

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav ošetrovatelství

Bc. Eva Chrástková

**Problematika komunikace u osob s mentálním postižením
ve zdravotnickém zařízení**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Bc. Renata Kojecká

Olomouc 2011

ANOTACE

Název práce v ČJ: Problematika komunikace u osob s mentálním postižením ve zdravotnickém zařízení

Název práce v AJ: The problem with communication of persons with mental handicap in the health centres

Datum zadání: 29. 1. 2010

Datum odevzdání: 5. 5. 2011

Vysoká škola, Univerzita Palackého v Olomouci

fakulta: Fakulta zdravotnických věd

Ústav: Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Bc. Eva Chrátková

Vedoucí práce: Mgr. Bc. Renata Kojecká

Oponent práce: PaedDr. Irena Hučíková

Abstrakt v ČJ: Teoretická část diplomové práce se zaměřuje obecně na komunikaci- její rozdělení a význam v profesi zdravotní sestry. Nejrozsáhleji je v teoretické části zpracována problematika mentálního postižení. Popisuje jak samotné postižení, tak specifika komunikace u osob s mentálním postižením a jejich psychosociální zvláštnosti. Poslední kapitola se zabývá zařízeními a organizacemi, které těmto osobám poskytují své služby. Nechybí zařazení dané problematiky do systému ošetrovatelských diagnóz NANDA domén. Empirická část zkoumá komunikační dovednosti zdravotnického personálu ve specifické oblasti mentálního postižení. Prezentuje jak postoje/ názory zdravotnického personálu, tak kontrolní skupiny- pracovníků v sociálních službách. V praktické části jsou zpracovány výsledky kvantitativního a kvalitativního výzkumu. Ke sběru dat byla použita metoda dotazníkového šetření a technika osobních polostrukturovaných rozhovorů.

Abstrakt v AJ: The theoretical part of diploma thesis is generally focused on nurse communication its parting and importance in nursing. In theoretical part there is mostly developed issue of mental handicap, describing as own disability as specific communication with mentally retarded patients including their psychosocial peculiarities. Last chapter is dealing with institutions and organizations providing service for those clients. There is not missing classification of issue in to nursing diagnosis NANDA domain. Empirical part investigates communication skills of medical staff in relation to mentally handicapped clients. It represents as approach/opinion of medical staff as research group compiled from social services employees. Practical part contains results of quantitative and qualitative research. For data collection there was used questionnaire investigation and technik of personal semistructured interview.

Klíčová slova v ČJ: komunikace, mentální postižení, zdravotnické zařízení

Klíčová slova v AJ: communication, mental handicap, health centres

Rozsah: 95 stran (bez příloh)

29 stran příloh

124 stran celkem

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené informační zdroje.

Olomouc 2. květen 2011

.....

(podpis)

Děkuji paní Mgr. Bc. Renatě Kojecké za vedení diplomové práce, cenné rady a především za vstřícný a laskavý přístup během celé doby naší spolupráce. Dále bych ráda poděkovala všem zdravotním sestřám a pracovníkům v sociálních službách, kteří se podíleli na výzkumném šetření.

OBSAH

ANOTACE	2
ÚVOD.....	9
1 KOMUNIKACE	11
1.1 Sociální komunikace.....	11
1.2 Verbální komunikace	11
1.3 Neverbální komunikace	12
1.3.1 Mimika.....	13
1.3.2 Proxemika	13
1.3.2.1 Proxemické zóny.....	13
1.3.3 Haptika.....	14
1.3.4 Posturologie	15
1.3.5 Gestika	15
1.3.6 Kinetika.....	16
1.3.7 Pohledy	16
1.3.8 Vzhled a úprava zevnějšku	16
1.3.9 Paralingvistika (svrchní tóny řeči).....	17
1.4 Komunikace/ dorozumívání ve zdravotnictví.....	17
1.4.1 Pozorování	17
1.4.2 Rozhovor.....	18
1.4.3 Naslouchání	18
1.4.4 Mlčení	19
2 PROBLEMATIKA MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ	20
2.1 Výskyt mentálního postižení v populaci.....	20
2.2 Rozdělení mentálního postižení.....	21
2.2.1 Lehká mentální retardace- IQ 50- 69- cca 85%	21
2.2.2 Středně těžká mentální retardace IQ 35- 49- cca 10%.....	22
2.2.3 Těžká mentální retardace IQ 20- 34- cca 5%	22
2.2.4 Hluboká mentální retardace IQ pod 20 – méně než 1%	22
2.2.5 Jiná mentální retardace	23
2.2.6 Nespecifikovaná mentální retardace	23
2.3 Příčiny vzniku	23
2.4 Diagnostika	23
2.4.1 Diagnostické metody	24
2.4.1.1 Klinické prostředky:	24
2.4.1.2 Testové metody:.....	25
2.5 Terapie	25
2.6 Možnosti prevence vzniku	26
2.7 Ošetřovatelské diagnózy dle NANDA domén.....	26
3 KOMUNIKACE S OSOBAMI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	28
3.1 Zásady komunikace s osobami s mentálním postižením	28
3.2 Alternativní a augmentativní komunikace (AAK).....	29
3.2.1 Metody AAK bez pomůcek	30

3.2.1.1	Znak do řeči	30
3.2.2	Metody AAK s pomůckami	30
3.2.2.1	Piktogramy- komunikační systém s obrázkovými symboly	30
3.2.2.2	Makaton	30
3.2.2.3	Sociální čtení.....	31
3.2.3	Alternativní komunikace pro těžce postižené jedince	31
3.2.3.1	Bazální stimulace a komunikace.....	31
4	PSYCHOLOGICKÉ ZVLÁŠTNOSTI.....	32
4.1.1	Problémové chování	33
4.1.2	Zásady komunikace/ přístupu k agresivním klientům	34
5	ZAŘÍZENÍ A ORGANIZACE	35
5.1	Zařízení sociálních služeb.....	35
5.1.1	Systém sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením	36
5.2	Společenské organizace a občanská sdružení	36
5.3	Osoby s mentálním postižením a jejich práva	37
6	PRAKTICKÁ ČÁST	38
6.1	Formulace problému	38
6.2	Hlavní cíl.....	38
6.3	Dílčí cíle.....	38
6.4	Hlavní výzkumná otázka	40
6.5	Dílčí výzkumné otázky	40
6.6	Charakteristika souboru	40
6.6.1	Kvantitativní výzkum	40
6.6.2	Kvalitativní výzkum	42
6.7	Metoda a techniky sběru dat	42
6.7.1	Kvantitativní výzkum	43
6.7.2	Kvalitativní výzkum	43
6.8	Organizace výzkumného šetření	43
6.8.1	Kvantitativní výzkum	43
6.8.2	Kvalitativní výzkum	44
6.9	Zpracování dat	44
6.9.1	Kvantitativní výzkum	44
6.9.2	Kvalitativní výzkum	45
6.10	Vyhodnocení dat	46
6.10.1	Kvalitativní výzkum	46
6.10.2	Kvalitativní výzkum	68
6.11	Diskuse.....	77
	LITERATURA A PRAMENY	89
	SEZNAM ZKRATEK	92
	SEZNAM TABULEK	93

SEZNAM GRAFŮ	94
SEZNAM PŘÍLOH.....	95
PŘÍLOHY	96

ÚVOD

V diplomové práci je zpracována problematika komunikace s mentálně postiženými klienty ve zdravotnickém zařízení. Předmětem zkoumání by se mohla stát komunikace v mnoha oblastech. Důvodem, proč jsem si vybrala toto konkrétní téma, byla má odborná praxe ve zdravotnických zařízeních. Již v bakalářské práci jsem se zabývala specifickou komunikací u osob po cévní mozkové příhodě. V obou případech mě k volbě tématu vedlo vlastní pozorování. Dle mého úsudku příkládá zdravotnický personál komunikaci opravdu malý význam.

Během nynějšího dvouletého studia jsme měli do osnov v hojně míře zařazenou problematiku péče o osoby s různým typem postižení. Když jsem si vybavila své negativní a pozitivní zkušenosti s přístupem k postiženým osobám ve zdravotnických zařízeních, rozhodla jsem se této problematice více věnovat. Specifická skupina mentálně postižených osob byla zvolena, protože s nimi během své praxe přicházím do kontaktu nejčastěji. A předpokládám, že je to skupina postižených, se kterými se nejčastěji setkává i zdravotnický personál. A proto by jim mohly být výsledky mého výzkumu přínosné.

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a praktickou (empirickou) část. Teoretická část obsahuje 5 kapitol. V první kapitole jsem se nechala inspirovat svojí bakalářskou prací, kde jsem popisovala komunikaci v obecné rovině. Ostatní kapitoly pojednávají obecně o problematice mentálního postižení, propojení komunikace a mentálního postižení, psychosociálních zvláštnostech těchto osob a v neposlední řadě zmiňuje zařízení a spolky, které slouží pro osoby s mentálním postižením a jejich rodiny. Nechybí ani podkapitola obsahující informace o právech mentálně postižených osob a zařazení celé problematiky do systému ošetřovatelských diagnóz NANDA domén. Cílem empirické části bylo zjistit, jaké komunikační dovednosti mají zdravotní sestry ve specifické oblasti mentálního postižení. Zaměřovala jsem se především na jejich znalosti, praktické „dovednosti“ a zájem o další vzdělávání v této oblasti. Ke sběru dat byla použita jak kvantitativní metoda (dotazníkové šetření), tak metoda kvalitativní (osobní polostrukturované rozhovory). Praktická část prezentuje znalosti zdravotnického personálu, ale také názory/ postoje kontrolní skupiny- pracovníků v sociálních službách.

Dosavadní zpracování dané problematiky:

Problematiku komunikace u osob s mentálním postižením zmiňuje ve svých publikacích mnoho autorů. Ojedinělým dílem je metodický materiál s názvem Komunikace a lidé s mentálním postižením (Mgr. Petra Jurkovičová, Ph. D. a kolektiv, vydala Univerzita Palackého v Olomouci, rok 2010), který je celý zaměřen na specifickou komunikaci u osob s mentálním postižením. Mezi českými zdroji, které se věnovaly výzkumu v dané problematice, mě zaujaly dvě bakalářské práce. První se zabývá komunikací sester s klienty s různými typy postižení (Helena Vondrušková, Dis., Brno, rok 2010, vedoucí práce Mgr. Hana Pinkavová) a poukazuje na to, že problematika komunikace u osob s postižením je stále více aktuální a nabízí prostor pro zlepšení. Druhá bakalářská práce zkoumá psychosociální problematiku mentálně postižených dětí při hospitalizaci (Eva Drahá, Zlín, rok 2008, vedoucí práce Mgr. Stanislava Kovářová). Autorka dochází k závěru, že zdravotnický personál nedodrží zásady komunikace a také nezná práva dětí s mentálním postižením.

Své postřehy z praxe zmiňuje také MUDr. Vratislav Kraus (Zdravotnické noviny 2006, roč. 55, č. 5), který poukazuje na to, že při komunikaci s handicapovanými klienty záleží především na individuálních schopnostech zdravotních sester. MUDr. L. Válek publikoval (Sestra 2001, roč. 11, č. 2) článek s názvem Hospitalizace pacienta s handicapem. Uvádí své negativní zkušenosti s přístupem zdravotních sester k pacientce po dětské mozkové obrně. Navrhuje zde také ideální postup při hospitalizaci takové pacientky. Dále mě zaujal také článek s názvem Desatero- Problémy v komunikaci zdravotníků s pacienty se zdravotním postižením (Florence 2006, roč. 2, č. 7- 8). V něm autoři navrhují několik kroků, jak lze dospět ke vzájemnému lepšímu pochopení postižených klientů a zdravotnického personálu. Mezi ně patří například osvětová a propagační aktivita, cílené působení na pacienty se zdravotním postižením (měli by umět prosazovat svá práva) nebo odborné vzdělávání zdravotních pracovníků.

Ze zahraničních studií bych chtěla zmínit kvalitativní výzkum s názvem Doktor a pacient- trpělivá komunikace s lidmi s mentálním postižením (BMC Family Practice 2009). Studii prováděli v Nizozemsku a výsledkem bylo stanovení dvanácti priorit při komunikaci lékařů a mentálně postižených jedinců.

1 KOMUNIKACE

Význam latinského slova **communicare**, je „dělat“ něco společným, radit se, domlouvat se. Jinou definici slova **communicare** si můžeme vyložit jako zúčastňování se s někým na něčem, podílet se, mít podíl na něčem.¹

V obecné rovině je komunikace charakterizována jako sdělení informací prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků. Ústně, písemně, mimikou, gesty a dalším neverbálním chováním. Především přímo mezi dvěma či více lidmi, dále pomocí tisku, rozhlasu či dalších médií.²

1.1 Sociální komunikace

Sociální komunikace je proces, který je rovnocenně zastoupen následujícími složkami, které se navzájem prolínají.³

Komunikátorem je člověk, který informace vysílá jiné osobě. **Komunikant** je osoba, které jsou informace určeny. **Komuniké** zahrnuje obsah zprávy, informace. **Komunikační kanál** je způsob přenosu informací. **Zpětná vazba** umožňuje smysluplnou komunikaci. Komunikace probíhá v určitém **kontextu**. Ty samé slova nebo formy jednání mohou mít úplně odlišný význam, pokud jsou použité v odlišných souvislostech.⁴

1.2 Verbální komunikace

Verbální komunikační systém představuje slovní signály přenášené vzduchem a přijímané sluchem.⁵

Řeč umožňuje komunikaci, myšlení, ovlivňování sebe i jiných. Hovořit znamená vyjadřovat určitou myšlenku pomocí slov, vyjadřovat svůj názor a cit.⁶

¹ Srov. KRISTOVÁ, K., *Komunikácia v ošetrovatelstve*, s. 11.

² Srov. HONZÁK, R., *Komunikační pasti v medicíně*, s. 9.

³ Srov. KRISTOVÁ, K., *Komunikácia v ošetrovatelstve*, s. 14.

⁴ Srov. Tamtéž, s. 15.

⁵ Srov. DEVITO, J., *Základy mezilidské komunikace*, s. 50.

Požadavky na verbální projev zdravotní sestry:

- jednoduchost mluveného projevu,
- přehlednost a návaznost informací,
- výstižnost,
- načasovanost,
- důvěryhodnost,
- přizpůsobivost,
- oboustrannost.⁷

1.3 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace zahrnuje mnoho oblastí lidských projevů a produktů. Přináší informace o vnitřních obsazích člověka, a tak nám pomáhá k jeho lepšímu poznávání. Neverbální prostředky mají význam při:

- vyjadřování postojů, nálad a aktuálního prožívání,
- vytváření vzájemného vztahu,
- vytváření prvního dojmu v úvodu interakce a komunikačního procesu,
- oznamování emocí,
- podporování verbální komunikace,
- posuzování charakteru a vlastností,
- řízení rozhovoru,
- synchronizaci polohy a pohybů těla komunikujících.⁸

⁶ Srov. KRISTOVÁ, K., *Komunikácia v ošetrovatelstve*, s. 50-51.

⁷ Srov. Tamtéž.

⁸ Srov. TEGZE, O., *Neverbální komunikace*, s. 21- 22.

1.3.1 Mimika

Výraz obličeje zprostředkovává nejčastěji emocionální stavy jedince, odráží také postoje lidí. Často dává odpověď na sdělované. Pro jednodušší čtení v lidské tváři je možné si obličej rozdělit na pásmo čela včetně obočí, dále pak pásmo očí, včetně očních víček a v neposlední řadě pásmo dolní poloviny obličeje, zejména ústa.⁹

Nejzákladnější mimické projevy jako překvapení, úlek či jiné vyvedení osobnosti z klidu se nejvýrazněji rozpozná z pásma čela a obočí. Strach, smutek, žal nebo deprese jsou nejvýrazněji čitelné z očí a očních víček. Štěstí a další kladné emocionální stavy se dají odpozorovat z dolní poloviny obličeje.¹⁰

1.3.2 Proxemika

Proxemika je charakterizována jako věda o podvědomém členění vlastního prostoru s následným dodržováním hranic. Představuje míru fyzické vzdálenosti člověka od člověka. Proxemika vyjadřuje prostorovou vzdálenost ve dvou rovinách.¹¹

- **Vertikální rovina** vyjadřuje výškovou úroveň ve vztahu k jinému člověku. Poloha „nad“ působí dominantně, poloha „pod“ vyjadřuje submisivní postavení.¹²
- **Horizontální rovina** je vzdálenost komunikujících osob přiblížením nebo oddálením.¹³

1.3.2.1 Proxemické zóny

Spodní hranice **intimní zóny** splývá s tělesným a hmatovým kontaktem. Horní hranice je určena oddálením přibližně o 10- 30 cm. V nemocnici se často ocitá sestra

⁹ Srov. VLČEK, V., *Psychologie a doteková povolání*, s. 27.

¹⁰ Srov. Tamtéž.

¹¹ Srov. KRISTOVÁ, K., *Komunikácia v ošetrovateľstve*, s. 25- 26.

¹² Srov. Tamtéž.

¹³ Srov. Tamtéž.

v intimní zóně klienta. Měla by si pamatovat, že když vstoupí do jeho intimní zóny, je třeba mu vysvětlit důvod a časové trvání vstupu.¹⁴

Osobní zóna se rozděluje na užší (30- 80 cm) a širší (80- 120 cm). Tato vzdálenost se například při rozhovoru sestry s klientem pokládá za ideální. Sestra nevidí jen tvář klienta, ale může sledovat i ostatní neverbální projevy. Sestra může také předpokládat další průběh komunikace.¹⁵

Sociální (společenská) zóna je ohraničena 120- 360 cm. Uplatňuje se například při komunikaci sestry naráz s více klienty.¹⁶

Veřejná zóna se využívá při veřejných shromážděních, při kterých je možno ovlivňovat posluchače pohybem v prostoru. Její rozmezí se uvádí od 3, 6- 7, 6 metru.¹⁷

1.3.3 Haptika

Význam doteku spočívá v jeho charakteristice. Od podání ruky, až po pohlazení. Od poplácání, až po objetí. V řadě dotekových povolání jsou na těle místa, která jsou pro svoji emotivní, erotickou nebo dokonce sexuální povahu z rejstříku doteků uplatňovaných v běžném životě vyloučena.¹⁸

Zdravotní sestra využívá dotyky:

- funkční, profesionální (krmení klientů, pomoc při přesunu do koupelny),
- společenské, zdvořilostní (sestra podá klientovi ruku při představování),
- přátelské (vyskytují se v kontextu osobního zájmu sestry o klienta),
- usměrňující (sestra se dotkne klienta, když chce, aby na ni upnul pozornost).¹⁹

Do problematiky haptiky patří i podávání rukou. Důležitou úlohu má způsob podání ruky, který může ovlivnit další průběh interakce a komunikace.²⁰

¹⁴ Srov. KRISTOVÁ, K., *Komunikácia v ošetrovatelstve*, s. 26.

¹⁵ Srov. Tamtéž, s. 27.

¹⁶ Srov. Tamtéž.

¹⁷ Srov. Tamtéž.

¹⁸ Srov. VLČEK, V., *Psychologie a doteková povolání*, s. 33.

¹⁹ Srov. KRISTOVÁ, K., *Komunikácia v ošetrovatelstve*, s. 43.

²⁰ Srov. Tamtéž.

Zásady správného podání ruky:

- čistá ruka,
- přiměřený stisk ruky,
- přiměřené trvání podání ruky (respektovat limit 6 sekund),
- správný způsob podání ruky,
- vhodná postura (postoj tváří v tvář, trup mírně nakloněný dopředu),
- přiměřená proxemika,
- zrakový kontakt.²¹

1.3.4 Posturologie

Řeč našich postojů (držení těla) vyjadřuje celkový duševní vztah člověka k jeho okolí. Vzpřímené držení těla poukazuje na sebedůvěru a jistotu, naopak schoulení je výrazem určité depresivní poddanosti, ať již dobrovolně přijaté, či vnučené. Natočení bokem charakterizuje nezáměr.²²

1.3.5 Gestika

Lidská gesta rozdělujeme na gesta obličeje a krku, gesta nohou a gesta rukou. Gesta nejsou samoúčelná, ale doprovázejí slovní projev.²³

Význam gest:

- v mnohých případech nahrazují slova,
- zvyšují názornost předvedeného,
- dokreslují obsah mluveného slova,
- významově jsou často důležitější než slova.²⁴

²¹ Srov. KRISTOVÁ, K., *Komunikácia v ošetrovatelstve*, s. 43.

²² Srov. VLČEK, V., *Psychologie a doteková povolání*, s. 38.

²³ Srov. Tamtéž.

²⁴ Srov. KRISTOVÁ, K., *Komunikácia v ošetrovatelstve*, s. 38.

1.3.6 Kinetika

Kinetika opisuje pohyby horních a dolních končetin, jednotlivých částí těla, popřípadě celého těla. Analyzuje dynamiku, svěžest nebo pomalost, unavenost nebo napětí. Nesoustřeďuje se jen na pohybovou činnost jednoho člověka, ale i na pohybovou souhru dvou nebo více osob.²⁵

V kinetice rozlišujeme rytmiku a dynamiku. Rytmika představuje určitý rytmus pohybů těla (stereotypní, rigidní, ladné pohyby a podobně). Dynamika pohybů zahrnuje tempo střídání pohybů částí těla nebo těla celého.²⁶

1.3.7 Pohledy

Pohledy tvoří jádro mimoslovní komunikace. Oči jsou nejcitlivější receptor informací. Člověk vnímá zrakem až 87% všech informací. Při pohledech si všímáme:

- zaměřenosti,
- trvání zaměřenosti,
- častosti pohledů na určitý objekt,
- tvaru a pohybu obočí,
- mimických vrásek kolem obočí.²⁷

1.3.8 Vzhled a úprava zevnějšku

Vzhled a úprava zevnějšku je specifickou formou nonverbální komunikace. Osobní upravenost například zdravotní sestry pozitivně působí nejen na ni samotnou, ale ovlivňuje i postoj a konání klientů ve vztahu k ní.²⁸

²⁵ Srov. KRISTOVÁ, K., *Komunikácia v ošetrovatelstve*, s. 47- 48.

²⁶ Srov. Tamtéž.

²⁷ Srov. Tamtéž, s. 31- 32.

²⁸ Srov. Tamtéž, s. 48.

1.3.9 Paralingvistika (svrchní tóny řeči)

Paralingvistická komunikace představuje akustickou složku mluveného slova. Doplňuje význam a smysl mluveného projevu. Může měnit slovní význam, má vlastní obsahovou, emocionální a informační hodnotu. Na jejím základě je možno definovat smutek, radost, únavu, překvapení, nerozhodnost, strach nebo obavy. Mezi nejdůležitější paralingvistické projevy patří síla hlasu, intonace, rychlost slovního projevu, pomlčky, srozumitelnost řeči a stylistika.²⁹

1.4 Komunikace/ dorozumívání ve zdravotnictví

Kvalitní ošetrovatelská péče je nemyslitelná bez kvalitní komunikace. A to jak mezi sestrou a nemocným, tak mezi sestrou a celým ošetřujícím týmem. Bylo prokázáno, že vztah mezi sestrou a klientem je silně závislý na vzájemném dobrém osobním kontaktu. Vhodná komunikace může zabránit mnohým konfliktním situacím. Zvyšuje také účinnost terapeutických zásahů a dá se říci, že pozitivně ovlivňuje průběh nemoci.³⁰

K úspěšnému průběhu diagnostického a terapeutického procesu patří bezpochyby i pozorování a rozhovor s nemocnými. Nepostradatelnou součástí kvalitní ošetrovatelské péče je také umění naslouchat a mlčet.³¹

1.4.1 Pozorování

Metoda pozorování je zvláštním druhem smyslového vnímání, při němž z toho, co je na venek viditelné, usuzujeme na vnitřní stav jedince. Úkolem pozorování je poznání klienta jako osobnosti, jeho sociálního prostředí a hodnotového systému. Především na základě tohoto poznání může sestra správně reagovat na potřeby nemocného. Před samotným pozorováním je nutné odpovědět si na otázky:

- Za jakým cílem?

²⁹ Srov. KRISTOVÁ, K., *Komunikácia v ošetrovatelstve*, s. 48.

³⁰ Srov. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J., *Zdravotnická psychologie- Teorie a praktická cvičení*, s. 63-77.

³¹ Srov. Tamtéž, s. 77.

- Co, kde?
- Jak?
- Jak se chovat? ³²

1.4.2 Rozhovor

Základním úkolem rozhovoru je zjišťování vztahu ke skupině a k sobě samému, ověřování názorů a postojů o nejrůznějších jevech. Podílí se také na zjišťování vědomostí a zkušeností. ³³

Podle účelu a cíle lze rozhovory rozdělit na ty, kterými informace získáváme a dodáváme. Díky rozhovoru můžeme také navodit změnu psychického stavu osobnosti a chování. ³⁴

Ve zdravotnické činnosti se uplatňuje nejčastěji rozhovor volný individuální, který se může pozvolna změnit na diagnostický. Při rozhovoru je nutné si uvědomit, že se nemocný nachází v takzvané svízelné situaci. Jeho reakce a odpovědi nemusí být zcela jasné a přesné. Mnohdy do svého projevu začleňuje nonverbální prvky komunikace, kterých by si zdravotník měl také všimnout, uvědomovat si je. ³⁵

1.4.3 Naslouchání

Naslouchání patří mezi specifické komunikační dovednosti. Naslouchání neznamena jen slyšet, znamená především plně chápat a porozumět. Aktivní naslouchání znamená porozumění pocitům (vcítit se, vytušit, pochopit). Při pasivním nasloucháním se jedná pouze o příjem a zpracování zvukových signálů (vypovídat se, svěřit, vyslechnout, odreagovat, upozornit). ³⁶

³² Srov. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J., *Zdravotnická psychologie- Teorie a praktická cvičení*, s. 78.

³³ Srov. Tamtéž, s. 86.

³⁴ Srov. Tamtéž, s. 87.

³⁵ Srov. Tamtéž, s. 89.

³⁶ Srov. Tamtéž, s. 91.

1.4.4 Mlčení

Mlčet je umění, které by měla ovládat každá zdravotní sestra. Mlčíme proto, že nemáme co říci. V jiných případech se snažíme ovládnout své emoce nebo považujeme mlčení v daném kontextu za správné.³⁷

³⁷ Srov. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J., *Zdravotnická psychologie- Teorie a praktická cvičení*, s. 92.

2 PROBLEMATIKA MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ

Mentální postižení je složitý jev, který je ovlivňován celou řadou faktorů a kritérií. Obecně lze rozčlenit toto postižení jednak podle inteligenčního kvocientu. V tomto případě jde o kvalitativní vyjádření rozsahu postižení na základě vyšetření stupně intelektu. Dále pak posuzujeme biologické faktory, podle kterých je mentální postižení pojímáno jako trvalé poškození poznávací činnosti, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku. Posledním hlediskem je hledisko sociální. To je v definicích zastoupeno tezí o trvalém snížení schopnosti jedince plně se socializovat.³⁸

Renotiérová uvádí ve své publikaci definici dle WHO: „Světová zdravotnická organizace (WHO) stanoví mentální retardaci jako stav zastaveného či neúplného vývoje, který je zvláště charakterizován narušením dovedností projevujících se během vývojového období, přispívajících k povšední úrovni inteligence, tj. poznávacích, řečových, pohybových a sociálních schopností.“³⁹

Čadilová pak mentální retardaci definuje jako: „Mentální retardace je vrozený stav, který se vyznačuje omezením rozumových a adaptivních schopností, jinými slovy, nedošlo k přiměřenému a úplnému rozvoji mentálních schopností člověka. [...] Lidé s MR mají potíže s adaptací a flexibilitou myšlení. Retardace přináší také behaviorální, sociální a emocionální problémy. Přítomnost MR v běžné populaci se odhaduje na 3 %.“⁴⁰

2.1 Výskyt mentálního postižení v populaci

Všeobecně se uvádí cca 3- 4 % mentálně postižených osob. V porovnání s minulostí evidujeme nárůst tohoto postižení. Jednou z příčin nárůstu je lepší lékařská péče, kdy lékařská technika udrží při životě i takové novorozence, kteří by v minulosti

³⁸ Srov. RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L., et al., *Speciální pedagogika*, s. 161- 162.

³⁹ RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L., et al., *Speciální pedagogika*, s. 161- 162.

⁴⁰ ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K., et al., *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*, s. 26.

zemřeli brzy po porodu. Mezi další příčiny nárůstu tohoto postižení řadíme lepší diagnostiku a evidenci osob s mentální retardací.⁴¹

U distribuce mentálního postižení z hlediska jeho stupňů platí pravidlo nepřímé úměry. Tedy platí, čím hlubší postižení, tím nižší četnost. Osob s lehkou MR je v populaci přibližně 2,6 %- to je více než 3/4 všech mentálně postižených. Se středně těžkou mentální retardací cca 0,4 %, s těžkou retardací 0,3 % a s hlubokou 0,2 %.⁴²

Statistické údaje uvádí, že v České republice žije přibližně 300 000 osob s mentálním postižením. V celosvětovém měřítku se odhaduje počet těchto osob na 200 milionů.⁴³

2.2 Rozdělení mentálního postižení

2.2.1 Lehká mentální retardace- IQ 50- 69- cca 85%

Osoby s lehkou mentální retardací často úspěšně zvládají život podobný zdravým lidem. Většina dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči a v praktických domácích činnostech. Tento vývoj je však proti normě mnohem pomalejší. Jedinci jsou schopni užívat řeč účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci. Osvojování řeči je však opožděné.⁴⁴

Mnozí postižení mají specifické problémy se čtením a psaním. Výchova a vzdělání je zaměřena na rozvíjení dovedností a kompenzování nedostatků. Lze je zaměstnat prací, která vyžaduje spíše manuální zručnost. Obtížně se přizpůsobují např. kulturním tradicím, normám.⁴⁵

U těchto osob se mohou individuálně projevit i přidružené chorobné stavy, jako autismus, epilepsie, poruchy chování a jiné.⁴⁶

⁴¹ Srov. VALENTA, M., MÜLLER, O., *Psychopedie: teoretické základy a metodika*, s. 38.

⁴² Srov. Tamtéž.

⁴³ Srov. Tamtéž.

⁴⁴ Srov. ŠVARCOVÁ, I., *Mentální retardace: vzdělání, výchova, sociální péče*, s. 27- 28.

⁴⁵ Srov. Tamtéž.

⁴⁶ Srov. Tamtéž.

2.2.2 Středně těžká mentální retardace IQ 35- 49- cca 10%

Charakteristickým znakem u těchto osob je pomalu rozvíjející se chápání a užívání řeči. Jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené (někteří jedinci se mluvit nenaučí nikdy a používají gestikulaci). Omezena je také schopnost postarat se o sama sebe. Úplně samostatný život je možný jen zřídka. Někteří jedinci si při kvalifikovaném vedení osvojí čtení, psaní a počítání. Jsou schopni jednoduchých sociálních kontaktů. V dospělosti vykonávají jednoduchou manuální práci, pokud jsou úkoly jasně strukturovány a je zajištěn odborný dohled.⁴⁷

U značné části osob je přítomen autismus. Často se vyskytují tělesná postižení a neurologická onemocnění.⁴⁸

2.2.3 Těžká mentální retardace IQ 20- 34- cca 5%

Tato kategorie je podobná středně těžké mentální retardaci, s výraznějším snížením schopností. Většina jedinců trpí značným stupněm poruchy motoriky. Možnosti výchovy a vzdělávání jsou značně omezené. Rozvoj motoriky, rozumových schopností a komunikačních dovedností je možno pomocí včasné systematické a kvalifikované rehabilitační péče.⁴⁹

2.2.4 Hluboká mentální retardace IQ pod 20 – méně než 1%

Jedinci těžce chápou požadavky nebo instrukce. Většina z této kategorie je imobilní, inkontinentní. Zvládají jen základy nonverbální komunikace. Vyžadují stálou pomoc a dohled. Možnosti výchovy a vzdělávání jsou velmi omezené. Lze dosáhnout nejzákladnějších jednoduchých zrakově prostorových dovedností.⁵⁰

Běžné jsou těžké neurologické nebo tělesné nedostatky postihující hybnost, epilepsie, poškození zraku a sluchu.⁵¹

⁴⁷ Srov. ŠVARCOVÁ, I., *Mentální retardace: vzdělání, výchova, sociální péče*, s. 29.

⁴⁸ Srov. Tamtéž.

⁴⁹ Srov. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., *Komunikace pro zdravotní sestry*, s. 100.

⁵⁰ Srov. ŠVARCOVÁ, I., *Mentální retardace: vzdělání, výchova, sociální péče*, s. 30.

⁵¹ Srov. Tamtéž.

2.2.5 Jiná mentální retardace

Kategorie je používána v případě, že stanovení stupně intelektu je obzvláště nesnadné nebo nemožné. A to např. u nevidomých, neslyšících, nemluvicích nebo u jedinců s těžkými poruchami chování.⁵²

2.2.6 Nespecifikovaná mentální retardace

Kategorie se užívá v případech, kdy je mentální retardace prokázána, není však dostatek informací, díky kterým by bylo možné zařadit jedince do jedné z výše uvedených skupin.⁵³

2.3 Příčiny vzniku

Ke vzniku mentálního postižení může vést celá řada různorodých příčin, které se vzájemně podmiňují a prolínají. Postižení může být způsobeno příčinami jednak **endogenními** (genetickými), tak **exogenními**. Vnějšími faktory se dále člení dle období působení. A to na **prenatální, perinatální a postnatální**.⁵⁴

Jako nejčastější příčiny vzniku se uvádějí následky infekcí a intoxikací, následky úrazů, poruchy výměny látek, růstu, výživy, makroskopické léze mozku, anomálie chromozomů, nezralost, psychosociální deprivace, jiné a nespecifické etiologie.⁵⁵

2.4 Diagnostika

Diagnostika mentálního postižení je komplexní týmová spolupráce odborníků- lékař, psycholog, sociální pracovník, speciální pedagog. Jedinec, u kterého je diagnostikováno mentální postižení, musí splňovat následující kritéria:

⁵² Srov. ŠVARCOVÁ, I., *Mentální retardace: vzdělání, výchova, sociální péče*, s. 30.

⁵³ Srov. Tamtéž.

⁵⁴ Srov. RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L., et al., *Speciální pedagogika*, s. 163.

⁵⁵ Srov. Tamtéž.

- Úroveň rozumových schopností musí být pod úrovní 70 bodů (IQ- intelektový kvocient, VQ- vývojový kvocient).
- Jedinec musí mít značné problémy v přizpůsobení se nárokům běžného života (v dospělosti je omezena nebo znemožněna schopnost samostatného života).
- Jedná se o vrozenou poruchu, jež je u daného jedince přítomna již od dětství, při správné diagnóze dochází ke zlepšení pouze v rámci základního handicapu.^{56 57}

Přesné vymezení hodnot IQ je velmi problematické. IQ se vyznačuje určitou kolísavostí. To znamená, že při opakovaném vyšetření můžeme získat rozdílné výsledky. Záleží například na momentální psychické pozici testované osoby, na formě kladení otázek nebo na kvalitě testu. Psychologická kritéria pro určování mentálního postižení se zaměřují na:

- celkové výsledky inteligenčních zkoušek vyjádřených IQ,
- profilu výsledků jednotlivých subtestů inteligenčních zkoušek,
- zhodnocení výsledků specifických zkoušek, zaměřených na psychické funkce,
- výsledky výukových zkoušek,
- charakteristiku vývoje řeči,
- charakteristiku citového vývoje a vývoje regulace chování,
- výsledky somatického, psychologického a neurologického vyšetření.^{58 59}

2.4.1 Diagnostické metody

2.4.1.1 Klinické prostředky:

Anamnéza, pozorování, rozhovor, dotazník, analýza produktů (písma, hry kresby), případová studie.⁶⁰

⁵⁶ Srov. VALENTA, M., MÜLLER, O., *Psychopedie: teoretické základy a metodika*, s. 55.

⁵⁷ Srov. ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K., et al., *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*, s. 26- 27.

⁵⁸ Srov. ŠVARCOVÁ, I., *Mentální retardace: vzdělání, výchova, sociální péče*, s. 31.

⁵⁹ Srov. Tamtéž, s. 32.

2.4.1.2 Testové metody:

1. Didaktické testy

2. Sociometrické testy

3. Psychodiagnostické metody:

- vývojové škály,
- testy inteligence (screeningové, podrobné, doplňující),
- testy specifických funkcí a schopností (percepční testy, percepčně motorické testy, zkoušky pozornosti, testy paměti, testy školských schopností a dovedností, ...).⁶¹

2.5 Terapie

Specifická léčba mentálního postižení doposud není známa. Jedná se především o vytyčení cílů, kterých by tito jedinci měli ve svém vývoji dosáhnout. Hlavními prioritami v léčbě mentálního postižení jsou především výchovné vzdělávací programy, kvalitně vyškolený personál, farmakoterapie, rehabilitace, informovanost. Kvalitu života těchto jedinců výrazně ovlivňuje spolupráce speciálního vzdělávacího systému a péče přímo zaměřena na individualitu klienta. Nedílnou součástí představuje také behaviorální psychoterapie, jejímž základem je systém odměn a podmiňování jedince v kladném slova smyslu. Medikamentózní léčba slouží především k tlumení projevů přidružených psychických chorob. Mezi základní skupiny léků řadíme neuroleptika, thymoprofylaktika, antidepresiva a anxiolytika. Při medikamentózní léčbě je nutno zvážit především, jakou formou budeme léky podávat, jejich nežádoucí účinky a dávkování.⁶²

⁶⁰ Srov. VALENTA, M., MÜLLER, O., *Psychopedie: teoretické základy a metodika*, s. 97.

⁶¹ Srov. VALENTA, M., MÜLLER, O., *Psychopedie: teoretické základy a metodika*, s. 97.

⁶² Srov. DRAHÁ, E., *Psychosociální problematika mentálně postižených klientů při hospitalizaci*, s. 28.

2.6 Možnosti prevence vzniku

Primární prevence je zaměřena na zamezení vzniku fyzické, intelektové, psychické či smyslové vady. Cílem prevence sekundární je zabránění tomu, aby vada způsobila trvalé funkční omezení nebo postižení.⁶³

Prevence všeobecně zahrnuje různé typy činností. Mezi ně patří například prenatální a postnatální péče o dítě, výchova týkající se výživy, imunizační kampaně proti přenosným onemocněním, programy pro prevenci nehod, prevence nemocí a postižení z povolání, prevence postižení, které jsou výsledkem znečištění prostředí a jiné.⁶⁴

Hledání konkrétních možností prevence je velmi obtížné, jelikož spektrum příčin vzniku mentálního postižení je velmi široké. Základní prvky prevence tohoto postižení prosazuje Mezinárodní liga společností pro mentálně postižené.⁶⁵

2.7 Ošetřovatelské diagnózy dle NANDA domén

Tato podkapitola se zaměřuje na výčet jednotlivých ošetřovatelských diagnóz dle NANDA domén, které se mohou nejčastěji vyskytnout u osob s mentálním postižením v souvislosti s hospitalizací.

⁶³ Srov. ŠVARCOVÁ, I., *Mentální retardace: vzdělání, výchova, sociální péče*, s. 53.

⁶⁴ Srov. Tamtéž.

⁶⁵ Srov. Tamtéž.

Tab. 1 – Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménach⁶⁶

Doména	Kód	Možné diagnózy spjaté s hospitalizáci
1. Podpora zdraví	00078	Neefektívny liečebný režim
	00099	Neefektívny podpora zdraví
2. Výživa	00103	Porušené polykání
	00002	Nedostatečná výživa
	00028	Riziko deficitu tělesných tekutin
3. Vylučování a výměna	00013	Průjem
	00015	Riziko zácpy
4. Aktivita – odpočinek	00095	Porušený spánek
	00097	Nedostatek zájmových aktivit
	00100	Opožděné pooperační zotavení
	00040	Riziko imobilizačního syndromu
	00093	Únava
	00094	Riziko intolerance aktivity
	00109	Deficit sebeděče při oblékání a úpravě zevnějšku
	00108	Deficit sebeděče při koupání a hygieně
	00102	Deficit sebeděče při jídle
	00110	Deficit sebeděče při vyprazdňování
5. Vnímání – poznávání	00127	Porušená interpretace okolí
	00154	Potulka
	00126	Deficitní znalost
	00128	Akutní zmatenost
	00051	Zhoršená verbální komunikace
6. Vnímání sebe sama	00124	Beznaděj
	00152	Riziko bezmocnosti
	00054	Riziko osamělosti
7. Vztahy	00052	Poškozená sociální interakce
8. Sexualita		
9. Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu	00149	Riziko stresového syndromu po přemístění
	00148	Strach
	00146	Úzkost
	00070	Oslabené přizpůsobení
	00069	Neefektívny zvládání zátěže
	00136	Anticipační smutek
10. Životní princip		
11. Bezpečnost - ochrana	00004	Riziko infekce
	00155	Riziko pádu
	00047	Riziko porušení kožní integrity
	00038	Riziko traumatu
	00139	Riziko sebepoškození
	00138	Riziko násilí vůči jiným
12. Komfort	00053	Sociální izolace
13. Růst/vývoj		

⁶⁶ MAREČKOVÁ, J., *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménach*, s. 53- 253.

3 KOMUNIKACE S OSOBAMI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Při kontaktu, při komunikaci s klienty s mentálním postižením musíme myslet zásadně na to, že je před námi člověk. Až potom teprve přidejme slovo „postižený“. Je nutno si uvědomit, že označení mentální postižení platí jen pro některé schopnosti jedince. Jiné schopnosti mohou být velmi dobré, až nadprůměrné. Mentálně postižené osoby mohou být ve slovním vyjádření velmi zdatné, ale i zdánlivě nekomunikující. Proto nejde úplně jasně definovat a navrhnou postup, jak s těmito klienty komunikovat.⁶⁷

Vhodně vedená komunikace je základním předpokladem, jak si získat klientovu důvěru nutnou ke spolupráci a jak ho přimět ke spoluúčasti na léčbě. Podmínkou vhodně vedené komunikace je rozumět typu postižení. A to, i když klient přichází s jiným, dalším zdravotním problémem.⁶⁸

3.1 Zásady komunikace s osobami s mentálním postižením

- K mentálně postižené osobě přistupujeme jako k jinému klientovi.
- Mentálně postižený jedinec zasluhuje stejnou úctu a respekt jako jiní lidé.
- Chováme se profesionálně. Zachováváme pravidla společenského chování.
- Základními prvky při komunikaci jsou úsměv, gesta přátelství a pozornosti, trpělivost a tolerance.
- Ke klientovi přistupujeme bez předsudků a štitivosti.
- Chováme se partnersky. Uplatňujeme nedirektivní přístup.
- Pro nezbytnou dohodu je důležitá profesionalita, nikoli časový nátlak.
- V komunikaci reagujeme na specifické potřeby klienta.
- Odhadneme úroveň porozumění a komunikačních dovedností klienta.
- Naše sdělení přizpůsobíme mentální úrovni klienta.
- Vždy oslovujeme přímo klienta, doprovod žádáme pouze o doplňující informace.

⁶⁷ Srov. LINHARTOVÁ, V., *Praktická komunikace v medicíně*, s. 75.

⁶⁸ Srov. Tamtéž.

- Způsob komunikace, používání slov, by měly reflektovat jeho vyjadřování.
- Všímáme se neverbálních projevů.
- Používáme krátké, jasné věty, názorné vysvětlení, příklady.
- Tempo řeči je pomalé.
- Opakujeme své otázky a instrukce tolikrát, kolikrát je to zapotřebí.
- Vždy si ověříme, zda klient porozuměl našemu sdělení.
- Pokud je to možné, ptejme se na jeho názor.
- Klienta motivujeme ke komunikaci/ spolupráci.^{69 70}

3.2 Alternativní a augmentativní komunikace (AAK)

Cílem AAK je umožnit jedincům s poruchami komunikace aktivní dorozumívání. To znamená zprostředkování, usnadnění a rozšíření komunikace. Snahou systémů AAK je, aby se jedinci stali aktivními v běžném životě. Výsledkem aktivního používání těchto systémů je sociální interakce, změna sociální pozice, pocit sebedůvěry, předcházení rozvoje frustrace. Žádný ze systémů AAK však nemůže dosáhnout objemu slovníku mluvené řeči.⁷¹

Systémy jsou efektivně využívány jak u vrozených, tak i u získaných poruch komunikační schopnosti.⁷²

Systémy augmentativní komunikace- jejich cílem je podpora již existujících komunikačních schopností. Účelem je zvýšit kvalitu porozumění řeči, usnadnit vyjadřování.⁷³

Systémy alternativní komunikace- používají se jako náhrada mluvené řeči.⁷⁴

⁶⁹ Srov. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., *Komunikace pro zdravotní sestry*, s. 100- 101.

⁷⁰ Srov. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J., *Zdravotnická psychologie- Teorie a praktická cvičení*, s. 99.

⁷¹ Srov. JANOVCOVÁ, Z., *Alternativní a augmentativní komunikace*, s. 16.

⁷² Srov. Tamtéž.

⁷³ Srov. Tamtéž.

⁷⁴ Srov. Tamtéž.

3.2.1 Metody AAK bez pomůcek

Do této skupiny můžeme zařadit prostředky nonverbální komunikace. Např. pohled, mimika, gestikulace, dále pak například znak do řeči.⁷⁵

3.2.1.1 Znak do řeči

Znak do řeči využívá přirozené řeči těla (gesta, mimika). Je komunikačním prostředkem, doplňkem řeči. Cílem je porozumění, usnadnění a rozšíření komunikace. Záměrem není naučení jedince co nejvíce znakům a tím potlačení verbální komunikace. Znakují se tzv. klíčová slova ve větě. Slouží také k rozvoji jemné motoriky.⁷⁶

3.2.2 Metody AAK s pomůckami

3.2.2.1 Piktogramy- komunikační systém s obrázkovými symboly

Jsou to vnímatelné útvary, vytvořené psaním, kreslením, tiskem nebo jinými postupy. Zjednodušená zobrazení skutečnosti (předmětů, činností, vlastností). Pomocí piktogramů mohou jedinci s narušenými komunikačními schopnostmi sdělit své potřeby a pocity. Zvyšují také kognitivní možnosti, rozhodování a mají možnost zapojení se do konverzace. Současně používáme vždy mluvenou řeč spolu s manuálními znaky.⁷⁷

3.2.2.2 Makaton

Využívá znaků manuální, mimické a grafické komunikace. Slouží jako komunikační nástroj pro jedince s obtížně srozumitelnou řečí nebo pro jedince, kteří mají problém s porozuměním pojmům.⁷⁸

⁷⁵ Srov. JANOVCOVÁ, Z., *Alternativní a augmentativní komunikace*, s. 17.

⁷⁶ Srov. Tamtéž, s. 25.

⁷⁷ Srov. Tamtéž, s. 20.

⁷⁸ Srov. Tamtéž, s. 28- 27.

3.2.2.3 Sociální čtení

Tato metoda je určena především pro mentálně postižené děti, které nejsou schopny rozvíjet technické čtení. Rozvíjí rozumové schopnosti, orientační dovednosti, zlepšuje sociální komunikaci. Děti seznamuje s piktogramy, slovy a skupinami slov.⁷⁹

3.2.3 Alternativní komunikace pro těžce postižené jedince

3.2.3.1 Bazální stimulace a komunikace

Valenta uvádí: „Tento ucelený koncept se vrací do raného ontogenetického vývoje (kdy jsou prvotní zkušenosti člověka získávány prostřednictvím vlastního těla) a pokouší se kopírovat jeho normální průběh.“⁸⁰

Cílem je vytvoření pocitu bezpečí, důvěry, umožnění stálého sociálního kontaktu. Snahou je navázání a zprostředkování takových zkušeností, které nemá postižený možnost získat přirozenou cestou. Zkušenosti jsou zprostředkovány formami percepce, tělesného pohybu a komunikace. A to konkrétně v oblastech somatických, vibračních, orálních, vestibulárních, čichových, chuťových, akustických, vizuálních a taktilně- haptických podnětů.⁸¹

⁷⁹ Srov. JANOVCOVÁ, Z., *Alternativní a augmentativní komunikace*, s. 32- 33.

⁸⁰ VALENTA, M., MÜLLER, O., *Psychopedie: teoretické základy a metodika*, s. 225.

⁸¹ Srov. Tamtéž, s. 226- 227.

4 PSYCHOLOGICKÉ ZVLÁŠTNOSTI OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Každá mentálně postižená osoba má své charakteristické osobnostní rysy. Lze však nalézt určité společné znaky, jejichž individuální modifikace závisí na druhu mentálního postižení, na jeho hloubce a rozsahu. Mentální postižení se klinicky projevu zejména:

- zpomalenou chápavostí konkrétních úsudků,
- snížená schopnost nebo úplná neschopnost vyvozování logických vztahů,
- sníženou mechanickou pamětí,
- těkavostí pozornosti,
- nedostatečnou slovní zásobou a neobratností ve vyjadřování,
- poruchami pohybové koordinace,
- impulzivitou, hyperaktivitou nebo naopak celkovou zpomaleností chování,
- rigiditou chování,
- vyskytují se nedostatky ve vývoji „já“ a v osobní identifikaci,
- opožděným psychosexuálním vývojem,
- zvýšenou potřebou bezpečí,
- poruchami v interpersonálních vztazích a komunikaci,
- sníženou přizpůsobivostí.⁸²

S prodlužující se střední délkou života roste i počet starších lidí s mentálním postižením. V devadesátých letech 20. století se tito lidé dožívali v průměru více jak 60 let. Zatím co v třicátých letech to bylo pouze v průměru 20 let. S věkem přibývají u lidí s mentálním postižením také psychické problémy. Přibližně 75 % těchto jedinců starších 65 let má výrazné psychiatrické komplikace. Rozvinout se mohou izolované psychotické symptomy, ale i schizofrenie, úzkostné a afektivní poruchy. Rozvíjející se psychotické onemocnění se projeví poruchami spánku, agresivním chováním, neadekvátními emočními výbuchy.⁸³

⁸² Srov. RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ., L., et al. *Speciální pedagogika*, s. 167.

⁸³ Srov. Tamtéž.

4.1.1 Problémové chování

Riziko výskytu psychickým poruch je u lidí s mentálním postižením 3- 4 krát vyšší než u běžné populace. Na zvýšení tohoto rizika se podílejí jak biologické faktory, tak především sociálně psychologické faktory prostředí, v němž jedinec žije. Prostedí totiž ne vždy poskytuje optimální podporu lidem s mentálním postižením. Naopak je vystavuje dalším zbytečným stresorům.⁸⁴

Životy jedinců s mentálním postižením jsou plné závažných stresujících událostí. Mezi ně patří například necitlivé separace od blízkých lidí, omezování či odpírání základních lidských práv, nedostatek soukromí, institucionalizace, chronické zkušenosti s odmítáním, infantilizací a jiné.⁸⁵

Psychické poruchy jsou u těchto osob těžce rozpoznatelné. Často dochází k tomu, že nejsou rozpoznány vůbec. Správná diagnostika psychických poruch je obtížná. Nelze vždy rozlišit, zda prezentovaný symptom odráží stupeň vývojového opoždění spojeného s mentálním postižením, působení nevhodného prostředí anebo ukazuje na přítomnost psychické poruchy. Mezi časté typické symptomy běžných psychických poruch patří problémové chování- agresivní projevy vůči druhým lidem, autoagrese, ničení věcí, odmítání požadavků apod. V praxi se často objevuje chyba, že se k problematickému chování klienta automaticky přistupuje, jako k přirozenému znaku mentálního postižení. Následkem tohoto bývá vytvořen špatný léčebný plán, jehož základní složkou je zvýšení tlumivé medikace, když se u klienta objeví agrese nebo jiné problematické chování.⁸⁶

Obecně lze říci, že agresivní chování u jedinců s mentálním postižením má dva základní spouštěcí faktory. Prvním je funkční a organické poškození mozku. Tento faktor je vnitřní a spočívá v nedostatečné myšlenkové kontrole vlastních emocí. Druhým činitelem je prostředí. Tento faktor zahrnuje nepohodlnost prostředí (teplo, světlo, oděv, ...) a zmatečnost (příliš velké skupiny, příliš volného času bez možnosti jej adekvátně využít, ...).⁸⁷

⁸⁴ Srov. RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ., L., et al. *Speciální pedagogika*, s. 55.

⁸⁵ Srov. Tamtéž.

⁸⁶ Srov. ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K., et al., *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*, s. 56- 57.

⁸⁷ Srov. Tamtéž, s. 107.

4.1.2 Zásady komunikace/ přístupu k agresivním klientům

- akceptovat klientův hněv,
- soustředit se na příčinu agrese, nikoli na její projevy,
- vyrovnávat proxemické pozice,
- nedívat se klientovi přímo do očí (nepřistupovat na „oční souboj“),
- nechat klienta hovořit bez přerušování,
- nezvyšovat hlas,
- poskytnout dostatečný prostor pro „vychladnutí emocí“,
- neslibovat, co se „nedá splnit“,
- nereagovat na klientovu agresivitu agresivitou,
- brát klientovy výhrůžky vážně,
- poskytnout pomoc a možnost řešení situace.⁸⁸

⁸⁸ Srov. KRISTOVÁ, K., *Komunikácia v ošetrovatelstve*, s. 134- 135.

5 ZAŘÍZENÍ A ORGANIZACE PRO OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

5.1 Zařízení sociálních služeb

Cílem zařízení sociálních služeb je pomoc rodinám s výchovou a péčí o jedince s mentálním postižením. V některých případech nahrazují tyto zařízení rodinu a rodinné prostředí. Stává se tak zejména u dospělých jedinců s mentálním postižením. Důvodem bývá těžký zdravotní stav nebo úmrtí rodičů.⁸⁹

Současné poslání je zaměřeno na kvalitu a komplexnost poskytované péče. Cíleně se zaměřuje na individuální potřeby klientů, jejich schopnosti, dovednosti a zájmy. Nedílnou součástí je podpora nezávislosti a uplatňování práv znevýhodněných osob.⁹⁰

Zařízení sociálních služeb mají v naší společnosti stále důležitou a nezastupitelnou roli. V posledních letech došlo k rozvoji jak po stránce kvantitativní, tak po stránce kvalitativní. Změny souvisejí hlavně s neustálým vývojem společnosti. V souvislosti s vývojem je nutno zmínit tři základní prvky. A to integraci, normalizaci a humanizaci.⁹¹

Integraci chápeme jako opak institucionální péče. Základním prvkem je umožnění postiženým jedincům začlenit se do společnosti. Žít uvnitř lidské společnosti, nikoli na okraji.⁹²

Požadavek **normalizace** vystihuje skutečnost, že i postižení jedinci často mohou a chtějí žít normálním životem, jako osoby bez postižení. I jedinci s mentálním postižením mají právo na kvalitní a smysluplný rozvoj.⁹³

Oba tyto trendy podněcuje **humanizace**. A to nejen humanizace péče o postižené jedince, ale i humanizace celé společnosti. Znamená to brát tyto jedince, jako rovnocenné partnery.⁹⁴

⁸⁹ Srov. PIPEKOVÁ, J., *Kapitoly ze speciální pedagogiky*, s. 302.

⁹⁰ Srov. Tamtéž.

⁹¹ Srov. Tamtéž, s. 301- 302.

⁹² Srov. ŠVARCOVÁ, I., *Mentální retardace: vzdělání, výchova, sociální péče*, s. 139.

⁹³ Srov. Tamtéž.

⁹⁴ Srov. Tamtéž.

5.1.1 Systém sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením

Zařízení sociálních služeb poskytují služby pobytové (týdenní stacionáře, Domovy pro osoby se zdravotním postižením, Domovy pro seniory) a ambulantní (denní stacionáře). Denní stacionáře nabízejí edukační, terapeutické a rehabilitační služby. Týdenní zařízení představují kompromis mezi rodinnou/ domácí péčí a pobytovými sociálními službami (Domovy pro osoby se zdravotním postižením).^{95 96}

5.2 Společenské organizace a občanská sdružení

Vedle státních zařízení mají nezanedbatelný význam ve výchově (a nejen v ní) osob s mentálním postižením i různé nestátní společenské organizace a občanská sdružení. Jedná se o ty, kteří sdružují občany se zdravotním postižením. Věnují se především:

- **Spolkové činnosti**- ty zahrnují mimo jiné aktivní využívání volného času, osvětovou a publikační činnost, angažovanost v oblasti tvorby legislativy.
- **Zakládání a provozování zařízení**- především škol, denních center, stacionářů, pečovatelských a asistenčních služeb apod.⁹⁷

Významnou iniciativou, která zastřešuje některé výše uvedené aktivity v nestátní sféře, je u nás **Národní rada zdravotně postižených České republiky**. V Národní radě funguje také komora, která prosazuje práva a potřeby občanů s mentálním postižením a jejím členem je jedno z nejvýznamnějších občanských sdružení „**Sdružení pro pomoc mentálně postiženým ČR**“.⁹⁸

⁹⁵ Srov. RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L., et al. *Speciální pedagogika*, s. 170.

⁹⁶ Srov. VALENTA, M., MÜLLER, O., *Psychopedie: teoretické základy a metodika*, s. 107.

⁹⁷ Srov. Tamtéž.

⁹⁸ Srov. Tamtéž, s. 268.

5.3 Osoby s mentálním postižením a jejich práva

Osoby s mentálním postižením mají stejná základní, společenská i lidská práva jako ostatní občané. Mají právo, aby byla zachována jejich lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jejich jméno. Tato práva by neměla být nikdy omezována bez řádného soudního procesu. Lidem s mentálním postižením by měla být dána podpora a ochrana k plnému zajištění práv a povinností, pokud to potřebují.⁹⁹

Všechny současné právní dokumenty poukazují především na to, že mentálně postižený člověk je předmětem sociálních práv. To představuje především snahu o trvalé zlepšování životních podmínek a zajištění rovnoprávného postavení těchto osob.¹⁰⁰

Z pohledu poskytovatele sociálních služeb má otázka dodržování práv nesporný význam. Míra naplňování práv uživatelů služeb je často ten nejspolehlivější ukazatel, který vypovídá o kvalitě poskytovaných služeb. Respekt k právům osob s mentálním postižením je podmínkou skutečného začlenění těchto jedinců do naší společnosti.¹⁰¹

Základem důstojného zacházení je zacházení přiměřené věku jedince. Dospělá osoba s mentálním postižením je často stavěna do role dítěte. Používání zdvořilých oslovení jako např. miláček, zlatíčko apod. staví tyto dospělé osoby do infantilního dětského světa. Dalším příkladem je přístup k zařízením pokojů. Dospělému věku neodpovídají dětské hračky, dětské kresby apod. Samozřejmě je však potřeba rozlišit a respektovat přání klienta. Ve většině případů dospělí lidé s mentálním postižením oceňují, pokud je s nimi jednáno přiměřeně jejich věku.¹⁰²

⁹⁹Srov. *Sebeurčení* [online]. [cit.2011-01-17]. Dostupný na <URL: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1474>>

¹⁰⁰Srov. Tamtéž.

¹⁰¹Srov. GRIMOVÁ, B., *Právo a lidé s postižením* [online]. [cit.2010-03-02]. Dostupný na <URL: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=481>>

¹⁰²Srov. Tamtéž.

6 PRAKTICKÁ ČÁST

6.1 Formulace problému

Všeobecně se uvádí cca 3- 4 % mentálně postižených osob. V porovnání s minulostí evidujeme nárůst tohoto postižení. Statistické údaje uvádí, že v České republice žije přibližně 300 000 osob s mentálním postižením. V celosvětovém měřítku se odhaduje počet těchto osob na 200 milionů. V třicátých letech 20. století se lidé s mentálním postižením dožívali v průměru 20 let, v devadesátých letech to bylo v průměru již více jak 60 let.^{103 104}

Jak bylo zjištěno z dotazníkového šetření, 112 sester ze 120 dotazovaných, tedy 91, 8 % se na oddělení setkává s klienty s mentálním postižením v průměru více jak 12 krát za rok.

I když si zdravotní sestry nevybraly při studiu práci v sociální sféře, měly by znát alespoň základy komunikace a interakce s mentálně postiženými klienty.

6.2 Hlavní cíl

Hlavním výzkumným cílem je zjistit, jaké komunikační dovednosti mají zdravotní sestry u osob s mentálním postižením.

6.3 Dílčí cíle

1. Zhodnotit míru znalostí zdravotních sester v oblasti komunikace s mentálně postiženými klienty.

H1: Předpokládám, že více jak polovina zdravotních sester má dostačující znalosti týkající se mentálně postižených klientů.

¹⁰³ Srov. VALENTA, M., MÜLLER, O., *Psychopedie: teoretické základy a metodika*, s. 38.

¹⁰⁴ Srov. ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K., et al. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*, s. 51- 52.

H2: Předpokládám, že více jak polovina zdravotních sester má převážně teoretické znalosti týkající se komunikace u osob s mentálním postižením.

H3: Předpokládám, že znalost alternativní komunikace souvisí se stupněm dosaženého vzdělání.

H4: Předpokládám, že více jak polovina zdravotních sester by uvítala možnost vzdělávání v oblasti komunikace u osob s mentálním postižením.

H5: Předpokládám, že více jak polovina zdravotních sester, které se chtějí vzdělávat v problematice komunikace u lidí s mentálním postižením, považuje své znalosti v této problematice za nedostatečné.

2. Zjistit, jaké jsou nejčastější chyby, kterých se zdravotní sestry dopouštějí při komunikaci s mentálně postiženými klienty.

H1: Domnívám se, že více jak polovina zdravotních sester považuje netrpělivost za největší chybu při komunikaci s mentálně postiženými jedinci.

H2: Domnívám se, že více jak polovina zdravotních sester se vyhýbá komunikaci s mentálně postiženými klienty.

3. Zjistit, co brání zdravotním sestřám v adekvátní komunikaci s mentálně postiženými klienty.

H1: Předpokládám, že více jak polovina zdravotních sester považuje nepochopení ze strany klienta a nedostatek času za největší překážku v adekvátní komunikaci s mentálně postiženými klienty.

H2: Předpokládám, že délka praxe zdravotních sester a výskyt jakýchkoliv zábran při komunikaci zdravotních sester s mentálně postiženými klienty spolu nesouvisí.

6.4 Hlavní výzkumná otázka

Hlavní výzkumnou otázkou je zjistit, jaké komunikační dovednosti mají zdravotní sestry u mentálně postižených klientů z pohledu pracovníků v sociálních službách, kteří doprovázejí klienty na vyšetření nebo k hospitalizacím.

6.5 Dílčí výzkumné otázky

1. Považuje více jak polovina pracovníků v sociálních službách nedostatek zkušeností zdravotnického personálu za nejčastější překážku při komunikaci s mentálně postiženými klienty?
2. Má více jak polovina pracovníků v sociálních službách lepší zkušenosti s péčí/komunikací v ambulantních zařízeních v porovnání se standardním oddělením?
3. Považuje více jak polovina pracovníků v sociálních službách netrpělivost a komunikaci s doprovodem mentálně postiženého klienta jako největší problém při komunikaci s těmito klienty?

6.6 Charakteristika souboru

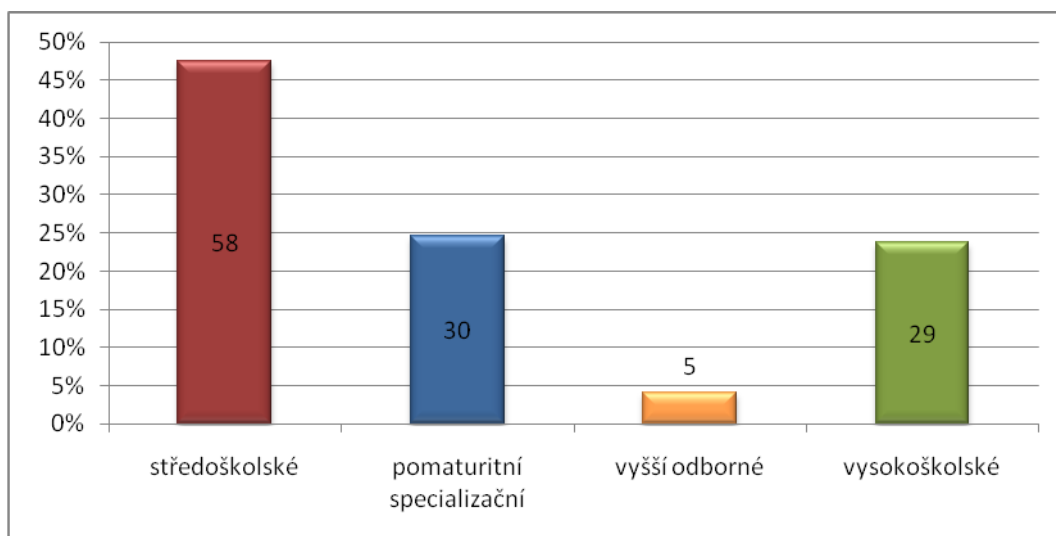
6.6.1 Kvantitativní výzkum

Do souboru výzkumného šetření bylo zahrnuto 122 nelékařských zdravotnických pracovníků, všeobecných sester, pracujících na standardním oddělení (82 %) nebo v ambulantním zařízení (18 %). Převážnou většinu tvořily ženy (95, 5%).

Nejvyšší stupeň dosaženého vzdělání respondentů byl velmi pestrý. Od středoškolsky (47, 5 %) až po vysokoškolsky vzdělané pracovníky (23, 8 %). Jak udává tabulka a graf 1.

Tab. 1 – Nejvyšší dosažené vzdělání

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
středoškolské	58	47,50%
pomaturitní specializační	30	24,60%
vyšší odborné	5	4,10%
vysokoškolské	29	23,80%
Celkem	122	100%

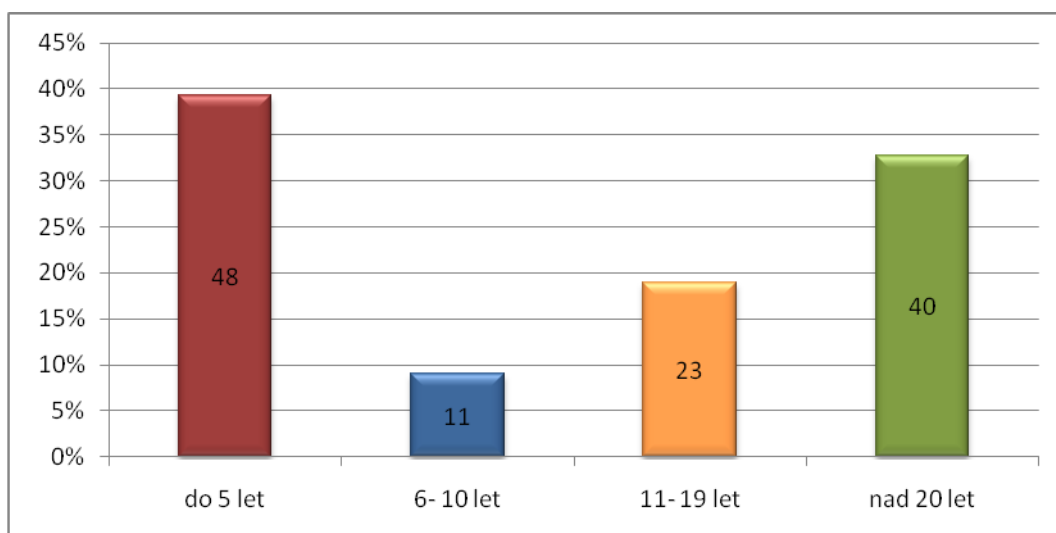


Graf 1- Nejvyšší dosažené vzdělání

Délka praxe zdravotních pracovníků se pohybovala nejčastěji v rozmezí od jednoho do pěti let (39, 3 %) a dále pak nejčastěji nad 20 let praxe (32, 8 %). Jak je znázorněno v tabulce a grafu 2.

Tab. 2- Délka praxe

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
do 5 let	48	39,30%
6- 10 let	11	9,00%
11- 19 let	23	18,90%
nad 20 let	40	32,80%
Celkem	122	100%



Graf 2- Délka praxe

Dotazníky byly rozdány ve třech nemocnicích Zlínského kraje (Zlín, Uherské Hradiště, Kroměříž) a dále byly rozeslány některým respondentům elektronickou poštou.

6.6.2 Kvalitativní výzkum

Kvalitativního výzkumu se zúčastnilo 20 pracovníků v sociálních službách. Podmínkou bylo, aby měli zkušenosti s doprovodem klientů k hospitalizacím nebo k ambulantním vyšetřením. Celkem se do kvalitativního výzkumu zapojilo 6 institucí Zlínského kraje (Domovy pro osoby se zdravotním postižením Kroměříž, Kvasice, Kunovice, Staré Město u Uherského Hradiště, Velehrad- Buchlovska a Velehrad- Vincentinum).

6.7 Metoda a techniky sběru dat

Sběr dat byl prováděn od listopadu 2010 do února roku 2011 a využily jsme metodu triangulace, tedy kombinaci kvalitativní a kvantitativní metody.

6.7.1 Kvantitativní výzkum

Pro sběr dat jsme použily dotazníkové šetření. Pracovníkům byl distribuován nestandardizovaný dotazník s 18 otázkami. 10 otázek bylo uzavřených, 4 polootevřené, 4 otevřené a ve dvou uzavřených otázkách měli respondenti možnost volby více odpovědí. První část dotazníku se zaměřovala na pohlaví, vzdělání, délku ošetrovatelské praxe, typ pracoviště. Zbytek otázek vycházel z formulovaného problému.

6.7.2 Kvalitativní výzkum

Pro sběr kvantitativních dat jsme použily metodu osobních polostrukturovaných rozhovorů, které byly zaznamenány na zvukové médium. Pracovníkům v sociálních službách jsme pokládaly předem určené základní otázky, byl zde však i prostor pro osobní vyjádření, upřesnění aj. Při prepisech rozhovorů jsme dodržely jejich autenticitu.

6.8 Organizace výzkumného šetření

6.8.1 Kvantitativní výzkum

Sběr dat probíhal od ledna do února roku 2011. Pilotní studie byla provedena v půli měsíce ledna roku 2011. Dotazník jsme rozdaly deseti zdravotním sestřím a na základě jejich upozornění a postřehů byla přidána jedna otázka. U dvou otázek jsme změnily jejich formulaci. Jedna otázka byla změněna také na základě konzultace se statističkou.

Šetření se vždy uskutečnilo pouze s písemným souhlasem vedení instituce a bylo provedeno anonymně. Výzkum probíhal ve třech nemocnicích Zlínského kraje (Zlín, Uherské Hradiště, Kroměříž).

Dotazníky jsem rozdala na jednotlivých odděleních za spolupráce vrchní nebo staniční sestry. Jednalo se o oddělení interní, chirurgické, neurologické a v Nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně byly rozdány na doporučení hlavní sestry

také na očním lůžkovém oddělení. Do šetření se v menší míře zapojily také ambulantní zařízení jednotlivých oborů.

Celkem jsem v nemocnicích rozdala 125 dotazníků. Navrátilo se jich 100 (80 %). 25 dotazníků bylo rozesláno zdravotním sestřím také elektronickou poštou. Zde návratnost činila 88 % (22 dotazníků). Celkově 122 dotazníků bylo následně použito ke zpracování.

6.8.2 Kvalitativní výzkum

Výzkum byl prováděn od listopadu 2010 (pilotní studie) do února roku 2011. Šetření se vždy uskutečnilo pouze s písemným souhlasem vedení instituce a souhlasem dotazované osoby. Na základě pilotní studie jsme přidaly do polostrukturovaného rozhovoru jednu otázku. Bylo složité pro daný výzkum sehnat dostatečný počet respondentů, kteří by měli zkušenosti s doprovodem mentálně postižených klientů k hospitalizacím nebo na vyšetření. Často se stávalo, že se dotazovaní ve svém výkladu ubírali jiným směrem, než bylo „požadováno“. I z tohoto důvodu byly některé rozhovory časově náročné.

Do výzkumu se zapojilo 6 institucí Zlínského kraje (Domovy pro osoby se zdravotním postižením Kroměříž, Kvasice, Kunovice, Staré Město u Uherského Hradiště, Velehrad- Buchlovská a Velehrad- Vincentinum). Výsledných 20 polostrukturovaných rozhovorů bylo následně použito ke zpracování.

6.9 Zpracování dat

6.9.1 Kvantitativní výzkum

Získaná data byla zpracována procentuálně. Následně jsme vytvořily tabulky a grafy. Ke zpracování jsme použily Microsoft Office Excel 2007.

Výše uvedené hypotézy jsou ověřeny na základě vypočítaných absolutních a relativních četností s využitím konstrukce 95% intervalu spolehlivosti (95% CI)

pro populační pravděpodobnost dle vzorce: $p \pm 1,96 \sqrt{\frac{p(1-p)}{n}}$.¹⁰⁵ Dále byl u tří hypotéz proveden chí-kvadrát test homogenity.

Všechny statistické testy byly provedeny na hladině signifikance 0,05, intervaly spolehlivosti byly počítány se spolehlivostí 95 %.

Ke statistickému zpracování jsme použily statistický software SPSS verze 15, SPSS Inc. USA a program Microsoft Office Excel 2007.

6.9.2 Kvalitativní výzkum

Kvalitativní výzkum jsme vyhodnotily pomocí otevřeného kódování. Získaná data jsme uspořádaly do určených kategorií. Následně jsme tyto data zařadily do tabulek a graficky znázornily.

Otevřené kódování se obecně zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí studia údajů. Jde o přiřazování pojmů jednotlivým případům, událostem a jiným jevům.¹⁰⁶

Při zpracování dat bylo použito programu Microsoft Office Excel 2007.

¹⁰⁵ Srov. ZVÁROVÁ, J., *Základy statistiky pro biomedicínské obory*, s. 69.

¹⁰⁶ Srov. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V., *Výzkum v ošetrovatelství*, s. 126- 127.

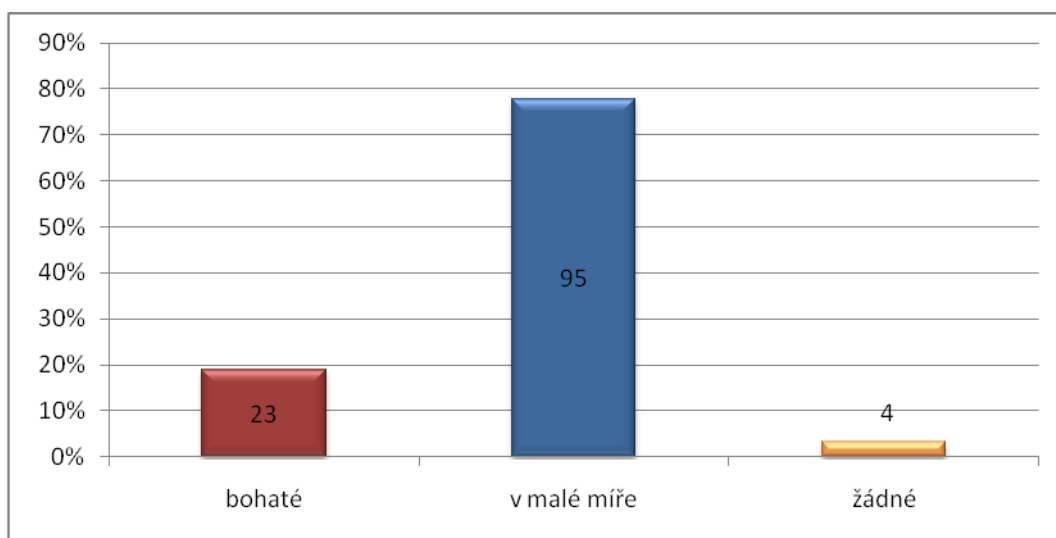
6.10 Vyhodnocení dat

6.10.1 Kvalitativní výzkum

Otázka č. 5: Získali jste v průběhu své zdravotnické praxe nějaké zkušenosti týkající se komunikace s mentálně postiženými klienty?

Tab. 3- Zkušenosti s klienty s mentálním postižením

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
bohaté	23	18,80%
v malé míře	95	77,90%
žádné	4	3,30%
Celkem	122	100%



Graf 3- Zkušenosti s klienty s mentálním postižením

Komentář:

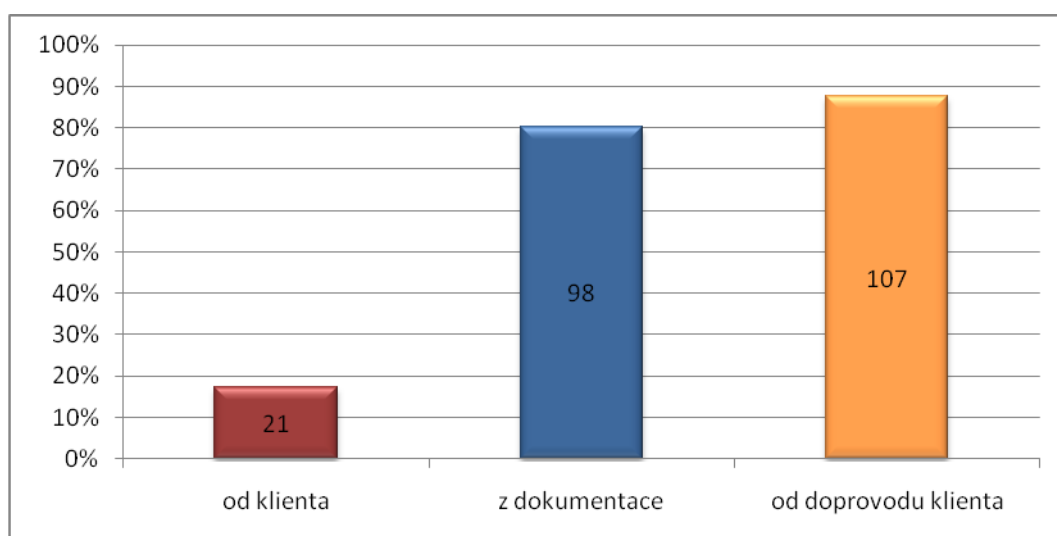
V úvodu dotazníkového šetření byla položena otázka, v jaké míře získali respondenti během své zdravotnické praxe zkušenosti týkající se komunikace/interakce u klientů s mentálním postižením. Valnou většinu (78 %) tvořila odpověď-pouze v malé míře. 19 % dotázaných uvedlo, že má bohaté zkušenosti a pouze 3 % nemají zkušenosti vůbec žádné.

Od toho se také odvíjela otázka, kolikrát během jednoho kalendářního roku pečují respondenti o mentálně postižené klienty. Jak bylo zjištěno z dotazníkového šetření, 112 sester ze 120 dotazovaných (tedy 91, 8 %) se na oddělení setkává s klienty s mentálním postižením v průměru více jak 12 krát za rok.

Otázka č. 7: Z jakého zdroje získáváte při příjmu mentálně postiženého klienta nejvíce informací?

Tab. 4- Zdroj informací

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
od klienta	21	17,20%
z dokumentace	98	80,30%
od doprovodu klienta	107	87,70%



Graf 4- Zdroj informací

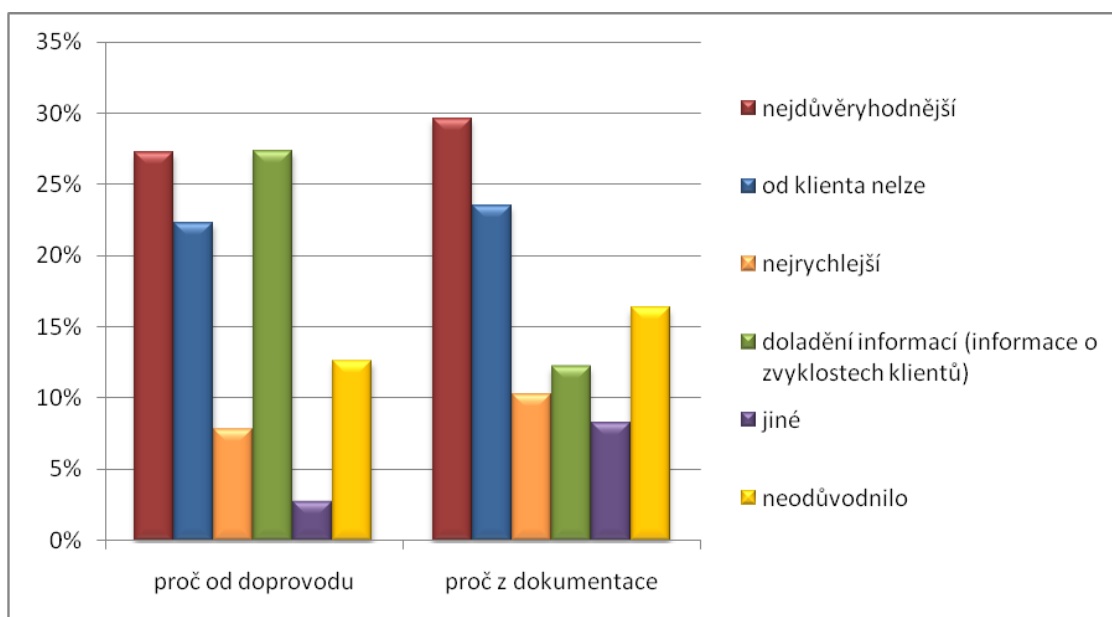
Komentář:

Respondenti měli v otázce č. 7 uvést, z jakého zdroje získávají informace o klientovi (důvod hospitalizace, zvyklosti, ...). Dotazovaní mohli vybrat více odpovědí a měli také prostor pro vlastní vyjádření (položka- jiné). Nejčastěji se vyskytovala kombinace odpovědí- od doprovodu klienta a z ošetřovatelské dokumentace. Z výzkumu vyplývá, že nejčastějším zdrojem informací pro zdravotnický personál je doprovod klienta (88 %). Dále pak ošetřovatelská dokumentace (80 %). Od klienta získává informace v kombinaci s jiným zdrojem pouze 17 % respondentů. Jako zdroj informací se objevily také odpovědi- od ošetřovatelského personálu a vlastním pozorováním.

Otázka č. 8: Uveďte důvod, proč získáváte informace právě z výše uvedeného zdroje.

Tab. 5- Důvod získávání informací od jiného zdroje než od klienta

	proč od doprovodu		proč od klienta	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
nejdůvěryhodnější	28	27,20%	29	29,60%
od klienta nelze	23	22,30%	23	23,50%
nejrychlejší	8	7,80%	10	10,20%
doladění informací (informace o zvyklostech klientů)	28	27,30%	12	12,20%
jiné	3	2,90%	8	8,20%
neodůvodnilo	13	12,60%	16	16,30%
Celkem	103	100%	98	100%



Graf 5- Důvod získávání informací od jiného zdroje než od klienta

Komentář:

V další otázce dotazníku měli respondenti uvést důvod, proč získávají informace právě z výše uvedeného zdroje. Nejpočetnější skupinu odpovědí tvořilo tvrzení, že informace od doprovodu klienta nebo z dokumentace jsou nejdůvěryhodnější, nejpřesnější. A dále pak, že od klienta nelze informace získat. 27 % respondentů uvedlo, že doprovod má o klientovi zásadní informace, které se týkají jeho zvyklostí a specifík v chování.

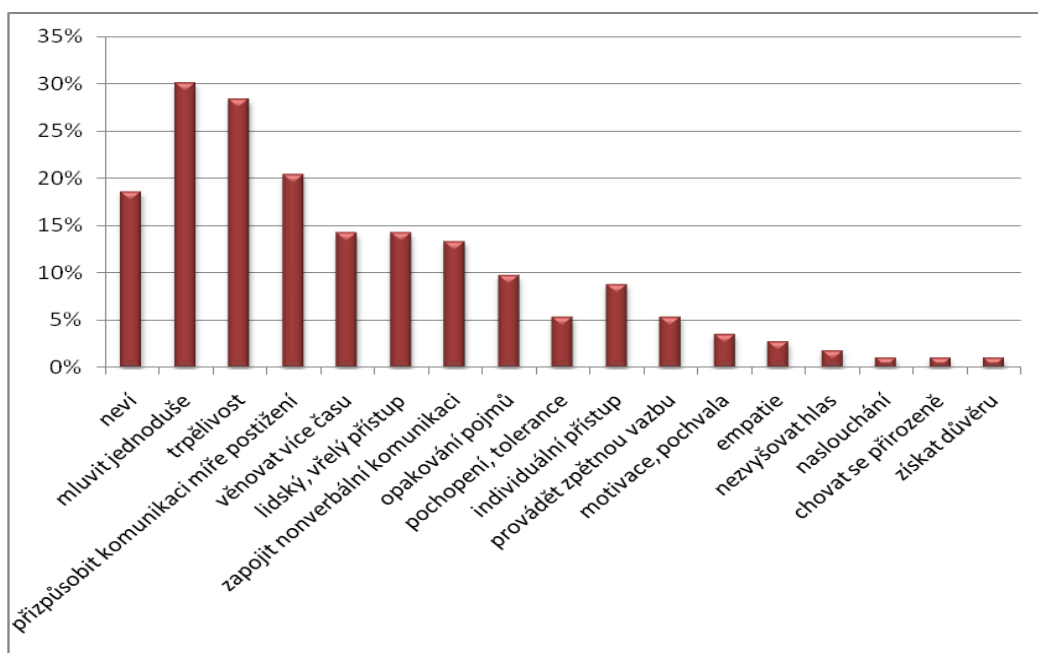
Informovat se od doprovodu nebo z dokumentace je sice nejrychlejší způsob, jak se dozvědět požadované (uvedlo 18 % respondentů), ale neměl by to být důvod, proč se personál neobrací v komunikaci na mentálně postiženého jedince.

Jeden respondent uvedl, že zjišťuje informace od klienta, protože „se to má“. 18 dotazovaných, kteří uvedli, že zjišťují informace od klienta, nedokázalo odůvodnit, proč tak činí.

Otázka č. 9: Jaká specifika má komunikace s mentálně postiženým klientem?

Tab. 6- Specifika komunikace

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
neví	21	18,60%
mluvit jednoduše	34	30,10%
trpělivost	32	28,30%
přizpůsobit komunikaci míře postižení	23	20,40%
věnovat více času	16	14,20%
lidský, vřelý přístup	16	14,20%
zapojit nonverbální komunikaci	15	13,30%
opakování pojmů	11	9,70%
pochopení, tolerance	6	5,30%
individuální přístup	10	8,80%
provádět zpětnou vazbu	6	5,30%
motivace, pochvala	4	3,50%
empatie	3	2,70%
nezvyšovat hlas	2	1,80%
naslouchání	1	1,00%
chovat se přirozeně	1	1,00%
získat důvěru	1	1,00%



Graf 6- Specifika komunikace

Komentář:

Výše uvedená tabulka a graf se vztahují k deváté otázce v dotazníku, kdy respondenti měli vyjmenovat specifika při komunikaci s mentálně postiženými jedinci. 9 respondentů na otázku vůbec neodpovědělo. 12 respondentů (18,6 %) uvedlo odpověď- nevím. Ve většině případů se v odpovědích objevilo jen jedno až dvě specifika. Jak jsme se mohli dočíst v teoretické části diplomové práce, odborná literatura uvádí celou řadu specifik při komunikaci s mentálně postiženými jedinci. Můžeme tedy jen spekulovat, proč respondenti vyjmenovali jen naprostý zlomek specifik. Předpokládám, že určitý podíl měla jak neznalost specifik, tak i nedostatek času při vyplňování dotazníku.

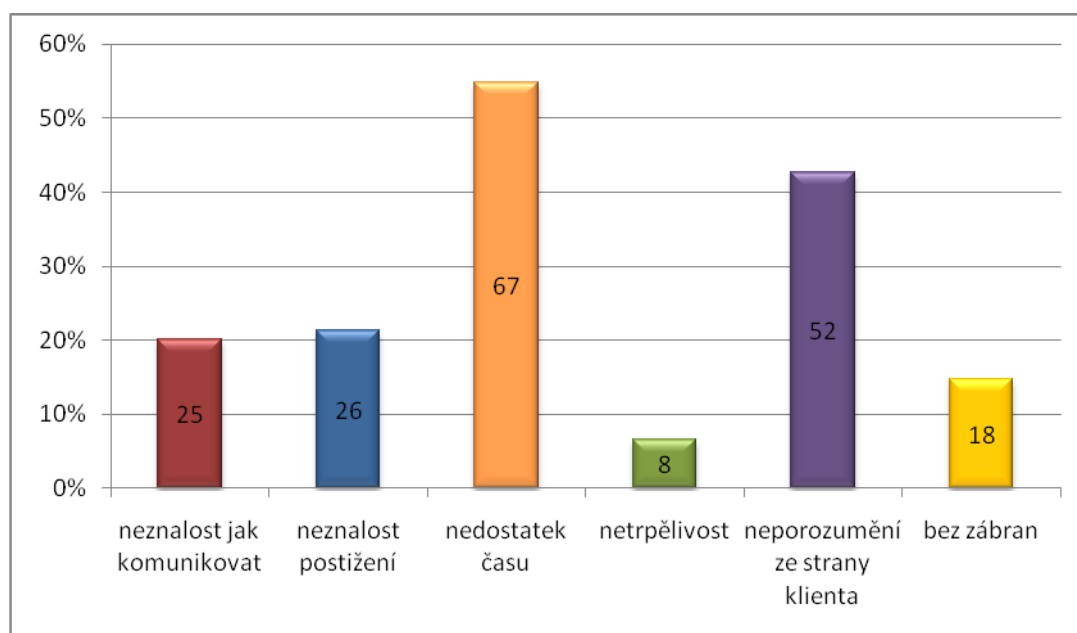
Nejpočetnější skupinu (30,1 %) tvořila odpověď- mluvit na klienta jednoduše, stručně, v krátkých větách, nepoužívat cizí výrazy. Trpělivost (jako jedno s nejzákladnějších specifik) uvedlo 32 respondentů.

Výčet dalších odpovědí je uveden v grafu a tabulce 6. Zarážející je však fakt, že se objevily i odpovědi naprosto neadekvátní. 6 respondentů (5,3 %) považuje za specifikum jednání s mentálně postiženým klientem jako s dítětem. Mezi další nesprávné odpovědi se řadilo tvrzení, že specifikem je tykání a oslovování klientů křestním jménem (uvedli 2 respondenti).

Otázka č. 10: Co považujete za zábranu při komunikaci s mentálně postiženým klientem?

Tab. 7- Co brání v komunikaci?

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
neznalost jak komunikovat	25	20,10%
neznalost postižení	26	21,30%
nedostatek času	67	54,90%
netrpělivost	8	6,60%
neporozumění ze strany klienta	52	42,60%
bez zábran	18	14,80%



Graf 7- Co brání v komunikaci?

Komentář:

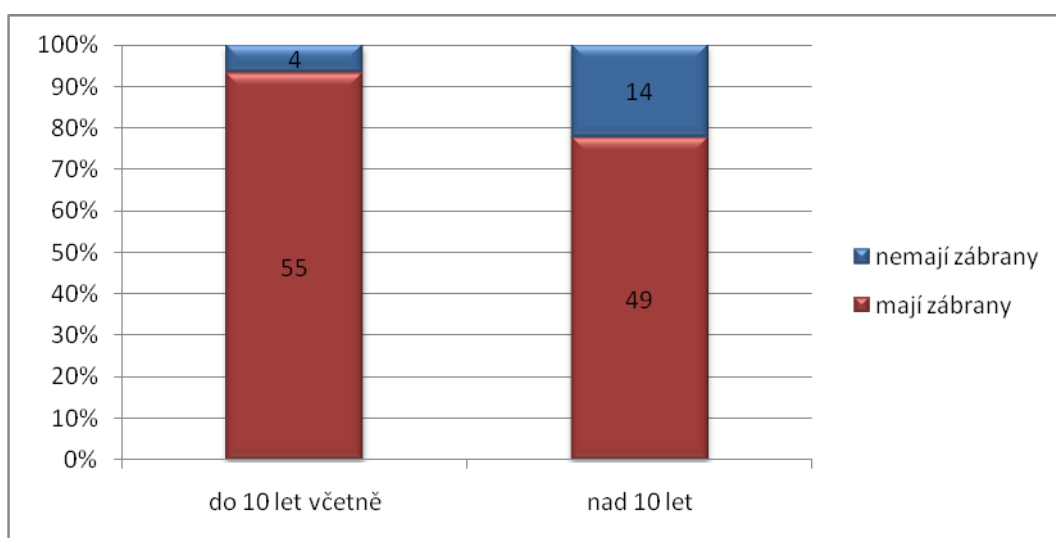
V desáté otázce dotazníku měli respondenti možnost volby více předem určených možností. Byl zde také prostor pro vlastní vyjádření (nabídka- jiné). Toho využil jen jeden respondent, který jako zábranu v adekvátní komunikaci s mentálně postiženým jedincem uvedl neporozumění ze strany zdravotnického personálu. Největší zábranou je podle výsledků výzkumného šetření nedostatek času

dotazovaných (55 %). Druhou nejčastější skupinu tvořila odpověď- neporozumění ze strany klienta.

Při vyhodnocování výsledků nás zaujala souvislost mezi odpovědí- nemám zábrany a délkou odborné praxe respondentů. Proto jsme tuto korelaci graficky zpracovaly v tabulce a grafu 8.

Tab. 8- Zábrany v komunikaci ve vztahu k délce praxe

			Máte nějaké zábrany při komunikaci?		Celkem
			ano	ne	
Délka praxe	do 10 let včetně	Četnost %	55 93,2%	4 6,8%	59 100,0%
	nad 10 let	Četnost %	49 77,8%	14 22,2%	63 100,0%
Celkem		Četnost %	104 85,2%	18 14,8%	122 100,0%



Graf 8- Zábrany v komunikaci ve vztahu k délce praxe

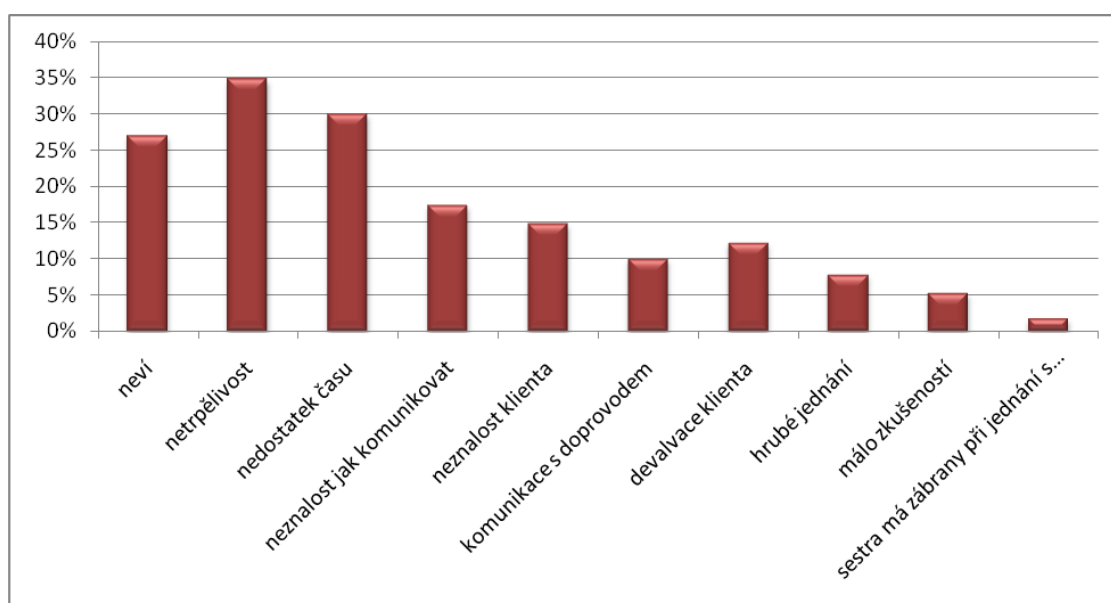
Komentář:

Chí-kvadrát testem bylo zjištěno, že u sester s kratší délkou praxe se statisticky významně častěji vyskytují zábrany při komunikaci s mentálně postiženými. Četnostní rozdělení je uvedeno v kontingenční tabulce 8. Dále pak je závislost graficky znázorněna grafem 8.

Otázka č. 12: Co považujete za nejčastější chyby, vyskytující se při komunikaci s mentálně postiženým jedincem?

Tab. 9- Chyby při komunikaci

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
neví	31	27,00%
netrpělivost	40	34,80%
nedostatek času	34	30,00%
neznalost jak komunikovat	20	17,40%
neznalost klienta	17	14,80%
komunikace s doprovodem	11	10,00%
devalvace klienta	14	12,20%
hrubé jednání	9	7,80%
málo zkušeností	6	5,20%
sestra má zábrany při jednání s postiženými klienty	2	1,70%



Graf 9- Chyby při komunikaci

Komentář:

Tabulka a graf 9 popisují, jakých chyb se dle respondentů při komunikaci s mentálně postiženými jedinci dopouští zdravotnický personál. Do jisté míry jsme

pozorovaly, že se v odpovědích nechali dotazovaní „inspirovat“ desátou otázkou v dotazníku.

Celkem odpovědělo na tuto otevřenou otázku 115 respondentů, 31 z nich však odpovědělo- nevím (27 %). Tato odpověď se mi zdá poněkud zarážející. Je zajímavé, že by si dotazovaní nevšimli nebo neuvědomili žádné chyby/ nedostatky. Pokud by komunikace a interakce s mentálně postiženými klienty probíhala naprosto adekvátně, očekávala bych odpověď- žádných chyb se nedopouštějí, žádné chyby nepozorují. I proto usuzuji, že při vyplňování dotazníků hrál svou roli nedostatek času nebo částečný nezáměr o výzkumné šetření.

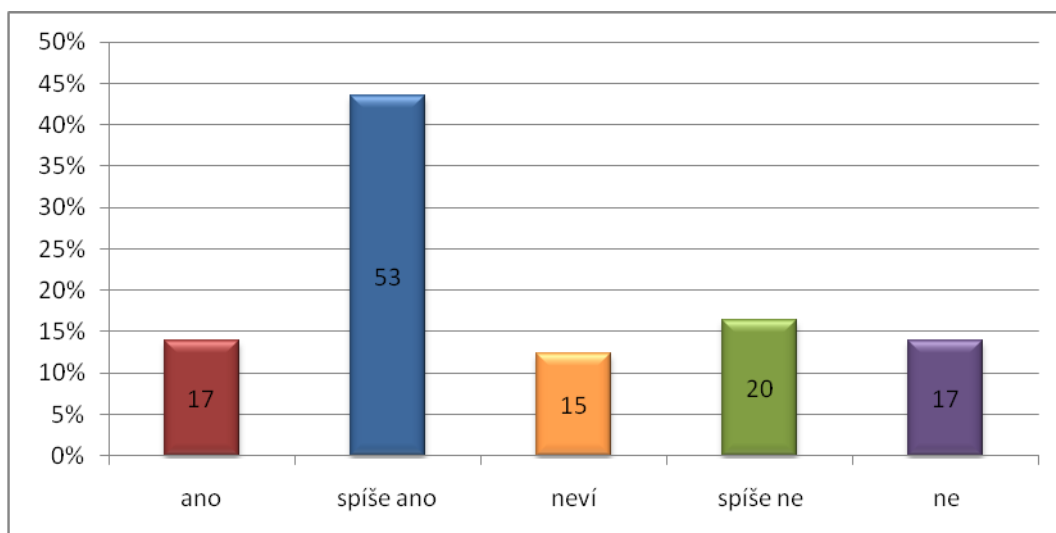
Nejvíce respondentů uvedlo jako chybu při komunikaci netrpělivost (35 %). Je zajímavé tuto skutečnost porovnat s odpověďmi pracovníků v sociálních službách, kteří netrpělivost jako nejčastější chybu u zdravotnického personálu uvedli pouze v patnácti procentech.

Mezi další nejčastější chyby se řadily odpovědi- nedostatek času (30 %), neznalost jak komunikovat (17 %) a neznalost daného klienta (15 %).

Otázka č. 11: Myslíte si, že se většina sester vyhýbá komunikaci s mentálně postiženým klientem?

Tab. 10- Vyhýbají se sestry komunikaci?

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	17	13,90%
spíše ano	53	43,50%
neví	15	12,30%
spíše ne	20	16,40%
ne	17	13,90%
Celkem	122	100%



Graf 10- Vyhýbají se sestry komunikaci?

Komentář:

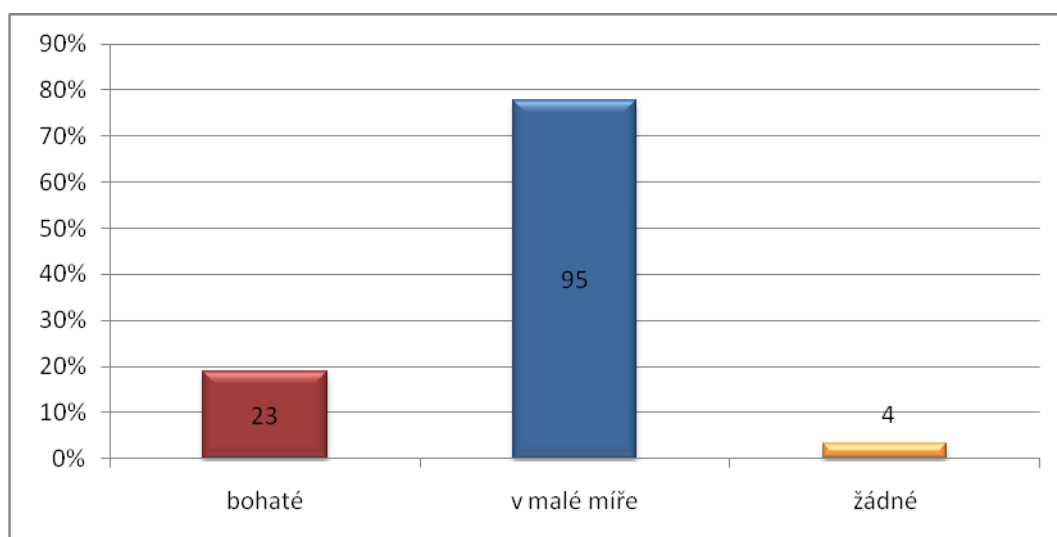
Otázka v dotazníku zjišťovala názor respondentů na to, jestli se zdravotní sestry vyhýbají komunikaci s mentálně postiženými klienty. Záměrně byla otázka položena tak, aby dotazovaní uvedli svůj názor, postřehy u jiných sester. Domnívám se, že pokud by respondenti měli hodnotit sami sebe, výsledky by byly poněkud zkresleny. V další studii by však bylo vhodné porovnat otázku- jestli se sami respondenti vyhýbají komunikaci a otázku, zda se zdravotnický personál všeobecně vyhýbá komunikaci s mentálně postiženými jedinci.

U našeho výzkumu jsme dospěly k následujícím výsledkům. 57 % dotázaných uvedlo kladnou odpověď (ano- vyhýbají se komunikaci, spíše ano), 30 % označilo zápornou odpověď (ne, spíše ne) a zbývajících 13 % odpovědělo- nevím.

Otázka č. 13: Získali jste v rámci svého studia nějaké informace o problematice komunikace u osob s mentálním postižením?

Tab. 11- Informace získané během studia

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
bohaté	23	18,80%
v malé míře	95	77,90%
žádné	4	3,30%
Celkem	122	100%



Graf 11- Informace získané během studia

Komentář:

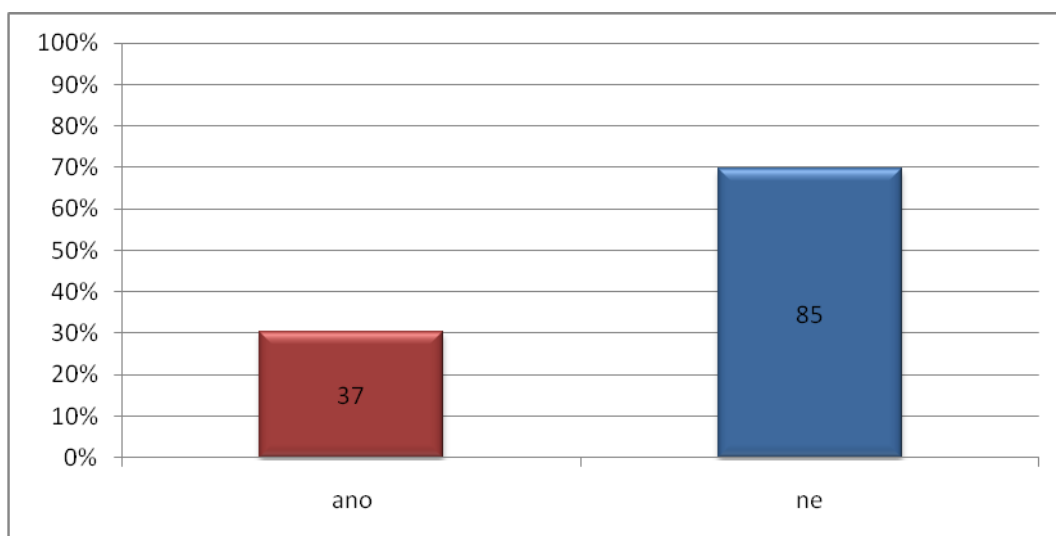
31% respondentů uvedlo, že během svého studia nezískali žádné informace týkající se problematiky mentálního postižení a komunikace s těmito klienty. Zbývajících 69 % dotázaných odpovídalo dále na otázku týkající se charakteru informací. 61 respondentů (73 %) uvedlo, že informace byly převážně teoretického charakteru. 6 % dotazovaných získalo informace převážně praktického charakteru a 21 % považovalo podíl mezi oběma složkami za vyrovnaný.

K této problematice se vztahovala také otázka, která zjišťovala, zda respondenti považovali tyto získané informace za dostačující. Za dostačující považovalo získané informace 46 % dotázaných, za nedostačující 42 % a 12 % vybralo možnost- nevím.

Otázka č. 17: Znáte nějaké metody alternativní komunikace?

Tab. 12- Znalost alternativní komunikace

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	37	30,30%
ne	85	69,70%
Celkem	122	100%



Graf 12- Znalost alternativní komunikace

Komentář:

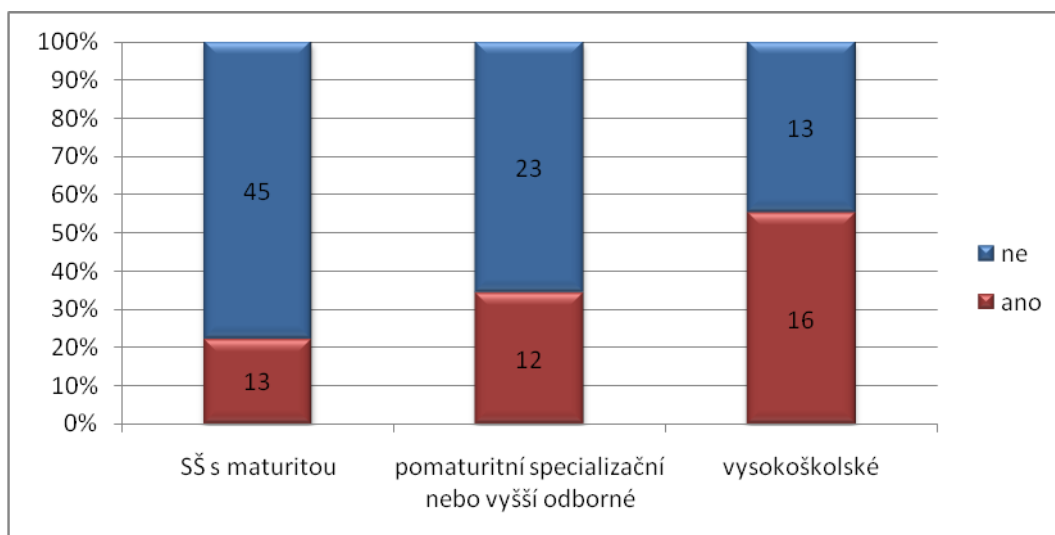
Výše uvedený graf a tabulka 12 poukazují na to, že pouze 30 % respondentů zná pojem alternativní komunikace a její metody. Původně označilo odpověď- ano znám, 40 % respondentů, ale jelikož v následující otázce dotazníku vyjmenovali chybné metody alternativní komunikace, byli zařazeni do skupiny, která nezná alternativní komunikaci.

Jako metody alternativní komunikace respondenti nejčastěji uváděli: gesta, mimika, psané slovo, obrázky, tabulky a hry.

Při vyhodnocování dotazníkového šetření nás zaujala souvislost mezi stupněm nejvyššího dosaženého vzdělání a znalostí alternativní komunikace. Tato korelace je znázorněna v tabulce a grafu 13.

Tab. 13 - Znalost alternativní komunikace ve vztahu k dosaženému vzdělání

			ZNALOST KOMUNIKACE		Celkem
			ano	ne	
VZDĚLÁNÍ	SŠ s maturitou	Četnost %	13 22,4%	45 77,6%	58 100,0%
	pomaturitní specializační nebo vyšší odborné	Četnost %	12 34,3%	23 65,7%	35 100,0%
	vysokoškolské	Četnost %	16 55,2%	13 44,8%	29 100,0%
Celkem		Četnost %	41 33,6%	81 66,4%	122 100,0%



Graf 13- Znalost alternativní komunikace ve vztahu k dosaženému vzdělání

Komentář:

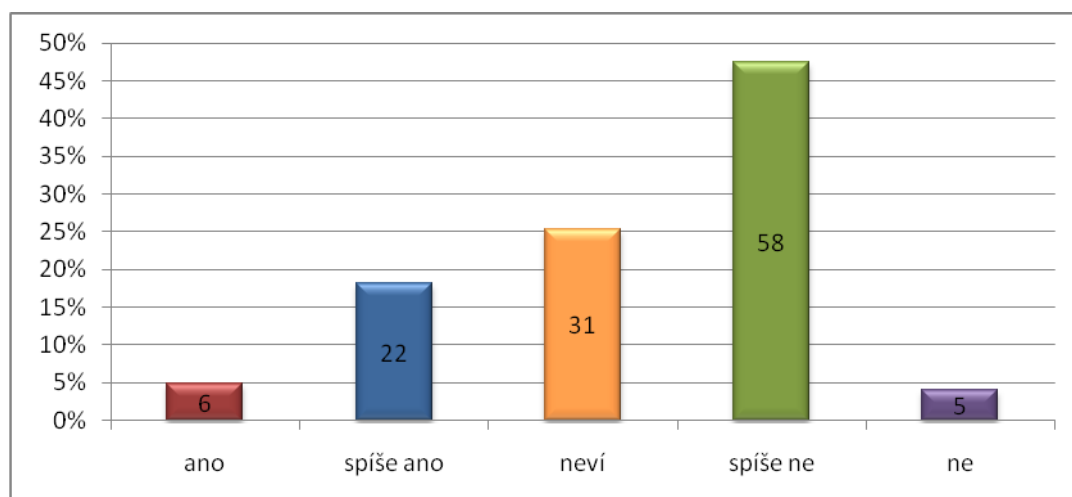
Data týkající se znalosti alternativní komunikace a stupně vzdělání byla uspořádána do kontingenční tabulky. Vzhledem k nízkému počtu respondentů s vyšším odborným vzděláním (pouze 5 sester), byly kategorie „pomaturitní specializační vzdělání a vyšší odborné vzdělání sloučeny do jedné. Následně byl proveden chí-kvadrát test homogenity. Chí-kvadrát testem homogenity bylo zjištěno, že respondenti s vyšším vzděláním mají statisticky významně vyšší znalosti

alternativní komunikace. Četnostní rozdělení je uvedeno v kontingenční tabulce 13. Závislost dvou zkoumaných veličin je také graficky znázorněna v grafu 13.

Otázka č. 18: Domníváte se, že jsou Vaše znalosti v oblasti komunikace s mentálně postiženým klientem dostatečné?

Tab. 14- Máte adekvátní znalosti?

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	6	4,90%
spíše ano	22	18,10%
neví	31	25,40%
spíše ne	58	47,50%
ne	5	4,10%
Celkem	122	100%



Graf 14- Máte adekvátní znalosti?

Komentář:

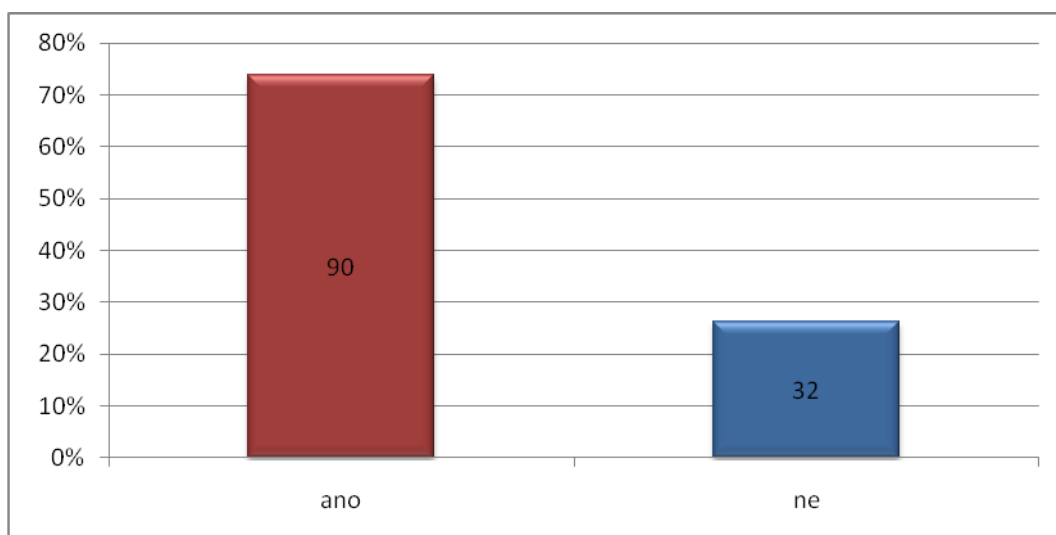
Poslední otázka dotazníku (č. 18) se zaměřila na to, jak respondenti hodnotí své vlastní znalosti/ vědomosti v oblasti komunikace s mentálně postiženými jedinci.

Jako dostatečné (odpověď- ano, spíše ano) zhodnotilo své znalosti pouze 23 % respondentů. Za neadekvátní (odpověď ne, spíše ne) označilo své vědomosti 52 % dotázaných. 25 % nedokázalo své znalosti zhodnotit (odpověď- nevím).

Otázka č. 16: Uvítali byste další vzdělávání v rámci problematiky komunikace u osob s mentálním postižením, které by probíhalo například formou zážitkových seminářů, besed a podobně?

Tab. 15- Zájem o další vzdělání

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	90	73, 80%
ne	32	26, 20%
Celkem	122	100%



Graf 15- Zájem o další vzdělání

Komentář:

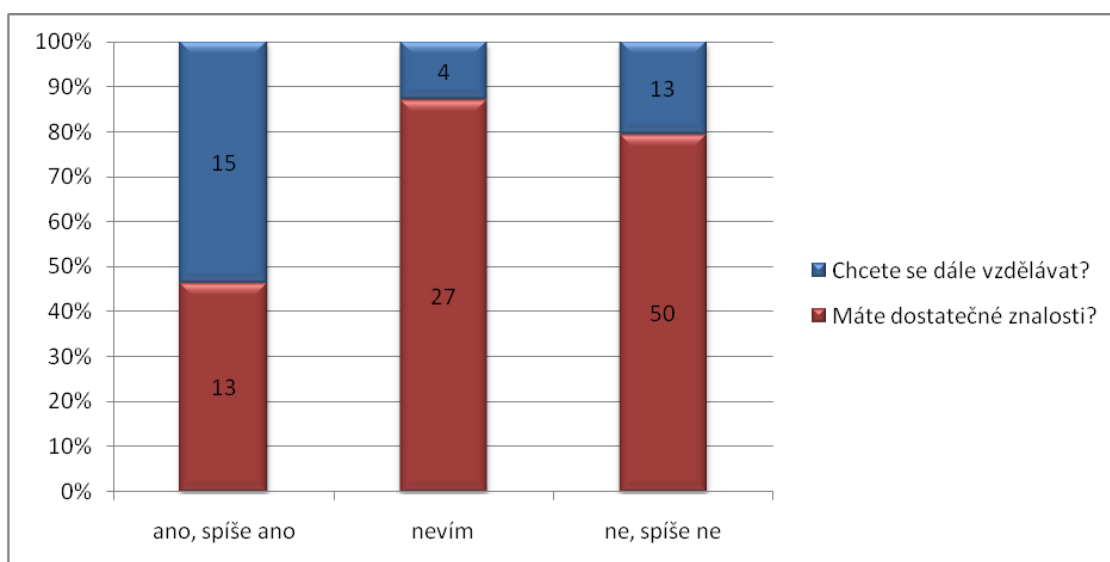
Pomocí otázky č. 16 jsme zjišťovaly, zda se mají respondenti zájem dále vzdělávat v problematice týkající se mentálního postižení (formou zážitkových seminářů, besed, ...). Pouze 26 % dotázaných nemá zájem se dále informovat o uvedené problematice. Jako důvody uvedli, že se raději chtějí věnovat problematice svého oboru. Dále pak, že se s mentálně postiženými klienty setkávají jen zřídka. Někteří uvedli, že je pro ně tato problematika stresující záležitostí. Respondenti se také domnívali, že by jim tato zkušenost nic nepřinesla a jeden dotazovaný by upřednostnil

na každém oddělení specialistu na dané postižení. 6 dotazovaných se k tomu, proč se nechtějí dále vzdělávat, nevyjádřilo.

Pozitivním zjištěním je, že celých 74 % zdravotnického personálu se chce dále informovat o dané problematice. Jako důvody nejčastěji uvedli např. zefektivnění poskytované péče, prohloubení/ rozšíření znalostí nebo nárůst výskytu mentálního postižení.

Tab. 16 – Zájem se vzdělávat v souvislosti s hodnocením vlastních znalostí

		Považujete své znalosti za dostatečné?			Celkem	
		ano-spíše ano	nevím	spíše ne - ne		
CHTĚJÍ VZDĚLÁNÍ?	ano	Četnost	13 14,4%	27 30,0%	50 55,6%	90 100,0%
	ne	Četnost	15 46,9%	4 12,5%	13 40,6%	32 100,0%
Celkem		Četnost	28 23,0%	31 25,4%	63 51,6%	122 100,0%



Graf 16- Zájem se vzdělávat v souvislosti s hodnocením vlastních znalostí

Komentář:

Chí-kvadrát testem homogenity bylo zjištěno, že respondenti, kteří se chtějí dále vzdělávat, považují ve statisticky vyšší míře své znalosti za nedostatečné ve srovnání s respondenty, kteří uvádějí, že se dále vzdělávat nechtějí. Četnostní rozdělení je uvedeno v kontingenční tabulce 16. Četnostní rozložení je znázorněno sloupcovým skládaným grafem 16.

6.10.2 Kvalitativní výzkum

Otázka č. 1: Z jakého zdroje získává zdravotnický personál vstupní informace?

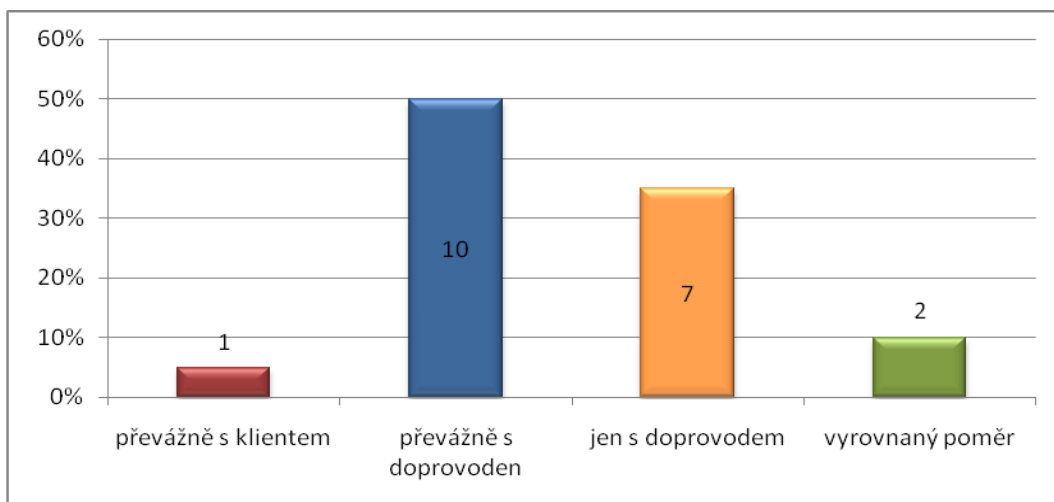
Na koho se obrací při komunikaci?

Tab. 17- Zdroj informací pro personál

	Odpovědi
P- 1	většinou nekomunikují vůbec nebo jen s doprovodem
P- 2	hned se obrací na sestru, nikdy první na klienta
P- 3	převážně se obracejí na doprovod
P- 4	jak kdy, podle stavu klienta
P- 5	převážně komunikují jen s doprovodem, ale klienta alespoň osloví, ...
P- 6	převážně se obracejí na doprovod
P- 7	vždy se ptají klienta, na doplňující otázky doprovodu
P- 8	obrací se vždy na doprovod, s klienty nekomunikuje nikdo
P- 9	i když klient komunikuje, obracejí se na doprovod
P- 10	většinou se obrací na doprovod
P- 11	i když klienti komunikují, zjišťuje personál informace převážně od doprovodu
P- 12	automaticky v první řadě se obracejí na doprovod, ale pokud klienta znají, ptají se i klienta
P- 13	vždy se v první řadě obrátí na doprovod, ale některé informace zjišťují od klienta (když je schopen)
P- 14	nekomunikují spíše vůbec (s nikým), informace přebírají od doprovodu
P- 15	obracejí se i na klienta, ale převážně na doprovod
P- 16	mají snahu se klienta na něco zeptat, ale obracejí se i na doprovod
P- 17	vždy se obracejí jen na doprovod
P- 18	jak kdy a jak kde, ale převážně se obracejí na doprovod
P- 19	komunikují spíše s doprovodem
P- 20	komunikují vždy jen s doprovodem, i když je klient schopen komunikace

Vysvětlivky:

P 1- 20 – pracovníci v sociálních službách



Graf 17- S kým hovoří zdravotnický personál při získávání informací

Komentář:

První otázkou v prováděných polostrukturovaných rozhovorech bylo, na koho se zdravotnický personál obrací při získávání informací o klientovi, s kým převážně hovoří. Jak můžeme vidět v grafu č. 17, pouze jeden dotázaný uvedl, že se při zjišťování informací personál obrací převážně na klienta. 50 % pracovníků v sociálních službách uvedlo, že zdravotnický personál hovoří převážně s doprovodem a 35 % zastává názor, že zdravotníci hovoří pouze s doprovodem.

Svou roli dle jejich vyjádření hraje to, zda je klient komunikující nebo ne a zda je upoután na invalidní vozík nebo je mobilní. Rozdíl vidí také v tom, jestli jde o ambulantní zařízení (kde s klienty přijdou do styku častěji nebo je dokonce ošetřují pravidelně a znají i křestními jmény) nebo standardní oddělení. Důležitá je podle dotázaných také povaha a osobnost zdravotních sester.

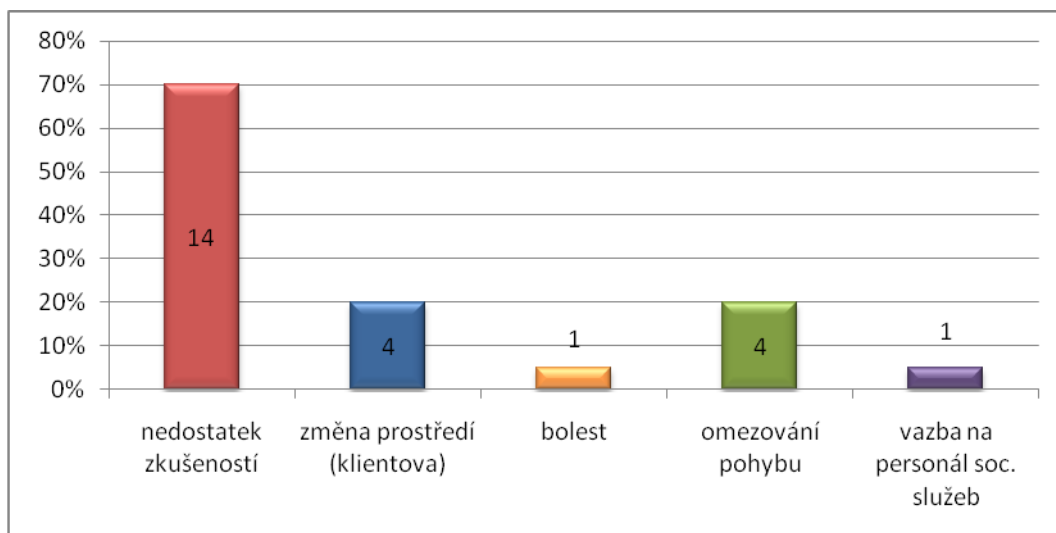
Samotnou komunikaci ovlivňuje podle výsledků kvalitativního výzkumu i prvotní kontakt zdravotníků s klientem, při kterém si neodpustí nelichotivé narážky, připomínky a nepřiléhavé mimické projevy.

Z rozhovorů také vyplynulo, že do ambulantních zařízení (např. obvodní lékaři) se mentálně postižení klienti dokonce těší a mnohdy i simulují příznaky nemocí.

Otázka č. 2: Co ovlivňuje adekvátní komunikaci/ interakci?

Tab. 18- Co ovlivňuje adekvátní komunikaci

	Odpověď
P- 1	nedostatek zkušeností
P- 2	znalost konkrétního klienta
P- 3	nedostatek zkušeností
P- 4	neuvádí
P- 5	nedostatek zkušeností
P- 6	neuvádí
P- 7	nedostatek zkušeností
P- 8	neuvádí
P- 9	nedostatek zkušeností, krátká doba hospitalizace- doba na seznámení se s klientem
P- 10	nedostatek zkušeností, změna prostředí
P- 11	neuvádí
P- 12	nedostatek zkušeností
P- 13	nedostatek zkušeností, krátká doba hospitalizace- doba na seznámení se s klientem, vazba na personál sociálních služeb, změna prostředí, omezení pohybu
P- 14	neuvádí
P- 15	nedostatek zkušeností
P- 16	změna prostředí, upoutání na lůžko
P- 17	nedostatek zkušeností, změna prostředí, upoutání na lůžko
P- 18	nedostatek zkušeností, bolest
P- 19	nedostatek zkušeností
P- 20	nedostatek zkušeností, omezení pohybu



Graf 18- Co ovlivňuje adekvátní komunikaci

Komentář:

I když nebyla položena samostatná otázka, která by se týkala toho, co podle pracovníků v sociálních službách ovlivňuje komunikaci zdravotníků s mentálně postiženými jedinci, z rozhovorů jasně vyplynulo to, že na komunikaci s těmito klienty se negativně podílí několik faktorů, které v menší nebo větší míře nemůže zdravotnický personál ovlivnit.

Nejvýraznějším prvkem, který byl při rozhovorech jednoznačně popsán, je nedostatek zkušeností zdravotnického personálu. Tuto skutečnost uvedlo celých 70 % dotázaných. Je zajímavé, že mnoho pracovníků sociálních služeb tímto odůvodněním sestry hájilo. Uváděli postřehy ze svých začátků odborné praxe, kdy potřebovali také určitou dobu na seznámení s klienty.

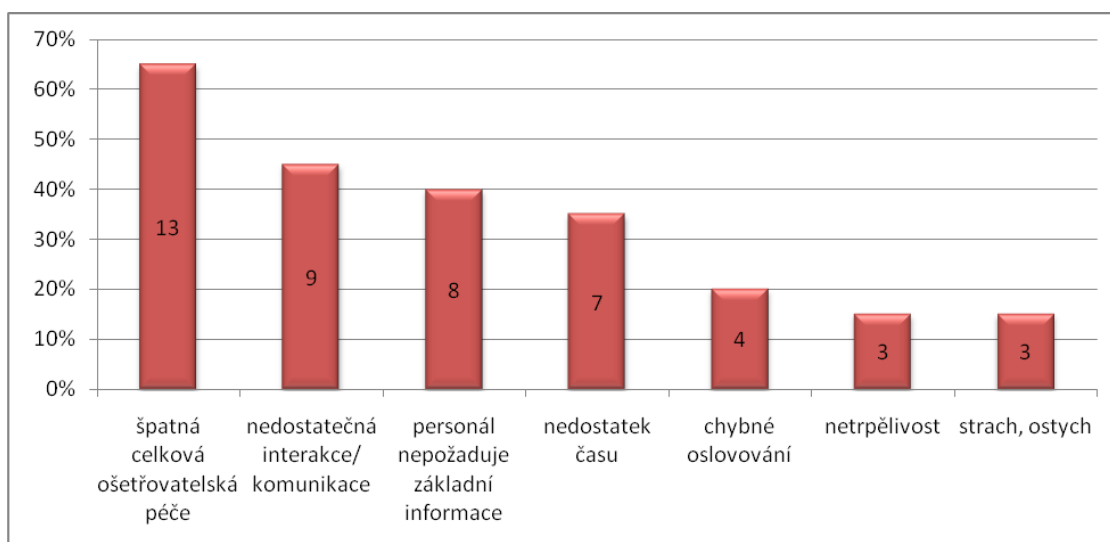
Dále bylo zmíněno to, že klienti jsou v nemocnicích hospitalizováni natolik krátkou dobu, že zdravotnický personál nemá dostatečný prostor na to, se s nimi seznámit. 20 % dotázaných uvedlo, že v adekvátní komunikaci s klientem jim brání také omezení jeho pohybu. Je zde myšleno jak neodůvodněné kurtování, tak nutné omezení pohybu z důvodu léčebného režimu a dodržování provozního řádu oddělení.

Negativní postřehy se směřovaly především na celkovou ošetrovatelskou péči, jak bude znázorněno v grafu 19.

Otázka č. 3: Jaké pozitivní a negativní zkušenosti máte s komunikací/ interakcí při hospitalizaci mentálně postižených klientů?

Tab. 19- Pozitivní a negativní zkušenosti

	pozitiva	negativa
P- 1	neudává	pohrdání, strach z klientů, zdětinštění, sestry nejsou důsledné
P- 2	neudává	neudává
P- 3	neudává	málo empatie, málo času, klienty nechají zbytečně ležet, celkově špatná ošetrovatelská péče, nezáměr o informace v překladové zprávě
P- 4	neudává	výrazně negativní nemá
P- 5	neudává	málo času, špatná celková ošetrovatelská péče- vznik dekubitů, zbytečné zavádění PMK, zbytečné upoutání na lůžko
P- 6	vlídné chování, vykání	hanlivé komentáře, špatná celková ošetrovatelská péče
P- 7	komunikují s klientem	strach z kontaktu, špatná celková péče, nedostatek času, nedostatek personálu
P- 8	vykání, často se snaží o komunikaci	nerespektují typ postižení, dospěle hospitalizují na dětské oddělení
P- 9	neudává	oslovování- chovanec
P- 10	neudává	nedostatek trpělivost, nedostatek času, špatná celková ošetrovatelská péče
P- 11	neudává	celkově špatná péče o všechny klienty, ne jen mentálně postižené
P- 12	snaha sester o spolupráci s pracovníky sociálních služeb, vykání	tykání, celkově špatná komunikace s klienty, neznalost neverbální komunikace
P- 13	vykání, cílené zjišťování zvyků, klienta	nedostatek trpělivosti, nezjišťování informací z překladové zprávy
P- 14	neudává	provedení jen nejnnutnější péče, předčasné propouštění
P- 15	vykání	výrazně neudává
P- 16	neudává	neprovádí analýzu překladové zprávy, předčasné propouštění, kurtování, nedostatek času
P- 17	neudává	tykání, oslovování- chovanec, nedostatek trpělivosti, nedostatek času, celková špatná ošetrovatelská péče
P- 18	vykání,	výrazně neudává
P- 19	neudává	nevhodné komentáře, nezáměr o základní informace z překladové zprávy, strach z klientů, personál je lítostný/soucitný, celkově špatná ošetrovatelská péče, sestry nemají základní znalosti o MR
P- 20	neudává	nezáměr ze strany sester, nedostatek trpělivost, nedostatek času, nezáměr o základní informace z překladové zprávy, bezdůvodné kurtování, hanlivé komentáře, chybí integrace, předčasné propouštění, celkově špatná ošetrovatelská péče



Graf 19- Nejčastější chyby sester při interakci s mentálně postiženými klienty

Komentář:

Když byla položena otázka- jaké máte pozitivní a negativní zkušenosti s komunikací/ interakcí u klientů s mentálním postižením ve zdravotnickém zařízení (standardním), většina pracovníků v sociálních službách začala jmenovat negativní postřehy. Ty se však týkaly převážně kompletně špatné ošetrovatelské péče (uvedlo 13 dotázaných). Někteří pracovníci pozorovali všeobecně špatnou péči vztahující se na všechny klienty na oddělení, jiní vnímali extrémně špatnou péči konkrétně o klienty s mentálním postižením. Například hospitalizace dospělého klienta na dětské oddělení, neopodstatněné kurtování nebo zanedbaná hygienická péče. Jako problémová byla uvedena také oblast stravování. Kdy zdravotnický personál nenakrmí klienta nebo mu jídlo nevhodně připraví.

8 dotázaných uvedlo jako problém to, že zdravotnický personál nepožaduje základní informace o klientovi. Nestudují překladové zprávy, nepátrají po jeho zvycích, změnách v chování atd. Zajímavostí je, že pouze 3 pracovníci uvedli jako chybu netrpělivost. Ve výsledcích dotazníkového šetření respondenti uvedli netrpělivost ve velké míře jako jeden z nejzásadnějších problémů.

Pracovníci v sociálních službách uváděli jako problém také nedostatek času, nedostatek zdravotnického personálu a jejich přetíženost. Zpozorovali také strach a ostych při komunikaci s mentálně postiženými klienty.

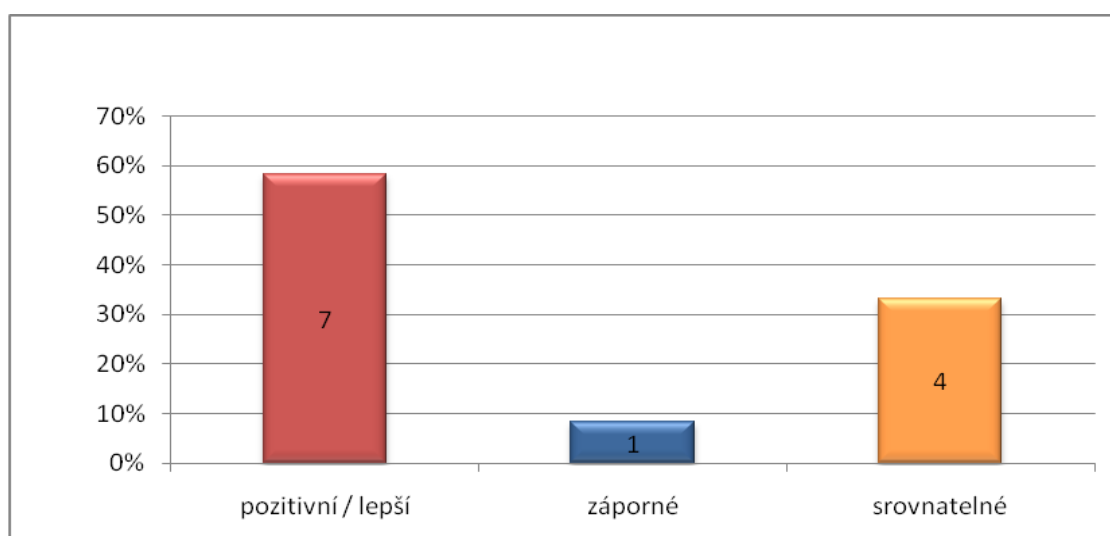
Jedním z nejvýraznějších negativních postřehů bylo například „skrývání“ mentálně postižené klientky před „zdravými“ klienty pomocí látky pověšené přes prosklené dveře pokoje. Dále pak radikální zhoršení celkového stavu klienta-rozvoj imobilizace, vznik dekubitů atd.

Někteří z dotazovaných mají také pozitivní zkušenosti, mezi které patří například vstřícné chování, správné oslovování klientů, zájem o detailní informace o klientovi (návyky, ...) a jiné.

Otázka č. 4: Pozorujete rozdíl v komunikaci, celkovém přístupu mezi ambulantním a standardním oddělením?

Tab. 20- Rozdíl mezi ambulantním a standardním oddělením

	Odpověď
P- 1	neuvádí
P- 2	lepší zkušenost s ambulantním provozem, tam klienty znají
P- 3	s hospitalizací horší zkušenost, v ambulancích je znají, berou přednostně, ...
P- 4	negativní zkušenost s ambulantním zařízením, neberou na ně ohled
P- 5	neuvádí
P- 6	neuvádí
P- 7	neuvádí
P- 8	dříve byla lepší ambulantní péče, nyní je srovnatelná s přístupem při hospitalizaci
P- 9	v ambulancích je znají, pozitivní zkušenosti na rozdíl od hospitalizace
P- 10	pozitivnější zkušenost s ambulantním provozem
P- 11	neuvádí
P- 12	nejsou výrazné rozdíly mezi ambulantní péčí a přístupem při hospitalizaci
P- 13	negativa i pozitiva u obou zařízení
P- 14	srovnatelné zkušenosti, pozitiva i negativa na obou stranách
P- 15	neuvádí
P- 16	neuvádí
P- 17	v ambulancích se snaží vyjít vstříc, s hospitalizací bývají větší problémy
P- 18	neuvádí
P- 19	v ambulancích s klienty lépe jednají, zapojují je do komunikace
P- 20	s ambulantním provozem nejsou nikdy žádné problémy, s hospitalizací vždy



Graf 20- Zkušenost s ambulantním zařízením v porovnání se standardním oddělením

Komentář:

Z prováděných rozhovorů vyplynulo, že 67 % dotázaných vnímá značný rozdíl v přístupu a komunikaci mezi ambulantním a standardním oddělením. Pouze 1 pracovník v sociálních službách má s ambulantním zařízením negativní zkušenosti. Byly popsány problémy s dopravou nebo čekáním na sanitku. Zdravotníci také negativně reagovali na hlasité verbální projevy klienta.

Zbývajících 7 dotázaným mělo výrazně pozitivnější zkušenosti s ambulantním zařízením. Dle jejich tvrzení je zde personál více komunikativní, vstřícný, snaží se neprodlužovat čekací lhůtu na vyšetření. Při samotném ošetřovatelském výkonu se snaží komunikovat i s klientem. Nejlepší zkušenosti mají s obvodními lékaři a ambulancemi, které navštěvují častěji.

Mezi negativní zkušenosti patřila například neochota hospitalizovat klienta bez současné hospitalizace pracovníka v sociálních službách. Jako další negativum byla zmíněna neochota transportovat klienta s mentálním postižením bez doprovodu.

6.11 Diskuse

Diplomová práce se zabývá komunikací ve zdravotnictví. Téma bylo konkrétně specifikováno na problematiku komunikace zdravotních sester s mentálně postiženými klienty.

Úkolem kvantitativního výzkumu bylo pomocí dotazníkového šetření zmapovat, jaké komunikační dovednosti mají obecně zdravotní sestry vzhledem k mentálně postiženým jedincům. Kvalitativní výzkum byl proveden pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Na jejich základě jsme odpovídaly na otázku, která se zaměřovala na to, jaké komunikační dovednosti mají sestry u mentálně postižených osob z pohledu pracovníků v sociálních službách.

Dva z očekávaných výsledků kvalitativního výzkumu jsme srovnávaly s bakalářskou prací *Komunikace sester s postiženým pacientem*, kterou zpracovala studentka Masarykovy univerzity v Brně na katedře ošetrovatelství Helena Vondrušková v roce 2010. Ke srovnání negativních zkušeností s hospitalizací byla použita bakalářská práce s názvem *Psychosociální problematika mentálně postižených klientů při hospitalizaci*. Tuto problematiku zkoumala studentka Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně Fakulty humanitních studií Eva Drahá roku 2008.

Kvantitativní výzkum:

Stanovené cíle korespondovaly s výše uvedenou problematikou. Byl určen jeden hlavní a tři dílčí cíle.

Hlavní cíl:

Zjistit, jaké komunikační dovednosti mají zdravotní sestry u osob s mentálním postižením.

Hlavní cíl byl zkoumán za pomoci tří dílčích cílů a k nim přiřazených hypotéz. Komunikační dovednosti sester je široce pojatá problematika, která v sobě skrývá mnoho kategorií. Jako například míru teoretických znalostí dané problematiky, praktické dovednosti, sebehodnocení, vlastní postoje a jiné. Všechny tyto oblasti spolu úzce souvisí a nedostatky v jedné sféře se pochopitelně odráží i na sféře druhé.

Výsledky jednotlivých oblastí jsou podrobně rozpracovány v následujícím textu.

7 Hypotéz bylo ověřeno na základě vypočítaných absolutních a relativních četností s využitím konstrukce 95% intervalu spolehlivosti (95% CI) pro populační

pravděpodobnost dle vzorce: $p \pm 1,96 \sqrt{\frac{p(1-p)}{n}}$. Chí-kvadrát testem homogenity jsme ověřily zbývající 3 hypotézy.

1. dílčí cíl:

Zhodnotit míru znalostí zdravotních sester v oblasti komunikace s mentálně postiženými klienty.

První dílčí cíl byl zodpovězen na základě otázek číslo 2, 5, 6, 8, 9, 13, 14, 15, 16, 17, 18 dotazníku distribuovaném zdravotním sestram. Na tento cíl jsme hledaly odpověď pomocí pěti hypotéz.

H1: Předpokládám, že více jak polovina zdravotních sester má dostatečnou znalost týkající se mentálně postižených klientů.

Míru znalostí a komunikačních dovedností sester v souvislosti s mentálně postiženými klienty jsme zjišťovaly na základě šesti otázek dotazníku. Jedna z nich se zdravotníků přímo dotazovala na to, jak oni sami hodnotí své znalosti v dané problematice. Jako dostatečné (odpověď- ano, spíše ano) zhodnotilo své znalosti pouze 23 % respondentů. Za neadekvátní (odpověď- ne, spíše ne) označilo své vědomosti 52 % dotázaných. 25 % nedokázalo své znalosti zhodnotit (odpověď- nevím). Zajímavé však bylo i porovnání případů, kdy respondenti označili své znalosti za dostatečné, ale na většinu otázek, které dále zjišťovaly jejich znalosti, odpověděli chybně/neadekvátně.

Základním bodem, který zkoumal komunikační dovednosti a znalosti sester, bylo zodpovězení otázky- jaká specifika má komunikace s mentálně postiženými klienty. 9 respondentů na otázku vůbec neodpovědělo. 12 respondentů (18,6 %) uvedlo odpověď- nevím. Ve většině případů se v odpovědích objevilo jen jedno až dvě specifika. Jak je uvedeno v teoretické části diplomové práce, komunikace s mentálně postiženými jedinci má řadu specifík. Můžeme tedy jen spekulovat, proč respondenti vyjmenovali jen naprostý zlomek specifík. Předpokládám, že určitý podíl měla jak neznalost specifík, tak i nedostatek času při vyplňování dotazníku. Nejpočetnější skupinu (30,1 %) tvořila odpověď- mluvit na klienta jednoduše, stručně, v krátkých

věťách, nepoužívat cizí výrazy. Trpělivost (jako jedno ze specifik) uvedlo 32 respondentů. Tuto položku v dotazníku můžeme částečně srovnat s výzkumem v bakalářské práci *Komunikace sester s postiženým pacientem*¹⁰⁷ od autorky Vondruškové, kdy na otázku, co považují respondenti za nejdůležitější při komunikaci s postiženým pacientem, nejvíce respondentů uvedlo v tomto výzkumu odpověď- trpělivost. Ta se v našem šetření objevila až jako druhá nejčastější odpověď. Autorka uvádí jako druhou nejčastější odpověď- dostatek času.

Při komunikaci je také důležité hovořit přímo na mentálně postiženého klienta, neobracet se v první řadě na jeho doprovod. Tuto zásadu však „porušuje“ dle výsledků kvalitativního i kvantitativního výzkumu více jak 80 % respondentů. Jako zdroj vstupních informací slouží především ošetrovatelská dokumentace a doprovod klientů. Dle respondentů jsou uvedené zdroje nejpřesnější a nejdůvěryhodnější. Objevilo se i tvrzení, že zjišťování informací z těchto zdrojů je nejrychlejší.

Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že dostačující znalosti týkající se mentálně postižených klientů má 35 respondentů ze 122, tedy 28,7 % (95% CI 20,7 % - 36,7 %). Vzhledem ke skutečnosti, že interval spolehlivosti obsahuje nižší hodnoty než 50 %, **nemůžeme hypotézu přijmout.**

H2: Předpokládám, že více jak polovina zdravotních sester má převážně teoretické znalosti týkající se komunikace u osob s mentálním postižením.

Výsledky kvantitativního výzkumu vypovídají o tom, že pouze 19 % respondentů má bohaté zkušenosti týkající se komunikace a interakce s klienty s mentálním postižením. Tento fakt podporuje také tvrzení 92 % respondentů, kteří uvedli, že o mentálně postižené klienty pečují průměrně jen 12 krát za rok. 69 % dotázaných při svém studiu sice získalo informace o problematice mentálního postižení, ty však byly převážně teoretického charakteru (73 %).

Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že 87 respondentů ze 122, tedy 71,3 % (95% CI 63,3 % - 79,3 %) respondentů má převážně teoretické znalosti týkající se komunikace u osob s mentálním postižením. Vzhledem ke skutečnosti, že interval spolehlivosti obsahuje pouze vyšší hodnoty než 50 %, **můžeme hypotézu přijmout.**

¹⁰⁷ Srov. VONDRUŠKOVÁ, H., *Komunikace sester s postiženým pacientem*, s. 34- 35.

H3: Předpokládám, že znalost alternativní komunikace souvisí se stupněm dosaženého vzdělání.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že pouze 30 % respondentů zná pojem alternativní komunikace a její metody.

Chi-kvadrát testem homogenity bylo zjištěno, že respondenti s vyšším vzděláním mají statisticky významně vyšší znalosti alternativní komunikace. **Hypotézu H3 můžeme přijmout.**

H4: Předpokládám, že více jak polovina zdravotních sester by uvítala možnost vzdělávání v oblasti komunikace u osob s mentálním postižením.

Pozitivním zjištěním je, že celých 74 % zdravotnického personálu se chce dále informovat v dané problematice. Jako důvody nejčastěji uvedli například zefektivnění poskytované péče nebo prohloubení/ rozšíření znalostí. Pouze 26 % dotázaných nemá zájem se dále informovat o uvedené problematice. Jako důvody uvedli, že se raději chtějí věnovat problematice svého oboru. Někteří uvedli, že se s mentálně postiženými klienty setkávají jen zřídka. Pro ostatní je tato problematika stresující záležitostí.

Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že 90 respondentů ze 122, tedy 73,8 % (95% CI 66,0 % - 81,6 %) respondentů by uvítalo možnost vzdělávání v oblasti komunikace u osob s mentálním postižením. Vzhledem ke skutečnosti, že interval spolehlivosti obsahuje pouze vyšší hodnoty než 50 %, **můžeme hypotézu přijmout.**

H5: Předpokládám, že více jak polovina zdravotních sester, které se chtějí vzdělávat v problematice komunikace u lidí s mentálním postižením, považuje své znalosti v této problematice za nedostatečné.

Nutno upozornit na souvislost mezi zájmem se dále vzdělávat v problematice týkající se mentálního postižení a hodnocením vlastních vědomostí v dané problematice.

Chi-kvadrát testem homogenity bylo zjištěno, že respondenti, kteří se chtějí dále vzdělávat, považují ve statisticky vyšší míře své znalosti za nedostatečné ve srovnání

s respondenty, kteří uvádějí, že se dále vzdělávat nechtějí. **Hypotézu H5 můžeme přijmout.**

2. dílčí cíl:

Zjistit, jaké jsou nejčastější chyby, kterých se zdravotní sestry dopouštějí při komunikaci s mentálně postiženými klienty.

K druhému dílčímu cíli se vztahovaly otázky 12 a 11 dotazníku pro zdravotní sestry.

H1: Domnívám se, že více jak polovina zdravotních sester považuje netrpělivost za největší chybu při komunikaci s mentálně postiženými jedinci.

Ve dvanácté otázce dotazníku měli respondenti možnost volné odpovědi. (Co považujete za nejčastější chyby, vyskytující se při komunikaci s mentálně postiženými jedinci?) 27 % z celkových 115 odpovídajících si neuvědomuje/ nevybavuje žádné chyby/ nedostatky při komunikaci s mentálně postiženými klienty (odpověď- nevím). Nejvíce respondentů uvedlo jako chybu při komunikaci netrpělivost (34,8 %). Na druhé příčce nejčastějších odpovědí se vyskytovalo tvrzení, že sestry klientovi věnují málo času. Dále respondenti uváděli, že zdravotnický personál nezná specifika při komunikaci s těmito klienty (17,4 %) a neznají klienta samotného (14,8 %). Jako chybu můžeme označit také oslovování klienta křestním jménem a jednání s ním jako s dítětem. Zarážející však je, že tyto dvě zásadní chyby uvedlo 8 respondentů jako specifika, nikoli jako chyby při komunikaci s mentálně postiženými klienty.

Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že 40 respondentů ze 115, tedy 34,8 % (95% CI 26,1 % - 43,5 %) respondentů považuje netrpělivost za největší chybu při komunikaci s mentálně postiženými jedinci. Vzhledem ke skutečnosti, že interval spolehlivosti obsahuje pouze nižší hodnoty než 50 %, **nemůžeme hypotézu přijmout.**

H2: Domnívám se, že více jak polovina zdravotních sester se vyhýbá komunikaci s mentálně postiženými klienty.

Záměrně byla otázka v dotazníku položena tak, aby dotazovaní uvedli svůj názor, postřehy u jiných sester. Domnívám se, že pokud by respondenti měli hodnotit

sami sebe, výsledky by byly poněkud zkresleny. Při takto volené otázce jsme dospěly k následujícím výsledkům. 57 % dotázaných uvedlo kladnou odpověď (ano- vyhýbají se komunikaci, spíše ano), 30% označilo zápornou odpověď (ne, spíše ne) a zbývajících 13% odpovědělo- nevím. Tento očekávaný výsledek jsme srovnávaly s výzkumem v bakalářské práci *Komunikace sester s postiženým pacientem* od autorky Vondruškové¹⁰⁸, kdy na otázku, jestli se sestry vyhýbají komunikaci s postiženým pacientem, uvedlo v tomto výzkumu kladnou odpověď (ano, spíše ano) pouze 26 % (23 z celkového počtu 89) respondentů.

Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že 70 respondentů ze 122, tedy 57,4 % (95% CI 48,6 % - 66,2 %) respondentů se vyhýbá komunikaci s mentálně postiženými klienty. Vzhledem ke skutečnosti, že interval spolehlivosti obsahuje i nižší hodnoty než 50 %, **nemůžeme hypotézu přijmout.**

3. dílčí cíl:

Zjistit, co brání zdravotním sestřím v adekvátní komunikaci s mentálně postiženými klienty.

Třetí dílčí cíl byl zodpovězen na základě otázky číslo 4 a 10 dotazníku distribuovaného zdravotním sestřím.

H1: Předpokládám, že více jak polovina zdravotních sester považuje nepochopení ze strany klienta a nedostatek času za největší překážkou v adekvátní komunikaci s mentálně postiženými klienty.

55 % zdravotních sester vnímá jako největší překážku v adekvátní komunikaci s mentálně postiženými klienty nedostatek času. Druhou nejčastější překážkou je dle respondentů nepochopení ze strany klienta (43 %), dále neznalost daného postižení (21 %) a neznalost specifik při komunikaci s mentálně postiženými klienty (20 %).

Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že 52 respondentů ze 122, tedy 42,6 % (95% CI 33,8 % - 51,4 %) respondentů považuje nepochopení ze strany klienta za největší překážku v adekvátní komunikaci s mentálně postiženými klienty.

¹⁰⁸ Srov. VONDRUŠKOVÁ, H., *Komunikace sester s postiženým pacientem*, s. 34- 35.

Dále z výsledků vyplynulo, že 67 respondentů ze 122, tedy 54,9 % (95% CI 46,1 % - 63,7 %) respondentů považuje nedostatek času za největší překážku v adekvátní komunikaci s mentálně postiženými klienty. Vzhledem ke skutečnosti, že intervaly spolehlivosti obsahují v obou případech i nižší hodnoty než 50 %, **nemůžeme hypotézu přijmout.**

H2: Předpokládám, že délka praxe zdravotní sester a výskyt jakýchkoliv zábran při komunikaci zdravotních sester s mentálně postiženými klienty spolu nesouvisí.

Chí-kvadrát testem bylo zjištěno, že u sester s kratší délkou praxe se statisticky významně častěji vyskytují zábrany při komunikaci s mentálně postiženými. **Hypotézu H2 můžeme zamítnout.**

Kvalitativní výzkum:

Byla stanovena jedna hlavní a tři dílčí výzkumné otázky. Všechny korespondovaly s výše uvedenou problematikou.

Hlavní výzkumná otázka:

Zjistit, jaké komunikační dovednosti mají zdravotní sestry u mentálně postižených klientů z pohledu pracovníků v sociálních službách, kteří doprovázejí klienty na vyšetření nebo k hospitalizacím.

V prováděných rozhovorech své odpovědi dotazovaní nevztahovali pouze na komunikaci. Jejich vyjádření se týkala především celkového přístupu k mentálně postiženým osobám. 65 % pracovníků v sociálních službách uvedlo, že ve zdravotnických zařízeních je celkově klientům s mentálním postižením poskytována špatná ošetrovatelská péče. Odpovědi týkající se přímo komunikace prezentovaly názory, že komunikace s těmito klienty je celkově na nízké úrovni (uvedlo 45 % dotázaných). Mezi další nedostatky bylo zařazeno chybné oslovování klientů (4 odpovědi). 85 % dotázaných uvedlo, že ve zdravotnických zařízeních komunikují zdravotníci převážně nebo jen s doprovodem klienta.

Pozitiva při komunikaci u mentálně postižených udává bohužel jen menšina dotázaných (35 %). Nejčastěji bylo zmíněno správné oslovování klientů- vykání.

Hlavní výzkumná otázka byla zodpovězena.

1. dílčí otázka:

Považuje více jak polovina pracovníků sociálních služeb nedostatek zkušeností zdravotnického personálu za nejčastější překážku při komunikaci s mentálně postiženými klienty?

Provádění prvotních polostrukturovaných rozhovorů (pilotní studie) nás přivedlo na myšlenku nezabývat se jen otázkami, jakých chyb se sestry při komunikaci s mentálně postiženými klienty dopouštějí, ale zaměřit se i na to, co jim brání, dle pracovníků v sociálních službách, v adekvátní komunikaci s těmito klienty. Z rozhovorů jasně vyplynulo, že na komunikaci s klienty se negativně podílí několik faktorů, které v menší nebo větší míře nemůže zdravotnický personál ovlivnit.

Nejvýraznějším prvkem, který byl při rozhovorech jednoznačně popsán a brání v adekvátní komunikaci s osobami s mentálním postižením, je nedostatek zkušeností zdravotnického personálu. Tuto skutečnost uvedlo celých 70 % dotázaných. Pracovníci sociálních služeb popisovali své vlastní zkušenosti, kdy jim v začátcích odborné praxe trvalo určitý čas naučit se s klienty s mentálním postižením jednat a komunikovat. Dle jejich názoru je doba hospitalizace tak krátká, že sestry nemají možnost se seznámit se specifiky daného klienta. Dotázaní uvedli, že i když zdravotničtí pracovníci nemají dostatečné zkušenosti, měli by tento fakt kompenzovat alespoň tím, že budou požadovat podrobné vstupní informace o klientovi. Ať už od něho samotného, doprovodu klienta nebo z překladové zprávy. To se však podle 40 % dotázaných neuskutečňuje.

1. dílčí výzkumná otázka byla zodpovězena.

2. dílčí otázka:

Má více jak polovina pracovníků v sociálních službách lepší zkušenosti s péčí/komunikací v ambulantních zařízeních v porovnání se standardním oddělením?

Z prováděných rozhovorů je zřejmé, že 67 % dotázaných vnímá značný rozdíl v přístupu a komunikaci mezi ambulantním a standardním oddělením. Pouze 1 pracovník sociálních služeb má s ambulantním zařízením negativní zkušenosti. Byly popsány problémy s dopravou nebo negativní reakcí zdravotníků na hlasité verbální projevy klienta.

Zbývajících 7 dotázaným mělo výrazně pozitivnější zkušenosti s ambulantním zařízením. Dle jejich tvrzení je zde personál více komunikativní a vstřícný.

2. dílčí výzkumná otázka byla zodpovězena.

3. dílčí otázka:

Považuje více jak polovina pracovníků v sociálních službách netrpělivost a komunikaci s doprovodem mentálně postiženého klienta jako největší problém při komunikaci s těmito klienty?

Když byla položena otázka- jaké máte negativní zkušenosti s komunikací/ interakcí sester u klientů s mentálním postižením ve zdravotnickém zařízení, pouze 3 pracovníci v sociálních službách uvedli, že pozorují při interakci sester a mentálně postižených klientů nedostatek trpělivosti. Zajímavostí je, že ve výsledcích dotazníkového šetření byla uvedena netrpělivost jako nejčastější odpověď na otázku- jakých chyb se dopouští zdravotnický personál při komunikaci s mentálně postiženými klienty (uvedlo 35 % respondentů).

První dotaz v prováděných rozhovorech se zaměřoval na to, od koho získává zdravotnický personál vstupní informace, na koho se při komunikaci obrací. 17 dotazovaných (tedy 85 %) uvedlo, že zdravotnický personál komunikuje především s doprovodem mentálně postiženého klienta. Negativní zkušenosti s hospitalizací můžeme také porovnat s bakalářskou prací *Psychosociální problematika mentálně postižených klientů při hospitalizaci*¹⁰⁹ od autorky Drahé, která popisuje negativní zkušenosti rodičů při hospitalizaci postiženého dítěte. Jedná se především o špatné zacházení a jednání, špatný celkový přístup k nemocným, strach zdravotnického personálu, jednání s mentálně postiženým klientem jako se zdravým, nedostatek jídla z důvodu netrpělivosti v krmení.

3. dílčí výzkumná otázka byla zodpovězena.

Všechny vytyčené výzkumné otázky byly zodpovězeny.

¹⁰⁹ Srov. DRAHÁ, E., *Psychosociální problematika mentálně postižených klientů při hospitalizaci*, s. 79.

Doporučení pro praxi:

Je důležité, aby byly výsledky výzkumu jakoukoli formou zprostředkovány zdravotním sestřám. My jsme se rozhodly pro publikaci v časopise Sestra. Dle našeho názoru je tento časopis pro zdravotní sestry jedním z nejdostupnějších. Domnívám se totiž, že pokud autor závěrečné práce (bakalářské, diplomové) neprovede jakýkoli praktický výstup (publikace, prezentace na semináři, letáky, brožury aj.), slouží výsledky výzkumu maximálně jen jako vzor dalším studentům daných oborů.

V mnohých případech stačí přečtení odborného článku na to, aby se zdravotní sestra zamyslela nad svým vlastním přístupem k mentálně postiženým osobám a kriticky si přiznala, že jsou neustále oblasti, ve kterých se může zdokonalovat.

Dalším návrhem by mohlo být častější zařazení témat o problematice mentálního postižení do systému celoživotního vzdělávání.

V neposlední řadě navrhuje sestřám se obecně více informovat. Nemusí se to týkat pouze odborných seminářů nebo četby tištěných či elektronických časopisů. Jak vyplynulo i z výsledků výzkumu, zdravotní sestry při hospitalizaci nestudují překladové zprávy o klientech. V těchto zprávách bývají uvedeny zvyky, specifika, problémové chování a jiné. u konkrétních klientů. Znalost těchto základních informací může přispět ke zkvalitnění celkové péče. Není však nic jednoduššího, než se na specifika daného klienta zeptat pracovníka v sociálních službách. Ti ve většině případů znají své klienty opravdu velmi detailně a oni sami mají největší zájem na tom, aby byla hospitalizace pro klienty co nejméně stresující.

ZÁVĚR

Statistické údaje uvádí, že v České republice žije přibližně 300 000 osob s mentálním postižením. V devadesátých letech 20. století se v průměru dožívali již více jak 60 let. S tímto vysokým věkem mentálně postižených jedinců souvisí také mnoho přidružených onemocnění. I proto je a bude problematika mentálního postižení v souvislosti s hospitalizací těchto klientů stále více aktuální. A kde jinde začít s kvalitním poskytováním ošetrovatelské péče, než u adekvátní komunikace?

Diplomová práce se zabývá teoretickou základnou dané problematiky. A to komunikací, obecně mentálním postižením, psychosociálními zvláštnostmi těchto jedinců a v neposlední řadě také systémem sociálních služeb. V našem průzkumu jsme se věnovaly především zdravotním sestřám, které v dotazníkovém šetření odpovídaly na otázky týkající se komunikačních dovedností u klientů s mentálním postižením. Výsledky dotazníkového šetření mohou být mnohdy neobjektivní. Z tohoto důvodu jsme do diplomové práce zařadily i výzkum kvalitativní. Ten spočíval v provádění polostrukturovaných rozhovorů u kontrolní skupiny respondentů- pracovníků v sociálních službách. Tato kontrolní skupina nám pomohla jasně definovat, jakých chyb se zdravotnický personál při komunikaci a interakci s mentálně postiženými klienty dopouští. Také jsme odhalily rozdíly v přístupu ke klientům ve zdravotnickém zařízení (při hospitalizaci) a v zařízení ambulantního typu. Je však nutno zmínit, že pracovníci v sociálních službách také jasně jmenovali důvody, proč zdravotnický personál v mnoha případech jedná s klienty neadekvátně. (V dotazníkovém šetření nebyl pro toto vyjádření prostor.)

Při provádění výzkumu se objevilo i několik problémů. Mezi ně patřil v první řadě nezájem zdravotníků o dotazníkové šetření. Na každé oddělení bylo rozdáno jen minimum dotazníků, abychom zdravotnický personál příliš nezatěžovaly. Doba na jeho vyplnění byla 14 dnů. Při sesbírávání dotazníků z jednotlivých oddělení se nám stalo, že personál ani nevěděl, kde a jaké dotazníky se na oddělení nacházejí. Když je personál dohledal, byly nevyplněny. Proto je v rychlosti vyplňovaly všechny sestry na směně. Na tom se odrazila v mnoha případech kvalita poskytnutých údajů.

Úskalí kvalitativního výzkumu spočívalo v tom, že jen málo pracovníků v sociálních službách má bohaté zkušenosti s doprovodem mentálně postižených jedinců na vyšetření nebo k hospitalizaci. Jeden z pracovníků odmítl zaznamenání

rozhovoru na zvukové médium. V některých případech bylo složité udržet stanovenou linii rozhovorů.

V empirické části diplomové práci jsou data zpracována do tabulek a grafů. Ačkoliv je grafické zpracování kvalitativního výzkumu nejpřehlednější, doporučuji si však přečíst celé znění jednotlivých rozhovorů.

Výsledky práce poukazují na to, že v problematice komunikace s osobami s mentálním postižením se vyskytuje celá řada nedostatků a velmi závažných chyb. Velmi nízká je celková informovanost respondentů o problematice mentálního postižení. To potvrzuje i většina dotazovaných, kteří označují své znalosti/ vědomosti za nedostačující. Z výsledků kvalitativního šetření dále vyplývá to, že odborná praxe je opravdu k nezaplacení. Svou roli v celé problematice hraje i dosažené vzdělání respondentů a jak uvádějí pracovníci v sociálních službách, stěžejní je také osobnost zdravotní sestry. Její přístup ke své profesi, využití možnosti dalšího vzdělávání, aktivní zájem o danou problematiku.

Myslím si, že problematika mentálního postižení v sobě skrývá mnoho oblastí, které by bylo vhodné prozkoumat. Ani kapitolu komunikace s mentálně postiženými klienty ve zdravotnickém zařízení nemůžeme díky této práci považovat za uzavřenou.

LITERATURA A PRAMENY

- BÁRTLOVÁ, Sylva, SADÍLEK, Petr, TÓTHOVÁ, Valérie. *Výzkum v ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 185 s. ISBN 978- 80- 7013- 467- 2.
- ČADILOVÁ, Věra., JŮN, Hynek., THOROVÁ, Kateřina, et al. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 248 s. ISBN 978- 80- 7367- 319- 2.
- DEVITO, Joseph. *Základy mezilidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 420 s. ISBN 80- 7169- 988- 8.
- DRAHÁ, Eva. *Psychosociální problematika mentálně postižených klientů při hospitalizaci*. Zlín, 2008. 117 s. Bakalářská práce na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí diplomové práce Stanislava Kovářová.
- HONZÁK, Radkin. *Komunikační pasti v medicíně*. 2. vyd. Praha: Galén, 1999. 169 s. ISBN 80- 7262- 032- 0.
- CHRÁSTKOVÁ, Eva. *Komunikační dovednosti sester u klientů po cévní mozkové příhodě s poruchou řeči*. Zlín, 2009. 86 s. Bakalářská práce na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí bakalářské práce Renata Mlčochová.
- IVANOVÁ, Kateřina, JURÍČKOVÁ, Lubica. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. 2. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009. 98 s. ISBN 978-80-244-1832-2.
- JANÁČKOVÁ, Laura, WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotní péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 978- 80- 7367- 477- 9.
- JANOVCOVÁ, Zora. *Alternativní a augmentativní komunikace*. 1. vyd. Brno: Copyright, 2003. 52 s. ISBN 80- 210- 3204- 9.
- KRAUS, Vratislav. Je personál zdravotnických zařízení schopen komunikovat s handicapovanými pacienty na odpovídající úrovni? Záleží na individuálních schopnostech. *Zdravotnické noviny*. 2006, roč. 55, č. 5, s. 14. ISSN 1214- 7664.
- KRISTOVÁ, Jarmila. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2004. 212 s. ISBN 80- 8063- 160- 3.

- LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 152 s. ISBN 80- 247- 1784- 0.
- MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
- MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina, BABIKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006. 352 s. ISBN- 80- 247- 1151- 6.
- NRZP ČR. Desatero- Problémy v komunikaci zdravotníků a pacienty se zdravotním postižením. *Florence*. 2006, roč. 2, č. 7- 8, s. 48- 50. ISSN 1801- 464X.
- PIPEKOVÁ, Jarmila, et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. 408 s. ISBN 80- 7315- 120- 0.
- RENOTIÉROVÁ, Marie, LUDÍKOVÁ, Libuše, et al. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc 2006. 314 s. ISBN 80- 244- 1475- 9.
- SWITZKY, Harvey N.; GREENSPAN, Stephen. *What Is Mental Retardation? : Ideas for an Evolving Disability in the 21st Century*. Washington DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2006. 358 s. ISBN 978-0940898936.
- ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělání, výchova, sociální péče*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 184 s. ISBN 80- 7178- 506- 7.
- TEGZE, Oldřich. *Neverbální komunikace*. Praha: Computer Press, 2003. 484 s. ISBN 80- 7226- 429- X.
- VÁLEK, L. Hospitalizace pacienta s handicapem. *Sestra*. 2001, roč. 11, č. 1, s. 6. ISSN 1210- 0404.
- VALENTA, Milan, MÜLLER, Oldřich. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 4. vyd. Praha: Parta, 2003. 392 s. ISBN 80- 7320- 063- 5.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina, MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80- 247- 1262- 8.
- VLČEK, Václav. *Psychologie a doteková povolání*. 2 vyd. Olomouc: Pozvání, 2006. 203 s. ISBN 80- 86606- 52- X.
- VONDRUŠKOVÁ, Helena. *Komunikace sester s postiženým pacientem*. Brno, 2010. 80 s. Bakalářská práce na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně. Vedoucí bakalářské práce Hana Pinkavová.

- ZACHAROVÁ, Eva, HERMANOVÁ, Miroslava, ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie- Teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 232 s. ISBN 978- 80- 247- 2068- 5.
- ZVÁROVÁ, Jana. *Základy statistiky pro biomedicínské obory*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 218 s. ISBN 80-7184-786-0.

Internetové zdroje:

- GRIMOVÁ, Barbora. *Právo a lidé s postižením* [online]. [cit. 2010-03-02]. Dostupný na <URL: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=481>>.
- Sebeurčení: Právo* [online]. [cit. 2010-01-17]. Dostupný na <URL: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1474>>.

SEZNAM ZKRATEK

AAK	Alternativní a augmentativní komunikace
aj.	A jiné
atd.	A tak dále
cca	Circa, přibližně
cm	Centimetr
ČR	Česká Republika
IQ	Intelligence quotient, inteligenční kvocient
MR	Mentální retardace
např.	Například
s.	Strana
tab.	Tabulka
tzv.	Takzvaný
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

SEZNAM TABULEK

Tabulky teoretické části:

Tab. 1 – Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách	27
---	----

Tabulky praktické části:

Tab. 1 – Nejvyšší dosažené vzdělání	41
Tab. 2 – Délka praxe	41
Tab. 3 – Zkušenosti s klienty s mentálním postižením	46
Tab. 4 – Zdroj informací	48
Tab. 5 – Důvod získávání informací od jiného zdroje než od klienta	49
Tab. 6 – Specifika komunikace	51
Tab. 7 – Co brání v komunikaci?	53
Tab. 8 – Zábrany v komunikaci ve vztahu k délce praxe	55
Tab. 9 – Chyby při komunikaci	56
Tab. 10 – Vyhýbají se sestry komunikaci?	58
Tab. 11 – Informace získané během studia	60
Tab. 12 – Znalost alternativní komunikace	61
Tab. 13 – Znalost alternativní komunikace ve vztahu k dosaženému vzdělání	62
Tab. 14 – Máte adekvátní znalosti?	64
Tab. 15 – Zájem o další vzdělání	65
Tab. 16 – Zájem se vzdělávat v souvislosti s hodnocením vlastních znalostí	67
Tab. 17 – Zdroj informací pro personál	69
Tab. 18 – Co ovlivňuje adekvátní komunikaci	70
Tab. 19 – Pozitivní a negativní zkušenosti	72
Tab. 20 – Rozdíl mezi ambulantním a standardním oddělením	75

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – Nejvyšší dosažené vzdělání	41
Graf 2 – Délka praxe.....	42
Graf 3 – Zkušenosti s klienty s mentálním postižením	46
Graf 4 – Zdroj informací.....	48
Graf 5 – Důvod získávání informací od jiného zdroje než od klienta	49
Graf 6 – Specifika komunikace	51
Graf 7 – Co brání v komunikaci?.....	53
Graf 8 – Zábrany v komunikaci ve vztahu k délce praxe	55
Graf 9 – Chyby při komunikaci	56
Graf 10 – Vyhýbají se sestry komunikaci?.....	58
Graf 11 – Informace získané během studia	60
Graf 12 – Znalost alternativní komunikace	61
Graf 13 – Znalost alternativní komunikace ve vztahu k dosaženému vzdělání.....	62
Graf 14 – Máte adekvátní znalosti?	64
Graf 15 – Zájem o další vzdělání.....	65
Graf 16 – Zájem se vzdělávat v souvislosti s hodnocením vlastních znalostí.....	67
Graf 17 – S kým hovoří zdravotnický personál při získávání informací.....	69
Graf 18 – Co ovlivňuje adekvátní komunikaci	70
Graf 19 – Nejčastější chyby sester při interakci s mentálně postiženými klienty	73
Graf 20 – Zkušenost s ambulantním zařízením	75

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Polostrukturované rozhovory	96
Příloha 2 – Potvrzení o publikaci v časopise Sestra	112
Příloha 3 – Dotazníkové šetření.....	113
Příloha 4 – Žádosti o povolení dotazníkového šetření.....	117
Příloha 5 - Žádosti o povolení výzkumného šetření (rozhovory)	120

PŘÍLOHY

Příl. 1 – Polostrukturované rozhovory

Rozhovor 1- 23. 11. 2010, čas cca 15 minut

Jaké máte zkušenosti s komunikací ve zdravotnickém zařízení?

Některý jsou vstřícný a některý teda ne. Některý vám řeknou tady to je a tady to chceme. Takže vy si s ním uděláte, co potřebujete. Třeba se stalo, že když jsem byla na rentgenu, tak chtěli, abych tam s ním byla a abych se nechala ozářit. To jsem v žádném případě nechtěla. Jsem jim řekla, že od toho jsou tam oni. Tak se ne mě dívali skrz prsty. Oni prostě nechtěli s klientem jednat ani komunikovat. Chtěli, abych všechno vyřídila já. Pokud si to neuděláte sama, tak prostě nic. Dokonce se mně stalo, že se na ně doktor díval, jako že jsou nic. A já jsem mu řekla, že oni si to sami nezavinili a nemožem vědět, jak dopadneme my. On se na mě díval ... já jsem si říkala, že jsem měla být potichu. Ale začal jinak jednat.

Jednou jsem tam byla s ...a snaha ani péče veškerá žádná. A když jim kolikrát vyloženě něco neřeknete, tak se nic neděje. Žádná snaha.

Někde jsou na ně ale moc hodní, to zas nemůžu říct nic. Ale někdy mně připadá, že se jich jako bojí. Jak kdyby nebyli čistí. No sestry to neznají. Nepřijdou s něma často do styku. Ale když už jsou hospitalizovaní častěji na tom oddělení, tak některé sestry už ví, znají je, hladí je a tak. Už mají nachystané bonbóny.

K některým se chovají jak k děckám, ale my je tady právě učíme, aby byli dospělí. Oni mají děckeý rozum, ale dokáží všechno. Člověk musí být ale důsledný.

Ptají se Vás v nemocnici, jak s klienty jednat?

Oni to berou podle sebe. Jak bych to řekla. Spíš je berou jako podřadný. Ale opravdu to záleží na člověku. Někdy jsou sestry fakt perfektní.

Rozhovor 2- 23. 11. 2010, čas cca 5 minut

Na koho se sestry obracejí při komunikaci, od koho zjišťují informace?

Sestry se v nemocnici obracejí hned na mě, ptají se, co klient zvládne a tak. Ještě se nestalo, že se první ptaly ho, co sám zvládne. Ale je to různý. Když přijdete třeba

na oční a už tam chodí ten klient, tak oni ho znají a už mluví konkrétně na něho. Třeba pane Lojzíčku, pojd'te... Tak tam komunikují oni s ním.

Jaké pozitivní a negativní zkušenosti s komunikací/ přístupem máte?

Vyloženě negativní zkušenost nemám. Záleží to na tom, jestli je to ambulance nebo přímo hospitalizace v nemocnici, kde ho neznají. Tam to bývá horší. Nejtěžší je, když vůbec nemluví. Domlouváte se rukama nohama, ale vždycky se to dá. Když je sestry neznají, tak s něma nijak zvlášť nemluví. Záleží to fakt na tom, jestli jdou do ambulance nebo jinam.

Rozhovor 3- 31. 1. 2011, čas cca 10 minut

Jaké máte zkušenosti s komunikací ve zdravotnickém zařízení vzhledem k mentálně postiženým klientům?

Když jedeme na vyšetření nebo na jednodenní hospitalizaci, tak máme zkušenosti dobré. Nahlásíme, že jsme z ústavu a většinu nás vezmů přednostně v té čekárně. Ještě když je klient nějaký hlučnější nebo agresivnější, tak nás vezmů přednostně. Ale když jedeme na delší dobu do nemocnice, tak udělajů většinu nejnnutnější ošetření jak se dělá a hned pošlů klienta dom a řeknů, že nejsů připravení na takové ošetření. Aby hlídali klienta ve dne v noci. Musí to byt něco závažného, aby si ho tam nechali. Stalo se nám asi ve dvou případech, že byl hospitalizovaný klient, on je tam třeba tři týdny, oni ho tam nechajů ležet. I když nahlásíme, že je chodící. Ale oni na to asi nemajů čas, aby s ním chodili nebo se mu víc věnovali. Ve dvou případech nám udělali z klientů ležící. A ještě s dekubitama nám je poslali. Tak buď je nepoložovali nebo nevím jaké postele tam majů. My tady máme dekubitální podložky, které dáváme. Dvakrát se nám stalo, že přijeli s dekubitama. Když leželi třeba na interně, tak tam se mně zdálo, že si jich nevšimali. Ale když je to jednodenní pobyt/ vyšetření, tak to si nemožeme stěžovat.

Podle mého nemajů zkušenosti tady s těmato postiženýma lidma, oni neví, jak s nima zacházet. Anebo se nám stalo, že pan doktor řekl- a co my tam s ním, když ho hospitalizujeme?

Doprovázíte klienty na oddělení- k hospitalizaci? Chodíte je navštěvovat?

Když je to večer, tak se volá rychlá a my zůstáváme na oddělení. Doprovázíme na vyšetření, jezdíme vlastním autem nebo se volá rychlá, ale to bývá bez problémů.

Zdravotní péči si děláme většinou tady sami, máme tady zdravotní sestry. Pan doktor chodí jednu za týden. Do nemocnice jezdí málo. Většinou kvůli nějaké operaci.

Co by se mělo změnit v přístupu sester?

To si nedovolím říct, ale asi empatie. Aby sestra měla víc času na toho klienta. Mají tam i ty pomocné sestry, které by měly krmit a dávat napít. Aspoň ty základní věci. Co se k nám doneslo od jiných lidí, tak že naši klienti sů tam většinou hlady a žízniví. Přinesů jídlo, nechajů hodinu na stolku, odnesů a je. A řeknů, že to nesnědl. Přitom my to pišeme do překladových zpráv, že co potřebujů. Že potřebujů krmit.

Rozhovor 4- 31. 1. 2011, čas cca 5 minut

Jaké máte zkušenosti s komunikací ve zdravotnickém zařízení vzhledem k mentálně postiženým klientům?

Mám zkušenosti jen z vyšetření. Na chirurgii mají pořadník a přes to nejede vlak. Aj když byla jakákoli nervní, neklidná, tak nás nevzali, vůbec na nás nechtěli brat ohled. A když někdo přišel po nás s dítětem, tak všechno šlo před nama.

Chodíte s klienty i přímo do ambulance? S kým personál komunikuje?

Ano chodím. Komunikují s něma, teda když je chodící a vidí, že je vlastně soběstačná, tak se obracejí na ně.

Rozhovor 5- 31. 1. 2011, čas cca 10 minut

Na koho se obrací personál při příjmu klienta k hospitalizaci?

Obrací se na nás. Naši klienti většinou nekomunikují, tak se na všechno ptají nás.

Sestra by i u těchto klientů měla zvládat prvky alternativní komunikace, pozorujete to na oddělení?

Někdy se s něma snaží mluvit. Nebo spíš na ně promluví (třeba jménem), ale to je tak všechno. Oni ví, že by to měli dělat, ale kromě nějakého oslovení a pozdravu nekomunikují. Spíš tak automaticky, stereotypně.

Co by se mělo zlepšit, v čem se zdokonalovat?

Myslím, že by se měl zlepšit celkově přístup/ péče. Ne jen komunikace, ale globálně všechno. Nejhorší je, když tam pošleme klienta, který je chodící a oni nám z něho udělajů ležáka. Anebo když nám ho vrátí s dekubitama. A to jsou tam třeba jen dva týdny. Nám tu leží několik let a dekubity nemajů. Já nevím, možná je to tím, jak se pořád říká, že je málo sester na oddělení, že jsou přetížené a mají moc

papírování. Možná kdyby tam člověk s něma byl a zažil, tak by pochopil. Ale u nás je kolikrát na 16 klientů jedna pracovnice a pak během dne má jen hodinku na papíry. Ono by to chtělo se jim věnovat celkově víc. Ne jenom základní potřeby, ale sednout si za nima a pobyt s něma. Těžko odsuzovat když ony nemají zkušenosti.

Rozhovor 6- 2. 2. 2011, čas 15 minut

Na koho se obrací personál při příjmu klienta k hospitalizaci?

Nejčastěji jezdíme do nemocnice na vyšetření nebo výměnu permanentního katetru. Nebo k obvodnímu lékaři. To lékaři mluví se mnou, oni se jen zeptají, třeba jak se klient má nebo jak je spokojený. Ale když klient začne vykládat o svých problémech, které zrovna lékař nechce slyšet, tak se baví jen se mnou a ptá se na zbytek mě. Když jedeme do nemocnice, tak tam většinou nechávám kartu o klientovi, co umí a neumí. Většinou si voláme a nemožu si stěžovat, že by mě neinformovali. Já jsem totiž dlouho dělala na interně a když jim zavolám já, tak není žádný problém.

Máte převážně komunikativní nebo nekomunikativní klienty?

Jak které, teď máme třeba paní, která šla na vystříhání dekubitů, tak ta nekomunikuje. To všechno musím říct já. Komunikuje takovým způsobem, že když má radost, tak se usměje. Nebo když ju pohladíte, tak se jí to líbí, tak se na vás tak zvláště podívá. To poznáte. Řeknete to aj sestřám, ale jestli ony se podle toho pak chovají, tak to nevím.

Chodíte na návštěvy? Jaké máte pozitivní nebo negativní zkušenosti?

Teď máme jednu paní na interně, tak ta nekomunikuje. Tak jsme řekly sestřám, jak projevuje radost, jak se chová, když má žízeň. Pak máme jednoho klienta na chirurgii, ten komunikuje, všechno o sobě řekne. Ale jednou týdně tam posílám svoje pracovníky, aby ho oholili a pořádně okúpali. Jinak si na všechny informace voláme. Jinak se všichni chovají velmi vlídně. Jak k nám, tak k nim. Asi je to tím, že mě znajú nebo já nevím. Sestry sů aj rády, když mě vidí, protože ví, že jim přesně řeknu, co s klientem dělat, jak na něho. Že si s ním budů vědět rady.

Jak personál oslovuje klienty?

Co já sem zažila, tak vždycky vykají. Dřív to bývalo jinak, oni jim většinou tykali, ale teď už to tak nechodí, musí se jim vykat. No tady v ústavu je to něco jiného, to oni

si sami řeknů, že si potykáme, ale to v nemocnici neexistuje. Musíte mít respekt, ať když sů postižení.

Rozhovor 7- 2. 2. 2011, čas cca 20 minut

Na koho se obrací personál při příjmu klienta k hospitalizaci?

Pokud klient může komunikovat, tak se ptají ho a pak pro doplnění se ptají nás. Ale jinak vždy klienta. Obrací se rovnou na něj, řeknou- pane paní a když je komunikativní, oni jim řeknou svoje problémy a k doplnění se ptají nás. Jsou tam ty tendence obracet se na ně a nepřehlížet je. To se jich musím zastat. Ale záleží to taky na tom, jaké vezete klienty, jaké mají potíže.

Jaké máte zkušenosti s hospitalizací klientů?

Některé sestry nedovedou nebo se bojí kontaktu s něma. Bojí se. Nebo né bojí, ale neví, jak s něma jednat, jak se mají zachovat. Je pravda, že na některých odděleních pracují naše sestry, tak to bývá velká výhoda. A ostatní sestry okoukají co a jak, co mají dělat. Říkají, to je dobře, že si tady. Myslím, si, že každá zdravotní sestra by si měla projít několik roků takovým zařízením.

A co mám poznatek k celkové péči. Když je sestra sama na třicet pacientů, tak jim nemože dat takovů péči, jak bych si představovala. Sestra udělá fakt jenom to, co musí no, ale to jí nemožeme mět za zlé. Myslím, že nedostatek personálu to způsobuje, ty některé nedostatky v přístupu k těm našim klientům.

Využívají sestry na oddělení alternativní metody komunikace?

My víme, jak se chovat, co ti naši klienti nám naznačují, ale tam v nemocnici? To těžko říct, to my nevíme, jak s nima jednajů.

Rozhovor 8- 31. 1. 2011, čas cca 5 minut

Na koho se obrací personál při příjmu klienta k hospitalizaci?

Tak na tomto oddělení nikdo verbálně nekomunikuje. Takže veškeré informace má personál od nás. Ale většinou jsou u nás klienti hospitalizováni rychlou záchrannou službou, tak pak to chodí tak, že veškeré informace předáme lékaři, který přijede. Anebo se poskytuje překladová zpráva a tam jsou ty důležité informace zaznamenané. Kolikrát jí, jak se polohuje a tak.

Jaké máte pozitivní a negativní zkušenosti s hospitalizací klientů?

Nějaké výrazné nemám. Jen možná bych si představovala, že v určitých případech bychom mohli dostat přednost před ostatními pacienty, když dojedeme na vyšetření. Ale to se většinou neděje. Třeba teď jsem byla na vyšetření a říkala jsem, že chlapec má tracheostomii, jestli by nás vzali dřív, protože potřebuje odsávat a zdálo se mi, že to nechtějí respektovat.

Navštěvujete klienty po dobu hospitalizace? Jakým způsobem sestry s klienty komunikují?

Já většinou jo. A snaží se na ně mluvit. Aspoň je oslovovat. Ale je to asi aj tím, že je to na dětském. I když tady máme starší klienty, ještě je pořád dávají na dětské.

Rozhovor 9- 31. 1. 2011, čas cca 5 minut

Na koho se obrací personál při příjmu klienta k hospitalizaci?

Přímo na hospitalizaci moc nejezdíme. Spíše na vyšetření. A tam teda s našimi klienty nekomunikuje nikdo. Tady máme převážně nekomunikující klienty. Ale když zdravotnický personál vidí klienta poprvé, tak nekomunikují vůbec. Na něj se neobráť, hned mluví s nama. Ale například, když s jedním klientem jezdíme na ORL, tak už ho pozdraví, řeknou- dojel jses na nás podívat. On jim sice neodpoví, ale komunikují. Při prvotním setkání ale ne. A například dneska jsme byli na vyšetření a bylo mně to velice nepříjemné, protože v překladové zprávě bylo napsané- chovanec. Tak to se mě opravdu nelíbí, tak by se vyjadřovat neměli.

Chodíte do nemocnice na návštěvy?

V našich možnostech to není, jediné ve svém volnu holky co bydlí poblíž. Nebo když se jede do špitálu s někým jiným. Nebo se volá.

Byla jste svědkem „dění/ komunikace“ na oddělení?

To ne. Ale je mě jasné, že každý si potřebuje zvyknout. Kdyby měli víc zkušeností, přístup by byl asi jiný. Nám když sem přijde někdo nový, taky si na něho musíme zvyknout a zjistit co a jak.

Rozhovor 10- 31. 1. 2011, čas cca 10 minut

Na koho se obrací personál při příjmu klienta k hospitalizaci?

Tak většinou se obracejí na doprovodný personál. My tady na oddělení nemáme nikoho moc komunikativního. Takže musíme informace předávat my. Vysvětlovat, co mají za problémy, jak se chovají a tak.

Navštěvujete klienty po dobu hospitalizace? Jakým způsobem sestry s klienty komunikují?

Já osobně chodím ve svém volnu. Celkově přístup teda nic moc. Sestřičky nemají čas. Třeba jedna, co jsme ji tam měli, tak potřebovala strašně moc péče. Oni to měli napsané v těch papírech, že potřebuje více trpělivosti u jídla. Ony jí dali třeba dvě lžičky, nešlo to, tak toho nechali a šli si dělat svoje papíry. Já chápu, že tam asi na to nemají čas. My tady taky ne, ale musíme se jim co nejvíce věnovat. A možná by to bylo jiné, kdyby měly více zkušeností. My jinak nejezdíme k hospitalizaci, to si voláme rychlů. Jen když je nějaký úraz, tak jezdíme.

Jaké máte pozitivní a negativní zkušenosti s hospitalizací klientů?

Tak my jezdíme většinou na ty vyšetření a tam je to dobré. Tam to bývá v pořádku. Jsme rády, že těch hospitalizací nebývá tolik, oni naši klienti nesnáší změny. To pak reagují špatně a je to s nima těžké.

Rozhovor 11- 2. 2. 2011, čas cca 5 minut

Na koho se obrací personál při příjmu klienta k hospitalizaci?

Většinou je to takové postižení, že klienti nedokážou podat adekvátní informace. Takže veškeré údaje říkáme my. Ale máme teď jednoho klienta na diabetologii a ten je komunikativní, ten veškeré své problémy povykládá, ale je zase fakt, že pan doktor na něho moc nedá. Že se spíš stejně začne ptát nás.

Jaké máte pozitivní a negativní zkušenosti s hospitalizací klientů?

Nedoneslo se mně nikdy nic špatného. Můžeme polemizovat o té kvalitě prováděné péče jako takové, konkrétně na jednotlivých odděleních. Sledujeme nedostatky, které se netýkají jen našich klientů, ale nedostatky vztahující se ke všem klientům. Ať je postižený nebo ne. Nedostatky pozorují třeba i u rodinných příslušníků. Jinak když jdeme navštívit paní tu a tu, tak to jen nahlásíme a málo kdy se stane, že je personál přítomný, takže to nemůžeme posoudit.

Rozhovor 12- 2. 2. 2011, čas cca 10 minut

Na koho se obrací personál při příjmu klienta k hospitalizaci?

Pochopitelně se první obrátí na ně, a jakmile zjistí, že má určitý druh mentálního postižení, řekněme těžkou mentální retardací, tak pochopitelně od toho je doprovod, aby informoval a seznámil s anamnézou.

Jakou zkušenost máte s ambulantním zařízením?

Dovolím si říct, že doprovázíte klienta, kterého dokonale znáte. Proto já jako doprovod volím vždy klíčového pracovníka. Nebo toho kdo má s klientem hodně zkušeností. A většinou klient u vyšetření reaguje na pokyny doprovodu, než na pokyny ošetřujícího personálu. Doprovod ví, jakým způsobem se má zeptat, jak odreagovat jeho pozornost nebo případný strach z tohoto vyšetření.

Jaké máte pozitivní a negativní zkušenosti s hospitalizací klientů?

Pochopitelně nemůžeme personál kritizovat za to, že nemá zkušenost v komunikaci s těmito klienty, nicméně musíme si přiznat, že komunikace tam vážně. Oni neznají neverbální komunikaci. Neznají projevy klienta. V předávacím protokolu mají napsané všechno o tom klientovi, ale to k poznání nestačí. Pokud si nevědí rady, tak mají telefonní číslo a kontaktují nás. Spolupráce je, ale komunikace z hlediska zdravotnického personálu k našim klientům je špatná.

Jak personál klienty oslovuje?

Musím říct, že je to rozdílné, že někdo vyká, ale někdo bez důvodu tyká. Což by teda nemělo být.

Rozhovor 13- 2. 2. 2011, čas cca 15 minut

Na koho se obrací personál při příjmu klienta k hospitalizaci?

Na doprovod. Komunikují s nima. Někdy se teda zeptají, jestli je klient schopný, ale oni už když se někdy podívají, tak vidí, jestli s něma bude mluvit nebo ne. Když je klient schopný, tak komunikují s něma.

Jaké zkušenosti máte s ambulantním zařízením?

Většinou chtějí, abychom jim dávali instrukce my. Protože oni nás lépe znají. A třeba ani nechtějí, abych odešla, protože se bojí. My jsme takové to jejich pouto s domovem. A třeba když tam nejsme, tak oni sů zaražení. Že třeba aj kdyby jim sami něco řekli, tak v takovém případě neřeknů nic. A když teda personál vidí takovů tu našu vazbu, tak se ptají už jen nás.

Jezdíte do nemocnic na návštěvy? Jaké máte pozitivní a negativní zkušenosti s hospitalizací klientů?

To záleží, který ten klient tam je. Teď tam máme jednoho, ten má slovní zásobu pět slov a s tím si vystačí. Já jsem říkala, že kdyby byl zdravý, tak by byl výborný mim. On se tak skvěle vyjadřuje. Ale než ten personál v nemocnici na to dojde, to trvá

dlouho. Když je tam třeba dva nebo tři dny, tak ty sestry neví, co chce. My to děláme tak, že když víme, že tam bude ležet, tak jim to všechno hned řeknem. Co znamená, když zavolá a tak. Sestry teda potřebují spíš, abychom jim řekly tady ten základ, když ho vezeme. Náš jeden klient třeba dělá ŠŠŠŠŠŠŠT, když chce jít na velkú. Napadlo by vás to? Nebo dělá ÓÓÓÓ, když už je hotový. Toto aj když sestrám řekneme, tak když to nemajů zažitó, tak jim to nepomože. Nebo třeba on se vyjadřuje takto dost hlučně. No tak na to pak už asi sestry nemajů trpělivost, ale co on má dělat?

Pátrají sestry cílevědomě po zvycích klienta?

Jak kdo. Některá pátrá, některé je to jedno. Ale my už jim to preventivně raději říkáme a majů to aj v překladové zprávě, ale tu si myslím ani nečtů kolikrát.

Jak personál klienty oslovuje?

Přede mnou obyčejně vykajů, nevím, jak je to pak. Když je tam to cizí prostředí, tak jim vykajů.

Znajů podle vás sestry alternativní komunikaci?

Takové postřehy nemám. Zase když si to tak vezmete, jak sestry můžou vědět, že když mu něco ukážou, že tomu bude rozumět? U nás se to taky zavedlo nedávno a taky každý tady neví, o čem je řeč. Myslím, že celkově sestrám zhoršuje komunikaci a jednání to, že naši klienti tam nechcou být, že ví, že tam nebudeme my. Že je to pro ně neznámé prostředí.

Rozhovor 14- 2. 2. 2011, čas cca 5 minut

Na koho se obrací personál při příjmu klienta k hospitalizaci?

Oni s něma spíš nekomunikujů. Oni se spíš ptajů nás. Oni se ani neptajů, jestli je nebo není schopný komunikovat. Možná jedně se mně to stalo. To je vždycky rychlovka, pojd'te, šup šup a už jsme aj pryč. Možná, když je někdo komunikující, tak on nám skáče do řeči, tak to se pak ptajů aj ho. Ale když vidí třeba někoho ležícího nebo na vozíčku, tak to automaticky se ptajů nás.

Jaké máte pozitivní a negativní zkušenosti s hospitalizací klientů?

No někdy je to aj o tom přístupu, někdy nás vezmou přednostně, třeba když aj je klient neklidný, ale někdy zas čekáme dvě hodiny a aj dyl.

Rozhovor 15- 2. 2. 2011, čas cca 10 minut

Na koho se obrací personál při příjmu klienta k hospitalizaci?

Asi jak kdy. Někdy se zkusí zeptat klienta. Když vidí, že je ta komunikace slabší nebo když nemluví vůbec, tak už komunikují s námi.

Jaké máte zkušenosti s ambulantním zařízením?

Snaží se jim dávat instrukce, ale zase když vidí, že je spolupráce horší, tak se obrátí na nás. My je líp známe, oni na nás lépe reagují.

Navštěvujete vaše klienty v nemocnici? Jaké máte pozitivní a negativní zkušenosti s hospitalizací klientů?

Já osobně jezdím často. I když to není přímo z našeho oddělení, ale potkáváme se tady v ústavu. Nic se ke mně nedoneslo, že by péče byla špatná, klienti byli spokojeni. Žádné negativa.

Jak personál klienty oslovuje?

Vykají. Neoslovují jménem. Možná jménem křestním osloví, ale řeknou Vy.

Ale třeba, když už ho na oddělení znají, že jezdí častěji, tak to možná si už aj někdy tykají.

Rozhovor 16- 2. 2. 2011, čas cca 10 minut

Na koho se obrací personál při příjmu klienta k hospitalizaci?

My tady máme převážně nekomunikující. Někdy je snaha se zeptat klienta, třeba co vás bolí nebo tak. Ale jinak mluví s námi. Těžko sestra pochopí nějaké hlasové projevy. Nebo je to taky jiné v tom, že tady se nějak projevuje, může chodit, pobíhat. No a tam musí ležet nebo sedět. Tak přestane mluvit. Toto se na té komunikaci také podepisuje.

Jaké máte pozitivní a negativní zkušenosti s hospitalizací klientů?

My jim dáváme překladovou zprávu, kde sů všechny tyto věci napsané. Jak se projevují a tak. Ale mám pocit, že ony si to někdy ani nečtů. Takže my jim rači ještě veškeré rizika řekneme. Třeba teď naposled. Naše klientka měla vedle sebe paní, která měla flexilu, tak jsme jim raději rovnou řekli, že ona by jí ju mohla vytrhnůt. Že buď u ní bude muset někdo sedět a hlídat ju. Nebo jsme pro ňu žádali samostatný pokoj, ale to nám nevyhověly. Takže my jim všechny hrozící rizika řekneme. Co budou muset nějakým způsobem řešit. Jak si ale tyto informace sestry předávají, to nevíme. Oni se jich snaží dycky velice rychle zbavit, poslat nám je zpátky. Oni sů schopné nám je přivězt zpátky klidně aj v noci.

Jaké máte pozitivní a negativní zkušenosti s hospitalizací klientů?

Je to aj v tom, že oni opravdu v té nemocnici nemajů takovů volnost. Nebo nesmí mět. Musí ležet. No a pak se teda stává, že ti naši klienti sů přivázaní nebo spíš aj utlumení lékama. No ale jinak to asi nejde no. Hold u nás to neexistuje. Oni nepochopí v té nemocnici, že musí ležet. Teď jsme měli na urologii klienta, který měl katetr a ještě vývod z ledviny no a ten byl hodně utlumený. Tam by asi hrozilo, že si to vytáhne. On má normálně takové rychlejší pohyby. Nebo když jednomu klientovi dali sádru, tak by asi taky nepochopil, že nemá běhat, tak musel být utlumený.

Rozhovor 17- 2. 2. 2011, čas cca 15 minut

Na koho se obrací personál při příjmu klienta k hospitalizaci?

Obrací se na nás.

I když je klient schopný komunikovat?

Obrací se na nás. Málo kdo tady od nás je takový výřečný, že by povykládal nebo něco popsal. Anebo oni jsou v cizím prostředí. I když už jedeme sanitkou, oni jsou z toho celí nanic. Toto asi taky dost ovlivňuje, jestli chtěou s personálem mluvit, jestli jim něco řeknou. I z těchto důvodů málo kdy odpoví na jejich otázky.

Jaké máte zkušenosti s ambulantním vyšetřením?

Instrukce většinou dávají nám a my si pak naše klienty navigujeme. Necháávají to na nás. Co se týká třeba nahoru na lehátko. Vy už víte. Do tohoto oni se nám nechcou nebo nechtějí míchat.

Jaké máte pozitivní a negativní zkušenosti s hospitalizací klientů?

Já nemám nějaké špatné zkušenosti. Třeba na vyšetření jsem sestru požádala, aby nás vzala dřív, že klientka byla neklidná. Oni nám vyhověli. I když chodíme třeba na chirurgii na převazy, tak se stane, že nás sestřička trošku popostrčila. Jednak je ten klient třeba neklidný nebo běhá a obtěžuje ty ostatní. Takže většinou se nám ty sestry snažily vyhovět.

Jak personál klienty oslovuje?

Myslím si, že toto je problém. Protože my už jsme tady vedení k tomu, abychom jim vykali. Třeba když už jsme s ním dlouho a známe se, tak si začneme tykat. Můžeme si to s tím klientem říct a potykat si, ale když přijde nový, tak jsme povinní vykat. Když třeba je to starší paní, tak proč já bych jí tykala. I když je třeba postižená. A to když dojedeme někdy do té nemocnice, tak jim říkají třeba chovanec.

To už se ale nepoužívá. Na to už je potom člověk háklivý, protože to my už dávno nesmíme používat. To třeba aj když vidíte celkovou péči v nemocnicích. Kolem běžných klientů. Nyní je už kladen důraz na větší soukromí, intimitu, zástěny. Ale to se pořád neděje. To si myslím, že tady mají klienti lepší péči. My jsme k tomu vedení, brát péči jinak než dřív. Jsme vedení k větší úctě k tomu člověku. K domácímu prostředí. A když pak dojedete do nemocnice a slyšíte, že jim říkají chovanci, tak to se mně nelíbí. A je fakt, že slyšíte jim i tyknout. Nejsou tam k tomu vedení. Byli zvyklí tykat, tak to dělají i dál. My třeba nesmíme oslovovat ani babička, ale jménem...

Navštěvujete klienty v nemocnici? Jak se personál ke klientům chová?

No před nama se chovají jinak. A jak se chovají, když tam nejsme, to nevím. V nemocnici se musí ležet a to je problém. My i když tady máme někoho nemocného, tak s ním vstáváme, chodíme. Ale to je problém nemocniční péče. Tam nemůžou chodit jak tady. Oni je tam nechají ležet, dají jim třeba postranní zábranu nebo aj nějaký lék třeba. Ale to už je v jejich režimu. Takže našim klientům se tam tak nelíbí, všichni se těší domů.

Rozhovor 18- 2. 2. 2011, čas cca 10 minut

Na koho se obrací personál při příjmu klienta k hospitalizaci?

Ono je to pokaždé jinak. Jako měl by se ptát klientek. Ale stalo se nám, že se třeba obrátili i na klientku nebo jen na nás. To se opravdu nedá posoudit, jestli ten přístup byl jenom dobrý nebo jenom špatný.

Víte co, když je klient schopný komunikovat, tak se snaží bavit se s ním a u mě si to utvrdí personál třeba kývnutím nebo tak. To si myslím, že je dobré. A taky je fakt, že když člověku není dobře, něco ho bolí, se chová jinak, nemusí vždycky všechno říct.

Jaké máte pozitivní a negativní zkušenosti s hospitalizací klientů?

Víte co, je těžké říct, co se děje, když my odejdeme a necháme tam klientku. Před nama to bývá v pořádku. A co mám zkušenost, tak se velice pěkně k našim klientům chovají i spolubydlící. Třeba naši klientce dávali napít a tak. To bylo pěkné. Co se děje na oddělení během dne, to nevím

Jak klienty personál oslovuje?

Dřív to tak nebylo, ale teď vykají. Přede mnou teda vždycky.

Rozhovor 19- 27. 1. 2011, čas cca 20 minut

Na koho se obrací personál při příjmu klienta k hospitalizaci?

Tak většinou když já s něma jezdívám, tak mám zkušenosti, že spíš komunikují se mnou než s uživateli. A jako přístup k nim... neříkám, že je vždycky záporný, ale většinou záporný je. Málo kdy se tam setkám s kladným přístupem k nám. Že nás neupřednostňují a třeba čekáme, tak to chápou, protože každý jsme si rovni. Já to tak беру. Ale je pravda, že když přijdeme třeba k panům doktorům, tak ti se baví spíš se mnou. Na uživatele málo kdy se podívají. A když už podívají, tak vidíte spíš ten přístup. Že si myslí co tam vůbec chceme a děláme. Takže má zkušenost je spíše zápornější. Myslím, že přístup by se měl zlepšit. Když jezdíme ke svým lékařům, tak oni ty naše uživatele znají, tak tam ten vztah je dobrý.

Když jste v nemocnici s klientem, který je schopen komunikovat, zeptají se např. sestry Vás, zda je schopný komunikovat a pak mluví s ním. Nebo se ani nezeptají a hovoří rovnou a jen s Vámi?

Více méně bych řekla, že se ani neptají, až zjistí, že ten uživatel sám umí mluvit, tak se to tak samo přesune na toho uživatele. Protože zjistí, že uživatel odpovídá sám, že já ho nechám. Ale také se mně stalo, že se mě zeptali, jestli uživatel komunikuje, já jsem řekla ano a už komunikovali s ním, vedli si ho. A to se jenom tak nevidí, to jsem byla velice překvapená a strašně mě to potěšilo. Jezdím převážně do ambulancí, když už mám zkušenosti z nemocnice, tak ty jsou záporné. Ale když jezdíme k nám na polikliniku, tak tam už je znají. Ale odsuzovat někoho, to je těžko.

Jaké jsou tedy největší nedostatky?

To je přístup k uživatelům. Celkově přístup, tam by se to mělo změnit. Měli by se ptát, jestli je uživatel schopný a do jaké míry je schopný. Shrnula bych to tak, že ani ne na doktorech, ale hlavně na sestřičkách vidíte, že (můj pocit je) si říkají, co tady obtěžujete. Možná to špatně vnímám já, ale mám většinou tento pocit. Co tady obtěžujete.

Co si myslíte, že by se mělo změnit? Co by sestry měli dělat pro to, aby k těmto situacím nedocházelo?

Myslím si, že by se sestry měly více informovat. Měly by se více celkově informovat o klientovi.

Myslíte si, že sestry nechtějí komunikovat, nebo mají spíše zábrany z nějakého důvodu?

Myslím si, že aj nechcou, jak říkáte, ale je tam asi aj strach. Protože oni je neznají. Třeba některý pacient je neklidný a ony se bojí, tam je ten strach i oprávněný. Možná je tam i lítost, že nedokážou s těma klientama jednat. Spousta lidí (a ne jenom sestřiček) řekne, že by s těma lidima nemohli dělat. Mají hrozný soucit, jsou lítostní. Proto si každý možná volí, kde bude pracovat. Další věc je, že zkušenosti nenasbíráte ze školy, každá praxe je důležitá. I pro každého z nás to bylo těžké, než se naučí zjistit, co ten uživatel potřebuje, do jaké míry. Ono je to těžké říct, že někdo něco dělá špatně. Je pravda, že ten postoj je tam špatný podle mě, ale nikoho obviňovat nemůžu. Protože když si teď vzpomenu na svoje začátky, taky to pro mě bylo těžké. Taky jsem nevěděla, jak se k nim chovat, co mám říkat, abych něco nepokazila. Ale díky personálu, který tu pracuje už léta a předává si zkušenosti, jsem zjistila co a jak. Praxe je k nezaplacení. Ale nějaké základy by ty sestry měly mít.

Rozhovor 20- 26. 1. 2011, čas cca 45 minut

Jaké máte zkušenosti s hospitalizací vašich klientů?

Já osobně mám velice negativní zkušenosti. Je velký rozdíl, pokud máme uživatele, který je imobilní, nedokáže se sám o sebe postarat, nedokáže udržet stolicí ani moč. Tak je velký problém. Ale pokud je to uživatel, který je mobilní, který kolem sebe dokáže tady tyto všechny manuální činnosti zvládnout, tak takový problém není. První odezva bývá, co nám to tu vedete. A druhá byla- to jsme teda velice rádi. Komunikace po této stránce je špatná. Pokud my bychom nedocházeli za našimi uživateli (například 3 krát týdně jsme se tam neukázali), tak ta péče je katastrofální. Oni s uživateli nemají zkušenosti, neumí s nima. Nemají kolikrát na základní péči ani klasické pomůcky. Jako jsou například vlhčené ubrousky. Mám pocit, že si práci ulehčují, jak nejvíce umí. Integrace těchto uživatelů je strašně těžká a třeba na oddělení není vůbec žádná. Takže jsme se shledali s tím, že jsme měli přes dveře přehozené prostěradlo, aby nebylo na uživatelku vidět. Aby nemusely sestry sdělovat dalším pacientům, co uživatelce je. Další negativní zkušenost je, kdy nám z mobilní uživatelky udělali imobilní uživatelku během 14 dní. Takže uživatelka nám chodila a nyní do dneška nechodí. Při hospitalizaci byla přikurtovaná, bez jakéhokoli důvodu. I když není neklidná. Já beru, že když má uživatelka flexilu a mohla by si ji vytrhnout,

ale když jí nemá, nevidím žádný důvod. Základní věci jako česání vlasů nebo promazávání kůže, to se neděje. Za 4 dny hospitalizace měla uživatelka vzadu na hlavě chomáč vlasů, který jsme jí rozčesávali. Chodí to tak, že je to rychlý příjem a ještě rychlejší propuštění, odchod.

Na koho se obrací personál při příjmu klienta k hospitalizaci?

I když jdeme s dobrým uživatelem, který si umí sám říct, tak komunikují vždy se mnou. Vždy. Málo kdy se stane, že by jednali s uživatelem. Ano, když jdeme na psychiatrické vyšetření a oni potřebují zjistit jeho IQ, tak s ním komunikují. Nebo když objednáváme rychlou, oni si žádají doprovody. I kdyby neměli. Vůbec se neptají na základní informace. Jak jí, jak pije. Tak se mi stalo, že jsem přijela za uživatelkou do nemocnice, pan doktor mi vykládal, že se uživatelka umí sama napít, že si pije. Přitom byla přikurtovaná. Nechápu, jak se dokázala napít z hrnečku, ze kterého pít neumí. V tomto případě si lékaři strašně protirečili. Neptají se nás ani na vstupní informace. Třeba má nějaké zlozvyky když spí. Až když se problém vyskytne, se začnou ptát.

Nejhorší je, když vidíme následky hospitalizace. Naše dvouroční práce. Co jsme všechno dokázali a za 14 dní jsme na nule. Já chápu, že tam není jen tato uživatelka, ale když kolikrát vidím ten personál, tak mě to dokáže namíchnout. Chápu, že uživatele neznají, nemají zkušenosti, ale každý člověk se v dnešní době musí vzdělávat. Mohli by začít aspoň zjištěním základní anamnézy, ale ani to se neděje.

Při každé hospitalizaci jsme nuceny si to hlídat. Jak práci sester, tak samotnou uživatelku. Když dojedeme za uživatelkou, tak nás sestry jen pozorují, co s ní děláme. Že jí dáme napít, učešeme a promažeme ruce a takové ty základní věci. Čekala bych, že péče bude o to vyšší, že jsou uživatelé postižení, ale děje se přesný opak.

Sestry se naším uživatelům nevěnují, protože mají svou odbornou práci. Ale za 11 let co tu pracuji, jsem nezažila, že by u naší klienty někdo byl a věnoval se jí. Třeba ošetřovatelky. Jednou jedinkrát tam byly rehabilitační sestry a uživatelku míčkovaly.

Stalo se nám i na zubním oddělení, že jsme potřebovali uživatelku hospitalizovat a oni si vyžadovali doprovod. Při dotazu, z jakého důvodu nám odpověděli, že ona je postižená. Jednalo se jen o jeden den, ale přesto jsme museli hospitalizaci zrušit, protože jsme neměli personální zajištění.

Když je uživatel, který se sám o sebe postará, tak to většinou problém není. V nemocnici opravdu žádné kladné zkušenosti nemám. Žádné plusové body. Kurtování je taky kapitola sama pro sebe. Řeknou vám, že ona měla flexilu, ale když jim řeknete, že teď už ji nemá, tak řeknou, že ji zapomněli odvézt. Nejčastěji jezdíme na preventivní prohlídky. Na neurologii, k zubaři, gynekologovi, obvodnímu lékaři.

S obvodním lékařem, který uživatele zná, problém nemáme. Uživatelé se na něj většinou těší. Problém je vždy při hospitalizaci. Já jako člověk si myslím, že tito uživatelé potřebují větší péči, oni si kolikrát neumí říct, co potřebují. Že je škrábe v krku, že potřebují smrkat. Oni péči potřebují naopak dvojnásob. Měla by fungovat zvýšená péče. Lékaři mají nastudované pouze diagnózy. To mně jednou jedna lékařka řekla, že aby se uživatelce uvolnily hleny, musí chodit, ale kdyby naši uživatelku znala ne jen z papírů, tak by věděla, že špatně došlapuje na levou nohu a chůze je momentálně neschopná. Oni se tímto profláknou, že uživatelku vůbec neznají. Jednou jedinkrát jsme potřebovali, aby nám uživatelku odvezla z nemocnice sanitka a nevyhověli nám. Řekli, že je postižená a potřebuje doprovod. A když jsem jim vysvětlovala, že doprovod nepotřebuje, tak řekli, že nám sanitu napíšu, ale doprovod si musíme poslat.

Sestry prostě nemají zájem. Kdyby se v této problematice chtěly aspoň trochu orientovat, měly by začít tím, že si při příjmu zjistí co nejvíce informací. Jaké má zvyklosti, co umí a neumí, co má rád, co nemá rád, kterou rukou se nají, jestli má plenky. Ony si jen vezmou papíry, podívají se na diagnózu, jakou má dietu a tím to končí. Proberou se raději papírů, které tam mají, než aby se zeptaly.

Stačilo by, aby uživatelé byli čistí, cítili se dobře, takové základní věci. Měli na pokoji rádio, vonný olej. Chápu, že na to nejsou peníze, ale stačilo by říct a my jim některé prostředky do nemocnice klidně doneseme.

Příl. 2 – Potvrzení o publikaci v časopise Sestra



Potvrzení redakce časopisu Sestra

Předpokládané vydání článku s názvem „Komunikace u osob s mentálním postižením ve zdravotnickém zařízení“, autorky článku Bc. Eva Chrástková, Mgr. Bc. Renata Kojecká, bude v čísle: 07/08 2011, ev. v čísle 09/2011, v rubrice „Komunikace“.

V Praze 26. dubna 2011

Ester Kopecká, DiS.

redaktorka

Sestra



Mladá fronta a. s.
Mezi Vodami 1952/9
143 00 Praha 4 - Modřany

Mobil: +420- 777 024 100

Tel.: +420-225 276 358

Fax: +420-225 276 333

E-mail: kopecka@mf.cz

web: <http://www.mf.cz>

<http://www.sestra.cz>

Mladá fronta, a.s., Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4-Modřany, tel: +420 225 276 111, fax : +420 225 276 333, e-mail: mf@mf.cz, www.mf.cz, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, oddíl B, vložka 1988, IČO: 49240315, DIČ: CZ49240315

Příl. 3 – Dotazníkové šetření

Dobrý den,

jmenuji se Eva Chrástková, jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia Dlouhodobá ošetrovatelská péče u dospělých Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci.

Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který slouží jako podklad k vypracování mé diplomové práce na téma: Problematika komunikace u osob s mentálním postižením ve zdravotnickém zařízení.

Dotazník je anonymní. Veškeré informace budou použity pouze pro účely mé diplomové práce. Výsledky dotazníkového šetření mohou přispět ke zkvalitnění péče o hendikepované jedince.

Děkuji Vám za ochotu a čas strávený při vyplňování tohoto dotazníku.

Bc. Eva Chrástková

1. Jakého jste pohlaví?

- žena
- muž

2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je:

- střední ukončené maturitní zkouškou
- pomaturitní specializační vzdělání
- vyšší odborné
- vysokoškolské

3. Kde pracujete?

- ambulantní zařízení
- standardní oddělení

4. Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnickém zařízení?

- do 5 let
- 6-10 let
- 11-19 let
- nad 20 let

5. Získali jste v průběhu své zdravotnické praxe nějaké zkušenosti týkající se komunikace s mentálně postiženými klienty? (pokud ne, přejděte na otázku č. 9)

- ano, bohaté zkušenosti
- ano, ale pouze v malé míře
- ne, nikdy jsem se ve zdravotnickém zařízení s mentálně postiženým klientem neseťkal/a

6. Kolikrát v průměru během jednoho kalendářního roku pečujete o klienty s mentálním postižením?

.....

7. Z jakého zdroje získáváte při příjmu mentálně postiženého klienta nejvíce informací? (Možnost volby více odpovědí.)

- od klienta
- od jeho doprovodu
- dokumentace
- jiné ...

8. Uveďte důvod, proč získáváte informace právě z výše uvedeného zdroje.

.....
.....
.....
.....

9. Jaká specifika má komunikace s mentálně postiženým klientem?

.....
.....
.....
.....

10. Co považujete za zábranu při komunikaci s mentálně postiženým klientem? Co Vám brání v komunikaci s klientem? Co Vás omezuje? (Možnost volby více odpovědí.)

- neznalost daného postižení
- neznalost, jak komunikovat
- nedostatek času
- nedostatek trpělivosti
- neporozumění ze strany klienta
- nemám žádné zábrany
- jiné ...

11. Myslíte si, že se většina sester vyhýbá komunikaci s mentálně postiženým klientem?

- ano, vyhýbá
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- ne, nevyhýbá

12. Co považujete za nejčastější chyby, vyskytující se při komunikaci s mentálně postiženým jedincem? (Nejčastější nedostatky vyskytující se během komunikace.)

.....
.....
.....

13. Získali jste v rámci svého studia nějaké informace o problematice komunikace u osob s mentálním postižením? (Pokud ne, přejděte na otázku č. 16)

- ano
- ne

14. Byly tyto informace:

- převážně teoretického charakteru
- převážně praktického charakteru
- poměr obou složek byl poměrně vyrovnaný

15. Byly tyto informace z Vašeho pohledu dostačující?

- ano ■ spíše ano ■ nevím ■ spíše ne ■ ne

16. Uvítali byste další vzdělávání v rámci problematiky komunikace u osob s mentálním postižením, které by probíhalo například formou zážitkových seminářů, besed a podobně?

■ ano, proč.....

■ ne, proč

17. Znáte nějaké metody alternativní komunikace?

- ano ■ ne

Pokud ano, jaké?

.....

18. Domníváte se, že jsou Vaše znalosti v oblasti komunikace s mentálně postiženým klientem dostatečné?

- ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- ne

Příl. 4 – Žádosti o povolení dotazníkového šetření

ŽÁDOST

**o umožnění vykonání dotazníkového šetření
v rámci závěrečné práce**

Jméno a příjmení žadatelky (studentky): Bc. Eva Chrátková

Název školy/instituce: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Dlouhodobá ošetrovatelská péče u dospělých

Název – téma diplomové práce:

Problematika komunikace u osob s mentálním postižením ve zdravotnickém zařízení

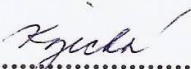
Vybrané pracoviště pro výzkumné šetření:

Kroměřížská nemocnice a.s. (interní, chirurgické, neurologické oddělení)

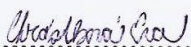
Termín konání výzkumného šetření: 7. 2 - 28. 2. 2011

Prohlašuji, že výzkumné šetření bude provedeno dle zásad etiky výzkumu

Datum: 27. 1. 2011

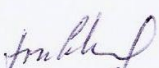


.....
podpis vedoucího závěrečné práce

Mgr. Bc. Renata Kojecká


.....
podpis žadatelky (studentky)

Bc. Eva Chrátková

Kontakt na žadatelku: chevicka@seznam.cz



Kroměřížská nemocnice a.s.
Havlíčková 660/73 767 55 Kroměříž
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

ŽÁDOST

o umožnění vykonání dotazníkového šetření v rámci závěrečné práce

Jméno a příjmení žadatelky (studentky): Bc. Eva Chrástková

Název školy/instituce: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Dlouhodobá ošetrovatelská péče u dospělých

Název – téma diplomové práce:

Problematika komunikace u osob s mentálním postižením ve zdravotnickém zařízení

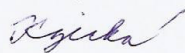
Vybrané pracoviště pro výzkumné šetření:

Uherskohradištská nemocnice a.s. (interní, chirurgické, neurologické oddělení)

Termín konání výzkumného šetření: 7. 2 - 28. 2. 2011

Prohlašuji, že výzkumné šetření bude provedeno dle zásad etiky výzkumu

Datum: 28. 1. 2011



vedoucí závěrečné práce

Mgr. Bc. Renata Kojecká



žadatelka

Bc. Eva Chrástková

Kontakt na žadatelku: chevicka@seznam.cz

Uherskohradištská nemocnice
J. E. Purkyně 11
686 08 Uherské Hradiště
hlavní sestra



ŽÁDOST

o umožnění vykonání dotazníkového šetření v rámci závěrečné práce

Jméno a příjmení žadatelky (studentky): Bc. Eva Chrástková

Název školy/instituce: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Dlouhodobá ošetrovatelská péče u dospělých

Název – téma diplomové práce:

Problematika komunikace u osob s mentálním postižením ve zdravotnickém zařízení

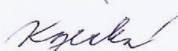
Vybrané pracoviště pro výzkumné šetření:


Krajská nemocnice T Bati, a.s. (interní, chirurgické, neurologické oddělení)

Termín konání výzkumného šetření: 7. 2 - 28. 2. 2011

Prohlašuji, že výzkumné šetření bude provedeno dle zásad etiky výzkumu

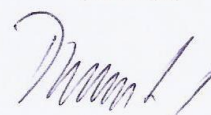
Datum: 28. 1. 2011


vedoucí závěrečné práce
Mgr. Bc. Renata Kojecká


žadatelka
Bc. Eva Chrástková

Kontakt na žadatelku: chevicka@seznam.cz

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Havlíčkovo nábřeží 600
762 75 Zlín (9)



Příl. 5 – Žádosti o povolení výzkumného šetření (rozhovory)

Vážená paní

Mgr. Gabriela Perútková

Zástupce vedoucí domova pro osoby se zdravotním postižením BARBORKA

K. Čapka 3333

767 01 Kroměříž

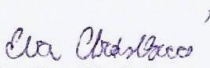
Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Domově pro osoby se zdravotním postižením BARBORKA Kroměříž

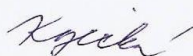
Vážená paní Perútková,

dovolujeme si Vás požádat o povolení sběru dat u klientů Vašeho centra. Šetření bude prováděno metodou rozhovorů, které budou zaznamenávány na zvukové médium a následně vyhodnoceny. Šetření povede studentka Eva Chrástková, posluchačka 2. ročníku prezenční formy navazujícího magisterského studia Dlouhodobá ošetrovatelské péče u dospělých Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Data budou využita ke zpracování výzkumné části diplomové práce zabývající se problematikou komunikace s osobami s mentální retardací. Studentka vypracuje závěrečnou práci pod vedením Mgr. Bc. Renaty Kojecké. Vážená paní vedoucí, budete – li mít zájem, rády Vás seznámíme s výsledky šetření. Při osobních rozhovorech bude dbáno, aby nedošlo k porušení zákona 101/2000 Sb.

Děkujeme za vstřícnost.

24. 1. 2011


Bc. Eva Chrástková


Mgr. Bc. Renata Kojecká


Vyjádření k žádosti:

Kontakt: Kudlovice 239, 687 03 Babice

Telefon: 608 741 461

E-mail: chevicka@seznam.cz

Sociální služby města Kroměříže
příspěvková organizace
Domov pro osoby se zdravotním postižením BARBORKA
vedoucí ošetrovatelské péče
767 01 Kroměříž, K. Čapka 3333
tel. 575 509 532 • IČ 71193430



Vážená paní

Bc. Alena Novotná

Vedoucí domova pro osoby se zdravotním postižením Velehrad- Buchlovská

Buchlovská 301

687 06 Velehrad


Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Domově pro osoby se zdravotním postižením Velehrad- Buchlovská


Vážená paní vedoucí,

dovoluji si Vás požádat o povolení sběru dat u klientů Vašeho centra. Šetření bude prováděno metodou rozhovorů, které budou zaznamenávány na zvukové médium a následně vyhodnoceny. Šetření povede studentka Eva Chrástková, posluchačka 2. ročníku prezenční formy navazujícího magisterského studia Dlouhodobá ošetrovatelská péče u dospělých Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Data budou využita ke zpracování výzkumné části diplomové práce zabývající se problematikou komunikace s osobami s mentální retardací. Studentka vypracuje závěrečnou práci pod vedením Mgr. Bc. Renaty Mlčochové. Vážená paní vedoucí, budete – li mít zájem, rády Vás seznámíme s výsledky šetření. Při osobních rozhovorech bude dbáno, aby nedošlo k porušení zákona 101/2000 Sb.

Děkujeme za vstřícnost.

24. 1. 2011


Bc. Eva Chrástková


Mgr. Bc. Renata Kojecová

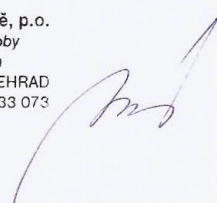
Vyjádření k žádosti:

Kontakt: Kudlovice 239, 687 03 Babice

Telefon: 608 741 461

E-mail: chevicka@seznam.cz

Sociální služby Uh. Hradiště, p.o.
IČ: 092096, Domov pro osoby
se zdravotním postižením
Buchlovská 301, 687 06 VELEHRAD
Tel: 572 433 071-2, Fax: 572 433 073



Vážená paní

Ing. Milena Marečková

Vedoucí domova pro osoby se zdravotním postižením Velehrad- Vincentinum

Nádvoří 305

687 06 Velehrad

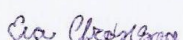
Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Domově pro osoby se zdravotním postižením Velehrad- Vincentinum

Vážená paní vedoucí,

dovolujeme si Vás požádat o povolení sběru dat u klientů Vašeho zařízení. Šetření bude prováděno metodou rozhovorů, které budou zaznamenávány na zvukové médium a následně vyhodnoceny. Šetření povede studentka Eva Chrástková, posluchačka 2. ročníku prezenční formy navazujícího magisterského studia Dlouhodobá ošetrovatelská péče u dospělých Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Data budou využita ke zpracování výzkumné části diplomové práce zabývající se problematikou komunikace s osobami s mentální retardací. Studentka vypracuje závěrečnou práci pod vedením Mgr. Bc. Renaty Mlčochové. Vážená paní vedoucí, budete – li mít zájem, rády Vás seznámíme s výsledky šetření. Při osobních rozhovorech bude dbáno, aby nedošlo k porušení zákona 101/2000 Sb.

Děkujeme za vstřícnost.

24. 1. 2011


Bc. Eva Chrástková

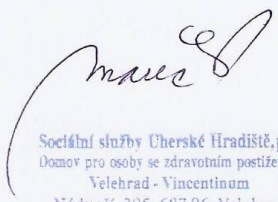

Mgr. Bc. Renata Kojecová

Vyjádření k žádosti:

Kontakt: Kudlovice 239, 687 03 Babice

Telefon: 608 741 461

E-mail: chevicka@seznam.cz


Sociální služby Uherské Hradiště, p.o.
Domov pro osoby se zdravotním postižením
Velehrad - Vincentinum
Nádvoří 305, 687 06 Velehrad
tel.: 572 571 112, fax: 572 571 110

Vážený pan vedoucí

Ing. Pavel Hašek

Vedoucí domova pro osoby se zdravotním postižením Kunovice- Na Bělince

Na Bělince 1492

686 04 Kunovice


Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Domově pro osoby se zdravotním postižením Kunovice- Na Bělince

Vážený pane vedoucí,

dovoluujeme si Vás požádat o povolení sběru dat u pracovníků Vašeho zařízení. Šetření bude prováděno metodou rozhovorů, které budou zaznamenávány na zvukové médium a následně vyhodnoceny. Šetření povede studentka Eva Chrátková, posluchačka 2. ročníku prezenční formy navazujícího magisterského studia Dlouhodobá ošetrovatelská péče u dospělých Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Data budou využita ke zpracování výzkumné části diplomové práce zabývající se problematikou komunikace s osobami s mentální retardací. Studentka vypracuje závěrečnou práci pod vedením Mgr. Bc. Renaty Kojecké. Vážená paní vedoucí, budete – li mít zájem, rády Vás seznámíme s výsledky šetření. Při osobních rozhovorech bude dbáno, aby nedošlo k porušení zákona 101/2000 Sb.

Děkujeme za vstřícnost.

24. 1. 2011


Bc. Eva Chrátková


Mgr. Bc. Renata Kojecká

Vyjádření k žádosti:

Kontakt: Kudlovice 239, 687 03 Babice

Telefon: 608 741 461

E-mail: chevicka@seznam.cz

~~Speciální služby Uherské Hradiště, p.o.
Domov pro osoby se zdravotním postižením
Kunovice - Na Bělince 1492 -1-
686 04 KUNOVICE - 100 0092096
Telefax: 672 60 111, 672 548 649~~

Vážená paní

Bc. Ludmila Jančaříková

Vedoucí domova pro osoby se zdravotním postižením – Staré Město

Kopánky 2052

686 03 Staré Město


Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Domově pro osoby se zdravotním postižením- Staré Město

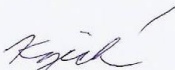
Vážená paní vedoucí,

dovolujeme si Vás požádat o povolení sběru dat u pracovníků Vašeho zařízení. Šetření bude prováděno metodou rozhovorů, které budou zaznamenávány na zvukové médium a následně vyhodnoceny. Šetření povede studentka Eva Chrátková, posluchačka 2. ročníku prezenční formy navazujícího magisterského studia Dlouhodobá ošetrovatelská péče u dospělých Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Data budou využita ke zpracování výzkumné části diplomové práce zabývající se problematikou komunikace s osobami s mentální retardací. Studentka vypracuje závěrečnou práci pod vedením Mgr. Bc. Renaty Kojecké. Vážená paní vedoucí, budete – li mít zájem, rády Vás seznámíme s výsledky šetření. Při osobních rozhovorech bude dbáno, aby nedošlo k porušení zákona 101/2000 Sb.

Děkujeme za vstřícnost.

24. 1. 2011


Bc. Eva Chrátková


Mgr. Bc. Renata Kojecká

Vyjádření k žádosti:

Kontakt: Kudlovice 239, 687 03 Babice

Telefon: 608 741 461

E-mail: chevicka@seznam.cz

Sociální služby Uherské Hradiště
příspěvková organizace, IČ 092096
DOMOV PRO OSOBY SE ZDRAV. POSTIŽENÍM
Kopánky 2052, 686 03, Staré Město
tel.: 572 544 028-029, 737 619 060