

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Specifika perioperační péče o osoby s mentální disabilitou

Bc. Barbora Janáková

Diplomová práce

2015

Prohlášení autora

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona. Pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude-li poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 28. 4. 2015

.....
Bc. Barbora Janáková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Barbora Janáková**
Osobní číslo: **Z13351**
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Perioperační péče v gynekologii a porodnictví**
Název tématu: **Specifika perioperační péče o osoby s mentální disabilitou**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**
Seznam odborné literatury:

1. ČERNÁ, M. a kol. Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2008, 222 s. ISBN 978-802-4615-653.
2. ŠVARCOVÁ, I. Mentální retardace. 4. vyd. Praha: Portál, 2011, 221 s. ISBN 978-80-7367-889-0.
3. VALENTA, M.; MICHALÍK, J.; LEČBYCH, M. a kol. Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně právním kontextu. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 352 s. ISBN 978-80-247-3829-1.
4. WICHSOVÁ, J.; PŘIKRYL, P.; POKORNÁ, R.; BITTNEROVÁ, Z. Sestra a perioperační péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 192 s. ISBN 978-802-4737-546.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.**
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání diplomové práce: **1. října 2013**
Termín odevzdání diplomové práce: **4. května 2015**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 28. ledna 2015

Poděkování

Mé poděkování patří především Mgr. Markétě Moravcové, Ph.D. za čas, který mně a mé práci věnovala, za cenné rady, připomínky a profesionální přístup. Dále bych ráda poděkovala Ing. Janě Holé, Ph.D. za pomoc a rady při zpracování dat.

Souhrn

Diplomová práce se věnuje tématu „Specifika perioperační péče o osoby s mentální disabilitou“. Osob s tímto postižením stále přibývá. Každé zdravotnické zařízení by mělo být jak personálně, tak technicky připraveno na osoby ať už s mentální nebo jinou disabilitou. Práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a výzkumné.

Teoretická část popisuje perioperační péči, mentální disabilitu a specifika perioperační péče o osoby s mentální disabilitou. Cílem výzkumného šetření je zjistit, jak jsou zdravotnická zařízení připravena na klienty s mentální disabilitou. Šetření bylo provedeno kvantitativní a kvalitativní formou. Kvantitativní šetření bylo realizováno pomocí dotazníků ve vybraných zdravotnických zařízeních, jejichž vedení s výzkumem souhlasilo. Kvalitativní část byla uskutečněna pomocí rozhovoru. Výzkumné šetření vzniklo v rámci Studentské grantové soutěže Univerzity Pardubice 70150/20/SG740002.

Klíčová slova

Perioperační péče, mentální disabilita, komunikace, ošetrovatelská péče.

Abstract

My diploma thesis deals with the theme “Specification of Peri-operational Care for People with Mental Disability”. The number of people with such affliction is increasing all the time. Each healthcare facility should have trained personnel and be technically ready for people with mental or other disability. This work is divided into two parts: theoretical and explorative.

The theoretical part is describing a peri-operational care, mental disability, and particularities of peri-operational care for people with mental disability. The goal of my research was to find out about readiness of hospital facilities for patients with mental disabilities. The research was carried out in a quantitative and qualitative form. The quantitative survey was completed with the help of questionnaires in selected healthcare facilities whose management agreed with the study. The qualitative part was accomplished through interviews. This research was created within the Student Grant Competition of University of Pardubice 70150/20/SG740002.

Keywords

Perioperative care, mental disability, communication, nursing care.

OBSAH

Úvod	11
1 Perioperační péče	13
1.1 Předoperační péče	13
1.2 Intraoperační péče	14
1.3 Pooperační péče	14
1.4 Perioperační sestra	15
2 Osoby s mentální disabilitou.....	16
2.1 MKN - 10 (F70 - F79)	16
2.2 Klasifikace a diagnostika mentální retardace	17
2.2.1 Lehká mentální retardace – IQ 50 - 69 (F70).....	18
2.2.2 Středně těžká mentální retardace – IQ 35 - 49 (F71)	18
2.2.3 Těžká mentální retardace – IQ 20 - 34 (F72).....	19
2.2.4 Hluboká mentální retardace – IQ nižší než 20 (F73)	19
2.2.5 Nespecifikovaná mentální retardace (F79)	20
3 Právní úprava postavení osob s mentální disabilitou	21
3.1 Svěprávnost.....	21
3.2 Opatrovník nesvěprávné osoby.....	22
3.3 Řízení o svěprávnosti.....	22
3.4 Jednání opatrovníka za nesvěprávnou osobu.....	22
3.5 Provádění zákroků bez svolení opatrovníka	23
4 Komunikace s osobami s mentální disabilitou ve zdravotnickém zařízení.....	24
4.1 Komunikační problémy osob s mentální retardací	24
4.2 Charakteristiky jednotlivých stupňů mentální retardace vzhledem ke komunikaci	24
4.2.1 Lehká mentální retardace – IQ 50 - 69.....	24
4.2.2 Středně těžká mentální retardace – IQ 35 - 49	25

4.2.3	Těžká mentální retardace – IQ 20 - 34.....	25
4.2.4	Hluboká mentální retardace – IQ nižší než 20.....	25
4.3	Zásady komunikace s osobami s mentální retardací.....	26
4.4	Alternativní a augmentativní komunikace.....	26
4.4.1	Specifika AAK u osob s mentální retardací.....	26
5	Specifika perioperační péče u osob s mentální disabilitou.....	28
5.1	Specifika předoperační péče u osob s mentální retardací.....	28
5.2	Specifika péče na operačním sále u osob s mentální retardací.....	30
5.3	Specifika pooperační péče u osob s mentální retardací.....	30
6	Metodika výzkumu.....	31
6.1	Výzkumné cíle práce.....	31
6.2	Výzkumné otázky.....	31
6.3	Kvantitativní šetření.....	31
6.3.1	Metoda.....	31
6.3.2	Výzkumný vzorek.....	32
6.4	Kvalitativní výzkumné šetření.....	33
6.4.1	Metoda.....	33
6.5	Zpracování dat kvantitativního šetření.....	33
7	Kvalitativní výzkum – analýza a interpretace výsledků.....	34
7.1	Typ nemocnice.....	34
7.2	Počet lůžek.....	35
7.3	Akreditace SAK.....	35
7.4	Orientační nápisy.....	36
7.5	Klinický psycholog.....	37
7.6	Vyškolený personál.....	38
7.7	Alternativní komunikace.....	39
7.8	Doprovod.....	40

7.9	Hospitalizace s doprovodem.....	41
7.10	Asistenční pes.....	42
7.11	Souhrnná tabulka poskytovaných služeb	43
8	Kvalitativní výzkum – interpretace výsledku.....	44
9	Diskuze.....	46
10	Závěr.....	49
11	Literatura	51
12	Přílohy	54

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1 Akreditace SAK	36
Tabulka 1 Typ nemocnice.....	34
Tabulka 2 Počet lůžek.....	35
Tabulka 3 Orientační nápisy	36
Tabulka 4 Klinický psycholog.....	37
Tabulka 5 Vyškolený personál	38
Tabulka 6 Alternativní komunikace	39
Tabulka 7 Doprovod asistenta	40
Tabulka 8 Doprovod při hospitalizaci	41
Tabulka 9 Asistenční pes	42
Tabulka 10 Služby poskytované pacientům s mentální disabilitou	43

ÚVOD

Mentální disabilita je postižení, při kterém dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností jedince. Všeobecně se udávají přibližně 3 - 4 % mentálně retardovaných osob v populaci. V porovnání s minulostí je evidován nárůst této disability. Statistické údaje uvádějí, že v České republice žije přibližně 300 tis. osob s mentální disabilitou. V celosvětovém měřítku se odhaduje 200 mil. osob s mentální disabilitou.

Mnoho osob s mentální disabilitou má kromě psychického deficitu i přidružená onemocnění, která jsou často důvodem hospitalizace. Pro člověka s komunikačním deficitem, který je závislý na daném denním režimu, a má příznaky nemoci, kterým nerozumí, je hospitalizace v nemocnici velkým zásahem do jeho života. Péče o takového klienta vyžaduje dokonalé komunikační schopnosti a znalosti specifik péče. Publikací zabývajících se touto problematikou je velmi málo. I když se v posledních letech klade větší důraz na komunikaci sester s nemocnými, literatura, která se zabývá praktickou ošetrovatelskou péčí o osoby s mentální disabilitou, stále chybí.

Diplomová práce je zaměřena na téma „Specifika perioperační péče o osoby s mentální disabilitou.“ Teoretická část popisuje obecně perioperační péči, dále mentální disabilitu, komunikaci s osobou s mentální disabilitou a specifika perioperační péče o osoby s mentální disabilitou. Praktická část je zaměřena na metodiku a výsledky výzkumného šetření, které proběhlo formou dotazníku a rozhovoru. Studie proběhla v rámci Studentské grantové soutěže Univerzity Pardubice, která se zabývá připraveností českých nemocnic na pobyt pacientů s mentální disabilitou.

CÍLE PRÁCE

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit problematiku perioperační péče o osoby s mentální disabilitou, dále pak zjistit, zda jsou zdravotnická zařízení připravena na péči o osoby s mentální disabilitou. V úvodu práce byly stanoveny cíle pro teoretickou část a pro výzkumnou část.

Cíl teoretické části

- Zpracovat ucelený přehled problematiky perioperační péče o osoby s mentální disabilitou.

Cíle praktické části

- Zjistit, jak jsou vybraná zdravotnická zařízení připravená na pobyt klientů s mentální disabilitou.
- Zjistit, zda je vztah mezi typem nemocnice a úrovní připravenosti na pobyt pacientů s mentální disabilitou.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PERIOPERAČNÍ PÉČE

Předpona peri- je řeckého původu a znamená okolo/ kolem. Slovo perioperační vzniklo v roce 2004 v souvislosti se změnami terminologie ve zdravotnictví přijetím zákona č. 96/2004 Sb., O nelékařských zdravotnických povoláních. Současně bylo změněno pojmenování sestry instrumentářky na perioperační sestru a porodní asistentku pro perioperační péči. Byly vypracovány nové materiály, které zahrnují předoperační, operační a pooperační období do jednoho celku, tedy do perioperačního období (Jedličková, 2012, s. 155). Perioperační ošetrovatelská péče je definována jako ošetrovatelská péče o pacienta před, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu (Wichsová, 2013, s. 133).

1.1 Předoperační péče

Předoperační péče zahrnuje přípravu již na standardním oddělení, kdy je klient připravován na operační výkon. Lze ji rozdělit na psychickou a tělesnou. Na přípravu psychickou by měl být kladen veliký důraz, jelikož pro některé klienty je operace či samotná hospitalizace velmi stresující záležitost. Je tedy důležité, aby bylo klientovi vše srozumitelně vysvětleno a byla mu dána možnost zeptat se na to, co mu není jasné a co ho zajímá. Lékař informuje klienta o jeho zdravotním stavu a o navrhovaném operačním výkonu. Porodní asistentka (PA)/ všeobecná sestra (VŠS) klienta edukuje o přípravě před výkonem, hygienické péči, ošetřování operační rány a možnostech tlumení bolesti. Dle standardu zdravotnického zařízení, tělesná příprava zahrnuje: aplikaci očistného klyzmatu, oholení operačního pole, celotělovou koupel, bandáž dolních končetin, podání premedikace dle ordinace anesteziologického lékaře, uložení oděvu, protetických pomůcek a šperků, a následný transport na operační sál. Výše popsaná příprava je všeobecná, platná pro velkou část operací. Některé operace však vyžadují speciální přípravu. Cílem předoperační přípravy je vytvořit ty nejlepší podmínky pro průběh operačního výkonu a pro pooperační období s rekonvalescencí (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 26-38; Jedličková, 2012, s. 155; Kala, Penka, 2010, s. 18).

1.2 Intraoperační péče

Intraoperační péčí se rozumí péče o klienta v průběhu pobytu na operačním sále (dále jen OS). Začíná překladem klienta na operační stůl v prostoru operačního traktu. V průběhu překladu se personál maximálně snaží o respektování studu pacienta. Klient je uložen, zakryt jednorázovou příkrývkou či prostěradlem a zabezpečen pásy na dolních a horních končetinách. Klient je přebrán kvalifikovaným pracovníkem trvale pracujícím na dispečinku OS (anesteziologická sestra na dospávacím pokoji). Je provedena identifikace klienta, dále je klient dotázán na různé typy alergií a předchozí zkušenosti s podáním anestezie. Poté je klient převezen na příslušný OS dle rozpisu na operačním programu. Na OS se ho ujímá anesteziologický a chirurgický tým. Perioperační sestra kontroluje před zahájením operačního výkonu sterilitu a připravenost nástrojů a pomůcek. Instrumentující sestra během operačního výkonu sleduje jeho průběh a instrumentuje dle požadavků operátora. Početní kontrola nástrojů a materiálu provádí instrumentářka vždy před výkonem, v průběhu výkonu a před jeho ukončením. Použité nástroje následně ošetřuje a kontroluje. V průběhu operačního výkonu kontroluje instrumentářka sterilitu operačního pole a dodržování sterilních technik u všech členů operačního týmu. Obíhající sestra je k dispozici operačnímu týmu v průběhu operace. Dle potřeby dodává materiál, obsluhuje přístroje, vede dokumentaci a odesílá biologický materiál na histologii. V závěru operačního výkonu instrumentářka očistí ránu, ošetří antiseptikem a sterilně zakryje. Intraoperační etapa končí předáním klienta na dospávací pokoj, standardní oddělení, jednotku intenzivní péče (JIP) či anesteziologicko - resuscitační oddělení (ARO) (Jedličková, 2012, s. 155; Wichsová a kol., 2013, s. 137-138).

1.3 Pooperační péče

Pooperační péče začíná přijetím klienta na oddělení až do jeho úplného zotavení. Péči lze rozdělit na bezprostřední a následnou. Bezprostřední péče se v pooperačním období zaměřuje hlavně na prevenci pooperačních komplikací. Následná péče se zabývá především včasnou rehabilitací a mobilizací klienta. Dle typu a délky operačního výkonu, způsobu anestezie, pooperačních komplikací a přidružených onemocnění je pacient převezen buď na dospávací pokoj, na JIP nebo na ARO, kde se pacient zotavuje z anestezie. Klient je po převezení z OS uložen do vodorovné polohy bez polštáře alespoň dvě hodiny pro prevenci zapadnutí jazyka a aspirace. PA/ VŠS sleduje fyziologické funkce, vědomí, odpady z drénů, průchodnost permanentního močového katétru a monitoruje stav bolesti.

Výše popsaná péče je všeobecná a platná pro většinu operací. Některé operace si však vyžadují speciální pooperační péči. Vše probíhá dle zavedeného standardu a zvyklostí zdravotnického zařízení (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 47; Jedličková, 2012, s. 156; Kala, Penka, 2010, s. 43).

1.4 Perioperační sestra

Perioperační sestra je důležitou součástí týmu na OS, který se skládá z operátora, I. asistenta, II. asistenta, instrumentující sestry, obíhající sestry a sálového sanitáře. Současná doba vyžaduje, aby perioperační sestra byla odbornicí v oblasti svého působení. V rámci profese zastupuje celou řadu rolí, které zrcadlí jak laické, tak odborné očekávání veřejnosti. Práce perioperační sestry je na vysoce specializované úrovni, z čehož vyplývá řada práv, ale i závazků. Odpovědnost v perioperační péči vyžaduje maximální důraz na vlastnosti jako je spolehlivost, pečlivost, trpělivost, emoční stabilita, schopnost týmové práce, ochota učit se nové věci a schopnost improvizovat. Mezi některé kompetence sestry pro perioperační péči, kromě instrumentování u operačních výkonů, lze řadit odpovědnost za organizaci a hygienu OS, dezinfekci, sterilizaci a dekontaminaci instrumentária a dalších zdravotnických prostředků a ošetrovatelskou péči o klienta na OS (Špirudová a Králová, 2006, s. 554; Staňková, 2002, s. 11; Wichsová, 2013, s. 48-56).

2 OSOBY S MENTÁLNÍ DISABILITOU

Cílová skupina osob s mentální disabilitou je specifická pro perioperační péči z důvodu různých úrovní mentálních schopností. Klient s mentální disabilitou (mentální retardací) není schopen, ve většině případů, samostatného rozhodování. Zásadním problémem je zde rozumová schopnost. Z toho důvodu je důležité, aby se PA/ VŠS orientovala v jednotlivých stupních mentální retardace a dokázala tak s klienty pracovat a komunikovat a poskytovat tak kvalitní ošetrovatelskou péči. Ke každému klientovi s mentální retardací se musí přistupovat individuálně vzhledem ke stupni mentální retardace.

Valenta a kol. definují mentální retardaci takto: *„Vývojová porucha rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i časně postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince.“*

Jinou definicí může být např. definice mentální retardace dle Mezinárodní klasifikace nemocí - MKN-10 (2000), která popisuje mentální retardaci jako *„Stav zastaveného či úplného duševního vývoje, který je charakterizován především narušením schopností projevujících se v průběhu vývoje a podílejících se na celkové úrovni inteligence. Jedná se především o poznávací, řečové, motorické a sociální dovednosti.“* Mentální retardace se může vyskytovat v kombinaci s jakoukoliv jinou duševní, tělesnou či smyslovou poruchou nebo bez nich. Adaptivní chování je vždy narušeno (Valenta a kol., 2012, s. 31-32).

2.1 MKN - 10 (F70 - F79)

Stupeň mentální retardace se určuje na základě posouzení struktury inteligence a posouzení schopnosti adaptability. Orientačně je také určen pomocí inteligenčního kvocientu a míry zvládnutí obvyklých sociálně - kulturních nároků na jedince. Intelektuální schopnosti a sociální přizpůsobivost se v průběhu času mohou měnit. Snížené hodnoty se mohou postupně zlepšovat cvičením a rehabilitací (Valenta a kol., 2012, s. 31; MKN, 2013, s. 242).

Mentální retardace je dle MKN rozdělena do těchto skupin:

- F70 Lehká mentální retardace (*mild mental retardation*) – IQ 50 - 69, dříve debilita;
- F71 Středně těžká retardace, rovněž střední mentální retardace (*moderate mental retardation*) – IQ 35 - 49, dříve imbecilita;
- F72 Těžká mentální retardace (*severe mental retardation*) – IQ 20 - 35, dříve idioimbecilita, prostá idiocie;
- F73 Hluboká mentální retardace (*profound mental retardation*) – do 19 IQ, dříve idiocie, vegetativní idiocie;
- F78 Jiná mentální retardace;
- F79 Nespecifikovaná mentální retardace (Valenta a kol., 2012, s. 31; MKN, 2013, s. 242).

Mimo uvedené stupně mentální retardace MKN - 10 rozlišuje v kódu i postižené chování jako například afekty vzteku, sebepoškozování a jiné. Postižené chování se vyznačí přidáním další číslice za tečku s číslicí vyjadřující stupeň retardace:

- 0 – žádné či minimálně postižené chování;
- 1 – výrazně postižené chování vyžadující intervenci;
- 8 – jiná postižení chování;
- 9 – bez zmínky o postižení chování.

Starší psychopedická terminologie někdy diferencuje chování klienta z hlediska typu mentální retardace na typ eretický (hyperaktivní, verzatilní, neklidný) nebo na typ torpidní (hypoaktivní, apatický, netečný). Toto členění se do značné míry vztahuje k charakteru prostředí, ve kterém daný jedinec vyrůstá a které ho formuje. Možná je také úzká souvislost s deprivací, frustrací a stresovými vlivy (Valenta a kol., 2012, s. 32).

2.2 Klasifikace a diagnostika mentální retardace

PA / VSŠ by měla znát charakteristiky jednotlivých skupin. Měla by identifikovat projevy a potřeby klienta, které jsou popsány dle MKN. Na základě této klasifikace je zpracována diagnostika, kterou provádí psycholog. Vychází se z psychologického vyšetření kognitivních funkcí – intelektových, mnestických, exekutivních, vývojových škál atd. Dále pak posouzením adaptivního chování, klinického posouzení míry zvládnutí běžných sociálně -

kulturních nároků. Součástí vyšetření by měl být podrobnější neuropsychologický rozbor. Další částí diagnostiky je podrobná anamnéza zaměřená na biologické a psychosociální faktory (sociální prostředí a vztahy) a informace o dosavadním vývojovém tempu (Valenta a kol., 2012, s. 41).

2.2.1 Lehká mentální retardace – IQ 50 - 69 (F70)

Do této skupiny je řazena převážná většina lidí s mentální retardací. Diagnostikována je přibližně u 85 % postižených. Osoby s lehkou mentální retardací většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci a verbálně komunikovat. V dětském věku bývá vývoj řeči opožděný. Většina osob z této kategorie dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči, která zahrnuje obstarání a přípravu jídla, oblékání, hygienické návyky a praktické domácí dovednosti, i když vývoj schopnosti sebeobsluhy bývá oproti normě značně pomalejší (MKN, 2013, s. 242).

Hlavní potíže se zpravidla projevují při teoretické práci ve škole. Jedinci s lehkou mentální retardací nejsou schopni plně zvládnout vzdělávací program základní školy. Mnozí z nich mají specifické obtíže se čtením a psaním. Lehce retardovaným dětem značně prospívá výchova a vzdělávání soustředěné na rozvíjení jejich dovedností a kompenzování nedostatků. Mentální věk se u těchto osob pohybuje přibližně na úrovni 10 - 11 let. Mohou si osvojit akademické dovednosti až na úroveň 6. - 7. třídy (MKN, 2013, s. 242).

Většinu osob pohybující se na horní hranici lehké mentální retardace lze zaměstnat prací, která však vyžaduje spíše praktické nežli teoretické schopnosti, včetně nekvalifikované či málo kvalifikované manuální práce. Individuálně se mohou v různé míře projevit přidružené chorobné stavy, jako je autismus, další vývojové vady, poruchy chování, tělesné postižení a epilepsie (Švarcová, 2011, s. 37 - 38; Durecová, 2007, s. 4). Do skupiny lehké mentální retardace řadíme dle klasifikace MKN: lehkou slabomyslnost (oligofrenie), lehkou mentální subnormalitu a debilitu (MKN, 2013, s. 242).

2.2.2 Středně těžká mentální retardace – IQ 35 - 49 (F71)

Středně těžká mentální retardace je diagnostikována asi u 10 % osob. V této kategorii mají osoby výrazně opožděný rozvoj chápání a užívání řeči. Konečné schopnosti jsou individuálně rozdílné. Pokroky ve škole jsou omezené, přesto u většiny žáků při kvalifikovaném

pedagogickém vedení lze docílit osvojení základů trivia (čtení, psaní, počítání). Mentální věk osob se středně těžkou mentální retardací se pohybuje v pásmu od 4 do 8 let. V dospělosti jsou zpravidla schopni vykonávat základní sebeobsahu a s trvalejší podporou jednoduchou manuální práci. Mnozí uplatní své dovednosti při práci v chráněných dílnách. Většinou bývají plně mobilní a fyzicky aktivní a většina z nich prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktu a ke komunikaci s druhými.

Úroveň rozvoje řeči je variabilní. Někteří jedinci jsou schopni jednoduché komunikace, druzí dokáží s těžkou pozorností na své základní potřeby a zbytek se nenaučí mluvit nikdy. Jsou schopni porozumět verbálním instrukcím. Pro částečnou kompenzaci své neschopnosti dorozumět se řečí, jsou schopni naučit se gestikulaci a další formy nonverbální komunikace (Švarcová, 2011, s. 38 - 39; Durecová, 2007, s. 4).

Do skupiny středně těžké mentální retardace řadíme dle klasifikace MKN: střední mentální subnormalitu, střední slabomyslnost (oligogenie) a imbecilitu (MKN, 2013, s. 242).

2.2.3 Těžká mentální retardace – IQ 20 - 34 (F72)

Tuto skupinu zastupuje asi 3 - 4 % osob s mentální retardací. Děti s těžkou mentální retardací zpravidla nezvládají školní trivium, ale na druhou stranu jsou schopni si osvojit mnoho užitečných dovedností. Na rozdíl od přecházející kategorie většina osob z této kategorie trpí značným stupněm poruchy motoriky či jinými přidruženými vadami, které prokazují výskyt klinicky signifikantního poškození nebo vadného vývoje centrálního nervového systému. Jejich mentální věk se pohybuje mezi 18. měsícem až 3. rokem. Možnosti výchovy a vzdělání u těchto osob jsou velmi omezené, ale při včasné systematické a dostatečně kvalifikované rehabilitační, výchovné a vzdělávací péči lze výrazně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, samostatnosti a celkovému zlepšení jejich kvality života (Švarcová, 2011, s. 38-39; Durecová, 2007, s. 4). Do skupiny těžké mentální retardace řadíme dle klasifikace MKN: těžkou mentální subnormalitu, těžkou slabomyslnost (oligofrenie) a idioimbecilitu (MKN, 2013, s. 243).

2.2.4 Hluboká mentální retardace – IQ nižší než 20 (F73)

Do této skupiny se řadí asi 1 - 2 % lidí. V minulosti byla tato úroveň označována jako idiocie. Postižení jsou těžce omezeni ve schopnosti porozumět řeči, požadavkům nebo

instrukcím. V nejlepším případě jsou schopni jen rudimentární neverbální komunikace, jako je úsměv, radost ze společnosti, pláč. Většina osob s hlubokou mentální retardací je imobilní či výrazně omezena v pohybu. Bývají inkontinentní, mají nepatrnou nebo vůbec žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby, a proto je nezbytná stálá pomoc i dohled. Jejich výchova a vzdělání jsou velmi omezeny, ale existují metodické postupy, kterými lze do jisté míry rozvíjet motoriku, komunikační dovednosti a další projevy. IQ v této skupině nelze přesně změřit. Mentální věk je nižší než 18 měsíců. U většiny lze určit organickou etiologii.

Obvyklé jsou neurologické či jiné tělesné nedostatky, které postihují hybnost a poškození zrakového a sluchového vnímání. Velmi časté, převážně u mobilních osob, jsou nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, obzvláště atypický autismus (Švarcová, 2011, s. 40; Durecová, 2007, s. 4). Do skupiny hluboké mentální retardace řadíme dle klasifikace MKN: těžkou mentální subnormalitu, hlubokou slabomyslnost (oligofrenie) a idiocii (MKN, 2013, s. 243).

2.2.5 Nespecifikovaná mentální retardace (F79)

Tato klasifikace je užívána v případech, kdy je prokázána mentální retardace, ale není dostatek informací pro zařazení osoby do jedné z výše uvedených kategorií (Švarcová, 2011, s. 41). Do skupiny nespecifikované mentální retardace řadíme dle klasifikace MKN: mentální retardaci NS, mentální subnormalitu NS a oligofrenii NS (Švarcová, 2011, s. 41).

3 PRÁVNÍ ÚPRAVA POSTAVENÍ OSOB S MENTÁLNÍ DISABILITOU

Právní úprava postavení osob s mentální disabilitou je jednou ze stěžejních oblastí pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče ve všech zdravotnických zařízeních. Může docházet k nesouladu v legislativě týkající se lidských práv. Vzhledem k tomu že se jedná o osoby, které trpí různým stupněm mentální retardace, je třeba vyzdvihnout podstatné téma svéprávnosti. V této oblasti, by se měl orientovat každý zdravotnický pracovník, zvláště ten který poskytuje zdravotní péči osobám s mentální retardací.

3.1 Svěprávnost

Dříve byl používán termín „*způsobilost k právním úkonům*“, ale od 1. 1. 2014 Nový občanský zákoník, zákon č. 89/2012 Sb., zavedl termín svéprávnost. Za základní lidská práva je považováno sebeurčení a svoboda. Lidé s mentální retardací neměli možnost tato práva naplňovat a tudíž ani rozhodovat o svém životě. To znamená, že lidé s mentální retardací nemohou samostatně činit buď některé, nebo všechny právní úkony. Někdy to však bývá nesprávně vnímáno jak lidmi s mentální retardací, tak jejich okolím (Černá, 2009, s. 209; Sobek, 2007, s. 15).

Zákon č. 89/2012 Sb. dle §55 uvádí, že: „*K omezení svéprávnosti lze přistoupit jen v zájmu člověka, jehož se to týká, po jeho zhlédnutí a s plným uznáváním jeho práv a jeho osobní jedinečnosti. Přitom musí být důkladně vzaty v úvahu rozsah i stupeň neschopnosti člověka postarat se o vlastní záležitosti. Omezit svéprávnost člověka lze jen tehdy, hrozila-li by mu jinak závažná újma a nepostačí-li vzhledem k jeho zájmům mírnější a méně omezující opatření.*“ Dále pak zákon dle § 56 uvádí, že: „*Omezit svéprávnost člověka může jen soud.*“ (Česká republika, 2012).

Do právních úkonů, které mohou být omezeny, lze zařadit například uzavírání smluv, nákup a prodej majetku, nakládání s finančními prostředky, hospitalizace, uzavírání manželství a podobně. Závažnější právní úkony jsou zpravidla doprovázeny podpisem smlouvy či jiného dokumentu (Černá, 2009, s. 209; Sobek, 2007, s. 15).

Oblast právních úkonů se vztahuje na jasně vymezené situace, kdežto oblast lidských práv se dotýká všech aspektů lidského života. Zbavení svéprávnosti se týká pouze těch oblastí, které jsou skutečně právním úkonem. Ve věcech, které nejsou právním úkonem, má zbavený

svéprávnosti stejná práva jako každý jiný občan. Zbavení svéprávnosti má za cíl ochránit daného člověka a jeho práva (Černá, 2009, s. 209; Sobek, 2007, s. 15).

3.2 Opatrovník nesvéprávné osoby

Opatrovnictví vzniká soudním rozhodnutím o jmenování opatrovníka. Hlavním smyslem opatrovnictví je naplňovat práva a ochraňovat zájmy opatrovance. Nastává mnoho situací, ve kterých je potřeba, aby určité osoby jednaly, popř. aby bylo za ně jednáno. A to zejména v situaci, kdy absence tohoto jednání by ohrožovala nebo poškodila zájmy těchto osob nebo zájem veřejný (Novotný a kol., 2014, s. 101).

V zákoně 89/2012 Sb., § 62 je popsáno: „V rozhodnutí o omezení svéprávnosti jmenuje soud člověku opatrovníka. Při výběru opatrovníka přihlédne soud k přáním opatrovance, k jeho potřebě i k podnětům osob opatrovanci blízkých, sledují-li jeho prospěch, a dbá, aby výběrem opatrovníka nezaložil nedůvěru opatrovance k opatrovníkovi.“ (Česká republika, 2012).

3.3 Řízení o svéprávnosti

Řízení o způsobilosti k právním úkonům je možno zahájit na základě návrhu nebo podnětu. V závěru soud rozhoduje v řízení o způsobilosti k právním úkonům buď rozsudkem, nebo usnesením. Omezení způsobilosti k právním úkonům znamená, že soud určí oblast, ve které není daný člověk schopen činit právní úkony. V této dané oblasti nemůže jednat samostatně, všechny právní úkony za něj činí jeho opatrovník. Soud by měl vymezit rozsah omezení negativně, což znamená, že by měl přesně určit, v jakých oblastech daný člověk není schopen činit právní úkony. Okruh omezení by měl být vymezen srozumitelně, jednoznačně a co nejkonkrétněji, aby se omezení nevztahovala na oblasti, ve kterých je člověk stále způsobilý jednat. U všech ostatních oblastí platí, že člověk je plně způsobilý činit právní úkony (Marečková, 2009, s. 31).

3.4 Jednání opatrovníka za nesvéprávnou osobu

Ustanovený opatrovník osoby s mentální retardací může jednat jen v nejlepším zájmu klienta. V případě, že opatrovník udělí svolení k operačnímu nebo diagnostickému zákroku, který nebude podle lékaře v nejlepším zájmu klienta, pak lékař nemusí toto rozhodnutí

respektovat. Lékař je povinen jednat v zájmu klienta, nikoliv jeho opatrovníka. Opatrovník musí být poučen o zákroku (o povaze, účelu, důsledcích a rizicích) a nemůže se vzdát práva být o nich informován (Kopalová, 2008, s. 32).

Odmítá-li opatrovník souhlas se zákrokem, který je nezbytný a neodkladný k záchraně života či zdraví klienta, může lékař tento výkon provést bez ohledu na odmítnutí svolení ze strany opatrovníka.

V případě, že opatrovník bez vážného důvodu odmítl podepsat informovaný souhlas k léčbě směřující k bezprostřední ochraně života nebo zdraví, mělo by zdravotnické zařízení dát soudu, který ustanovil opatrovníka, podnět k přezkoumání, zda daný opatrovník jedná v souladu s nejlepším zájmem zastoupeného (Kopalová, 2008, s. 32).

3.5 Provádění zákroků bez svolení opatrovníka

Bez svolení opatrovníka bude možné provést zákroky za stejných podmínek jako u klienta způsobilého bez jeho souhlasu. Jedná se o situace vyjmenované v § 23odst. 4 zákona č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu. U svéprávného klienta je možné jednat hned, jakmile nastanou níže uvedené okolnosti. U neseprávného klienta by zdravotnický pracovník měl zkusit získat svolení opatrovníka. Mezi situace, kde je nutné provádět zákrok bez svolení klienta či opatrovníka, řadíme například infekční onemocnění, duševní choroby, intoxikace či neodkladný zákrok nutný k záchraně jeho života nebo zdraví (Kopalová, 2008, s. 33).

4 KOMUNIKACE S OSOBAMI S MENTÁLNÍ DISABILITOU VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ

Komunikace s osobami s mentální disabilitou ve zdravotnickém zařízení je podstatnou a velmi důležitou složkou komplexního léčebného procesu, a proto je komunikace s osobami s mentální retardací v této kapitole více rozebrána. Pro realizaci kvalitní ošetrovatelské péče, která je založena na aktivním kontaktu sestry s klientem, je nezbytné, aby měl klient a jeho rodina maximální důvěru k ošetřujícímu personálu. Vzájemný vztah, který si vytvoří sestra s klientem a s jeho rodinou umožňuje úzkou spolupráci a urychluje edukační i terapeutický efekt ošetrovatelské péče. Nevhodné jednání sestry může komplikovat ošetrovatelskou i léčebnou péči (Ptáček, 2011, s. 270).

4.1 Komunikační problémy osob s mentální retardací

Mentální retardace nezasahuje pouze intelekt člověka, ale prostupuje celou osobnost. Schopnost komunikace je tedy v tomto případě vždy ovlivněna, i když v závislosti na individuálních zvláštěnostech různým způsobem a v rozdílné míře. Časté jsou kombinace mentální retardace a jiných vad či poruch, které mají další specifický vliv na komunikační možnosti daného jedince. Typickým příkladem jsou poruchy autistického spektra či některé důsledky chromozomálních vad typu známého Downova syndromu (Slowík, 2010, s. 47 - 50).

4.2 Charakteristiky jednotlivých stupňů mentální retardace vzhledem ke komunikaci

V této kapitole jsou rozebrány jednotlivé stupně mentální retardace vzhledem ke komunikaci.

4.2.1 Lehká mentální retardace – IQ 50 - 69

S klienty s lehkou mentální retardací se lze obvykle dorozumět bez větších problémů běžnou řečí. Srozumitelnost jejich vyjadřování může být zhoršena nesprávnou výslovností některých hlásek – dyslalie. Vyjadřování je jednoduché, ne vždy gramaticky správné a zpravidla je menší aktivní i pasivní slovní zásoba, proto nemusejí rozumět složitějším sdělením. Velmi často používají ustálené fráze, které slyší ve svém okolí od rodičů, kamarádů či spolupracovníků.

Spontánnost jejich komunikace může druhé zaskočit. Není rušivá, ale spíše vstřícná (Slowík, 2010, s. 48).

4.2.2 Středně těžká mentální retardace – IQ 35 - 49

Úroveň řeči osob se středně těžkou mentální retardací může být pro běžnou komunikaci chvílemi nedostačující. Ke komunikaci mají velmi omezenou slovní zásobu, která spolu s často závažnými vadami výslovnosti a gramaticky nesprávným vyjadřováním stěžuje možnost rozumět jejich sdělením. Pokud se člověk soustředí na hlavní myšlenku jejich velmi jednoduchých sdělení, lze nakonec lehce pochopit podstatu projevu. Pro zlepšení srozumitelnosti je vhodné využít některé prvky augmentativní komunikace jako je gestikulace, názorné předměty a obrázky. Taktilní formy dorozumívání jako jsou dotyky, objetí, pohlazení apod. mohou těmto jedincům napomoci k vytvoření dobré komunikační atmosféry a umožní srozumitelně vyjádřit to, co je pro ně vzhledem k omezeným řečovým schopnostem jinak nesdělitelné (Slowík, 2010, s. 49).

4.2.3 Těžká mentální retardace – IQ 20 - 34

S osobami s těžkou mentální retardací se lze jen velmi těžko domluvit běžnou řečí. V ojedinělých případech jsou schopni ještě srozumitelně komunikovat pomocí několika jednotlivých slov, častěji se však snaží dorozumět neartikulovanými zvuky, dotyky, gestikulací, ukazováním na předměty apod. Je tedy zcela nezbytné využívat alternativních metod komunikace. Mezi osvědčené patří piktogramy nebo jiné srozumitelné symbolické a obrázkové systémy jako je např. Makaton, komunikační tabulky apod. (Slowík, 2010, s. 50).

4.2.4 Hluboká mentální retardace – IQ nižší než 20

U osob s hlubokou mentální retardací je samotné setkání s druhým člověkem základním problémem. Pro velmi závažné postižení mozku bývají tito lidé často imobilní a zcela závislí na pomoci pečovateli. I s těmito lidmi však lze prokazatelně navázat komunikaci, a dokonce to může vést k mimořádnému zvýšení kvality jejich života. Dorozumívání s těmito osobami je velmi náročné a vyžaduje dlouhodobou a intenzivní individuální práci jednoho profesionála s jedním klientem. Pomocí speciálních metod, jako jsou například metody bazálního dialogu, je možné zachytit základní sdělení týkající se jeho aktuálních pocitů, prožitků a potřeb. Toto lze

rozeznat využitím nonverbálních projevů jako je rytmus a intenzita dýchání, napětí svalstva, pohyby očí, pohyby končetin, neartikulované zvuky a podobně. Tyto nonverbální projevy je nutné se naučit a správně dekodovat a porozumět jejich významu (Slowík, 2010, s. 50).

4.3 Zásady komunikace s osobami s mentální retardací

Komunikace s osobou s mentální retardací by měla probíhat jako komunikace se zdravým klientem. Je nutná větší trpělivost a takt. Vhodné je empatické chování. Jednání by mělo být profesionální. Zdravotnický personál by měl hovořit jasně, stručně a srozumitelně. Dané instrukce by se měly několikrát zopakovat a následně sledovat zpětnou vazbu. Pozor by se měl dávat na neverbální komunikaci. Informace se klientovi sdělují tak, aby jim rozuměl, proto by sdělení mělo být přizpůsobeno možnostem a schopnostem klienta s mentální retardací (Venglářová, 2006, s. 101).

4.4 Alternativní a augmentativní komunikace

Alternativní a augmentativní komunikace (AAK) je především pro ty, kteří nemohou dostatečně komunikovat mluvenou řečí. V AAK jde o nalezení jiných způsobů, které podpoří postiženou schopnost dorozumívání se řečí. Augmentativní komunikační systémy podporují již existující, ale pro běžné dorozumívání nedostačující komunikační schopnosti. Alternativní komunikační systémy se využívají jako náhrada mluvené řeči. Při využití kterékoliv metody AAK by vždy mělo být současné zapojení všech dostupných komunikačních schopností člověka (zbytky mluvené řeči, vokalizace, přirozená gesta, mimika apod.) (Šarounová a kol., 2014, s. 9 - 10).

4.4.1 Specifika AAK u osob s mentální retardací

U osob s mentální retardací lze využít všech metod a pomůcek AAK. Je nutné je modifikovat pro konkrétního klienta, kdy je nutné se zaměřit na jeho schopnosti rozeznat symbol, rozumět jeho názvu a umět ho použít v komunikační situaci. Dále je důležitá schopnost porozumět řeči celkově. Někteří klienti s mentální retardací komunikují velmi dobře s využitím znaků, někteří pomocí jednotlivých fotografií či symbolů, jiné naopak s komplexnějšími komunikačními tabulkami. V případě, že klient nerozumí obrázkům ani komunikačnímu textu je

nutný pomalý nácvik, jelikož sebelepší aplikace či pomůcka sama o sobě komunikaci nevyřeší (Šarounová a kol., 2014, s. 102).

Ve zdravotní péči jsou nejběžnější a nejpoužívanější fotografie, piktogramy a komunikační tabulky. Díky těmto pomůckám se může zlepšit komunikace mezi sestrou a klientem. Při plánovaných operacích lze po dohodě se zdravotnickým pracovníkem dopředu vymežit pokyny, které opatrovník může s klientem nacvičit a tak zajistit lepší podmínky během hospitalizace.

- **Fotografie** – může znázornit předměty, osoby, místa, činnosti. Je to nejrealističtější dvojrozměrné znázornění. Je srozumitelnější než grafický symbol nebo obrázek. S fotografiemi lze pracovat jednotlivě v podobě kartiček, nebo je sestavovat do komunikačních tabulek (Šarounová a kol., 2014, s. 17-23; SPC pro děti s vadami řeči, 2011).
- **Grafické symboly – Piktogramy** – jde o jednoduché bílé symboly na černém pozadí. Zobrazují konkrétní pojmy, ideogramy poté pojmy abstraktní.
- **Komunikační tabulky** – ze symbolů lze sestavovat komunikační tabulky. Mohou mít různé podoby. Lze je kombinovat s fotografiemi. Vycházejí z potřeb klienta. Zvolený symbol klient indikuje ukázněním prstem, pěstí, pohledem atd. dle svých motorických možností (Šarounová a kol., 2014, s. 17-23; SPC pro děti s vadami řeči, 2011).

5 SPECIFIKA PERIOPERAČNÍ PÉČE U OSOB S MENTÁLNÍ DISABILITOU

Z výše uvedených kapitol, které pojednávají o perioperační péči a problematice mentální retardace vyplývá, že u perioperační péče, která začíná přípravou klienta k operačnímu výkonu, operací až po stabilizaci a propuštění klienta, je nutné k těmto klientům přistupovat odlišně. Je velmi důležité věnovat pozornost potřebám klienta s mentální retardací a to jak po psychické tak i po fyzické stránce.

Tato kapitola je zaměřena na specifika péče před operací, v průběh a po operaci u osob s mentální retardací.

5.1 Specifika předoperační péče u osob s mentální retardací

Předoperační fáze začíná rozhodnutím o operačním výkonu a končí převozem klienta na OS. V tomto období klient prochází různými vyšetřeními. PA/ VŠS připravuje klienta psychicky a fyzicky k operačnímu výkonu, zajišťuje ordinace lékaře a poskytuje dle svých kompetencí informace. Všeobecná příprava zahrnuje tělesnou a psychickou přípravu klienta (Jedličková, 2012, s. 17; Slezáková a kol., 2010, s. 34).

Při přijetí mentálně retardovaného klienta je hlavním úkolem PA / VŠS získat si jeho důvěru a vybudovat kladný vztah. Základem je podrobná analýza a hodnocení potřeb klienta, způsobu komunikace a především úrovně soběstačnosti. Podle vyhodnocení je následně zvolena míra asistence. PA/ VŠS musí v péči o klienta s mentální retardací zachovávat všechna etická pravidla. Většina mentálně retardovaných osob potřebuje ve svém životě určitý řád. Pro klienty, kteří jsou z ústavů sociální péče, není problém podřídit se nemocničnímu řádu, jelikož ten ústavní bývá podobný. Naopak klienti vyrůstající a žijící v rodině se obvykle velmi špatně přizpůsobují. Proto je nutné se snažit jim nemocniční řád a systém přizpůsobit tak, aby se co nejvíce blížil jejich domácím návykům. Pokud klientovi sestra vysvětluje důležitost určitého režimu, musí to dělat opakovaně a přiměřeně schopnostem jeho chápání. Předání informací před operací je prováděno za přítomnosti opatrovníka, jestliže je klient zbaven svéprávnosti. Opatrovník následně podepisuje informované souhlasy (Marková, Venglářová, 2006, s. 310 - 314).

Dle předpisu č. 372/2011 Sb., zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, část IV. - postavení pacienta a jiných osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, hlava I, práva a povinnosti pacienta a jiných osob, práva pacienta uvádí dle § 28, že: „*Pacient má při poskytování zdravotních služeb právo na nepřetržitou přítomnost opatrovníka, popřípadě osoby určené opatrovníkem, je-li osobou, jejíž svéprávnost je omezena tak, že není způsobilá posoudit poskytnutí zdravotních služeb, popřípadě důsledky jejich poskytnutí (dále jen „pacient s omezenou svéprávností“)*“. V případě, že oddělení nemá dostatečnou kapacitu volných lůžek, je opatrovník nucen v dané situaci vyhledat ubytování mimo areál nemocnice. Dále dle § 30 má: „*Pacient se smyslovým postižením nebo s těžkými komunikačními problémy zapříčiněnými zdravotními důvody má při komunikaci související s poskytováním zdravotních služeb právo dorozumívat se způsobem pro něj srozumitelným a dorozumívacími prostředky, které si sám zvolí, včetně způsobů založených na tlumočení druhou osobou.*“ Odstavec 3 § 30 dále pojednává o hospitalizaci s asistenčním psem, kdy: „*Pacient se smyslovým nebo tělesným postižením, který využívá psa se speciálním výcvikem, má právo s ohledem na svůj aktuální zdravotní stav na doprovod a přítomnost psa u sebe ve zdravotnickém zařízení, a to způsobem stanoveným vnitřním řádem tak, aby nebyla porušována práva ostatních pacientů, nestanoví-li jiný právní předpis jinak; to neplatí, jde-li o osoby ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence. Psem se speciálním výcvikem se pro potřeby věty první rozumí vodící pes nebo asistenční pes.*“ (Česká republika, 2011).

Informace o zdravotním stavu pacienta a o navržených zdravotních službách dle § 31, odst. 4 uvádí, že: „*Informace o zdravotním stavu se nepodá pacientovi, který v důsledku svého zdravotního stavu není schopen poskytované informace vůbec vnímat.*“ Odst. 5, § 31 dále uvádí: „*Jde-li o nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností, právo na informace o zdravotním stavu a právo klást otázky náleží zákonnému zástupci nebo opatrovníkovi pacienta a pacientovi, je-li k takovému úkonu přiměřeně rozumově a volně vyspělý.*“ (Česká republika, 2011).

Hospitalizace pacienta a poskytování zdravotních služeb bez souhlasu a použití omezovacích prostředků je obsaženo v § 38, odst. 2: „*Nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností lze bez souhlasu zákonného zástupce nebo opatrovníka hospitalizovat též v případě, jde-li o podezření na týrání, zneužívání nebo zanedbávání*“ (Česká republika, 2011).

5.2 Specifika péče na operačním sále u osob s mentální retardací

Intraoperační péče začíná překladem klienta s mentální retardací na operační stůl v prostoru operačního traktu. Klient je uložen, zakryt jednorázovou přikrývkou či prostěradlem a zabezpečen pásy na dolních a horních končetinách. Perioperační a anesteziologická sestra provede identifikaci klienta. V případě, že se u klienta jedná o lehkou mentální retardaci, provádí sestra identifikaci přímo s klientem v předsáli a na OS. U klientů se střední až hlubokou mentální retardací provádí perioperační nebo anesteziologická sestra identifikaci dle individuální schopnosti komunikace klienta. Pokud není klient na dostatečné mentální úrovni a není schopen komunikovat, provádí sestra identifikaci s jeho opatrovníkem. Poté je klient převezen na příslušný OS dle rozpisu na operačním programu. Intraoperační etapa končí předáním klienta na dospávací pokoj, standardní oddělení, JIP či ARO (Jedličková, 2012, s. 155; Wichsová a kol., 2013, s. 137-138).

5.3 Specifika pooperační péče u osob s mentální retardací

Pooperační péče začíná přijetím klienta s mentální retardací na oddělení a končí úplným zotavením. Dle typu a délky operačního výkonu, způsobu anestezie, pooperačních komplikací a přidružených onemocnění je klient převezen buď na dospávací pokoj, na JIP nebo na ARO, kde se klient zotavuje z anestezie. Sestra monitoruje stav fyziologických funkcí, bolesti, stav operační rány, odpady z drénů. V této fázi již může být přítomen opatrovník klienta a informovat se o jeho zdravotním stavu a dalších léčebných postupech (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 47; Jedličková, 2012, s. 156; Kala, Penka, 2010, s. 43).

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

6 METODIKA VÝZKUMU

Výzkumná část zahrnuje 2 typy výzkumu, kvantitativní a kvalitativní. Kvantitativní část šetření je provedena formou dotazníku a kvalitativní pomocí rozhovoru. Výsledky šetření jsou uvedeny v následujících kapitolách. Data byla zpracována v programu MS Excell.

6.1 Výzkumné cíle práce

- Zjistit, jak jsou vybraná zdravotnická zařízení připravena na pobyt klientů s mentální disabilitou.
- Zjistit, zda je vztah mezi typem nemocnice a úrovní připravenosti na pobyt pacientů s mentální disabilitou.

6.2 Výzkumné otázky

Na základě studia literatury a stanovených cílů práce byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

1. Jaká, z poskytovaných služeb pro osoby s mentální disabilitou je nejlépe zajišťována ve sledovaných zdravotnických zařízeních?
2. Na jaké úrovni je zdravotnický personál v oblasti péče a komunikace s osobami s mentální disabilitou?

6.3 Kvantitativní šetření

6.3.1 Metoda

Diplomová práce je prací teoreticko – výzkumnou. Ve výzkumném šetření byl použit nestandardizovaný dotazník (viz Příloha A), který byl vytvořen v rámci Studentské grantové soutěže Univerzity Pardubice ve spolupráci s Národní radou osob se zdravotním postižením České republiky číslo 70150/20/SG740002. Dotazník je členěn do pěti částí. I. část je zaměřena na obecné informace o oslovených zdravotnických zařízeních. II. sekce je zaměřena na

zabezpečení péče o osoby s tělesnou disabilitou. III. část se zabývá péčí o osoby s mentální disabilitou, IV. část o osoby se zrakovou disabilitou a poslední, V. sekce, je zaměřena na péči o osoby se sluchovou disabilitou.

Pro diplomovou práci, která je věnována specifickým perioperační péče o osoby s mentální disabilitou, byly využity z dotazníku pouze otázky z I. části (obecné informace) a ze III. části, která byla věnována osobám s mentální disabilitou. I. část obsahuje 5 otázek - 3 výběrové, kde je vždy pouze 1 možná odpověď a 2 otevřené otázky. III. část zabývající se osobami s mentální disabilitou obsahuje 7 dichotomických otázek.

Sběr dat probíhal ve dvou fázích od července do srpna roku 2014. V první fázi, která probíhala od 1. 7. 2014 do 31. 7. 2014, byla všem vedoucím pracovníkům oslovených zařízení rozeslána tištěná verze dotazníku. Ve druhé fázi, která probíhala od 25. 7. 2014 do 18. 8. 2014, byly všem osloveným zařízením rozeslány elektronické verze dotazníku za účelem zvýšení návratnosti dotazníků. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit připravenost českých nemocnic na pobyt klientů s mentální disabilitou.

6.3.2 Výzkumný vzorek

Dotazník byl rozeslán do fakultních nemocnic, nemocnic akutní péče a nemocnic následné péče. Celkem se jednalo o 188 zařízení, jejichž vedoucí pracovníci souhlasili se zařazením do výzkumného šetření a jejichž účast na tomto šetření byla zcela dobrovolná. Z celkového počtu 188 oslovených zařízení odpovědělo 156 zařízení. Některé dotazníky nebyly zcela vyplněny, proto bylo zpracováno pouze 131 kompletně vyplněných dotazníků, návratnost tedy byla 70 %. Pro zpracování dat v rámci diplomové práce byly vyřazeny nemocnice následné péče vzhledem ke stanoveným cílům zaměřujícím se pouze na specifika perioperační péče, jelikož nemocnice následné péče neposkytují perioperační péči. Z celkového počtu 131 dotazníků bylo vyhodnoceno 114 dotazníků.

Mezi oslovená zařízení byly zařazeny – fakultní nemocnice a nemocnice akutní péče. Fakultní nemocnice jsou zdravotnická zařízení lůžkové péče a současně vzdělávací zařízení zřízená centrálními orgány České republiky. Poskytují ambulantní péči, lůžkovou péči akutní, péči ve specializovaných a vysoce specializovaných oborech. Výjimečně mohou poskytovat i následnou ošetrovatelskou péči.

Nemocnice akutní péče jsou zdravotnická zařízení lůžkové péče. Poskytují ambulantní péči a lůžkovou péči akutní i následnou ošetrovatelskou ve specializovaných a vysoce specializovaných oborech.

6.4 Kvalitativní výzkumné šetření

Kvalitativní výzkumné šetření sloužilo k ověření dotazníkových otázek týkající se poskytovaných služeb klientům s mentální disabilitou. Výzkum byl proveden v jednom ze zdravotnických zařízení, ve kterém probíhalo dotazníkové šetření. Šetření bylo provedeno z důvodu limitů kvantitativního výzkumného šetření a pro potřeby doplnění a zpřesnění některých informací.

6.4.1 Metoda

Kvalitativní výzkum byl proveden pomocí polostukturovaného rozhovoru vycházejícího z otázek, které byly uvedeny v dotazníku. Tyto otázky byly rozebírány podrobněji a zjišťovaly připravenost zdravotnického zařízení na pobyt klientů s mentální disabilitou. Rozhovor byl proveden s vrchní sestrou gynekologického oddělení ve fakultní nemocnici východočeského kraje.

6.5 Zpracování dat kvantitativního šetření

Výsledky kvantitativního výzkumného šetření byly zpracovány popisnou statistikou pomocí absolutní (n_i) a relativní (f_i) četnosti, (n) označuje rozsah souboru a (Σ) součet. Následně pak byly vytvořeny tabulky a grafy v programu Microsoft Excel. Grafy a tabulky byly doplněny

o stručné slovní okomentování. Pro výpočet relativní četnosti byl použit vzorec $f_i = \frac{n_i}{n} * 100 [\%]$

7 KVALITATIVNÍ VÝZKUM – ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

7.1 Typ nemocnice

První otázka obecné části dotazníku se dotazovala na typ nemocnice. Tato otázka byla uzavřená výběrová, kde byla možná pouze jedna odpověď. V Tabulce 1 lze vyčíst relativní a absolutní četnosti rozložení výzkumného vzorku. Z celkového počtu 114 dotazovaných nemocnic, fakulního typu a nemocnic akutní péče, se výzkumu zúčastnilo 10 (9 %) fakulních nemocnic a 104 (91 %) nemocnic akutní péče.

Tabulka 1 Typ nemocnice

TYP NEMOCNICE	Počet zařízení ve výzkumu		Celkový počet zařízení dle ÚZIS	
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)
Fakultní nemocnice	10	9	10	6
Nemocnice akutní péče	104	91	146	94
Σ	114	100	156	100

*Zdroj dat: ÚZIS, Síť zdravotnických zařízení 2014

7.2 Počet lůžek

Další otázka I. části dotazníku zjišťovala počet lůžek zdravotnických zařízení. Tato otázka byla uzavřená výběrová, kde byla možná pouze jedna odpověď. Tabulka 2 poukazuje na rozložení jednotlivých zařízení ve vzorku dle počtu lůžek.

Tabulka 2 Počet lůžek

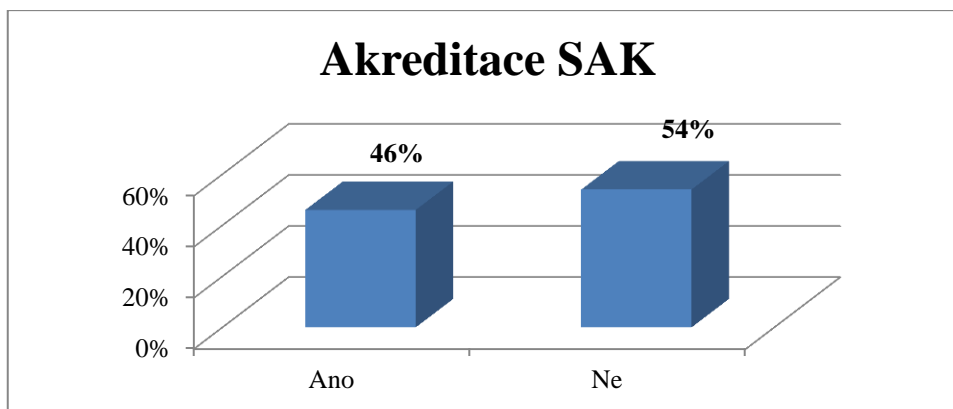
POČET LŮŽEK	Zařízení dle počtu lůžek ve vzorku výzkumu		Zařízení dle počtu lůžek dle ÚZIS	
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)
0 - 99	15	13	46	24
100 - 199	25	22	53	28
200 - 299	16	14	22	12
300 - 499	34	30	40	21
500 - 699	10	9	11	6
700 - 999	5	4	5	3
1000 a více	9	8	11	6
Σ	114	100	188	100

*Zdroj dat: ÚZIS, Síť zdravotnických zařízení 2014

Tabulka 2 znázorňuje počet lůžek dle výzkumu a dle ÚZIS u sledovaných nemocnic. Ze skupiny nemocnic s nejmenším počtem lůžek, tedy 0 - 99, se zúčastnilo 15 (13 %) zařízení. Ze skupiny nemocnic s počtem lůžek 100 - 199 se zúčastnilo 25 (22 %) zařízení. Ze skupiny nemocnic s počtem lůžek 200 - 299 se zúčastnilo 16 (14 %) zařízení. Počet lůžek 300 – 499 uvedlo 34 (30 %) nemocnic, 500 – 699 lůžek uvedlo 10 (9 %) nemocnic. 5 (4 %) zdravotnických zařízení uvedlo 700 – 999 lůžek a 1000 a více lůžek uvedlo 9 (8 %) oslovených zdravotnických zařízení.

7.3 Akreditace SAK

Další otázka obecné části dotazníku zjišťovala, zda sledovaná zařízení mají udělenou akreditaci Spojené akreditační komise. Tato otázka byla uzavřená výběrová, kde byla možná pouze jedna odpověď.



Obrázek 1 Akreditace SAK

Obrázek 1 ukazuje, že z celkového počtu 114 dotazovaných nemocnic má akreditaci SAK 53 (46 %) nemocnic a 61 (54 %) nemocnic tuto akreditaci nemá. Fakultní nemocnice uvedly v 7 případech, že akreditaci SAK mají a pouze 3 nikoliv a z nemocnic akutní péče akreditaci SAK má 46 zařízení a 68 ne. Spojená akreditační komise se zaměřuje na zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče v ČR.

7.4 Orientační nápisy

Otázka: Jednoduché orientační nápisy

První otázka sekce mentální disability se zabývala otázkou, zda oslovené nemocnice využívají jednoduchých orientačních nápisů. Tato otázka byla dichotomická, kdy oslovené zařízení mohlo vybrat jednu možnou odpověď.

Tabulka 3 Orientační nápisy

Odpovědi	Fakultní nemocnice		Nemocnice akutní péče	
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)
ANO	9	90	84	81
NE	1	10	20	19
Σ	10	100	104	100

Tabulka 3 znázorňuje, jak oslovená zdravotnická zařízení využívají jednoduchých orientačních nápisů. Tyto nápisy klientům mohou napomáhat lépe se orientovat ve

zdravotnických zařízeních. Tím může být snížen pocit nejistoty a klient se může lépe adaptovat. Z oslovených 10 fakultních nemocnic tyto nápisy používá 9 (90 %) a pouze 1 (10 %) nikoliv. Nemocnice akutní péče také ve většině případů uvedla, že 84 (81 %) nemocnic využívá jednoduchých orientačních nápisů a 20 (19 %) ne.

7.5 Klinický psycholog

Otázka: Povolání klinického psychologa k vyšetření

Druhá otázka zjišťovala, zda oslovené nemocnice povolávají klinického psychologa k vyšetření klienta s mentální disabilitou. Tato otázka byla dichotomická, kdy oslovené zařízení mohlo vybrat jednu možnou odpověď.

Tabulka 4 Klinický psycholog

Odpovědi	Fakultní nemocnice		Nemocnice akutní péče	
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)
Ano	10	100	73	70
Ne	0	0	31	30
Σ	10	100	104	100

Tabulka 4 poukazuje na využívání klinického psychologa u oslovených zařízení. Klinický psycholog může být přivolán k vyšetření klienta. Na základě vyšetření pak doporučí způsob komunikace a postup ošetrovatelské péče v průběhu hospitalizace. Všechny oslovené fakultní nemocnice, tedy 10 (100 %) povolávají klinického psychologa k vyšetření klienta s mentální disabilitou. Nemocnice akutní péče uvedly, že většina těchto nemocnic, tedy 73 (70 %) také povolává klinického psychologa a 31 (30 %) nikoliv.

7.6 Vyškolený personál

Otázka: Vyškolený personál pro komunikaci s osobou s mentální disabilitou

Třetí otázka zkoumala, zda oslovené nemocnice mají vyškolený personál pro komunikaci s klienty s mentální disabilitou. Tato otázka byla dichotomická, kdy oslovené zařízení mohlo vybrat jednu možnou odpověď.

Tabulka 5 Vyškolený personál

Odpovědi	Fakultní nemocnice		Nemocnice akutní péče	
	n_i	$f_i(\%)$	n_i	$f_i(\%)$
Ano	6	60	38	37
Ne	4	40	66	63
Σ	10	100	104	100

Tabulka 5 znázorňuje, jak mají oslovené nemocnice vyškolený personál pro komunikaci s klienty s mentální disabilitou. Komunikace s těmito klienty patří mezi nejdůležitější prvek při poskytování ošetrovatelské péče. Má svá specifika. Výsledky této otázky nejsou příliš uspokojivé. Během hospitalizace by tak mohl nastat problém. Fakultní nemocnice uvedly, že 6 (60 %) má vyškolený personál pro komunikaci s klienty s mentální disabilitou a 4 (40 %) nikoliv. Překvapivě nemocnice akutní péče uvedly pouze v 38 (37 %) z nich vyškolený personál a 66 (63 %) nikoliv.

7.7 Alternativní komunikace

Otázka: Užití alternativní komunikace (obrázky, piktogramy)

Čtvrtá otázka zkoumala, zda oslovené nemocnice využívají alternativní komunikace, jako jsou obrázky či piktogramy pro komunikaci s klienty s mentální disabilitou. Tato otázka byla dichotomická, kdy oslovené zařízení mohlo vybrat jednu možnou odpověď.

Tabulka 6 Alternativní komunikace

Odpovědi	Fakultní nemocnice		Nemocnice akutní péče	
	n_i	$f_i(\%)$	n_i	$f_i(\%)$
Ano	10	100	68	65
Ne	0	0	36	35
Σ	10	100	104	100

Tabulka 6 znázorňuje využití alternativní komunikace v oslovených nemocnicích. Díky pomůckám AAK se může zlepšit komunikace mezi perioperační sestrou a klientem. Při plánovaných operacích lze po dohodě se zdravotnickým pracovníkem dopředu vymežit pokyny, které opatrovník může s klientem nacvičit a tak pro něj zajistit lepší podmínky během hospitalizace. Z výsledků je patrné, že oslovené zařízení ve většině případů využívá metod alternativní komunikace. Fakultní nemocnice opět ve všech případech, tedy 10 (100 %) uvedly využití alternativní komunikace. Nemocnice akutní péče také ve většině případů, tedy 68 (65 %) využívají alternativní komunikace a 36 (35 %) nikoliv.

7.8 Doprovod

Otázka: Možnost doprovodu (asistenta) při vyšetření

Pátá otázka zkoumala, zda oslovené nemocnice umožňují klientům doprovod asistenta do nemocnice. Tato otázka byla dichotomická, kdy oslovené zařízení mohlo vybrat jednu možnou odpověď.

Tabulka 7 Doprovod asistenta

Odpovědi	Fakultní nemocnice		Nemocnice akutní péče	
	n_i	$f_i(\%)$	n_i	$f_i(\%)$
Ano	10	100	96	92
Ne	0	0	8	8
Σ	10	100	104	100

Tabulka 7 poukazuje na možnost doprovodu (asistenta) při vyšetření u dotazovaných typů nemocnic. Možnost doprovodu je pro klienta výhodou. Nové prostředí, lidé a situace pro ně mohou být velmi stresující. Výsledky této otázky vyšly velmi pozitivně. Opět všechny dotazované fakultní nemocnice, tedy 10 (100 %) umožňují osobám s mentální disabilitou doprovod. I u většiny nemocnic akutní péče, tedy 96 (92 %) je umožněn doprovod a pouze u 8 (8 %) doprovod není možný.

7.9 Hospitalizace s doprovodem

Otázka: Možnost doprovodu (asistenta) při hospitalizaci

Šestá otázka zkoumala, zda oslovené nemocnice umožňují klientům doprovod asistenta v průběhu jeho hospitalizace. Tato otázka byla dichotomická, kdy oslovené zařízení mohlo vybrat jednu možnou odpověď.

Tabulka 8 Doprovod při hospitalizaci

Odpovědi	Fakultní nemocnice		Nemocnice akutní péče	
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)
Ano	10	100	86	83
Ne	0	0	18	17
Σ	10	100	104	100

Tabulka 8 znázorňuje, jak oslovené nemocnice umožní klientům s mentální disabilitou doprovod asistenta během hospitalizace. Tato služba je pro klienta výhodou. Nové prostředí, lidé a situace pro ně mohou být velmi stresující a doprovod může pomoci zdravotnickému personálu při poskytování ošetrovatelské péče. I v této otázce všechny dotazované fakultní nemocnice, tedy 10 (100%) umožňují hospitalizaci s doprovodem. Nemocnice akutní péče uvedly, že v 86 (83 %) zařízeních umožňují hospitalizaci s doprovodem a pouze 18 (17 %) nikoliv.

7.10 Asistenční pes

Otázka: Hospitalizace s asistenčním psem

Sedmá otázka zkoumala, zda oslovené nemocnice umožňují klientům doprovod asistenta v průběhu jeho hospitalizace. Tato otázka byla dichotomická, kdy oslovené zařízení mohlo vybrat jednu možnou odpověď.

Tabulka 9 Asistenční pes

Odpovědi	Fakultní nemocnice		Nemocnice akutní péče	
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)
Ano	10	100	57	55
Ne	0	0	47	45
Σ	10	100	104	100

Tabulka 9 znázorňuje, jak dotazované typy nemocnic umožňují hospitalizaci osob s mentální disabilitou s asistenčním psem. Asistenční pes může pomáhat s péčí o klienta s mentální disabilitou. Všechny dotazované fakultní nemocnice, tedy 10 (100 %) umožňují osobám s mentální disabilitou hospitalizaci s asistenčním psem. U nemocnice akutní péče umožňuje hospitalizaci s asistenčním psem 57 (55 %) zařízení a 47 (45 %) nikoliv.

7.11 Souhrnná tabulka poskytovaných služeb

Tabulka 10 Služby poskytované pacientům s mentální disabilitou

TYP SLUŽBY	Fakultní nemocnice				Nemocnice akutní péče				Σ
	Ano		Ne		Ano		Ne		
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)	
Jednoduché orientační nápisy	9	90	1	10	84	81	20	19	114
Povolání klinického psychologa k vyšetření	10	100	0	0	73	70	31	30	114
0Výškolený personál pro komunikaci s osobou s mentálním handicapem	6	60	4	40	38	37	66	63	114
Užití alternativní komunikace (piktogramy, obrázky)	10	100	0	0	68	65	36	35	114
Možnost doprovodu asistenta při vyšetření	10	100	0	0	96	92	8	8	114
Možnost doprovod asistenta během hospitalizaci	10	100	0	0	86	83	18	17	114
Hospitalizace s asistenčním psem	10	100	0	0	57	55	47	45	114

V tabulce 10 jsou uvedeny služby nabízené klientům s mentální disabilitou. Nejlépe zajišťovanou službou ve sledovaných zdravotnických zařízeních vyšla možnost doprovodu asistenta při vyšetření. Na druhém místě, dle získaných odpovědí je možnost doprovodu asistenta během hospitalizace, kde oslovená zdravotnická zařízení skoro ve většině případů tuto službu poskytují. Velmi pozitivně také vyšlo využití jednoduchých orientačních nápisů ve zdravotnických zařízeních. V otázce komunikace se však výsledky již nejeví příliš pozitivně. Vyškolený personál pro komunikaci s klientem s mentální disabilitou má pouze 60 % fakultních nemocnic a 37 % nemocnic akutní péče. Naopak otázka na alternativní komunikaci vyšla u dotazovaných zdravotnických zařízení mnohem lépe, nežli otázka vyškoleného personálu. Fakultní nemocnice ve 100 % a nemocnice akutní péče v 65 % využívají alternativní komunikace. Ve vztahu těchto dvou otázek je zarážející nepoměr mezi nízkým počtem vyškoleného personálu pro komunikaci s osobami s mentální disabilitou a užitím alternativní komunikace. Při hospitalizaci klienta s mentální disabilitou může být bariérou nejen výše zmíněná komunikace, ale i možnost pobytu klienta s asistenčním psem.

8 KVALITATIVNÍ VÝZKUM – INTERPRETACE VÝSLEDKU

Kvantitativní výzkum byl proveden pomocí polostrukturovaného rozhovoru z vrchní sestrou gynekologického oddělení ve fakultní nemocnici východočeského kraje, kde je zřizovatelem Ministerstvo zdravotnictví. Respondentka souhlasila s rozhovorem. Zdravotnické zařízení disponuje akreditací SAK. V úvodu rozhovoru byla respondentka obeznámena s problematikou tématu výzkumného šetření. Rozhovor měl ověřit dotazníkové položky.

Po zodpovězení obecné části následovala specifická část dotazníkového šetření zabývající se mentální disabilitou. Na první otázku, řešící jednoduché orientační nápisy, respondentka uvedla, že v celé budově gynekologického oddělení žádné nápisy určené osobám s mentální disabilitou nemají.

Druhá otázka se zaměřovala na možnosti povolání klinického psychologa k vyšetření klienta s mentální disabilitou. Zde respondentka uvedla, že klinického psychologa mají k dispozici a mohou ho povolat kdykoliv, kdy je to zapotřebí. Zdůraznila, že s touto situací nemají zatím žádnou zkušenost.

Následující otázka se vztahovala na vyškolený personál pro komunikaci s klienty s mentální disabilitou. Respondentka uvedla, že zdravotnický personál neprochází žádným speciálním externím školením. V nemocnici mají vnitřní předpisy, které zdravotnický personál poučí o tom, jak správně přistupovat a komunikovat s klientem s mentální disabilitou.

Čtvrtou otázkou bylo zjišťování užití alternativní komunikace. Respondentka tuto možnost negovala a podotkla, že klientky s mentální disabilitou se vyskytují na oddělení gynekologie velmi málo. Proto, když se takováto klientka dostane na oddělení, snaží se k ní přistupovat individuálně a podřídit se jejím potřebám. Když je v doprovodu opatrovníka snaží se spolupracovat a vytvořit jí co nejlepší a nejpříjemnější podmínky.

Pátá otázka měla za úkol zjistit, zda je možný doprovod asistenta klientky na vyšetření. Zde respondentky odpověděla, že doprovod je možný, ale zatím se s touto situací nesetkala. U otázky šesté, která byla zaměřena na možnost doprovodu asistenta klientky během hospitalizace respondentka uvedla, že doprovod je možný. V případě, že se jedná o hospitalizaci, která je plánovaná, rezervuje se pokoj na oddělení pro klientku s doprovodem. Pokud je hospitalizace akutní, vždy se snaží vytvořit místo pro klientku i s doprovodem. V případě, že není dostatek kapacity pro ubytování doprovodu, snaží se vždy nějakým způsobem místo

vytvořit. Klientka je s doprovodem ubytována na samostatném pokoji pro větší komfort a klid. Opatrovník se při hospitalizaci může s klientkou pohybovat po oddělení a v pooperační fázi po domluvě i na jednotce intenzivní péče.

Na operační trakt doprovod přístup nemá. Svou svěřenkyni může doprovodit ke vchodu na operační sály, ale dál již musí klientka sama. Poslední, sedmá otázka, zjišťovala možnost hospitalizace s asistenčním psem. Respondentka i v této otázce odpověděla kladně. Podotkla, že na tuto situaci mají vnitřní předpisy. Venčení psa by měl zajišťovat opatrovník nebo příbuzní hospitalizované klientky. Klientku s asistenčním psem se snaží umístit na samostatný pokoj. Tím předchází případným konfliktům s ostatními klientkami. Na oddělení se dosud s takovouto situací nesečkali. Po zodpovězení všech otázek z dotazníkového šetření jsem se zajímala, zda má respondentka zkušenosti s klientkou s mentální disabilitou. Respondentka odpověděla, že za celou svou praxi se zatím s takovouto klientkou nesečkala.

Z výsledků rozhovoru vyplynulo, že oslovená nemocnice je na dobré úrovni připravenosti na pobyt klientky s mentální disabilitou. Bohužel, jak respondentka uvedla, výskyt těchto klientek je velmi nízký a díky tomu zdravotnické zařízení a zdravotnický personál nemá skoro žádné zkušenosti.

9 DISKUZE

Hlavním cílem výzkumné části bylo zjistit, jaká je připravenost vybraných zdravotnických zařízení na pobyt klientů s mentální disabilitou. Pro splnění cílů bylo využito nestandardizovaného dotazníku a polostrukturovaného rozhovoru. Pro průzkum byly stanoveny na základě cílů práce 2 výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č. 1: Jaká, z poskytovaných služeb pro osoby s mentální disabilitou je nejlépe zajišťována ve sledovaných zdravotnických zařízeních?

Této výzkumné otázce odpovídala 1., 2., 5., 7. položka dotazníku. Pro dokreslení získaných dat byl proveden kvalitativní výzkum v jedné fakultní nemocnici ve východočeském kraji na gynekologickém oddělení, kde pomocí polostrukturovaného rozhovoru byly rozebírány otázky položené v dotazníku.

První otázka se zabývala jednoduchými orientačními nápisy ve zdravotnických zařízeních. 90 % fakultních nemocnic a 81 % nemocnic akutní péče uvedlo, že tyto nápisy využívají. Z dotazníkového šetření vyplývá, že v obou typech zdravotnických zařízení se většinou nápisy využívají. Při kvalitativním výzkumu však bylo zjištěno, že nápisy využívány nejsou.

Druhou otázkou bylo zjišťováno, zda zdravotnická zařízení povolávají klinického psychologa k vyšetření klienta s mentální disabilitou. Fakultní nemocnice uvedly, že zajištění péče psychologa umožňují vždy v případě potřeby, tedy ve 100 % případů a nemocnice akutní péče zajišťují služby klinického psychologa pouze v 70 %. I tato otázka z dotazníkového šetření dopadla velmi pozitivně. Z rozhovoru vyplynulo, že klinického psychologa mají k dispozici a mohou ho kdykoliv povolát. Na druhou stranu je výskyt klientek na gynekologickém oddělení tak malý, že s touto situací nemají žádné zkušenosti.

Další otázka zjišťovala, zda dotazovaná zdravotnická zařízení umožňují doprovod asistenta (opatrovníka). 100 % fakultních nemocnic a 92 % nemocnic akutní péče doprovod asistenta klientům umožňují. Rozhovorem bylo potvrzeno, že doprovod je vždy umožněn. Čtvrtá otázka se zabývala možností doprovodu asistenta při hospitalizaci klienta s mentální disabilitou. Tuto službu umožňují fakultní nemocnice ve 100 % případů a nemocnice akutní péče v 83 % případů. V rozhovoru nám pověřená osoba sdělila, že fakultní nemocnice tuto službu umožňují a v případě plánované hospitalizace je rezervován samostatný pokoj pro klientku a jeho

doprovod. V případě akutní hospitalizace či nedostatku kapacity lůžek, se vždy snaží vytvořit místo. Asistent (opatrovník) se při hospitalizaci může s klientkou pohybovat po oddělení a v pooperační fázi po domluvě i na jednotce intenzivní péče. Na operační trakt asistent (opatrovník) přístup nemá. Svou svěřenkyňu může doprovodit ke vchodu na operační sály, ale dál již musí klientka sama.

Poslední otázka vztahující se k poskytovaným službám oslovených zdravotnických zařízení se zabývala možností hospitalizace s asistenčním psem. V této otázce 100 % fakultních nemocnic a 55 % nemocnic akutní péče uvedly možnost hospitalizace s asistenčním psem. V rozhovoru fakultní nemocnice opět odpověděla kladně. Pro tyto situace mají své vnitřní předpisy. Venčení asistenčního psa by měl zajišťovat asistent (opatrovník), či příbuzný klientky. Klientka s asistenčním psem je vždy ubytována na samostatný pokoj. Tím se snaží předejít případným konfliktům s ostatními klientkami.

Nejlépe hodnocená služba dle výzkumného šetření vyšla u oslovených zdravotnických zařízení doprovod asistenta (opatrovníka) při vyšetření.

Výzkumná otázka č. 2: Na jaké úrovni je zdravotnický personál v oblasti péče a komunikace s osobami s mentální disabilitou?

S touto výzkumnou otázkou souvisela 3. a 4. položka dotazníku. První otázka se zabývala vyškoleným personálem pro komunikaci s osobou s mentální disabilitou. 60 % fakultních nemocnic a 37 % nemocnic akutní péče uvádějí, že mají vyškolený personál. Tento výsledek již není tak uspokojivý. V rozhovoru nám pověřená osoba z fakultní nemocnice uvedla, že zdravotnický personál neprochází žádným speciálním školením. Mají pouze své vnitřní předpisy, které zdravotnický personál proškolí v tom, jak správně přistupovat a komunikovat s osobami s mentální retardací.

Chrástková (2011) ve své diplomové práci, která se zabývala tématem „*Problematika komunikace u osob s mentálním postižením ve zdravotnickém zařízení*“ uvádí, že komunikace s mentálně retardovanými klienty při hospitalizaci je rozsáhlým problémem. Cílem její práce bylo zjistit, jaké komunikační dovednosti mají zdravotní sestry ve specifické oblasti mentální retardace. Zaměřovala se především na jejich znalosti, praktické „dovednosti“ a zájem o další vzdělávání v této oblasti. I Tvrdíková (2014) ve své bakalářské práci „*Komunikace nelékařských zdravotnických pracovníků v ambulanci s mentálně postiženými klienty*“, která měla za cíl

zmapovat znalosti nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti komunikace s lidmi s mentální retardací, uvádí, že zdravotnický personál nemá velké znalosti ohledně komunikace s mentálně retardovanými klienty. Celkem 8 z 10 sester uvedlo, že jejich znalosti jsou malé nebo žádné. Pouze 2 sestry označily své znalosti jako dobré. Dle názoru respondentů není problematika komunikace s klientem s mentální disabilitou na zdravotní škole či v rámci celoživotního vzdělávání dostatečně řešena.

Druhá otázka byla zaměřena na užití alternativní komunikace, jako jsou obrázky a piktogramy. Z dotazníkového šetření vyšlo, že 100 % fakultních nemocnic a 65 % nemocnic akutní péče využívají alternativní komunikaci. Tento výsledek se jeví velmi uspokojivě, ale po rozhovoru bylo zjištěno, že dotazovaná fakultní nemocnice nevyužívá alternativní komunikaci. Respondentka uvedla, že jedním z důvodů je malý výskyt těchto klientek. V případě, že je hospitalizována klientka s mentální disabilitou, snaží se ke klientce přistupovat individuálně. V případě, že je klientka hospitalizována s asistentem (opatrovníkem), snaží se s ním spolupracovat a vytvořit jí tak co nejlepší podmínky. Pátková (2013) ve své bakalářské práci *„Hospitalizace mentálně postiženého nemocného z pohledu všeobecné sestry“*, která měla za cíl zmapovat pohled na hospitalizaci mentálně retardovaného nemocného z pohledu všeobecné sestry a dodržování pravidel komunikace s mentálně retardovaným uvádí, že dotazované sestry nemají prakticky žádné znalosti v oblasti specifík komunikace s mentálně retardovanými klienty. Neznají ani žádné typy alternativní a augmentativní komunikace. Standardizované pomůcky, jako jsou například piktogramy nebo obrázky nemají k dispozici, a pouze některé z dotazovaných respondentek by byly schopné je vytvořit v případě nutnosti.

Z výše uvedených výsledků vyplývá, že komunikace s mentálně retardovaným klientem při hospitalizaci je rozsáhlým problémem. Zdravotnický personál není v této oblasti dostatečně proškolen. Při hospitalizaci klienta s mentální disabilitou může být komunikace bariérou.

10 ZÁVĚR

Problematika mentální disability je v naší společnosti diskutovaným tématem, ale v oblasti zdravotní péče je, dle mého názoru toto téma lehce opomíjené. Onemocnění, které je potřeba léčit hospitalizací v nemocnici, je vždy velmi psychicky i fyzicky vysilující jak pro zdravého jedince, tak i pro jedince zatíženého mentální disabilitou. Péče o takového klienta vyžaduje velké komunikační schopnosti a znalosti specifík péče.

Tématem diplomové práce byla specifika perioperační péče o osoby s mentální disabilitou. V teoretické části byl vypracován ucelený přehled týkající se perioperační péče, mentální disability, komunikace s osobou s mentální disabilitou a specifík perioperační péče o osoby s mentální disabilitou. Tímto byl naplněn stanovený cíl pro teoretickou část.

Ve výzkumné části byla vyhodnocena data získaná pomocí dotazníkového šetření a polostrukturovaného rozhovoru. Výsledky výzkumného šetření byly shrnuty a porovnány v závěru práce s jinými dostupnými výzkumy. Cíle pro výzkumnou část byly splněny.

Prvním a stěžejním cílem této práce bylo zjistit připravenost českých nemocnic na pobyt klientů s mentální disabilitou. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že celková připravenost oslovených zdravotnických zařízení je celkem na vysoké úrovni. Po detailnějším zkoumání pomocí rozhovoru vyplynulo, že některé služby poskytované klientkám s mentální disabilitou nejsou na tak vysoké úrovni nebo nejsou zajištěny plošně v celém zdravotnickém zařízení.

V otázkách jednoduchých orientačních napsů, povolání klinického psychologa, doprovodu asistenta, hospitalizace klientky s asistentem a hospitalizace s asistenčním psem vyšly výsledky velmi pozitivně. Oslovená zdravotnická zařízení skoro ve všech případech uvedla možnost využití těchto služeb. Problémem je dle mého názoru komunikace, která je ve vztahu ke klientům s mentální disabilitou snad tou nejdůležitější částí při poskytování zdravotní péče. I přesto, že oslovená zdravotnická zařízení v dotazníkovém šetření odpovídala ve většině případů kladně, se při hlubším prozkoumání ukázalo, že zdravotnický personál je v této problematice edukován pouze interním školením v daném zdravotnickém zařízení. Domnívám se, že velkým problémem je malý výskyt klientů s mentální disabilitou a tím i malé zkušenosti zdravotnického personálu. Oslovená zdravotnická zařízení odpovídala v otázce alternativní komunikace ve většině případů kladně. Všechny fakultní nemocnice uvedly využívání alternativní komunikace, ale při rozhovoru bylo zjištěno, že tuto komunikaci nevyužívají a při hospitalizaci klientky

s mentální disabilitou postupují individuálně. Zdravotnický personál se snaží s klientkami dorozumívat dle možností a spolupracují s jejich doprovodem.

Druhým cílem této práce bylo zjistit, zda je vztah mezi typem nemocnice a úrovní připravenosti na pobyt pacientů s mentální disabilitou. Z výsledků vyplynulo, že nejlépe jsou připraveny fakultní nemocnice.

Z výše uvedených výsledků usuzuji, že připravenost zdravotnických zařízení je teoreticky na dobré úrovni, ale díky nízkému výskytu klientů s mentální disabilitou nemá zdravotnický personál dostatečné zkušenosti. Domnívám se, že komunikace a specifický přístup ke klientům s mentální disabilitou je prioritní.

Tato práce měla své limity. Dotazníkovým šetřením jsme se oslovených zdravotnických zařízení dotazovaly na poskytování služeb pro klienty s mentální disabilitou. Otázky obsažené v dotazníku byly dichotomické, kdy oslovené zařízení mohlo vybrat jednu možnou odpověď, ano či ne. Tím dotazníkové šetření vyšlo velmi pozitivně. Po detailnějším zkoumání pomocí rozhovoru ovšem vyplynulo, že některé služby poskytované klientům s mentální disabilitou nejsou na tak vysoké úrovni nebo nejsou zajištěny plošně v celém zdravotnickém zařízení.

Pro další zkoumání a prohlubování této problematiky, bych doporučila vytvořit dotazník, kde oslovená zdravotnická zařízení budou přesněji a detailněji odpovídat na položené otázky. Dále bych doporučila zdravotnickým zařízením zařadit do programu vzdělávání přednášky pro zdravotnický personál o komunikaci s klienty s mentální disabilitou. Celkově se domnívám, že tato problematika je málo zmapována a společnost by jí měla věnovat více pozornosti.

11 LITERATURA

1. ČERNÁ, Marie a Petr BARTŮNĚK. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2008, 222 s. ISBN 978-802-4615-653.
2. ČESKO. Zákon č. 89 ze dne 03. února 2012 občanský zákoník. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>.
3. ČESKO. Zákon č. 372 ze dne 06. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*, 2011. Dostupné také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast4>.
4. DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch: pro zdravotnické asistenty 4. ročník*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 632 s. ISBN 978-80-247-1620-6.
5. CHRÁSTKOVÁ, Eva. *Problematika komunikace u osob s mentálním postižením ve zdravotnickém zařízení* [online]. Olomouc, 2011 [cit. 2015-30-03]. Dostupné z: <http://1url.cz/kvoM>. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Mgr. Bc. Renata Kojecká.
6. JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
7. JEDLIČKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, 268 s. ISBN 978-807-0135-433.
8. KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace: pro zdravotnické asistenty 4. ročník*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 135 s. Sestra. ISBN 978-802-4728-315.
9. KOPALOVÁ, Michaela a Robert CHOLENSKÝ. *Jak získat informovaný souhlas pacienta v praxi*. Vyd. 2. Liga lidských práv: Artron, 2008, 73 s. [online]. 2014 [cit. 2014-8-10]. Dostupné z: <http://1url.cz/rvoz>
10. MAREČKOVÁ, Jana a Maroš MATIAŠKO. *Jak poradit lidem s postižením v otázkách způsobilosti k právním úkonům: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Brno: Liga lidských práv, 2009, 70 s. ISBN 978-80-903473-6-6.
11. MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
12. Mental Disability Advocacy Center. *Opatrovnictví a lidská práva v České republice. Analýza právní úpravy a politiky v oblasti opatrovnictví*. Mental Disability Advocacy Center: 2007, 84 s. ISBN: 978-963-87395-9-9.

13. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1. 1. 2013. [online]. 2014 [cit. 2014-8-18]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/seznam>.
14. MIKŠOVÁ, Z., M. FRONKOVÁ a M. ZAJÍČKOVÁ. Kapitoly z ošetrovatelské péče 2. aktual. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1443-4.
15. NOVOTNÝ, Petr. *Nový občanský zákoník*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014, 144 s. ISBN 978-80-247-5163-4.
16. PÁTKOVÁ, Monika. *Hospitalizace mentálně postiženého nemocného z pohledu všeobecné sestry* [online]. Plzeň, 2013 [cit. 2015-30-03]. Dostupné z: <http://1url.cz/9vhb> Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Vedoucí práce Mgr. Jaroslava Nováková.
17. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně: příručka pro zaměstnance sociálních služeb*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 528 s. ISBN 978-802-4739-762.
18. *Sesterská profesní role „advokáta pacienta“*. ŠPIRUDOVÁ, Lenka a Jaroslava KRÁLOVÁ. [online]. [cit. 2014-12-16]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2006/12/10.pdf>
19. SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 268 s. ISBN 80-247-3129-0.
20. SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 155 s. ISBN 978-80-7367-691-9.
21. SOBEK, Jiří. *Lidská práva v každodenním životě lidí s mentálním postižením: příručka pro zaměstnance sociálních služeb*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 69 s. ISBN 978-80-239-9400-1.
22. *Speciální pedagogické centrum pro děti s vadami řeči*. [online]. 2011 [cit. 2014-12-1]. Dostupné z: <http://www.alternativnikomunikace.cz/stranka-metody-a-postupy-aak-7>.
23. STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství: praktická příručka pro sestry*. 11, Sestra – reprezentant profese. IDVZP, Brno, 2002, 78 s. ISBN: 80-7013-368-6.
24. ŠNÝDROVÁ, Ivana a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychodiagnostika: pro zdravotnické asistenty 4. ročník*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 143 s. ISBN 978-802-4721-651.
25. ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva a Petr BARTŮNĚK. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál, 2011, 221 s. ISBN 978-807-3678-890.
26. TVRDÍKOVÁ, Miroslava. *Komunikace nelékařských zdravotnických pracovníků v ambulanci s mentálně postiženými klienty* [online]. Pardubice, 2014 [cit. 2015-30-03]. Dostupné z: <http://1url.cz/Kvh9>. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.

27. VALENTA, Milan a Petr BARTŮNĚK. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 349 s. ISBN 978-802-4738-291.
28. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 155 s. ISBN 978-802-4712-628.
29. WICHISOVÁ, Jana. *Sestra a perioperační péče*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 192 s. ISBN 978-802-4737-546.
30. Základní škola speciální Diakonie ČCE Ostrava. IRENA, Savková. [online]. [cit. 2014-12-1]. Dostupné z: <http://www.specialniskola.eu/vychovne-vzdelavaci-a-terapeuticke-metody/piktogramy/>
31. ZAPLETALOVÁ, Jana a kol., *Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika v pedagogicko-psychologických poradnách*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2006. ISBN: 80-86856-29-1.

12 PŘÍLOHY

Příloha A Dotazník	55
---------------------------------	-----------

Příloha A Dotazník

Dotazník je zaměřen na pobyt dospělých pacientů s různými typy disability (handicap tělesný, mentální, zrakový, sluchový a kombinovaný) v nemocničních zařízeních. Prosím, pečlivě si přečtete následující otázky a odpovězte, jak nejpřesněji můžete. Předpokládaná doba na vyplnění dotazníku je 15 minut. Sběr dotazníků bude ukončen 31. 7. 2014.

SEKCE 1: OBECNÉ INFORMACE

1.0 Prosím vyberte typ nemocnice

- a) nemocnice fakultní
- b) nemocnice
- c) nemocnice následné péče

1.1 Zřizovatel:

- a) Ministerstvo zdravotnictví
- b) kraj
- c) město a obec
- d) církev
- e) jiná právnická osoba
- f) ostatní centrální orgány

1.2 Počet lůžek:

- a) 0 - 99
- b) 100 – 199
- c) 200 – 299
- d) 300 – 399
- e) 400 – 499
- f) 500 – 599
- g) 600 – 699
- h) 700 – 999
- i) 1000 a více

1.3 Agreditace SAK

- a) ano
- b) ne

1.4 Počet hospitalizovaných pacientů ročně.

Prosím vypište:

Pokud neprovádíte operace, přejděte prosím k sekci 2.

1.5 Počet operovaných pacientů ročně.

Prosím vypište:

SEKCE 2: TĚLESNÁ DISABILITA

V následujících otázkách sledujeme nabízené služby pro tělesně postižené.

Pro každou službu prosím zvolte ANO nebo NE.

Služba		
2.1	Prostorová bezbariérovost	ANO NE
2.2	Bezbariérová toaleta	ANO NE
2.3	Výškově nastavitelné lůžko	ANO NE
2.4	Polohovací lůžko	ANO NE
2.5	Protiskluzová podlaha	ANO NE
2.6	Vyškolovaný personál pro manipulaci s osobou s tělesným handicapem	ANO NE
2.7	Možnost doprovodu (asistenta)	ANO NE
2.8	Možnost doprovodu (asistenta) při hospitalizaci	ANO NE
2.9	Hospitalizace s asistenčním psem	ANO NE
2.10	Možnost bezplatného parkování automobilu v areálu nemocnice při hospitalizaci	ANO NE

SEKCE 3: MENTÁLNÍ DISABILITA

V následujících otázkách sledujeme nabízené služby pro mentálně postižené.

Pro každou službu prosím zvolte ANO nebo NE.

Služba		
3.1 Jednoduché orientační nápisy	ANO	NE
3.2 Povolání klinického psychologa k vyšetření	ANO	NE
3.3 Vyškolený personál pro komunikaci s osobou s mentálním handicapem	ANO	NE
3.4 Užití alternativní komunikace (obrázky, piktogramy)	ANO	NE
3.5 Možnost doprovodu (asistenta)	ANO	NE
3.6 Možnost doprovodu (asistenta) při hospitalizaci	ANO	NE
3.7 Hospitalizace s asistenčním psem	ANO	NE

SEKCE 4: ZRAKOVÁ DISABILITA

V následujících otázkách sledujeme nabízené služby pro zrakově postižené.

Pro každou službu prosím zvolte ANO nebo NE.

Služba		
4.1 Vyškolený personál pro komunikaci s osobou se zrakovým handicapem	ANO	NE
4.2 Webové stránky upravené pro osoby se zrakovým handicapem	ANO	NE
4.3 Vodicí linie, popisky v Braillově písmu	ANO	NE
4.4 Možnost objednání na přesný čas	ANO	NE
4.5 Možnost doprovodu (asistenta)	ANO	NE
4.6 Možnost doprovodu (asistenta) při hospitalizaci	ANO	NE
4.7 Hospitalizace s vodicím psem	ANO	NE
4.8 Seznámení s prostory při hospitalizaci	ANO	NE
4.9 Užívání pomůcek pro osoby se zrakovým handicapem	ANO	NE

SEKCE 5: SLUCHOVÁ DISABILITA

V následujících otázkách sledujeme nabízené služby pro sluchově postižené.

Pro každou službu prosím zvolte ANO nebo NE.

Služba		
5.1 Podávání informací o léčbě a lécích v písemné formě	ANO	NE
5.2 Jednoduché informační tabule	ANO	NE
5.3 Vyškolený personál pro komunikaci s osobou se sluchovým handicapem	ANO	NE
5.4 Možnost využití služeb tlumočnicka	ANO	NE
5.5 Využití tabletu při komunikaci	ANO	NE
5.6 Možnost doprovodu (asistenta) při hospitalizaci	ANO	NE
5.7 Znalost znakového jazyka personálem	ANO	NE
5.8 Možnost doprovodu (asistenta)	ANO	NE
5.9 Hospitalizace se signálním psem	ANO	NE

Děkujeme Vám za Váš čas věnovaný vyplnění dotazníku.

Přejeme Vám hodně spokojených pacientů.