením (sestra 1).“ Jedna sestra uvedla, že komunikaci zahajuje dotazem. „Své rozhovory s klienty většinou začínám sdělením, dotazem nebo prosbou (sestra 3).“*

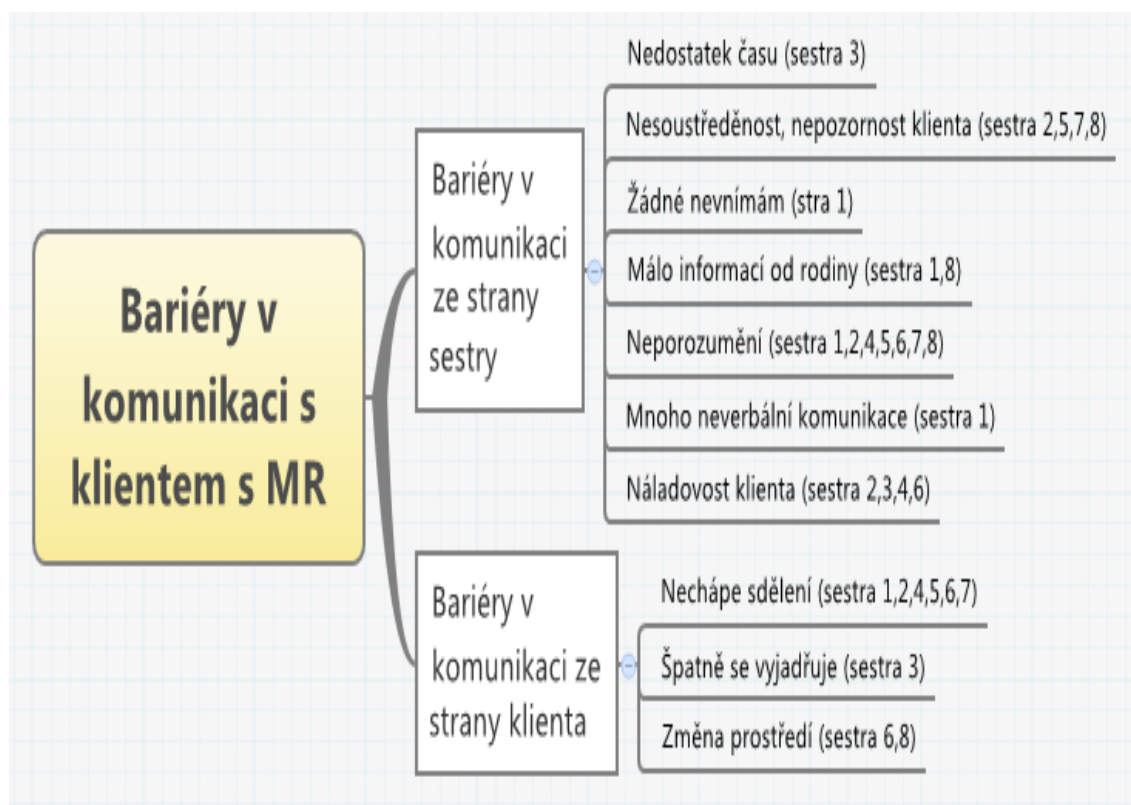
Druhý celek se zabývá specifiky komunikace s klientem s MR. Všechny dotazované sestry se shodly na tom, že je nutné, aby mluvily pomalu a srozumitelně. *„Specifika vidím hlavně v tom, že musím mluvit pomaleji, velmi srozumitelně a často opakovat (sestra 1).“ „Vidím je ve srozumitelné mluvě, v jednoduchých větách, které by se měly přizpůsobit typu postižení (sestra 7).“* Jako další specifikum uvedly dvě sestry časté opakování a názornou ukázkou, kterou můžeme podpořit například obrázky, piktogramy a podobně. *„Osobně vidím specifika hlavně v klidné komunikaci, pomalém sdělení jednoduchých vět. Velmi důležitým prvkem je také srozumitelně a trpělivě opakovat to, co po klientovi požaduji (sestra 2).“* Neverbální komunikaci uvedly jako specifikum pouze dvě sestry. Říkají, že je velmi důležité volit vhodnou neverbální komunikaci. Během komunikace musí mít na paměti, že klient je může kdykoliv obejmout nebo nějak jinak nepředvídatelně neverbálně komunikovat. Nesmí se stát, že by sestra na tuto bezprostřednost reagovala nevhodně. Klient by mohl vycítit, že něco není v pořádku a mohl by se stáhnout se do sebe nebo začít být agresivní. Na tuto skutečnost musí být sestra dobře připravená a reagovat správně. I toto je velmi důležité specifikum v komunikaci mezi sestrou a klientem s mentálním handicapem. *„Důležité je zvolit i správná slova a nesmíme opomenout vhodnou neverbální komunikaci (sestra 5).“* Sestra 3 vidí jedno ze specifík v impulsivitě. Nijak zvlášť tuto skutečnost bohužel nerozvedla. Sestry 4 a 7 se shodly v tom, že je velmi důležité nezapomínat na zpětnou vazbu. V komunikaci s klientem bez mentální retardace se také snažíme nezapomínat na zpětnou vazbu, ale během komunikace s klientem s mentálním handicapem je to velmi důležité. Vždy musí sestra vědět, že ji klient správně a úplně pochopil. Zjistí to otázkami nebo výzvou, aby klient udělal to, co mu sestra řekla. *„Klient s postižením má horší pochopení některých informací, má nižší IQ, a proto je důležité mu vše několikrát důkladně vysvětlit a přesvědčit se, zda klient všem informacím správně porozuměl (sestra 7).“*

Druhá část schématu se věnuje komunikačním projevům klienta s MR ze strany sestry. Na tuto otázku odpovídaly také sestry a ne klienti s mentálním handicapem,

proto se spíše jedná o domněnky sester. Sedm sester uvedlo, že klienti s mentální retardací opakují to, co slyší. Sestra se jich na něco zeptá a oni místo odpovědi na otázku zopakují danou otázku. „*Mohu Vám uvést, že klienti často opakují to, co slyší (sestra 1).*“ Čtyři sestry uvedly, že jejich mluva, pokud jsou schopni mluvit, je velmi pomalá, proto musí být sestra velmi trpělivá. „*Jejich řeč, pokud mluví, je mnohem pomalejší a podobně (sestra 1).*“ Sestra 4 se domnívá, že použití piktogramů nebo obrázků je pro klienta také důležité specifikum. Během komunikace s klientem s mentální retardací je velmi vhodné použití těchto obrázků, protože klient nemusí rozumět slovu žízeň nebo pití, ale obrázku s vodou už rozumět může. Piktogramy mohou klientovi velmi ulehčit dorozumívání se sestrou. „*Někdy je skoro nemožné najít vhodné slovo. Proto velmi pomůžou obrázky nebo piktogramy (sestra 4).*“

## 4.5 Kategorie bariéry v komunikaci s klientem s mentálním postižením

Schéma 3 Bariéry v komunikaci s klientem s MR



Poslední schéma, schéma 3, znázorňuje bariéry v komunikaci ze strany sestry a ze strany klienta s mentálním handicapem.

První část se zabývá bariérami v komunikaci ze strany sestry. Nejvíce, a to sedm sester, se shodlo na tom, že pro ně je největší bariérou neporozumění. Sestra nerozumí klientovi a klient nerozumí sestře. „Za největší bariéru bych označila to, že si s klientem nerozumíme. Často nerozumím jeho sdělení. Největší problémy v pochopení jeho potřeb mám u klientů, kteří trpí těžkou formou mentální retardace, protože skoro všichni nemluví, vydávají pouze různé zvuky a ze zvuků je těžké pochopit jeho potřebu nebo přání (sestra 4).“ Sestra 1 uvedla, že žádnou bariéru v komunikaci s klientem

s mentálním handicapem nevnímá, ale zároveň později uvedla, že po přijetí nového klienta občas pocítuje bariéru v tom, že klientova rodina jí není ochotná poskytnout informace, které by mohly urychlit seznamování se sestry s klientem, navození kamarádské atmosféry. Uvádí, že pokud jí rodina nesdělí ani to nejmenší, čímž je například oslovení, na které je klient zvyklý, tak se komunikační bariéry mezi sestrou a klientem velmi těžko překonávají. S tímto názorem souhlasí i sestry 1 a 8, které také uvádí, že za největší bariéru považují informační nedostatek od rodiny. „*Největší problém vidím v tom, že většinou je velmi špatná spolupráce s rodinou. Od rodiny se nedozvím skoro nic a musím si vše zdlouhavě zjišťovat od klienta, což je někdy až nemožné. Kolikrát by mi od rodiny stačilo oslovení, na které je klient zvyklý* (sestra 8).“ Čtyři sestry vidí největší bariéru v nesoustředěnosti klienta. Klientovu už tak slabou pozornost zvládne vyrušit cokoliv, např. pták za oknem, jinak uspořádaná místnost, spadnutí tužky na zem. Sestra 3 vidí bariéru v nedostatku času. „*Největší problém vidím v tom, že mám velmi málo času. Nemůžu se klientovi plně věnovat, jak by potřeboval nebo jak bych já chtěla* (sestra 3).“ Jediné a velmi snadné řešení této bariéry vidí v přijetí další sestry do ústavu. O práci by se spolu podělily a díky tomu by jim zbylo více času na komunikaci s klienty, čímž by se tato zbytečná bariéra, plynoucí z nedostatku času, odstranila. Sestra 1 vidí problém v přílišné neverbální komunikaci. Uvádí, že když nastoupila do ústavu sociální péče, měla velký problém během komunikace s tím, jak byli klienti spontánní. Velmi často se stávalo, že ji klient z ničeho nic objal. Sestra uvádí, že jí dalo velkou práci se naučit na tuto bezprostřednost reagovat správně. Správná reakce je taková, aby klient nepostřehl, že je sestra překvapená nebo že jí objetí není příjemné. Klient se v každém případě musí cítit dobře. Sestra uvádí, že ze začátku několikrát ucukla, nebo jim objetí neopětovala a klienti se většinou stáhli a dlouho si se sestrou k sobě hledali cestičku. Nyní již sestra v tomto zařízení pracuje osmým rokem a neverbální komunikace jí problém nedělá. Jako poslední specifikum uvedly sestry 2,3,4 a 6 náladovost klienta. Uvádí, že klienti jsou velmi náladoví, jejich nálada se mění z minuty na minutu, dokonce bez jakéhokoliv podnětu. Pokud se klientova nálada změní ve špatnou nebo agresivní, nemá cenu s ním pokračovat v rozhovoru. Další otázky by mohly klienta rozrušit ještě více. Většinou pomůže nechat

klienta chvíli o samotě a on většinou po změně nálady přijde za sestrou sám. *„Z minuty na minutu se změní jeho chování. Nejdřív komunikovat chce a během chvílky už nechce, proto musím být velice trpělivá (sestra 6).“*

Druhá část schématu se věnuje problémům v komunikaci ze strany klienta s MR. Jedná se o odpovědi sester, nikoliv samotných klientů. Šest sester se shodlo v tom, že si myslí, že největší klientovou bariérou je to, že sestrám nerozumí. Tato nejčastější odpověď je téměř identická s nejčastější odpovědí na výše položenou otázku. *„Z klientova hlediska je těžké říct, jaké má bariéry. Myslím si, že je to nesrozumitelnost, jako že mi nerozumí, co po něm vlastně chci, a klientova nedůvěra ve mně (sestra 7).“* Sestra 3 se domnívá, že největší bariéra ze strany klienta je to, že má malou slovní zásobu, špatně mluví, hůř vyjádří své potřeby, je velmi neobratný ve vyjadřování. Toto vše klientovi brání se správně a účelně vyjádřit, říci sestře své potřeby a přání. Sestra 6 a 8 se shodují v tom, že velkou bariérou v komunikaci se sestrou může být náhlá změna prostředí. Stává se to u nových klientů, kteří jsou zvyklí být v určitém prostředí a najednou v něm už nejsou. *„Vidím bariéry ve velkém strachu klienta z něčeho neznámého nebo nového, v tom, že má strach mluvit s cizími lidmi (sestra 8).“*

## 5 DISKUZE

V této bakalářské práci bylo cílem zjistit specifika sesterské komunikace při komunikaci s klientem s mentálním handicapem, zjistit profesní připravenost sester v oblasti komunikačních dovednostech, komunikační bariéry a nejčastější problémy, se kterými se sestra setkává během komunikace s klienty. Pro tyto cíle byly stanoveny dvě výzkumné otázky.

1. Jaká jsou specifika komunikace sestry s klienty s mentálním postižením?
2. S jakými problémy se potýká sestra při komunikaci s klienty?

Výsledky kvalitativního výzkumu vyplývají z rozhovoru s osmi sestrami pracujícími v ústavech sociální péče na Vysočině a v Českých Budějovicích. Během realizování rozhovorů nastal problém se sestrami, které pracují v ústavech sociální péče. Zjistila jsem, že těchto respondentek pracuje v ústavech velmi málo a ještě tři ústavy můj výzkum nepodpořily. Vzniklý problém jsem vyřešila osobní návštěvou ústavů a vysvětlením, že vše bude opravdu anonymní. Díky této skutečnosti dva ředitelé svoje rozhodnutí přehodnotili a mně se povedlo zrealizovat osm rozhovorů.

Během dotazování jsme nejdříve zjišťovali identifikační údaje sester. Mezi identifikační údaje bylo zařazeno nejvyšší dosažené vzdělání a délka praxe v ústavu sociální péče. Získané údaje jsme zakreslili do tabulky 1. V této tabulce vidíme, že pouze jedna sestra má pomaturitní specializační studium, dvě sestry ukončily své vzdělání vyšší odbornou školou a pět sester vystudovalo střední odbornou školu, kterou zakončily maturitní zkouškou. Dále v této tabulce můžeme vidět, že délka praxe u respondentek je velmi rozmanitá a pohybuje se od dvou do dvaceti devíti let praxe.

Cílem této práce bylo zmapovat specifika komunikace sestry s klienty s mentálním postižením v ústavech sociální péče. Komunikace sestry s mentálně handicapovaným klientem je velmi specifická, a proto jsme se nejdříve zaměřili na profesní připravenost sester na tuto komunikaci a na vnímání komunikace s klienty s mentálním handicapem samotnou sestrou (schéma 1). V otázce profesní připravenosti odpovědělo šest sester, že kromě hodin psychologie na předchozích školách absolvovaly ještě kurzy nebo školení, které se týkaly komunikace s klienty s mentálním handicapem. Zacharová

2007) uvádí, že se sestra učí správně komunikovat už během studií, jelikož je správná komunikace velice důležitá. Pouze jedna sestra odpověděla, že zatím na žádném školení komunikace ještě nebyla. Dvě sestry ještě dodaly, že pravidelně navštěvují kurzy znakové řeči. Tato znaková řeč jim usnadňuje komunikaci s klienty. Na otázku, která se týkala vlastního hodnocení své komunikace s klientem, odpověděly čtyři sestry, že ji hodnotí kladně. Dvě sestry odpověděly, že komunikace je složitá, ale nakonec vždy k domluvě dojde. Dvě sestry svou komunikaci považují za nedostatečnou, ale chtějí ji co nejvíce zlepšit. Pro toto zlepšení studují knihy týkající se komunikace, snaží se navštěvovat kurzy a školení o komunikaci. Myslím si, že je správné, když si sestra dokáže přiznat, že něco není v pořádku, a zároveň chce to zlepšit. Zacharová (2007) ve své knize také uvádí, že u sestry je velmi důležité, aby se pravidelně vzdělávala, protože jsou na ni kladeny stále větší nároky. Očekává se, že sestra bude zvládat práci s moderní technikou, velmi odbornou práci, zvládat své osobní problémy a emoce a v neposlední řadě administrativní činnost.

V další části této bakalářské práce jsme se podívali na specifika komunikace z pohledu sestry i klienta (schéma 2). Schéma jsme rozdělili na dvě kategorie. První kategorie nese název specifika v komunikaci s mentálně retardovanými klienty z pohledu sestry a je rozdělená na dva celky. První celek se zabývá tím, jak sestry začínají rozhovory s klienty s mentálním handicapem. Na tuto otázku odpověděly sestry, že nejčastěji navozují kontakt s klientem pozdravem a oslovením, dvě sestry pozdrav doplňují dotekem. Sestra tři začíná konverzaci rovnou dotazem. Druhý celek se věnuje obecným specifikům komunikace s klienty s mentálním handicapem. Všechny dotazované sestry se shodly v tom, že na prvním místě je pomalá a srozumitelná mluva. Tato odpověď se shoduje s literaturou, kde Venglářová a Marhová (2006) ve své knize také uvádějí jednoduchou mluvu. Komunikace by měla obsahovat co nejjednodušší a běžně používaná slova, sdělení by mělo být stručné a výstižné a v neposlední řadě by se neměly používat zkratky, kterým mentálně handicapovaný klient nerozumí. Jako další specifika v komunikaci uvedly respondentky časté opakování požadavků, názornou ukázkou pomocí obrázků, piktogramů a podobně. Dvě sestry do této kategorie zařadily i neverbální komunikaci. Nelešová uvádí, že mentálně handicapovaní klienti používají



více než verbální komunikaci právě komunikaci neverbální. Touto řečí dávají najevo své sympatie, náklonnost, ale i nesouhlas a nespokojenost, proto by neverbální komunikace neměla být opomíjena. Bohužel se pouze dvě respondentky zmínily o neverbální komunikaci a v dalších otázkách se o tomto druhu komunikace již nikdo nezmínil. Z toho usuzují, že přestože je neverbální komunikace všude diskutované téma, často se na ni zapomíná a mnohdy se vynechává. Jako jednu z dalších odlišností uvedly respondentky důležitost zpětné vazby. Říkají, že tato odezva je důležitá i u klientů bez mentálního postižení. O to víc je tedy důležitá u pacientů s postižením. Jak již bylo výše uvedeno, klienti sestrám nerozumí nebo je zrovna nevnímají. Na konci rozhovoru tedy nesmí chybět zpětná vazba, aby sestra věděla, kdy klient vnímal a kdy nevnímal nebo nerozuměl a danou informaci mu doplnit. Také tato odpověď se shoduje s názorem Plevové, která říká, že je nutné si na konci každého rozhovoru s klientem s mentálním postižením ověřit, zda nám správně rozuměl. Sestra tři uvádí ještě to, že jsou klienti velmi impulzivní.

Druhá kategorie se věnovala projevům komunikace klienta s MR ze strany sestry specifickým (schéma 2). I v těchto otázkách odpovídaly sestry, co je podle jejich názoru pro klienta v komunikaci specifickým. Sestry nejčastěji uváděly v odpovědi, že klienti opakují, co slyší. Jednalo se o to, že pokud se klienta s mentálním handicapem na něco zeptáme, většinou nám odpoví naší položenou otázkou. Proto je velmi důležité být trpělivý a otázku i několikrát zopakovat. Bowers (2009) uvádí, že je v komunikaci s mentálně handicapovaným klientem důležité přizpůsobit se jeho tempu. Rychlost řeči bychom měli přizpůsobit tak, aby měl klient šanci nám porozumět. Čtyři sestry uvedly, že klientova mluva je mnohem pomalejší než mluva ostatních lidí. I tomuto je potřeba věnovat pozornost. Musíme klientovi naslouchat, nechat ho domluvit a nechvátat na něj. Sesterská mluva by se téměř měla přizpůsobit klientovu tempu. *„Odlišné je to hlavně v tom, že se musíme vyjadřovat pomaleji, používat jednoduché věty, vše trpělivě opakovat a hledat výrazy, kterým je klient schopen porozumět, nahrazovat pojmy jinými podobnými a tak podobně (sestra 2).“* Venglářová (2006) se zmiňuje ve své knize o rychlosti mluvy. Říká, že dobře komunikovat neznamená jen volit správná slova, ale že správná komunikace spočívá mimo jiné i v rychlosti mluvené řeči, použití piktogramů,

obrázků či symbolů pro upřesnění nebo nahrazení slova, kterému klient nerozumí. Kraus považuje za základní, aby sestra zjistila, jak moc je klient schopný komunikace. V případě nutnosti je třeba verbální komunikaci doplnit pomocí obrázků, symbolů nebo různých počítačových programů. Dále tvrdí, že je třeba tyto obrázky a symboly naučit i rodinu, aby i ona mohla co nejlépe komunikovat se svým příbuzným. S tímto názorem jsme se setkali v několika odpovědích.

Třetí a poslední schéma se týkalo bariér (problémů) v komunikaci jak ze strany sestry, tak ze strany klienta (schéma 3). Schéma bylo rozděleno do dvou částí. První část se týkala bariér (problémů) v komunikaci z pohledu sestry. Nejvíce respondentek se shodlo v tom, že bariéru vidí v nepochopení si navzájem. Uvedly, že často nerozumí samy tomu, co po nich klient žádá a naopak, klient nerozumí jejich prosbám. *„Podle mě je největší bariéra v tom, že si nejsme schopni s klientem přesně sdělit svoje potřeby. Že si vlastně nerozumíme. Já nerozumím, co po mně klient žádá.“* Toto je vyjádření sestry dvě. Sestra čtyři se naprosto shoduje se sestrou dvě a říká: *„Za největší bariéru bych označila to, že si s klientem nerozumíme. Často nerozumím jeho sdělení.“* Další dvě sestry považují za bariéru nedostatek informací od rodiny. *„Největší problém vidím v tom, že většinou je velmi špatná spolupráce s rodinou. Od rodiny se nedozvím téměř nic a musím si vše zdlouhavě zjišťovat od klienta, což je někdy až nemožné. Kolikrát by mi od rodiny stačilo oslovení, na které je klient zvyklý.“* Toto uvedla respondentka osm. Chtěla tím říci, že pokud by byla rodina vlídnější a poskytla jí základní informace o klientovi, urychlila by se klientova adaptace na nové prostředí a díky tomu se odstraní jedna z bariér. Těchto několik informací od rodiny by pro sestru znamenalo velikou pomoc a velkou úsporu času, který by mohla klientovi vyplnit jinak, pro klienta zábavnější činností než jsou otázky. Tímto se dostáváme k odpovědi respondentky tři, která za velkou bariéru považuje nedostatek času. Říká: *„Největší problém vidím v tom, že mám velmi málo času. Nemůžu se klientovi plně věnovat, jak by potřeboval nebo jak bych já chtěla.“* Respondentka dále konstatuje, že tato bariéra by se dala odstranit přijetím další sestry do pracovního poměru. Tím se práce jedné sestry rozdělí a vznikne více času, který sestra může využít v komunikaci s klientem. Podle mého názoru pracuje zdravotních sester v ústavech opravdu málo. Myslím si, že nemají možnost

přijít do kontaktu s klientem tak, jak by chtěly. Respondentka dále uvádí, že by jí pomohla větší spolupráce s rodinou. Sedmá respondentka vidí komunikační bariéru v nesoustředěnosti klienta. Tento názor se shoduje s literaturou, kde Zacharová (2007) i Venglářová (2006) ve svých knihách upozorňují na velkou nesoustředěnost klienta. Uvádí, že klienta ze soustředění vyruší i sebemenší podnět, jako je projetí auta kolem oken, a říkají, že je velmi důležité si komunikaci správně naplánovat a načasovat, zvolit správnou denní dobu, vybrat místnost, kde je málo podnětů, které by odváděly klientovu pozornost. Zacharová (2007) také uvádí, že je velmi důležité přizpůsobovat svá sdělení tomu, jak klient reaguje na předchozí informaci. Jedna jediná respondentka uvedla, že žádné bariéry v komunikaci s klientem s mentálním postižením nevnímá. Tuto svou odpověď odůvodnila tím, že v ústavu sociální péče pracuje již velmi dlouho a klienty velmi dobře zná. Zná jejich potřeby, předvídá jejich reakce a ví, jak s nimi komunikovat tak, aby komunikace byla co nejúspěšnější. Samozřejmě uvedla, že problém by nastal v okamžiku přijetí nového klienta do ústavu. V tomto případě by bariéry nastaly. Jedna respondentka uvedla, že největší problém vidí v neverbální komunikaci. Jak jsme si již výše řekli, klienti s mentálním handicapem většinou nejvíce komunikují neverbálně. Také jsme se zmínili, že na tuto skutečnost musí být sestra dostatečně profesně připravená. Řekli jsme si, že klient nesmí vycítit žádnou odtažitost ze strany sestry. Znovu musíme zdůraznit, že komunikace je při práci s klienty s mentálním handicapem velmi důležitá. Myslíme si, že by každá sestra měla co nejlépe ovládat řeč těla. Zklamala nás skutečnost, že z osmi rozhovorů o deseti otázkách nám pouze dvě sestry ve své odpovědi uvedly neverbální komunikaci. Poslední bariérou, které čtyři dotazované sestry uváděly, byla náladovost klienta. „*S našimi stálými klienty většinou nemám žádný závažný problém, tedy až na jejich náladovost.*“ Uvádí sestra čtyři.

Druhou část schématu tři jsme nazvaly: „bariéry (problémy) v komunikaci ze strany klienta.“ Aby byly odpovědi co nejpřesnější, museli bychom se na bariéry ptát samotných klientů. Tato práce se ale týká komunikace sestry a klienta, nikoliv naopak, proto se snažily na tuto otázku odpovědět sestry. Nejvíce respondentek se shodlo v tom, že podle nich je klientova největší bariéra v neporozumění sestře. „*Na tuto otázku Vám bohužel neumím odpovědět. Myslím si, že se jedná o neporozumění, ale zda je to pravda*

*či nikoliv, bohužel nevím.* “Takto se vyjádřila sestra čtyři. Dvě sestry vidí klientovu bariéru ve změně prostředí. Klient byl zvyklý na své domácí prostředí, kde se uměl pohybovat, proto byl i otevřenější a komunikoval. Po přestěhování do ústavu se může stát, že než si klient zvykne a naučí se svoje rituály, může se během adaptace uzavřít do sebe a nekomunikovat. V tomto případě je nejvhodnější klienta nechat, nijak na něj nenaléhat a adaptaci urychlit například tím, že jeho pokoj se snažíme předělat podle vzoru pokoje, na který byl zvyklý doma. Pevlová (2010) také uvádí, že sestra se setkává s klientem s mentálním handicapem každý den, a proto se mu stává oporou. V neposlední řadě mu též pomáhá s adaptací. Jedna sestra vidí klientovu komunikační bariéru v tom, že má klient malou slovní zásobu a špatně se vyjadřuje.

## 6 ZÁVĚR

V této bakalářské práci jsme se zabývali specifiky komunikace sestry s mentálně handicapovanými klienty v ústavech sociální péče. Zjišťovali jsme, jaká jsou specifika v sesterské komunikaci, jaká je profesní připravenost sestry v oblasti komunikačních dovedností, jaké existují komunikační bariéry z pohledu sestry i klienta s mentálním handicapem. Pro tuto práci byl stanoven cíl: Zmapovat specifika komunikace sestry s klienty s mentálním postižením v ústavech sociální péče.

K dosažení toho cíle byly stanoveny dvě výzkumné otázky:

1. Jaká jsou specifika komunikace sestry s klienty s mentálním postižením?
2. S jakými problémy (bariérami) se potýká sestra při komunikaci s klienty?

Na obě tyto otázky se nám podařilo ve výzkumné části této práce najít odpovědi pomocí rozhovorů se sestrami, které pracují v ústavech sociální péče.

Zjistili jsme, že komunikace sestry v ústavech sociální péče je velmi specifická a náročná. Sestra by se měla neustále vzdělávat v oboru komunikace. Sestra, která pracuje s klienty s mentálním postižením, by o této problematice měla mít přehled a měla by si být jistá, že právě zde chce pracovat. Práce s těmito klienty je velmi náročná, a to nejen po stránce fyzické, ale i po stránce psychické. Sestra by neměla zapomínat pravidelně relaxovat a chodit do práce pozitivně naladěná, jelikož klient nepohodu vycítí a ta se okamžitě odrazí ve vzájemné komunikaci. Během práce sestry často vznikají komunikační bariéry, se kterými si sestra musí umět poradit. Měla by proto umět co nejlépe využívat všechny složky verbální i neverbální komunikace. Po zhodnocení první výzkumné otázky jsme zjistili, že respondentky vidí specifika hlavně v klidné, pomalé, srozumitelné mluvě s častým opakováním důležitých pokynů. Velmi pomůže i názorná ukázka, při které můžeme využít různé piktogramy, Bliss symboly nebo moderní počítačové programy. Nesmíme zapomenout na neverbální komunikaci, která je u těchto klientů velmi rozvinutá. Většina z nich dokonce ani verbálně nekomunikuje. Znalost neverbální komunikace je proto velmi důležitá. Na druhou výzkumnou otázku, která se týkala problémů, s nimiž se sestra potýká během komunikace s mentálně postiženými klienty, jsme si v praktické části této práce rovněž odpověděli. Dozvěděli

jsme se, že respondentky vidí největší a nejčastější problémy ve vzájemném nepochopení se. Sestra nerozumí a nechápe, co po ní klient žádá a naopak klient nerozumí nebo nechce rozumět tomu, co říká sestra. Dalším problémem může být náladovost a impulzivita klienta, nepozornost ze strany klienta, nedostatek času ze strany sestry, neochota spolupráce rodiny a v neposlední řadě změna klientova prostředí, jeho následná špatná adaptace a tomu i zhoršená schopnost komunikace.

Závěrem této práce můžeme konstatovat, že cíl byl splněn. Na základě výsledků výzkumného šetření vidíme nutnost zvýšit informovanost sester o zásadách správné komunikace s mentálně handicapovanými klienty.

Výsledky této bakalářské práce mohou sloužit jako doplňující text při školeních a seminářích nebo jako podkladový materiál pro studenty středních a vysokých škol v předmětu psychologie či komunikace. Zároveň tato práce může soužit jako zpětná vazba pro ústavy sociální péče, kde bylo zrealizováno výzkumné šetření.

## 7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ. *Výzkum a ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, 146 s. ISBN 80-701-3416-X.

BENDO VÁ, Petra a Pavel ZIKL. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 140 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4738-543.

BOWERS L., BRENNAN G., WINSHIP G., THEODORIDOU CH. *Talking with Acutely Psychotic People - Communication Skills for Nurses and Others Spending Time with People Who Are Very Mentally Ill*. London: City University, 2009.

ČADILOVÁ, Věra, Hynek JŮN a Kateřina THOROVÁ. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 243 s. ISBN 978-807-3673-192.

FARKAŠOVÁ, Dana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2011, 212 s. ISBN 80-806-3229-4.

JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008, 134 s. ISBN 978-807-3674-779.

JANÁČKOVÁ, Laura, Petr WEISS a Valérie TÓTHOVÁ. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Vyd. 1. české. Překlad Marie Zvoníčková. Praha: Portál, 2008, 259 s. ISBN 978-807-3674-779.

JANO UŠEK, Jaromír. *Verbální komunikace a lidská psychika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 169 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 978-802-4715-940.

*Kapitoly ze speciální pedagogiky. 2., rozš. a přeprac. vyd.* Editor Jarmila Pipeková. Brno: Paido, 2006, 404 s. ISBN 80-731-5120-0.

KRAUS, Josef. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, c2005, 344 s. ISBN 80-247-1018-8.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana, Jaroslava KRÁLOVÁ a Valérie TÓTHOVÁ. *Výzkum v ošetrovatelství: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Překlad Marie Zvoníčková. Praha: Grada, 2009, 175 s. ISBN 978-802-4727-134.

KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 212 s. ISBN 978-80-247-3676-1.

NELEŠOVSKÁ, Alena. *Pedagogická komunikace v teorii a praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 171 s. ISBN 80-247-0738-1.

CHRÁSTKOVÁ, Bc. Eva a Mgr. Bc. Renata KOJECKÁ. Komunikace u osob s mentálním postižením. *Sestra* [online]. 2011, roč. 10 [cit. 2014-04-29]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/komunikace-u-osob-s-mentalnim-postizenim-461759>

Bliss systém. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. 1. vyd. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2014-04-29]. Dostupné z: [http://cs.wikipedia.org/wiki/Bliss\\_syst%C3%A9m](http://cs.wikipedia.org/wiki/Bliss_syst%C3%A9m)

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Vyd. 1. Brno: MSD, 2006, 208 s. ISBN 80-866-3340-3.



PLAŇAVA, Ivo, Petr WEISS a Valérie TÓTHOVÁ. *Průvodce mezilidskou komunikací: přístupy - dovednosti - poruchy*. Vyd. 1. Překlad Marie Zvoníčková. Praha: Grada, 2005, 134 s. ISBN 80-247-0858-2.

PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. *Komunikace s dětským pacientem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 247 s. ISBN 978-802-4729-688.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, c2011, 528 p. ISBN 978-802-4739-762.

SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 155 s. ISBN 978-807-3676-919.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, Jaroslava KRÁLOVÁ a Valérie TÓTHOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Překlad Marie Zvoníčková. Praha: Galén, 2009, 135 s. ISBN 978-807-2625-994.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 3., přeprac. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-736-7060-7.

VALENTA, Milan. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 349 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4738-291.

VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 1. vyd. Praha: Parta, 2003, 443 s. ISBN 80-732-0039-2.

VÁGNEROVÁ, Marie, Petr WEISS a Valérie TÓTHOVÁ. *Psychopatologie pro pomáhající profese: přístupy - dovednosti - poruchy*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Překlad Marie Zvoníčková. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-7178-802-3.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VYMĚTAL, Štěpán. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 176 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2510-9

WORKMAN, Barbara A, Clare L BENNETT a Valérie TÓTHOVÁ. *Klíčové dovednosti sester*. Vyd. 1. české. Překlad Marie Zvoníčková. Praha: Grada, 2005, 259 s. ISBN 80-247-1714-X.

ZACHAROVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 229 s. Sestra. ISBN 978-802-4720-685.

ZÁVODNÁ, Vlasta, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ. *Pedagogika v ošetrovatelství*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2005, 146 s. ISBN 80-806-3193-X.

## **8. SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1 Otázky pro rozhovor se sestrami













Příloha 2 Bliss symboly

## **Příloha 1 Otázky pro rozhovor se sestrami**

- 1) Jaké máte vzdělání?
- 2) Jak dlouho pracujete s klienty s mentálním handicapem?
- 3) Jak jste profesně připraven/á na komunikaci s klienty s mentálním handicapem? (Kurzy, školení, naposledy ve škole)
- 4) Jak obvykle začínáte rozhovory s klienty?
- 5) Jak vnímáte Vaši komunikaci s klienty s mentálním handicapem?
- 6) V čem vidíte specifika komunikace s klienty s mentálním handicapem?
- 7) Jaká je odlišnost mezi komunikací s lidmi s mentálním postižením a s lidmi bez postižení?
- 8) V čem vidíte nejčastější bariéry v komunikaci s klientem s mentálním handicapem z Vaší pozice?
- 9) Jaké vidíte nejčastější bariéry v komunikaci s klientem s mentálním handicapem z jeho hlediska?
- 10) S jakými problémy se nejčastěji potýkáte během komunikace s lidmi s mentálním postižením?

## Příloha 2 Bliss symboly

							
osoba	uczucie	pamięć	wiedza	czas	nasilenie	zbiornik	praca
							
dom, budowla	pokój	krzesło	stół	schody	oko	ucho	ręka
							
numer	i, plus, również	minus, bez	mnożenie	dzielenie	równa się	część	zwierzę
							
język	pióro, ołówek	strona, papier	książka	ochrona	zdrowie	lekarstwo	świat
							
natura	ziemia	niebo	światło	woda	ogień	powietrze	chmura
							
drzewo	kwiat	skała	kierownica	piorun	słońce	księżyc	planeta

			
past	future	happy memory	unhappy memory
			
hope, happy anticipation	fear, feeling down abt, future	feeling of <u>doubt</u>	feeling of <u>certainty</u>
			
surprise	astonishment	sensation	excitement

Zdroj: google.cz