

**UNIVERZITA KARLOVA**

**2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

Ústav ošetrovatelství

**Bc. Michaela Helinská**

**Znalosti sester v komunikaci s pacienty  
s mentální retardací**

**Bakalářská práce**

Praha 2018

Autor práce: **Bc. Michaela Helinská**

Vedoucí práce: **PhDr. Šárka Tomová, Ph.D., PhD.**

Oponent práce: **PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.**

Datum obhajoby: **2018**

## **Bibliografický záznam**

HELINSKÁ, Michaela. Znalosti sester v komunikaci s pacienty s mentální retardací. Praha: Univerzita Karlova, 2. Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2018. 83 s., přílohy. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Šárka Tomová, Ph.D., PhD.

## **Abstrakt**

Bakalářská práce "Znalosti sester v komunikaci s pacienty s mentální retardací" se zabývá problematikou komunikace mezi sestrami a specifickou skupinou pacientů, a to pacientů s mentální retardací. Práce je rozdělena na dvě části - část teoretickou a část empirickou.

Teoretická část práce přináší nejprve základní přehled a obecný úvod do problematiky komunikace, dále seznamuje s problematikou mentální retardace a vysvětluje specifika komunikace s mentálně retardovanými osobami a uvádí vhodná doporučení pro komunikaci s mentálně postiženými lidmi.

Empirická část obsahuje vlastní šetření a prezentaci výsledků a zaměřuje se na zjištění znalostí, dovedností a zkušeností sester při komunikaci s pacienty s tímto handicapem. Výzkumná část byla uskutečněna formou nestandardizovaného dotazníkového šetření, které probíhalo na vybraných pracovištích lůžkové péče ve Fakultní nemocnici v Motole. Výsledky potvrzují, že s pacienty s mentální retardací se častěji setkávají sestry na odděleních pro děti a také, že množství znalostí sester v této oblasti nesouvisí s jejich dosaženým vzděláním.

## **Klíčová slova**

Komunikace; Mentální retardace; Ošetrovatelská péče; Pacient; Sestra

## **Abstract**

The bachelor thesis "Knowledge of nurses in communication with patients with mental retardation" deals with the problematics of communication between nurses and a specific group of patients, patients with mental retardation. The thesis is divided into two parts - the theoretical part and empirical part.

The theoretical part of the work first brings a basic overview and a general introduction to the problematics of communication, and then introduces the problems of mental retardation and explains the specifics in communication with mentally retarded people and provides appropriate recommendations for communicating with mentally disabled people.

The empirical part includes own research and presentation of the results and focuses on the knowledge, skills and experience of nurses in communicating with patients with this disability. The research survey was done by a non-standardized questionnaire, which was performed at selected inpatient departments at the Motol University Hospital. The results confirm that patients with mental retardation are more often in children's wards and also that the amount of knowledge of nurses in this area unrelated to their education.

## **Keywords**

Communication; Mental retardation; Nursing care; Patient; Nurse

# Zadávací protokol

UNIVERZITA KARLOVA

2. lékařská fakulta

Ústav ošetřovatelství

Akademický rok: 2016/2017

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Michaela Helinská**

Studijní program: **Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Znalosti sester v komunikaci s pacienty s mentální retardací**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v Opatření děkana 2. LF UK č. 12/2010. Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody). Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry. Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu. Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

HASSIOTIS, A., D. A. BARRON, a I. HALL. Intellectual disability psychiatry: a practical handbook. Chichester, England: Wiley-Blackwell, 2009. ISBN 978-0-470-74251-8.

PTÁČEK, Radek a kol. Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.

SLOWÍK, Josef. Komunikace s lidmi s postižením. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-691-9.

SOLOVSKÁ, Vendula. Rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0369-8.

ŠVARCOVÁ, Iva. Mentální retardace. 3. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.

VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. 5. vydání. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Tomová Šárka, Ph.D., Ph.D.**

Oponenti: **PhDr. Raudenská Jaroslava, Ph.D.**

Konzultanti:

Datum zadání bakalářské práce: 10.5.2017

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku

  
.....  
Vedoucí katedry

  
.....  
Děkan

V Praze dne 11.5.2017

Univerzita Karlova  
2. lékařská fakulta  
Ústav ošetrovatelství (1)  
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5  
IČO: 00216208 DIČ: CZ00216208

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením PhDr. Šárky Tomové, Ph.D., PhD., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze 18.4.2018

Bc. Michaela Helinská

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala PhDr. Šárce Tomové, Ph.D., PhD. za její odborné vedení, vstřícnost, trpělivost, cenné rady a připomínky, které mi poskytla v průběhu zpracování mé bakalářské práce.

Velké poděkování náleží také všem ochotným zdravotnickým pracovníkům z Fakultní nemocnice v Motole, kteří se podíleli na zpracování empirické části mé práce.

V neposlední řadě patří poděkování také mé rodině a přátelům, kteří mi byli oporou nejen při psaní bakalářské práce, ale během celého dosavadního vysokoškolského studia.



## OBSAH

<b>1</b>	<b>ÚVOD</b> .....	<b>5</b>
1.1	CÍLE PRÁCE .....	6
<b>2</b>	<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>8</b>
2.1	KOMUNIKACE.....	8
2.1.1	Vymezení pojmu komunikace .....	8
2.1.2	Funkce komunikace .....	9
2.1.3	Komunikační proces .....	11
2.1.4	Formy komunikace .....	14
2.1.5	Narušená komunikační schopnost .....	18
2.1.6	Alternativní a augmentativní komunikace .....	19
2.1.7	Bariéry v komunikaci .....	21
2.2	MENTÁLNÍ RETARDACE .....	23
2.2.1	Definice mentální retardace .....	23
2.2.2	Etiologie mentální retardace .....	24
2.2.3	Možnosti prevence vzniku mentální retardace.....	25
2.2.4	Diagnostika mentální retardace .....	26
2.2.5	Formy a projevy mentální retardace .....	26
2.2.6	Terapie a péče o mentálně retardované.....	29
2.3	KOMUNIKACE S LIDMI S MENTÁLNÍ RETARDACÍ .....	31
2.3.1	Specifika komunikace s lidmi s mentální retardací .....	31
2.3.2	Chyby v komunikaci s lidmi s mentální retardací.....	33
2.3.3	Zásady komunikace s lidmi s mentální retardací .....	34
<b>3</b>	<b>EMPIRICKÁ ČÁST</b> .....	<b>35</b>
3.1	CÍLE A PRACOVNÍ HYPOTÉZY .....	35
3.2	METODIKA ŠETŘENÍ .....	37
3.3	ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	38
3.4	ZPRACOVÁNÍ DAT.....	39
3.5	CHARAKTERISTIKA A POPIS ZKOUMANÉHO VZORKU.....	40
3.6	ANALÝZA VÝSLEDKŮ PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	43
3.7	STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ HYPOTÉZ .....	63
3.8	DISKUZE.....	70
<b>4</b>	<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>77</b>
	<b>REFERENČNÍ SEZNAM</b> .....	<b>78</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>81</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ</b> .....	<b>82</b>
	<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>83</b>
	<b>PŘÍLOHY</b>	

## SEZNAM ZKRATEK

AAK	alternativní a augmentativní komunikace
CMV	cytomegalovirus
CNS	centrální nervový systém
FNM	Fakultní nemocnice v Motole
$H_0$	nulová hypotéza
$H_A$	alternativní hypotéza
ILSMH	International League of Societies for Persons with Mental Handicap (Mezinárodní liga společností pro osoby s mentálním postižením)
IQ	inteligenční kvocient
KDHO	Klinika dětské hematologie a onkologie
MKN	mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
MR	mentální retardace
ORL	otorhinolaryngologie

# 1 ÚVOD

Jednu z nejpočetnějších skupin mezi občany se zdravotním postižením tvoří děti, mládež a dospělí s mentální retardací. V dřívějších dobách byli lidé se zdravotním znevýhodněním spíše separováni od ostatní populace, ale situace se v dnešní době naštěstí mění a s handicapovanými lidmi se v běžném prostředí setkáváme stále častěji. Lidé s mentální retardací žijí mezi námi a jsou často součástí našeho běžného života. Jsou to naši spoluobčané, sousedé, známí, spolužáci, vrstevníci a v některých případech i příbuzní či naše vlastní děti. Prvotní setkání s člověkem s mentální retardací bývá často značně rozpačité, překvapivé a můžeme při něm pociťovat obavy a strach. Avšak je podstatné si uvědomit, že lidé s mentálním postižením mají stejné potřeby a problémy jako ostatní a je důležité si k nim najít cestu, snažit se je integrovat mezi nás a pomoci jim ke zlepšení kvality jejich života.

Důležitou součástí integrace do společnosti je vhodná komunikace a správné porozumění. Komunikace je spojnice mezi dvěma body, něco jako cesta, která nám umožňuje si vzájemně vyměňovat informace. Udržovaná a správná komunikace nám pomáhá rozvíjet mezilidské vztahy a dokáže nás sblížit. Jen díky komunikaci se třeba můžeme dozvědět souvislost, která by nás nikdy nenapadla. Komunikace je jediný způsob, jak můžeme druhého pochopit, i když mu zrovna plně nerozumíme.

Největší důraz na komunikaci bývá správně kladen na osoby, které pracují v pomáhajících profesích a do styku přicházejí s velkým množstvím velmi odlišných klientů. Při výkonu svého povolání se také sestra setkává s různorodými pacienty a domnívám se, že komunikace s pacientem je v práci sestry jednou ze zásadních částí celého ošetrovatelského procesu. Naváže-li zdravotnický pracovník s pacientem adekvátní komunikaci, dochází mezi nimi k vzájemné důvěře, což má významný vliv na průběh celé hospitalizace a léčby. I když je dnešní zdravotnictví velmi vyspělé, moderní a máme mnoho špičkových odborníků, schází nám často lidský přístup a komunikace mezi zdravotníkem a pacientem mnohdy vážne. Pokud analyzujeme stížnosti nemocných, které přicházejí na vedení nemocnic, ve většině případů se týkají špatné nebo zcela nedostatečné komunikace personálu s nemocnými či jejich blízkými. Při své praxi jsem se již mnohokrát s tímto problémem setkala a i díky tomu se nyní ve své práci zabývám tímto důležitým tématem.

## 1.1 Cíle práce

Záměrem této bakalářské práce je hodnocení znalostí a zkušeností sester v oblasti komunikace s pacienty s mentální retardací na odděleních lůžkové péče ve Fakultní nemocnici v Motole. Plnění stanovených cílů proběhlo na základě zpracování a statistické analýzy dat získaných prostřednictvím nestandardizovaného dotazníkového šetření. K naplnění tohoto záměru práce byly stanoveny následující cíle:

1. Vytvořit teoretický základ o problematice komunikace, mentální retardace a o specifikách komunikace s lidmi s mentální retardací.
2. Pomocí nestandardizovaného dotazníkového šetření zjistit úroveň znalostí sester o komunikaci, mentální retardaci a o zásadách komunikace s pacienty s tímto handicapem. Dále také zjistit, jaké zkušenosti mají sestry s tímto specifickým typem pacientů.
3. Analyzovat nejčastější problematické oblasti v komunikaci sester s pacienty s mentální retardací a zmapovat nejčastější komunikační postupy a metody, které sestry při komunikaci s pacienty s mentální retardací používají.
4. Získaná data roztrždit a provést jejich primární a statistickou analýzu.

K výše stanoveným cílům byly zformulovány pracovní hypotézy, jejichž platnost byla ověřena statistickým zpracováním.

### **Pracovní hypotézy:**

**Hypotéza č. 1:** Usuzujeme, že větší znalosti v oblasti komunikace a mentální retardace mají sestry, které pracují na odděleních pro děti než sestry pracující na odděleních pro dospělé pacienty.

**Hypotéza č. 2:** Lze předpokládat, že sestry, které pracují na lůžkových odděleních pro děti, se s pacienty s mentální retardací setkávají častěji než sestry na odděleních pro dospělé.

**Hypotéza č. 3:** Lze usuzovat, že sestry pracující na odděleních pro dospělé považují v komunikaci s mentálně retardovanou osobou za nejvíce problematickou jinou oblast než sestry pracující na odděleních pro děti.

**Hypotéza č. 4:** Usuzujeme, že při hospitalizaci pacienta s mentální retardací je pro sestry více problematické provádění ošetrovatelských výkonů než edukace nemocného.

**Hypotéza č. 5:** Domníváme se, že sestry, které pracují na odděleních pro děti, mají častěji na svých pracovištích pomůcky určené k usnadnění komunikace s mentálně retardovanými pacienty než sestry na odděleních pro dospělé pacienty.

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části práce se věnujeme nejprve základnímu objasnění samotné komunikace. V podkapitolách se snažíme o vysvětlení pojmu komunikace, o seznámení s jejími funkcemi, dělením či například s tím, jak probíhá komunikační proces mezi osobami. Druhá velká kapitola je zaměřena na problematiku mentální retardace, její definici, etiologii, diagnostiku, rozdělení a také případnou terapii. Následující kapitola teoretické části je zaměřena na samotná specifika v oblasti komunikace s lidmi s mentální retardací, uvádíme v ní i nejčastější chyby a vhodná doporučení, jak s mentálně postiženými lidmi komunikovat a chybám se vyvarovat. Všechna tato témata považujeme za klíčová pro pochopení této problematiky a z toho důvodu je uvádíme v teoretické části práce.

### 2.1 Komunikace

Komunikace a vzájemné dorozumívání s druhými lidmi patří mezi naše základní životní potřeby. Je to dovednost, kterou si jen tak mimochodem osvojujeme už od dětství a díky tomu se nám zdá být samozřejmá. Teprve různá nedorozumění a nepochopení nás učí onu samozřejmost v průběhu života korigovat a rozvíjet. Díky ní můžeme být úspěšní, dokážeme se prosadit ve společnosti, porozumět jiným lidem a také jim zvládneme snáze a účelněji pomáhat. Pomocí komunikace získáváme a předáváme informace, popisujeme, vysvětlujeme, dokážeme vyjádřit své pocity a nálady, můžeme ovlivňovat druhé či se necháváme ovlivnit a také dokážeme díky ní vytvářet i ničit vztahy. Člověk a komunikace k sobě tedy přirozeně a neodmyslitelně patří.

#### 2.1.1 Vymezení pojmu komunikace

Lidská komunikace je velmi složitý a mnohvrstevný proces, který závisí na individuální psychice, inteligenci, na vzdělání i na osobních zkušenostech jedince. Komunikace tedy patří ke základní výbavě jedince, ale jak se liší lidé, liší se i způsob naší komunikace a také definice pojmu komunikace není nikdy jednoznačná (Linhartová, 2007).

Komunikace je pojem, který má velmi široké použití a jednoznačná definice slova komunikace neexistuje. Samotné slovo pochází podle některých autorů z latinského „*communicatio*“ a znamená něco spojovat, sdělovat či sdílet (Rejzek, 2015).

V jiné literatuře se zase můžeme dočíst, že pojem je odvozen z latinského slova „*communis*“ neboli společný, a tedy že kdykoli s někým komunikujeme, pak se s ním i setkáváme a prožíváme vzájemné sdílení. Skutečná komunikace mezi lidmi není tedy jen pouhou výměnou informací. Podle některých autorů svědčí náš způsob komunikace s lidmi i o tom, jak s nimi vycházíme (Slowík, 2010).

Definicí by bylo možné uvést mnoho, některé se soustředí více na aspekty obsahové, jiné formální, některé zdůrazňují prožitkovou stránku a jiné logickou. Nejdůležitější charakteristiky je možno shrnout do těchto základních bodů:

- komunikace je nezbytná k efektivnímu sebevyjadřování;
- komunikace je přenosem a výměnou informací v mluvené, psané, obrazové formě či činností, která probíhá mezi lidmi a projevuje se nějakým účinkem;
- komunikace je výměnou významů mezi lidmi použitím běžného systému symbolů;
- komunikace je prostředkem pro vytváření a ovlivňování vztahů (Mikuláščík, 2010).

### **2.1.2 Funkce komunikace**

Komunikace má zpravidla svůj účel a smysl. Funkce komunikace se nám může zdát velmi prostá, ve zkratce se jedná pouze o to, že potřebujeme druhému sdělit nějakou informaci. Hluběji však lze funkce komunikace rozdělit do několika druhů, převážně podle zprávy, kterou dotyčnému předáváme. Hranice mezi jednotlivými funkcemi komunikace nejsou vždy jednoznačné a velmi často se vzájemně překrývají (Wood, 2016). Při komunikaci je nutné přemýšlet nad tím, jakou funkci má naše sdělení. Například každý řečník, který si připravuje svůj projev, by měl přemýšlet nejen nad tématem svého sdělení, ale i nad tím, jaké má sdělení hlavní účel a jaké komunikační funkce budou mít v jeho projevu dominantní roli (Žantovská, 2015).

Jelikož jsou hranice mezi jednotlivými funkcemi komunikace velmi nejednoznačné, je také velmi obtížné funkce rozdělit a definovat. Mikuláščík (2010) ve své publikaci rozdělil funkce komunikace následovně:

- **Funkce informativní** - předávání informací, faktů nebo dat mezi lidmi.
- **Funkce instruktivní** - podobná funkci informativní, ale je obohacena o vysvětlení významů, popis, postup, návod, jak něco dělat či jak něčeho dosáhnout.
- **Funkce přesvědčovací** - působení na jiného člověka se záměrem změnit jeho názor, postoj, hodnocení či způsob konání pomocí argumentů, působením na city, dost často až manipulací.
- **Funkce posilovací a motivující** - je podobná funkci přesvědčovací. Jde o posilování pocitů sebevědomí, vlastní potřeby či o posilování vztahu k něčemu.
- **Funkce zábavná** - slouží k pobavení, rozesmání a díky ní navozujeme pocit pohody a spokojenosti.
- **Funkce vzdělávací a výchovná** - dochází ke spojení funkce informativní a instruktivní společně s dozorem, dohledem a kontrolou a je nejčastěji uplatňována ve vzdělávacích institucích.
- **Funkce socializační a společensky integrující** - zaměřuje se na vztahy mezi lidmi, navazování kontaktů a sblížování. Odvíjí se od naší společenské úrovně a každá společenská vrstva má odlišný způsob komunikace.
- **Souvztažnost** - informace jsou dávány do souvislostí, díky kterým je lépe pochopíme.
- **Funkce osobní identity** - zaměřuje se na nás samotné a napomáhá nám k ujasnění si svých názorů, postojů a k poznání svého sebevědomí a osobnosti.
- **Funkce poznávací** - souvisí s funkcí informativní. Umožňuje sdělovat si každodenní zážitky, vzpomínky a plány.
- **Funkce svěřovací** - pomáhá nám zbavit se vnitřního napětí tím, že někomu sdělujeme důvěrné informace s očekáváním podpory a pomoci.
- **Funkce úniková** - slouží k odreagování od starostí, jedná se třeba jen o jednoduchou konverzaci na neutrální téma.



V běžných situacích se jen velmi zřídka vyskytuje výměna, která by měla třeba čistě jen třeba informativní nebo popisnou funkci. Často se jedná i o skryté instruování, nebo ještě častěji o skryté přesvědčování, i když se nám zdá promluva pouze informativního charakteru (Zacharová, 2016). Celá komunikační výměna je tedy velmi složitý proces, který představuje komplex složený z celé řady funkcí komunikace a téměř nikdy nemá výhradně jednu funkci. Podíl těchto funkcí se v průběhu celé komunikace velmi dynamicky proměňuje a je důležité si tuto skutečnost uvědomit a akceptovat ji. Díky tomu dokážeme správně analyzovat a efektivně naplnit komunikační cíle (Žantovská, 2015).

### **2.1.3 Komunikační proces**

Cesta a způsob, jakými informace probíhá, se v teorii komunikace označuje jako komunikační proces. Komunikace je složitý cyklus výměny informací, jeho základ tvoří pět stavebních prvků, které se navzájem ovlivňují. Mezi základní prvky komunikačního procesu patří komunikátor, komunikant, komuniké, komunikační kanál a zpětná vazba.

**Komunikátor** je autor a původce zprávy, kterou zakóduje a následně ji předává druhému a zahajuje komunikační proces. Do svého sdělení vždy promítá svoji osobnost, osobní zaujetí, chce být vyslechnut, přijat nebo chce změnit chování jiných. Může být ovlivněn svým postojem k situaci, vztahem k druhému člověku, okolím, emocemi, výchovou atd. Ve zprávě, kterou předává, se objevují nejen myšlenky, záměry a fakta, ale také fráze, klišé, "prázdná slova", emoce, obavy aj., takže je důležité vnímat i to, co komunikátor neříká (Mikuláščík, 2010). Předpokládá se, že příjemce zprávy má společný nebo podobný repertoár poznatků a tyto poznatky mu umožní porozumět tomu, co mu chce mluvčí sdělit, a také že má podobný kódovací systém (Zacharová, 2016).

**Komunikant** je osoba či skupina lidí, která vyslanou zprávu přijímá a následně ji dekoduje. Jeho vnímání je také ovlivněno podobnými okolnostmi jako u autora zprávy, tedy postoji, zkušenostmi, prožitky či vlastními záměry a cíli (Zacharová, 2016). Předpokládá se, že on i komunikátor mají společný repertoár poznatků i vyjadřovacích schopností a tím pádem i stejný způsob kódování, což je většinou iluze. Mezi významné vlastnosti komunikanta patří schopnost naslouchat, vnímat, nepřerušovat komunikátora a také pokládat rozvíjející otázky.

Dále je vhodné, aby si komunikant nedomýšlel sdělení či v něm neslyšel pouze to, co slyšet chce. Také by neměl podléhat vlivu postavení z pozice moci a neměl by mít zábrany se kdykoli zeptat, i když si nadřizený může myslet, že je neomylný (Mikuláščík, 2010).

**Komuniké** je hlavní myšlenka a zpráva, kterou komunikátor posílá druhým. Vyslaná zpráva má podobu verbálních, ale i neverbálních projevů. Sdělení musí být zakódováno a převedeno do smysluplné formy. Základní formou je kódovací jazyk, který pomáhá příjemci pochopit zprávu tak, jak jí rozumí komunikátor. I když mluvíme stejným jazykem, neznamená to, že si musíme vždy rozumět, jelikož významy některých slov mohou být odlišně chápány. Důležitou roli v komunikačním jazyku hrají procesy kódování a dekódování. Kódování závisí na znalosti jazyka, slovní zásobě, znalosti signálů, které vysílá komunikátor a také na schopnosti se přizpůsobit partnerovi, se kterým jednáme. Pomocí dekódování si příjemce interpretuje obdrženou zprávu (Mikuláščík, 2010). Velmi obtížné je například dekódování zprávy, kterou obdrží pacient od lékaře, jelikož bývá používán odborný jazyk, jehož pochopení může být pro pacienta obtížné a je zde patrná vzdělaností asymetrie. Často díky tomu dochází k různým nepochopením a špatným interpretacím obdržené informace (Ptáček, Bartůněk, 2011).

Pochopení obdržené zprávy je ovlivněno ještě mnoha dalšími faktory, jimiž jsou například kontext, komunikační prostředí či komunikační šum. Komunikační kontext je situace, při které komunikace probíhá. Kontext můžeme rozdělit na dvě složky - vnitřní a vnější. Vnitřní je to, co probíhá v nás, jak na nás zpráva působí a jak se po jejím přijetí cítíme. Vnější kontextem jsou okolnosti, které na nás působí z našeho okolí (prostor, situace, čas, lidé a jejich chování atd.). To, co na nás v kontextu působí, se označuje jako kontextová modalita a patří do ní mnoho stimulačních vlivů: čas, prostor, emoční naladění, mezilidské vztahy, stereotypy a očekávání, záměry a motivace účastníků, sociální situace, věk, pohlaví, pozice účastníků z hlediska moci či společenské role apod. (Zacharová, 2016). Důležitým prvkem, který ovlivňuje pochopení informace, je i komunikační prostředí, ve kterém se komunikace odehrává. Díky správnému prostředí můžeme navodit pocit formálnosti či reprezentativnosti, čímž ale můžeme komunikačního partnera ještě více stresovat. Součástí prostředí je i správná volba osvětlení, uspořádání místnosti či přítomnost jiných lidí (Mikuláščík, 2010).

Dalším faktorem správného přijetí zprávy je komunikační šum, což jsou signály, které se prolínají či narušují příjem sdělení. DeVito (2001) rozdělil komunikační šum do čtyř hlavních typů, které podrobněji definoval a uvedl příklady:

- fyzický šum - zdrojem šumu není komunikátor či komunikant; do této skupiny zařazujeme projíždějící auta, zvuky elektrických přístrojů, sluneční brýle apod.;
- fyziologický šum - jedná se o vlastní fyziologické bariéry mluvčího nebo posluchače; např. vady sluchu, zraku, výslovnosti či ztráta paměti atd.;
- psychologický šum - do této skupiny řadíme všechny mentální interference; psychické problémy, předpojatost, úsudky, emoční labilitu aj.;
- sémantický šum - k tomuto šumu dochází při špatném pochopení významů např. následkem odlišného jazyka, dialektu či používáním odborných termínů.

Každá komunikace obsahuje nějaký šum, a ačkoli se nedá nikdy úplně odstranit, dají se jeho účinky zredukovat (DeVito, 2001).

**Komunikační kanál** je cesta, kterou je nějaká informace posílána. Komunikace málokdy probíhá pouze prostřednictvím jednoho kanálu, ale spíše jich bývá použito souběžně více. Při rozhovoru dvou osob tváří v tvář jsou hlavním kanálem zvuky (hlasový kanál), ale také gestikulace a pohledy (zrakový kanál), zároveň můžeme cítit parfém či jiné pachové signály druhého (čichový kanál) a také si často podáváme ruku či se vzájemně dotýkáme (hmatový kanál). Za komunikační kanály můžeme považovat i ty, které komunikaci umožňují zprostředkovaně - telefon, e-mail, pošta, televize, noviny apod. (DeVito, 2001). Linhartová (2007) zmiňuje ve své publikaci, že komunikačním kanálem může být označen i prostor, v něm dochází ke komunikačním aktům (např. pokoj pacienta, ordinace, chodba aj.)

**Zpětná vazba** by měla následovat po každé komunikační sekvenci (sdělení informací). Jedná se o čas a prostor, kdy může partner reagovat, dát nám najevo, že poslouchá a dekoduje naše sdělení. Může přikyvovat, dávat najevo souhlas, pochybnosti, vyjadřovat nesouhlas nebo se vyjadřovat neverbálně pomocí mračení, krčením ramen, úsměvem apod. Vždy je lepší, když nám zpětnou vazbu poskytne verbálně, jelikož někdy si můžeme neverbální projevy špatně vyložit.

Zpětná vazba může být několika druhů:

- chápající a pozitivní - partner rozumí tomu, co mu říkáme, přijímá naše slova, myšlenky či názory a jsou mu blízké;
- chápající a neutrální - partner rozumí tomu, co mu sdělujeme, avšak neví, zda sdílí stejnou myšlenku či shodný názor;
- chápající a negativní - partner nám nejspíše rozumí, ale má jisté pochybnosti, jiný názor či zastává odlišný přístup;
- nechápající - partner nám nerozumí, požaduje další zpřesnění a vysvětlení (Plaňava, 2005).

Zpětnou vazbu je možné a užitečné poskytovat i tak, že se stručně parafrázuje informace, kterou nám poskytnul komunikační partner. Díky zpětné vazbě se pak odvíjí následná komunikace a můžeme se rozhodnout, zda budeme v komunikaci pokračovat stejně či zvolíme jiný způsob. Během komunikaci by si partneři měli průběžně sdělovat zpětné vazby a lze říci, že správně probíhající dialog by měl být výměnou mnoha zpětných vazeb (Plaňava, 2005).

#### **2.1.4 *Formy komunikace***

Nejčastější používané dělení komunikace je na verbální a neverbální. Tyto dvě formy se většinou navzájem doplňují či může jedna druhou zastupovat. Verbální a neverbální projevy mohou být i v některých situacích v rozporu, lidé často něco říkají, ale jejich chování tomu neodpovídá a vzniká tzv. dvojná vazba - rozpor mezi slovy a chováním (Zacharová, 2016). Tento rozpor vyvolává v naslouchajícím určité rozpaky, jak má chápat to, co mu bylo řečeno, nebo co se snaží mluvčí skrýt. V této situaci můžeme za věrohodnější považovat neverbální sdělení než verbální (Mikuláščík, 2010).

Někteří autoři rozdělují komunikaci ještě do tří základních skupin na komunikaci osobní (intrapersonální), interpersonální a skupinovou. Osobní komunikací se myslí vnitřní řeč každého jedince, kterou vede sám se sebou. Interpersonální komunikace probíhá například mezi dvěma jedinci a skupinová komunikace probíhá sdělováním informací k velké společenské skupině lidí (Zacharová, 2016).

### ***Verbální komunikace***

Verbální komunikace je sdělování nějaké informace pomocí řeči a ta nám umožňuje vzájemnou výměnu informací, názorů a zkušeností. Vybíral (2005) ve své publikaci uvádí, že „*verbální komunikací rozumíme dorozumívání se jedné, dvou a více osob pomocí jazyka nebo jinými znaky jazykového systému*“. Význam verbální komunikace se nedá popřít, je nezbytnou součástí sociálního života a díky ní se nejčastěji dostáváme do interakce s ostatními lidmi.

Verbální komunikaci lze dále rozdělit na mluvenou (ústní) a psanou komunikaci, také na přímou nebo zprostředkovanou či na živou a reprodukovanou. Ústní a písemná komunikace mají svá specifika a jejich využívání své kladné, ale i záporné stránky (Zacharová, 2016).

U ústní formy verbální komunikace rozlišujeme obsahovou a formální rovinu. Obsahová rovina znamená věcný obsah zprávy, která je sdělována. Formální rovina obsahovou doplňuje například tím, že komunikátor některá slova zdůrazní, změní tón hlasu, něco zpochybňuje, vyjádří svůj postoj, sympatie atd. Dále používá různé paralingvistické projevy - rychlost řeči, plynulost, hlasitost, výška hlasu apod. V určitých situacích je vhodnější využít ústní komunikaci než psanou, avšak každá má své pro a proti (Palmer, Weaver, 2000). Při ústní komunikaci můžeme získat bezprostřední zpětnou vazbu, vidět reakci komunikačního partnera, zahájit okamžitou výměnu názorů a sledovat i partnerovy mimoslovní projevy. Také můžeme při osobním kontaktu lépe přesvědčovat a zneužívat emoce. Ústní komunikace je ale těžko kontrolovatelná při větším počtu účastníků a nevýhodou je nemožnost uchování většího sdělení na pozdější dobu, často je pak vyvolána diskuze, co bylo sděleno a co nikoli a také se hůře prosazují názory za přítomnosti oponentů (Mikuláščík, 2010).

Verbální komunikaci můžeme mít také písemnou a jejím hlavním vyjadřovacím prostředkem je písmo. V některých situacích je mnohem výhodnější preferovat tento typ komunikace před ústní. Písemná forma je neodbytnou součástí například při podepisování různých smluv. Jednou z mnoha výhod je to, že příjemce má sdělení uchováno na delší dobu a může si jej zpětně přečíst, vyvolává většinou menší emoce, než bývají vyvolány při ústní komunikaci, dostatek času umožňuje přesnější sdělení a lepší vyjadřování atd. Nevýhodou je, že je poměrně obtížné změnit již jednou napsané sdělení, psaná forma bývá časově náročnější, je více formální, chybí okamžitá zpětná vazba a neumožňuje okamžitou výměnu informací (Palmer, Weaver, 2000).

### ***Neverbální komunikace***

„*Neverbální komunikace zahrnuje širokou oblast toho, co signalizujeme beze slov či spolu se slovy jako doprovod slovní komunikace*“ (Vybíral, 2005). Jedná se tedy o komunikaci beze slov, která je vývojově starší a existovala ještě dříve, než se vyvinula řeč, označujeme ji jako "řeč těla". Dá se jen velmi těžko ovládat vůlí a obtížně se skrývá, avšak někteří lidé jsou schopni ji korigovat pomocí sebeovládání (Pokorná, 2008). Neverbální komunikaci lze definovat jako „*řeč těla a řadíme do ní všechny projevy, které vysíláme, aniž bychom mluvili, i ty, kterými řeč doprovázíme*“ (Venglářová, Mahrová, 2006). Nonverbální komunikace se tedy skládá z několika složek, kterými jsou: vizika, mimika, kinetika, gestika, haptika, chronemika, proxemika, posturologie, teritorialita, paralingvistika a jiné znaky.

**Vizika** je řeč očí, mluví o tom, kam se zrovna díváme, zda se díváme přímo, jak často mrkáme, zda se nám rozšířily zornice v souvislosti s emocemi atd. Ne nadarmo se říká, že oči jsou oknem do duše a při komunikaci lze pouze z očí vyčíst mnoho zajímavých informací (Pokorná, 2008).

**Mimika** „*je komunikace prostřednictvím svalů tváře, které vyjadřují psychický stav člověka*“ (Kristová, 2009). Kromě psychického stavu člověka vyjadřuje i relativně stálý emoční výraz, který může být pro jedince charakteristický (mračení, úsměv atd.). Pomocí výrazu tváře můžeme u druhého zaznamenat, že je překvapený, šťastný, smutný, nejistý apod., avšak mimika nemusí vždy přiléhat k prožitku a dotyčný se může snažit přetvařovat (Mikuláščík, 2010).

**Kinetika** se zabývá pohyby těla a jeho částí. Studuje jednak jednotlivé pohybové projevy jedince v komunikačním procesu, ale i vzájemný soulad těchto pohybů. Kinetika se nezabývá pouze dílčími pohybovými aktivitami jednotlivce, ale také pohyby lidí při vzájemné interakci. Pokud spolu dva lidé komunikují, lze sledovat jejich harmonii či disharmonii, koordinaci či diskoordinaci, soulad či nesoulad jejich pohybů (Pokorná, 2008).

**Gestika** zahrnuje záměrné pohyby rukou, hlavy a někdy i nohou, které mohou dokreslit a posílit verbální sdělení nebo jej úplně zastoupit. Smyslem gest je také vyjádření emocí. Komunikátor i příjemce používají gesta během komunikace vědomě nebo nevědomě. Z nevědomých gest je zajímavé např. gesto při lhaní. Dítě si v takovém případě často zakrývá ústa, dospělý si při lhaní často sahá na ucho či nos (Venglářová, Mahrová, 2006).

**Haptika** je dorozumívání doteky, v mezilidské komunikaci je nejběžnějším způsobem dotykového sdělování podání ruky. Doteky mohou mít mnoho významů, mezi ně patří například vyjádření pozitivní emoce, náklonnosti či agrese. Nejčastěji se mezi sebou dotýkají ženy, méně pak muži žen a nejméně taktilních projevů sledujeme při komunikaci mezi muži (Pokorná, 2008).

**Chronemika** je charakterizována způsobem, jakým vyjadřujeme, užíváme a strukturujeme čas. Jedná se o to, jak člověk dokáže komunikovat v časových souvislostech. Důležité je efektivní využití času, dochvilnost, trpělivost v komunikaci, určení priorit atd. Čas nás v samotné komunikaci velmi ovlivňuje (Pokorná, 2008).

**Proxemika** je pojem, který označuje vzdálenost partnerů při komunikaci, především ve směru horizontálním, ale i vertikálním. Čím větší sympatie lidé mezi sebou mají, tím kratší vzdálenost při komunikaci udržují. Každý jedinec má svoji stabilní vzdálenost, kterou dodržuje a cítí se v ní nejbezpečněji (Mikuláščík, 2010). Na základě proxemiky byl definován pojem osobní zóna, což je prostor člověka, do kterého by neměli mít ostatní lidé přístup či je přístup omezen, bližší než osobní zóna je zóna intimní, dále pak společenská a nejdále zóna veřejná (Pokorná, 2008).

**Posturologie** je řeč našich fyzických postojů, držení těla a polohových konfigurací. Poloha, kterou dotyčný zaujímá, dost často vyjadřuje jeho postoj k tomu, co se kolem děje (Venglářová, Mahrová, 2006). Neverbálně tak komunikujeme držním těla, napětím či uvolněním, nakloněním, polohou rukou či nohou nebo nasměrováním celého těla. Hodnotíme nejen postoje jedince, ale také celé sociální skupiny, kdy může docházet k napodobování postojů, zrcadlení atd. (Pokorná, 2008).

**Paralingvistika** je přechodem od mimoslovních ke slovním projevům vyjadřování. Nejde však o to, co sdělujeme, ale jakým způsobem. Součástí paralingvistiky je přízvuk, slovosled, hlasitost řeči, rychlost řeči, její plynulost, intonace, kvalita apod. Akustické projevy řeči jsou výrazem osobnosti, mohou měnit význam slova, mají informační a emocionální hodnotu a vyjadřují i psychický stav komunikačního partnera (Zacharová, 2016).

### 2.1.5 *Narušená komunikační schopnost*

Termín narušená komunikační schopnost označuje poruchy řeči a komunikace a blíže specifikuje různé vady, u kterých se můžeme setkat s narušením jedné nebo více složek řeči. Nejčastěji používanou definici narušené komunikační schopnosti stanovil Lechta a ve své knize ji uvádí i Klenková (2006, s.54): „*Komunikační schopnost jedince je narušena tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jeho jazykových projevů působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru. Může jít o foneticko-fonologickou, syntaktickou, morfológickou, lexikální, pragmatickou rovinu nebo o verbální i nonverbální, mluvenou i grafickou formu komunikace, její expresivní i impresivní složku.*“

Vznik narušené komunikační schopnosti u člověka může být způsoben několika faktory, kterými jsou například:

- snížená mentální úroveň, mentální retardace;
- různé anomálie mluvních orgánů;
- motorická koordinace, obratnost mluvních orgánů;
- sluchové vnímání, poruchy sluchu;
- vliv prostředí;
- přítomnost jiných poruch a onemocnění (Klenková, 2006).

Jelikož se v této práci zabýváme konkrétně osobami s mentálním postižením, je důležité si uvědomit, že u osob s mentálním handicapem je narušení komunikační schopnosti přítomno vždy, ale v různé míře. Mezi nejčastější druhy narušení komunikační schopnosti u lidí s mentální retardací patří například dyslalie (patlavost), rinolalie (huhňavost), dysartrie, breptavost, koktavost či echolálie. U některých osob se také můžeme setkat s elektivním mutismem, který může být vázaný třeba jen na určité prostředí či osobu. Elektivní mutismus může často souviset s nástupem do školy či změnou kolektivu (Lechta, 2011).

Narušení komunikační schopnosti může být pouze přechodné nebo trvalé, také se s ním může jedinec narodit nebo jej získat až během života. Poruchy komunikační schopnosti jsou velmi variabilní, co se týče stupně obtíží i příznaků a ne všechna zhoršení se musí projevit negativně. Pomocí správné a včasné logopedické intervence lze narušení komunikace zdolat či zredukovat a předcházet komunikačním nedostatkům (Klenková, 2006).



### 2.1.6 *Alternativní a augmentativní komunikace*

Neschopnost vyjádřit své potřeby či přání je pro osoby s mentálním postižením velmi frustrující. Dochází k tomu, že se tyto osoby uzamykají do sebe a tento stav může vést k problematickému chování či až k sebepoškozování. Naštěstí existuje mnoho způsobů komunikace, kterými lze deficity v oblasti komunikace řešit. Nejčastěji využívané jsou metody alternativní a augmentativní komunikace (Bazalová, 2014).

*„Alternativní a augmentativní komunikace (AAK) je oblast klinické praxe, která se pokouší kompenzovat (po určitou dobu nebo trvale) projevy poruchy a postižení u osob se závažnými expresivními komunikačními poruchami (tj. se závažným postižením řeči, jazyka a psaní)“* (Škodová, Jedlička, 2007, s. 565). Cílem AAK je umožnit lidem se závažnými poruchami komunikace, aby byli schopni se účinně dorozumívát a reagovat na své okolí. Díky tomu se mohou aktivně účastnit života ve společnosti, lépe vyjadřovat své potřeby a přání a zapojit se do běžných denních činností.

**Augmentativní komunikace** (z lat. augmentare = rozšiřovat, podporovat) znamená rozšiřování, zlepšování, zdůraznění či utvrzení již existujících komunikačních schopností, které jsou však pro dorozumívání nedostatečné (Kejklíčková, 2016).

**Alternativní komunikace** znamená úplnou náhradu mluvené řeči pomocí jiných systémů. Nejčastěji využíváme znakovou řeč, znaky do mluvené řeči, ukazování na piktogramy, používání elektronických pomůcek a další (Šarounová, 2014).

S náhradními dorozumívacími technikami je potřeba začít tak brzy, jak je to jen možné. Základním předpokladem pro správný výběr metody AAK je podrobné vyšetření postiženého a jeho životních podmínek. Důležité je shromáždit velké množství informací od odborníků, ale i od rodinných příslušníků, kteří jsou s postiženou osobou v kontaktu denně (Škodová, Jedlička, 2007). Při výběru komunikačního postupu musíme vždy přistupovat k postižené osobě individuálně a brát v potaz její diagnózu, schopnosti, možnosti a také vývojovou prognózu. Při seznamování s metodami AAK jsou prvotně využívány reálné předměty, fotografie a obrázky, následně pak piktogramy, případně písmo, které bývá kombinováno s manuálními znaky. Při přechodu na další vyšší úroveň se vždy musíme přesvědčit, že klient dostatečně rozumí a ovládá metodu předchozí (Janovcová, 2010).

Alternativní komunikace má vždy rozšířit komunikační schopnosti konkrétního jedince a je nutné individuálně aplikovat komunikační metody a způsoby, které je vhodné vzájemně kombinovat. Metody AAK můžeme dle Šarounové (2014) rozdělit do dvou velkých skupin, na metody bez pomůcek a metody, které vyžadují určité pomůcky.

### ***Metody nevyžadující pomůcky***

Mezi metody nevyžadující pomůcky se obvykle řadí přirozené způsoby komunikace, kterým se obvykle nemusíme učit. Jedná se například o cílený pohled, kdy se postižený upřeně dívá na nějaký předmět, který chce podat. Následně střídá pohled na ošetřující osobu a předmět a takto vyjádří, že chce, aby mu jej druhá osoba podala. Dále do těchto metod patří mimika, gestika, odpovědi ano/ne na otázky, ale také komunikací akcí (např. dítě přinese matce boty, což znamená, že chce jít ven). Dále se sem řadí manuální znaky a systémy, kterým je však potřeba se předem naučit (Šarounová, 2014).

Dle Škodové a Jedličky (2007) patří mezi metody nevyžadující pomůcky:

- přirozený znakový jazyk neslyšících;
- znakovaná čeština;
- znakování klíčových slov;
- prstová abeceda (viz příloha č. 3 a č. 4);
- Lornova doteková abeceda (viz příloha č. 5);
- Cued speech, metoda Tadoma aj.

### ***Metody vyžadující pomůcky***

Metody AAK, které vyžadují ke svému používání pomůcky, můžeme rozdělit dále na netechnické pomůcky a pomůcky technické. Šarounová (2014) řadí mezi netechnické tyto metody:

- trojrozměrné zobrazení předměty;
- fotografie a komunikační tabulky z fotografií;
- grafické symboly a systémy (piktogramy, systém Bliss, symboly Makaton, PCS nebo Widgit) (viz příloha č. 6 a č. 7);
- komunikační tabulky, kartičky či knihy;

- komunikační tabulky s využitím písma;
- komunikační zážitkové deníky apod.

Dobře využitelné a potřebné jsou také metody, které využívají technické pomůcky a jejich nácvik vyžaduje dlouhodobější trénink a základní technické znalosti. Mezi metody AAK vyžadující technické pomůcky patří například:

- pomůcky se zřetelným výstupem (obrazovky se vzkazy atd.);
- pomůcky s hlasovým výstupem (hlas nahraný na komunikační pomůcku či řeč generovaná počítačem);
- počítače a tablety se speciálními softwary (Škodová, Jedlička, 2007).

Používání AAK má mnoho výhod, ale najdeme i nevýhody. Mezi výhody patří například to, že používáním AAK snížíme pasivitu mentálně postižených lidí, snáze a lépe je zapojujeme do denních činností, umožníme jim samostatné rozhodování a používáním těchto metod rozvíjíme jejich kognitivní a jazykové znalosti. Existují však i nevýhody, které se při používání AAK objevují. Vyjadřování osob pomocí těchto metod je společensky méně využitelné než mluvená řeč, metody AAK vzbuzují větší pozornost okolí a často dochází k obavám, že pokud dotyčný využívá pouze metody AAK, zamezí se u něj k rozvoji verbální komunikace (Krejčířová, 2011).

### ***2.1.7 Bariéry v komunikaci***

Každý jedinec, který komunikuje s jinými lidmi, se občas setkává s problémy, překážkami či obtížemi, které mu interpersonální komunikaci komplikují či znemožňují. Je důležité si uvědomit, o jaké problémy se jedná a naučit se je překonávat či se s nimi vyrovnat. Komunikační bariéry se snažíme odstraňovat, avšak není nutné je vnímat jako velmi závažné. Bariéry v komunikaci mohou být interní, to znamená, že jsou dány osobnostními problémy komunikujícího, a externí, které jsou rušivým elementem z okolí. Nejčastější vnitřní bariérou je obava z toho, že neuspějeme a selžeme, což na nás působí svazujícím dojmem. Naše obava se může v komunikaci projevit chvěním hlasu či sníženou kontrolou stylistiky projevu.

Dalšími bariérami mohou být emoce, které se do komunikace také promítají. Například zlost vede ke snížené sebekontrolě, bývá narušena kontrola slušného chování či úcta k ostatním. Také se setkáváme s různými sémantickými bariérami - zkomolená slova, odlišná slovní zásoba, odborná terminologie, odlišný jazyk atd. Bariérou může být i náš postoj k druhým, např. xenofobie, neúcta, povýšenectví případně nesympatie ke komunikačnímu partnerovi. Velmi nepříjemné nám může být skákání do řeči či čtení myšlenek. Mezi další interní bariéry patří také fyzické nepohodlí, nesoustředěnost, ale také zhoršený sluch, zrak či výslovnost (Mikuláščík, 2010).

Mezi externí bariéry řadíme nezvyklé prostředí, které na nás může působit rušivě a nepříjemně, také hluk či jiné vizuální rozptylování. Mohou nám vadit i demografické rozdíly ve věku či pohlaví. Při komunikaci můžeme být rušeni třetí osobou, která ani nemusí přerušovat rozhovor, ale může nám vadit její přítomnost a to, že naši konverzaci poslouchá (Mikuláščík, 2010).

## 2.2 Mentální retardace

### 2.2.1 Definice mentální retardace

Mentální retardaci lze definovat velmi obtížně, jelikož projevy mentálního postižení jsou u každého jedince individuální a velmi různorodá je také škála jeho příčin.

Samotný pojem mentální retardace vychází z latinských slov "*mens*" (mysl, duše) a "*retardare*" (opoždění, zpomalení); doslovný překlad by tedy byl "opoždění či zpomalení mysli" (Plevová, 2010). Ve skutečnosti je výklad mentální retardace podstatně složitější.

Mentální retardaci (dříve oligofrenii) lze chápat jako vývojovou poruchu rozumových schopností, která se projevuje především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností nejčastěji na základě prenatální, perinatální a časně postnatální etiologie (Valenta, 2012). Často se stává, že je mentální retardace chybně přirovnávána k demenci. Demence je zcela odlišná od mentální retardace tím, že se jedná o důsledek poškození mozku až v průběhu života jedince, zpravidla po druhém roce života. Demence bývá velmi často následkem různých onemocnění a úrazů mozku u staršího jedince, při kterých dojde k narušení, zastavení nebo zvrácení jeho vývoje (Cohen, 2000).

Jako nepřesnější výklad pojmu mentální retardace je používána definice dle MKN-10 (2000), která zní takto: "*Mentální retardace je stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován především narušením schopností projevujících se v průběhu vývoje a podílejících se na celkové úrovni inteligence. Jedná se především o poznávací, řečové, motorické a sociální dovednosti. Mentální retardace se může vyskytnout s jakoukoliv jinou duševní, tělesnou či smyslovou poruchou anebo bez nich. Jedinci s mentální retardací mohou být postižení celou řadou duševních poruch, jejichž prevalence je třikrát až čtyřikrát častější než v běžné populaci. Adaptivní chování je vždy narušeno, ale v chráněném sociálním prostředí s dostupnou podporou nemusí být toto narušení u jedinců s lehkou mentální retardací nápadné.*" (Valenta, 2012).

### 2.2.2 *Etiologie mentální retardace*

Ke vzniku mentální retardace může vést celé řada různorodých příčin, které se mohou vzájemně podmiňovat, prolínat nebo spolupůsobit. Ve většině případů není tedy možné určit přesně, kdo "zavinil", že je dítě mentálně postižené.

Nejčastěji se příčiny mentálního postižení dělí podle časového hlediska na prenatální, perinatální a postnatální. Z mnoha výzkumů vyplynulo, že mentální retardace může být způsobena jak příčinami endogenními (vnitřními), tak příčinami exogenními (vnějšími). Vnitřní příčiny nalezneme již na úrovni pohlavních buněk, jejichž následným spojením vzniká nový jedinec, jedná se tedy o příčiny genetické. Vnější příčiny mohou působit na plod již od samotného početí, v průběhu těhotenství, porodu a v raném poporodním období (Michalík, 2011). Samotné vnější faktory mohou, ale nemusí být prvotní příčinou poškození mozku plodu či dítěte, ale mohou hrát také jen roli činitele spouštějícího projevy, které byly již v genetické výbavě plodu (Švarcová, 2011).

Slowík (2016) uvádí, že jednoznačně můžeme určit příčiny mentální retardace u syndromů, které jsou vyvolány genetickými poruchami (genové mutace, chromozomální odchylky). Mezi nejznámější chromozomální aberace patří Downův syndrom (trizomie 21). Mentální retardace se vyskytuje i u dalších genetických odchylek, jimiž jsou například Turnerův syndrom, Klinefelterův syndrom aj.).

Mezi další příčiny mentální retardace patří například následky různých infekcí a intoxikací matky v období těhotenství nebo pozdější postižení samotného plodu (dítěte). V prenatálním období se jedná např. o toxoplazmózu, zarděnky, CMV, pásový opar, syfilis, otravu olovem aj. Jako nejčastější postnatální příčina je popisován zánět mozku způsobený mikroorganismy, který probíhá například u klíšťové encefalidity, meningitidy či meningoencefalitidy. Mezi jiné příčiny patří také následky úrazů či jiných fyzikálních vlivů, kdy může dojít např. během porodu k mechanickému poškození mozku a k následné novorozenecké hypoxii. Dalšími původci mentální retardace jsou poruchy výměny látek, růstu a výživy u jedince (fenylketonurie, hypotyreóza, glykogenóza atd.), makroskopické léze mozku (novotvary, postnatální skleróza atd.), nemoci a stavy způsobené jinými prenatálními vlivy (kraniostenóza, vrozený hydrocefalus, mikrocefalie a další) (Švarcová, 2011).

Snížení intelektových schopností může zapříčinit i senzoričká, citová a sociokulturní deprivace dětí vyrůstajících v nepřátelském, odcizeném, nepodnětném rodinném prostředí či dětí v institucionální péči. Pokud ovšem dojde včas k nasycení potřeb dítěte, intelektový deficit se může upravit zpět na normální hodnotu. V tomto případě tedy nelze stanovit mentální retardaci jako trvalou poruchu intelektu dítěte (Michalík, 2011).

### **2.2.3 Možnosti prevence vzniku mentální retardace**

Spektrum příčin vzniku mentální retardace je velmi široké, ale i v tomto případě se můžeme setkat s několika preventivními opatřeními, pomocí kterých se lze možnosti vzniku mentální retardace omezit či zabránit. Mezinárodní liga společností pro mentálně postižené (ILSMH) formulovala deset zásad, jejichž dodržováním je možné omezit vznik mentálního postižení u dítěte. Tyto zásady uvádíme ve zkrácené verzi:

1. Žena by měla navštívit svého lékaře nejméně tři měsíce před plánovaným otěhotněním. Lékař jí může doporučit různá opatření, která podporují narození zdravého dítěte (očkování, dieta, vitamíny, cvičení apod.)
2. Nastávající matka by měla jíst správně vyváženou stravu, která by měla být rozmanitá a měla by obsahovat maso, ryby, zeleninu, ovoce, chléb, obiloviny a mléčné výrobky.
3. V průběhu těhotenství by žena neměla pít žádné alkoholické nápoje.
4. Těhotná se včas měla chránit očkováním, zejména proti zarděnkám a hepatitidě typu B, vhodné je i přeočkování proti spalničkám.
5. V průběhu těhotenství nekouřit, jelikož kouření omezuje vývoj dítěte.
6. U těhotných žen starších 35 let je nezbytně nutná návštěva genetické poradny. Vyšetření genů je dobré také v případě, pokud má některý z partnerů v rodinné anamnéze genetické onemocnění či pokud žena prodělala několik potratů.
7. Důležité je vyvarovat se užívání léků, vyjma těch, které předepsal ošetřující lékař. Jiné léky je nutné před užíváním nejprve konzultovat s lékařem.
8. Vyvarovat se RTG záření, jelikož RTG paprsky mohou dítě poškodit.
9. Vyhybat se infekčním onemocněním.
10. Pravidelně navštěvovat svého lékaře, jelikož odbornou lékařskou péčí nelze ničím jiným nahradit. Některé abnormality je možné díky tomu včas odhalit, či je upravit nebo alespoň snížit jejich výskyt (Švarcová, 2011).

### **2.2.4 Diagnostika mentální retardace**

Diagnostika mentální retardace je dlouhodobý proces, během kterého absolvuje jedinec velké množství různých vyšetření. Ke stanovení diagnózy mentální retardace využíváme psychologické vyšetření kognitivních funkcí (intelektové, paměťové, exekutivní, vývojové a jiné škály), posuzujeme adaptivní chování jedince a hodnotíme míru zvládnutí běžných sociokulturních nároků (Valenta, 2012). Významnou část psychologického vyšetření tvoří standardizované testy inteligence (IQ testy). Inteligenční kvocient je vypočítáván poměrem mezi věkem mentálním (pomocí testových úloh) a věkem kalendářním a tento výsledek je vynásoben stem.

Vyšetření a diagnostikování dětí s mentální retardací by měli provádět jen zkušení a kvalifikovaní pracovníci na specializovaných pracovištích, jelikož je nezbytně nutné, aby diagnostika byla velmi komplexní a přesná. Diagnóza mentální retardace je velice závažná a výrazně ovlivňuje další život dítěte a celé jeho rodiny (Švarcová, 2011).

Je prokázáno, že v průběhu času se mohou snížené hodnoty IQ a sociální přizpůsobivost pomocí pravidelného cvičení a důslednou rehabilitací zlepšovat. Je nutné, aby tedy stanovená diagnóza odpovídala současnému stavu duševních funkcí (Plevová, 2010).

### **2.2.5 Formy a projevy mentální retardace**

Mentální retardaci nejčastěji určujeme a rozdělujeme do několika kategorií podle standardizovaného skóre IQ, které určuje míru rozumových schopností jedince. Podle klasifikace MKN se mentální retardace dělí do šesti základních stupňů: lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace a nespecifikovaná mentální retardace (Švarcová, 2011).

Avšak se nemůžeme při diagnostice řídit pouze podle tohoto klasifikačního systému, jelikož operuje převážně jen s jedním kritériem a vytvořené kategorie nejsou přesně ohraničeny. Také tento klasifikační systém nepočítá s nerovnoměrností v postižení jednotlivých stránek osobnosti, která je pro mentální retardaci typická. Stanovení sníženého inteligenčního kvocientu je považováno proto pouze za orientační diagnostické kritérium, přičemž je třeba hodnotit i ostatní schopnosti retardované osoby, zejména její sociální přizpůsobivost či kulturní a rodinné zázemí (Vágnerová, 2012).



### ***Lehká mentální retardace (IQ 50 - 69, dříve debilita)***

Do této skupiny patří převážná většina lidí (přibližně 80-85%), kteří mají diagnostikovanu mentální retardaci a jejich mentální věk se pohybuje na úrovni 10-11 let. Tito jedinci respektují základní pravidla logiky, ale nejsou schopni abstraktního myšlení a v jejich verbálním projevu chybí většina abstraktních pojmů (Vágnerová, 2012). Navzdory tomu zvládá většina těchto jedinců podobný život jako ostatní zdraví lidé. Převážná část z nich je schopna dosáhnout úplné nezávislosti na druhé osobě, i když vývoj sebeobsluhy bývá oproti normě opožděný. Lidé s lehkou mentální retardací jsou samostatní v osobní péči (stravování, mytí, oblékání, hygiena atd.) a většinou zvládají i praktické denní činnosti. Hlavní potíže se u nich většinou projeví při teoretické práci ve škole a ve většině případů nejsou schopni zvládnout základní školní docházku. V dospělosti jsou pracovně začlenitelní, avšak potřebují neustálou kontrolu a dohled a práce musí vyžadovat spíše praktické schopnosti než teoretické znalosti (Švarcová, 2011).

### ***Středně těžká mentální retardace (IQ 35 - 49, dříve imbecilita)***

Tento stupeň mentálního postižení vzniká nejčastěji na základně poškození CNS, oproti lehké mentální retardaci ho většinou nezpůsobuje dědičnost v kombinaci s nepodněným prostředím (Bazalová, 2014). Středně těžká mentálně retardace je diagnostikovaná přibližně u 10% postižených a mentální věk u těchto lidí se nachází v pásmu 4 až 8 let. Tito jedinci mají výrazně omezené chápání a užívání řeči, podobně jsou také omezeny schopnosti v oblasti osobní péče a celková zručnost, z tohoto důvodu je pouze velmi zřídka možné, aby zvládli žít samostatně. Většina takto postižených bývá mobilní, schopna samostatné chůze a aktivní, často se však u nich vyskytují různá tělesná postižení a neurologická onemocnění, zejména epilepsie. Při kvalifikovaném pedagogickém vedení jsou tito lidé schopni se naučit číst, psát a počítat. V dospělosti většinou mohou vykonávat jednoduchou manuální práci pod odborným dohledem, často bývají zaměstnáni v chráněných dílnách. (Švarcová, 2011). K tomuto typu mentálního postižení se již často přidružují další vady a onemocnění, jako například mozková obrna, epilepsie, autismus atd. U těchto lidí jsou časté nepřiměřené afektivní reakce a emocionální labilita (Bazalová, 2014).

### ***Těžká mentální retardace (IQ 20 - 35, dříve idioimbecilita, prostá idiocie)***

Tato kategorie zahrnuje asi 5% osob s mentální retardací, jejichž mentální věk se nachází v pásmu 18. měsíců až 3,5 roku. Těžká mentální retardace se velmi podobá středně těžké mentální retardaci, avšak je zde ještě více patrné zhoršení všech schopností. Děti s tímto typem mentální retardace zpravidla nezvládají ani základní školní dovednosti a školní trivium se nikdy nenaučí. Většina z nich je nevzdělatelná, ale dají se nějakým způsobem vychovat. V dospělosti jsou plně závislí na péči druhých.

U těchto jedinců se setkáváme již s různými stupni poruchy motoriky či jinými přidruženými vadami. Avšak za pomoci systematické, včasné a kvalitní rehabilitační, výchovné a vzdělávací péče je možné jejich motoriku, rozumové schopnosti či jejich samostatnost rozvíjet a zlepšit tak celkovou kvalitu jejich života (Švarcová, 2011).

### ***Hluboká mentální retardace (IQ do 19, dříve idiocie, vegetativní idiocie)***

Postižení hlubokou mentální retardací tvoří necelé 1% z celé mentálně retardované populace a jejich mentální věk je nižší než 18 měsíců (Švarcová, 2011). Jedná se o velmi těžké celkové postižení organismu, který většinou postupně selže následkem přidružených vad srdce, plic a dalších orgánů. Častá jsou také poškození zraku a sluchu. (Bazalová, 2014). Možnost výchovy a vzdělávání těchto jedinců je velmi omezená, příležitostně se však dá rozvíjet do jisté míry alespoň jejich motorika či právě komunikační dovednosti. Většina osob v této kategorii je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu. Často bývají inkontinentní, nejsou schopni o sebe pečovat a vyžadují stálou pomoc a dohled. Velmi často mají neurologické nedostatky, trpí epilepsií nebo poškozením sluchového či zrakového vnímání (Švarcová, 2011).

### ***Jiná mentální retardace***

Tato kategorie mentální retardace je užívána jen v případě, pokud je patrné, že intelektové schopnosti jsou výrazně sníženy a retardace je zjevná, ale vzhledem k těžkému kombinovanému postižení nebo závažným poruchám chování či autistickým projevům nelze její stupeň pomocí obvyklých metod spolehlivě určit (Švarcová, 2011).

### ***Nespecifikovaná mentální retardace***

Pokud není možné jedince zařadit ani do jedné z výše uvedených kategorií a zároveň je u něj diagnostikována mentální retardace a mentální deficit nejasné etiologie, používáme pro zařazení kategorii nespecifikované mentální retardace (Švarcová, 2011).

Dříve bylo mentální postižení, které vzniklo v prenatálním, perinatálním a časně postnatálním období, označováno jako oligofrenie a bylo rozděleno do třech kategorií - debilita, imbecilita a idiocie (Hartl, Hartlová, 2015). Od těchto pojmů se již upustilo, byly nahrazeny výše zmíněnými novějšími označeními a došlo k přesnějšímu rozdělení.

### ***2.2.6 Terapie a péče o mentálně retardované***

Je důležité si znovu připomenout, že mentální retardace je vrozená a dítě se již od narození nevyvíjí standardním způsobem. Na rozdíl třeba od demence, která vzniká později a schopnosti, které již jedinec má, ubývají. Mentální retardace je také trvalá a nelze ji vyléčit, avšak je možné pomocí výchovných, výukových a terapeutických vlivů pozorovat určitá zlepšení (Vágnerová, 2012). Léčba je možná pouze u některých jednoznačně definovaných onemocnění, jako je např. fenyلكetonurie či hypotyreóza. Dříve byly užívány různé hypofyzární implantáty, nootropní psychofarmaka, akupunktura, velké dávky vitamínů atd., ale nikdy nedošlo k podstatnému ovlivnění retardace u většího množství nemocných (Zvolský, 2003).

Jednou z nejdůležitějších složek celostní péče o mentálně handicapované je práce s rodinou. I rodiče, sourozenci a ostatní příbuzní mohou prožívat tuto situaci jako stresovou a mnohdy také potřebují pomoc. K tomuto účelu je vhodné rodinná terapie a s dobrým ohlasem se setkává i účast rodičů v nějaké svépomocné skupině pro rodiče mentálně postižených, kde si rodiče vzájemně poskytnou oporu, sdílí podobné problémy a předávají si užitečné informace a zkušenosti (Vágnerová, 2012).

Z psychoterapeutických technik se nejčastěji setkáváme s kognitivně-behaviorální terapií, jejímž cílem je potlačení nežádoucích projevů a rozvoj důležitých dovedností a návyků. V případě jen lehce postižených lze použít i skupinovou terapii, která pomáhá ke zlepšení sociálního chování. Vhodná je také socioterapie, která pomáhá začlenit mentálně postiženého jedince do společnosti a pomáhá ulevit pečující rodině. Tato podpora může mít různý charakter, může jít o sociální dávky, pomoc osobní asistenta či docházení klienta do denního stacionáře apod. (Vágnerová, 2012).

Podpůrnou a doplňkovou součástí péče je farmakoterapie, která se používá např. ke korekci poruch chování či ke zlepšení koncentrace a pozornosti. Při podávání psychofarmak u mentálně postižených je potřeba počítat se vznikem velkého množství nežádoucích účinků, s citlivostí CNS, dyskinéz či s výskytem epileptických záchvatů. Vzhledem k častým poruchám polykání a obtížím při přijímání léků, jsou vhodné léky v kapkové formě a dávky léků je nutné pozorně sledovat a měnit dle stavu pacienta (Zvolský, 2003).

## 2.3 Komunikace s lidmi s mentální retardací

Mentální postižení nezahrnuje pouze intelekt jedince, jak se řada lidí mylně domnívá, ale postihuje kompletně celou osobnost. I když se mentální retardace projevuje především v oblasti myšlení, mívá většinou mnoho doprovodných jevů, kterými jsou například změna reaktivity, zvýšená unavitelnost, porucha koncentrace a pozornosti, nižší kapacita paměti a celkový pokles výkonnosti (Pipeková, 2010).

U lidí s mentální retardací je vždy ovlivněna také schopnost komunikace, i když je to u každého jedince velmi odlišné a obtíže v komunikaci jsou v různém rozsahu. Některé problémy v dorozumívání jsou způsobeny samotným mentálním handicapem, kdy se setkáváme nejčastěji s omezenou slovní zásobou, sníženou schopností porozumění složitějším sdělením či s různými odlišnostmi v tvarech slov či stavbě vět. Často také můžeme u mentálně retardovaných shledat kombinaci mentálního postižení a jiných vad či poruch, které mají vliv na komunikační schopnosti jedince. Jedná se například o poruchy autistického spektra a časté jsou také vady sluchu či řeči (Slowík, 2010).

### 2.3.1 *Specifika komunikace s lidmi s mentální retardací*

#### *Lehká mentální retardace*

Lidé s lehkou mentální retardací bývají většinou schopni užívat řeč účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci a dokážou se účastnit rozhovoru bez větších potíží, i když si samotnou mluvu osvojují opožděně, ale dorozumíme se s nimi ve většině případů bez výrazných problémů. Respektují základní pravidla logiky, ale nedokážou myslet abstraktně a v jejich projevu chybí většina abstraktních pojmů (Vágnerová, 2012). Většina takto postižených jedinců má problémy se čtením, psaním, mají zhoršenou schopnost vyjadřování či nesprávnou výslovnost některých hlásek (dyslalie). Jejich vyjadřování bývá trochu jednodušší, ne vždy gramaticky správné a zpravidla mívají menší slovní zásobu, tak se často stává, že některým složitějším sdělením hůře porozumí nebo jim neporozumí vůbec. Obecně jsou lidé s lehkou formou mentální retardace velmi podobní lidem s normální inteligencí (Slowík, 2010).

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

U jedinců ve středně těžkou mentální retardací je velmi výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči. Někteří jsou schopni si osvojit základy čtení, psaní a počítání, ale pouze při kvalifikovaném pedagogickém vedením. K tomu slouží speciální vzdělávací programy, které mohou těmto osobám poskytnout příležitost k rozvíjení jejich schopností (Slowík, 2010). Úroveň rozvoje řeči je u těchto jedinců velmi variabilní. Někteří jsou schopni jednoduché konverzace, zatímco jiní dokážou jen stěží hovořit o svých základních životních potřebách nebo se nenaučí mluvit vůbec. Ti, kteří se mluvit naučí, disponují však velmi omezenou slovní zásobou, často mají velmi závažné vady výslovnosti a nedovedou se gramaticky správně vyjadřovat, což většinou komplikuje možnost porozumět jejich sdělení (Vágnerová, 2012). Pro zlepšení komunikace je dobré využívat alespoň některé prvky augmentativní komunikace (gestikulace, názorné předměty, obrázky). Velký význam mají i taktilní formy dorozumívání (doteky, objetí, pohlazení atd.), které mohou pro většinu lidí znamenat až nepříjemné narušení osobní zóny, avšak napomáhají k vytvoření dobré komunikační atmosféry.

### ***Těžká mentální retardace***

S lidmi s těžkou mentální retardací se prakticky nelze domluvit běžnou řečí. V ojedinělých případech jsou schopni ještě srozumitelně komunikovat pomocí pár slov, ale častěji komunikují pouze vydáváním zvuků, pomocí dotyků, gestikulací, ukazováním na předměty apod. (Vágnerová, 2012). Při komunikaci s takto postiženými jedinci je nutné využívat alternativní metody komunikace, kterými jsou například piktogramy či jiné obrázkové systémy (Makaton, komunikační tabulky apod.) Komunikace na této úrovni vyžaduje již značnou dávku trpělivosti a znalostí (Slowík, 2010).

### ***Hluboká mentální retardace***

Pipeková (2006) ve své knize uvádí, že tito jedinci jsou velmi těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům nebo instrukcím a následně jim vyhovět. Řeč se u nich vůbec nerozvíjí, osoby s hlubokou mentální retardací vyluzují pouze skřeky bez emocionálního podkladu a jsou schopni pouze základní a velmi jednoduché neverbální komunikace. Chápání a používání řeči je v nejlepším případě omezeno pouze na reakce na ty nejjednodušší požadavky.

Hlavním problémem u těchto lidí je už samo setkáním s někým jiným. Vzhledem k závažnému postižení mozku bývají tito lidé většinou imobilní a zcela závislí na pomoci druhých. Avšak je prokazatelně možné s nimi komunikaci navázat, a tím i zvýšit kvalitu jejich života.

Základní sdělení klienta lze zachytit pomocí různých speciálních metod (např. metoda bazálního dialogu), přičemž využíváme především nonverbální projevy klienta (dýchání, napětí svalstva, pohyby očí, končetin atd.). Tyto projevy je nutné se naučit správně rozpoznat a dekodovat a dorozumívání s takto těžce handicapovanými osobami je velmi náročné a vyžaduje dlouhodobou a intenzivní práci (Slowík, 2010).

Samostatnou kapitolu tvoří pacienti s diagnostikovanou jinou mentální retardací. U těchto lidí je stanovení stupně intelektové retardace velmi obtížné či dokonce nemožné. Často u nich totiž dochází ke kombinaci mentálního postižení s jinými vadami a poruchy či omezení v oblasti komunikace jsou tedy velmi individuální. Zpravidla má smysl se v komunikaci s nimi vydat cestou tzv. totální komunikace, při které využíváme všechny dostupné a použitelné komunikační techniky s jediným cílem se dorozumět (Slowík, 2010).

### **2.3.2 *Chyby v komunikaci s lidmi s mentální retardací***

Nejčastější chybou v komunikaci s člověkem s mentální retardací je hovořit s dospělým jako s dítětem. Dochází při tom k projevu nerespektování důstojnosti a postiženému člověku není projevována stejná úcta jako k ostatním zdravým lidem (Michalík, 2011). Projevuje se to především v tom, že handicapované osobě tykáme, používáme neadekvátní výrazy a často se v komunikaci soustředíme spíše na doprovod postiženého, i když se jednání týká primárně osoby s postižením atd. V komunikaci nepoužíváme rozvětvená souvětí, nýbrž jen jednoduché věty, které ještě podpoříme řečí těla a různými posunky (Vočka, 2012).

### 2.3.3 *Zásady komunikace s lidmi s mentální retardací*

Doporučení, která nám mohou usnadnit komunikaci s člověkem s mentálním postižením, se mohou velmi lišit podle konkrétní diagnózy a hloubky postižení. Pokud se lze s mentálně handicapovaným člověkem vůbec domluvit, musíme u něj počítat nejčastěji s narušenou komunikací v oblasti fonemického sluchu (rozlišování podobných hlásek), artikulace (výslovnosti hlásek a slov) a obsahu samotného sdělení - porozumění i vlastního vyjadřování (Ludíková, 2005).

Profesor Milan Valenta a odborníci z občanského sdružení SPOLU Olomouc vytvořili několik rad, které jsou vhodné pro přístup k lidem s mentální retardací:

- Chovejte se k lidem s mentální retardací adekvátně jejich věku.
- Pamatujte si, že ne všechny osoby s mentálním postižením mají problémy v komunikaci a ne všichni lidé, kteří komunikační problémy mají, mají zároveň mentální handicap.
- Věnujte čas tomu, abyste vytvořili bezpečnou atmosféru a vybudovali důvěru.
- Aktivně naslouchejte, nepřerušujte partnera v rozhovoru, udržujte oční kontakt a dejte najevo svůj zájem a ochotu komunikovat.
- Pokud partnerovi špatně rozumíte, je jeho sdělení dlouhé či příliš rychlé, tak jej přerušujte citlivě a pomalu.
- Mluvte tváří v tvář, pomalu, zřetelně a konkrétně, nepoužívejte složitá, abstraktní a cizí slova či příliš rozvitá souvětí.
- Nedávejte mnoho informací najednou.
- Využívejte nejprve otevřených otázek. V případě, že vám partner nerozumí, můžete mu nabídnout výběr z několika možností.
- Dejte partnerovi vždy dostatek času na odpověď, nebojte se ticha.
- Ověřujte si v průběhu rozhovoru, zda vám partner správně rozumí.
- Pokud druhému nerozumíte, zeptejte se znovu. Pokud stále nerozumíte, požádejte o vysvětlení jiným způsobem.
- Když upadá pozornost partnera, rozhovor přerušete nebo jej ukončete stručným shrnutím a závěrem toho, co již bylo řečeno (Vočka, 2012).



### 3 EMPIRICKÁ ČÁST

V této části práce jsou uvedeny stanovené cíle práce, pracovní hypotézy a jejich následná analýza. Dále je také popsána metodika, organizace šetření a způsob zpracování dat. Následuje charakteristika zkoumaného vzorku respondentů a v neposlední řadě prezentace a interpretace výsledků statistické analýzy dat získaných prostřednictvím nestandardizovaného dotazníkového šetření, které probíhalo na odděleních lůžkové péče ve Fakultní nemocnici v Motole.

#### 3.1 Cíle a pracovní hypotézy

Záměrem této bakalářské práce je hodnocení znalostí a zkušeností sester v oblasti komunikace s pacienty s mentální retardací na odděleních lůžkové péče ve Fakultní nemocnici v Motole. Plnění stanovených cílů proběhlo na základě zpracování a statistické analýzy dat získaných prostřednictvím nestandardizovaného dotazníkového šetření. K naplnění tohoto záměru práce byly stanoveny následující cíle:

1. Pomocí nestandardizovaného dotazníkového šetření zjistit úroveň znalostí sester o komunikaci, mentální retardaci a o zásadách komunikace s pacienty s tímto handicapem.
2. Zjistit, jaké zkušenosti mají sestry s tímto specifickým typem pacientů.
3. Analyzovat nejčastější problematické oblasti v komunikaci sester s pacienty s mentální retardací a zmapovat nejčastější komunikační postupy a metody, které sestry při komunikaci s pacienty s mentální retardací používají.
4. Získaná data roztřídit a provést jejich primární a statistickou analýzu.

K výše stanoveným cílům byly zformulovány pracovní a statistické hypotézy, jejichž platnost byla ověřena statistickým zpracováním.

#### **Pracovní hypotézy:**

**Hypotéza č. 1:** Usuzujeme, že větší znalosti v oblasti komunikace a mentální retardace mají sestry, které pracují na odděleních pro děti než sestry pracující na odděleních pro dospělé pacienty.

**Hypotéza č. 2:** Lze předpokládat, že sestry, které pracují na lůžkových odděleních pro děti, se s pacienty s mentální retardací setkávají častěji než sestry na odděleních pro dospělé.

**Hypotéza č. 3:** Lze usuzovat, že sestry pracující na odděleních pro dospělé považují v komunikaci s mentálně retardovanou osobou za nejvíce problematickou jinou oblast než sestry pracující na odděleních pro děti.

**Hypotéza č. 4:** Usuzujeme, že při hospitalizaci pacienta s mentální retardací je pro sestry více problematické provádění ošetrovatelských výkonů než edukace nemocného.

**Hypotéza č. 5:** Domníváme se, že sestry, které pracují na odděleních pro děti, mají častěji na svých pracovištích pomůcky určené k usnadnění komunikace s mentálně retardovanými pacienty než sestry na odděleních pro dospělé pacienty.

#### **Statistické hypotézy:**

**1H<sub>0</sub>:** Neexistuje statisticky významná souvislost mezi vzděláním respondentů a množstvím znalostí o komunikaci a mentální retardaci.

**1H<sub>A</sub>:** Existuje statisticky významná souvislost mezi vzděláním respondentů a množstvím znalostí o komunikaci a mentální retardaci.

**2H<sub>0</sub>:** Neexistuje statisticky významná souvislost mezi délkou praxe respondentů a sebehodnocením jejich vlastních znalostí v oblasti komunikace s pacienty s mentální retardací.

**2H<sub>A</sub>:** Existuje statisticky významná souvislost mezi délkou praxe respondentů a sebehodnocením jejich vlastních znalostí v oblasti komunikace s pacienty s mentální retardací.

**3H<sub>0</sub>:** Neexistuje statisticky významná souvislost mezi věkem respondentů a hodnocením nejproblematictější oblasti ošetrovatelské péče.

**3H<sub>A</sub>:** Existuje statisticky významná souvislost mezi věkem respondentů a hodnocením nejproblematictější oblasti ošetrovatelské péče.

**4H<sub>0</sub>:** Neexistuje statisticky významná souvislost mezi typem pracoviště respondentů a vybaveností oddělení pomůckami.

**4H<sub>A</sub>:** Existuje statisticky významná souvislost mezi typem pracoviště respondentů a vybaveností oddělení pomůckami.

## 3.2 Metodika šetření

Data k této bakalářské práci byla získána prostřednictvím nestandardizovaného dotazníkového šetření. Jedná se o kvantitativní metodu sběru dat. K získání požadovaných dat byl použit strukturovaný dotazník, který je uveden v přílohové části práce (viz příloha č. 1). Dotazník byl sestaven na základě prostudování dané problematiky z odborných zdrojů a respondentům byl vydáván v tištěné formě.

Před vlastní distribucí dotazníků k respondentům bylo nejprve provedeno pilotní šetření k ověření srozumitelnosti jednotlivých položek v dotazníku. Prostřednictvím tohoto šetření u sester z neurochirurgického oddělení FNM bylo zjištěno, že některé otázky byly pro respondenty problematické a hůře srozumitelné. Na základě odborné konzultace a doporučení vedoucí práce byly otázky přeformulovány a dotazník byl upraven do aktuální podoby a následně rozdán v tištěné podobě respondentům k vyplnění.

Dotazník se skládá celkem z 26 otázek, které byly položeny uzavřenou, polootevřenou či otevřenou formou. V úvodu dotazníku byly zjišťovány nejprve základní informace o respondentech jako pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání či délka jejich praxe. Následující otázky jsou věnovány tomu, zda se sestry při své práci setkaly s pacientem s mentální retardací a jak často se s nimi setkávají na svém pracovišti. V dalších otázkách zjišťujeme teoretické znalosti sester v oblasti komunikace a mentální retardace. Následující položky v dotazníku hledají nejčastější problémy v komunikaci s pacienty s mentální retardací, mapují problémové oblasti komunikace i ošetrovatelské péče a zjišťují, co by mohlo sestřím v komunikaci s těmito pacienty pomoci. Dále v tomto šetření zjišťujeme, zda sestry používají na svých odděleních nějaké pomůcky, které jim komunikaci usnadní a zda se řídí některými pravidly komunikace s mentálně retardovanými osobami.

### 3.3 Organizace šetření

Vlastní šetření proběhlo na lůžkových odděleních pro děti a dospělé ve Fakultní nemocnici v Motole a bylo provedeno v období od listopadu roku 2017 do konce února roku 2018. Samotné distribuci dotazníků mezi sestry předcházelo podání a následné schválení žádosti o provedení dotazníkového šetření Náměstkyní pro ošetrovatelskou péči paní Mgr. Janou Novákovou, MBA (viz příloha č. 2).

Dotazníky byly respondentům distribuovány prostřednictvím vrchních a staničních sester v přesném množství podle počtu sester pracujících na vybraných lůžkových odděleních. V rámci průzkumného šetření bylo rozdáno celkem 284 dotazníků, jejichž návratnost byla 157 dotazníků (55%). Návratnost dotazníků je detailně uvedena v následujících tabulkách.

*Tabulka 1 Návratnost dotazníků - dětská část*

<b>DĚTSKÁ ČÁST</b>			
<b>Oddělení</b>	<b>Počet rozdaných</b>	<b>Počet navracených</b>	<b>Návratnost v %</b>
Ortopedie	21	12	57%
Neurologie	28	25	89%
KDHO	45	18	40%
ORL	27	12	44%
Kardiocentrum	30	12	40%
<b>Celkem</b>	<b>151</b>	<b>79</b>	<b>52%</b>

*Tabulka 2 Návratnost dotazníků - dospělá část*

<b>DOSPĚLÁ ČÁST</b>			
<b>Oddělení</b>	<b>Počet rozdaných</b>	<b>Počet navracených</b>	<b>Návratnost v %</b>
Ortopedie	26	15	58%
Neurologie	40	24	60%
Onkologie	13	9	69%
ORL	24	14	58%
Kardiologie	30	16	53%
<b>Celkem</b>	<b>133</b>	<b>78</b>	<b>59%</b>

Vyplněné dotazníky byly poté po dohodě s vrchními či staničními sestrami ve stanoveném termínu osobně vyzvednuty na odděleních. Zkoumaný vzorek byl dostačující ke zpracování dat a následně k primární a statistické analýze.

### **3.4 Zpracování dat**

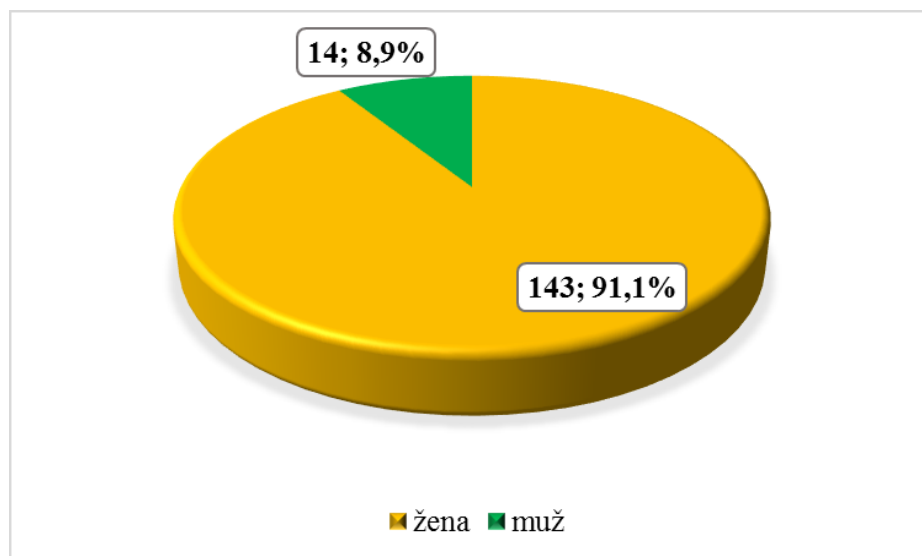
K základnímu třídění a zpracování dat z dotazníkového šetření byl použit program Microsoft Office Excel 2007, ve kterém byla vytvořena tabulka a následně vložena data z průzkumného šetření. Data zpracovaná tímto způsobem byla vložena do programu Statistika CZ 12, pomocí tohoto statistického programu byla provedena statistická analýza dat. Pro zjišťování souvislostí v hypotézách jsme použili Pearsonův chí kvadrát. Dosaženou statistickou významnost jsme porovnávali s konvenční hodnotou hladiny významnosti  $\alpha = 0,05$ . V případě, že jsme dosáhli vyšší hodnoty  $p$  než  $0,05$  ( $p > \alpha$ ), přijali jsme nulovou hypotézu. V případě, že byla dosažená hodnota nižší ( $p < \alpha$ ), nulovou hypotézu jsme zamítli a přijali jsme hypotézu alternativní.

### 3.5 Charakteristika a popis zkoumaného vzorku

V této části je hlavním cílem popsat a charakterizovat soubor respondentů, kteří se dotazníkového šetření zúčastnili. Charakteristiku respondentů určujeme na základě socio-demografických otázek uvedených v první části dotazníku, kde zjišťujeme jejich pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, délku praxe a pracoviště, na kterém pracují.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 157 sester pracujících na lůžkových odděleních Fakultní nemocnice v Motole.

**Otázka č. 1:** Uved'te Vaše pohlaví:

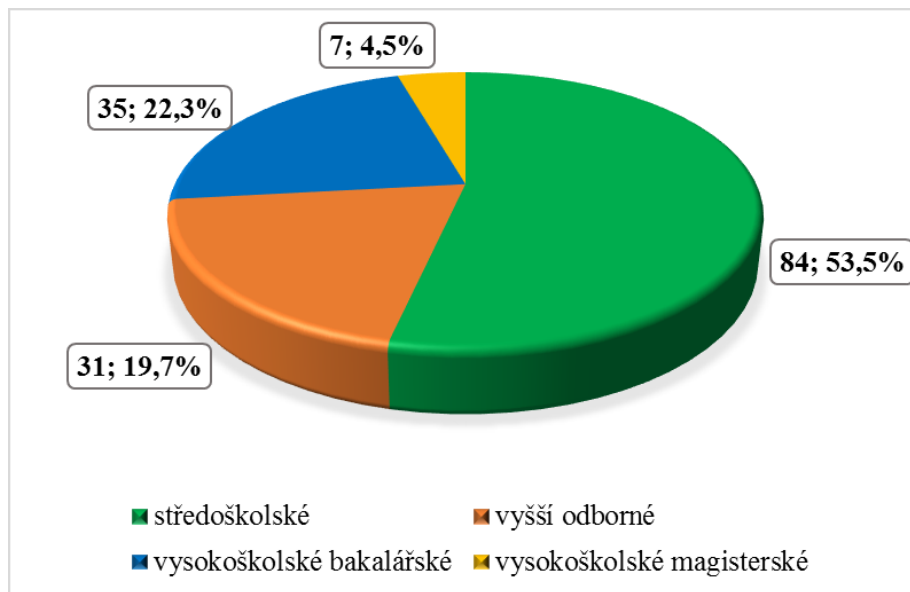


Obrázek 1 Pohlaví respondentů

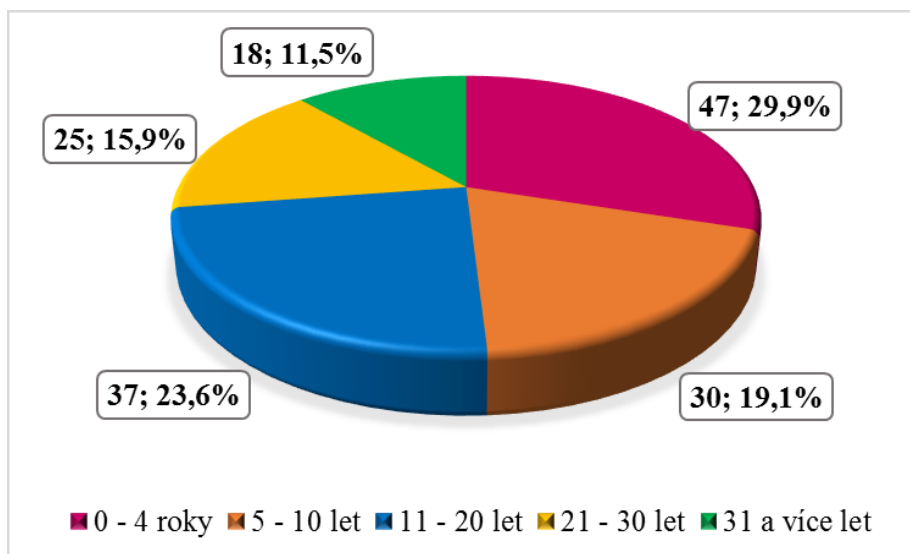
Výzkumný soubor tvořilo celkem 157 (100%) respondentů, z nichž převážnou většinu tvoří ženy, kterých je 143 (91,1%) a pouze 14 (8,9%) respondentů je mužského pohlaví. Tento poměr není ve zdravotnictví nijak překvapivý a vyšší počet žen byl předem v tomto výzkumu očekáván.

**Otázka č. 2:** Uved'te Váš věk:

Respondenti výzkumu byli ve věku od 21 let do 66 let a průměrný věk respondenta je 35,6 let. Vypočítaný medián u věku dotazovaných je 34 let, což znamená, že věk poloviny respondentů je 34 let a níže a druhá polovina sester je starší 34 let.

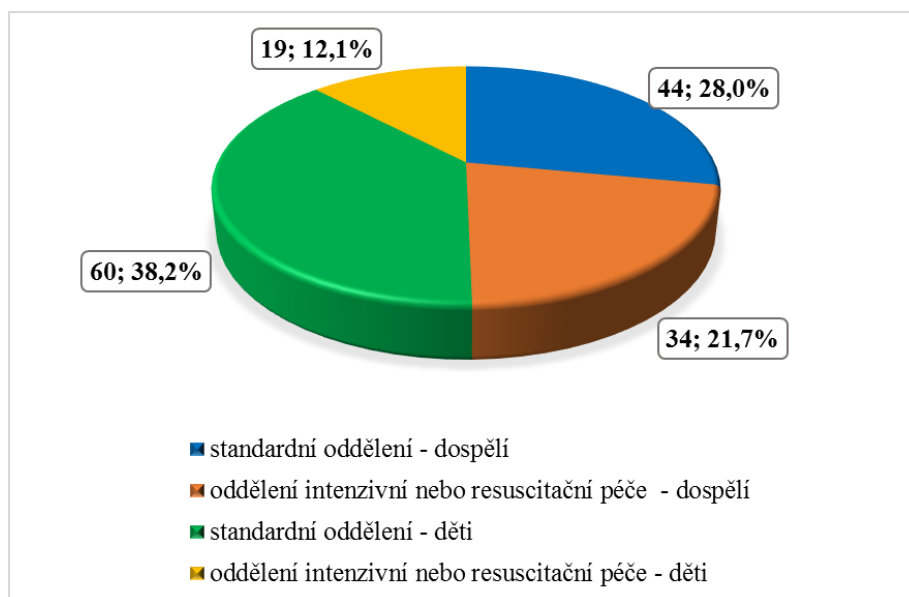
**Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?***Obrázek 2 Nejvyšší dosažené vzdělání*

Nejpočetnější skupinu dotazovaných tvoří 84 sester (53,5%), jejichž nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Vyšší odborné vzdělání uvedlo 31 sester (19,7%), vysokoškolské bakalářské vzdělání má 35 respondentů (22,3%) a vysokoškolské magisterské vzdělání uvedlo 7 sester (4,5%).

**Otázka č. 4: Jaká je délka Vaší praxe?***Obrázek 3 Délka praxe*

Délka praxe byla v dotazníku rozdělena do pěti kategorií. Délku praxe do 4 let má 47 sester (29,9%), což je početnější skupina. Od 5 do 10 let má délku praxe 30 sester (19,1%), od 11 do 20 let 37 (23,6%) respondentů, od 21 let do 30 let 25 sester (15,9%) a nad 31 let má délku praxe 18 sester (11,5%).

**Otázka č. 5:** Na jakém oddělení ve Fakultní nemocnici v Motole pracujete?



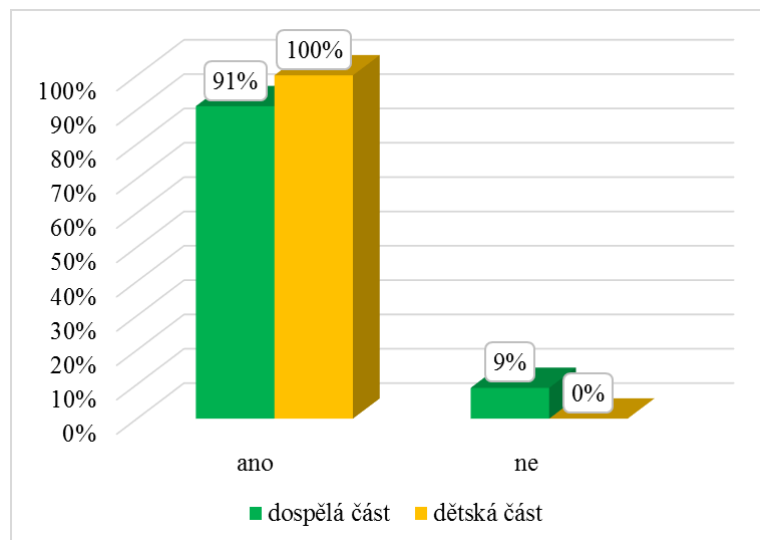
Obrázek 4 Pracoviště respondentů

Ve výzkumném vzorku bylo celkem 157 sester, které pracují ve Fakultní nemocnici v Motole na odděleních pro děti i na odděleních pro dospělé. V části pro děti pracuje 79 sester (50,3%), z nichž 60 sester (38,2%) pracuje na standardním oddělení a 19 sester (12,1%) na oddělení intenzivní nebo resuscitační péče. Na odděleních pro dospělé pacienty pracuje 78 sester (49,7%), konkrétně 44 respondentů (28%) na standardním oddělení a 34 sester (21,7%) na oddělení intenzivní nebo resuscitační péče.



### 3.6 Analýza výsledků průzkumného šetření

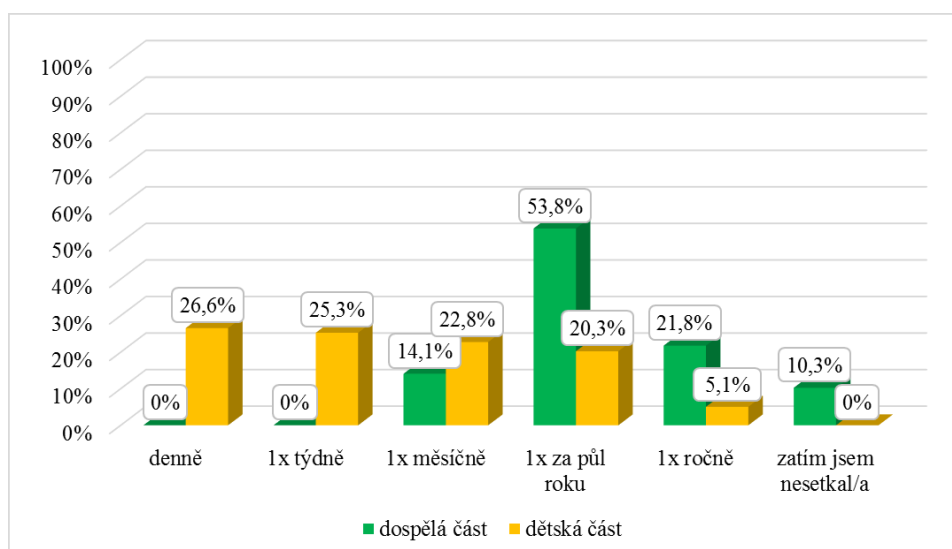
**Otázka č. 6:** Setkal/a jste se za dobu své dosavadní praxe s pacientem s mentálním postižením?



Obrázek 5 Setkání s pacientem s mentální retardací

S mentálně postiženým pacientem se za dobu své dosavadní praxe střetlo celkem 150 sester (95,5%) ze všech dotazovaných a pouze 7 respondentů (4,5%) se zatím s pacientem s mentálním postižením neseťkalo. Z grafu je patrné, že sestry z dětské části se s tímto typem pacientů setkaly všechny, na rozdíl od 7 sester (9%) z dospělé části.

**Otázka č. 7:** Jak často se na svém pracovišti přibližně setkáváte s pacienty s mentální retardací?

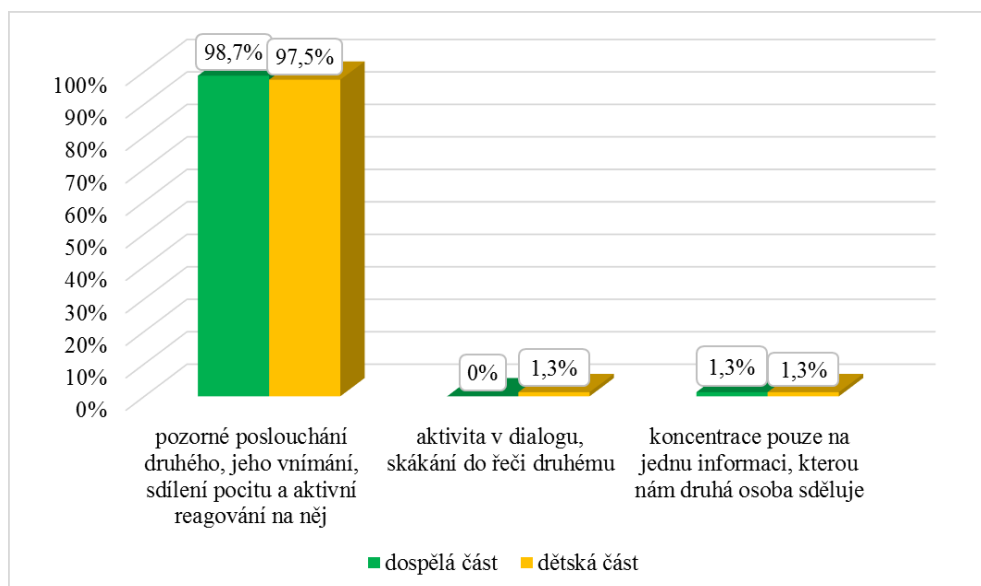


Obrázek 6 Frekvence mentálně ret. pacientů na oddělení

Z grafu vyplývá, že respondenti pracující na odděleních pro dospělé se nejvíce setkávají s tímto typem pacientů přibližně 1x na půl roku, což uvedlo 42 dotazovaných (53,8%). Některé sestry na odděleních pro dospělé se dále setkávají s těmito pacienty 1x měsíčně, což uvedlo 11 respondentů (14,1%). Dále pak 1x ročně, tuto odpověď uvedlo 17 dotazovaných (21,8%). 8 respondentů (10,3%) z odděleních pro dospělé se zatím s pacientem s mentální retardací nesetkalo. Vzhledem k tomu, že u předchozí otázky odpovědělo pouze 7 respondentů, že se s mentálně handicapovaným nikdy nesetkalo, jedná se v jedné z otázek nejspíš o mylně zakroužkovanou odpověď.

Z grafu je také patrné, že všichni respondenti pracující na odděleních pro děti se již s pacientem s mentální retardací na svém pracovišti někdy setkali. V dětské části nemocnice se denně s těmito pacienty setkává 21 sester (26,6%). Další odpovědi, které jsme zaznamenali u sester pracujících na odděleních pro děti byly následovné. Variantu 1x týdně uvedlo 20 sester (25,3%), 1x měsíčně 18 sester (22,8%), 1x za půl roku 16 respondentů (20,3%) a 1x ročně 4 respondenti (5,1%).

#### Otázka č. 8: Víte, co znamená pojem aktivní naslouchání?



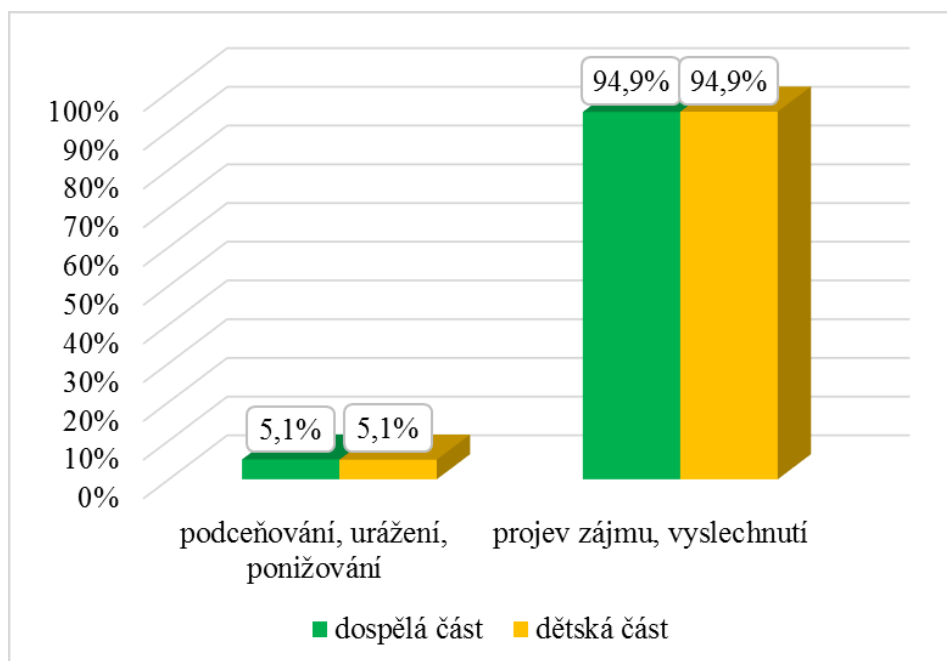
Obrázek 7 Aktivní naslouchání

Správnou odpověď uvedlo 154 sester (98,1%) ze všech dotazovaných, konkrétně 77 sester z dětské části (97,5%) a 77 sester z dospělé části (98,7%). Nesprávnou odpověď jsme zaznamenali u 3 respondentů.

Z dospělé části odpověděl pouze 1 (1,3%) respondent chybně.

Z respondentů pracujících v dětské části nemocnice 1 (1,3%) uvedl, že aktivní naslouchání je aktivita v dialogu, skákání do řeči druhému a 1 (1,3%) odpověděl, že se jedná o koncentraci pouze na jednu informaci, kterou nám druhá osoba sděluje. Jinou odpověď jsme v otázce nezaznamenali.

### Otázka č. 9: Mezi projevy evalvace podle Vás patří:



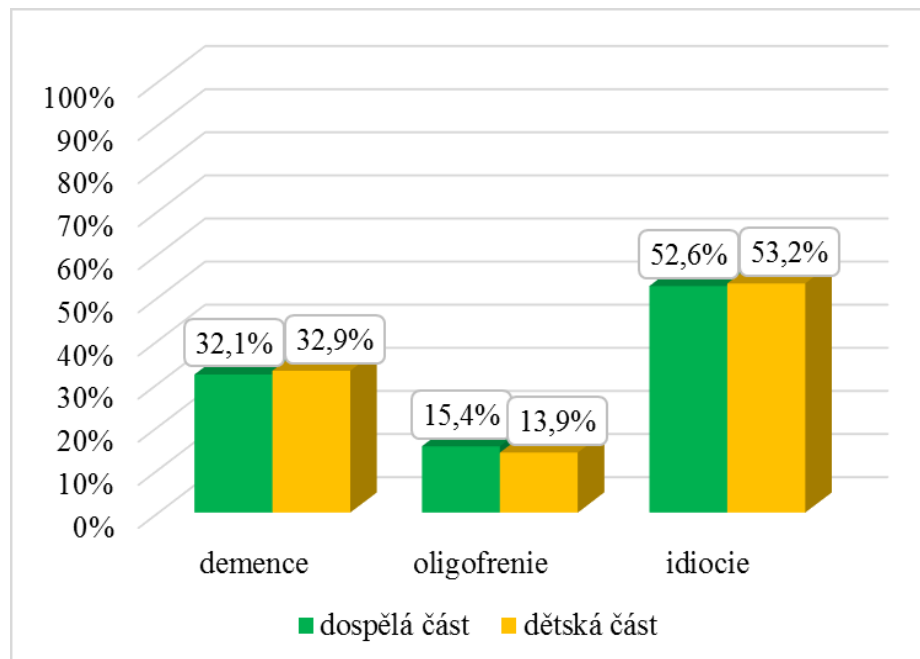
Obrázek 8 Projevy evalvace

Na otázku správně odpovědělo 149 respondentů (94,9%) ze všech dotazovaných, kteří uvedli, že mezi projevy evalvace patří projev zájmu a vyslechnutí. Pouze 8 sester (5,1%) uvedlo špatnou odpověď.

Respondenti z dospělé části nemocnice uvedli správnou odpověď v 74 dotaznících (94,9%) a 4 respondenti (5,1%) uvedli odpověď mylnou.

Ze sester pracujících na dětské části nemocnice uvedlo správnou odpověď 75 respondentů (94,9%) a 4 respondenti (5,1%) uvedli odpověď chybnou. Jiné odpovědi jsme v této otázce nezaznamenali.

**Otázka č. 10:** Víte, jaký je dříve používaný termín pro definici mentální retardace?



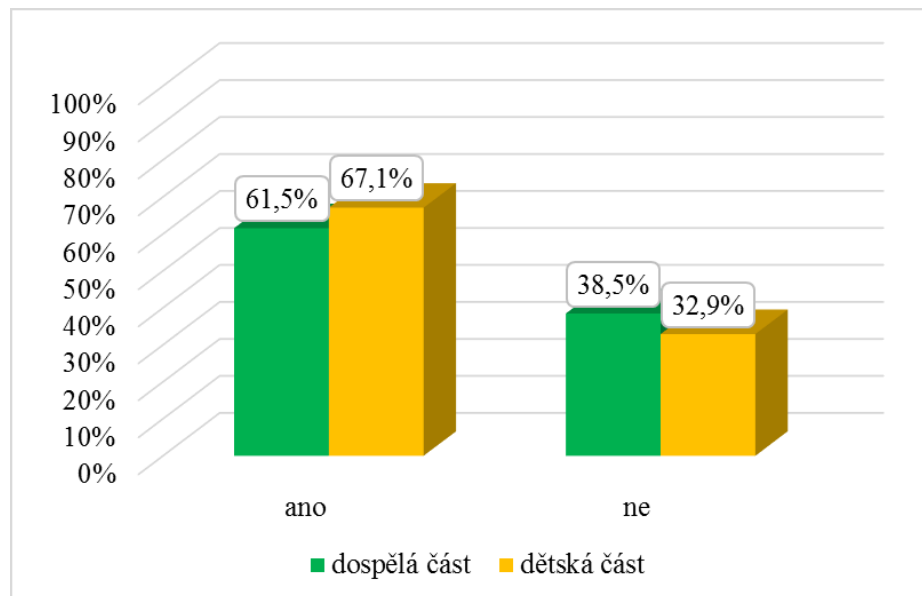
Obrázek 9 Dřívější termín pro mentální retardaci

V případě této otázky uvedlo největší množství sester, konkrétně 83 (52,9%) z celého vzorku respondentů, že dříve používaný termín je idiocie, což je chybně. Správnou odpovědí je oligofrenie, což uvedlo pouze 23 sester (14,6%) ze všech. A zbývajících 51 sester (32,5%) uvedlo, že dříve používaný termín je demence, což je také chybně. Jiná odpověď nebyla zaznamenána.

Na odděleních pro dospělé pacienty uvedlo správnou odpověď 12 sester (15,4%). Dalších 41 sester (52,6%) uvedlo chybně termín idiocie a 25 respondentů (32,1%) uvedlo, že se jedná o demenci.

Z respondentů pracujících na odděleních pro děti uvedlo správnou odpověď pouze 11 respondentů (13,9%). Termín idiocie označilo 42 sester (53,2%) a demenci 26 respondentů (32,9%) pracujících s dětmi.

**Otázka č. 11:** Získal/a jste během svého dosavadního studia informace o specifikách komunikace s pacientem s mentální retardací?



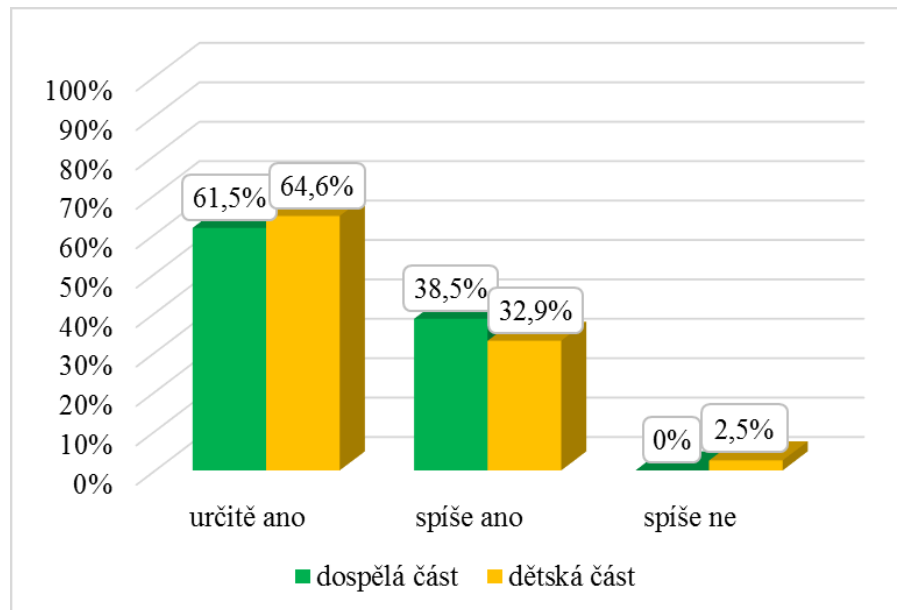
*Obrázek 10 Dostatek informací během studia*

Během svého dosavadního studia získalo informace o specifikách komunikace s pacienty s mentální retardací 101 respondentů (64,3%). Zbývajících 56 respondentů (35,7%) uvedlo, že o této problematice informování nebyli.

Z dospělé části získalo dostatek informací 48 sester (61,5%) a zbývajících 30 sester (38,5%) nikoliv.

Pokud se zaměříme na respondenty z dětské části nemocnice, dostatek informací ohledně této problematiky získalo 53 (67,1%) z nich. Zbývajících 26 sester (32,9%) z oddělení pro děti dostatek informací nezískalo.

**Otázka č. 12:** Domníváte se, že je důležité, aby měla sestra základní znalosti v komunikaci s pacienty s mentální retardací?



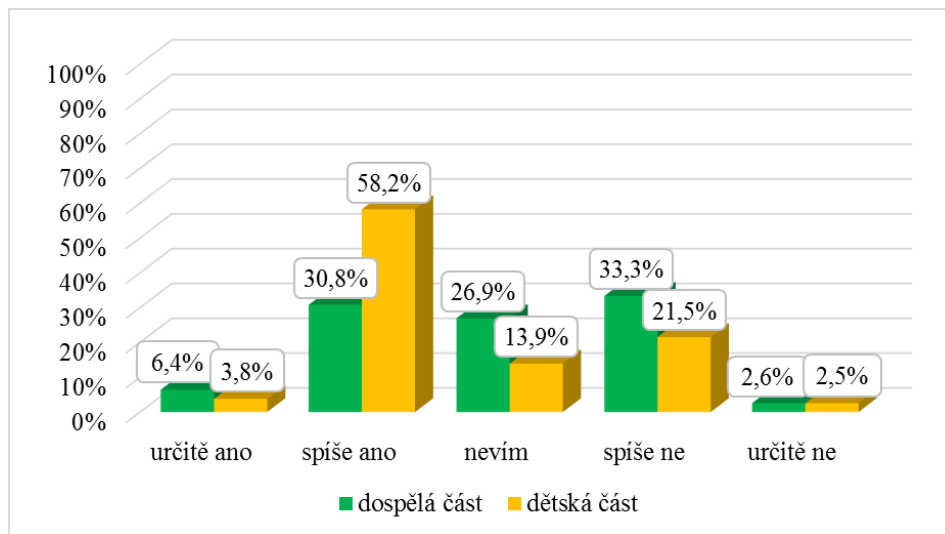
Obrázek 11 Základní znalosti v komunikaci

Většina dotazovaných uvedla odpověď, že sestra by určitě měla mít základní znalosti v komunikaci s pacienty s mentální retardací, konkrétně se jednalo o 99 sester (63,1%) z celého vzorku respondentů. Odpověď spíše ano uvedlo 56 sester (35,7%) a odpověď spíše ne uvedli pouze 2 respondenti (1,3%) ze všech. Odpověď určitě ne jsme v odpovědích nezaznamenali.

U sester z dospělé části byly v dotaznících uvedeny pouze dva typy odpovědí - určitě ano v 48 případech (61,5%) a spíše ano ve 30 dotaznících (38,5%).

U sester, které pracují na odděleních pro děti, jsme odpověď určitě ano zaznamenali v 51 dotaznících (64,6%), odpověď spíše ano ve 26 (32,9%) a spíše ne ve 2 dotaznících (2,5%).

**Otázka č. 13:** Myslíte si, že Vy máte dostatečné znalosti v oblasti komunikace s pacienty s mentální retardací?



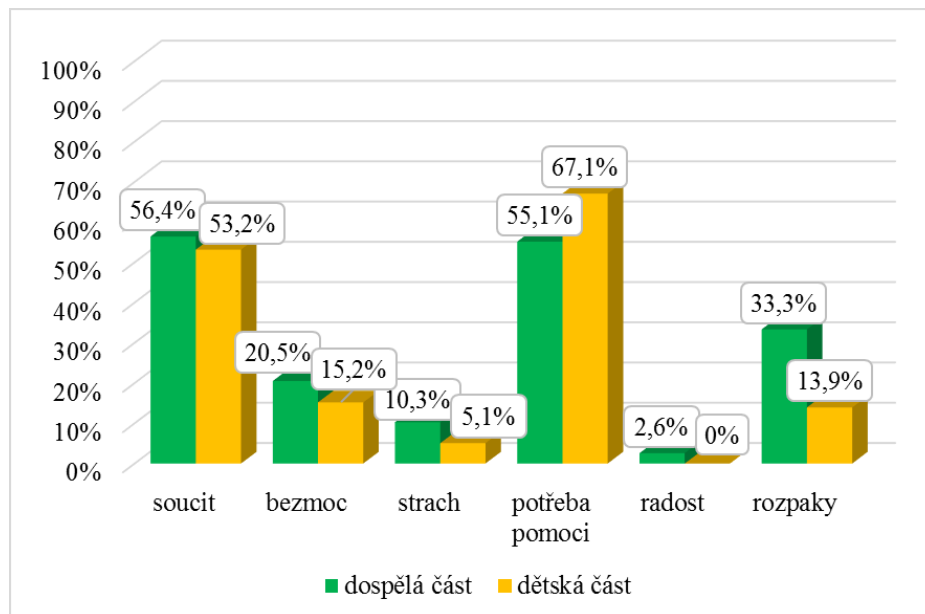
Obrázek 12 Sebehodnocení znalostí respondentů

Pouze 8 respondentů (5,1%) z celého vzorku uvedlo odpověď určitě ano, že jejich znalosti v oblasti komunikaci s mentálně handicapovanými pacienty jsou dostatečné. Odpověď spíše ano uvedlo nejvíce respondentů, konkrétně 70 (44,6%). Odpověď nevím uvedlo 32 sester (20,4%), odpověď spíše ne 43 sester (27,4%) a pouze 4 respondenti (2,5%) se domnívají, že jejich znalosti jsou určitě nedostatečné.

Pokud se zaměříme na jednotlivé skupiny respondentů, tak odpověď určitě ano uvedlo 5 sester (6,4%) z dospělé části. Dalších 24 sester (30,8%) uvedlo odpověď spíše ano, spíše ne uvedlo 26 sester (33,3%) a určitě ne 2 sestry (2,6%) z oddělení pro dospělé. Možnost nevím označilo na odděleních pro dospělé 21 respondentů (26,9%).

Z dětské části uvedly 3 sestry (3,8%) odpověď určitě ano, další 46 sester (58,2%) uvedlo, že spíše ano. Odpověď spíše ne uvedlo 17 respondentů (21,5%) z této skupiny a 2 respondenti (2,5%) uvedli odpověď určitě ne. Možnost nevím označilo na odděleních pro děti 11 dotazovaných (13,9%).

**Otázka č. 14:** Jaké pocity ve Vás vyvolává setkání s pacientem s mentálním postižením? (můžete označit i více možností)



Obrázek 13 Pocity při setkání

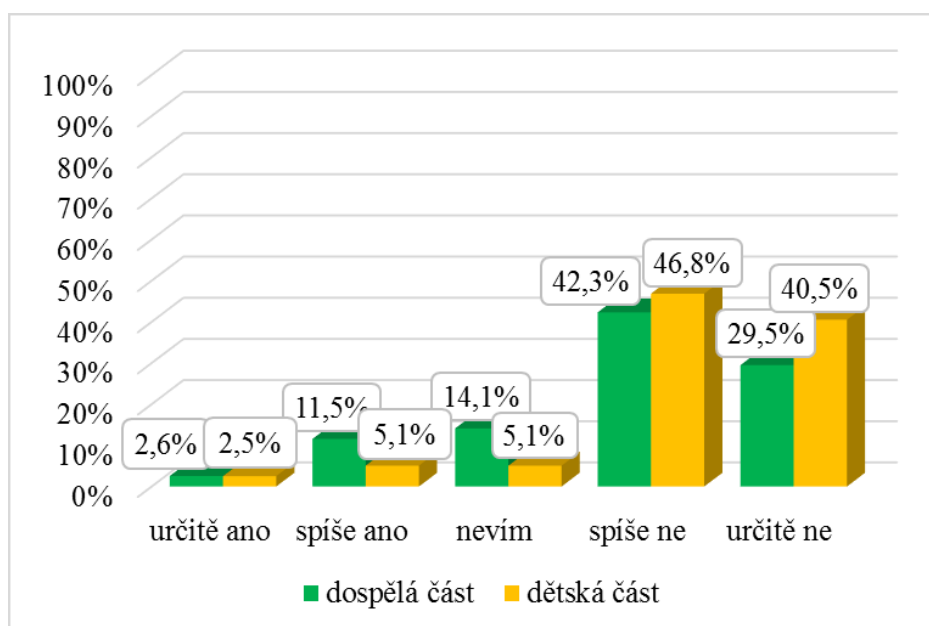
V této otázce mohli respondenti uvést i více odpovědí. Nejvíce zastoupenou odpovědí bylo, že při setkání s mentálně postiženou osobou pociťují respondenti potřebu mu pomoci, což uvedlo přesně 96 lidí (61,1%) z dotazovaných 157 osob. Druhou nejvíce zastoupenou odpovědí byl soucit, který pociťuje 86 respondentů (54,8%). Na třetím místě se umístily rozpaky, které cítí 37 sester (23,6%), bezmoc uvedlo 28 respondentů (17,8%) a strach 12 (7,6). Pouze u 2 respondentů (1,3%) z celého vzorku dotazovaných vzbuzuje setkání s mentálně retardovanou osobou radost.

Pokud se zaměříme na odpovědi sester z dospělé části, setkáváme se nejčastěji s odpovědí soucit, což uvedlo 44 sester (56,4%). Druhou nejvíce zastoupenou odpovědí je v tomto případě potřeba pomoci, kterou uvedlo 43 (55,1%) dotazovaných. Rozpaky zakroužkovalo 26 sester (33,3%), bezmoc pak 16 sester (20,5%) a strach 8 sester (10,3%). Pouze u 2 respondentů (2,6%) z dospělé části vzbuzuje setkání s mentálně postiženou osobou radost.

V případě oddělení pro děti jsme se nejčastěji setkali s potřebou pomoci, což uvedlo 53 sester (67,1%). Dále byl uveden soucit, který označilo 42 sester (53,2%), bezmoc uvedlo 12 sester (15,2%), rozpaky 11 sester (13,9%) a strach 4 sestry (5,1%). U žádné sestry z dětské části nevyvolává setkání s mentálně postiženým pacientem radost.



**Otázka č. 15:** Vyhýbáte se nebo byste se raději vyhnul/a komunikaci s mentálně hendikepovanou osobou?



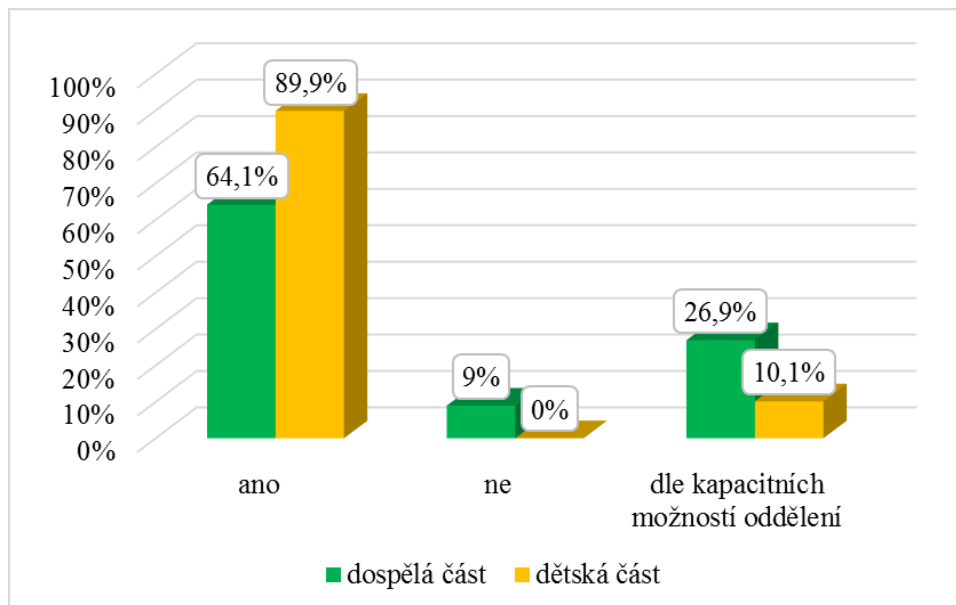
Obrázek 14 Vyhýbání komunikaci

Je potěšující, že většina respondentů se spíše nebo určitě nevyhýbají komunikaci s pacientem s mentální retardací. Odpověď určitě ne uvedlo ve svém dotazníku 55 dotazovaných (35,0%) a odpověď spíše ne uvedlo 70 osob (44,6%). Odpověď spíše ano vybralo 13 respondentů (8,3%) a pouze 4 respondenti (2,5%) by se komunikaci s mentálně postiženým pacientem určitě vyhnuli. Na tuto otázku neví odpověď 15 respondentů (9,6%) ze všech.

Co se týče sester z dospělé části, odpověď spíše ne uvedlo 33 (42,3%) z nich a určitě ne 23 sester (29,5%). Odpověď spíše ano uvedlo 9 respondentů (11,5%) a určitě ano pouze 2 respondenti (2,6%) z dospělé části. Odpověď nevím, vybralo z dospělé části 11 dotazovaných (14,1%).

Na odděleních pro děti se s odpovědí spíše ne můžeme setkat ve 37 případech (46,8%) a určitě ne ve 32 odpovědích (40,5%). Odpověď spíše ano uvedly na dětské části 4 sestry (5,1%) a určitě ano opět pouze 2 sestry (2,5%). Odpověď nevím vybrali na dětských odděleních 4 dotazovaní (5,1%).

**Otázka č. 16:** Přijímáte/přijali byste mentálně retardované pacienty k hospitalizaci s doprovodem?



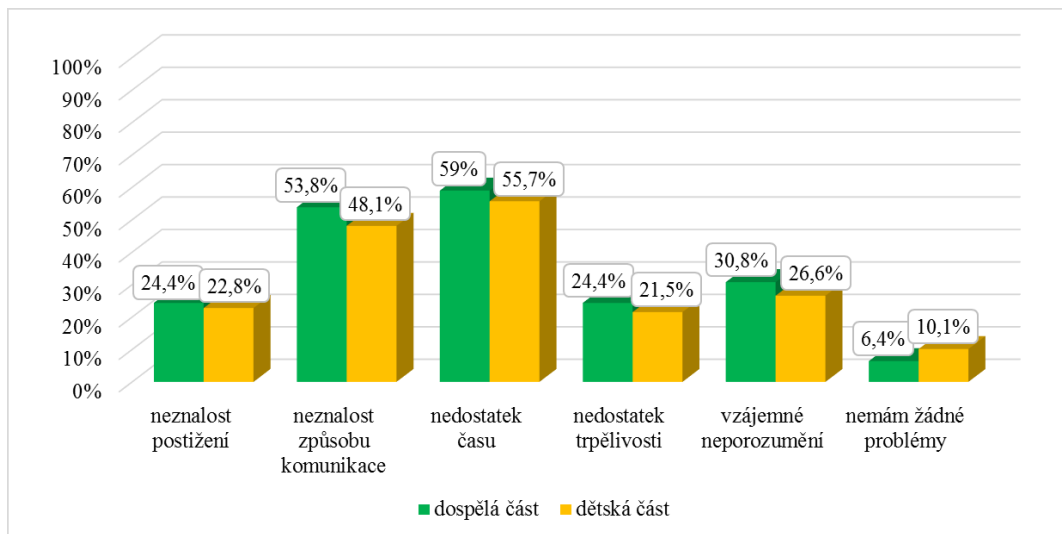
Obrázek 15 Hospitalizace s doprovodem

Na tuto otázku uvedlo 121 respondentů (77,1%) ze všech, že by mentálně retardovaného pacienta přijali s doprovodem, 23 respondentů (18,5%) odpovědělo, že by jej přijali s doprovodem dle kapacitních možností oddělení. Pouze 7 sester z celého vzorku uvedlo, že pacienty s mentální retardací s doprovodem nepřijímají či by nepřijali.

Respondenti z oddělení pro dospělé uvedli v 50 případech (64,1%), že by mentálně retardovaného pacienta s doprovodem přijali. Dle kapacitních možností by jej přijalo 21 sester (26,9%) z dospělé části a 7 sester (9%) uvedlo, že by jej na oddělení s doprovodem nepřijaly.

Na dětských odděleních by 71 sester (89,9%) pacienta s doprovodem určitě přijalo. Dle kapacitních možností by jej přijalo 8 respondentů (10,1%). S odpovědí, že by mentálně retardovaný pacient nebyl přijat na oddělení s doprovodem, jsme se na dětských odděleních nesetkali.

**Otázka č. 17:** Co považujete za největší problémy v komunikaci s mentálně hendikepovaným pacientem? (můžete označit i více možností)



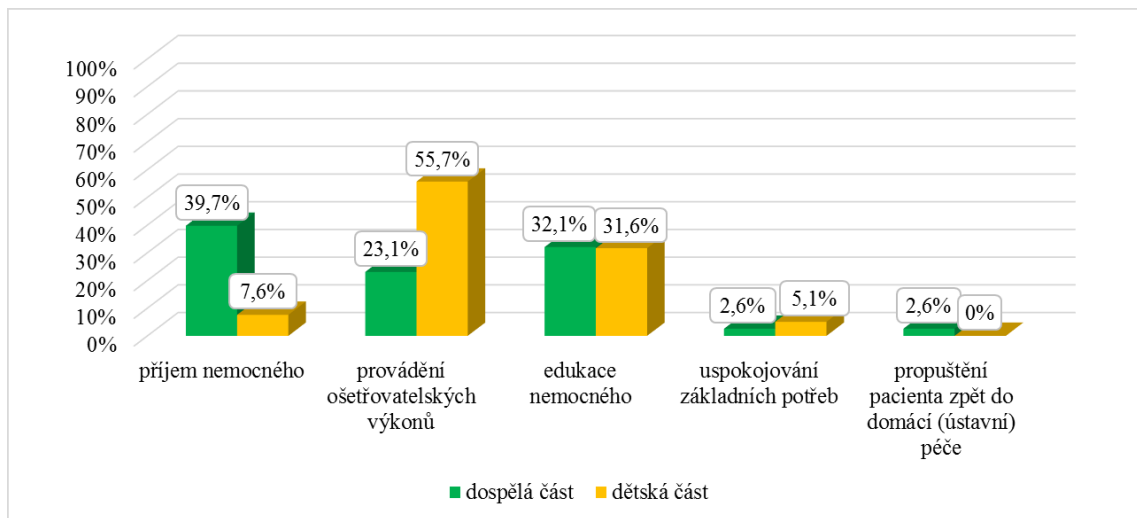
Obrázek 16 Problémy v komunikaci

I v této otázce mohli respondenti uvést více odpovědí. Z grafu vyplývá, že největším problémem v komunikaci s mentálně handicapovaným pacientem je nedostatek času, což uvedlo 90 sester (57,3%) ze všech. Dalších 80 respondentů (51,0%) uvedlo, že nejvíce problematické shledávají to, že neznají způsob, jakým retardovaná osoba komunikuje. Vzájemné nepochopení označilo 45 sester (28,7%), neznalost postižení uvedlo 37 sester (23,6%) a nedostatek trpělivosti 36 respondentů (22,9%). Pouze 13 sester ze všech (8,3%) nemá v komunikaci s mentálně handicapovaným žádné problémy.

Respondenti z dospělé části uvedli nejčastěji odpověď nedostatek času, konkrétně v 46 případech (59%). Následovala odpověď, že problémem je neznalost způsobu komunikace, což uvedlo 42 sester (53,8%). Vzájemné nepochopení uvedlo 24 respondentů (30,8%), nedostatek trpělivosti a neznalost postižení uvedlo shodně 19 respondentů (24,4%). Žádné problémy v komunikaci s mentálně handicapovaným nemá 5 sester (6,4%) z dospělé části.

Nejčastější odpovědí na dětské části byl také nedostatek času, což uvedlo 44 sester (55,7%). Dalších 38 (48,1%) uvedlo neznalost způsobu komunikace, vzájemné nepochopení uvedlo 21 sester (26,6%), neznalost postižení 18 respondentů (22,8%) a nedostatek trpělivosti 17 sester (21,5%). Žádné problémy v komunikaci s mentálně handicapovanou osobou nemá 8 sester (10,1%) pracujících na odděleních pro děti.

**Otázka č. 18:** Která z těchto částí ošetrovatelské péče je/byla by pro Vás při hospitalizaci pacienta s mentální retardací nejvíce problematická?



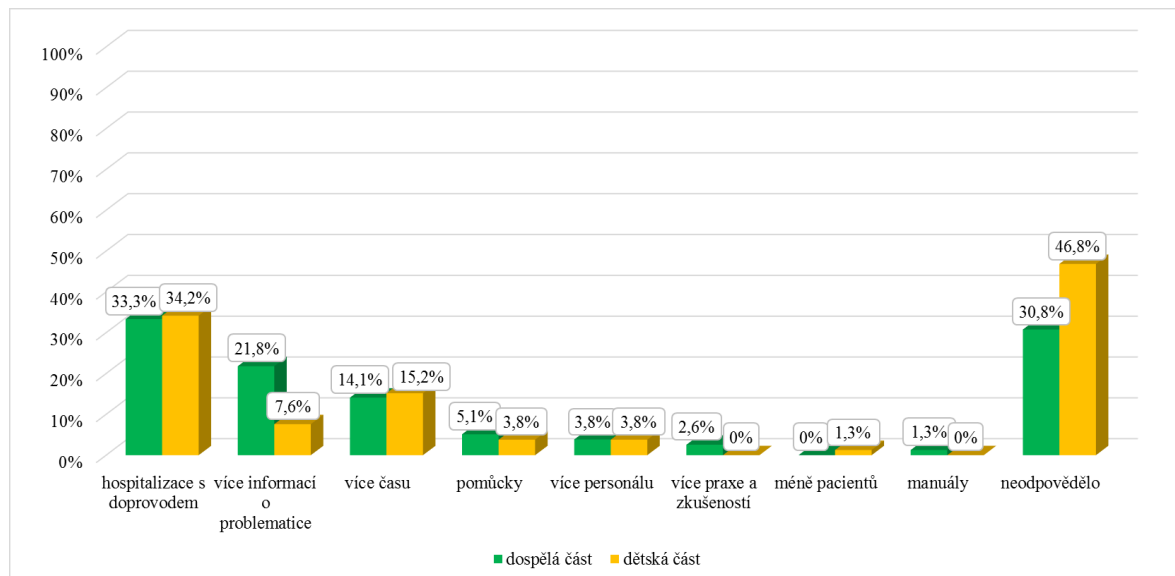
Obrázek 17 Problematická část oše. péče

Nejvíce problematickou oblastí ošetrovatelské péče při hospitalizaci pacienta s mentální retardací je provádění ošetrovatelských výkonů (odběrů biologického materiálu, měření fyziologických funkcí atd.), což uvedlo 62 respondentů (39,5%) ze všech. Dalších 50 respondentů (31,8%) uvedlo, že je pro ně problematická edukace nemocného (před operačním výkonem, aplikace inzulínu atd.) a 37 účastníků výzkumu odpovědělo, že je pro ně problematický příjem nemocného (sběr anamnézy atd.). Uspokojování základních potřeb dělá problém 6 sestrám (3,8%) a propuštění pacienta do domácí péče 2 respondentům (1,3%).

Na odděleních pro dospělé činí největší problém sestrám příjem nemocného, který byl uveden konkrétně v 31 případech (39,7%). Edukace nemocného byla vybrána 25 respondenty (32,1%), provádění oš. výkonů 18 respondenty (23,1%). Uspokojování základních potřeb a propuštění do domácí péče označily v obou případech shodně 2 sestry (2,6%).

Sestrám na dětských odděleních činí největší problém provádění oš. výkonů, což uvedlo 44 sester (55,7%). Edukaci nemocného vybralo 25 respondentů (31,6%), příjem nemocného 6 respondentů (7,6%) a uspokojování základních potřeb 4 respondenti (5,1%). Propuštění pacienta zpět do domácí či ústavní péče, nečiní žádné sestře na dětské části problémy.

**Otázka č. 19:** Co si myslíte, že by pomohlo ošetřovatelskému personálu v péči o mentálně hendikepované nemocné?



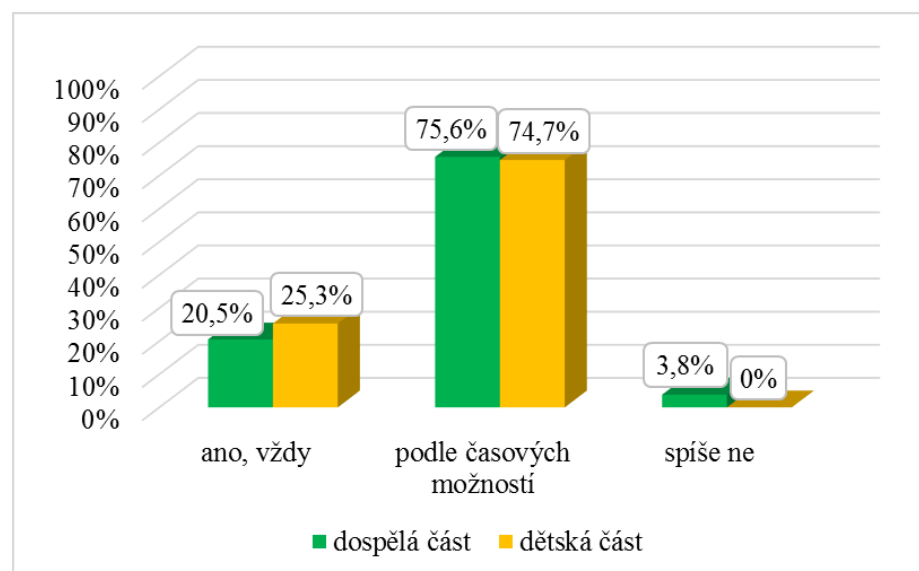
Obrázek 18 Napomáhá ke zlepšení péče

Tato otázka byla otevřená a respondenti na ní volně odpovídali, přičemž uváděli větší množství odpovědí. Odpovědi všech sester jsme sloučili a roztřídili do několika kategorií. Nejvíce respondentů, konkrétně 61 (38,9%), na tuto otázku neodpovědělo. Dalších 53 dotazovaných (33,8%) se domnívá, že nejvíce by pomohla hospitalizace s doprovodem. 23 sester (14,6%) si myslí, že by jim pomohlo, kdyby znaly více informací o problematice, více času uvedlo 22 respondentů (14,0%). Dalších 7 dotazovaných (4,5%) uvedlo, že by jim nejvíce pomohly pomůcky a 6 respondentů (3,8%) uvedlo, že více personálu. Více praxe a zkušeností by usnadnilo péči o mentálně handicapované 2 respondentům (1,3), 1 dotazovaný (0,6%) uvedl méně pacientů a další 1 (0,6%) uvedl manuály.

Sestrám z dospělé části by nejvíce pomohla hospitalizace s doprovodem, což uvedlo 26 sester (33,3%). Následuje více informací o problematice, což uvedlo 17 sester (21,8%), více času uvedlo 11 sester (14,1%), pomůcky 4 sestry (5,1%), více personálu 3 sestry (3,8%), více praxe a zkušeností 2 sestry (2,6%) a manuály uvedla 1 sestra (1,3%). Z dospělé části na tuto otázku neodpovědělo 24 respondentů (30,8%).

Respondenti z dětské části označili ve 27 případech (34,2%) hospitalizaci s doprovodem, více času označilo 12 sester (15,2%), více informací 6 sester (7,6%), pomůcky označili 3 dotazovaní (3,8%), to samé více personálu. Pouze jedna sestra (1,3%) napsala, že by jí pomohlo méně pacientů a 37 respondentů (46,8%) z dětské části na tuto otázku nevedlo odpověď.

**Otázka č. 20:** Při komunikaci s mentálně retardovaným pacientem jste trpělivá/ý a uděláte si čas?



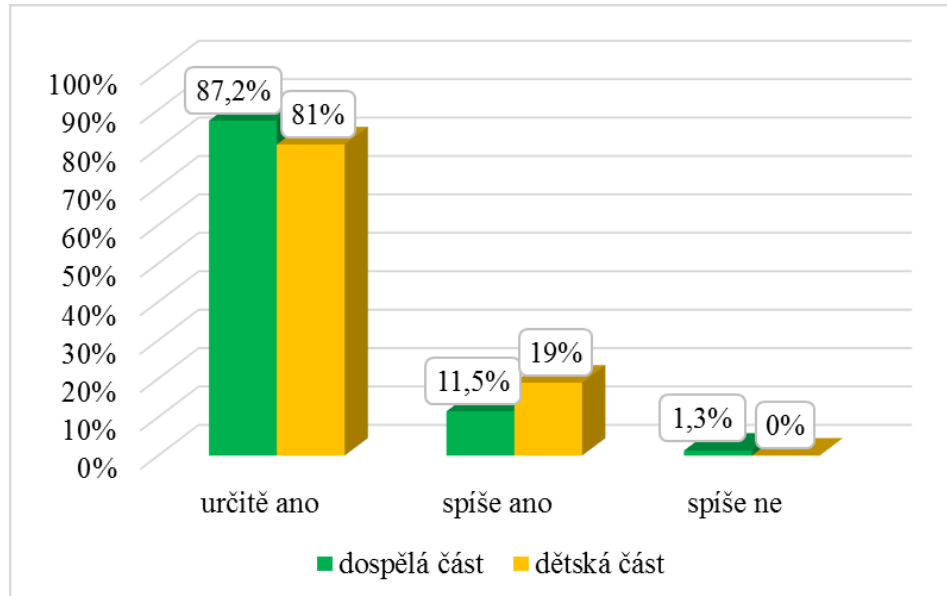
Obrázek 19 Čas při komunikaci

Při komunikaci s pacientem s mentální retardací si vždy udělá čas 36 respondentů (22,9%) ze všech. Nejvíce sester uvedlo, že si čas na pacienta udělají dle časových možností, tuto odpověď uvedlo konkrétně 118 ze všech respondentů (75,2%). Pouze 3 účastníci (1,9%) ve výzkumu uvedli, že si čas spíše neudělají.

Na dospělé části si vždy udělá čas při komunikaci s mentálně retardovaným pacientem 16 sester (20,5%). Podle časových možností je trpělivých a udělá si čas 59 sester (75,6%) a 3 sestry (3,8%) z dospělé části si čas spíše neudělají.

Respondenti pracující na odděleních pro děti si čas vždy udělají ve 20 případech (25,3%) a podle časových možností v 59 případech (74,7%). Odpověď spíše ne jsme u sester z dětské části nezaznamenali.

**Otázka č. 21:** Domníváte se, že je důležité přizpůsobit své sdělení mentální úrovni pacienta (mluvit pomalu, používat krátké a jasné věty, nepožívat cizí slova, názorně vysvětlovat atd.)?

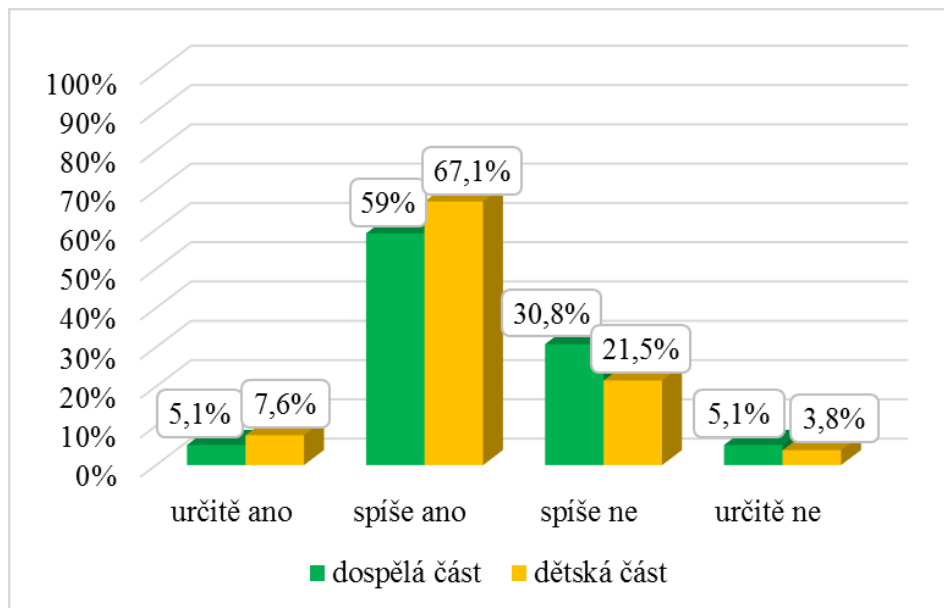


Obrázek 20 Přizpůsobení sdělení

Velká většina respondentů - 132 (84,1%) ze všech se domnívá, že je určité důležité své sdělení přizpůsobit mentální úrovni pacienta. Odpověď spíše ano označilo 24 sester (15,3%) a pouze jediný respondent z celého výzkumu uvedl, že spíše ne (0,6%).

Odpověď určitě ano označilo 68 sester (87,2%) z dospělého oddělení, spíše ano 9 sester (11,5%) a spíše ne pouze 1 sestra (1,3%), které pracuje na oddělení pro dospělé.

Na dětské části byla označena odpověď určitě ano v 64 případech (81%) a spíše ano v 15 případech (19%). Odpověď spíše ne jsme u respondentů z dětské části nezaznamenali.

**Otázka č. 22:** Znáte pravidla komunikace s mentálně postiženým pacientem?

Obrázek 21 Pravidla komunikace

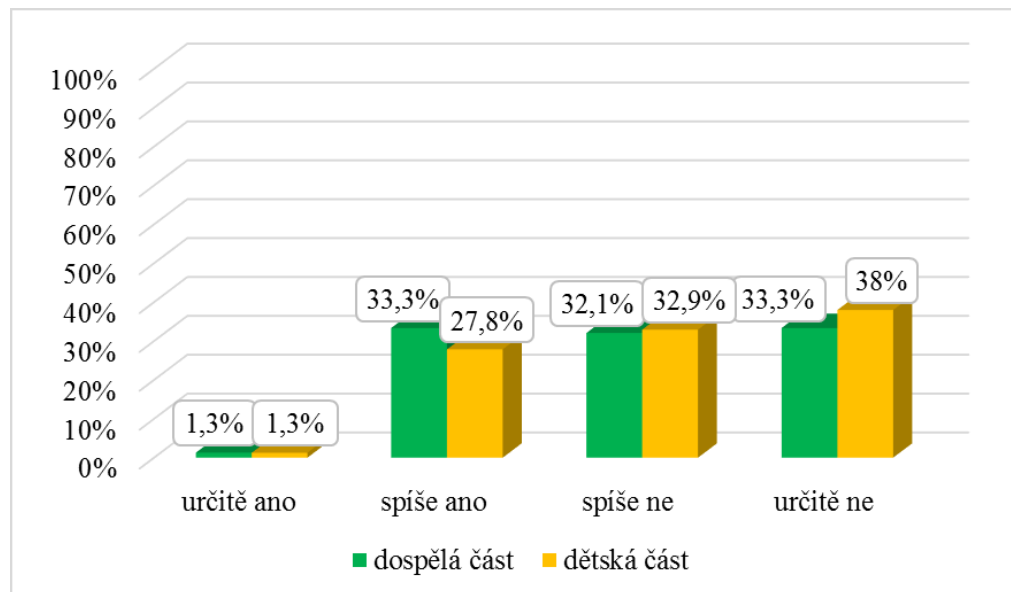
Nejvíce účastníků výzkumu uvedlo odpověď spíše ano, konkrétně se jedná o 99 respondentů (63,1%) ze všech. Odpověď určitě ano zakroužkovalo pouze 10 sester (6,4%), odpověď určitě ne uvedlo 41 sester (26,1%) a 7 sester (4,5%) uvedlo, že pravidla komunikace s mentálně postiženým pacientem určitě neznají.

Respondenti z dospělé části uvedli odpověď určitě ano ve 4 případech (5,1%), spíše ano uvedlo 46 dotazovaných (59%), spíše ne 24 (30,8%) a určitě 4 respondenti (5,1%).

Na dětské části jsme se setkali s tím, že odpověď určitě ano uvedlo 6 sester (7,6%) a spíše ano 53 sester (67,1%). Spíše ne zakroužkovalo 17 respondentů (21,5%) pracujících na odděleních pro děti a určitě ne respondenti 3 (3,8%).



**Otázka č. 23:** Domníváte se, že je vhodné dospělému pacientovi s mentální retardací při komunikaci tykat?



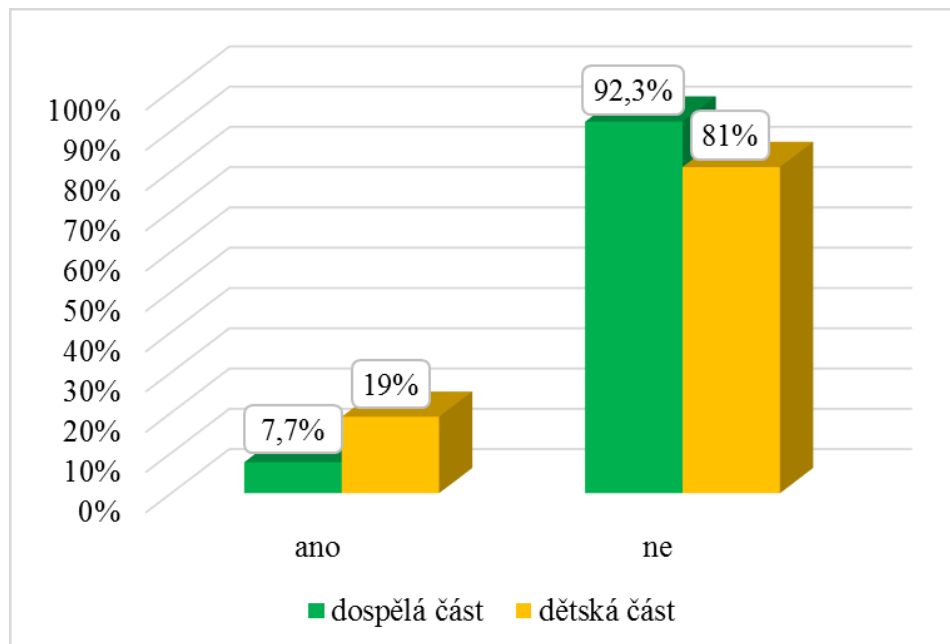
Obrázek 22 Tykání

Na tuto otázku odpověděli pouze 2 respondenti (1,3%) ze všech, že je tykání u pacientů v mentální retardaci vhodné. Odpověď spíše ano zakroužkovalo 48 dotazovaných (30,6%). Velká většina respondentů se shoduje na tom, že pacientovi s mentální retardací není vhodné tykat. Odpověď spíše ne uvedlo 51 sester (32,5%) a odpověď určitě ne uvedlo nejvíce sester, konkrétně 56 (35,7%).

Na odděleních pro dospělé pacienty označily sestry odpověď určitě ano v 1 případě (1,3%), odpověď spíše ano označilo 26 respondentů (33,3%). Spíše ne vybralo 25 sester (32,1%) a určitě ne 26 sester (33,3%).

Na dětských odděleních označil odpověď určitě ano 1 respondent (1,3%) a spíše ano 22 respondentů (27,8%). Odpověď spíše ne zakroužkovalo 26 sester (32,9%) a určitě ne 30 sester (38%).

**Otázka č. 24:** Máte na svém pracovišti pomůcky určené pro usnadnění komunikace s mentálně hendikepovaným pacientem?



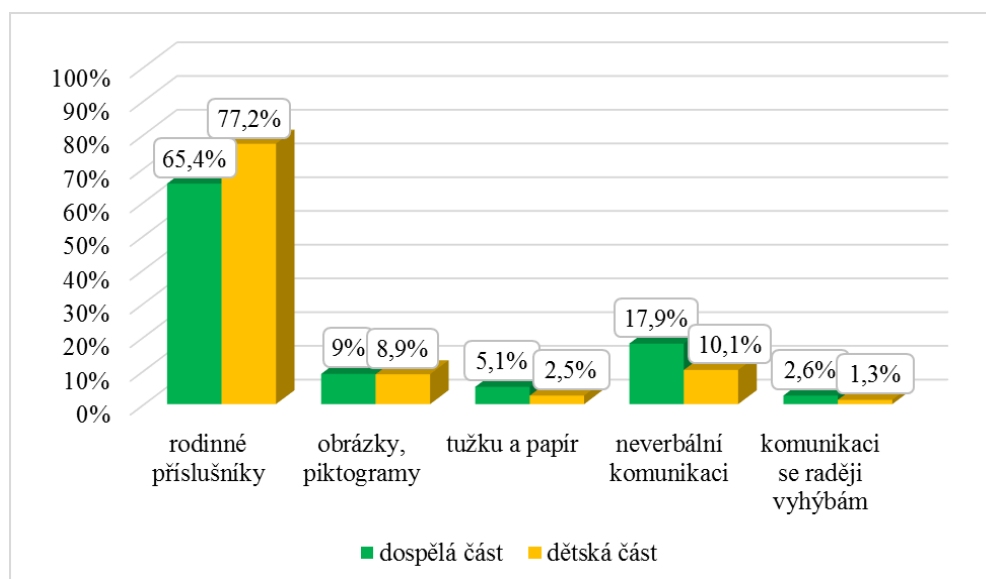
Obrázek 23 Přítomnost pomůcek

U této položky v dotazníku vyšlo najevo, že velká většina sester nemá na své oddělení pomůcky, které by jim usnadnily komunikaci s mentálně handicapovaným pacientem. Tuto skutečnost uvedlo 136 sester (86,6%) a pouze 21 sester (13,4) z celého vzorku nějaké pomůcky na oddělení má.

Na odděleních pro dospělé má pomůcky k dispozici pouze 6 sester (7,7%) a zbylých 72 sester (92,3%) nikoliv.

Na dětských odděleních má pomůcky 15 respondentů (19%) a 64 respondentů (81%) je k dispozici nemá.

**Otázka č. 25:** Při komunikaci s mentálně postiženým pacientem nejčastěji využíváte:



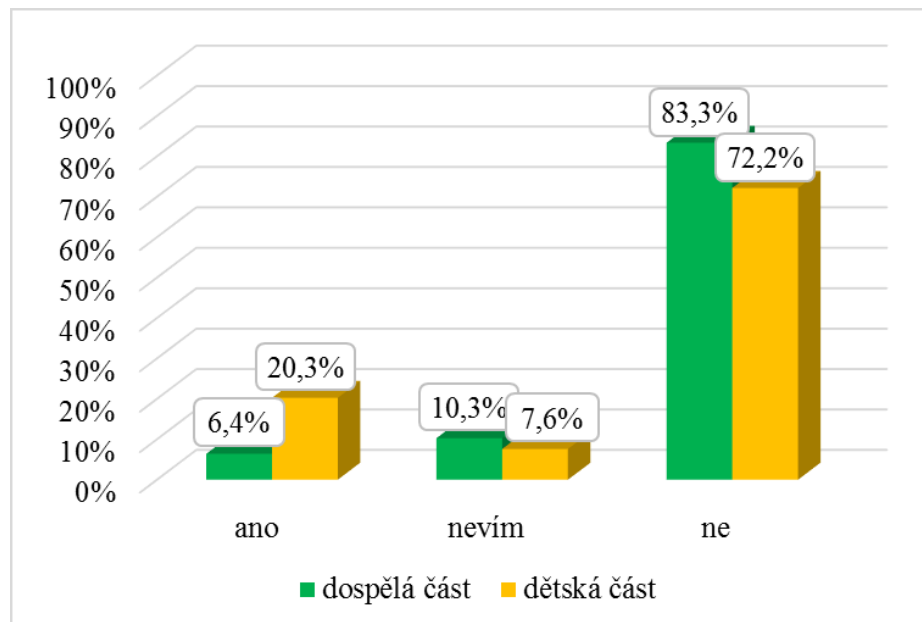
Obrázek 24 Nejčastěji využívané pomůcky

Nejvíce respondentů využívá při komunikaci s mentálně postiženým jedincem jeho rodinné příslušníky, což uvedlo 112 respondentů (71,3%) ze všech dotazovaných. Neverbální komunikaci využívá 22 sester (14,0%), obrázky a piktogramy 14 sester (8,9%) a tužku a papír 6 účastníků výzkumu (3,8%). Zbývající 3 respondenti (1,9%) uvedli, že se komunikaci s mentálně postiženou osobou raději vyhýbají.

Na dospělé části využívají sestry nejvíce rodinné příslušníky, což uvedlo 51 sester (65,4%), následně pak neverbální komunikaci, kterou označilo 14 dotazovaných (17,9%). Obrázky a piktogramy využívá 7 sester (9%), tužku a papír 4 sestry (5,1%) a komunikaci se na dospělé části vyhýbají 2 sestry (2,6%).

Na odděleních pro děti jsou nejčastěji využíváni také rodinní příslušníci, což uvedlo 61 sester (77,2%). Neverbální komunikaci označilo 8 sester (10,1%), obrázky a piktogramy 7 sester (8,9%), tužku a papír 2 sestry (2,5%) a komunikaci se vyhýbá jeden respondent (1,3%).

**Otázka č. 26:** Slyšel/a jste někdy o komunikačním systému Makaton užívající znaky, které jsou doplněny mluvenou řečí a symboly?



Obrázek 25 Makaton

Velká většina respondentů, konkrétně 122 (77,7%) ze všech, nikdy o komunikačním systému Makaton neslyšela. Dalších 14 sester (8,9%) uvedlo, že nevědí a pouze 21 sester (13,4%) ze všech dotazovaných Makaton zná.

Z dospělé části jej zná 15 sester (6,4%), 8 sester uvedlo, že neví (10,3%) a 65 sester (83,3%) pracujících s dospělými Makaton nezná.

Na dětské části jej zná 16 respondentů (20,3%), 6 dotazovaných neví (7,6%) a 57 respondentů (72,7%) z dětské části jej nezná.

### 3.7 Statistické zpracování hypotéz

V této části bakalářské práce jsou rozebírány předem stanovené statistické hypotézy. Pro zjišťování souvislostí v hypotézách jsme použili Pearsonův chí kvadrát. Dosaženou statistickou významnost jsme porovnávali s konvenční hodnotou hladiny významnosti  $\alpha = 0,05$ . V případě, že jsme dosáhli vyšší hodnoty  $p$  než  $0,05$  ( $p > \alpha$ ), zamítli jsme alternativní hypotézu. V případě, že byla dosažená hodnota nižší ( $p < \alpha$ ), nulovou hypotézu jsme zamítli a přijali jsme hypotézu alternativní.

**$1H_0$ :** Neexistuje statisticky významná souvislost mezi vzděláním respondentů a množstvím znalostí o komunikaci a mentální retardaci.

**$1H_A$ :** Existuje statisticky významná souvislost mezi vzděláním respondentů a množstvím znalostí o komunikaci a mentální retardaci.

Znalosti o komunikaci a mentální retardaci jsme zjišťovali v dotazníku pomocí čtyř otázek: otázka č. 8 (co znamená pojem aktivní naslouchání), otázka č. 9 (co patří mezi projevy evalvace), otázka č. 10 (jaký je dříve používaný termín pro mentální retardaci) a otázka č. 26 (zda někdy respondenti o komunikačním systému Makaton).

Pro lepší statistické zpracování jsme za každou správnou odpověď (v otázce č. 26 za souhlasnou odpověď) přidělili respondentovi jeden bod. Sestry, jejichž nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské, uvedly nejčastěji 2 správné odpovědi, konkrétně se jednalo o 56 sester (66,7%). Následovaly 3 správné odpovědi, které uvedlo 20 sester (23,8%), 1 správnou odpověď zakroužkovalo 6 respondentů (7,1%) a 4 správné odpovědi měli pouze 2 respondenti (2,4%). U sester s vyšším odborným vzděláním jsme se nečastěji setkali s 2 správnými odpověďmi, konkrétně u 22 sester (71%), 3 správné odpovědi uvedlo 8 respondentů (25,8%) a pouze jednu správnou odpověď měla 1 sestra (3,2%). Dotazovaní s vysokoškolským bakalářským vzděláním měli také nejčastěji 2 správné odpovědi, konkrétně ve 27 případech (77,1%), 3 správné odpovědi mělo 6 respondentů (17,1%) a 1 správnou odpověď uvedli pouze 2 respondenti (5,7%). Dotazovaní s vysokoškolským magisterským vzděláním označili nejčastěji 3 správné odpovědi, konkrétně ve 4 dotaznicích (57,1%) a u 3 respondentů (42,9%) označili 2 správné odpovědi. Tyto odpovědi jsme si pro lepší přehlednost vložili do následující tabulky.

Tabulka 3 Množství odpovědí v závislosti na vzdělání

vzdělání		1 správná odpověď	2 správné odpovědi	3 správné odpovědi	4 správné odpovědi	Celkem
středoškolské	frekvence	6	56	20	2	84
	%	7,1%	66,7%	23,8%	2,4%	100%
vyšší odborné	frekvence	1	22	8	0	31
	%	3,2%	71%	25,8%	0%	100%
vysokoškolské bakalářské	frekvence	2	27	6	0	35
	%	5,7%	77,1%	17,1%	0%	100%
vysokoškolské magisterské	frekvence	0	3	4	0	7
	%	0%	42,9%	57,1%	0%	100%

Tabulka 4 Souvislost mezi vzděláním a znalostmi

<b>Pearsonův chí kvadrát</b>	7,784
<b>Stupně volnosti</b>	9
<b>p (statistická významnost)</b>	0,556

Pro zjištění souvislostí a statistické testování hypotézy jsme použili Pearsonův chí kvadrát. Jehož hodnota se v tomto případě rovná  $\chi^2 = 7,784$  s 9 stupni volnosti a hodnota statistické významnosti je  $p = 0,556$ . Tato hodnota je vyšší než 0,05 a tak tedy nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu. Alternativní hypotézu tedy v tomto případě zamítáme a tvrdíme, že **neexistuje statisticky významná souvislost mezi vzděláním respondentů a množstvím znalostí o komunikaci a mentální retardaci.**

**2H<sub>0</sub>:** Neexistuje statisticky významná souvislost mezi délkou praxe respondentů a sebehodnocením jejich vlastních znalostí v oblasti komunikace s pacienty s mentální retardací.

**2H<sub>A</sub>:** Existuje statisticky významná souvislost mezi délkou praxe respondentů a sebehodnocením jejich vlastních znalostí v oblasti komunikace s pacienty s mentální retardací.

Pro ověření této hypotézy jsme pracovali s dvěma položkami v dotazníku - délkou praxe a otázkou č. 13, v které sestry hodnotily své vlastní znalosti v oblasti komunikace s mentálně retardovanými pacienty. Ve skupině sester, které mají délku praxe 0 až 4 roky, vybralo 24 sester (53,1%) odpověď spíše ano, odpověď určitě ano zvolila z této skupiny pouze 1 sestra (2,1%). Odpověď spíše ne uvedlo 14 sester (29,8%), určitě ne označily sestry 2 (4,3%) a nevím 6 sester (12,8%). Ve skupině respondentů s délkou praxe 5 až 10 let jsme se setkali nejvíce s odpovědí spíše ne, kterou uvedlo respondentů (33,3%). Odpověď spíše ano vybralo 9 sester (30%), určitě ano sestry 4 (13,3%) a nevím 7 sester (23,3%). Ve skupině sester s délkou praxe 11 až 20 let převládala odpověď určitě ano, kterou uvedlo 15 sester (40,5%) a jen 1 sestra (2,7%) uvedla odpověď určitě ano. Odpověď spíše ne označilo v této skupině 13 respondentů (35,1%), 1 (2,7%) označil odpověď určitě ne a zbývajících 7 dotazovaných (18,9%) označilo odpověď nevím. Ve skupině sester s praxí 21 až 30 let byla nejčastěji označena odpověď spíše ano, kterou označilo 12 sester (48%). Odpověď určitě ano vybraly 2 sestry (8%), spíše ne označily 4 sestry (16%), určitě ne pouze 1 sestra (4%) a odpověď nevím vybralo z této skupiny 6 dotazovaných (24%). Ve skupině respondentů s délkou praxe nad 31 let jsme se nečastěji setkali s odpovědí spíše ano, kterou zvolilo 10 sester (55,6%). Odpověď spíše ne uvedly 2 sestry (11,1%) a nevím vybralo 6 sester (33,3%). Pro lepší přehlednost jsme opět tyto hodnoty zanesli do následující tabulky.

Tabulka 5 Sebehodnocení znalostí v závislosti na délce praxe

délka praxe		určitě ano	spíše ano	nevím	spíše ne	určitě ne	celkem
0-4 roky	frekvence	1	24	6	14	2	47
	%	2,1%	51,1%	12,8%	29,8%	4,3%	100%
5-10 let	frekvence	4	9	7	10	0	30
	%	13,3%	30%	23,3%	33,3%	0%	100%
11-20 let	frekvence	1	15	7	13	1	37
	%	2,7%	40,5%	18,9%	35,1%	2,7%	100%
21-30 let	frekvence	2	12	6	4	1	25
	%	8%	48%	24%	16%	4%	100%
31 a více let	frekvence	0	10	6	2	0	18
	%	0%	55,6%	33,3%	11,1%	0%	100%

Tabulka 6 Souvislost mezi délkou praxe a sebehodnocením znalostí

<b>Pearsonův chí kvadrát</b>	18,445
<b>Stupně volnosti</b>	16
<b>p (statistická významnost)</b>	0,298

Pro zjištění souvislostí mezi délkou praxe a odpověďmi sester a statistické testování této hypotézy jsme použili Pearsonův chí kvadrát, jehož hodnota se v tomto případě rovná  $\chi^2 = 18,445$  s 16 stupni volnosti. Hodnota statistické významnosti  $p = 0,298$ . Tato hodnota je vyšší než 0,05 a nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu. Proto alternativní hypotézu zamítáme a tvrdíme, že **neexistuje statisticky významná souvislost mezi délkou praxe respondentů a sebehodnocením jejich vlastních znalostí v oblasti komunikace s pacienty s mentální retardací.**



**3H<sub>0</sub>:** Neexistuje statisticky významná souvislost mezi věkem respondentů a hodnocením nejproblematictější oblasti ošetrovatelské péče.

**3H<sub>A</sub>:** Existuje statisticky významná souvislost mezi věkem respondentů a hodnocením nejproblematictější oblasti ošetrovatelské péče.

Abychom mohli lépe statisticky ověřit tuto hypotézu, rozdělili jsme věk respondentů do 4 skupin: od 21 do 30 let, od 31 do 40 let, od 41 do 50 let a od 51 let a více. Tyto věkové skupiny jsme následně dávali do souvislosti s odpověďmi na otázku č. 18 v našem dotazníku. Tato otázka se týkala toho, která část ošetrovatelské péče je při hospitalizaci mentálně retardovaného pacienta pro respondenty nejvíce problematická.

Sestry ve věku od 21 do 30 let uvedly jako nejvíce problematickou edukaci nemocného, což uvedlo 22 respondentů (34,4%). Příjem nemocného uvedlo 20 sester (31,3%), provádění oš. výkonů 18 sester (28,1%), uspokojování základních potřeb 3 sestry (4,7%) a propuštění do domácí péče 1 sestra (1,6%). Ve další skupině respondentů, jejich věk je v rozmezí od 31 do 40 let, jsme se setkali nejčastěji s odpovědí provádění ošetrovatelských výkonů, což uvedlo 19 z těchto respondentů (50%). Následovala edukace nemocného, kterou uvedlo 10 sester (26,3%), příjem nemocného označilo 8 sester (21,1%) a 1 sestra (2,6%) vybrala uspokojování základních potřeb. V této skupině nehodnotily sestry propuštění pacienta do domácí péče jako problematické. Ve skupině sester od 41 do 50 let bylo jako nejproblematictější vybráno provádění oš. výkonů, což zvolilo 16 sester (44,4%). Edukaci nemocného uvedlo 14 sester (38,9%), příjem nemocného 4 sestry (11,1%), uspokojování základních potřeb uvedla 1 sestra (2,8%) a propuštění pacienta do domácí péče také 1 sestra (2,8%). U respondentů nad 51 let dominovalo provádění ošetrovatelských výkonů, což uvedlo 9 respondentů (50%). Edukaci nemocného uvedly 4 sestry (22,2%), to samé příjem nemocného (22,2%) a uspokojování základních potřeb uvedla 1 sestra (5,6%). Všechny tyto hodnoty jsme po přehlednost opět zaznamenali do následující tabulky.

Tabulka 7 Problematické oblasti péče v závislosti na věku

věk		příjem pacienta	provádění oše. výkonů	edukace nemocného	uspokojování zákl. potřeb	propuštění pacienta	celkem
21-30 let	frekvence	20	18	22	3	1	64
	%	31,3%	28,1%	34,4%	4,7%	1,6%	100%
31-40 let	frekvence	8	19	10	1	0	38
	%	21,1%	50%	26,3%	2,6%	0%	100%
41-50 let	frekvence	4	16	14	1	1	36
	%	11,1%	44,4%	38,9%	2,8%	2,8%	100%
nad 51 let	frekvence	4	9	4	1	0	18
	%	22,2%	50%	22,2%	5,6%	0%	100%

Tabulka 8 Souvislost mezi věkem a problematickou oblastí

<b>Pearsonův chí kvadrát</b>	11,474
<b>Stupně volnosti</b>	12
<b>p (statistická významnost)</b>	0,489

Pro zjištění souvislostí mezi věkem respondentů a problematickou oblastí ošetrovatelské péče jsme opět použili Pearsonův chí kvadrát, jehož hodnota se v tomto případě rovná  $\chi^2 = 11,474$  s 12 stupni volnosti. Hodnota statistické významnosti  $p = 0,489$ . Tato hodnota je vyšší než 0,05 a nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu. Proto alternativní hypotézu zamítáme a tvrdíme, že **neexistuje statisticky významná souvislost mezi věkem respondentů a hodnocením nejproblematictější oblasti ošetrovatelské péče.**

**4H<sub>0</sub>:** Neexistuje statisticky významná souvislost mezi typem pracoviště respondentů a vybaveností oddělení pomůckami.

**4H<sub>A</sub>:** Existuje statisticky významná souvislost mezi typem pracoviště respondentů a vybaveností oddělení pomůckami.

Abychom mohli ověřit výše uvedenou hypotézu, použili jsme odpovědi sester na otázku č. 24 v dotazníku, která se ptala na to, zda mají sestry na svém pracovišti pomůcky k usnadnění komunikace s mentálně hendikepovanými pacienty. Odpovědi respondentů jsme v tomto případě dávali do souvislosti s tím, na jakém typu oddělení sestry pracují. Pouze 6 sester (7,8%) z oddělení pro dospělé uvedlo, že tyto pomůcky na svém pracovišti mají a zbývajících 71 (92,2%) uvedlo, že nikoliv. Sestry, které pracují v dětské části nemocnice, uvedly v 5 případech (19%), že pomůcky na svém oddělení mají. Zbývajících 64 sester (81%) z dětské části uvedlo, že pomůcky nemají.

*Tabulka 9 Přítomnost pomůcek na oddělení*

typ pracoviště		ano	ne	celkem
dospělá část	frekvence	6	71	77
	%	7,8%	92,2%	100%
dětská část	frekvence	15	64	79
	%	19%	81%	100%

*Tabulka 10 Souvislost mezi pracovištěm a přítomností pomůcek*

<b>Pearsonův chí kvadrát</b>	4,195
<b>Stupně volnosti</b>	1
<b>p (statistická významnost)</b>	0,041

Pro ověření této hypotézy jsme použili Pearsonův chí kvadrát, jehož hodnota se v tomto případě rovná  $\chi^2 = 4,195$  s 1 stupněm volnosti. Hodnota statistické významnosti  $p = 0,041$ . Tato hodnota je nižší než 0,05 a v tomto případě nemůžeme přijmout nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní. Tvrdíme tak, že **existuje statisticky významná souvislost mezi typem pracoviště respondentů a vybaveností oddělení pomůckami**. Více pomůcek mají sestry pracující na odděleních pro děti (19%) než sestry z dospělé části nemocnice (7,8%).

### 3.8 Diskuze

První část dotazníkového šetření obsahovala několik socio-demografických otázek, díky kterým můžeme charakterizovat vzorek respondentů. V těchto otázkách jsme zjišťovali jejich pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, délku praxe a pracoviště, na kterém pracují. Z celého vzorku respondentů bylo 143 (91,1%) žen a pouze zbývajících 14 (8,9%) byli muži. Tento poměr pohlaví není nijak zvlášť překvapivý a předem jsme jej očekávali. Dle Českého statistického úřadu ženy ve zdravotnictví (s výjimkou nejvyšších pozic - přednosta, primář atd.) výrazně převládají. Přibližně vyrovnaný podíl obou pohlaví je pouze na pozici lékařů, kde je ženské pohlaví zastoupeno jen o pár procent více. Na pozicích sester, porodních asistentů, ale i farmaceutů se můžeme setkat s výraznou dominancí žen a jejich podíl tvoří více než 80%. Dalším zajímavým zjištěním je, že ze všech 14 mužů v našem výzkumu, pracuje 10 z nich s dospělými pacienty a pouze 4 s dětmi.

V další otázce jsme se tázali respondentů na jejich věk. Dotazovaní byli ve věku od 21 let do 66 let a průměrný věk respondenta byl 35,6 let. Pokud se zaměříme na věkový průměr respondentů pracujících na dospělé části nemocnice, dostáváme 34,4 let. U sester na dětských odděleních je věkový průměr o něco vyšší, konkrétně 36,7 let.

Nejpočetnější skupinu dotazovaných tvoří sestry, jejichž nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské, což uvedlo 84 sester (53,5%). Pokud se však zaměříme na nejvyšší dosažené vzdělání dle pracovišť, uvedlo středoškolské vzdělání 33 sestry z dospělé části a 51 sestry z dětské. Vyšší odborné vzdělání má celkem 31 sestry (19 z dospělé a 12 z dětské části), vysokoškolské bakalářské studium má 35 sestry (21 z dospělé a 14 z dětské). Vysokoškolské magisterské vzdělání uvedlo v dotazníku pouze 7 sestry (4,5%), z nichž 5 pracuje na oddělení pro dospělé a pouze 2 jsou z dětské části nemocnice. Z této otázky je tedy patrné, že obecně vyšší vzdělání mají respondenti pracující na odděleních pro dospělé, u kterých je však nižší věkový průměr.

Další otázka byla zaměřena na délku praxe respondentů. Nejpočetnější skupinu tvoří sestry, jejich praxe je do 4 let, což uvedlo 47 sestry (29,9%). Z této skupiny je však 28 sestry z dospělé části a 19 z dětské. Praxi 5 až 10 let uvedlo 14 sestry z dospělé části a 16 z dětské, 11 až 20 let pracují ve svém oboru 17 sestry z dospělé části a 20 z dětské, 21 až 30 let uvedlo 11 z dospělé a 14 z dětské a praxi nad 31 let má 8 sestry z oddělení pro dospělé a z oddělení pro děti 10 sestry.

Z všech demografických údajů vyplývá, že na odděleních pro dospělé pacienty ve Fakultní nemocnici v Motole pracují spíše mladší sestry, které mají vyšší vzdělání, ale kratší praxi než sestry pracující na odděleních pro děti. Na dětských odděleních pracují spíše starší sestry, které mají delší dobu praxe, avšak nižší vzdělání. Tento rozdíl lze přisoudit všem dosavadním změnám ve vzdělávání zdravotníků, jelikož dříve existoval na středních zdravotnických školách například obor dětská sestra, který má jistě někdo z respondentů na dětské části vystudovaný. Následně pak již nebylo potřeba studovat vyšší či vysoké školy a absolvent byl plně hodnotnou sestrou, která mohla pracovat na dětských odděleních. Domnívám se, že větší počet starších sester s delší praxí na dětských odděleních můžeme také přisoudit tomu, že většina z nich už má zkušenosti se svými vlastními dětmi a práce s nimi se nebojí. V dnešní době se studenti při praxích na oddělení setkávají spíše s dospělými pacienty, díky tomu se mohou specifické práce s dětmi obávat a tak spíše volí po dokončení studia práci na odděleních pro dospělé.

Následně jsme se ptali, zda se respondenti již setkali s pacientem s mentálním postižením a jak často se s takovými pacienty setkávají na svém pracovišti. Je zajímavé, že respondenti z dětských oddělení se všichni již za dobu své praxe s pacientem s mentálním postižením setkali, zatímco na dospělé části se 7 sester s tímto pacientem zatím neseťkalo. Tento fakt můžeme přisuzovat tomu, že na odděleních pro dospělé pracují mladší sestry a dost často s kratší dobou praxe než na dětské části. Z následující otázky je patrné, že sestry na dětských odděleních se s pacienty s mentální retardací setkávají mnohem častěji než sestry na dospělé části. Denně či týdně se na dospělé části s těmito pacienty neseťkává žádný z respondentů, na rozdíl od sester z dětské části nemocnice. Tento fakt je možný z toho důvodu, že Fakultní nemocnice v Motole je komplexním pracovištěm pro dětské pacienty, kteří sem jezdí z celé České republiky i ze zahraničí a můžeme se zde setkat s velkým množstvím vzácných diagnóz. Děti, které trpí nějakým mentálním postižením, mají často i různá další přidružená onemocnění, bývají často hospitalizovány a některé mohou být i v tak vážném stavu, že na následky svých onemocnění časem zemřou a dospělého věku se nedožijí. To může být jedním z důvodů, proč se s nimi tak často neseťkávají sestry na odděleních pro dospělé.

Co se týče následujících otázek, které zjišťovaly znalosti sester v oblasti komunikace a mentální retardace, uspěli jen nepatrně více respondenti pracující na odděleních pro dospělé. Tento fakt lze přikládat tomu, že sestry na odděleních pro dospělé mají dle našeho výzkumu vyšší vzdělání, kde mohly častěji své znalosti získat. Je však podivuhodné, že na otázky č. 8 a 9, které se týkaly komunikace, odpověděli skoro všichni respondenti správně. Když jsme se však ptali, jaký je dříve používaný termín pro mentální retardaci, správné odpovědi jsme se dočkali jen ve velice málo případech. Více než polovina respondentů označila, že dříve používaný termín je idiocie, dalších přibližně 30% uvedlo výraz demence. Z toho je patrné, že i zdravotníkům se tyto výrazy velmi často pletou či je považují za totožné a jejich přesná definice je jim často neznámá.

Otázka č. 11 se věnuje tomu, zda respondenti získali během svého dosavadního studia informace o specifikách komunikace s mentálně retardovanými pacienty. Tyto informace získalo 101 dotazovaných (64,3%), z nichž však 53 respondentů pracuje na části pro dospělé a 48 na dětské části nemocnice. Zde není patrný příliš velký rozdíl, avšak i tuto nepatrnou odchylku můžeme přikládat k tomu, že sestry na odděleních pro dospělé mají ve více případech vyšší vzdělání a tyto informace se tak mohly dozvědět při svém dosavadním studiu. Velká většina dotazovaných se domnívá, že je důležité, aby měla sestra základní znalosti v komunikaci s pacienty s mentální retardací. Avšak v otázce sebehodnocení jejich vlastních znalostí označilo pouze 78 respondentů (49,7%), že se domnívají, že dostatečné znalosti určitě nebo spíše mají. Je překvapivé, že odpověď spíše ano označily s velkým rozdílem (cca 28 %) sestry pracující na dětské části nemocnice. Tento jev může souviset s tím, že sestry, které zde pracují, mají ve většině případů delší praxi ve zdravotnictví a tyto znalosti v průběhu své praxe získaly i na základě dosavadních zkušeností. Odpověď spíše ne uvedli více respondenti na dospělé části, což je překvapivé, jelikož dle našeho výzkumu mají častěji vyšší vzdělání. Odpovědi na tuto otázku mohou vypovídat o tom, že se na vyšších a vysokých školách tomuto tématu nevěnuje dostatečné množství času a tato problematika bývá velmi často opomíjena.

Následovala velmi zajímavá otázka, kde jsme se ptali respondentů, jaké pocity v nich setkání s mentálně postiženým pacientem vyvolává. Respondenti mohli v této otázce zvolit i více možností. Nejčastější odpovědí byla potřeba pomoci, což uvedlo 96 respondentů (61,1%) ze všech dotazovaných. Častěji tuto odpověď (rozdíl 12%) však zvolily sestry pracující na dětských odděleních, což můžeme přikládat tomu, že děti jsou brány jako více zranitelné a celkově pomoc potřebují více než dospělí pacienti. Setkání s těmito pacienty vyvolává soucit přibližně u obou skupin respondentů stejně, avšak bezmoc, strach a rozpaky vyvolává spíše u sester z části pro dospělé pacienti. Konkrétně u rozpaků jsme zaznamenali velmi markantní (téměř 20%) rozdíl mezi sestrami z dospělé a dětské části. Tento rozdíl můžeme přikládat tomu, že na dětské části jsou často s dítětem hospitalizovaní i rodiče, kteří nám případně při ošetřování a komunikaci s mentálně postiženým dítětem pomohou, dokážou jej zklidnit atd. Na dospělé části jsou většinou tito pacienti bez doprovodu a rozpaky v sestrách může vyvolávat to, že neví, jak s pacientem navázat kontakt, jak k němu přistupovat, co mu vadí apod. Pouze u 2 respondentů (1,3%), kteří pracují na odděleních pro dospělé, vzbuzuje setkání s mentálně retardovanou osobou radost. Tato odpověď byla pro nás překvapující. Je možné uvažovat o řadě důvodů, my se domníváme, že příčinou odpovědi může být fakt, že se mentálně postižení lidé chovají často jako přerostlé děti a mají i dětský a nezkažený pohled na svět, což může někdy působit až odlehčujícím dojmem a zlepšovat nám náladu. Také mohou být na oddělení určitou změnou a zpestřením práce, jelikož se s nimi, zvláště sestry na dospělé části, příliš často nesetkávají.

Komunikaci s mentálně hendikepovanou osobou se vyhýbá nebo by se vyhnulo pouze 27 respondentů (17,2%) ze všech a častěji se jedná o sestry z dospělé části nemocnice. Tento fakt může opět úzce souviset s tím, že na dětských odděleních bývá komunikace nepřímo předávána přes rodiče, který je s dítětem obvykle hospitalizován, zatímco na dospělé části bývá pacient sám a komunikace tak bývá často obtížnější. Tito respondenti jsou ve většině případech ti, kteří v předchozí otázce uvedli, že při komunikaci s mentálně retardovaným pociťují strach, obavy či rozpaky. Zatímco na dětské části se setkáme převážně s tím, že se sestry komunikaci s mentálně postiženou osobou nevyhýbají nebo by se nevyhnuly, jelikož jim komunikaci usnadňují a zprostředkují příbuzní nemocného dítěte.

Mentálně retardované pacienty přijímá k hospitalizaci s doprovodem velká většina oddělení v celé nemocnici, avšak je samozřejmě patrný rozdíl (více než 25%) mezi dětskou a dospělou částí. Na dětské části by tohoto pacienta s doprovodem přijali častěji, což je pochopitelné, jelikož se obvykle i ostatní děti s doprovodem přijímají.

Je však potěšující, že i u z dospělé části jsme se poměrně často setkali s touto odpovědí nebo by příjem doprovodu závisel na kapacitních možnostech oddělení. Pouze 7 sester z dospělé části nemocnice uvedlo, že by pacienta s doprovodem k hospitalizaci nepřijaly. Domníváme se, že příjem takového pacienta s doprovodem dokáže ulehčit celému ošetrovatelskému personálu i lékařům hodně práce a samotný pacient se cítí v jiném prostředí mnohem lépe, když má po boku známou tvář, které se nebojí a může jí důvěřovat.

V otázce, co považují respondenti za největší problémy v komunikaci s mentálně hendikepovaným pacientem, se nesetkáváme s příliš velkými rozdíly mezi odpověďmi dotazovaných. Avšak v komunikaci s těmito lidmi nemá žádné problémy o nepatrně více sester z dětské části nemocnice. Což opět může být způsobeno doprovodem, který je s dítětem ve většině případů společně hospitalizován a komunikaci usnadňuje. Zajímavý je také minimální rozdíl počtu odpovědí u nedostatku trpělivosti, jenž má nepatrně více sester z dospělé části, což je pochopitelné, jelikož se domnívám, že samotná práce s dětmi vyžaduje často trpělivosti více.

Poměrně významné rozdíly jsme zaznamenali u otázky č. 18, kde jsme se ptali, jaká část ošetrovatelské péče je při hospitalizaci mentálně retardovaného pacienta pro respondenty nejvíce problematická. Největším problémem sester na dospělé části je již samotný příjem tohoto pacienta. Tato odpověď je poměrně pochopitelná, jelikož již sběr ošetrovatelské anamnézy a jiných informací může být velmi komplikovaný, když u sebe pacient nemá doprovod, který by zdravotníkům vše řekl či doplnil. Díky tomu se tak nemusíme dozvědět vše, co je při ošetřování nemocného potřeba a může nechtěně dojít k nějakému pochybení či zanedbání péče. Nejproblematictější částí ošetrovatelské péče u mentálně retardovaného pacienta je pro sestry na dětských odděleních provádění ošetrovatelských výkonů, což bývá komplikovanější i u dětí bez mentálního deficitu. Zajímavé také je, že propuštění pacienta do domácí péče činí opět problém jen sestrám na odděleních pro dospělé. Tato odpověď je u nich také pochopitelná, jelikož mohou mít obavy, jak s následnou péčí bude pokračovat sám pacient, co si zapamatoval a jak vše bude po ukončení hospitalizace zvládat.



V otevřené otázce č. 19 uváděly sestry, co si myslí, že by pomohlo ošetrovatelskému personálu v péči o mentálně hendikepované nemocné. Zajímavé je, že sestry z dospělé části častěji uvedly, že by personálu pomohlo více informací o této problematice.

Opět můžeme tuto odpověď srovnat se vzděláním respondentů, které mají sestry na dospělé části, dle našeho výzkumu, vyšší, ale domnívají se, že má ošetrovatelský personál v této oblasti informací nedostatek. Můžeme se pouze domnívat, zda tuto odpověď ovlivňuje jejich vlastní zkušenost a to, co by pomohlo konkrétně jim či nikoliv. Pokud by se totiž týkala jejich odpověď i jejich vlastní zkušenosti, je opět zřejmé, že je na vyšších a vysokých školách tato problematika málo vyučována.

V následující otázce jsme zjišťovali, zda mají sestry podle vlastního sebehodnocení při komunikaci s pacientem s mentální retardací trpělivost a udělají si na něj více času. Z odpovědí je patrné, že o něco trpělivější jsou sestry z dětských oddělení, což jsme předpokládali, jelikož samotná práce s dětmi vyžaduje více trpělivosti. Avšak mezi dětskou a dospělou částí není příliš markantní rozdíl. Pouze 3 sestry (1,9%) z dospělé části uvedly, že trpělivé spíše nejsou a čas si neudělají, což může být zapříčiněno i jejich vlastní povahou a podobně se mohou chovat i k mentálně zdravým pacientům.

Velká většina respondentů se domnívá, že je důležité přizpůsobit své sdělení mentální úrovni pacienta. Avšak pravidla komunikace s mentálně postiženým pacientem nezná přibližně 30% respondentů. Tato pravidla zná více sester z dětské části, což opět vypovídá o tom, že kolikrát nezáleží na úrovni vzdělání, ale na délce praxe a sesbíraných zkušenostech. Opět je patrné, že sestry z dospělé části, ačkoliv mají vyšší vzdělání, nemají v této oblasti dostatečné znalosti a komunikaci s pacientem není pravděpodobně ve školní výuce věnován dostatek času.

Následovala otázka, ve které jsme očekávali velmi vyrovnané odpovědi, což se nakonec naštěstí nestalo. Otázka se zabývala tím, zda je vhodné pacientům s mentální retardací tykat. Odpověď určitě ano zvolili pouze 2 respondenti (1,3%) a spíše ano zvolilo 48 dotazovaných (30,6%). Jedná se tedy pouze o 50 respondentů, kteří by mentálně postiženému pacientovi tykali, což je poměrně potěšující. Je dost možné, že se tyto sestry domnívají, že jim tykání pomůže se s mentálně postiženým více skamarádit a sblížit a díky tomu z nich nebude mít strach.

Při tykání se však často stává, že i s dospělým pacientem jednáme spíše jako s dítětem a jsme ve vztahu k němu nadřazení, což pro něj může být velmi nepříjemné. Většina dotazovaných se domnívá, že pacientům s mentální retardací není vhodné tykat, což je správně, jak uvádějí různé příručky pro mezilidskou komunikaci. Je samozřejmě možné, že někteří mentální retardovaní pacienti budou tykání vyžadovat a domnívám se, že pokud se na něm vzájemně obě strany dohodnou, na škodu být v některých případech nemusí. Rozhodně však není vhodné tykat všem mentálně postiženým pacientům.

Následující otázka se týkala pomůcek, které by sestřám usnadňovaly komunikaci s mentálně hendikepovaným pacientem. Z odpovědí respondentů vyplývá, že více pomůcek mají sestry na dětských odděleních, avšak i tak je jejich výskyt velmi nízký. Přítomnost pomůcek uvedlo pouze 21 sester z celého vzorku respondentů, což je žalostné. Sama mám ze své praxe podobné zkušenosti a domnívám se, že v této oblasti nejsou oddělení dostatečně vybavena či jsou vybavena jen velmi zřídka a malým množstvím pomůcek. Opět je patrné, že je komunikace se specifickými skupinami pacientů velmi často zanedbávána i ve velkých fakultních nemocnicích. Díky tomu, že nemají sestry k dispozici žádné pomůcky nebo jich mají jen malé množství, využívají ke komunikaci nejčastěji rodinné příslušníky nemocného. Další používanou strategií je neverbální komunikace v případě, že není rodinný příslušník nablízku. Občas sestry používají různé obrázky a piktogramy či tužku a papír. Domnívám se, že vybavenost pomůckami je velmi nedostatečná a na tuto oblast by se měli zaměstnavatelé zaměřit a zlepšit ji. Je důležité, aby se i specifické skupiny pacientů cítily v nemocnici dobře a taky je vhodné práci zdravotníkům alespoň v této oblasti nějakým způsobem usnadnit, když už je komplikována stále přibývajícím a větším množstvím různé dokumentace.

Poslední otázka dotazníku se zabývala tím, zda sestry znají jednu z alternativních metod komunikace - systém Makaton. Z výzkumu je patrné, že většina sester tento systém nezná a pokud jej znají, tak ve větším množství se jedná o sestry z dětské části nemocnice.

## 4 ZÁVĚR

V bakalářské práci "Znalosti sester v komunikaci s pacienty s mentální retardací" bylo našimi hlavními cíli vytvoření teoretického základu o této problematice, zjištění úrovně znalostí sester a také analyzování nejčastějších problematických oblastí v komunikaci s mentálně retardovanými pacienty.

V teoretické části práce jsme vycházeli z dostupné odborné literatury zabývající se problematikou komunikace, mentální retardace i specifiky komunikace u osob s narušenou komunikační schopností. V úvodu teoretické části jsme vymezili základní pojmy týkající se komunikace, její funkci, formy a také jsme se zabývali narušenou komunikační schopností a alternativními a augmentativními metodami komunikace. Následující velká kapitola se týká mentální retardace. V podkapitolách se snažíme o vysvětlení její definice, jejího dělení, diagnostiky, specifikujeme její formy a projevy a přibližujeme i případnou terapii. Následující kapitola se zabývá specifiky komunikace s mentálně retardovanými lidmi a uvádíme v ní i vhodná doporučení a zásady pro lepší a efektivnější komunikaci.

V empirické části práce jsou zpracována data z nestandardizovaného dotazníkového šetření, které proběhlo ve Fakultní nemocnici v Motole na odděleních lůžkové péče pro děti i dospělé. Cílem tohoto výzkumu bylo zjistit, jaké znalosti a zkušenosti mají sestry, které v nemocnici pracují a také, zda jsou patrné rozdíly mezi sestrami z dětské části nemocnice a těmi, které pracují s dospělými pacienty.

Cílem práce nebylo obsáhnout celou problematiku komunikace či mentální retardace, ale přinést základní přehled teoretických poznatků, provést výzkumné šetření u sester pracujících ve FNM a na základě výzkumu případně doporučit vhodná opatření, která by mohla vést ke zlepšení komunikace s mentálně retardovanými pacienty.

Bakalářská práce by mohla být přínosem pro zlepšení některých oblastí péče a zjištěná fakta mohla sloužit jako další doporučení do praxe pro ošetrovatelský personál. Další výzkumné šetření by bylo vhodné provést přímo s mentálně postiženými pacienty, případně s jejich doprovody, abychom mohli tuto problematiku zkoumat i z druhého pohledu. Možná bychom se dozvěděli mnoho zajímavých a odlišných informací. Touto prací také chceme poukázat, že ačkoliv můžeme mít sebelepší přístroje či léky, lidský přístup k pacientům nám nikdy nic nenahradí a správný přístup a dostatečná komunikace vedou společně k lepší a účinnější zdravotní péči.

## REFERENČNÍ SEZNAM

BAZALOVÁ, Barbora. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Praha: Portál, 2014, 184 s. ISBN 978-80-262-0693-4.

COHEN, Robert M. *The presentations of clinical psychiatry*. Dinton: Quay, 2000, 190 s. ISBN 9781856421034.

DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. 6. vydání. Praha: Grada, 2008, 512 s. ISBN 978-80-247-2018-0.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. 3. vyd. Praha: Portál, 2015, 776 s. ISBN 978-80-262-0873-0.

JANOVCOVÁ, Zora. *Alternativní a augmentativní komunikace: učební text*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010, 52 s. ISBN 978-80-210-5186-7.

KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Vady řeči u dětí: návody pro praxi*. Praha: Grada, 2016, 224 s. ISBN 978-80-247-3941-0.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006, 228 s. ISBN 978-80-247-1110-2.

KREJČÍŘOVÁ, Olga. *Alternativní a augmentativní komunikace v praxi pracovníků sociálních služeb*. Vsetín: Vzdělávací a komunitní centrum Integra Vsetín, 2011, 149 s. ISBN 978-80-260-0059-4.

KRISTOVÁ, Jarmila. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. 3. upravené a doplnené vydanie. Martin: Osveta, 2009, 182 s. ISBN 978-80-8063-160-3.

LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Vyd. 3., dopl. a přeprac. Přeložil Jana KŘÍŽOVÁ. Praha: Portál, 2011, 192 s. ISBN 978-80-7367-977-4.

LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada, 2007, 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.

LUDÍKOVÁ, Libuše. *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, 140 s. ISBN 80-244-1154-7.

MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011, 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada, 2010, 328 s. ISBN 978-80-247-2339-6.

- PALMER, Sally a Margaret WEAVER. *Úloha informací v manažerském rozhodování*. Praha: Grada, 2000, 168 s. ISBN 80-7169-940-3.
- PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010, 402 s. ISBN 978-80-7315-198-0.
- PLAŇAVA, Ivo. *Průvodce mezilidskou komunikací: přístupy - dovednosti - poruchy*. Praha: Grada, 2005, 148 s. ISBN 80-247-0858-2.
- PLEVOVÁ, Ilona. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada, 2010, 256 s. ISBN 978-80-247-2968-8.
- POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008, 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.
- PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011, 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
- REJZEK, Jiří. *Český etymologický slovník*. 3. vydání (2. přeprac. a rozšířené vydání). Praha: Leda, 2015, 752 s. ISBN 978-80-7335-393-3.
- SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010, 160 s. ISBN 978-80-7367-691-9.
- SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 2. vyd. Praha: Grada, 2016, 168 s. ISBN 978-80-271-0095-8
- ŠAROUNOVÁ, Jana. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. Praha: Portál, 2014, 152 s. ISBN 978-80-262-0716-0.
- ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007, 615 s. ISBN 978-80-7367-340-6.
- ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál, 2011, 224 s. ISBN 978-80-7367-889-0.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.
- VALENTA, Milan. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně právním kontextu*. Praha: Grada, 2012, 352 s. ISBN 978-80-247-3829-1.

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

VOČKA, Zbyněk. *Příručka pro efektivnější komunikaci zdravotnických pracovníků a osob se zdravotním postižením*. Olomouc: Olomoucký kraj, 2012, 20 s. ISBN 978-80-87535-53-0.

VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009, 319 s. ISBN 978-80-7367-387-1.

WOOD, Julia T. *Interpersonal communication: everyday encounters*. 8th edition. Boston, MA: Cengage Learning, 2016, 432 s. ISBN 978-1285445830.

ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2016, 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.

ZVOLSKÝ, Petr. *Speciální psychiatrie*. Dotisk. Praha: Karolinum, 2003, 206 s. ISBN 80-7184-203-6.

ŽANTOVSKÁ, Irena. *Rétorika a komunikace*. Praha: Dokořán, 2015, 288 s. ISBN 978-80-7363-712-5.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1: Dotazník (text)

Příloha č. 2: Žádost o povolení dotazníkového šetření (obrázek)

Příloha č. 3: Prstová abeceda pro jednu ruku (jednoruční daktyl) (obrázek)

Příloha č. 4: Prstová abeceda pro dvě ruce (obouruční daktyl) (obrázek)

Příloha č. 5: Lormova abeceda (text + obrázek)

Příloha č. 6: Komunikační systém Bliss (obrázek)

Příloha č. 7: Makaton (obrázek)

## SEZNAM OBRÁZKŮ

- Obrázek 1: Pohlaví respondentů
- Obrázek 2: Nejvyšší dosažené vzdělání
- Obrázek 3: Délka praxe
- Obrázek 4: Pracoviště respondentů
- Obrázek 5: Setkání s pacientem s mentální retardací
- Obrázek 6: Frekvence mentálně ret. pacientů na oddělení
- Obrázek 7: Aktivní naslouchání
- Obrázek 8: Projevy evalvace
- Obrázek 9: Dřívější termín pro mentální retardaci
- Obrázek 10: Dostatek informací během studia
- Obrázek 11: Základní znalosti v komunikaci
- Obrázek 12: Sebehodnocení znalostí respondentů
- Obrázek 13: Pocity při setkání
- Obrázek 14: Vyhýbání komunikaci
- Obrázek 15: Hospitalizace s doprovodem
- Obrázek 16: Problémy v komunikaci
- Obrázek 17: Problematická část oše. péče
- Obrázek 18: Napomáhá ke zlepšení péče
- Obrázek 19: Čas při komunikaci
- Obrázek 20: Přizpůsobení sdělení
- Obrázek 21: Pravidla komunikace
- Obrázek 22: Tykání
- Obrázek 23: Přítomnost pomůcek
- Obrázek 24: Nejčastěji využívané pomůcky
- Obrázek 25: Makaton



## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1: návratnost dotazníků - dětská část

Tabulka 2: návratnost dotazníků - dospělá část

Tabulka 3: Množství odpovědí v závislosti na vzdělání

Tabulka 4: Souvislost mezi vzděláním a znalostmi

Tabulka 5: Sebehodnocení znalostí v závislosti na délce praxe

Tabulka 6: Souvislost mezi délkou praxe a sebehodnocením znalostí

Tabulka 7: Problematické oblasti péče v závislosti na věku

Tabulka 8: Souvislost mezi věkem a problematickou oblastí

Tabulka 9: Přítomnost pomůcek na oddělení

Tabulka 10: Souvislost mezi pracovištěm a přítomností pomůcek

## PŘÍLOHY

### Příloha č. 1: Dotazník

#### Dotazník

Vážená kolegyně, vážený kolego,

jmenuji se Michaela Helinská a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na 2. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku zabývajícího se problematikou komunikace sester s mentálně hendikepovanými pacienty. Získané údaje budou použity pro vypracování mé bakalářské práce s názvem *"Znalosti sester v komunikaci s pacienty s mentální retardací"*. Veškeré informace jsou anonymní a budou využity pouze pro zpracování výzkumné části bakalářské práce.

Děkuji Vám za spolupráci a čas, který věnujete vyplnění dotazníku.

Bc. Michaela Helinská

.....

**1. Uveďte Vaše pohlaví:**    a.) žena                      b.) muž

**2. Uveďte Váš věk:** .....

**3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a.) středoškolské
- b.) vyšší odborné
- c.) vysokoškolské bakalářské
- d.) vysokoškolské magisterské

**4. Jaká je délka Vaší praxe?**

- a.) 0 - 4 roky
- b.) 5 - 10 let
- c.) 11 - 20 let
- d.) 21 - 30 let
- e.) 31 a více let

**5. Na jakém oddělení ve Fakultní nemocnici v Motole pracujete?**

- Část pro dospělé:
  - a.) standardní oddělení
  - b.) oddělení intenzivní nebo resuscitační péče
  - c.) oddělení následné péče (LDN, CNP aj.)
  - d.) jiné, uveďte: .....
  
- Část pro děti:
  - a.) standardní oddělení
  - b.) oddělení intenzivní nebo resuscitační péče
  - c.) oddělení následné péče (LDN, CNP aj.)
  - d.) jiné, uveďte: .....

**6. Potkal/a jste se za dobu své dosavadní praxe s pacientem s mentálním postižením?**

- a.) ano
- b.) ne

**7. Jak často se na svém pracovišti přibližně setkáváte s pacienty s mentální retardací?**

- a.) denně
- b.) 1x týdně
- c.) 1x měsíčně
- d.) 1x za půl roku
- e.) 1x ročně
- f.) zatím jsem nesetkal/a

**8. Víte, co znamená pojem aktivní naslouchání?**

- a.) ignorování toho, co nám druhý sděluje
- b.) pozorné poslouchání druhého, jeho vnímání, sdílení pocitu a aktivní reagování na něj
- c.) aktivita v dialogu, skákání do řeči druhému
- d.) koncentrace pouze na jednu informaci, kterou nám druhá osoba sděluje

**9. Mezi projevy evalvace podle Vás patří:**

- a.) podceňování, urážení, ponižování
- b.) projev zájmu, vyslechnutí
- c.) zneužívání důvěry
- d.) agresivita, kladení odporu

**10. Víte, jaký je dříve používaný termín pro definici mentální retardace?**

- a.) demence
- b.) schizofrenie
- c.) oligofrenie
- d.) idiocie

**11. Získal/a jste během svého dosavadního studia informace o specifikách komunikace s pacientem s mentální retardací?**

- a.) ano
- b.) ne

**12. Domníváte se, že je důležité, aby měla sestra základní znalosti v komunikaci s pacienty s mentální retardací?**

- e.) určitě ano
- d.) spíše ano
- b.) spíše ne
- a.) určitě ne

**13. Myslíte si, že Vy máte dostatečné znalosti v oblasti komunikace s pacienty s mentální retardací?**

- a.) určitě ano
- b.) spíše ano
- c.) nevím
- d.) spíše ne
- e.) určitě ne

**14. Jaké pocity ve Vás vyvolává setkání s pacientem s mentálním postižením? (můžete označit i více možností)**

- a.) soucit
- b.) bezmoc
- c.) strach
- d.) potřeba pomoci
- e.) radost
- f.) rozpaky
- g.) jiné, uveďte prosím jaké: .....

**15. Vyhýbáte se nebo byste se raději vyhnul/a komunikaci s mentálně hendikepovanou osobou?**

- a.) určitě ano
- b.) spíše ano
- c.) nevím
- d.) spíše ne
- e.) určitě ne

**16. Přijímáte/ přijali byste mentálně retardované pacienty k hospitalizaci s doprovodem?**

- a.) ano
- b.) ne
- c.) dle kapacitních možností oddělení

**17. Co považujete za největší problémy v komunikaci s mentálně hendikepovaným pacientem? (můžete označit i více možností)**

- a.) neznalost postižení
- b.) neznalost způsobu komunikace
- c.) nedostatek času
- d.) nedostatek trpělivosti
- e.) vzájemné nepochopení
- f.) nemám žádné problémy
- g.) jiný, uveďte: .....

**18. Která z těchto částí ošetrovatelské péče je/byla by pro Vás při hospitalizaci pacienta s mentální retardací nejvíce problematická?**

- a.) příjem nemocného (sběr anamnézy atd.)
- b.) provádění ošetrovatelských výkonů (odběry bio. materiálu, měření fyz. funkcí atd.)
- c.) edukace nemocného (před op. výkonem, aplikace inzulínu atd.)
- d.) uspokojování základních potřeb (hygiena, oblékání, stravování atd.)
- e.) propuštění pacienta zpět do domácí (ústavní) péče, (vysvětlení doporučení lékaře, užívání léků atd.)

**19. Co si myslíte, že by pomohlo ošetrovatelskému personálu v péči o mentálně hendikepované nemocné?**

.....

.....

.....

.....

**20. Při komunikaci s mentálně retardovaným pacientem jste trpělivá/ý a uděláte si čas?**

- a.) ano, vždy
- b.) podle časových možností
- c.) spíše ne

**21. Domníváte se, že je důležité přizpůsobit své sdělení mentální úrovni pacienta (mluvit pomalu, používat krátké a jasné věty, nepožívat cizí slova, názorně vysvětlovat atd.)?**

- a.) určitě ano
- b.) spíše ano
- c.) spíše ne
- d.) určitě ne

**22. Znáte pravidla komunikace s mentálně postiženým pacientem?**

- a.) určitě ano
- b.) spíše ano
- c.) spíše ne
- d.) určitě ne

**23. Domníváte se, že je vhodné dospělému pacientovi s mentální retardací při komunikaci tykat?**

- a.) určitě ano
- b.) spíše ano
- c.) spíše ne
- d.) určitě ne

**24. Máte na svém pracovišti pomůcky určené pro usnadnění komunikace s mentálně hendikepovaným pacientem?**

- a.) ano
- b.) ne

**25. Při komunikaci s mentálně postiženým pacientem nejčastěji využíváte:**

- a.) rodinné příslušníky
- b.) obrázky, piktogramy
- c.) tužku a papír
- d.) neverbální komunikaci (posunky, gesta, mimika, pantomima)
- e.) komunikaci se raději vyhýbám
- f.) jiné, uveďte:.....

**26. Slyšel/a jste někdy o komunikačním systému Makaton užívající znaky, které jsou doplněny mluvenou řečí a symboly?**

- a.) ano
- b.) nevím
- c.) ne

**Děkuji za vyplnění dotazníku.**

**Příloha č. 2: Žádost o povolení dotazníkového šetření**

**Bc. Michaela Helinská**  
bakalářský studijní program Ošetřovatelství, studijní obor Všeobecná sestra  
2. lékařská fakulta, Univerzita Karlova  
kontaktní email: michaela.helinska@seznam.cz

x-x

V Praze, dne 31.10. 2017

Vážená paní  
Mgr. Jana Nováková, MBA  
Náměstkyně pro ošetřovatelskou péči  
Fakultní nemocnice v Motole  
V Úvalu 84/1  
150 06 Praha 5 - Motol

Věc: Žádost o povolení dotazníkového šetření

Vážená paní náměstkyně,

v souvislosti se zpracováním bakalářské práce na 2. LF UK se na Vás obracím se zdvořilou žádostí o povolení dotazníkového šetření k zjištění informací k tématu: **Znalosti sester v komunikaci s pacienty s mentální retardací** u zaměstnanců pracujících na odděleních pro dospělé a na odděleních pro dětské pacienty ve Fakultní nemocnici v Motole v rozsahu přiloženého dotazníku. Ráda bych ve své práci porovнала zkušenosti a znalosti sester v komunikaci s těmito specifickými pacienty a chtěla bych si ověřit jednu ze svých hypotéz, že je mezi sestrami z dospělé a dětské části významný rozdíl. V případě zájmu Vám zjištěné informace ráda poskytnu k Vašemu využití.

S poděkováním a s pozdravem

*Helinská*  
Bc. Michaela Helinská  
studenka 3. ročníku, SO: Všeobecná sestra  
Ústav ošetřovatelství 2. LF UK

x-x

**Vyjádření vedoucího bakalářské práce:****Žádosti vyhovět doporučuji.**

V Praze, dne 31.10. 2017

*Tomová*  
PhDr. Šárka Tomová, Ph.D., Ph.D.  
Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol  
vedoucí bakalářské práce

x-x

**Stanovisko náměstkyně pro ošetřovatelskou péči:****S realizací dotazníkového šetření dle přiloženého návrhu souhlasím – nesouhlasím.**

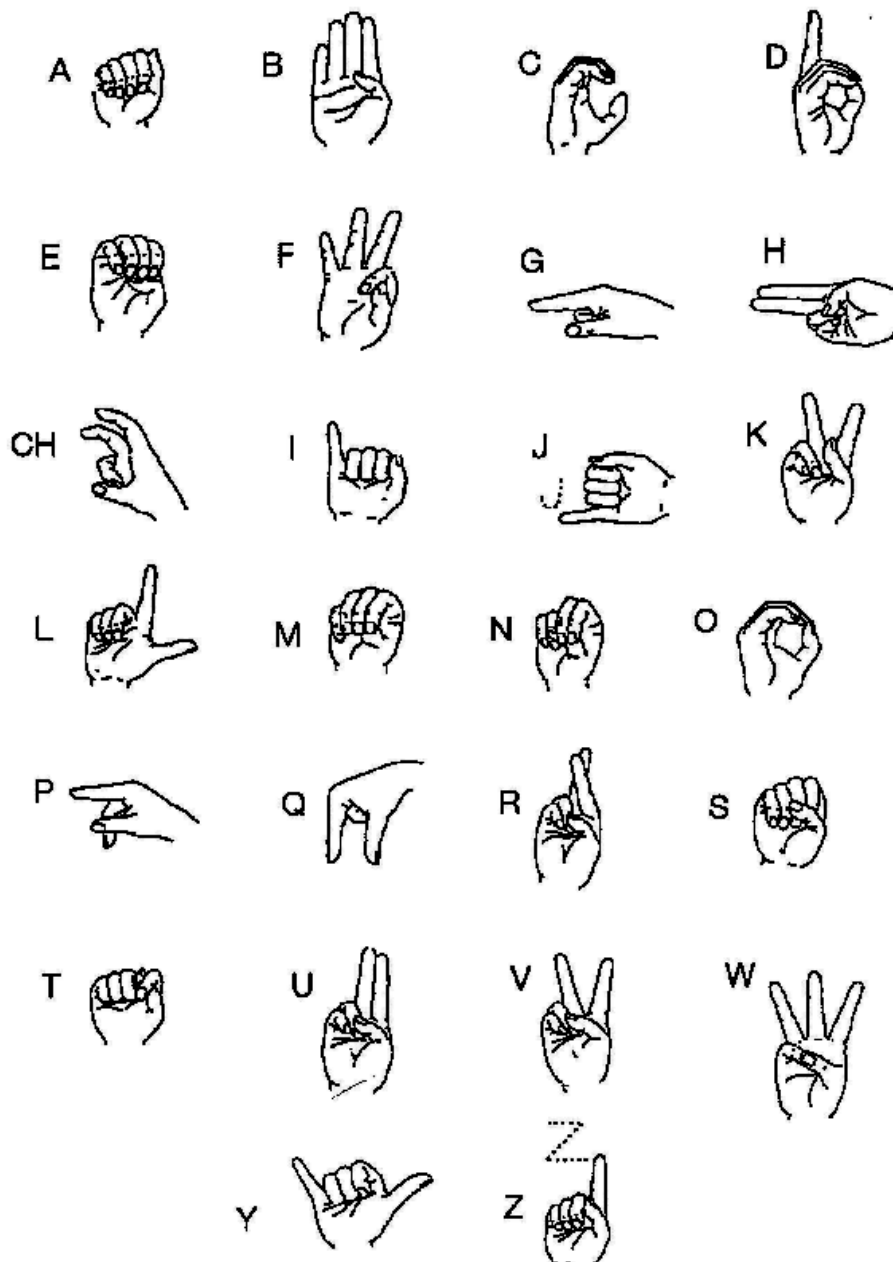
V Praze, dne - 3 -11- 2017

*Nováková*  
Mgr. Jana Nováková, MBA  
náměstkyně pro ošetřovatelskou péči

FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE  
150 06 Praha 5 - Motol, V Úvalu 84  
náměstkyně pro oš. péči  
IČO: 00064203 DIČ: CZ00064203

**Příloha č. 3: Prstová abeceda pro jednu ruku (jednoruční daktyl)**

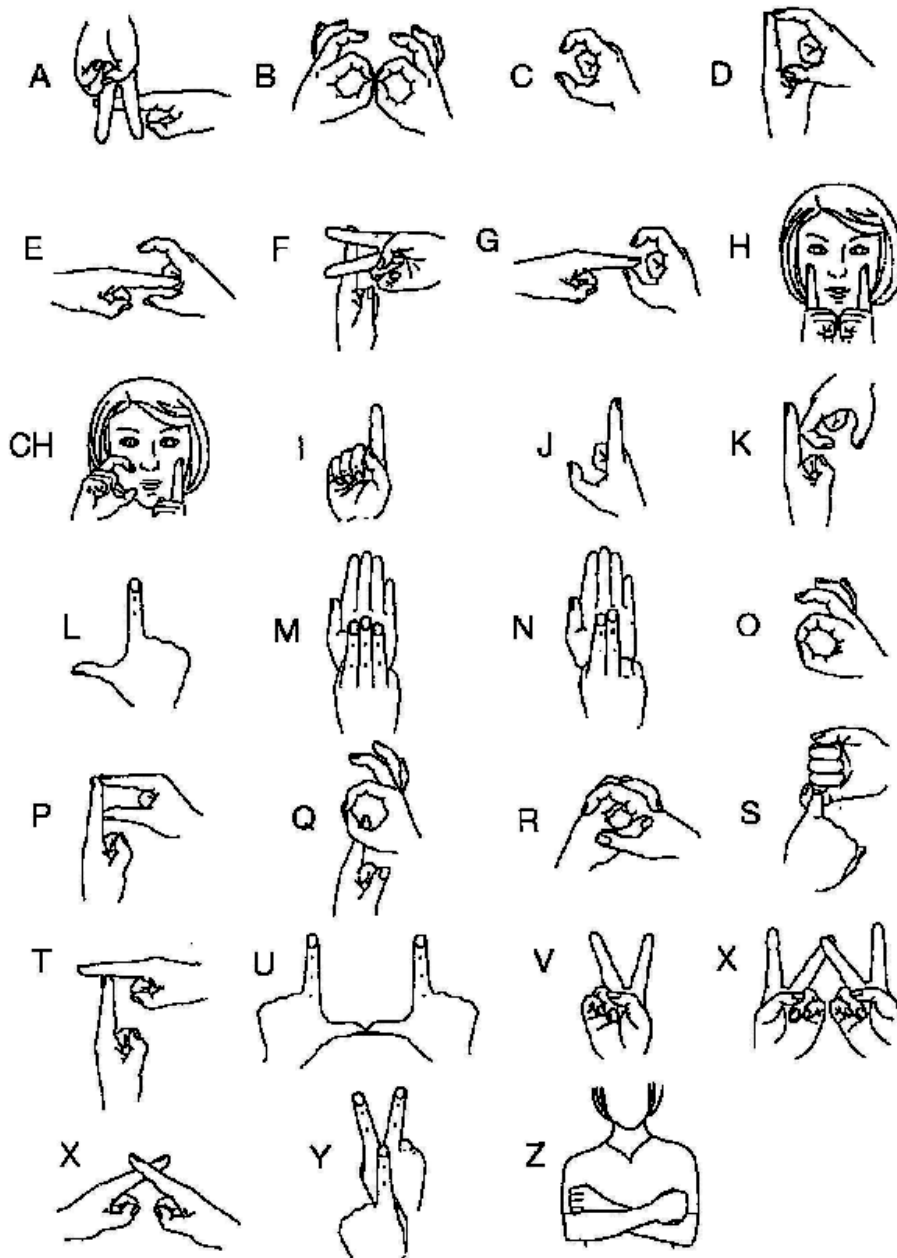
## Prstová abeceda pro jednu ruku





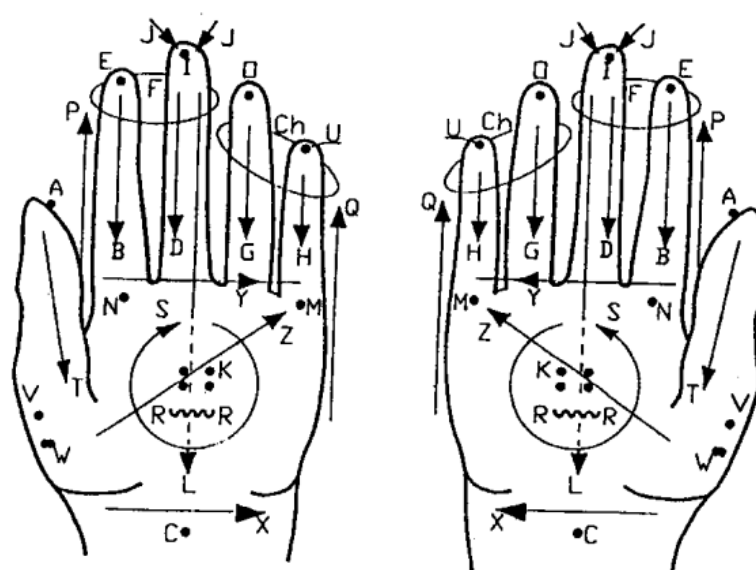
**Příloha č. 4: Prstová abeceda pro dvě ruce (obouruční daktyl)**

## Prstová abeceda pro dvě ruce



**Příloha č. 5: Lormova abeceda**

- **A** – bod na špičce palce
- **B** – čára po ukazováčku od špičky prstu k dlani
- **C** – bod na zápěstí
- **D** – čára po prostředníčku od špičky prstu k dlani
- **E** – bod na špičce ukazováčku
- **F** – současné stisknutí špiček ukazováčku a prostředníčku ze strany
- **G** – čára po prsteníčku od špičky prstu k dlani
- **H** – čára po malíčku od špičky prstu k dlani
- **CH** – současné stisknutí špiček prsteníčku a malíčku ze strany
- **I** – bod na špičce prostředníčku
- **J** – stisk špičky prostředníčku ze strany
- **K** – bod čtyř špiček prstů do dlaně
- **L** – čára po prostředníčku od špičky prstu přes dlaň k zápěstí
- **M** – bod pod malíčkem
- **N** – bod pod ukazováčkem
- **O** – bod na špičce prsteníčku
- **P** – čára po vnější straně ukazováčku od dlaně ke špičce ukazováčku
- **Q** – čára po vnější straně malíčku od dlaně ke špičce malíčku
- **R** – postupné pokládání ukazováčku, prostředníčku a prsteníčku do dlaně
- **S** – ukazováčkem kruh na dlani
- **T** – čára po palci od špičky prstu k dlani
- **U** – bod na špičce malíčku
- **V** – bod pod palcem
- **W** – dvakrát bod pod palcem
- **X** – čára podél zápěstí zleva doprava
- **Y** – čára pod prsty směrem od ukazováčku k malíčku
- **Ý** – čára pod prsty směrem od ukazováčku k malíčku a pokračovat po vnější straně malíčku směrem ke špičce malíčku
- **Z** – šikmá čára přes dlaň od palce k malíčku



## Příloha č. 6: Komunikační systém Bliss

### Compound symbols



love



tool



conscience



car, vehicle



bus



aeroplane



camera



garden

### Words



friend



pet



happiness



like



dislike



education



teacher



school



theatre



library



hospital



post office



city



village



telephone



office

zdroj: www.isaac-online.org

### Tvoření vět pomocí symbolů Bliss

Muž se dívá na televizi



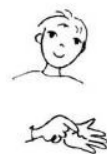
Holčička jde domů



Kůň skáče



zdroj: www.ksp.upol.cz

**Příloha č. 7: Makaton****UČIT SE****ČIST****POČÍTÁ****PSÁT****CVIČIT****KRESLIT****PLAVAT****STRÍHAT****VAŘIT****VÍM****ZPÍVAT****SKÁKAT**zdroj: [www.wiki.rvp.cz](http://www.wiki.rvp.cz)