

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Využití augmentativní a alternativní komunikace
v práci sestry**

Bakalářská práce

Autor: Renata Veselá

Vedoucí práce: PhDr. Iva Dubnová

Jihlava 2020



Vysoká škola
polytechnická
Jihlava



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Renata Veselá
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Využití augmentativní a alternativní komunikace v práci sestry
Cíl práce:	1. Zjistit úroveň znalostí sestry o augmentativní a alternativní komunikaci 2. Zmapovat komunikaci a využití AAK sestry v praxi

PhDr. Iva Dubnová
vedoucí bakalářské práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce: „Využití augmentativní a alternativní komunikace v práci sestry“ představuje a zjišťuje možnosti komunikace u osob se závažným sluchovým, zrakovým a mentálním postižením, u lidí s autismem, nebo osob s kombinovaným postižením. Práce zjišťuje, do jaké míry sestry využívají komunikační pravidla při komunikaci s osobami s tímto postižením a jak zvládají komunikaci v praxi. Práce je rozdělena na část současného stavu problematiky a praktickou část. Část zabývající se analýzou současného stavu problematiky zahrnuje pojmy a popis, co je augmentativní a alternativní komunikace, AAK jako komunikační systém a dělení komunikačních systémů, popis možných uživatelů AAK. V praktické části jsou shrnuty výsledky kvalitativního výzkumu prostřednictvím rozhovorů s těmi, kteří v praxi využívají AAK jako prostředku komunikace a práce s osobami se zrakovým, sluchovým a mentálním postižením, nebo kombinovaným postižením.

Klíčová slova:

augmentativní a alternativní komunikace, mentální postižení, sluchové postižení, zrakové postižení.

Abstract

The bachelor thesis titled: “Use of augmentative and alternative communication in a nurse’s work” discovers and presents the possibilities of communication of people with severe hearing, visual and mental disabilities, people with autism, or people with combined disabilities. The thesis tries to determine to what extent nurses use communication rules when communicating with people with such disabilities and how they manage communication in practice. The thesis is divided into two parts: one describing the current state of the issue and the other being of a practical nature. The part analysing the current state of the issue covers related terms and a description of what augmentative and alternative communication is, use of AAC as a communication system, how communication systems are classified, a description of the potential users of AAC. In the practical part, the results of qualitative research are summarised using interviews with those who utilise AAC in practice as a means of communication and work with people with visual, hearing, and mental disabilities or combined disabilities.

Keywords:

augmentative and alternative communication, hearing disability, mental disability, visual disability.

Poděkování

Velké poděkování patří mé vedoucí bakalářské práce paní PhDr. Ivě Dubnové za její čas, ochotu, vedení, rady a připomínky při zpracování této práce. Také bych chtěla velice poděkovat všem sestrám a vedoucí zdravotnického úseku centra Kociánka, že mi umožnily výzkumné šetření a časově se podílely na sběru dat rozhovory i samotnými ukázkami komunikace se svými klienty. A v neposlední řadě děkuji své rodině a blízkým za trpělivost a podporu při studiu a psaní bakalářské práce.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne

.....

Podpis

Obsah

Úvod	9
1 Současný stav problematiky	10
1.1 Komunikace	10
1.1.1 Funkce komunikace	10
1.1.2 Verbální a neverbální komunikace	10
1.2 Komunikace ve zdravotnictví a ošetrovatelské péči	12
1.3 Augmentativní a alternativní komunikace	12
1.3.1 Vymezení pojmu	13
1.3.2 Výhody a nevýhody augmentativní a alternativní komunikace	13
1.4 Metody a postupy AAK	14
1.4.1 Metody AAK bez pomůcek	15
1.4.2 Systémy AAK s pomůckami	17
1.5 Narušená komunikační schopnost	20
1.6 Sestra a komunikace s pacientem s postižením	22
1.6.1 Zrakové postižení a komunikace s pacientem se zrakovým postižením ...	23
1.6.2 Sluchové postižení a komunikace s pacientem se sluchovým postižením	24
1.6.3 Mentální postižení a komunikace s pacientem s mentálním postižením...	26
1.6.4 Autismus a komunikace s pacienty s autismem a poruchami autistického spektra	28
2 Výzkumná část	30
2.1 Cíle výzkumu	30
2.2 Výzkumné otázky	30
2.3 Metodika výzkumu	30
2.4 Charakteristika respondentů a výzkumného prostředí	31
2.5 Průběh výzkumu	31
2.6 Zpracování získaných dat	32
2.7 Výsledky výzkumu	32
2.8 Diskuze	64
2.9 Návrh řešení a doporučení pro praxi	68
Závěr	71

Seznam použité literatury	73
Seznam zkratek	75
Seznam tabulek	76
Seznam příloh.....	77

Úvod

Bakalářskou práci na téma „Využití augmentativní a alternativní komunikace v práci sestry“ jsem si vybrala z důvodu mého velkého zájmu o toto téma. Ve svém životě jsem se mnohokrát setkala s lidmi, kteří měli nějaké postižení, kdy jejich komunikace s ostatními byla narušená a pro všechny kolem náročná a omezená. Komunikace patří k nedílné součásti života a potřeba se dorozumívat s ostatními je stejně naléhavá u každého člověka. Postupem času byly celosvětově vytvořeny nové komunikační metody s pomůckami, které mohly zprostředkovat komunikaci a výrazně ovlivnit kvalitu života jedinců s postižením. Každý člověk je výjimečný a jako výjimečný se i narodí. Zdravý jedinec si nemusí uvědomovat dar přirozené komunikace, dokud se někdy nesetká s někým, kdo potřebuje při komunikaci pomoc. Jedinci s těžkým narušením komunikační schopnosti jsou denně konfrontováni s porozuměním toho, co nám ostatním sdělují. Systémy alternativní a augmentativní komunikace jsou bránou pro porozumění a zapojení se do společnosti. Dokážou zprostředkovat to, co nám chce jedinec s narušenou schopností komunikace sdělit. Jsou prostředkem k vyjádření potřeb, emocí, myšlenek a vedou k ovlivnění kvality života u každého jedince s postižením. Pokud je zvolený vhodný způsob, potom je schopný komunikace každý člověk. Úkolem a motivací pro mou práci je zjišťování a ověřování využití augmentativní a alternativní komunikace v zařízení, kde jsou umístěni jedinci se zrakovým, sluchovým, mentálním a kombinovaným postižením. Ve své práci bych chtěla zjistit, jak sestry pracují a komunikují s postiženými jedinci, do jaké míry sestry využívají komunikační pravidla při komunikaci s postiženými jedinci a nakolik sestry využívají metody a systémy AAK v praxi. Do budoucna bych se chtěla určitě touto tematikou zabývat podrobněji a motivací je pro mě zlepšování komunikace mezi sestrou a nemocným. Motivuje mě zvyšování kvality života nemocných a všech co potřebují péči. Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, na část zabývající se současným stavem problematiky a na část praktickou. V části současného stavu problematiky je popsána komunikace, co je augmentativní a alternativní komunikace, dělení komunikačních systémů, metody a postupy AAK, problematika narušení komunikačních schopností, výhody a nevýhody AAK, pravidla komunikace s jedinci s různým postižením. V praktické části je zmíněna metodika výzkumu, průběh výzkumného šetření, výsledky výzkumného šetření, analýza zjištěných dat a závěr s diskuzí a návrh řešení.

1 Současný stav problematiky

Komunikace je tím, co nás spojuje s ostatními a vytváří předpoklady pro sdělování potřeb, informací, udržování sociálního kontaktu. Nelze nekomunikovat, všichni nějakým způsobem komunikují.

1.1 Komunikace

Komunikace je jednou ze základních lidských potřeb a sehrává v lidském životě velice důležitou roli. Za normálních okolností probíhá komunikace spontánně a přirozeně. V průběhu vývoje řeči nebo během života však může dojít k omezení, nebo schopnosti verbálně komunikovat. Zde komunikaci nahrazují systémy, které usnadňují komunikaci, nebo plně nahrazují mluvenou řeč. V komunikaci nejde jen o předávání informací, ale i o navázání kontaktu mezi lidmi (Plevová, 2011).

1.1.1 Funkce komunikace

Komunikace má různé funkce a ty se navzájem prolínají. Informativní funkce informace předává, instruktivní funkce informace vysvětluje a popisuje. Na informativní funkci navazuje funkce poznávací. Funkce přesvědčovací ovlivňuje názor ostatních za pomoci argumentů. Funkce socializační má smysl pro navazování vztahů. Dalšími funkcemi jsou funkce výchovná, zábavná či motivující (Mikuláščík, 2010).

1.1.2 Verbální a neverbální komunikace

Verbální či neverbální komunikace vychází z potřeb klasifikace komunikačního procesu. Komunikací nerozumíme jen verbální složku, tedy řeč. Většinu komunikace tvoří neverbální prostředky komunikace, tzv. mimoslovní prostředky komunikace. Verbální a neverbální komunikace se navzájem prolínají, doplňují a občas může jedna druhou zastupovat (Zacharová, 2017).

Verbální komunikace

Verbální komunikace je komunikace slovní, je tedy založena na schopnosti smysluplně tvořit slova a věty, které dávají souvislý text a umožňující vést dialog či monolog. Řeč je schopnost člověka podělit se o svoje myšlenky s ostatními lidmi (Plevová, 2011).

Volba vhodných slov má velký vliv na jednání a pochopení příjemce. Nevhodně zvolená slova při verbální komunikaci zdržují konverzaci a mohou zapříčinit negativní komunikaci. Proto je velice důležité zvážit každé slovo a využívat pozitivní sílu slov. Řeč by měla být jednoduchá, stručná, zřetelná, s určitým tempem a rychlostí a také s přiměřeným tónem hlasu. Potom je zde dobrý předpoklad pro udržení pozornosti při vzájemné komunikaci (Wernerová, 2016).

Neverbální komunikace

Neverbální komunikace je řečí těla, je komunikací beze slov a zahrnuje širokou oblast toho, co signalizujeme mimoslovně. Do neverbální komunikace řadíme všechny projevy, které vysíláme, aniž bychom mluvili a také ty projevy, jimiž řeč doprovázíme. Pomocí neverbální komunikace jsme schopni vyjadřovat emoce, potřeby, nálady, postoje, sympatie. Neverbální komunikace je zprostředkována pohyby těla, gesty, mimikou, pohyby očí. Do neverbální komunikace zařazujeme haptiku, gestiku, mimiku, posturologii, kinetiku, proxemiku, viziku. Haptika je komunikací prostřednictvím dotyků. Gestika je součástí kinetiky a jde tu o projevení gest v rámci pohybové činnosti člověka. Pohyby hlavy, rukou a pohyby ramen řadíme mezi základní gesta. Význam gest je v komunikaci srozumitelným pro většinu, gestikulace je mnohdy náhradou mluveného slova, gesta mají tvořivou sílu, podporují a zvýrazňují to, co chce člověk říci slovy a významově jsou často důležitější než slova. Mimika je komunikací svalů tváře. U mimiky se dá z výrazu tváře vyčíst mnohé, výrazy tváře mají úzké spojení se sdělováním emocí. Projevené emoce mohou ukazovat výrazy štěstí, smutku, rozčilení, strachu, zájmu či nezájmu, spokojenosti či nespokojenosti. Posturologie je řečí našeho fyzického postoje a držení těla. Tělesnou polohou či tělesným postojem nám druhý ukazuje, co se odehrává v současné době, v ten daný moment. Nakloněním těla, polohami končetin, tím vším se dá vyjádřit otevřený či uzavřený postoj, nervozita, podezřívavý postoj, důvěra. Kinetika vypovídá o pohybu a v neverbální komunikaci mezi lidmi určuje komunikaci pohybem. Zde se zaměřujeme na pohyb celého těla, pohyb rukou, nohou, jednotlivých částí těla, rychlost pohybů, plynulost, napětí či uvolněnost rukou a nohou. Proxemika je o určování hranic a podvědomé členění vlastního prostoru a následným dodržováním určených hranic. Vizika je komunikace pohledem a řeč očí patří mezi nejdůležitější neverbální projev při komunikaci. Pohledem očí dokážeme sdělit mnoho věcí i bez verbálního projevu. Pohledy očí nám

předávají informace pomocí vnímání místa pohledu druhého člověka, jeho úhlu, délce, dojmu, který vyjadřuje (Zacharová 2017; Plevová 2011; Borg 2012).

1.2 Komunikace ve zdravotnictví a ošetrovatelské péči

Komunikace ve zdravotnictví je základním atributem péče o nemocné a komunikační znalost a schopnost komunikovat by měla být základem a samozřejmostí v komunikaci s lidmi nejen ve zdravotnictví. Komunikaci mezi sestrou a pacientem ovlivňuje mnoho faktorů. Jde o velmi složitý proces, kde sehrává roli např. věk pacienta, typ osobnosti a jeho temperament, charakterové vlastnosti, prožitý život nemocného, současný stav, který je nejaktuálnější vzhledem ke komunikaci a navázání důvěrného vztahu mezi pacientem a pečující sestrou. Sestra by měla umět dobře vnímat neverbální signály, které k ní pacient vysílá a zároveň by měla být schopna ovládat neverbální projevy ze své pozice a statusu sestry. Pomocí komunikace si sestra vytváří vztah s pacientem, tím navazuje důvěru, komunikace je v interakci s důvěrou efektivnější a pacient v rámci oboustranné důvěry lépe spolupracuje. Schopnost sestry dobře komunikovat je nepostradatelná a účelná při hodnocení stavu a potřeb pacienta, uspokojování potřeb a vytvoření a plnění ošetrovatelského procesu (Plevová, 2011). Profese sestry vyžaduje schopnost pečovat o fyzickou, ale i psychickou stránku pacienta, profesionální schopnost komunikovat nejen s pacientem, ale i s rodinou a příbuznými pacienta. Pro dobrou komunikaci mezi sestrou a pacientem je potřeba porozumění, podpory, respektu, zájmu a také zpětné vazby. Vzhledem k jedinečnosti každého člověka je komunikace individuálním uměním. Každý člověk je jedinečná bytost, která je schopna se dorozumívat nejen řečí, ale i pohyby, gesty, mimikou a sestra by měla mít osvojenou dovednost vnímat takto komunikujícího pacienta. V zásadě je profesionální komunikace dovedností, které se sestra musí neustále učit, rozšiřovat své vědomosti a dovednosti o nové poznatky, které bude praktikovat v praxi. Využívání verbální a neverbální komunikace, profesionální chování, empatie, vyjadřování soucitu a podpory nemocnému, zájem o nemocného, zachovávání etických postojů, odbornost (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

1.3 Augmentativní a alternativní komunikace

Augmentativní a alternativní komunikace je mostem umožňujícím komunikaci i skrze těžký komunikační deficit.

1.3.1 Vymezení pojmu

Pojem alternativní a augmentativní komunikace (AAK) se používá pro všechny formy dorozumívání, které doplňují nebo trvale nahrazují řeč. Alternativní komunikace znamená naprostou náhradu chybějící mluvené řeči jiným komunikačním prostředkem. O augmentativní komunikaci mluvíme v případech, kdy jiný komunikační prostředek podporuje již existující, ale pro běžné dorozumívání nedostatečné komunikační schopnosti (Šarounová, 2014).

Cílem AAK je usnadnit člověku s narušenou komunikační schopností vyjadřování, zvýšit míru porozumění řeči, nalézat způsob efektivní komunikace pro každého s komunikačním deficitem. Umožnit jedincům se závažnými poruchami komunikace aktivně se dorozumívát, což značně podporuje vývoj u jedinců s komunikačním deficitem a vede k sociální interakci s plnohodnotnou existencí ve společnosti. Zlepšování dovedností, možnost vzdělávání s následnou prezentací vlastních myšlenek, to vše má významný vliv na psychickou stránku jedince, zvýšení pocitu sebedůvěry a sebevědomí. AAK se využívá u závažných poruch komunikace v případech vrozených poruch, kam řadíme sluchové postižení, mozkové obrny, DMO, autismus či poruchy autistického spektra, mentální postižení, kombinované postižení, vývojové poruchy řeči. AAK je využívána i v případech získaných a degenerativních poruch. Mezi získané poruchy řadíme kupříkladu stavy po cévních mozkových příhodách, nádory mozku, poúrazové stavy mozku, získané sluchové a zrakové postižení, získané kombinované postižení. U degenerativních poruch se AAK využívá v případech Alzheimerovy choroby, Parkinsonovy choroby, u roztroušené sklerózy, Huntingtonovy choroby, myopatie. Řeč je u těchto jedinců mnohdy těžko srozumitelná, mluvená řeč namáhaná a tím že se AAK dají přizpůsobovat mentální úrovni konkrétních jedinců, tím se pomáhají odstraňovat problémy v komunikaci. Cílem obou metod je to, aby člověk s poruchou komunikace mohl vyjadřovat své potřeby a sdílet své pocity nebo zážitky (Janovcová, 2010).

1.3.2 Výhody a nevýhody augmentativní a alternativní komunikace

Výhody AAK

Při využívání systémů AAK může být výhodou kupříkladu rozvoj a zvyšování kognitivních jazykových dovedností. AAK umožňuje klientům samostatné rozhodování,

tím rozšiřuje možnosti aktivní komunikace. Napomáhá při snižování pasivity klientů, tudíž vede k aktivizaci, kde může být pro klienta přínosem samostatné rozhodování a prezentování vlastních myšlenek (Krejčířová, 2011).

Díky využívání systémů AAK si může klient rozšiřovat studijní, pracovní oblasti a může se lépe zapojovat do volnočasových aktivit. AAK může významně podpořit rozvoj osobnosti a sebepojetí s reálným předpokladem v porozumění s nejbližšími lidmi a okolím (Bendová, 2013).

Nevýhody AAK

Nevýhodou používání systémů AAK může být fakt, že jsou systémy AAK společensky méně známé a využitelné a komunikace může vzbuzovat pozornost veřejnosti. Tím může vzniknout odloučení uživatele systémů AAK od veřejnosti neovládající užívané systémy komunikace. Další nevýhodou může být při zavedení AAK nepochopení okolí, kdy si okolí mylně představuje, že jedinec nebude schopen využívat verbální řeč. Pokud chce někdo komunikovat s jedinci skrze systémy AAK, měl by si metody AAK osvojit a naučit se je využívat pro smysluplnou a účelnou oboustrannou komunikaci (Šarounová, 2014).

1.4 Metody a postupy AAK

Je mnoho metod, které zahrnují pojem AAK a k použití ke komunikaci u klientů je potřeba individuálně vytvořit takový program, aby mohl splňovat všechny prvky hodnotné a smysluplné komunikace.

Metody bez pomůcek – zahrnují gesta, vokalizaci, manuální znaky a řeč těla, nevyžadují žádné vybavení.

Metody s pomůckami – zde se využívají externí prostředky jako skutečné předměty, fotografie, technické pomůcky, symboly.

- a) netechnické – např. komunikační tabulky, komunikační knihy;
- b) technické – např. pomůcky s hlasovým výstupem, tablety, počítače.

Při výběru podpůrných nebo náhradních komunikačních systémů je třeba vytvořit individuální program, kde se zaměříme i na důkladnou diagnostiku míry postižení smyslových orgánů. Také je třeba využívat všech schopností a dovedností klienta,

kde se posuzuje doba soustředění a udržení pozornosti, míra fyzických dovedností s rozvojem hrubé a jemné motoriky a míra rozvinutí aktivní a pasivní slovní zásoby v komunikaci. Měl by být brán zřetel i na motivaci klienta ke komunikaci i jeho věk. Podpora ze strany rodiny a nejbližších příbuzných je velkým motivačním činitelem. Nejdůležitější ovšem je, aby způsob dorozumívání vybraného způsobu AAK byl pro klienta co nejpřirozenější, jak je to jen v dané situaci možné a bylo docíleno porozumění v oboustranné komunikaci (Krejčířová, 2011).

1.4.1 Metody AAK bez pomůcek

Zde jsou prezentovány systémy založené na využití neverbální komunikace, převážně gestikulace, ale také mimiky a použití znaků. Velký význam má i bazální stimulace, která patří mezi neverbální metody AAK. Výjimku tvoří neverbální jazykový systém Makaton, kde jsou jako doplňující prostředek zařazovány také symboly. Neverbální znaky pomáhají k přesnějšímu pochopení významu slov a sdělované informace jsou v tomto ohledu lépe pochopitelné. Výhodou použití systémů bez pomůcek je bezprostřední a rychlé využití v komunikaci. Není potřeba složitě vyhledávat správnou pomůcku pro komunikaci. Nevýhoda spočívá v malém okruhu osob, které znakům rozumí a také je umí v komunikaci použít. Při komunikaci je běžné, že se využívají nejenom slova, ale z velké části také doprovodná neverbální komunikace, kam patří mimika obličeje nebo gestikulace rukou. Neverbální znaky zpřesňují sdělované informace a pomáhají k přesnějšímu pochopení významu slov (Šarounová, 2014).

Bazální stimulace

Bazální stimulace je konceptem podporujícím bazální rovinu lidského vnímání. Bazální stimulace je komunikačním prostředkem, který cílenou stimulací smyslových orgánů podporuje u nemocných jedinců komunikační schopnosti, aktivizaci mozkové činnosti, vnímání a tělesnou hybnost. Synonymem pro bazální stimulaci je bazální dialog. Dotek patří mezi nejjednodušší neverbální formu komunikace. Dotekem podáváme význam poskytování vjemů z povrchu lidského těla v souvislosti s vnitřním prostředím organismu. Dotek nemocnému poskytuje jistotu, navozuje příjemné pocity a také umožňuje orientaci. Většina nemocných bazální stimulaci vítá a je jim příjemná, navozuje vzpomínky uložené v mozkové paměti. Rodina a blízcí by měli vědět,

že je to forma komunikace. Je tedy příhodné, aby byli do péče a při uplatňování konceptu bazální stimulace zapojeni i příbuzní a rodiny nemocných. Při narušení komunikace a těžkém postižení nemocných je bazální stimulace mnohdy jediným komunikačním prostředkem, který umožňuje vnímání a může tak ovlivňovat kvalitu života nemocného (Friedlová, 2018).

Znak do řeči

Komunikace prostřednictvím znaku do řeči využívá přirozených způsobů gest a mimiky. Znak do řeči je zařazován jako funkční doplňující prostředek mluvené řeči a v praxi je využíván u osob s narušenou komunikační schopností jako kompenzačního prostředku. Výhodou znaku do řeči je možnost přizpůsobení užívaných znaků směrem k uživateli v závislosti na jeho motorických možnostech. Oproti jiným systémům nepotlačuje přirozený řečový rozvoj, usnadňuje komunikaci a napomáhá produkci i porozumění řeči. Osvojování znaků s následným zvládnutím tohoto systému vyžaduje pomalejší tempo a přizpůsobení možnostem a potřebám klienta (Kubová, Škaloudová 2014).

Makaton

Systém Makaton je využíván v mnoha zemích světa, používán je nejčastěji u osob s autismem, mentálním postižením, u osob se specificky narušeným vývojem řeči a také je využíván při získaných formách narušené komunikační schopnosti u dospělých osob (Bočková 2015). Pro rozvoj komunikačních schopností je tento systém vhodný a účelný u osob se sluchovým postižením (Janovcová, 2010).

Systém Makatonu je tvořen symboly, manuálními znaky a mluvenou řečí a celý systém je rozčleněn do devíti stupňů, v kterých jsou podle určitých kategorií uspořádány znaky a symboly. Znaková zásoba je členěna v jednotlivých stupních. První stupeň zahrnuje rodinu a základní slovesa – jíst, pít, spát, druhý stupeň se vztahuje na jídlo, zvířata a hračky, ve třetím stupni jsou zahrnuta slovesa jako kupř. jet, jít, utíkat, ale i přídavná jména (malý, velký), příslovce (nahore, dole) a přivlastňovací zájmena (moje, tvoje). Čtvrtý stupeň zahrnuje předložky a slova spojená se školou jako např. číst, vědět, učit se, zpívat, kreslit. Pátý stupeň již obsahuje znakovou zásobu složitějších sloves a povolání a také pojmy související s běžným životem (obchod, hodinky). Šestý stupeň zahrnuje barvy, zájmena a slovesa (mluvit, ptát se, poslouchat). Sedmý stupeň

je o oblečení, počasí, zahrnuje kompenzační pomůcky (brýle, naslouchadlo). Osmý stupeň již zahrnuje slovní zásobu v technice (počítač) a svátky (Vánoce, Velikonoce). Devátý stupeň zahrnuje individuální znakovou zásobu (Bočková, 2015). Každý jedinec si komunikaci přizpůsobí podle toho, co více preferuje a využívá (Janovcová, 2010).

Znakový jazyk

Znakový jazyk patří mezi další komunikační systémy bez pomůcek a je to plnohodnotný komunikační systém znakované češtiny tvořený postavením a pohyby rukou, mimikou s určitými pozicemi hlavy. Systém je využíván zejména osobami se sluchovým postižením, kterým vyhovuje odezírání a považují český znakový jazyk za hlavní formu své komunikace. V komunikaci se zaměřují na ústa komunikujícího a znaky v komunikaci jsou doplňujícím faktorem (Horáková, 2012). Pro znakový jazyk je využívána **prstová abeceda**, při které jsou užívány polohy a různá postavení prstů a dlaní jedné či obou rukou s účelem vyjádření písmene abecedy v dané komunikaci. Pomocné artikulační znaky mohou pomoci rozvíjet zvukový projev řeči (Bočková, 2015).

Lormova abeceda

Lormova abeceda je řazena do skupiny taktilních komunikativních prostředků a je určena pro přímou komunikaci hluchoslepých s jejich okolím. Znázorňování jednotlivých písmen je prováděno doteky na prstech, zápěstí a dlani levé či pravé ruky, s mírně roztaženými a napjatými prsty. Doteky jsou často prováděny ukazováčkem a prokazují charakter bodů, tahů a vibrací. Mezi nejčastější uživatele Lormovy abecedy spadají osoby s hluchoslepotou (Horáková, 2012).

1.4.2 Systémy AAK s pomůckami

a) Netechnické pomůcky

Jsou to metody s využitím netechnických pomůcek, jako jsou reálné předměty, fotografie, komunikační tabulky, kartičky se symboly (Šarounová, 2014).

Předměty

Lze s nimi manipulovat díky hmatové struktuře, podávají dokonalou představu a pojmu a jsou vhodné pro osoby se zrakovým postižením, s kombinací smyslového postižení a také u osob s těžkým kognitivním postižením (Janovcová, 2010).

Fotografie

Fotografie představují další prostředek komunikace a mohou znázorňovat předměty, činnosti, osoby, místa nebo činnosti. Fotografie je z obecného pohledu čitelnější a srozumitelnější než symboly a obrázky a je tedy realističtější znázorněním. Fotografie jsou také motivujícím prvkem pro osobu s postižením, vidí na fotografiích blízké osoby, předměty a zážitky, tedy vše, co je jim blízké. Výhodou fotografií je možné využití u všech věkových kategorií. Z fotografií je možné vytvořit komunikační knihu, nebo se mohou využívat samostatně. Pracné zhotovování fotografií se může jevit jako značná nevýhoda v tomto komunikačním systému (Šarounová, 2014.)

Komunikační systémy s grafickými symboly-piktogramy

Komunikace prostřednictvím piktogramů předává neverbálně instrukce, varování, příkazy, umožňuje je chápat a zároveň sdělovat svému okolí své potřeby a pocity. Bez vazby na řeč usnadňují piktogramy orientaci v nejrůznějším prostředí. Piktogramy představují útvary, které jsou vytvářeny psaním, tiskem, kreslením či jinými postupy a jsou především užívány u jedinců, kteří vzhledem ke svému věku či postižení nemohou dekodovat písmo (Janovcová, 2010). Piktogramy jsou nejčastěji využívány u osob s mentálním a kombinovaným postižením, s autismem či u dospělých osob, které mají po úrazech hlavy nebo po cévních mozkových příhodách narušenou komunikační schopnost. Piktogramy jsou ale využívány i ostatními lidmi v každodenním životě. Používáním tohoto komunikačního systému mají jedinci s postižením možnost zapojit se do společnosti, díky umožnění aktivní komunikační výměny se stávají aktivními činiteli v komunikaci, což zvyšuje jejich kognitivní schopnosti a mohou být tedy i využity v rámci vzdělávání. Výhodou lze považovat fakt, že jsou motivující a osvojitelné, usnadňují orientaci v návaznosti činností a orientaci v čase, napomáhají při rozhodování (Kubová, 2011).

Pro potřebu komunikace klientů s okolím se symboly nebo soubory piktogramů sestavují do komunikačního deníku nebo tabulky. Sestavení a organizace symbolů se řídí potřebami klienta, kde je třeba respektovat zrakové a motorické možnosti. Další nové symboly by se měly zavádět až po osvojení a bezpečném používání těch předchozích, uživatel by měl mít možnost být v procesu výběru slovní zásoby a uspořádání tabulky tak, aby bylo uspořádání pro uživatele zajímavé a byla tak posilována motivace ke komunikaci. Je důležité, aby uměl uživatel o tabulku také požádat (Janovcová, 2010). Piktogramy jsou nejčastěji uspořádány v sešitech, šanonech, pořadačích a na jejich zalaminovaných stránkách jsou přichyceny suchými zipy. Piktogramy mohou být nalepeny i na mnohostěnách, válcích, otočných kostkách, mohou být upevněny na madlech invalidních vozíků. Mohou být i upevněny na postranicích nebo hrazdičce u lůžka klienta (Šarounová, 2014).

b) Technické pomůcky

Technických pomůcek je na trhu již celá řada a mohou sloužit k přímému dorozumívání. Jako užitečnou digitální pomůcku mohou uživatelé při komunikaci využívat např. počítač, interaktivní tabuli, projektory, vizualizér či tablety. Využívají se zejména u osob s tělesným postižením. Používání těchto technologií ke zvládnutí komunikace vyžaduje nejen základní technické znalosti k ovládání pomůcky, ale také je zde pro zvládnutí potřeba tréninku a podpory. Mezi technické pomůcky se řadí komunikátory se zrakovým výstupem, u těchto přístrojů bývá připojena tiskárna a na těchto displejích se zobrazují vzkazy psané buď běžným písmem nebo ve formě symbolů. Další možností v oblasti komunikace představují komunikátory s hlasovým výstupem (Šarounová 2014; Janovcová 2010). Tablet je multimediálním zařízením, na kterém je možné se připojit s internetem a přehrávat hudbu, filmy a má velkou výhodu ve své velikosti. Lze jej pro jeho malou velikost přenášet, různě s ním manipulovat, navíc umožňuje stahování různých aplikací a může fungovat jako telefon. V podstatě se na tabletu dá pracovat jako na počítači nebo notebooku. Nevýhodou je, že všechny technické pomůcky pro AAK, tablety, komunikátory, počítače obecné, i s dotykovým monitorem jsou finančně nákladné a pro dlouhodobé používání může finanční náročnost představovat výraznou překážku. Výhodou těchto technických výukových pomůcek s výukovými programy může být stimulace zrakového vnímání, koordinace oko – ruka, procvičování jemné motoriky, cvičení logického myšlení,

paměti, odhadu, postřehu, a představivosti, poznávání barev, tvarů a velikosti. Navíc tyto speciální programy mimo úkolů ve výuce obsahují velké množství her, které jsou výrazným motivačním prvkem ve výuce, kde si mohou klienti zábavnou formou procvičit dovednosti a získané znalosti (Bendová, Zíkl, 2011). U závažných forem postižení, kde nemohou být použity k ovládní počítače končetiny, mohou být využity speciální pomůcky, které ovládají počítač pomocí pohybu rtů či s pomocí výdechového proudu. Díky postupujícím technologiím a s využitím speciálních zařízení, mohou uživatelé ovládat počítač pomocí hlavy nebo pohybu očí (Zíkl, 2011).

1.5 Narušená komunikační schopnost

U narušené komunikační schopnosti mluvíme o narušení jedné nebo více jazykových rovin, může být narušena mluvená i grafická podoba komunikace, verbální i neverbální komunikace, může být narušena celkově nebo jen částečně, záleží na mnoha aspektech a symptomech, které jsou v návaznosti dalším ukazatelem ve stanovení narušené komunikační schopnosti. Narušení komunikační schopnosti může být přechodné nebo trvalé, projevovat se může jako získaná porucha řeči nebo vrozená porucha řeči. Při posuzování celkového klinického projevu se zkoumají symptomy a podle symptomů se přiřazuje porucha, která se narušenou komunikační schopností projevuje. Mezi příčiny narušení komunikační schopnosti řadíme genové mutace, vývojové odchylky, chromozomální vady, vrozené metabolické vady, poškození receptorů, postižení dalších důležitých oblastí CNS. Na podkladě projevujících se symptomů rozdělujeme narušenou komunikační schopnost na vývojovou nemluvnost, získanou neurotickou nemluvnost, získanou orgánovou nemluvnost, narušení grafické podoby řeči, narušení plynulosti řeči, narušení článkování řeči, poruchy hlasu, kombinované vady a poruchy řeči, kombinované poruchy a vady řeči, narušení zvuku řeči (Dlouhá, 2017).

Vývojová nemluvnost

U dítěte pod vlivem mnoha faktorů probíhá vývoj řeči a různé faktory mohou zapříčinit narušení vývoje řeči. Vývoj řeči může být narušen a omezen z důvodu zrakové vady, sluchové vady, u autismu u mentální retardace či poruch intelektu. U dítěte je možný opožděný vývoj řeči na podkladě možné dědičnosti, při citové deprivaci, vliv může mít i nevhodné sociální prostředí a zázemí. Vždy je nutné pátrat po příčině a stanovení důvodu nemluvnosti. U předčasného vývoje se jedná s největší pravděpodobností

o perfekcionistickou výchovu, kde jsou na dítě vzhledem k jeho vývoji kladeny velké a nepřiměřené nároky (Dlouhá, 2017).

Vývojová dysfázie je centrální poruchou řeči. Přestože jsou podmínky pro rozvoj řeči a verbální komunikaci dobré, tato vývojová porucha řeči se projevuje sníženou až úplnou neschopností komunikace. Vývojová dysfázie může být expresivní a receptivní. U expresivního typu je charakteristický omezený vývoj řeči, kde je artikulace narušená už na úrovni jednotlivých hlásek a dítě se může naučit pouze několik málo slov. Porozumění zde bývá většinou zachované, za předpokladu normálního intelektu. U receptivního typu je porucha fonemického sluchu s poruchou porozumění. U dětí s vývojovou dysfázií se neprojevují známky poruchy sluchu, ani známky psychiatrického či neurologického postižení, poruchy řeči se přisuzují důsledku raného mozkového poškození na podkladě různé etiologie. Porucha řeči má systémový charakter a zasahuje všechny jazykové roviny řeči (Dlouhá, 2017).

Afázie je získanou centrální poruchou již vyvinuté řeči v důsledku poškození centrální nervové soustavy a postihuje všechny jazykové roviny. Úrazy hlavy jsou nejčastější příčinou afázie u dětí, tato porucha vzniká také následkem mozkových nádorů a poruchách výživy mozku, epilepsie, cévního onemocnění či encefalitidy a jiných zánětlivých onemocnění mozku. Příznaky a závažnost afázie určuje příčina vzniku, míra a lokalizace postižení mozku (Dlouhá, 2017).

Dysartrie je organické postižení centrální nervové soustavy s poruchou artikulace. Forma dysartrie závisí na míře poškození mozku, může být vrozená nebo získaná. Získaná se může projevit např. u dětí s DMO. Příčina vzniku předurčuje závažné postižení v různé míře a rozsahu veškeré realizace řeči, verbální i neverbální. Zasažena je respirace, tvorba hlasu, zvuk, tempo, melodie, rytmus řeči, hybnost mluvidel. Nejzávažnější formou dysartrie je anartrie, kde postižený člověk není schopen artikulovat (Dlouhá, 2017).

Dysfagie bývá přidruženou komplikací dysartrie a projevuje se poruchou polykání ovlivňující příjem tekutin a stravy a dochází i k narušení dýchání (Dlouhá, 2017).

Mutismus patří mezi neurotické poruchy řeči, kde dochází na podkladě nějakého stresu, vylekání či šoku ke ztrátě řečových schopností a následnému oněmění (Dlouhá, 2017).

Palatolalie je vývojová vada řeči způsobená orofaciálními rozštěpy a projevuje se poruchou zvuku řeči. Řeč může být u postižených osob různě srozumitelná, vždy ale se změnou rezonance s výraznou a otevřenou huhňavostí, poruchou artikulace a s postižením mimiky (Dlouhá, 2017).

Rhinolalie neboli huhňavost je porucha zvuku řeči i artikulace, může být vrozená nebo získaná a vzniknout může při rozštěpu patra, při obrnách, úrazech, polypech. Vyznačuje se sníženou, nebo zvýšenou nosovostí (Dlouhá, 2017).

Balbuties neboli **koktavost** je způsobena narušenou koordinací mluvních orgánů a projevuje se poruchou plynulosti řeči. Koktavost postihuje všechny jazykové roviny, samotná artikulace je doprovázena křečemi s napínáním první hlásky nebo trhaným opakováním hlásek. Mezi příčinami vzniku koktavosti mohou být psychotraumata, orgánové příčiny, vegetativní labilita, také dědičnost a negativní působení sociálního prostředí (Dlouhá, 2017).

Tumultus sermonis neboli **breptavost** je poruchou plynulosti řeči s narušením jazykové formy i obsahu sdělení. Tempo řeči je u postižených osob extrémně zrychlené, nerovnoměrné s deformací slov, vynecháváním slabik a postupně se ještě zrychlující. Protože je tempo řeči překotné, je při breptavosti narušena artikulace, dochází k narušení dýchání, řeč je často nesrozumitelná, postrádá plynulost deformace slov a celkově je řeč provázena zvláštním motorickým neklidem (Dlouhá, 2017).

Dyslalie neboli **patlavost** je poruchou artikulace, s poruchou používání hlásek či skupin hlásek. Může jít o funkční nebo organickou příčinu. Vliv může mít dědičnost, prostředí, nedostatek citů nebo poruchy analyzátorů (Dlouhá, 2017).

1.6 Sestra a komunikace s pacientem s postižením

Každá sestra by měla znát pravidla komunikace s nemocnými a u pacientů se specifickým postižením obzvlášť. Komunikace s těmito pacienty vykazuje určitá specifika a každá sestra by měla mít zájem na osvojení těchto specifických pravidel komunikace.

1.6.1 Zrakové postižení a komunikace s pacientem se zrakovým postižením

Ztráta zraku, úplná nebo částečná, vykazuje dle postižení různou závažnost, může být kvalitativně odlišná a také může vznikat v různém časovém období. Ztráta zraku může způsobovat vážné a často nenahraditelné ztráty v oblasti smyslového vnímání a díky nedostatku vstupních informací a nepřesnosti při zpracování vjemů je ovlivněna kvalita představ (Růžičková, Vítová, 2014). Poruchy zraku se hodnotí podle různých hledisek. Hodnotí se v závislosti na stupni postižení, kdy se jedná o osoby s poruchou zraku (slepota, tupozrakost, slabozrakost, se zbytkem zraku, porucha binokulárního vidění), v závislosti na době vzniku (vrozené, získané), etiologii (orgánová vada, funkční vada) a průběhu poruchy (krátkodobá, dlouhodobá, recidivující). Do postižení jednotlivých zrakových funkcí řadíme postižení sítnice a zrakového nervu, postižení optického aparátu oka, kortikální postižení zrakových funkcí, postižení dalších částí oka. Některé zrakové vady mají závažný dopad na ovládání očních pohybů, prostorové vidění, adaptace a přizpůsobení se intenzitě světla, ovládání očních pohybů, rozlišování barev může být jiné. I při dobré zrakové ostrosti může být narušen zrakový kontakt a při komunikaci může docházet k nedorozumění. Pro usnadnění komunikace s ostatními využívají osoby se zrakovým postižením řadu pomůcek. Dorozumívání řeči doplňují pomůckami se zvukovou nebo hmatovou alternativou. Např. mobilní telefon s hlasovým ovládáním, s postupem technického pokroku i počítačovou techniku s internetovým kontaktem. Lidé s poškozeným zrakem ovlivňuje jejich činnost v jejich každodenním životě (Vágnerová, 2014). Nevidomost – dělíme na praktickou a totální nevidomost a může být vrozená nebo získaná. Osleplí jedinci mají zrakové představy zachované v paměti. Nevidomí mají problémy se získáváním informací z okolí a využívají především kompenzační pomůcky. Mezi kompenzační pomůcky patří Braillova abeceda, zvukové a hlasové signály, Pichtův psací stroj, výtah s hmatovým výstupem, skládací orientační hůl. Zraková vada s kombinovaným postižením představuje heterogenní dominantní skupinu se zrakovou vadou. Jedinci této kategorie mají nejrozličnější druhy a stupně postižení. Pozornost vyžaduje kombinace sluchového a zrakového postižení, přestože není dle statistiky nejpočetnější. Obecně jsou tito jedinci označováni jako hluchoslepi. Těžce zrakově postižení jedinci často trpí senzorickou deprivací. Informace z našeho okolí získáváme nejvíce zrakovým vnímáním, u zrakově postižených jedinců funkci zraku kompenzuje sluchové vnímání. Sluchové dovednosti u zrakově postižených jedinců jsou výrazněji rozvinuty a hmatové vnímání umožňuje

rozvíjením také získávat informace z okolí. Hmat je ale potřeba procvičovat a zdokonalovat. Řeč je pro těžce zrakově postižené více významná než pro zdravé jedince. Nedostatečnost vizuálního kontaktu hraje významnou roli v komunikaci (Vágnerová, 2014),

Jaké zásady by měla sestra při komunikaci se zrakově postiženým dodržovat?

Sestra by se měla při komunikaci se zrakově postiženými chovat přirozeně, nenásilně, měla by upozornit pacienta na svůj příchod a odchod, jako první by se měla představovat a zdravít, neměla by spoléhat na neverbální komunikaci v podobě gestikulace a mimiky. Větší důraz při komunikaci by měla mít na modulaci a zabarvení hlasu, při rozhovoru s pacientem se zrakovým postižením by měla sestra pacienta informovat o všem podstatném a co se odehrává v jeho okolí, fyzickou manipulaci s člověkem se zrakovým postižením by měla sestra provádět až po slovním upozornění a vzájemné domluvě. Sestra by měla dbát na přijatelné akustické prostředí bez šumů a nadměrného hluku pro lepší orientaci v prostoru u zrakově postižených, měla by pacientovi zajistit prostředí bez bariér a nebezpečných překážek (Slowík, 2010).

1.6.2 Sluchové postižení a komunikace s pacientem se sluchovým postižením

Sluchové postižení a komunikace u člověka se sluchovým postižením je velmi citlivou záležitostí. Záleží na stupni a rozsahu poškození a tím i na komunikaci, která je svým způsobem jiná a omezená. Osoby se sluchovým postižením musejí každodenně zvládat různé záležitosti a potřebují se dorozumět s ostatními. Pro zlepšení kvality života je dobré hledat způsoby, aby byla vzájemná komunikace vstřícnější a příjemnější. Kterákoli část sluchového ústrojí může být postižena vadou a způsobit sluchové postižení. V oblasti vnějšího ucha (boltec, zvukovod), střední ucho (bubínek, středoušní kůstky) a vnitřní ucho, tam spadá tzv. hlemýžď neboli kochlea a také Cortiho orgán. Postižena mohou být i příslušná mozková centra, nebo i sluchový nerv. Z hlediska komunikačních schopností je důležitá doba vzniku sluchového postižení, protože u vrozených vad je nutnost rozvíjení dorozumívacích a všech ostatních schopností. U jedince s vadou vnějšího nebo středního ucha jsou sluchové vjemy oslabeny a postižení se projevuje v omezení kvantity sluchového vnímání. U jedince s vadou vnitřního ucha, kde může být narušen i sluchový nerv, nejen že špatně slyší, ale i špatně

rozumí. Zde jde o narušení a rozlišování akustických vjemů a postižena je kvalita sluchového vnímání. Jedinci se sluchovým postižením využívají mnoho pomůcek. Ty jim pomáhají zvládat běžné úkony závislé na akustickém vnímání a umožňují komunikaci s okolím. Známou kompenzační pomůckou je sluchadlo, které zesiluje zvuky přicházející do ucha. Sluchadla rozeznáváme kapesní, brýlová, závěsná, boltcová, zvukovodová. Digitální sluchadlo může být rozměrově velmi malé, pro okolí je prakticky neviditelné a kompenzuje sluchovou ztrátu velmi dobře. Kochleární implantát je mladší technickou vymožeností. Implantát zvuk nezesiluje, ale převádí elektrické impulzy a ty stimulují zakončení sluchového nervu ve vnitřním uchu díky voperovaným elektrodám. Nedoslýchaví lidé komunikují běžnou řečí, s menšími či většími obtížemi. U těžce nedoslýchavých a neslyšících jedinců je komunikace komplikovanější. Komunikující jedinec se závažným sluchovým postižením je prakticky závislý na odezírání z úst komunikačního partnera. Zde velice záleží na vrozených dispozicích a nadání konkrétního jedince odezírat. Odezírání je velmi náročná aktivita vyžadující vhodné podmínky. Pro jedince s těžkým sluchovým postižením je i běžná mluva velmi náročná a u většiny se v běžném hovoru výrazně projevuje komunikační handicap. Obtížně zvládají gramatická pravidla, je zde patrná nedokonalá výslovnost hlásek a v zásadě neporozumí obsahu složitějších sdělení. Znakový jazyk je komunikačním prostředkem výrazně se lišící od běžného jazyka a ti jedinci se závažným sluchovým postižením, kteří si ho zvolili jako svůj dorozumívací systém, jsou odkázáni na jistou komunikační izolaci. Zde si porozumí pouze s podobně postiženými jedinci a to může narážet na problém v sociální integraci (Vágnerová 2014; Slowík, 2010).

Jaké zásady by měla sestra při komunikaci se sluchově postiženým dodržovat?

Zde by si měla každá sestra uvědomit, že neslyšící, nebo jedinci s těžkým sluchovým postižením jakýkoliv neverbální projev vnímají daleko výrazněji než jedinci slyšící. Každá sestra by měla u sluchově postiženého naslouchat očima. Při potřebě se sluchově postiženým komunikovat by ho na to měla sestra upozornit zřetelně, možno i lehkým dotykem. Komunikace by měla probíhat v klidném a dobře osvětleném prostoru, na začátku rozhovoru by měla sestra stručně sdělit téma konverzace, během rozhovoru s neslyšícím nebo nedoslýchavým jedincem by měla sestra zůstat v jeho blízkosti a neobracet se zády, pozorně udržovat oční kontakt, odstranit vše, co by mohlo

znemožňovat porozumění a překážet v komunikaci. Překážkou by mohla být ruka před ústy, rouška, žvýkačka apod. Také by sestra neměla zbytečně na neslyšícího nebo nedoslýchavého jedince křičet a raději zřetelně vyslovovat a mluvit pomalu. Pokud zná sestra daktylní abecedu nebo zná základy znakového jazyka, měla by toho v komunikaci s neslyšícím využít. Jinak by měla sestra při komunikaci využívat gestikulaci a srozumitelné výrazy obličeje. Sestra by si měla při komunikaci ověřovat, zda nám sluchově postižený jedinec rozumí, v případě nedorozumění zkusit formulovat jiná slova a jiný přístup. Sestra by si měla uvědomovat, že příliš dlouhá komunikace o složitých tématech, odezírání běžné řeči a také tlumočení znakového jazyka jsou velmi náročnými aktivitami a u sluchově postiženého jedince může rychle nastoupit únava a s tím vznikající pokles pozornosti a efektivity dorozumívání. Při písemné komunikaci by měla sestra volit slova přiměřeně jednoduchá, výstižná a stručná (Slowík, 2010).

1.6.3 Mentální postižení a komunikace s pacientem s mentálním postižením

Mentální retardace je vrozená a trvalá, je to souhrnné označení pro postižení rozumových schopností projevující se neschopností porozumění a přizpůsobení svému okolí. Mezi hlavní znaky mentální retardace řadíme nedostatečný rozvoj myšlení a řeči. Příčinou vzniku mentální retardace je postižení CNS. U mentální retardace jde o multifaktoriální postižení, kdy se na vzniku podílí porucha genetických dispozic vedoucí k narušení rozvoje CNS, ale příčinou mohou být také exogenní faktory poškozující mozek v rané fázi jeho vývoje. Projevy mentálního postižení jsou velmi individuální. Mentální postižení prostupuje celou osobnost jedince a schopnost komunikace je ovlivněna různým způsobem, v rozdílné míře. Rozlišujeme několik stupňů retardace, lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace a jiná mentální retardace. Pokud závažně mentálně postižený jedinec není schopen verbálně komunikovat, mohou na tomto podkladě vznikat problémy při vyjadřování potřeb, pocitů nebo somatických potíží. Takto je velmi těžké rozeznat a zjistit, že mentálně postižený jedinec něčím trpí. Většinou se projevuje signály v projevech chování a při změně aktivační úrovně při zvýšení neklidu nebo apatii, je možné stanovit, že něco není v pořádku. Komunikace zdravých lidí s mentálně postiženými mívá charakteristické znaky. Mnoho lidí má tendenci hovořit s nimi jako s dětmi, přestože jsou to dospělí lidé nebo i senioři.

I přesto, že jejich chování může vykazovat určitou dětinskost a může být neobvyklé, neměli by ostatní snižovat jejich důstojnost a přistupovat k nim jako k méněcenným, i kdyby měli chování jakkoli zvláštní. Dalším charakteristickým znakem je tendence manipulativního chování a rozhodování za mentálně postižené ze strany rodiny a blízkých osob. Rodina by měla spíše podporovat jejich samostatnost a rozhodnost, důležité je proto komunikovat s nimi podporujícím způsobem pro udržení zdravého sebevědomí. V každém případě musíme počítat u mentálně postiženého jedince s narušenou komunikací, která je vzhledem k závažnosti postižení individuální. Mimika, gestikulace a další neverbální vyjádření komunikace by měly být srozumitelné, sdělování informací v rozhovoru by měly probíhat takovým způsobem, aby je mentálně postižený jedinec byl schopen přijmout a porozumět jim. U mentálního postižení se používají augmentativní a alternativní komunikační systémy jako jsou obrázky, piktogramy, Bliss, Makaton. Velmi důležité je naslouchání, co nám jedinci sdělují, při opakovaném nepochopení v komunikaci, může docházet u mentálně postižených jedinců k silné frustraci komunikačních, ale i dalších potřeb. Běžná komunikace u jedinců s těžkou mentální retardací je prakticky vyloučena a mezi smysluplné a efektivní dorozumívací techniky patří metoda bazálního dialogu. Je zde ale potřeba profesionality a je náročná na čas a zkušenosti. Využívá se zde komunikačních projevů, jako jsou pohyby očí, napětí tělesného svalstva, neartikulované zvuky, frekvence a intenzita dýchání a mají významnou sdělovací hodnotu. Tyto zdánlivě primitivní signály dokážou ovlivňovat a zvyšovat kvalitu života těchto jedinců, kteří by bez této sdělovací možnosti byli odkázáni pouze na vůli a domněnky svých pečovatelů (Vágnerová, 2014; Bazalová, 2014).

Jaké zásady by měla sestra při komunikaci s mentálně postiženým dodržovat?

Častou chybou v komunikaci bývá u mentálně postižených ponižující přístup, proto by se sestra měla vyvarovat takového snižování lidské důstojnosti a měla by respektovat přirozená práva člověka. Při komunikaci s takto postiženým jedincem by se měla přizpůsobit úrovni jejich schopností, měla by být dostatečně trpělivá, vstřícná, empatická, tolerantní a vždy se snažit nacházet cestu komunikace tak, aby vedla k porozumění na obou stranách. Nikdy by se neměla sestra snížit k manipulaci s mentálně postiženými jedinci, kteří jsou velmi snadno ovlivnitelní a snadno

na manipulaci přistoupí. Správnou volbu komunikačních prostředků a výběru tématu by měla sestra volit individuálně k osobnosti jedince (Slowík, 2010).

1.6.4 Autismus a komunikace s pacienty s autismem a poruchami autistického spektra

Autismus je zařazován mezi typickou pervazivní vývojovou poruchu, jehož hlavní charakteristikou je stahování se do vlastního světa a jedinec postižený autismem není schopen zařazení do lidského společenství. Autismus postihuje většinu psychických funkcí, vývoj autistických dětí je v mnoha oblastech narušený, nerovnoměrný a opožděný. U autismu se vyskytuje porucha sociálního porozumění, komunikace a mezilidských vztahů. Zasahují celou osobnost člověka, odrážejí se v mnoha jejích projevech, navíc jsou z větší části autistické obtíže kombinovány s mentální retardací, což způsobuje násobení handicapu. Autistický jedinec není schopen reagovat na běžné sociální signály, jako je úsměv, mimika obličeje, oční kontakt a není schopen rozlišovat výrazy s obsahem vyjádřených emocí. Nerozumí emočním projevům lidí, nedovede interpretovat pohyby těla, gestikulaci, ani na ně nějakým způsobem reagovat. U autismu je typický narušený vývoj řeči, řeč se často nerozvíjí vůbec a jedinec postižený autismem není schopen běžné komunikace a používat řeč jako prostředek komunikace. Často je přítomná echolalie, projevující se doslovným opakování slov či vět. Řeč bývá nekoordinovaná a arytmiická, jedinci s autismem nereagují na své jméno, na prosby ani otázky, není u nich patrná žádná aktivita a iniciativa ke vzájemné pospolitosti s druhými lidmi. Nereaguje na pokyny, působí dojmem neslyšícího. Tito jedinci potřebují zcela specifický přístup při komunikaci. Zde se osvědčují metody augmentativní a alternativní komunikace jako jsou piktogramy, výměnný obrázkový komunikační systém, fotografie, řeč těla, používání reálných předmětů (Vágnerová 2014; Bazalová, 2017).

Jaké zásady by měla sestra dodržovat při komunikaci s autistickým jedincem?

Při každém kontaktu s jedincem postiženým autismem by měla sestra zhodnotit celkovou úroveň jeho schopností, dorozumívacích, intelektových a sociálních. Každá instrukce ze strany sestry by měla odpovídat vývojové úrovni jedince a měla by být srozumitelná. Instrukce by měla sestra předávat verbálně i neverbálně s vizualizační podporou, měla by být pochopitelná, s minimem slov. Pro sdělování určitého významu

by měla sestra volit stejná slova a dodržet tím uspořádanost a stereotyp. Sestra by měla mít na paměti, že neobvyklé reakce v chování jedinců s autismem, například v podobě vzteku, mohou souviset s pokusem sdělit to, co jedinci s autismem nemohou a nedokáží jinak vyjádřit. Sestra by měla využívat osvědčené alternativy pro komunikaci a pro lepší navázání komunikace může pomoci i zrcadlení. Zrcadlením aktivity autistického jedince může sestra navázat lepší spolupráci a může být přijata do světa autistů (Slowík 2010; Bazalová 2011).

2 Výzkumná část

Ve výzkumné části budou zpracovávány získaná data z rozhovorů s respondenty a získané poznatky ze zúčastněného pozorování v rámci praxe. Zjištěné výsledky s následnou analýzou dat budou porovnány s jinými pracemi a výzkumným šetřením.

2.1 Cíle výzkumu

Prvním cílem výzkumu bylo zjištění úrovně znalostí sester o augmentativní a alternativní komunikaci. Druhým cílem mého výzkumu bylo zmapování komunikace a využití systémů AAK sestry v praxi.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka číslo 1: Jaká je úroveň znalostí sester o augmentativní a alternativní komunikaci?

Výzkumná otázka číslo 2: Mají sestry samy zájem o vzdělávání, doplňování informací či získávání nových poznatků v oblasti AAK?

Výzkumná otázka číslo 3: Jaké komunikační systémy AAK využívají sestry v praxi?

Výzkumná otázka číslo 4: Je využití systémů AAK sestrou v praxi při komunikaci s klientem efektivní?

2.3 Metodika výzkumu

Metodologie výzkumného šetření byla provedena kvalitativní formou. V metodologii byly využity následující techniky: polostrukturovaný rozhovor s respondenty, zúčastněné pozorování a analýza výsledků činnosti. Na začátku bakalářské práce jsem řešila dilema mezi kvantitativním a kvalitativním výzkumem. Po zvážení jsem zvolila kvalitativní výzkum v podobě rozhovoru s respondentkami-sestrami a pozorováním v praxi, protože alternativní a augmentativní komunikace je využívána vesměs ve speciálních zařízeních, školách a stacionářích a tímto jsem chtěla zjistit opravdovou skutečnost znalostí a používání systémů AAK v praxi sester. Sběr dat byl prováděn pomocí polostrukturovaného rozhovoru a pozorováním v praxi.

Respondenti odpovídali na předem připravené otázky, své odpovědi si mohli rozmýšlet a měli možnost měnit pořadí připravených otázek. Otázky pro polostrukturovaný rozhovor byly sestavovány tak, aby se vztahovaly k výzkumným cílům bakalářské práce. Získané informace byly nahrávány na diktafon a následně přepisovány do formy písemného záznamu. Respondenti byli ujištěni o zachování anonymity a znehodnocením záznamů z diktafonu ihned po přepsání. Výzkumné šetření bylo doplněno o další kvalitativní metodu výzkumu se zúčastněným pozorováním. Pozorování bylo prováděno v průběhu stanovené odborné praxe v centru Kociánka individuálně dle domluvy s respondentkami, které se mnou předtím absolvovaly rozhovor pro výzkumné šetření. Mohlo tedy dojít ke srovnání provedených rozhovorů výzkumným šetřením a pozorováním v praxi. Po návratu z výzkumného prostředí jsem výsledky pozorování aktuálně zaznamenávala k rozhovorům s respondenty.

2.4 Charakteristika respondentů a výzkumného prostředí

Výzkumné šetření probíhalo na základě schválení žádosti o provedení výzkumného šetření ze strany vedoucí zdravotnického úseku v centru Kociánka v Brně. Centrum Kociánka je poměrně rozlehlé stanoviště, kde jsou rozmístěny pavilony s domy pro ambulantní, rehabilitační i komplexní celodenní péči pro postižené klienty. Osloveno bylo celkem 7 respondentek – sester, všechny jsou ženy. Pět respondentek uvedlo středoškolské vzdělání s maturitou, dvě vysokoškolské vzdělání. Jedna dosáhla vysokoškolského bakalářského vzdělání, druhá vysokoškolského magisterského vzdělání. Věk respondentek nebyl do otázek zahrnut, dvě otázky byly směřované k době praxe ve zdravotnictví a k době praxe v centru Kociánka. Každá z respondentek pracuje na jiném oddělení pro zrakově, sluchově a mentálně postižené klienty, kde mají 24hodinové nepřetržité služby. Pozorování v průběhu praxe probíhalo na různých stanovištích, které byly domluveny na podkladě rozdílného prostředí s jinými klienty.

2.5 Průběh výzkumu

Výzkum probíhal od 1. listopadu 2019 do 1. února 2020, po schválení žádosti o povolení výzkumného šetření na pracovištích centra Kociánka. Z každého pavilonu jsem se průběžně domlouvala na rozhovorech s respondentkami-sestrami, které pracují s klienty se zrakovým, sluchovým, mentálním a kombinovaným postižením. Bylo domluveno, že rozhovory budou probíhat v tichém prostředí bez přítomnosti jiných

osob, aby nebyla narušena spontánnost odpovědí a rozhovor mohl být veden v klidném duchu. Rozhovor s respondentkami trval přibližně 20-45 minut pouze za přítomnosti respondentky a autorky bakalářské práce. Odpovědi byly na počátku rozhovoru nahrávány na diktafon a pro účely bakalářské práce dále zpracovávány do písemné podoby. Rozhovory nebyly časově omezeny a spolupráce všech uvedených respondentek – sester byla profesionální, vstřícná a přátelská. Kvalitativní výzkumné šetření v oblasti pozorování v rámci praxe v centru Kociánka probíhal také proběhl bez komplikací, i přes občasné náročné situace ze strany klientů, o které sestry pečují. V případě jakéhokoliv problému nebo nejasností jsem se mohla obrátit na vedoucí zdravotnického úseku.

2.6 Zpracování získaných dat

Bakalářská práce a získaná data výzkumným šetřením z rozhovorů a zúčastněného pozorování v rámci odborné praxe byly zpracovány v počítačovém programu Microsoft office Word. Pro přehledné uspořádání otázek a následných odpovědí jsem použila tabulky.

2.7 Výsledky výzkumu

V tabulkách jsou zobrazeny odpovědi respondentů na jednotlivé otázky pokládané v rozhovoru.

Otázka č. 1: Jaké je vaše dosažené vzdělání?

Tabulka 1: Dosažené vzdělání

	Odpovědi respondentů
Respondent 1	„Mé dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou – praktická sestra.“
Respondent 2	„Mám středoškolské vzdělání.“
Respondent 3	„Střední s maturitou.“
Respondent 4	„Vysokoškolské bakalářské vzdělání.“
Respondent 5	„Středoškolské vzdělání plus maturita.“
Respondent 6	„Vysokoškolské magisterské vzdělání.“
Respondent 7	„Střední vzdělání.“

Zdroj: Autorka

Z tabulky 1 vyplývá, že respondentky 1,2,3,5 a 7 mají středoškolské vzdělání. Respondentky 4 a 5 mají vysokoškolské vzdělání. U vysokoškolského vzdělání má respondentka 4 bakalářské vzdělání a respondentka 6 magisterské vzdělání.

Otázka č. 2: Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

Tabulka 2: Doba praxe ve zdravotnictví

	Odpovědi respondentů
Respondent 1	„Ve zdravotnictví pracuji zatím dva a půl roku.“
Respondent 2	„Délka mé praxe ve zdravotnictví je 34 let.“
Respondent 3	„Ve zdravotnictví jsem 28 let.“
Respondent 4	„Celkově působím ve zdravotnictví 35 let.“
Respondent 5	„Pracuji 28 let.“
Respondent 6	„Ve zdravotnictví prozatím pracuji 10 let.“
Respondent 7	„Praxe ve zdravotnictví je u mě 32 let.“

Zdroj: Autorka

Z tabulky 2 vyplývá, že doba praxe ve zdravotnictví je u respondentek 2,3,4,5 a 7 výrazně vysoká. U respondentky 1 je doba praxe ve zdravotnictví dva a půl roku, u respondentky 6 je doba praxe ve zdravotnictví 10 let. U respondentky 3 a 5 je doba praxe ve zdravotnictví 28 let, u respondentky 7 je doba praxe ve zdravotnictví 32 let, u respondentky 2 je doba praxe ve zdravotnictví 34 let a u respondentky 4 je doba praxe ve zdravotnictví 35 let. Je tedy nutno poznamenat, že vzhledem k mnoha letům praxe ve zdravotnictví, jde u pěti respondentů o zkušené sestry ve zdravotnictví.

Otázka č. 3: Jaká je délka vaší praxe v centru Kociánka?

Tabulka 3: Délka praxe v centru Kociánka

	Odpovědi respondentů
Respondent 1	„Má praxe je na Kociánce dva a půl roku.“
Respondent 2	„Pracuji zde 18 let.“
Respondent 3	„Moje praxe je v centru Kociánka 3 roky.“
Respondent 4	„Pracuji tu 3 roky.“
Respondent 5	„28 let.“
Respondent 6	„Na Kociánce pracuji 5 let.“
Respondent 7	„Pracuji 28 let.“

Zdroj: Autorka

Z tabulky 3 vyplývá, že délka praxe je u respondentů rozdílná. Respondentka 1 uvedla délku praxe dva a půl roku. Respondentka 4 uvedla délku praxe v centru Kociánka 3 roky a 3 roky praxe uvedla i respondentka 3. Respondentka 6 uvedla délku praxe v centru Kociánka 5 let. U tří respondentek je délka praxe v centru Kociánka oproti dalším čtyřem respondentkám výrazně vyšší. Respondentky 5 a 7 uvedly délku praxe v centru Kociánka 28 let. Respondentka 2 uvedla délku praxe v centru Kociánka 18 let. Z výše uvedeného souhrnu odpovědí respondentů vyplývá rozdílnost délky praxe v centru Kociánka. Rozdílnost souvisí s ukončením školy a následným nástupem do zaměstnání.

Otázka č. 4: Ptal se vás zaměstnavatel při ucházení se o zaměstnání na zkušenost s AAK a její případné využití v praxi?

Tabulka 4: Zaměstnavatel a případné zkušenosti s AAK při ucházení se o zaměstnání

	Odpovědi respondentů
Respondent 1	„Bohužel si nevzpomínám, spíš neptal.“
Respondent 2	„Neptal.“
Respondent 3	„Nikdo se neptal.“
Respondent 4	„Ne“
Respondent 5	„Neptali se.“
Respondent 6	„Ne, nikdo se mě na zkušenosti ohledně AAK neptal.“
Respondent 7	„Neptal.“

Zdroj: Autorka

Z tabulky 4 vyplývá 100% shoda odpovědí, že ani jedné z respondentek se při ucházení o zaměstnání zaměstnavatel nezeptal na zkušenosti s využitím metod AAK v praxi. Z pohledu výzkumného šetření je zarážející, že v centru Kociánka jsou umístěni klienti s těžkým zrakovým, sluchovým, mentálním a kombinovaným postižením. Lze tedy předpokládat, že sestra, která bude pečovat o takto postižené klienty by měla mít znalosti a přehled o metodách AAK. Zaměstnavatele ale při pohovorech respondentek a ucházení se o zaměstnání v centru Kociánka tato skutečnost nezajímala.

Otázka č. 5: Popřípadě požadoval znalost některé z metod AAK při ucházení se o zaměstnání?

Tabulka 5: Požadování znalostí metod AAK u zaměstnavatele

	Odpovědi respondentů
Respondent 1	„Nepožadoval.“
Respondent 2	„Ne, vůbec se neptal, ani nic nepožadoval.“
Respondent 3	„Myslím, že byli rádi, že obsadí pracovní místo, tedy neptali.“
Respondent 4	„Nikdo nic nepožadoval.“
Respondent 5	„Ne, při ucházení se o práci ani při nástupu do práce nikdo nic nepožadoval.“
Respondent 6	„Nechtěli znalost AAK.“
Respondent 7	„Nepožadovali“

Zdroj: Autorka

Z tabulky 5 vyplývá stejná skutečnost jako z tabulky 4 a to taková, že zaměstnavatel centra Kociánka neprojevil zájem o znalosti metod AAK a její využití v praxi u budoucích zaměstnanců. Všechny respondentky shodně uvedly, že zaměstnavatel žádnou znalost metod AAK nepožadoval. Respondentka 3 definovala odpověď nepožadování znalostí metod v rámci nutnosti obsazení pracovního místa.

Otázka č. 6: Zúčastňujete se vzdělávacích školení či seminářů zaměřených na AAK?

Tabulka 6: Absolvování školení či seminářů s tematikou AAK

	Odpovědi respondentů
Respondent 1	„Nebyla jsem na žádném školení ani semináři.“
Respondent 2	„Nezúčastňuji se.“
Respondent 3	„Za tu dobu co tu pracuji, žádný seminář ani školení neproběhlo.“
Respondent 4	„Nevím o žádném školení nebo semináři.“
Respondent 5	„Ne.“
Respondent 6	„Asi by bylo pro všechny dobré nějaké proškolení, ale zde se nic nekoná.“
Respondent 7	„Nebyla.“

Zdroj: Autorka

Z tabulky 6 vyplývá, že všechny respondentky shodně uvedly, že se školení ani seminářů nezúčastňují. Respondentka 7 zmínila předpoklady pro proškolení, v centru Kociánka ale žádná školení sester neprobíhají. Také respondentka 4 uvedla, že o žádném školení nebo semináři nemá informace.

Otázka č. 7: Máte sama zájem o vzdělávání, doplňování informací či získávání nových poznatků v oblasti AAK?

Tabulka 7: Iniciativa a ochota v oblasti vzdělávání a doplňování informací o AAK

	Odpovědi respondentů
Respondent 1	„Ano, velmi mě vše zajímá.“
Respondent 2	„Ano, mám zájem.“
Respondent 3	„Ano, zajímají mě nové informace.“
Respondent 4	„Ano, zajímají mě nové poznatky v oblasti AAK.“
Respondent 5	„Mám zájem o vzdělávání.“
Respondent 6	„Ano, je pro naši práci podnětné získávat nové informace a vzdělávat se.“
Respondent 7	„Ano.“

Zdroj: Autorka

Z tabulky 7 vyplývá absolutní 100% shoda v odpovědích respondentek. Všechny respondenty mají zájem o vzdělávání, doplňování informací o metodách a použití AAK a mají zájem na získávání nových poznatků v oblasti AAK.

Otázka č. 8: Kde a jak jste se poprvé dozvěděla o možnostech využívání AAK?

Tabulka 8: Prvotní informace o AAK

	Odpovědi respondentů
Respondent 1	„O využití AAK jsem se dozvěděla při studiu zdravotní školy v předmětu ošetřovatelství.“
Respondent 2	„Nepamatuji se.“
Respondent 3	„V minulém zaměstnání jsem se poprvé dozvěděla o možnostech využívání AAK.“
Respondent 4	„O augmentativní a alternativní komunikaci jsem se poprvé dozvěděla při studiu speciální pedagogiky na vysoké škole.“
Respondent 5	„Nevím.“
Respondent 6	„O možnostech využití AAK u postižených jsem se poprvé dozvěděla na škole.“
Respondent 7	„Vůbec si nevzpomínám.“

Zdroj: Autorka

Z tabulky 8 vyplývá, že respondentky 1,4 a 6 se o možnostech využívání metod AAK dozvěděly v rámci předchozího studia. Respondentka 3 se dozvěděla o možnostech využívání AAK v předchozím zaměstnání. Respondentky 2 a 7 si nevzpomínají na dobu, kdy se dozvěděly o možnostech využití metod AAK a respondentka 5 odpověděla, že neví, kdy se poprvé dozvěděla o možnostech využívání AAK.

Otázka č. 9: Využila byste možnost zdokonalení se ve správné technice při komunikaci s klientem s poruchou zraku, sluchu či řeči?

Tabulka 9: Zdokonalení techniky komunikace

	Odpovědi respondentů
Respondent 1	„Určitě bych využila každou možnost zdokonalování.“
Respondent 2	„Ano, využila.“
Respondent 3	„Myslím, že využila.“
Respondent 4	„Ráda bych přivítala možnost zdokonalení se v komunikaci vůči postiženým klientům.“
Respondent 5	„Ano, ráda.“
Respondent 6	„Ano, pokud by byla tahle možnost k dispozici, tak moc ráda.“
Respondent 7	„Ano.“

Zdroj: Autorka

Z tabulky 9 vyplývá 100% shoda odpovědí všech respondentek. Všechny shodně odpověděly, že mají zájem na zdokonalení komunikace s klienty, kteří mají poruchu zraku, sluchu nebo řeči.

Otázka č. 10: Setkáváte se s nějakými obtížemi při používání AAK?

Tabulka 10: Obtíže při využívání AAK

	Odpovědi respondentů
Respondent 1	„Ano, občas je těžké pochopit vyjádření našich uživatelů.“
Respondent 2	„Ano, v pochopení toho, co se nám klient snaží říct.“
Respondent 3	„Ano, když nedokážu zachytit význam klientova sdělení. Někdy je to opravdu těžké.“
Respondent 4	„Ano, občas je velmi těžké pochopit, co mi chce uživatel sdělit.“
Respondent 5	„Ano, třeba nepochopení významu piktogramu.“
Respondent 6	„Ano, někdy i při sebevětší snaze dochází k nepochopení a nejsou to zrovna nejpříjemnější a nejlehčí situace.“
Respondent 7	„Ano, setkávám.“

Zdroj: Autorka

Z tabulky 10 vyplývá opět 100% shoda odpovědí „ano“. Všechny respondentky shodně odpověděly, že se v praxi setkávají s obtížemi při používání AAK. Respondentky 1,2,3,4,6 uvedly jako obtíže při používání AAK nepochopení klientova vyjádření a sdělení. Respondentka 5 uvedla jako obtíže nepochopení významu piktogramu ze strany klienta a respondentka 7 obecně odpověděla, že se setkává s obtížemi při používání AAK. Zde respondentka nedefinovala, s jakými obtížemi se setkává při používání AAK.

Otázka č. 11: Využíváte při své práci s klienty fotografie, piktogramy, tabulku s napsanými slovy nebo i jiné technické pomůcky?

Tabulka 11: Využití AAK s pomůckami

	Odpovědi respondentů
Respondent 1	„Ano, nejčastěji tablety a tabulky s písmeny.“
Respondent 2	„Ano, využíváme jak reálné předměty, tak i piktogramy a momentálně se dost využívají tablety, ale jak u kterého klienta.“
Respondent 3	„Ano využívám, občas piktogramy, tabulku s písmeny a také i tablety.“
Respondent 4	„Záleží na klientovi, jak na co reaguje a co mu vyhovuje. Podle toho co mu vyhovuje, je potom komunikace smysluplnější.“
Respondent 5	„Ano, velmi často využíváme piktogramy, tabulky a tablety. Technické pomůcky u nás nevyužíváme, jsou nákladné.“
Respondent 6	„Využívám často piktogramy a tabulky. U dvou klientů využíváme i tablety, které je i baví.“
Respondent 7	„Ano, mimo fotografií hlavně piktogramy a tabulku s písmenky.“

Zdroj: Autorka

Z tabulky 11 vyplývá, že všechny respondentky využívají alternativní metody AAK. Respondentky 3,5,6 uvedly využití piktogramů, tabulek s písmeny a tablety. Respondentka 6 uvedla, že tablety jsou i zábavnou formou komunikace pro klienty. Respondentka 2 uvedla použití reálných předmětů, piktogramy a znovu tablety. Respondentka 1 uvedla využití tabulek s písmeny a tablety. Respondentka 7 uvedla využívání fotografií, tabulky s písmeny a využití piktogramů. Respondentka 4 uvedla jako jediná využití pomůcek a metod AAK s ohledem na klienta a jeho komunikaci, co mu vyhovuje a na co reaguje, aby byla komunikace smysluplnější.

Otázka č. 12: Jak často používáte ve své praxi jako komunikační prostředek reálné předměty?

Tabulka 12: Použití reálných předmětů v praxi

	Odpovědi respondentů
Respondent 1	„Řekla bych, že reálné předměty využíváme nejčastěji.“
Respondent 2	„Často.“
Respondent 3	„Celkem často nacházejí při komunikaci s klienty uplatnění.“
Respondent 4	„Ano, reálné předměty užívám poměrně často.“
Respondent 5	„Ano, používání reálných předmětů je na denním pořádku při komunikaci s našimi klienty.“
Respondent 6	„Často zde používáme při komunikaci reálné předměty, mají svůj význam pro pochopení a spolupráci s našimi svěřenci.“
Respondent 7	„Ano, často.“

Zdroj: Autorka

Z tabulky 12 vyplývá 100% shoda v odpovědích respondentek „ano“ a „často“. Všechny shodně uvedly časté využívání reálných předmětů pro komunikaci s klienty v praxi.

Otázka č. 13: Ovládáte znakovou řeč?

Tabulka 13: Ovládání znakové řeči

	Odpovědi respondentů
Respondent 1	„Ne, neovládám.“
Respondent 2	„Neovládám.“
Respondent 3	„Neznám znakovou řeč.“
Respondent 4	„Ano, ale jen několik málo znaků.“
Respondent 5	„Bohužel ne.“
Respondent 6	„Jen málo znaků, s neslyšícím bych se asi znakovou řečí nedomluvila.“
Respondent 7	„Neovládám.“

Zdroj: Autorka

Z tabulky 13 vyplývá, že respondentky 1,2,3,5 a 7 neznají a neovládají znakovou řeč. Respondentky 4 a 6 uvedly, že ovládají jen několik znaků znakové řeči a respondentka 6 v odpovědi zdůraznila, že by se znakovou řečí pravděpodobně nedomluvila.

Otázka č. 14: Máte zkušenost s využitím znakové řeči v praxi?

Tabulka 14: Znaková řeč v praxi

	Odpovědi respondentů
Respondent 1	„Nemám, ani jsem nikoho neviděla mluvit se znakovou řečí.“
Respondent 2	„Nemám žádnou zkušenost.“
Respondent 3	„Nevzpomínám si, že bych se někdy s použitím znakové řeči v praxi setkala.“
Respondent 4	„Ano, mám zkušenost z minulého zaměstnání.“
Respondent 5	„Nemám zkušenosti.“
Respondent 6	„Ano, ale jen ve spolku postižených hluchoněmých, které jsem viděla používat znakovou řeč.“
Respondent 7	„Nemám.“

Zdroj: Autorka

Z tabulky 14 vyplývá, že respondenty 1,2,3,5 a 7 nemají zkušenost s využitím znakové řeči v praxi. Respondentka 4 uvedla, že má zkušenosti s použitím znakové řeči z předchozího zaměstnání. Respondentka 6 odpověděla, že má zkušenosti s použitím znakové řeči ze spolku hluchoněmých občanů, které viděla používat znakovou řeč.

Otázka č. 15: Máte dostatek času na vhodnou a účelnou komunikaci se svými klienty?

Tabulka 15: Čas na komunikaci se svými klienty

	Odpovědi respondentů
Respondent 1	„Dostatek času na komunikaci, ale záleží na situaci.“
Respondent 2	„Ano, mám dostatek času na komunikaci se svými klienty.“
Respondent 3	„Záleží na situaci, někdy bych uvítala více času, abych se mohla více věnovat svým klientům.“
Respondent 4	„Ano, mám dostatek času, ale záleží na konkrétní situaci. Jsou dny, kdy je času velmi málo.“
Respondent 5	„Podle situace, jaká momentálně panuje.“
Respondent 6	„Ano, snažím se maximálně svým klientům věnovat, někdy je ale situace obtížná a času pro komunikaci je velmi málo.“
Respondent 7	„Někdy ano, někdy ne. Záleží na situaci.“

Zdroj: Autorka

Z tabulky 15 vyplývá, že odpovědi respondentek jsou vymezené na dvě strany. Až na respondentku 2, která uvedla, že čas na komunikaci s klienty má, ostatní respondentky odpověděly, že čas klientům věnují a čas na komunikaci se svými klienty sice mají, ale záleží na situaci, která určuje poskytování času klientům.

Otázka č. 16: Co považujete za největší výhodu využívání AAK?

Tabulka 16: Výhody AAK

	Odpovědi respondentů
Respondent 1	„Jako velkou výhodu považuji usnadnění práce a dobrou možnost získat informace od uživatele, který je nějakým způsobem v běžné komunikaci omezen.“
Respondent 2	„Největší výhodu vidím v tom, že si spolu s klientem v komunikaci rozumím.“
Respondent 3	„Metody AAK mohou umožnit alespoň částečnou kompenzaci poruchy dorozumívání.“
Respondent 4	„Za velkou výhodu považuji kompenzaci poruchy v dorozumívání a snížení frustrace z nepochopení.“
Respondent 5	„Velkou výhodou je hlavně dorozumění se s uživatelem.“
Respondent 6	„Největší výhoda? To je přece porozumění na obou stranách, tím že si s klientem rozumím, umožňuje naplňovat jeho potřeby a tím je klient vyrovnanější a spokojenější a také i lépe spolupracuje. V rámci možností samozřejmě.“
Respondent 7	„Výhodou je, že si mohu s klientem porozumět.“

Zdroj: Autorka

Z tabulky 16 vyplývá 100% shoda v odpovědích respondentek. Všechny shodně uvedly za největší výhodu využívání AAK kompenzaci poruchy v dorozumívání a porozumění s klientem. Respondentka 1 uvedla navíc jako výhodu usnadnění práce a získání informace od klienta.

Otázka č. 17: Co považujete za největší nevýhodu využívání AAK?

Tabulka 17: Nevýhody AAK

	Odpovědi respondentů
Respondent 1	„Občas nevýhodou na našem pracovišti bývá nepochopení se mezi stranami. Nepochopím přesně danou myšlenku, jak mi ji chce uživatel sdělit.“
Respondent 2	„Nevnímám žádné nevýhody, asi je to o člověku a vnímání.“
Respondent 3	„To nemohu posoudit.“
Respondent 4	„Jako nevýhodu spatřuji v tom, že žádný systém AAK nemůže dosáhnout objemu slovníku mluvené řeči, neumožňuje komunikovat s osobou, která daný komunikační systém neovládá, zvýšené nároky na okolí, které si musí osvojit daný systém AAK, a také vzbuzují pozornost veřejnosti.“
Respondent 5	„Největší nevýhodu vidím v nepochopení se a obrázků.“
Respondent 6	„Jako nevýhodu považuji u některých klientů nácvik komunikace AAK pro velkou časovou náročnost a osvojení si těchto komunikačních dovedností.“
Respondent 7	„Nevím o žádných nevýhodách.“

Zdroj: Autorka

Z tabulky 17 vyplývá, že odpovědi respondentek se různí. Respondentky 2 a 7 nevidí žádnou nevýhodu využívání AAK. Respondentka 3 uvedla, že nevýhody využívání AAK nemůže posoudit. Respondentka 1 uvedla jako nevýhodu nepochopení přesně dané myšlenky podané klientem. U respondentky 4 je nevýhodou systému AAK, že není schopen dosáhnout objemu slovníku mluvené řeči a také že využívání AAK vzbuzuje pozornost veřejnosti. Respondentka 5 uvedla jako nevýhodu nepochopení se obrázků. U respondentky 6 je nevýhodou náročný časový nácvik osvojení a komunikace se systémy AAK.

Otázka č. 18: Vnímáte rozdíl v komunikaci a přístupu ke klientům s odstupem času a zkušeností v praxi?

Tabulka 18: Rozdíly v komunikaci s odstupem času

	Odpovědi respondentů
Respondent 1	„Ano, vnímám daleko větší porozumění a lépe se orientuji v komunikaci s klienty s různým postižením.“
Respondent 2	„Ano, jsem daleko přístupnější a vnímám ze strany svých klientů i to, co jsem na začátku vůbec nevnímala.“
Respondent 3	„Určitě je tu výrazný rozdíl mezi tím co je teď a co bylo předtím.“
Respondent 4	„Ano, pozoruji rozdíl v komunikaci a jsem si vědoma i jiného přístupu ke klientům, než to bylo na počátku mé praxe. Zkušenosti mi daly hodnotnou lekci ve vnímání i porozumění.“
Respondent 5	„Ano, vnímám rozdíly v komunikaci směrem k lepšímu.“
Respondent 6	„Každý se zkušenostmi učí, jinak tomu bylo u mě a vnímám pozitivní rozdíl v komunikaci a přístupu ke klientům s odstupem času jako takovým.“
Respondent 7	„Lépe s klienty komunikuji.“

Zdroj: Autorka

Zde je z tabulky 18 u výzkumné otázky a odpovědí respondentek patrné, že zkušenosti v praxi přinesly lepší přístup ke komunikaci a lepšímu vnímání ze strany svých klientů. Všechny shodně uvedly, že komunikace je lepší a zkušenosti v praxi přinášejí jiný a lepší přístup k ke klientům s postižením.

Otázka č. 19: Pozorujete vzhledem ke zkušenostem s využíváním AAK snazší komunikaci s klienty?

Tabulka 19: Zkušenosti a snazší komunikace s klienty

	Odpovědi respondentů
Respondent 1	„Ano pozoruji, je to znát a klienti jsou spokojenější.“
Respondent 2	„Je patrná lepší komunikace a pochopení se.“
Respondent 3	„Určitě je komunikace lepší vzhledem ke zkušenostem.“
Respondent 4	„Zkušenosti zcela jistě ovlivňují snazší komunikaci s klienty.“
Respondent 5	„Nevím, nějak si tuto skutečnost neuvědomuji.“
Respondent 6	„Každá zkušenost s sebou přináší určité posunutí směrem k lepší vnímavosti a komunikaci s klienty. U mě zcela určitě.“
Respondent 7	„Pozoruji zlepšení komunikace.“

Zdroj: Autorka

Z tabulky 19 vyplývá, že všechny respondentky, až na respondentku 5, pozorují v souvislosti se zkušenostmi a využíváním AAK snazší komunikaci s klienty. Pouze respondentka 5 uvádí neuvědomování si této skutečnosti.

Otázka č. 20: Co vás na vaší práci s klienty a komunikaci v rámci AAK baví a motivuje?

Tabulka 20: Motivace pro komunikaci s klienty systémy AAK

	Odpovědi respondentů
Respondent 1	„Zábavu žádnou nepozoruji, spíše беру takový způsob komunikace jako povinnost pro získání důležitých informací.“
Respondent 2	„Baví mě a motivuje snazší porozumění s klienty.“
Respondent 3	„Motivací je pro mě to, aby klient co nejlépe porozuměl sdělené informaci.“
Respondent 4	„Motivuje mě to, že se mohu s klientem domluvit a že mi může sdělit spoustu důležitých informací.“
Respondent 5	„Motivací je pro mě moje práce.“
Respondent 6	„Motivací je pro mě uspokojení ze vzájemného porozumění, že může fungovat systém naplňování potřeb a hlavně kvality života u postižených klientů.“
Respondent 7	„Motivuje mě, že se s klienty domluví a že si rozumíme.“

Zdroj: Autorka

Z výzkumné otázky a tabulky 20 vyplývá, že mimo respondentku 1, všechny respondentky shodně uvedly, že komunikace v rámci AAK je motivuje. Respondentky uvedly jako motivaci jejich práci, porozumění s klienty, naplňování potřeb klientů v rámci lepší kvality života u klientů s postižením. Respondentka 1 nepovažuje komunikaci systémy AAK s klienty jako zábavu a považuje způsob komunikace jako povinnost získávání informací od samotných klientů.

Doplňující otázky v samotném přístupu sestry ke klientovi s poruchou sluchu, zraku, řeči a mentálním nebo kombinovaným postižením.

Doplňující otázka č. 1: Jak navazujete kontakt s klientem, který je nevidomý, nebo má částečnou poruchu zraku?

Tabulka 21: Přístup sestry ke klientovi s poruchou zraku

	Odpovědi respondentů
Respondent 1	„S klientem komunikuji, popisuji mu prostor pomocí ručičkových hodin.“
Respondent 2	„Kontakt s klientem s poruchou zraku navazuji klidným vedením rozhovoru.“
Respondent 3	„Kontakt navazuji srozumitelným oslovením, stojím čelem ke klientovi, používám jednoduchou a účelnou řeč.“
Respondent 4	„Klienta pozdravím a představím se mu. Srozumitelně mluvím a snažím se mu popsat jeho okolí, aby se mohl dobře orientovat v prostoru a aby nedošlo k nějakému úrazu.“
Respondent 5	„Klienta oslovím a vedu s ním klidný rozhovor o prostředí a jiných důležitých záležitostech týkající se nejen komunikace, ale i péče a přístupu k němu samotnému.“
Respondent 6	„V první řadě se představím, stojím čelem ke klientovi, pokud stojí, zaujímám také stoj a pokud sedí, sednu si naproti, abych byla ve stejné úrovni. Popisuji mu vše, co se může týkat pobytu a péče, jakým způsobem vše probíhá a čeho by se měl případně vyvarovat.“
Respondent 7	Při kontaktu s klientem klienta oslovím, představím se a poté komunikuji o všem, co bych ráda zprostředkovala pro bezpečnou a kvalitní péči.

Zdroj: Autorka

Z tabulky 21 vyplývá, že respondenty 3,4,5,6,7 navazují kontakt s klientem s poruchou zraku oslovením a představením své osoby a komunikaci na bezprostřední následující péči. Respondentka 1 uvedla komunikaci s klientem popisem okolního prostoru popisem ručičkových hodin. Respondentka 2 uvedla v odpovědi na otázku klidné vedení hovoru.

Doplňující otázka č. 2: Jak navazujete kontakt s klientem s poruchou sluchu?

Tabulka 22: Navazující komunikace s klientem s poruchou sluchu

	Odpovědi respondentů
Respondent 1	„U klienta zkontroluji, jestli má naslouchací pomůcky, pokud ne, zvýšeným hlasem s ním komunikuji a vždy přistupuji tváří ke klientovi.“
Respondent 2	„Kontakt navazuji pomalou řečí, aby mohl klient s poruchou sluchu odezírat.“
Respondent 3	„Pokud nemá klient naslouchací pomůcky, mluvím zřetelně nahlas s jasnou artikulací a ujišťuji se o tom, že rozumí tomu, co mu sděluji.“
Respondent 4	„Pokud nemá klient s poruchou sluchu naslouchadla, mluvím dostatečně hlasitě, pomaleji, tváří v tvář.“
Respondent 5	„Kontakt s klientem navazuji upoutáním jeho pozornosti, čelem k němu.“
Respondent 6	„Prvotně zjišťuji skutečnost, jaké má klient s postižením sluchu pomůcky a tím pak usměrňuji navazování kontaktu. Při využívání naslouchacích pomůcek mluvím ke klientovi otočená čelem, aby viděl, jak komunikuji a s klientem bez využívání pomůcek komunikuji tváří v tvář a zvýšeným, s dostatečně hlasitým projevem a tak, aby mohl odezírat ze rtů.“
Respondent 7	„Kontakt s klientem s poruchou sluchu navazuji očním kontaktem a pomalou srozumitelnou řečí.“

Zdroj: Autorka

Z tabulky 25 vyplývá, že respondentky 1,3,4,6 si u klientů se sluchovým postižením ověřují, zda mají naslouchací pomůcky. Z odpovědí respondentek je patrné, že všechny komunikují s klientem se sluchovým postižením otočeny čelem, tváří v tvář. Všechny respondentky se svými klienty komunikují s dostatečně hlasitým projevem, jasnou artikulací pro možnosti odezírání ze rtů.

Doplňující otázka č. 3: Jak navazujete kontakt s klientem s poruchou řeči?

Tabulka 23: Navazování kontaktu s klientem s poruchou řeči

	Odpovědi respondentů
Respondent 1	„Kontakt navazuji oslovením a zajištěním potřebných pomůcek, jako je třeba tabulka s písmeny, nebo tablet.“
Respondent 2	„Navázáním kontaktu začínám s oslovením a pomůckami a to jsou piktogramy a tablet.“
Respondent 3	„Záleží na klientovi, jakým způsobem se mu daří domluvit, může to být písemnou formou přes tablet nebo i přes mobil.“
Respondent 4	„Nejprve musím zjistit, jako metodu nebo jaké pomůcky při komunikaci klient upřednostňuje.“
Respondent 5	„Klienta oslovím a použiju piktogramy nebo tablet.“
Respondent 6	„Navazování kontaktu s klientem s poruchou řeči je někdy složitější, záleží na tom, jaké využívá pomůcky a je dobré se snažit najít takovou alternativu, aby komunikace byla účelná a smysluplná.“
Respondent 7	„S klienty využívám tablet a piktogramy.“

Zdroj: Autorka

Z tabulky 28 je zřejmé, že respondentky při navazování kontaktu s klientem s poruchou řeči používají alternativní pomůcky, jako je tabulka s písmeny, piktogramy, tablet i mobilní telefon. Respondentka 1, 2 a 3 navazují kontakt oslovením a s následným použitím alternativních pomůcek. U respondentky 4 a 6 je důležité prvotní zjištění, jakou formou a s jakými pomůckami klient s poruchou řeči komunikuje.

Doplňující otázka č. 4: Jak navazujete kontakt s mentálně postiženým klientem?

Tabulka 24: Navazování kontaktu s mentálně postiženým klientem

	Odpovědi respondentů
Respondent 1	„Mentálně postižení klienti jsou dost spontánní a dávají většinou najevo radost a rádi se dotýkají. Většinou nasadím široký úsměv a pohladím je po ruce. Oni většinou hned také natahují ruce po doteku a objímání.“
Respondent 2	„Kontakt navazuji oslovením a pozdravem, když je klient na vozíku, tak si k němu sednu, abych byla ve stejné úrovni.“
Respondent 3	„S mentálně postiženými mluvím vesele, abych si zajistila jejich spolupráci a dobrou náladu.“
Respondent 4	„Klienti s lehčím mentálním postižením jsou většinou zlatíčka, vítají vás, u klientů s těžkým mentálním postižením je navazování kontaktu těžší, musíme si hlídat mimiku a komunikace je náročná.“
Respondent 5	„Záleží na situaci a na postižení klienta. Tohle se těžko popisuje.“
Respondent 6	„Navazování kontaktu s mentálně postiženými je dost náročné, záleží jak je klient postižený a každý den může být v navazování kontaktu jiný.“
Respondent 7	„Snažím se navazovat kontakt takovým způsobem, aby byla komunikace klidná.“

Zdroj: Autorka

Z tabulky 24 vyplývá různorodost odpovědí respondentek. Respondentky 4 a 6 uvádějí navazování kontaktu s klienty jako náročné, oproti tomu respondentky 1 a 3 navazují kontakt s mentálně postiženými úsměvem. Respondentky 1 a 3 také označují klienty s lehkým mentálním postižením jako spontánní radostné osoby. U respondentky 6 je kontakt s mentálně postiženými náročný. Respondentka 7 navazuje kontakt způsobem směřujícím ke klidné komunikaci.

Doplňující otázka č. 5: Znamená pro vás komunikace s klientem s mentálním postižením problém?

Tabulka 25: Problémy při komunikaci s mentálně postiženými klienty

	Odpovědi respondentů
Respondent 1	„Mám ráda všechny bez ohledu na postižení.“
Respondent 2	„Komunikace s mentálně postiženým klientem pro mě neznamená žádný problém.“
Respondent 3	„Pro mě problém při komunikaci s mentálními klienty nastává v okamžiku, kdy si nemůžeme porozumět.“
Respondent 4	„Ne, já je prostě miluju.“
Respondent 5	„Ano znamená. Když mi nerozumí a začnou se vztekat.“
Respondent 6	„To nemohu posoudit, z pozice sestry bych snad ani nemohla tvrdit, že mám problém s komunikací u klienta.“
Respondent 7	„Nezaznamenávám z mé strany nějaké problémy při komunikaci s klienty.“

Zdroj: Autorka

Z tabulky 32 vyplývá rozdílnost odpovědí. Respondentky 2 a 7 uvádí, že nemají problémy při komunikaci s mentálně postiženými klienty. Oproti tomu respondentky 3 a 5 při komunikaci s mentálně postiženými klienty problémy zaznamenávají. Respondentky 1 a 3 mají své klienty rády a mají pro ně slabost. Jediná respondentka 6 uvádí, že jako sestra by neměla mít problémy při komunikaci s klienty. Odpověď respondentky si převádím do zdravotnického slovníku, že by sestra měla být profesionálem.

Získávání empirických dat v oblasti pozorování

Při absolvování odborné praxe v centru Kociánka jsem měla možnost porovnat odpovědi respondentek na výzkumné otázky s realitou v praxi a také zjistit, jak může probíhat samotná komunikace s postiženými klienty a za jakých podmínek. Pozorováním a prací s postiženými klienty jsem si mohla ověřit náročnost samotné komunikace i přes využití AAK. Zúčastněné pozorování v centru Kociánka probíhalo od 10.2. – 4.2. 2020.

Praxe v centru Kociánka probíhala na různých pracovištích s klienty s různým stupněm postižení. Od toho se potom odvíjela komunikace a komplexní přístup k samotnému klientovi. Zúčastněné pozorování probíhalo v rámci praxe s pěti respondentkami v každém dni v týdnu po dobu osmi hodin. V rámci praxe i samotného pozorování byli pro mě v oblasti péče a komunikace nejzajímavější klienti s nejtěžším postižením, u kterých byla použita některá z metod AAK. U nejtěžších klientů je ze strany sester používána bazální stimulace s verbálním projevem. Klienti byli věkově rozdílní a při zúčastněném pozorování a komunikaci lépe reagovali a spolupracovali klienti mladšího věku. V některých případech byla potřeba opatrnosti, protože klienti s těžkým postižením mají rádi stereotyp a novou přicházející tvář nemusí přijmout. V tomto případě reagují křikem a jistou nezvladatelností v chování. Vždy jsem ale byla respondentkami na možnost této situace upozorněna. U většiny klientů, o které jsme společně v rámci odborné praxe, komunikace metodami AAK a zúčastněným pozorováním s respondentkami pracovaly, měli těžké kombinované postižení. Mentální retardace ve spojení s epilepsií, mozkovou obrnou, děti s těžkým postižením tělesných, smyslových a řečových vad a klienti s poruchou autistického spektra. U mentální retardace bylo většinou přidruženo zrakové i sluchové postižení. U klientů s hlubokou mentální retardací a poruchou autistického spektra jsem pozorovala vyluzování podivných zvuků, neartikulované pohyby, třepetání rukama, narušené vizuální vnímání, přecitlivělost na zvuky a doteky, negativní reakci na hluk, negativní reakci na smích, i minimální změny v prostředí a režimu byly zdrojem afektovaného chování, vzteku a agrese. Jakákoliv komunikace u klientů, kteří mají projevy afektovaného chování je v tu chvíli téměř nemožná.

Den první, při absolvování odborné praxe a sběru empirických dat metodou pozorování.

S respondentkou 1 jsme se u klienta se středně těžkou mentální retardací po dětské mozkové obrně s těžkým postižením horních končetin domlouvaly na ranních úkonech. V tu chvíli jsem byla jen zúčastněným pozorovatelem a pomáhala při ošetrovatelských úkonech a podávání medikace dle ordinace lékaře. Klient je dle respondentky i ze záznamů o klientovi, plně závislý na pomoci druhé osoby, není schopen téměř žádných hlasových projevů, sluchem a zrakem získává informace z okolí. Respondentka komunikovala s klientem jednoduchými větami, klient byl schopen vyjádřit souhlas či nesouhlas. Spolupráce a pozornost klienta byla minimální a to jen když se jednalo o příjem potravy, nebo toho, co jej v tu chvíli zajímalo. Respondentka pro komunikaci s klientem používala komunikační systém VOKS, kdy ukazovala, že obrázky jsou pro klienta srozumitelnější v komunikaci. Z důvodu postižení horních končetin jsem se zapojila do ukazování obrázků do té doby, dokud klient neprokázal souhlas, který projevoval neartikulovaným tišším hlasem, jakoby vykřiknutím společně s otevřenými ústy. Nesouhlas dával najevo odkloněním hlavy a očí. Společně s respondentkou jsme se klienta ptaly na to, co ho bolí, protože má při svém postižení bolesti a potřebovaly jsme se dozvědět, jakým způsobem klienta polohovat a jaké léky podat pro zmírnění klientových bolestí. Respondentka mi ukázala také komunikační knihu a společně s asistentem, který měl převzít klienta na výuku mi ukázali, jak s komunikační knihou pracují. Z důvodu postižení horních končetin otáčel stránkami asistent, ten pomalu listoval a klient mimickým sdělením a neverbální komunikací dával najevo, která stránka je pro něj aktuální. Z mého pozorování jde o velmi trpělivý, pomalý proces komunikace, kdy respondentka upozornila na to, že klienta již zná a komunikace s ním je snazší, protože již dokáže rozeznat verbální a neverbální projevy u svého klienta. Ze zúčastněného pozorování využívá respondentka alternativní i augmentativní komunikaci se svými klienty s pozorným přístupem, její komunikace s klienty je klidná, trpělivá. Sama projevuje zájem na rozšíření znalostí a zkušeností s použitím AAK u klientů a má velkou radost i uspokojení, pokud je komunikace s klienty účelná a porozumění je na obou stranách. Ze zúčastněného pozorování také vyplynulo, že by uvítala pro klienty i rozšíření technických pomůcek pro klienty. Z technických pomůcek, jak jsem vypořadala, používají klienti pro komunikaci převážně tablet, pokud jsou schopni ho rukama ovládat.

Den druhý, při absolvování odborné praxe a sběru empirických dat metodou pozorování.

S respondentkou 4 jsem absolvovala praxi a zúčastněné pozorování na úseku, kde byli převážně klienti s nejtěžším kombinovaným postižením. Zde byli všichni klienti odkázáni na soustavnou komplexní péči jiných osob a téměř všichni byli imobilní, s těžkým mentálním a kombinovaným postižením ke kterému bylo přidružené i zrakové a sluchové postižení. Tito klienti vyžadují neustálý dohled se stálou pomocí. Navázání kontaktu s klienty s těžkým mentálním a kombinovaným postižením vyžaduje znalosti a zkušenosti a z mého pozorování vyplývá hluboká pokora a respekt vůči lidem, kteří se o klienty starají a zabezpečují jejich potřeby ve všech směrech. Komunikace s těmito klienty je velmi omezená a je velmi těžké rozeznat, co nám chce klient svým omezeným verbálním či neverbálním projevem sdělit. U respondentky 4 jsem pozorovala trpělivý, až mateřský přístup při navazování kontaktu, kdy používala v komunikaci vůči postiženým klientům i doteky a věděla, co klient neverbálně sděluje. U těchto těžce postižených klientů nebylo možné použití alternativní komunikace, komunikace probíhala vesměs na úrovni verbální komunikace ze strany sestry a odpovídajícího verbálního, neverbálního a tělesného projevu ze strany těžce postiženého klienta. Tyto projevy byly ve formě křiku, sténajícího dlouhého zvuku vydávaného ústy, úsměvu, zkroucenými pohyby končetin a hlavy. Přesto bylo možné po nějakém čase s klienty rozeznat určité projevy v oblasti potřeb, což potvrdila i respondentka 4. Zmínila, že když s klienty člověk dlouhodobě pracuje a pečuje o ně, tak dokáže z každého neverbálního projevu klienta již poznat, co ho trápí, nebo co potřebuje a dokáže se s nimi určitým způsobem dorozumívat. Forma komunikace je tedy z tohoto projevu znalostí klientova postižení i projevování se jeho osobnosti. Také v průběhu praxe respondentka zmiňovala, že pokusy o zavedení alternativních metod komunikace u těchto klientů selhávají, že zde je potřeba klidné verbální komunikace s uklidňujícími doteky a masážemi, které jsou také formou komunikace a použití těchto metod dokáže respondentka zklidnit a navodit uspokojení ze strany klienta s těžkým postižením. Z mého pozorování je respondentka 4 velmi obětavou a pečlivou sestrou, pečující o své klienty s velkou empatií a laskavostí. Při komunikaci s klienty v oblasti AAK využívá bazální stimulaci, verbální a neverbální komunikaci, doteky, výjimečně obrázky nebo fotografie. Komunikaci dokáže používat účelně, klienti rozumí sdělením

respondentky a komunikují odpovídajícím verbálním, neverbálním nebo tělesným projevem.

Den třetí a čtvrtý, při absolvování odborné praxe a sběru empirických dat metodou pozorování.

Tyto dny jsem strávila pečováním a pozorováním klientů ve vedení a spolupráci respondentek 3 a 6 na úseku, kde jsou umístěni klienti s lehkým a středně těžkým mentálním postižením. Tito klienti mají přidružená sluchová i zraková postižení, někdy i postižení dolních končetin, kdy jsou upoutáni na invalidní vozík. Nutno z mé strany poznamenat, že tento den jsem se ocitla v jiném světě. Někteří klienti se dokázali propracovat k jisté soběstačnosti, jiní potřebují stálý dohled a péči. Někteří klienti s lehčí mentální retardací se dokáží sami obléct, najíst lžící a napít z hrníčku. Dost často jsou inkontinentní a je nutná dopomoc při hygieně. U klientů s lehkou mentální retardací je možná praktická spolupráce a jsou schopni v běžném denním životě používat řeč. Jejich projevy jsou dost rozdílné a občas pochopit smysl sděleného je obtížné. Jak jsem na praxi vyzorovala, nemají schopnost uvažovat abstraktně a při řeči také chyběly abstraktní pojmy. Komunikace je většinou na úrovni jednoduchých krátkých vět nebo jen slov. U klientů s těžším mentálním postižením u některých chyběla verbální komunikace, anebo byla velmi omezená, až nesrozumitelná. V tom případě jsme se s respondentkou orientovaly na alternativní pomůcky a metody AAK, které klient používal a které mu při komunikaci vyhovovaly. Někteří dokázali porozumět verbálním instrukcím a jednoduchým otázkám, které jsme s respondentkou ke klientům směřovaly. U klientky, která používá jen dvě zřetelná slova jako je „ham“ a „neeeee“ s hlubokým protáhlým přízvukem, jsme nachystaly komunikační knihu, která byla vytvořena na podkladě její komunikační bariéry. Komunikace probíhala pokládáním jasných a srozumitelných otázek, kdy byla klientka posazena na invalidní vozík a převezly jsme ji ke stolu, kde jsme komunikační knihu položily. Při položení otázky „Bolí to?“ jsme otevřely knihu, kde byly obrázky s různými částmi těla. Hlava, ruce, nohy. Tyto obrázky jsou pro klientku důležité, protože trpí svalovými bolestmi horních i dolních končetin, bolestmi hlavy a očí. Skrze komunikační knihu jsme dokázaly spolu s respondentkou i klientkou určit bolesti a podat příslušnou medikaci ordinovanou lékařem. Klientka zpočátku ukazovala na všechny obrázky, ale potom s příslušným neartikulovaným zvukem dokázala ukázat

na obrázek. Její mimika přitom vykazovala rozrušení. Během dne jsem také vypožadovala, že pokud klienti při komunikaci nedosáhnou uspokojení a něco se jim nelíbí a je jim nepříjemné, velmi snadno začnou křičet a projevovat vztek až agresi. Upokojení takto rozrušených klientů je potom dost náročné. Respondentka sama přiznala, že někdy i přes komunikační systémy nelze komunikovat tak, aby nedocházelo k problémům a nedorozuměním. Respondentka uvedla, že komunikace se systémy a metodami AAK je značně individuální a i přes zavedenou metodu a systém AAK, nastávají mnohdy u klientů v rámci nevyzpytatelných situací s komunikací a porozumění problémy. Ty se musí neodkladně řešit, aby se situace nezhoršila. V rámci praxe a pozorování musím tuto tezi potvrdit, protože jsem byla přítomna situaci, kdy jindy klidný a jindy dobře a radostně naladěný klient propadl ve svém chování vzteku, kdy úmyslně spadl na zem a velice silně křičel a kopal nohama. K této situaci došlo tak, že asistent klientovi řekl: „Půjdeme cvičit“. A klient, který reaguje na tón hlasu, považoval větu za příkaz. Jde o klienta, který nemá rád žádné příkazy a reaguje jen na klidnou a trpělivou komunikaci a klidné jednání ze strany druhých osob. Klient má středně těžkou mentální retardaci se zrakovým postižením. Vnímá tedy hlavně signály v podobě hlasu a reaguje na verbální projevy hlasu. To je pro něj stěžejní, protože díky svému postižení klient většinou nechápe požadavky svého okolí. Sestry komunikující s těmito klienty jsou tedy obeznámeny s tím, že je potřeba se všemi klienty komunikovat vlídně, klidně a trpělivě, aby se mohlo předcházet takovým situacím, které jsou potom stresující pro všechny přítomné. Ze zúčastněného pozorování vyvozují, že respondentky v komunikaci se svými klienty využívají verbální a neverbální komunikaci, reálné předměty, které pomáhají klientům v běžném denním životě, používají piktogramy a tabulky s písmeny a v neposlední řadě jsou zde u některých klientů i tablety, které jsou technickými alternativními pomůckami, ale kupodivu je někteří klienti zvládají používat. V podstatě nahrazují systémy VOKS, protože tablety mají nastavené obrázky i piktogramy a při nácviku klientů v používání tabletů, se jeví tato alternativní pomůcka jako jednodušší v ovládnutí. V tabletech se dají již nastavit různé programy, které se mohou individuálně přizpůsobovat klientům. Tablety mají využití i v rámci vzdělávacího procesu a obsahují i jednoduché hry, které zároveň klienty s lehčím postižením motivují a učí. Je radostí vidět, když komunikace s klientem je účelná a oni rozumí tomu, co jim sestra sděluje. Z pozorování také vyvozují, že jakákoliv komunikace sestry s klienty, by měla být vstřícná, klidná, trpělivá, empatická a měla by vykazovat míru

účasti. Respondentky, které se mnou absolvovaly výzkumné šetření i odbornou praxi, všechny komunikují se svými klienty klidně, trpělivě, s velkou empatií a některé se o klienty starají a komunikují s nimi až mateřsky. Z mého osobního pohledu se nedivím, protože práci sestry s klienty, kteří mají různá postižení, nemůže vykonávat každý. Jsou to sestry, které opravdu vnímají svoje povolání jako poslání a při komunikaci s klienty s postižením dokážou i nemožné.

Den pátý, při absolvování odborné praxe a sběru empirických dat metodou pozorování.

Tento poslední den, kdy jsem absolvovala pátý den odborné praxe se zúčastněným pozorováním, jsem si uvědomovala, kolik pozornosti a péče je potřeba vůči klientům s různým postižením dávat. Praxi i zúčastněné pozorování jsem absolvovala s respondentkou 7. Pozorování, práce a péče o klienty mě přesvědčovala o náročnosti všech úkonů kolem klientů, včetně samotné komunikace. Komunikace s klienty ze strany lékařů, sester, logopedů, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, asistentů, pečovatелů, ošetrovatelů, rodiny. Kolik času a péče je v každém dni věnována a poskytována těm, kteří péči potřebují a jsou na ní závislí. Z mého pozorování vyplývá, že klienti mají velké problémy se srozumitelným vyjádřením svých potřeb. Využíváním všech dostupných komunikačních prostředků předcházíme nedorozumění, které by mohlo narušovat klid a pocit bezpečí důležité pro každého klienta s postižením. Každý, kdo o klienty pečuje, by měl usilovat o vzájemné pochopení a zachovávat důstojnost klientů bez ohledu na jejich postižení. Sebemenší projev ze strany klienta je v podstatě komunikací a sestra včetně ostatních pečujících o klienty, by měli usilovat o porozumění tohoto sdělení. Při spolupráci s respondentkami a klienty v rámci praxe jsem vypožadovala reakci klientů na sebemenší změnu v hlasovém projevu. Každý tón a melodie hlasu, každý emotivní projev je zaznamenáván a vesměs převážná většina komunikace mezi sestrou a klientem se odehrává na neverbální úrovni. Při absolvování odborné praxe v centru Kociánka jsem se chtěla přesvědčit o tom, jak sestry v praxi komunikují se svými klienty. Při zúčastněném pozorování vzájemné komunikace mezi pečující sestrou a klienty byla snaha sestry o porozumění. Svým klientům sdělovaly informace takovým způsobem, aby jim mohl klient porozumět. Používáním alternativních pomůcek při komunikaci s klienty jsem shledala jako účelné a naplňující smysl při sdělování potřeb a přání ze strany klienta. Sestry při komunikaci s klienty

hovoří klidným, takřka konejšivým hlasem. Většina z nich zřetelně vyslovuje a mluví pomalu. Při komunikaci jsem vypožadovala trpělivý přístup při pokládání otázek. Otázky pokládaly velmi jednoduché a s jednou informací pro porozumění a pochopení ze strany klienta. Pokud klient po předložení informace zareagoval, pokračovaly v komunikaci. Většina sester měla profesionální přístup a pozitivní náladu.

2.8 Diskuze

Ve výzkumné části byly zvoleny dva cíle a čtyři výzkumné otázky.

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit úroveň znalostí sestry o augmentativní a alternativní komunikaci a zmapovat komunikaci a využití augmentativní a alternativní komunikace sestry v praxi. Výsledky mé bakalářské práce jsem porovnávala s několika bakalářskými pracemi na podobné téma. První práci, kterou jsem si vybrala pro porovnání, napsala v roce 2010 na Masarykově univerzitě v Brně Helena Vondrušková a práce má název „Komunikace sester s postiženým pacientem“ (Vondrušková, 2010). Druhou práci pro výzkumné porovnání napsala v roce 2014 na fakultě zdravotnických studií univerzity v Pardubicích Miroslava Tvrdíková a práce má název „Komunikace nelékařských zdravotních pracovníků v ambulanci s mentálně postiženými klienty“ (Tvrdíková, 2014). Třetí práce pro porovnání má název „Znalosti sester v komunikaci s pacienty s mentální retardací“ a napsala ji Bc. Michaela Helinská v roce 2018 na lékařské fakultě Univerzity Karlovy (Helinská, 2018).

Vyhodnocení výzkumné otázky číslo 1: Jaká je úroveň znalostí sester o augmentativní a alternativní komunikaci?

Z mého výzkumného šetření a pozorování vyplývá omezená úroveň znalostí sester o augmentativní a alternativní komunikaci a to pouze za předpokladu dlouhodobé zkušenosti v práci a komunikaci s postiženými klienty. K výzkumné otázce č. 1 se vztahovaly otázky 4,5,6,7,8,9. Při pokládání otázek 4 a 5 mě odpovědi respondentek překvapily v naprosté shodě. Zaměstnavatel nepožadoval znalosti systémů, ani zkušenosti s využitím AAK, což je překvapující vzhledem k tomu, že v centru Kociánka jsou umístěni klienti, u kterých je nutné využití systémů a metod AAK. Jinak není možné s převážnou většinou klientů komunikovat a porozumět jejich sdělení. Všechny respondenty využívají pro komunikaci s postiženými klienty neverbální komunikaci a u všech klientů používají sestry-respondenty zavedené

systemy komunikace AAK individuálně k danému postižení klienta. Jde tedy již o časem naučenou a systematickou komunikaci se systémy AAK. Komunikace s klienty mohla být posouzena pouze za předpokladu reálné komunikace s klienty. Při položení otázky číslo 13, zda respondentky ovládají znakovou řeč, odpovědělo 5 respondentek že neovládají a 2 respondentky odpověděly, že ovládají pouze pár znaků. Zde bych zdůraznila neznalost této metody AAK, která by při komunikaci s klienty s postižením sluchu mohla být závažnou překážkou v komunikaci. Při porovnání výzkumného šetření v oblasti úrovně znalostí sester o augmentativní a alternativní komunikaci uvedla ve své práci Tvrdíková (2014), neznalost systémů AAK u sester a nelékařských zdravotních pracovníků. Z jejího výzkumného šetření vyplývá, že sestry a NZP při komunikaci s mentálně postiženými nemají dostačující znalosti. Dokonce 8 z 10 respondentů uvedli malé nebo žádné znalosti. Velmi mě také překvapilo zjištění, že žádný NZP nevyužívá systémy AAK při komunikaci s mentálně postiženými jedinci i přes uvedení možnosti komunikace pomocí obrázků, předmětů či piktogramů. Vondrušková (2010) ve své práci procentuálně zhodnotila znalosti respondentů ohledně komunikace s pacienty s postižením. Pouze 4,49 % respondentů uvedlo ano, dalších 37 % spíše ano, spíše ne uvedlo 49 % respondentů. Výsledkem je dle jejího šetření neznalost metod AAK. Je téměř k neuvěření, že mentální retardaci někteří zdravotníci a sestry zaměňují s demencí, jak uvádí ve svém výzkumném šetření Helinská (2014). Ta také ve svém výzkumu uvádí shodně s mým šetřením, že sestry pracující delší dobu ve zdravotnictví získávají znalosti a zkušenosti v průběhu dlouholeté praxe. V celkovém souhrnu vyhodnocení výzkumné otázky č. 1 vyplývá převážná neznalost sester o systémech augmentativní a alternativní komunikace a z toho vyplývající převážná neznalost používání těchto systémů a metod. Důsledkem může být ztížená komunikace s klienty s různým postižením a nepochopení může vést k oboustranné frustraci.

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 2: Mají sestry samy zájem o vzdělávání, doplňování informací či získávání nových poznatků v oblasti komunikace se systémy AAK?

K výzkumné otázce č. 2 se vztahuje ve výzkumném šetření otázka č. 6 a 7. Dle odpovědí respondentek z mého výzkumného šetření je u všech zcela zřejmá ochota a touha po vzdělávání, školení, doplňování informací a získávání nových

poznatků v oblasti augmentativní a alternativní komunikace. Z poznatků v rámci pozorování a výzkumného šetření tedy poukazují na uvědomění respondentek-sester nutnosti soustavného celoživotního vzdělávání nejen v oblasti systémů AAK. Z účastného pozorování také vyplývá, že respondenty jsou nakloněné informacím a zkušenostem, které by mohly obohatit jejich znalosti v rámci komunikace AAK. Protože jsem výzkum realizovala na malém vzorku respondentů, zajímal mě i výzkum kvantitativní, který bych mohla porovnat a vyhodnotit tak otázku č. 2. Vondrušková (2014) ve své práci uvádí, že 56 % respondentů přiznává nedostatečnost znalostí a zkušeností v komunikaci s metodami AAK s klienty s různým postižením. Zmiňuje otevřený závěr očekávaného výsledku v možnosti, že se tato skupina respondentů bude chtít dále vzdělávat. Není zde určen jednoznačný poznatek, zda respondenti opravdu chtějí rozšiřovat své vědomosti a znalosti, je zde zmíněn pouze možný předpoklad. Ve své práci zhodnotila Tvrdíková otázku komunikace s mentálně postiženými jako nedostatečně řešenou v rámci vzdělávání. Uvádí, že respondenti by uvítali další vzdělávání a získávání poznatků v komunikaci s klienty s postižením v rámci praxe při možné výuce. V celkovém souhrnu vyhodnocení otázky č. 2 je zjištění, že naprostá většina respondentů by uvítala vzdělávání a rozšiřování znalostí v oblasti metod AAK a komunikace s klienty s různým postižením. Čím víc nahlížím do problematiky komunikace s klienty, u kterých je možnost a potřeba systémů a metod AAK, tím více jsem přesvědčená o tom, že problematika o metodách AAK a komunikace s postiženými klienty je v oblasti výuky na středních, vyšších a vysokých školách v oblasti zdravotnictví nedostatečná a je dost opomíjena. Tím je potvrzeno i vyhodnocení výzkumné otázky č.2, kde je většina respondentů nakloněna dalšímu vzdělávání.

Vyhodnocení výzkumné otázky číslo 3: Jaké komunikační systémy AAK využívají sestry v praxi?

K výzkumné otázce č. 3 se vztahují otázky č. 11,12,13. Výsledným zjištěním je využití převážně neverbální komunikace, kterou sestry využívají ke komunikaci s klienty s těžkým mentálním a kombinovaným postižením. Využita je bazální stimulace u klientů s těžkým mentálním a kombinovaným postižením dvěma respondentkami. V centru Kociánka sestry využívají u všech klientů augmentativní, i alternativní komunikaci. Využívají reálné předměty, piktogramy, komunikační knihy, komunikační

tabulky s abecedou, fotografie a také tablety a mobilní telefony. Počítačů a jiných technických pomůcek mimo tabletů zde není využito pro velkou finanční nákladnost. Protože je ale logické, že využití systémů AAK bude v tomto zařízení plně využito pro komunikaci s klienty, je potřeba porovnání s jiným výzkumem, a to v oblasti různých oddělení nemocničních zařízení, kde mohou být hospitalizováni pacienti s různým postižením a komunikačním deficitem. Helinská (2018) ve své práci uvádí nedostatečnou vybavenost nemocničních zařízení a oddělení pomůckami, které by usnadnily komunikaci s postiženými klienty. Uvádí i velké fakultní nemocnice, kde je nedostatečnost těchto pomůcek pro komunikaci se specifickými skupinami pacientů s různým postižením a komunikačním deficitem. Ve své práci Helinská (2018) uvádí, že v případě komunikace s pacienty s postižením využívají sestry neverbální komunikaci a z pomůcek nejčastěji tužku a papír, různé obrázky a piktogramy a nejvíce využívají ke komunikaci rodinné příslušníky, od nichž se dozví i podstatné informace k lepší komunikaci a porozumění. Dále ve své práci Helinská (2018) uvádí podceňování a zanedbávání lepší možnosti komunikace s handicapovanými pacienty ze strany zaměstnavatelů, kteří by mohli vybavit různá oddělení pomůckami a tím zlepšit připravenost k situacím a komunikaci s postiženými pacienty. Při výzkumu a analýze dat v práci Vondruškové (2010) je zcela patrné nevyužívání systémů a metod AAK v praxi sester. Naprostá většina používá při komunikaci tužku a papír. Dalšími pomůckami, které jsou ale využívány minimálně je používání komunikačních tabulek, konkrétních předmětů, jednotlivá písmena a obrázky. Zajímavým zjištěním je také fakt, že respondenti uvedli, že pomůcky ke komunikaci má pouze fyzioterapeut či logoped. Také jsem se nikde nesetkala s použitím znakového jazyka či dalších specifických způsobů komunikace vzhledem k postižení klienta. Ze své vlastní zkušenosti a praxe mohu potvrdit, že na žádném oddělení jsem se nesetkala s pomůckami, které by sestrám umožnily lepší komunikaci s pacientem. V případě nutnosti komunikace s pacientem, který měl nějaké postižení s komunikačním deficitem, jsme na odděleních využívali rodinné příslušníky, tužku, papír, gestikulaci a neverbální komunikaci. V celkovém souhrnu a vyhodnocení výzkumné otázky č. 3 je velmi omezené využívání systémů a metod AAK převážně v nemocnicích, kde by bylo očekáváno lepší využití těchto metod ke komunikaci s pacienty.

Vyhodnocení výzkumné otázky číslo 4: Je využití systémů AAK sestrou v praxi při komunikaci s klientem efektivní?

K výzkumné otázce č. 4 se vztahují otázky 10, 15, 18, 19 a výsledek mého výzkumného šetření poukazuje na účelné a efektivní využívání systémů AAK u sester v praxi při komunikaci s klienty. Znovu ale musím zdůraznit, že jde o dlouhodobý proces využívání systémů AAK, které jsou u určitých klientů nastaveny lékaři, specialisty a logopedy a následně vystaveny přizpůsobování se v oboustranné komunikaci a vzájemnému pochopení sestry a klienta. Ze zúčastněného pozorování a sběru dat vyvozují efektivní a účelné využití komunikace s klienty se systémy AAK, ale jde o výsledné posouzení jednoho zařízení a posuzovatelnost je také značně individuální vzhledem k různým situacím, které čas pro komunikaci výrazně omezují. Při porovnání výsledků práce Vondruškové (2010) je jejím výsledkem výzkumného šetření nedostatek času při komunikaci s pacienty, kteří mají různá postižení. Když k tomu přidáme 100 % výsledných odpovědí respondentů ve využití papíru a tužky v rámci komunikace s pacienty, těžko můžeme hovořit o efektivní komunikaci. Tohle zjištění považuji až za žalostné. Můžeme se zcela právem domnívat, že pacienti s různým postižením a komunikačním deficitem potřebují pro komunikaci více času ze strany sester, otázkou je, kolik času na komunikaci s pacienty sestra vůbec může mít. Z vlastní zkušenosti a praxe opět mohu potvrdit, že vytíženost sester je v současné době velkým problémem a to zcela odporuje ošetrovatelským standardům a vizím o porozumění, naplňování potřeb a zlepšování kvality života u nemocných. Mám v paměti situace, kdy i přes mou touhu komunikace s pacientem, který to v tu chvíli nutně potřeboval, bylo málo času a pro vedení byly důležité jiné sesterské a ošetrovatelské úkony. Nedostatek času pro efektivní a účelnou komunikaci potvrdila ve své práci i Tvrdíková (2014). Helinská (2018) ve své práci zmiňuje výsledné zjištění ze strany sester v oblasti informovanosti. Uvádí, že personál by uvítal více informací o problematice komunikace s klienty s komunikačním deficitem. Výsledným zhodnocením výzkumné otázky č. 4 je malá a omezená účelnost a efektivnost komunikace s klienty, kteří mají různá postižení s komunikačním deficitem.

2.9 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Z výzkumného šetření je zřejmé, že sestry v rámci komunikace s klienty s postižením mají omezené znalosti, ale oproti tomu je naprostá většina nakloněna dalšímu

vzdělávání, školení a získávání nových informací. To je pozitivní zjištění. Vzhledem k výsledkům výzkumného šetření by bylo vhodné a dobré iniciovat ze strany zaměstnavatelů školení a vzdělávací akce zaměřené na systémy a metody AAK a problematiku komunikace s klienty s postižením a komunikačním deficitem. V případě centra Kociánka by bylo možné vzhledem k tomu, že je to příspěvková společnost, hledat vhodné sponzory pro umožnění seminářů a školení pro sestry. Bylo by také vhodné zvýšit povědomí o systémech a metodách AAK nejen mezi zdravotníky, ale také směřovat informace k veřejnosti. Určitě bych pro sestry nechala připravit kurzy zaměřené na tuto problematiku ve spojení se specifickými zážitkovými semináři. Do výukových seminářů bych zařadila i bazální stimulaci a výuku znakového jazyka.

Doporučením pro samotné sestry je tedy absolvování kurzů a školení v rámci AAK, více se zajímat o komunikační možnosti ve zdravotnictví, každá pracující sestra by mohla sama vyhledávat alternativy péče a komunikace s nemocnými a s jedinci s postižením. Kurzy bazální stimulace by mohly být vhodným doporučením pro všechny sestry bez rozdílu. Sama ho absolvuji v říjnovém programu vzdělávání, které nám umožňuje management fakultní nemocnice Bohunice v Brně.

Dalším návrhem a doporučením pro praxi by mohlo být zajištění a vybavení nemocničních zařízení a oddělení ze strany zaměstnavatelů alternativními pomůckami pro lepší a efektivnější komunikaci s nemocnými s postižením a komunikačním deficitem v nemocnicích. V dnešní době a společnosti je opravdu zarážející, že ze strany zaměstnavatelů je tahle problematika tolik opomíjena. Zaměstnavatel by měl vědět a znát, co komunikace s lidmi s postižením obnáší a měl by zajistit personál na připravenost těchto situací.

Doporučením pro management zdravotnických zařízení je tedy zajištění alternativních pomůcek ke komunikaci s pacienty s postižením. Vybavit každé oddělení takovými pomůckami, které by umožnily oboustranné porozumění v komunikaci mezi sestrou a pacientem s postižením nebo komunikačním deficitem. Doporučením pro management zdravotnických zařízení by mohla být nabídka specifických školení a kurzů pro své zaměstnance zaměřené na komunikaci s nemocnými, s nemocnými s různým postižením, na komunikaci systémy AAK pro zvýšení povědomí zdravotníků a sester o této problematice.

Protože je z výzkumného šetření patrné, že je povědomí sester o systémech AAK nedostatečné, dalším vhodným doporučením a návrhem by mohlo být na středních, vyšších a vysokých školách zdravotnických oborů rozšíření výuky o využívání systémů AAK a také rozšíření výuky o problematice komunikace klienty s různým postižením a komunikačním deficitem. Určitě bych zavedla modelové situace, kde by budoucí sestry mohly nacvičit možné situace při komunikaci s jedinci s různým postižením a komunikačním deficitem a jaké by při komunikaci mohly být využity systémy a metody AAK.

Doporučením pro management školství je tedy zařazení rozšířené výuky do zdravotnických oborů o problematice komunikace s lidmi s postižením a komunikace systémy AAK. Vhodným doporučením by bylo směřovat výuku praktickým směrem ve formě modelových situací s lidmi s postižením a komunikačním deficitem a s tím i možnosti komunikace s lidmi s postižením. Ukázky využití systémů a metod AAK při komunikaci, ukázky využití alternativních pomůcek a metod při komunikaci. Dalším vhodným doporučením pro management školství by mohlo být absolvování praxe budoucích sester na odděleních a v zařízeních, kde jsou umístěni jedinci s postižením a komunikačním deficitem. Zde by si mohly budoucí i stávající sestry vyzkoušet komunikaci se systémy a metodami AAK s lidmi s postižením a komunikačním deficitem. Tím by mohla být zajištěna připravenost sester na možné situace při komunikaci s lidmi s komunikačním deficitem a s postižením. Absolvováním doporučené praxe by mohly sestry získat větší povědomí o této problematice.

Vzhledem k nedostatku personálu a sester je takřka nereálné poukazovat na možnost dostatku času pro komunikaci s nemocnými s různým postižením. Do budoucna by byl dostatek času na komunikaci s nemocnými skvělým ukazatelem v rámci kvalitní ošetrovatelské péče. Tím by mohla být naplněna vize o zlepšování kvality života u nemocných.

Závěr

Bakalářská práce se zabývá využitím augmentativní a alternativní komunikace v práci sestry. Hlavním cílem práce bylo zjistit úroveň znalostí sester o systémech AAK a zmapovat využití systémů AAK v práci sestry. Ke sběru dat byl použit kvalitativní výzkum formou rozhovoru a zúčastněné pozorování s následným vyhodnocením empirických dat. Bakalářská práce se dělí na dvě části, část problematiky současného stavu a na část výzkumnou. Problematika současného stavu objasňuje pojmy komunikace, funkci komunikace, co je augmentativní a co je alternativní komunikace, komunikaci ve zdravotnictví a ošetrovatelské péči, systémy a metody AAK, zásady komunikace s postiženými klienty. Výzkumná část je zaměřená na rozhovory s respondentkami – sestrami a analýza zjištěných dat. Další empirická data byla získána v rámci zúčastněného pozorování v rámci praxe přímo v centru Kociánka za asistence a dohledu respondentek – sester, u kterých jsem si mohla ověřit reálný přístup ke klientům a reálnou komunikaci se systémy a metodami AAK. V rámci praxe jsem si také mohla ověřit skutečnost, že sestry při práci a komunikaci s klienty s postižením získaly informace, vědomosti a znalosti o používání systémů a metod AAK až s postupem času. Z uvedeného vyplývá nedostatečné zařazení problematiky o komunikaci s lidmi s postižením a komunikačním deficitem s využíváním systémů AAK do výuky na školách ve zdravotnických oborech a tím může vznikat nižší úroveň znalostí budoucích sester o této problematice. Tahle problematika se vyučuje převážně v sociální pedagogice, na školách zdravotnických oborů minimálně. Tuhle skutečnost jsem si také ověřovala ústními dotazy v nemocnici směrem k pracujícím sestřám v okolí. Většina z nich neznala pojem augmentativní a alternativní komunikace. Při širším rozkrytí problematiky AAK a komunikace s lidmi s různým postižením sestry přiznaly, že by ani nevěděly, jak mají s takovým člověkem s postižením komunikovat a jaké pomůcky využít. Z výzkumu vzešly tedy ne zrovna příznivé výsledky. Protože jsem práci porovnávala s jinými pracemi na podobné téma, i tam se převážně shodovaly výsledky výzkumu v kvalitativním i kvantitativním pojetí. Nízká úroveň znalostí o problematice AAK, nedostatečné vybavení oddělení v nemocnicích pomůckami pro možnou komunikaci s lidmi s různým postižením a komunikačním deficitem. Jedná se ale o malé množství vzorků respondentů a šetření je validní.

I přes tato zjištění musím s potěšením konstatovat, že respondentky – sestry pracující v centru Kociánka dodržují pravidla komunikace s klienty s postižením, jsou empatické, profesionální a zároveň lidské. Informace, dovednosti a znalosti ohledně systémů AAK získaly převážně postupnou praxí. Všechny respondentky mají zájem o rozšiřování vědomostí a výuku dané problematiky v rámci školení. U klientů s těžkým mentálním a kombinovaným postižením používají hojně neverbální komunikaci, dvě sestry bazální stimulaci. V centru Kociánka sestry využívají u všech klientů augmentativní, i alternativní komunikaci. Využívají reálné předměty, piktogramy, komunikační knihy, komunikační tabulky s abecedou, fotografie a také tablety a mobilní telefony. Počítačů a jiných technických pomůcek mimo tabletů zde není využito pro velkou finanční nákladnost. Výsledek mého výzkumného šetření poukazuje na účelné a efektivní využívání systémů AAK u sester v praxi při komunikaci s klienty, samotní klienti převážně rozumí dané komunikaci se systémy a metodami AAK. Sestry respektují důstojnost klientů za každých okolností a ctí posvátnost lidského života. Tím naplňují vizi ošetrovatelství o úctě k člověku a zlepšování kvality života klientů s postižením. Cíle výzkumu, které jsem si ve své práci stanovila, byly tedy splněny.

Skládám hluboký respekt všem sestrám i jiným zdravotníkům, kteří pracují s klienty se zrakovým, sluchovým, mentálním postižením a kombinovaným postižením a klienty s komunikačním deficitem. Samotným výzkumem v této oblasti jsem mohla nahlédnout do zákulisí jiného světa, světa, o kterém někdy ani sami zdravotníci nemají zdání. Problematika komunikace ve zdravotnictví je velmi rozsáhlým tématem a ve zdravotnictví by byl větší zájem o tuto problematiku velkým přínosem pro pacienty i samotný zdravotnický personál. Věřím, že výzkum v problematice komunikace a využití systémů AAK bude pokračovat a ponese pozitivní výsledky, které budou využity při komunikaci sester s klienty a pacienty v reálném prostředí a praxi.

Seznam použité literatury

BAZALOVÁ, Barbora, 2017. *Autismus v edukační praxi*. 1.vydání. Praha: Portál. 240 s. ISBN 978-80-262-1195-2.

BAZALOVÁ, Barbora, 2014. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. 1.vydání. Praha: Portál. 184 s. ISBN 978-80-262-0693-4.

BENDO VÁ, Petra, 2011. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. 1.vydání. Praha: Grada Publishing. 152 s. ISBN 978-80-247-3853-6.

BENDO VÁ, Petra a Pavel ZIKL, 2011. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). 140 s. ISBN 978-80-247-3854-3.

BOČKOVÁ, Barbora, 2015. *Vybrané kapitoly z alternativní a augmentativní komunikace: Učební text*. 1.elektronické vyd. Brno: Masarykova univerzita. 71 s. ISBN 978-80-210-7896-3.

BORG, James, 2012. *Řeč těla: jak poznat, co kdo doopravdy říká*. 1.vydání. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4474-2.

DLOUHÁ, Olga, 2017. *Poruchy vývoje řeči*. 1.vydání. Praha: Galén. 254 s. ISBN 978-807-4923-142.

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2018. *Bazální stimulace® pro ošetřující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách*. 2. vydání. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. 200 s. ISBN 978-80-907053-1-9.

HORÁKOVÁ, Radka, 2012. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. 1.vyd. Praha: Portál. 159 s. ISBN 978-80-262-0084-0.

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

KREJČÍŘOVÁ, Olga, 2011. *Alternativní a augmentativní komunikace v praxi pracovníků sociálních služeb*. 1.vyd. Vsetín: Vzdělávací a komunitní centrum Integra Vsetín. 149 s. ISBN 978-80-260-0059-4.

KUBOVÁ, Libuše, 2011. *Řeč obrázků: komunikační systém tvořený obrazovými symboly: piktogramy metodická příručka: volná řada pomůcek pro alternativní komunikaci*. 1.vyd. Praha: Parta. 48 s. ISBN 978-80-7320-175-3.

KUBOVÁ, Libuše a Renata ŠKALOUDOVÁ, 2012. *Řeč rukou: komunikační systém tvořený znaky - Znak do řeči*. 1.vyd. Praha: Parta. 64 s. ISBN 978-807-3201-784.

MIKULÁŠTÍK, Milan, 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing. 325 s. ISBN 978-80-247-2339-6.

PLEVOVÁ, Ilona, 2011. *Ošetřovatelství II*. 1.vyd. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.

RŮŽIČKOVÁ, Kamila a Jitka VÍTOVÁ, 2014. *Vybrané kapitoly z tyflopédie a surdopedie nejen pro speciální pedagogy*. 1.vyd. Hradec Králové: Gaudeamus. 146 s. ISBN 978-80-7435-424-3.

SLOWÍK, Josef, 2010. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vyd. Praha: Portál. 168 s. ISBN 978-80-7367-691-9.

ŠAROUNOVÁ, Jana, 2014. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. 1.vydání Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-262-0716-0.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. 1.vydání Praha: Portál. 816 s. ISBN 978-80-262-0696-5.

WERNEROVÁ, Irena, 2010. *Komunikace pro každého*. 1.vydání Praha: Computer media. 240 s. ISBN 978-80-7402-064-3.

ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-802-7101-566.

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1.vyd. Praha: Grada. 278 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

ZIKL, Pavel, 2011. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole*. 1.vyd. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-3856-7.

Seznam zkratek

AAK	Alternativní a augmentativní komunikace
CMP	Cévní mozková příhoda
CNS	Centrální nervová soustava
DMO	Dětská mozková obrna
Kupř.	Kupříkladu
Např.	Například
VOKS	Výměnný obrázkový komunikační systém

Seznam tabulek

Tabulka 1: Dosažené vzdělání	33
Tabulka 2: Doba praxe ve zdravotnictví.....	34
Tabulka 3: Délka praxe v centru Kociánka	35
Tabulka 4: Zaměstnavatel a případné zkušenosti s AAK při ucházení se o zaměstnání	36
Tabulka 5: Požadování znalostí metod AAK u zaměstnavatele	37
Tabulka 6: Absolvování školení či seminářů s tematikou AAK	38
Tabulka 7: Iniciativa a ochota v oblasti vzdělávání a doplňování informací o AAK.....	39
Tabulka 8: Prvotní informace o AAK.....	40
Tabulka 9: Zdokonalení techniky komunikace.....	41
Tabulka 10: Obtíže při využívání AAK.....	42
Tabulka 11: Využití AAK s pomůckami	43
Tabulka 12: Použití reálných předmětů v praxi.....	44
Tabulka 13: Ovládání znakové řeči	45
Tabulka 14: Znaková řeč v praxi	46
Tabulka 15: Čas na komunikaci se svými klienty	47
Tabulka 16: Výhody AAK.....	48
Tabulka 17: Nevýhody AAK.....	49
Tabulka 18: Rozdíly v komunikaci s odstupem času	50
Tabulka 19: Zkušenosti a snazší komunikace s klienty	51
Tabulka 20: Motivace pro komunikaci s klienty systémy AAK	52
Tabulka 21: Přístup sestry ke klientovi s poruchou zraku	53
Tabulka 22: Navazující komunikace s klientem s poruchou sluchu.....	53
Tabulka 23: Navazování kontaktu s klientem s poruchou řeči.....	54
Tabulka 24: Navazování kontaktu s mentálně postiženým klientem.....	55
Tabulka 25: Problémy při komunikaci s mentálně postiženými klienty.....	56

Seznam příloh

Příloha č. 1: Žádost o povolení výzkumu v centru „Kociánka“ v Brně

Příloha č. 2: Otázky ke kvalitativnímu rozhovoru

Příloha č. 3: Písemný záznam ze zúčastněného pozorování

Příloha č. 4: Písemný záznam rozhovorů s respondenty