

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Problematika komunikace zdravotnického personálu s osobami s mentálním
postižením

Issues in Communication of Medical Staff and Persons with Mental
Disabilities

Bc. Lenka Lacinová, DiS.

Vedoucí práce: doc. PhDr. Monika Mužáková, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: N SPPG 2

Odevzdáním této diplomové práce na téma Problematika komunikace zdravotnického personálu s osobami s mentálním postižením potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 28. června 2022

Ráda bych na tomto místě poděkovala vedoucí mé diplomové práce doc. PhDr. Monice Mužákové, Ph.D. za odborné rady, vstřícný přístup a cenný čas, jež mi při vedení této diplomové práce věnovala.

Rovněž děkuji všem účastníkům výzkumného šetření za jejich ochotu, upřímnost a především otevřenost.

ABSTRAKT

Tato diplomová práce se zabývá problematikou komunikace zdravotnického personálu s osobami s mentálním postižením. Cílem je prostřednictvím kvalitativního výzkumného šetření prozkoumat přístupy a postoje zdravotnického personálu k pacientům s mentálním postižením se zaměřením na komunikaci s nimi během lékařských vyšetření. Literárně přehledová část popisuje teoretická východiska se zaměřením na komunikaci osob s mentálním postižením a profesionalitu ve vztahu k osobám s mentálním postižením. Empirická část se zabývá výzkumným šetřením, jež bylo realizováno formou sedmnácti rozhovorů s šesti účastníky s mentálním postižením, pěti zdravotníky a šesti pracovníky sociálních služeb, jež své klienty k lékařům doprovází. Výsledky byly zpracovány metodou tematické analýzy a přináší zjištění, že i přes zlepšení postojů a přístupů zdravotníků k pacientům s mentálním postižením stále dochází k jejich diskriminaci, a to především v případě hospitalizace a registrace u nových lékařů. Z průzkumu také vyplývá, že zhruba polovina zdravotníků dospělým pacientům s mentálním postižením tyká a staví je do dětské role. Zároveň také bylo zjištěno tvrzení zdravotníků, že během lékařských vyšetření komunikují v první řadě s pacientem s mentálním postižením, zatímco účastníci s mentálním postižením a doprovázející pracovníci tvrdí, že zdravotníci komunikují spíše s doprovodem pacienta s mentálním postižením než s pacientem samotným. Výsledky výzkumu přináší poznatky, které by mohli využít zdravotníci, studenti zdravotnických oborů a všech pomáhajících profesí i pracovníci sociálních služeb, jež doprovází své klienty s mentálním postižením k lékařům.

KLÍČOVÁ SLOVA

osoby s mentálním postižením, mentální postižení, komunikace osob s mentálním postižením, komunikace zdravotníků, zdravotnický personál

ABSTRACT

This thesis focuses on the issue of intercommunication between medical personnel and persons with mental disabilities. The aim is to explore various communication approaches and attitudes of medical personnel towards mentally disabled patients, especially during medical examinations, via qualitative research. The literary overview section describes theoretical starting points with emphasis on mentally disabled persons' communication, as well as levels of professionalism in relationships towards them. The empirical section deals with research, conducted in a form of seventeen interviews with six mentally disabled participants, five medical personnel and six social workers, who accompany their clients for medical appointments. The findings were processed by using a method of thematic analysis. It concludes, that despite improvements in approaches and attitudes of medics towards mental patients, discrimination is still prevalent, especially in cases of hospitalization and new registration with doctors. The research also shows, that approximately half of medical personnel patronise their adult patients with mental disabilities and puts them into juvenile role. A discrepancy was observed in statements of medics versus the mentally disabled participants' and their companions. While the former claimed that they primarily communicate directly with the patients during examination, the latter claimed that medics tend to communicate with the patients' companions, rather than with the patients themselves. The findings of this research are useful for medics, students of medical fields and all supporting roles, as well as social service workers, who accompany clients with mental disabilities to doctors.

KEYWORDS

persons with mental disabilities, mental disability, communication of mentally disabled persons, communication of medics, medical personnel

Obsah

Úvod	7
1 Komunikace osob s mentálním postižením	9
1.1 Pojem komunikace.....	10
1.2 Komunikace osob s mentálním postižením v pojetí klasifikačních modelů.....	11
1.3 Komunikace osob se zdravotním postižením v pojetí Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením	19
1.4 Komunikace s pacienty s mentálním postižením.....	20
1.4.1 Zásady funkčního rozhovoru lékaře s pacientem s mentálním postižením.....	22
2 Profesionalita ve vztahu k lidem s mentálním postižením.....	24
2.1 Pomáhající profese.....	24
2.1.1 Charakteristika týmových přístupů.....	25
2.1.2 Vztah lékař-pacient.....	26
2.1.3 Bariéry medicínského doprovodu.....	27
2.2 Postoje k osobám s mentálním postižením ve světle výzkumů.....	28
2.2.1 Postoje zdravotníků k osobám s mentálním postižením dle zjištění výzkumů...	28
2.3 Poskytování zdravotní péče občanům s mentálním postižením	30
2.3.1 Poskytování zdravotní péče osobám s omezenou svéprávností	31
3 Problematika komunikace zdravotníků s osobami s mentálním postižením.....	33
3.1 Výzkumné cíle a otázky.....	33
3.2 Etická dimenze výzkumu.....	34
3.3 Metodologie a charakteristika výzkumného souboru	35
3.3.1 Metodologie.....	35
3.3.2 Proces sběru dat	36
3.3.3 Charakteristika výzkumného souboru.....	37

3.3.4	<i>Způsob zpracování dat</i>	40
3.4	Interpretace výzkumného šetření	42
3.5	Závěry šetření	61
3.5.1	<i>Zodpovězení výzkumných otázek</i>	61
3.6	Diskuse	65
3.6.1	<i>Využití pro praxi</i>	66
	Závěr	67
	Seznam použité literatury a dalších informačních zdrojů	69
	Seznam příloh	75

Úvod

Diplomová práce se zabývá problematikou komunikace zdravotnického personálu s osobami s mentálním postižením během lékařských vyšetření.

Povědomí společnosti o osobách s mentálním postižením (dále též MP) se za posledních několik let zlepšilo. Tito lidé už nejsou perzekuováni a schováváni mimo zraky zbylé populace. Zásluhou prosazování práv a podpory těchto spoluobčanů je dbáno na to, aby žili plnohodnotný život. Stále jsou však oblasti, které je třeba zlepšovat (Mužáková, 2020; Šiška, Beadle-Brown, 2021). Už více než rok pracuji jako asistentka v Domově pro osoby se zdravotním postižením se zaměřením na klientelu osob s mentálním postižením. Lidé s mentálním postižením jsou velmi ohroženou skupinou ve smyslu nedostatku schopností bránit své zájmy prostřednictvím komunikace, což může přinést rizika diskriminace těchto osob v rámci poskytování zdravotní péče. Zdravotníci stále mnohdy nevědí, jak s takovými pacienty jednat, a jak k nim přistupovat. Ve své práci se snažím upozornit na problematiku této v naší zemi málo prodiskutované oblasti.

Hlavním cílem výzkumného šetření diplomové práce a výzkumného projektu bylo prozkoumat přístupy a postoje zdravotnického personálu k pacientům s mentálním postižením se zaměřením na komunikaci s nimi během lékařských vyšetření. Dalšími cíli bylo zjistit faktory či bariéry, které ovlivňují vzájemnou komunikaci zdravotníků s pacienty s mentálním postižením, a také zjistit a navrhnout podněty ke zlepšení podmínek tohoto vzájemného dialogu.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou. První a druhá kapitola vychází z teoretických poznatků odborné literatury. Obsahuje informace zabývající se komunikací osob s mentálním postižením v pojetí klasifikačních modelů a Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, a také komunikací s pacienty s mentálním postižením. Druhá kapitola teoretické části je zaměřena na profesionalitu ve vztahu k osobám s mentálním postižením, kde jsou vymezeny pomáhající profese, postoje k osobám s mentálním postižením ve světle výzkumů a poskytování zdravotní péče občanům s mentálním postižením. Empirická část se zabývá zrealizovaným výzkumným šetřením, jehož hlavním podkladem byly polostrukturované rozhovory se zdravotníky, účastníky s mentálním postižením a pracovníky, kteří své klienty s mentálním postižením

k lékařům doprovází. V empirické části je popsána metodologie výzkumu, analýza a výsledky rozhovorů, zodpovězené výzkumné otázky, porovnání zjištěných výsledků s obdobnými výzkumy formou diskuse a další využití výzkumu v praxi. Poslední kapitolou je závěr, jenž shrnuje poznatky celého výzkumného šetření.

1 Komunikace osob s mentálním postižením

Termíny jedinec s mentálním postižením a jedinec s mentální retardací se v současné době ještě stále používají jako synonyma, ale někteří autoři považují pojetí pojmu „mentální postižení“ oproti pojmu „mentální retardace“ za širší, neboť do něj zařazují i osoby s IQ nižším než 85 (Černá et al., 2015). Dle Valenty et al. (2018) je pojem mentální postižení široce užíván především v české speciálněpedagogické a poradenské praxi, kde má jistou legislativní oporu ve znění školského zákona a jeho příslušných vyhláškách. Scior a Shirli (2016) uvádí pojem mentální retardace jako již překonaný z důvodu určité stigmatizující nálepky. Za významný též považují fakt, že jedna z předních světových vědeckých organizací v roce 2006 opustila od užívání tohoto termínu, když změnila svůj název z Americká asociace pro mentální retardaci na Americká asociace pro mentální a vývojová postižení.

Od druhé poloviny 20. století je stále více zdůrazňována lidská důstojnost a individuální specifika každého člověka s postižením. Podílí se na tom relativně nově přijaté paradigma tzv. speciálních potřeb a podpor na rozdíl od dříve užívané koncepce neschopnosti (Šiška in Černá et al., 2015; Šiška, Beadle-Brown, 2021). Osoby s postižením mají právo na plnohodnotný život ve společnosti. Mezi povinnosti společnosti patří vytváření systému speciálních služeb a podpor, jež umožní osobám s postižením adekvátně naplňovat jejich potřeby a dosáhnout tak nejvyšší možné míry kvality života. Tento trend se promítá do užívané terminologie „osoby, lidé s postižením“, konkrétně v tomto případě „osoba (člověk, jedinec, dospělý, dítě atd.) s mentálním postižením“. Ve stejném významu také „osoba s mentální retardací“. Tímto vyjádřením se zdůrazňuje skutečnost, že jedinci s mentálním postižením jsou především lidské bytosti, individuality, osoby, osobnosti a až potom, na druhém místě, mají postižení (Černá et al., 2015).

Mentální postižení *„lze vymezit jako vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrujících se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i časně postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince.“* (Valenta et al., 2018, s. 34). Pojem mentální postižení je v současné době vymezován poměrně značným množstvím definic, jež mají společné zaměření na oslabení adaptačních schopností jedince na sociální prostředí a celkové snížení

jeho intelektových schopností. Termín mentální retardace se začal používat v roce 1959 po konferenci WHO v Miláně, a nahradil tak celou řadu tehdy užívaných pojmů (Valenta et al., 2018).

1.1 Pojem komunikace

„Aby mohlo lidské společenství fungovat, musí mezi sebou jeho členové vzájemně komunikovat. Čím kvalitnější je vzájemná komunikace, tím lépe funguje celé lidské společenství.“ (Vybíral, 2000, s. 20).

Dle Lechty (2002) člověk při komunikaci vědomě užívá jazyk ve všech jeho formách, jakožto složitý komunikační systém plný symbolů a znaků. Slowík (2010) uvádí, že pojem komunikace má původ v latinském slovu communis (společný), což naznačuje, že kdykoli s někým komunikujeme, zároveň se s ním setkáváme a prožíváme vzájemná sdělení. *„Komunikovat spolu může několik lidí současně nebo dva jedinci takzvaně tváří v tvář. Jeden člověk sdělení vysílá a druhý ho přijímá. Vzájemné dorozumívání probíhá za pomoci smyslů. Nejčastěji je to sluch a zrak, ale člověk získává potřebné informace také za pomoci čichu, chuti či hmatu.“* (Plaňava, 2005, s. 15).

V obecném měřítku má komunikace vždy nějaký účel, jenž může být více či méně zřejmý. Nejčastějším záměrem je předání nebo doplnění informací, oznámení, upozornění, sdělení. Tento účel se nazývá informační. V případě instrukčního účelu je poskytnut návod, vysvětlení, učení. Pokud je záměrem někoho ovlivnit, či něco získat, pak je užíván účel přesvědčovací. Komunikace je mezi lidmi také často užívána k pobavení, naplnění času a rozptýlení. Na což se svým způsobem váže i poslední účel exhibice, a sice komunikace s cílem upoutání pozornosti, předvedení se a vzbuzení zájmu (Paulík, 2007).

„Komunikace dává člověku možnost přiblížit se k druhým lidem, vyhnout se samotě a naplnit své potřeby. Pokud není opětována, pochopena či vnímána svobodně, stává se často právě opačně bariérou, překážkou ve snaze stávat se členem společnosti.“ (Pastieriková, Regec, 2010, s. 5). Komunikace představuje širokou škálu způsobů kontaktu mezi lidmi (Slowík, 2010). Používané prostředky mohou být buď verbální (slovo mluvené či psané), nebo neverbální (posunky přirozené i umělé). Mnozí lidé však mluvenou řečí komunikovat nemohou. Zprostředkování informací a interakce s okolím jim musí být poskytnuty jinou formou (Janovcová, 2003). Přístup k osobám s tělesným, mentálním

či kombinovaným postižením umožňuje alternativní a augmentativní komunikace (AAK), jejíž programy se využívají všude tam, kde komunikace mluvenou řečí selhává (Škodová, Jedlička, 2003). Systémy alternativní komunikace slouží jako náhrada mluvené řeči jedinců s postižením, jež nemohou komunikovat v běžné řeči. Systémy augmentativní komunikace doplňují existující komunikační možnosti, usnadňují vyjadřování a zvyšují kvalitu rozumění sdělení osob s postižením. Alternativní a augmentativní komunikace podporuje začlenění lidí s postižením a komunikačními problémy do společnosti (Průcha et al., 2013).

1.2 Komunikace osob s mentálním postižením v pojetí klasifikačních modelů

Bendová (2015) uvádí komunikaci jako jednu z nejdůležitějších životních potřeb člověka, tedy i člověka s mentálním postižením. Stejně tak, jako jsou lidé s mentálním postižením individuálními osobnostmi, jsou i jejich potíže v komunikaci rozdílné. Tyto komunikační problémy se do jisté míry odvíjí od stupně mentálního postižení, závisí však i na dalších predispozicích důležitých pro rozvoj řeči, jako je kvalita zrakové i sluchové percepce a kvalita hrubé a jemné motoriky, jež mohou být ve své podstatě též primárně ovlivněny stupněm mentálního postižení jedince. U dospělých s mentálním postižením bývá úroveň komunikačních kompetencí ovlivněna i dalšími faktory, k nimž se řadí např. včasnost, intenzita a kvalita realizace logopedické intervence, i podpora užšího a širšího sociálního okolí při realizaci komunikačního záměru. Rozvoj komunikačního potenciálu osob s mentálním postižením je důležité zahájit v rámci dlouhodobých cílů intervence již v dětském a adolescentním věku, a to zejména ve vztahu k podpoře: jejich edukace (včetně předprofesní a profesní přípravy), perspektiv pracovního uplatnění, možností sociálního začlenění, rozvoje samostatnosti a soběstačnosti, navazování mezilidských vztahů (včetně partnerských), jejich celoživotního učení, uplatňování lidských práv a svobod.

Při posuzování komunikačních kompetencí dospělých osob s mentálním postižením je třeba zohlednit, že oproti intaktní společnosti mají opožděný, až omezený vývoj řeči. U lidí s mentálním postižením i v dospělosti mnohdy přetrvávají deficity ve foneticko-fonologické rovině jazyka, zejména v oblasti fonematické diferenciaci hlásek (znělých/neznelých a sykavek) a vadná výslovnost hlásek (dyslalie). V lexikálně-sémantické

rovině jazyka často převyšuje pasivní slovní zásoba nad aktivní. Je tedy mnohem více slov a pojmů, kterým rozumí a chápou jejich obsah, oproti počtu jimi aktivně užívaných pojmů v jejich každodenní komunikaci. Pro aktivní slovní zásobu osob s mentálním postižením bývá typické užívání konkrétních pojmů (v běžném slovníku převažují podstatná jména), absence užívání abstraktních pojmů (vyjma osob s lehkým MP). Při užití abstraktních pojmů dochází poměrně často k tzv. verbalismu, tzn. vyslovení pojmu ve slovním vyjádření bez porozumění jeho významu. Ve slovní zásobě je též nedostatek přídavných jmen, plnovýznamových sloves, zájmen a příslovcí. Gramaticko-syntaktická rovina jazyka bývá typická četností slovních a větných dysgramatismů. Při vyjadřování příčino-důsledkových vztahů se často objevují potíže s používáním spojek „protože“ a „ačkoli“, což do značné míry souvisí s konkrétností jejich způsobu myšlení. V komunikaci převažují jednoduché věty. Mnohdy je narušen slovosled ve větě. Pragmatická rovina jazyka bývá narušena obtížností vyjádřit své myšlenky a formulovat obsah svého sdělení. Některé osoby s těžším stupněm mentálního postižení, či osoby s mentálním postižením a poruchou autistického spektra se mohou projevovat echolalicky, tzn. automaticky opakovat slyšená slova bez pochopení významu (Bendová, 2015).

Jedinci s lehkým mentálním postižením, jejichž IQ se pohybuje mezi 50 až 69, což u dospělých osob odpovídá mentálnímu věku 9 až 12 let, mívají obtíže při školní výuce, v dospělosti je však mnoho z nich schopno práce a úspěšného udržování sociálních vztahů (ÚZIS, 2022). Lidé s lehkým mentálním postižením užívají řeč v každodenním životě stejně jako intaktní společnost. Jsou schopni udržovat konverzaci, i když si mnozí z nich osvojují řeč opožděně. Mnohdy se u nich objevují specifické problémy ve čtení i psaní a v dospělosti špatná srozumitelnost jejich vyjadřování v důsledku nesprávné výslovnosti některých hlásek (dyslalie). Celkové vyjadřování je spíše jednoduché, ne vždy gramaticky správné, zpravidla s menší aktivní i pasivní slovní zásobou, tudíž mohou mít problémy porozumět složitějším sdělením. Často reflektují ustálené výroky a fráze, jež slyšávají v blízkém okolí (od kamarádů, rodičů, spolupracovníků) nebo v médiích. Velmi dobře zvládají komunikační strategie, jako pochválit něco druhému člověku, či se zdvořile na něco zeptat i neznámé osoby. Spontánnost jejich komunikace může druhé mnohdy zaskočit (Slowík, 2010).

U osob se středně těžkým mentálním postižením bývá hodnota IQ v rozpětí mezi 35 až 49, což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 6 až 9 let (ÚZIS, 2022). Mají výrazně opožděný rozvoj chápání a užívání řeči. Ačkoliv jsou jejich pokroky ve škole limitované, někteří si mohou osvojit základy čtení, psaní a počítání. Ve skupině osob se střední mentální retardací jsou značné rozdíly v povaze schopností. Někteří jsou schopni přiměřené sociální interakce a komunikace, ale přitom mohou být pohybově neobratní, zatímco jiní dosahují vyšší úrovně v senzorio-motorických dovednostech než v úkonech vyžadujících verbální schopnosti. Úroveň řeči je individuální. Někteří lidé s tímto postižením dokážou vést jednoduchou konverzaci, zatímco druzí s obtížemi vyjádří své základní potřeby. Určitá část z nich se nenaučí mluvit nikdy, přestože rozumí verbálním instrukcím, či se naučí používat různé formy neverbální komunikace. Spolu s omezenou slovní zásobou mívají často přidružené závažné vady výslovnosti, což komplikuje porozumění jejich sdělením. Při soustředění se na hlavní myšlenku jejich jednoduchých, někdy pouze několikaslovných vyjádření, lze však snadno pochopit podstatu projevu. Na významu mohou nabývat taktilní formy dorozumívání (objetí, dotyky, pohlazení atd.), jež umožňují lidem s mentálním postižením srozumitelněji vyjádřit to, co je pro ně jinak obtížně sdělitelné, a jež napomáhají k vytvoření přívětivé komunikační atmosféry. Dospělí potřebují různý stupeň podpory k práci a činnostem ve společnosti (Slowík, 2010).

Lidé s těžkým mentálním postižením mají IQ v pásmu 20 až 34, což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3 až 6 let (ÚZIS, 2022). Zpravidla se naučí srozumitelně komunikovat pomocí několika jednoduchých slov. Někteří se snaží dorozumět neartikulovanými zvuky, dotyky, gestikulací a ukazováním na předměty. Ke zlepšení kvality jejich života i rozvoji rozumových schopností, motoriky, samostatnosti a komunikačních dovedností významně přispívá včasná systematická a kvalifikovaná výchovně-vzdělávací a rehabilitační péče. I u těchto jedinců je úroveň možné komunikace velmi individuální vzhledem k rozsahu postižení. V praxi se často využívá alternativních metod komunikace jako jsou piktogramy či jiné symbolické a obrázkové systémy (srov. Slowík, 2010; WHO, 2022).

Jedinci s hlubokým mentálním postižením, jejichž IQ dosahuje nejvýše 19, což u dospělých odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky (ÚZIS, 2022), bývají vzhledem k závažnému poškození mozku imobilní a zcela závislí na pomoci druhých (rodičů,

pečovatelů). Navázání komunikace jim umožní zvýšení kvality jejich života. Dorozumívání s lidmi s takto hlubokým postižením je velmi náročné. Je třeba intenzivní, a hlavně dlouhodobé spolupráce jednoho profesionála s jedním klientem. Pomocí speciálních metod lze zaznamenat základní sdělení klienta vyjadřující jeho okamžité potřeby, pocity a prožitky. K tomu se nejčastěji využívají metody bazálního dialogu, kdy jsou zapojeny neverbální projevy (intenzita a rytmus dechu, pohyby očí, napětí svalstva, neartikulované zvuky, pohyby končetin atd.), jež je potřeba správně rozpoznat a porozumět jejich významu. Jedinec s hlubokou mentální retardací tak může docílit nejzákladnějších zrakově-prostorových orientačních dovedností, s kterými je schopen se alespoň malým dílem spolupodílet na praktických sebeobslužných úkonech (Slowík, 2010).

Níže jsou uvedeny tabulky s popisem adaptivního chování a komunikace dospělých osob s mentálním postižením dle jedenácté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11). V této nové klasifikaci pojem mentální retardace zcela vymizel. Nahradil ho pojem Disorders of Intellectual Development (Poruchy vývoje intelektu). Tabulky jsou rozděleny dle stupně postižení, tedy od lehkého po hluboké, a podle věkového období na rané dětství (do 6 let), dětství a adolescence (6 až 18 let) a dospělost (18 let a více). Jsou určeny k usnadnění diagnostiky poruch intelektu a pro doplnění standardizovaných testů (ICD-11, WHO, 2022).

Ukázka tabulky adaptivního chování osob s lehkou poruchou vývoje intelektu v dospělosti (tj. 18 let a více), přeloženo z ICD-11 (WHO, 2022):

Tabulka 1. Adaptivní chování osob s lehkou poruchou vývoje intelektu			
Úroveň závažnosti	Adaptivní chování pojmové	Adaptivní chování sociální	Adaptivní chování praktické
	<i>Uvažování, plánování, čtení, psaní, paměť, komunikační dovednosti</i>	<i>Interpersonální kompetence (vztahy), sociální úsudek, regulace emocí</i>	<i>Sebeobsluha, zaměstnání, domácí práce, zdraví a bezpečnost, doprava</i>
Lehká	<p>Většina si osvojí naslouchací a komunikační dovednosti, někteří budou potřebovat podporu, aby zůstali u daného tématu rozhovoru, nebo naopak přešli od jednoho tématu k druhému.</p> <p>Většina není schopna popisovat dlouhodobé cíle.</p> <p><i>Gramotnost</i> Většina umí číst, osvojí si dovednosti psaní. Mohou mít potíže s psaním dlouhých textů a esejí.</p>	<p>Většina naváže a udržuje přátelské a intimní vztahy, dokáže mluvit o osobních pocitech a pravidelně se účastní společenských akcí.</p> <p>Většina dokáže samostatně zahájit konverzaci a mluvit o společenských zájmech.</p> <p>Většina rozumí sociálním podnětům a je schopna regulovat svou konverzaci na základě vnímání pocitů jiných lidí.</p> <p>V nových nebo složitých situacích potřebují pomoc s rozpoznáním dobrého a špatného.</p> <p>Většina potřebuje pomoc s rozpoznáním nebezpečných vztahů a rizika zneužití.</p>	<p>Většina zvládá domácí práce samostatně, používá telefon, televizi, naučí se ovládat plynový nebo elektrický sporák.</p> <p>Většina potřebuje určitou podporu při konání složitějších domácích dovedností (drobné opravy), podporu k dodržování zdravé stravy a chování podporujícího zdraví, podporu v péči o sebe během nemoci.</p> <p>Mnozí se mohou naučit žít a pracovat samostatně. Potřeba podpory může být proměnlivá s životními přechody.</p> <p>Mnozí se naučí používat MHD s minimální pomocí. Někteří se naučí řídit motorové vozidlo či jezdit na kole.</p> <p>Někteří zvládnou spravovat jednoduché aspekty bankovního účtu, většina potřebuje podporu při konání složitějších bankovních potřeb, placení účtů.</p> <p>Většina potřebuje podporu v rodičovství.</p>

Ukázka tabulky adaptivního chování osob se středně těžkou poruchou vývoje intelektu v dospělosti (tj. 18 let a více), přeloženo z ICD-11 (WHO, 2022):

Tabulka 2. Adaptivní chování osob se středně těžkou poruchou vývoje intelektu			
Úroveň závažnosti	Adaptivní chování pojmové	Adaptivní chování sociální	Adaptivní chování praktické
	<i>Uvažování, plánování, čtení, psaní, paměť, komunikační dovednosti</i>	<i>Interpersonální kompetence (vztahy), sociální úsudek, regulace emocí</i>	<i>Sebeobsluha, zaměstnání, domácí práce, zdraví a bezpečnost, doprava</i>
Střední	<p>Většina potřebuje podporu, aby se mohla věnovat různým úkolům po dobu delší než 15 minut.</p> <p>S podporou je většina schopna postupovat dle zadaných pokynů ve 3 krocích.</p> <p><i>Komunikační dovednosti:</i> jednoduché popisy, používání otázek (co, kdy, proč, kde atd.), vyprávění zkušeností pomocí jednoduchých vět.</p> <p>Většina se nenaučí složitější konverzační dovednosti (např. vyjadřování myšlenek více než jedním způsobem)</p> <p><i>Gramotnost</i> Většina si osvojí určité dovednosti čtení a psaní (písmena abecedy, psaní vlastního jména a příjmení). Potřeba výrazné podpory při čtení a psaní jednoduchých vět.</p>	<p>Někteří potřebují podporu při zahájení konverzace a představení se cizím lidem.</p> <p>Většina potřebuje výraznou podporu při zapojování se do společenských aktivit, porozumění sociálním podnětům a uplatňování ne/vhodných konverzačních témat.</p> <p>Většina se nedokáže zapojit do společenských her se složitými pravidly (např. deskové hry)</p> <p>Většina potřebuje podporu při poskytování společenských zdvořilých odpovědí („děkuji“, „prosím“).</p> <p>Většina není schopna rozpoznat nebezpečné sociální situace a nebezpečí zneužití či vykořisťování.</p>	<p>Někteří se naučí samostatně oblékat, mohou potřebovat pomoc s výběrem vhodného oblečení dle počasí. Naučí se samostatně mýt a zvládat toaletní potřeby.</p> <p>Většina je schopna se samostatně a bezpečně pohybovat kolem domu, používat telefon a základní funkce televizoru.</p> <p>Někteří mohou potřebovat podporu při hygieně, bezpečném používání složitějších domácích spotřebičů, přípravě jídel a bezpečném používání čisticích prostředků.</p> <p>Mnozí pochopí funkci peněz, ale potřebují podporu při sestavování rozpočtu a nakupování.</p> <p>Většina potřebuje podporu, aby mohla nezávisle žít v komunitě, hledat a vykonávat zaměstnání.</p>

Ukázka tabulky adaptivního chování osob s těžkou poruchou vývoje intelektu v dospělosti (tj. 18 let a více), přeloženo z ICD-11 (WHO, 2022):

Tabulka 3. Adaptivní chování osob s těžkou poruchou vývoje intelektu			
Úroveň závažnosti	Adaptivní chování pojmové	Adaptivní chování sociální	Adaptivní chování praktické
	<i>Uvažování, plánování, čtení, psaní, paměť, komunikační dovednosti</i>	<i>Interpersonální kompetence (vztahy), sociální úsudek, regulace emocí</i>	<i>Sebeobsluha, zaměstnání, domácí práce, zdraví a bezpečnost, doprava</i>
Těžká	<p>Potřebují celoživotní podporu, aby vykonali pokyny dané 5 minut předem a udrželi svou pozornost po dobu 15 minut. Většina je schopna naslouchat a věnovat se příběhu po dobu alespoň 5 minut</p> <p><i>Komunikační dovednosti:</i> Většina umí upoutat pozornost jednotlivců ve svém okolí a dát najevo své potřeby.</p> <p>Mohou potřebovat podporu v používání jednoduchých frází, popisování předmětů a při vyjadřování svých zkušeností.</p> <p>Mluví alespoň 100 rozpoznatelnými slovy, používají záporné, přivlastňovací jména, zájmena a kladou otázky (co, kde, kdy, proč).</p> <p><i>Gramotnost</i> Čtení a psaní je omezeno na identifikaci některých písmen abecedy, kopírování jednoduchých slov z příkladu a pokus o napsání jejich jména.</p>	<p>Všichni potřebují podporu v sociálních situacích, při ukazování a vyjadřování svých emocí vhodným způsobem a zapojování do konverzace s ostatními.</p> <p>Potřebují značnou pomoc, aby dodržovali pravidla při hraní jednoduchých společenských her (házení míčem, sdílení hraček)</p> <p>Většina potřebuje pomoc při změně činnosti na jinou činnost, nebo při neočekávané změně v denní rutině.</p> <p>Většina nepoužívá spontánně zdvořilostní formy („prosím“, „omluvte mě“, „děkuji“ atd.) či uctivé/obvyklé způsoby oslovování druhých.</p> <p>Potřebují podporu při zahájení, udržování a ukončení konverzace s druhými.</p> <p>Většina nerozpozná nebezpečné sociální situace (možnost zneužití či vykořisťování) a nebezpečí potenciálně spojená s cizími lidmi.</p>	<p>Většina potřebuje podporu při základní osobní hygieně a vykonávání domácích a komunitních dovedností.</p> <p>Většina je schopna samostatně pít z hrnku, naučí se používat základní nádobí k jídlu. Někteří potřebují podporu při oblékání.</p> <p>Mnozí se mohou naučit samostatně toaletě při zavedení rutiny. Většina není schopna postarat se o své věci, samostatně vykonávat domácí práce a pečovat o své zdraví.</p> <p>Potřebují podporu při cestování, plánování, nakupování a spravování bankovního účtu.</p> <p>Většina potřebuje významnou podporu, aby se mohla zapojit do placeného zaměstnání.</p>

Ukázka tabulky adaptivního chování osob s hlubokou poruchou vývoje intelektu v dospělosti (tj. 18 let a více), přeloženo z ICD-11 (WHO, 2022):

Tabulka 4. Adaptivní chování osob s hlubokou poruchou vývoje intelektu			
Úroveň závažnosti	Adaptivní chování pojmové	Adaptivní chování sociální	Adaptivní chování praktické
	<i>Uvažování, plánování, čtení, psaní, paměť, komunikační dovednosti</i>	<i>Interpersonální kompetence (vztahy), sociální úsudek, regulace emocí</i>	<i>Sebeobsluha, zaměstnání, domácí práce, zdraví a bezpečnost, doprava</i>
Hluboká	<p>Většina je schopna otočit hlavu a pohled za zvuky ve svém prostředí a reagovat na své jméno, když je voláno.</p> <p>Většina není schopna následovat instrukce.</p> <p><i>Komunikační dovednosti:</i> Většina používá zvuky a gesta, aby upoutala pozornost rodiče/pečovatele a vyjadřuje tak svá přání.</p> <p>Někteří chápou význam ANO/NE. Někteří jsou schopni mávnout na rozloučenou, používat své jméno, jméno svého rodiče/pečovatele a obvyklé způsoby oslovení ostatních, ukazovat na předměty k vyjádření svých preferencí.</p> <p>Většina bude plakat nebo vydávat zvuky, když je hladová nebo mokrá, či se usmívat a vydávat zvuky potěšení.</p> <p><i>Gramotnost</i> Většina se nenaučí číst ani psát.</p>	<p>Většina neprojeví spontánní zájem o vrstevníky nebo neznáme jedince.</p> <p>S výraznou podporou je většina schopna napodobit jednoduché akce/chování nebo projevit zájem o ostatní.</p> <p>Většina není schopna předvídat změny v rutinách. Sociální interakce s druhými probíhají pouze na základní úrovni a jsou omezené na základní přání a potřeby.</p> <p>Nejsou schopni rozpoznat nebezpečné sociální situace.</p>	<p>Většina potřebuje podporu při provádění i těch nejzákladnějších úkonů péče o sebe (stravování, hygiena).</p> <p>Někteří se mohou naučit samostatné toaletě během dne, ale noční kontinence je pro ně obtížná.</p> <p>Většina potřebuje pomoc při oblékání.</p> <p>Většina potřebuje dohled a podporu při koupání včetně bezpečného nastavení teploty vody, mytí a sušení.</p> <p>Většina není schopna samostatně uklízet a pečovat o své životní prostředí.</p> <p>Všichni potřebují podporu v oblasti zdraví, bezpečí v domácnosti a komunitě, pro osvojení si konceptu dnů v týdnu a denní doby, nastavení rutiny.</p>

1.3 Komunikace osob se zdravotním postižením v pojetí Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením

Z rozhodnutí Valného shromáždění OSN byly roku 2003 zahájeny práce na souhrnné mezinárodní úmluvě o podpoře a ochraně důstojnosti a práv osob s postižením. Pro doplnění sedmi dosud přijatých základních úmluv OSN o lidských právech tak vznikla Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, jež byla přijata Valným shromážděním OSN dne 13. prosince 2006 spolu s jejím Opčním protokolem národů. Vstoupila v platnost 3. května 2008. Součástí právního řádu České republiky se stala v únoru roku 2010. Úmluva osobám se zdravotním postižením zaručuje uplatnění všech lidských práv a podporuje jejich plnohodnotné zapojení do života společnosti (Michalík in Valenta et al., 2018).

Pro účely úmluvy „komunikace“ zahrnuje řeč, zobrazení textu, Braillovo písmo, zvětšené písmo, dotekovou komunikaci, přístupná multimediální zařízení, psaný jazyk, jednoduchou formu řeči, zvukové systémy, digitalizovaný hlas i alternativní a augmentativní způsoby, formáty a prostředky komunikace zahrnující dostupné informační a komunikační technologie (Sdělení č. 10/2010 Sb. m. s.). „*Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, přijmou veškerá příslušná opatření, aby osobám se zdravotním postižením zajistily možnost uplatnění jejich práva na svobodu projevu a přesvědčení, včetně svobody vyhledávat, přijímat a rozšiřovat informace a myšlenky na rovnoprávném základě s ostatními, a to prostřednictvím všech forem komunikace dle vlastní volby.*“ (Sdělení č. 10/2010 Sb. m. s., článek 21). Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy se zaručují k:

- zajištění poskytování vzdělání dětem se zdravotním postižením v jazycích, způsobech a prostředcích komunikace, které jsou pro ně nejvhodnější a maximalizují jejich vzdělávací pokroky a sociální rozvoj;
- poskytování informací určených široké veřejnosti v přístupných formátech a technologiích vhodných pro osoby s různými typy zdravotního postižení, a to zdarma a bez prodlení;
- umožnění osobám se zdravotním postižením používání alternativní a augmentativní komunikace i všech ostatních přístupných způsobů, prostředků a formátů komunikace při úředních jednáních;

- požadování zprostředkování služeb a informací od soukromých subjektů poskytujících služby občanům, mimo jiné prostřednictvím internetu, v přístupných a využitelných formátech pro osoby se zdravotním postižením;
- podporování hromadných sdělovacích prostředků, včetně poskytovatelů informací na internetu, ve zpřístupnění služeb osobám se zdravotním postižením;
- poskytování zdravotní péče osobám se zdravotním postižením stejné kvality jako ostatním, a to na základě svobodného a informovaného souhlasu.

Státy se také zaručují k přijmutí opatření pro zaměstnávání učitelů, včetně učitelů se zdravotním postižením, kteří ovládají znakový jazyk či Braillovo písmo, a pro přípravu odborníků působících na všech úrovních vzdělávání. Příprava odborníků zahrnuje informace o problematice zdravotního postižení, využívání vhodných alternativních a augmentativních způsobů, prostředků i formátů komunikace, vzdělávacích materiálů a technik přizpůsobených potřebám osob se zdravotním postižením (Sdělení č. 10/2010 Sb. m. s.).

1.4 Komunikace s pacienty s mentálním postižením

Lidé s mentálním postižením mají při poskytování zdravotní péče stejná práva jako občané intaktní. Jedním ze základních práv je být přiměřeně informován o všech vyšetřeních i možnostech léčby. „*I člověk s mentálním postižením má právo být srozumitelně informovaný a poučený pacient, a ani pacienti s hlubšími formami mentálního postižení by neměli být vyřazeni z přímé komunikace o svém zdravotním stavu.*“ (Mužáková in Madarász, 2017, s. 138). Rozhovor s pacientem s mentálním postižením je pro lékaře a ostatní zdravotnický personál objektivně náročný. Lidé s mentálním postižením mají obtíže i s porozuměním a orientací v běžných životních situacích a chování druhých osob. Zdravotníci tedy nemohou užívat v dané situaci pro ně jinak obvyklý způsob komunikace, musí se více snažit pacientovi s mentálním postižením porozumět, rozpoznat jeho potřeby a požadavky i mu zároveň vysvětlit, co žádají od něj. Takový způsob domluvení nemusí být vždy formou orální řeči (Mužáková in Madarász, 2017).

Cheetham et al. (2007 in Pipeková, Vítková et al., 2014) uvádí sedm důvodů, proč není jednoduché rozpoznat a diagnostikovat zdravotní problémy pacientů s mentálním postižením:

1. Lidé s mentálním postižením si mnohdy nestěžují, když je něco bolí. Většinu problémů tak nesdělí a nemůže je sdělit ani jejich doprovod.
2. Zvláště závažné zdravotní problémy vyjadřují spíše atypickým způsobem jejich běžného chování (podrážděnost, nechut' k jídlu, nespavost, či naopak spavost, snížená aktivita během dne, zhoršení řeči, sebepoškozování apod.).
3. Základní rizikové faktory mohou být opomenuty (např. jedinci s Downovým syndromem jsou geneticky náchylnější k onemocnění štítné žlázy, srdečním onemocněním a celiakii).
4. Změny zdravotního stavu bývají u lidí s mentálním postižením podceňovány, je třeba dalších vyšetření a testů.
5. Opakovaně se vyskytující obtíže nejsou dostatečně léčeny (např. motorické problémy, zrak a sluch).
6. Rutinní screeningová vyšetření se u lidí s mentálním postižením provádějí méně často, než je potřebné (mamografie).
7. Důsledná proaktivní diagnostika odhalí závažné zdravotní problémy i u lidí s psychickými poruchami a nápadnostmi v chování.

Dle Linhartové (2007) je porozumění typu postižení podmínkou dobré komunikace, stejně jako profesionální přístup bez předpojatostí, předsudků a bez štitivosti. Mužáková (in Madarász, 2017) dodává, že pro mnohé zdravotníky může být obtížné vnímat pacienta s mentálním postižením jako rovnocenného partnera, povzbuzovat ho ve sdělení svých zdravotních problémů a zároveň rozpoznat, jestli chce či nechce informovat o průběhu léčby a do jaké míry je tento pacient schopen rozhodovat sám za sebe. Zároveň nemusí být snadné mít stále na vědomí rozdíly mezi pacienty s aspektem stupně jejich mentálního postižení. Hloubka mentální retardace sice pomůže při zvolení náročnosti sdělení, je však třeba brát zřetel na individuální schopnosti každého jedince, jako jsou např. sociální schopnosti navázat se zdravotníkem přiměřený emocionální vztah. Tate (2005) naopak uvádí, že lékaři podávají svým pacientům množství vysvětlení, jež je přímo úměrné jejich inteligenci

dle toho, jak ji sami lékaři vnímají. „*Čím nižší sociální třída pacienta, tím méně vysvětlení je nabídnuto. Všichni pacienti, z nejvyšší až po nejnižší třídu, od nejchytřejších po více mentálně problematické, chtějí tolik informací, kolik dokáží přijmout. Ve formě, které mohou rozumět. To je pro naši profesi velká výzva.*“ (Tate, 2005, s. 142).

1.4.1 Zásady funkčního rozhovoru lékaře s pacientem s mentálním postižením

Lidé s mentálním postižením velmi často ulpívají na naučených stereotypech a návycích, které jim dodávají pocit jistoty a bezpečí. Tyto stereotypy je těžké při návštěvě lékaře dodržet, avšak klidné prostředí, trpělivé naslouchání a pozorné vnímání i nonverbálních projevů, může velmi přispět k účinnému rozhovoru.

Spěch je pro jedince s MP velmi stresující. Proto je důležité, aby zdravotnický personál poskytl takovému pacientovi dostatek času na otázky, což pro mnohé lékaře znamená vyčlenění mnohonásobně více času, než současné předpisy dovolují. Zdravotníci by při komunikaci neměli používat dlouhá souvětí, ani cizí či neobvyklá slova a ironii. Je vhodné mluvit tváří v tvář, a přitom bedlivě sledovat, zda pacient danému sdělení rozumí a případně jej pozměnit. Čeká-li lékař na reakci pacienta, měl by informace sdělit opakovaně několikrát za sebou, s ohledem na možnou submisivitu s tendencí přitakávat souhlasnou odpovědí.

Zdravotnický personál by měl komunikovat v první řadě s pacientem, nikoli pouze s jeho doprovodem. Blízcí pacientů s mentálním postižením chtějí vědět o jejich zdravotních problémech, zároveň jejich přítomnost dává jedincům s mentálním postižením pocit jistoty a napomáhá k zvládnutí úzkostí spojených s návštěvou lékaře. Dále také mohou informace o aktuálním zdravotním stavu, které doprovod lékaři o pacientovi poskytne, pomoci s pochopením individuálních zvláštností jedince (Mužáková in Madarász, 2017).

Tate (2005) uvádí, čeho by se měl lékař během konzultace s pacientem snažit dosáhnout:

1. Objevit důvody, proč pacient k lékaři přišel: Zjistit pacientův popis symptomů a prozkoumat, jak pacient rozumí zdraví. Získat důležité informace ze sociální i pracovní anamnézy. Ptát se i na jiné problémy.

2. Definovat klinický problém: Získat další informace o pacientově lékařské anamnéze a kritických symptomech. Pokud je to možné, zhodnotit pacientův stav vyšetřením. Utvořit pracovní diagnózu.
3. Zmínit problémy pacienta: Zhodnotit závažnost problému. Ve vhodném rozsahu zapojit pacienta do plánu léčby.
4. Vysvětlit problém pacientovi: Přizpůsobit vysvětlení pacientovým potřebám. Zajistit, aby pacient vysvětlení rozuměl a přijal ho. Pokusit se dosáhnout společného porozumění problému v rámci intelektových možností pacienta.
5. Využít konzultaci efektivně: Založit a uchovat efektivní vztah s pacientem. Poskytnout příležitostnou zdravotní radu, pokud je to u daného pacienta vhodné.

Shrnutí

Komunikace je jednou z nejzákladnějších potřeb člověka, tedy i člověka s mentálním postižením (Bendová, 2015). V této kapitole byla shrnuta teoretická východiska komunikace, především se zaměřením na charakteristiku komunikace osob s MP dle klasifikačních modelů mentálního postižení od lehkého po hluboké mentální postižení. Dále byla popsána komunikace s pacienty s MP, která obnáší svá specifika. Ačkoliv ne pro každého lékaře je snadné mít stále na vědomí rozdíly mezi pacienty s aspektem stupně jejich mentálního postižení, měli by se snažit svou komunikaci přizpůsobovat individuálním schopnostem pacienta (Mužáková in Madarász, 2017).

2 Profesionalita ve vztahu k lidem s mentálním postižením

„S jinakostí se lidstvo snaží nejrůznějším způsobem a nejrůznějšími formami vypořádat. Pokouší se ji zapudit, idealizovat, zneužít, zastrašovat, eliminovat, glorifikovat, absorbovat,“ (Prouzová-Květoňová, 2011 in Mužáková, 2013, s. 54). Při každém pohledu do minulosti lze vidět, že se lidstvo pokouší s odlišností vyrovnat také tím, že se ji chce rozumově pochopit. *„Fenomén postižení se tak měnil a mění v těsné souvislosti s poznáním, historicky nejdéle s poznáním v oblasti medicíny.“* (Mužáková, 2013, s. 54).

2.1 Pomáhající profese

Pod pojem pomáhající profese lze zahrnout celou šíři specializací, které slouží k vytváření důstojných podmínek života lidí se speciálními potřebami. Patří sem lékaři, všeobecné a praktické sestry, pedagogové, pečovatelky, psychologové, sociální pracovníci, psychoterapeuti, taktéž duchovní a další profese, jež pečují o uspokojování jejich potřeb (Špaček, 2021). Podstatným znakem těchto profesí je také zaměření především na individuální potřeby jedince, poskytování pomoci a podpory při řešení jeho problémů (Michalík, 2011).

Zástupci pomáhajících profesí následují pokyny lékařů či nadřízené osoby. Přitom nejde jen o prováděné úkony, vkládají do péče kus sebe, svou obětavost a lásku k bližnímu. V historii byl tento obor vyhrazen řádovým sestrám, které ve své víře ochotně snášely strasti mnohdy náročné práce v pomoci lidem se zdravotním postižením, či těžce a dlouhodobě nemocným (Špaček, 2021).

Zdravotní sestry, pečovatelky, sociální pracovníci mají kromě své odbornosti, jež získali vzděláním, také touhu pomáhat a pečovat o druhé. Většinou své zaměstnání berou spíše jako poslání. Často si s pacientem nebo klientem vybudují silné pouto, což bývá klíčem k úspěchu jejich práce (Špaček, 2021).

Dle Kopřivy (2013) je v pomáhajících profesích právě vztah ke klientovi významnou složkou povolání. Pomáhající pracovník se velmi často setkává s lidmi v nouzi, kteří zpravidla potřebují víc než pouhou slušnost, porozumění a pocit, že je pracovník neodsuzuje a nejsou mu na obtíž. Pátrají po signálech, jež nacházejí při každém setkání v podobě drobných neverbálních projevů pracovníka značících kvalitu jeho prožívání při vzájemném kontaktu. *„(...) tyto projevy vytvářejí určitou atmosféru, která klienty*

posiluje či naopak sráží. Klient potřebuje důvěřovat, cítit se bezpečný a přijímaný. Bez tohoto vztahového rámce se práce pomáhajícího stává jen výkonem svěřených pravomocí.“ (Kopřiva, 2013, s. 15).

Práce pomáhajících profesí je fyzicky i psychicky náročná. Po čase se mohou objevit symptomy nahromaděného stresu v podobě únavy, podrážděnosti, impulzivního jednání, nesnášenlivosti vůči okolí. Někdy to může vést až k syndromu vyhoření. Účinnou obranou je mentální hygiena a změna životního stylu. Bohužel to mnohdy může znamenat změnu povolání (Špaček, 2021).

2.1.1 Charakteristika týmových přístupů

V minulosti pracovali odborníci samostatně a informace měli jen z písemných zpráv, proto bylo komplikované jmenovat společnou oblast zájmu danou potřebami klienta a rodiny. Nepřekonatelnou překážku pro účinnou péči o klienta a jeho rodinu tvořil nedostatek povědomí o úloze jiných odborníků. A tak kvůli nedostatku vzájemné spolupráce mezi odborníky, kterým chybělo integrované rozhodování, plánování, podpora a pomoc, zůstali tito lidé ponecháni sami sobě (Hanáková in Dokoupilová et al., 2017).

Pokud se klientovi věnuje jeden odborník, jedná se o monodisciplinární péči. Zároveň však multidisciplinární týmový přístup tkví v samostatné práci každého odborníka, který pracuje nezávisle na ostatních. Každý člen multidisciplinárního týmu má svou specifickou úlohu v oblasti intervence. Vzájemná komunikace mezi těmito odborníky je však omezená. Hlavním negativem tohoto přístupu je pro osoby se zdravotním postižením velké množství hodnocení a informací od mnoha odborníků bez vzájemné komunikace, kooperace a koordinace především při finálním rozhodnutí (např. volba intervenčního plánu či komunikačního systému).

Interdisciplinární přístup je moderní nejen v oblasti péče o jedince se zdravotním postižením. Stejně jako u multidisciplinárního modelu zde jednotliví odborníci zajišťují klientům intervenci. U interdisciplinárního přístupu však mezi odborníky dochází ke vzájemné komunikaci, kooperaci a koordinaci zahrnující komplexnost a longitudinálnost péče o jedince se zdravotním postižením. Týmoví specialisté diagnostikují na svých vlastních pracovištích bez závislosti na ostatních členech týmu. Pravidelně se setkávají a plánují jednotlivá vyšetření, vzájemně se informují o výsledcích a doporučeních

k dalšímu intervenčnímu plánu, společně sestavují zprávu obsahující diagnostické závěry a doporučení všech dílčích odborníků. Tento vyšší stupeň interakce mezi členy týmu vede k jednotnému intervenčnímu plánu včetně jeho realizace. Dochází tak ke komunikaci, interakci, spolupráci a kooperaci mezi mnoha odborníky, kteří se podílejí na ucelené péči. Při vyšetřování mohou, ale nemusí být spolu. Intervenční postup však plánují společně. Vytvoří ho během setkání týmu, kde proberou své diagnostické nálezy, poznatky, doporučení. Konečný plán péče se vypracuje až dle doporučení všech specialistů (Hanáková in Dokoupilová et al., 2017).

O transdisciplinární týmový přístup se jedná v případě, jsou-li specialisté týmu seznamováni s intervenčními postupy ostatních členů. Je považován za nejmodernější a nejprogresivnější přístup. Transdisciplinární tým sestává z členů, kteří dobře znají problematiku jiných spolupracujících oborů, se kterými se vzájemně doplňují v celkové péči o klienty se zdravotním postižením. Jeden či dva členové týmu vystupují v pozici koordinátora, který v rozhovoru s klientem, rodiči, nebo doprovodem klienta zjistí speciální potřeby, závažné problémy a změny za poslední období, se kterými seznámí ostatní odborníky. Každý specialista je odpovědný za své vyšetření, jehož výsledky sdělí všem členům týmu. Po vzájemné dohodě koordinátor informuje celý tým i klienta či jeho doprovod o konečných výsledcích vyšetření, dalším terapeutickém postupu a časovém plánu, dále předá doporučení ústně i písemně formou závěrečné zprávy (Hanáková in Dokoupilová et al., 2017).

2.1.2 Vztah lékař-pacient

Nemoc je podnětem krize sociální identity. Člověk, který je často nemocný se tak ocitá ve stavu psychické labilita a v sociálních interakcích může být nejistý a velmi citlivý. S aspektem na chování lékaře k pacientovi či k jeho doprovodu uvádí Faller (2006 in Pipeková, Vítková et al., 2014) tři modely vztahu. Paternalistický model se dnes už sice považuje za překonaný, ale v této formě vztahu lékař rozhoduje podle svého vědomí v zájmu pacienta, přičemž pacient je zcela pasivní. U informativního modelu pacient zná své cíle a od lékaře požaduje jen doplňující informace, aby se mohl rozhodnout. Lékař pracuje na cíli společně s pacientem. Třetím je model Partnerský, u kterého pacient předloží svá přání a očekávání, lékař pak na základě svých poznatků a zkušeností poskytne doporučení.

Pro tuto vztahovou formu je předpokladem přátelská a uvolněná atmosféra. Pacientovi je umožněno v rámci rozhovoru vyslovit své otázky, obavy a očekávání, získat požadované informace a pocítit emocionální podporu, což zlepšuje zdravotní stav (Pipeková, Vítková et al., 2014; Špaček, 2021).

2.1.3 Bariéry medicínského doprovodu

Dle Pipekové a Vítkové et al. (2014) existuje pro lidi s mentálním postižením mnoho bariér, které znemožňují přístup k danému zdravotnickému systému. Lidé s mentálním postižením se podobně jako etnické menšiny setkávají s problémy týkajícími se sociálního vyloučení, bíd, zneužívání a nedostatku podpory. Tyto nedostatky mají velký podíl na omezování přístupu k výchově o zdraví, screeningu, zdravotní péči a k aktivitám podporujícím zdraví. Bariéry se mohou vyskytnout jednak pro osobu s mentálním postižením a její doprovod, jednak pro poskytovatele zdravotních výkonů, či bariéry, které souvisí s organizací zdravotnického systému a s faktory sociálního prostředí.

K bariérám inkluzivního medicínského doprovodu korespondujícím s faktory klienta Cheetham et al. (2007 in Pipeková, Vítková et al., 2014) zmiňuje, že bariérami doprovodu se mohou stát nejen určité chybějící znalosti, ale také znaky a způsob jednání lidí s mentálním postižením. Rozlišuje následující překážky:

- neúplné povědomí o službě a zdrojích, které jsou doprovodu k dispozici;
- nesrozumitelné vyjádření problému;
- špatná předešlá zkušenost s medicínskou pomocí v minulosti;
- střídání v péči různých lékařů;
- neschopnost spolupracovat dle instrukcí lékaře;
- pacient případné bolesti projevuje různým způsobem.

K faktorům, které vychází od klienta, patří také tělesné problémy, komunikační problémy a nápadnosti v chování. Na straně zdravotníků pak mohou nastat potíže, když jim tyto individuální prvky nejsou známé. V napjatých případech může dojít až k destruktivnímu, agresivnímu a sebepoškozujícímu chování (např. při zánětu středního ucha, bolesti zubů atp.). Například lékař s menší zkušeností by mohl některé zdravotní problémy přehlédnout (Pipeková, Vítková et al., 2014).

2.2 Postoje k osobám s mentálním postižením ve světle výzkumů

Největší překážkou v zapojení člověka s postižením do společenského života není jeho postižení, ale obavy, mýty a nedorozumění, jež s nimi společnost spojuje (Procházková, 2019). Obecně lze říci, že zdravotní postižení je většinou chápáno jako automatický předpoklad k zařazení jeho nositele do sféry sociální péče, či charitativních a podobných aktivit. *„Postoj k tomuto fenoménu se u každého člověka liší v závislosti na výchově, prostředí, míře informovanosti a dalších faktorech, v neposlední řadě na případné osobní zkušenosti.“* (Michalík, 2011, s. 31). Pracovníci v pomáhajících profesích disponují zkušenostmi umožňujícími prezentovat řadu příběhů, situací a poznatků z praxe, které mohou postoj široké společnosti i jiných odborníků modifikovat (Michalík, 2011).

Postižení přináší člověku znevýhodňující důsledky, jež mohou posilovat bariéry v mezilidských vztazích, bariéry v dopravě i architektonické bariéry, ale také nedostatek informací a strach s předsudky formující společenské postoje. Lze tak pozorovat různé druhy reakcí na jedince s postižením, a sice fascinaci a s ní související vnímání těchto lidí jako jedinců vyčnívajících ze společnosti, anebo úzkost, strach a přehlížení. *„Lidé s postižením jsou na jedné straně objektem soucitu, na straně druhé vzbuzují hrůzu a odpor, což může být důsledkem nedostatečné informovanosti lidí okolo. Iracionální a odtažitě projevy chování jsou pak výrazem obrany před ohrožením nebo výrazem nejistoty.“* (Procházková, 2019, s. 59).

2.2.1 Postoje zdravotníků k osobám s mentálním postižením dle zjištění výzkumů

Lidé s mentálním postižením mají vyšší prevalenci fyzických zdravotních problémů, ale často pociťují rozdíly v přístupu ke zdravotní péči. Alfia, Scior, Ratti, Strydom, King, Hassiotis (2013) uskutečnili v Anglii výzkum se zaměřením na diskriminaci a další překážky v přístupu ke zdravotnické péči z pohledu pacientů s lehkým a středně těžkým mentálním postižením a jejich pečovateli. V Anglii byla zavedena řada legislativních změn a doporučení s účelem zlepšení dostupnosti zdravotní péče osobám s mentálním postižením. Cílem tohoto kvalitativního výzkumu bylo prozkoumat, zda se podmínky ve zdravotní péči po deseti letech od zavedení změn zlepšily. Mezi respondenty bylo 14 osob s mentálním postižením a 15 pečovateli. Respondenti uváděli problémy s komunikací ze strany zdravotníků, kdy lékaři nesdíleli klinická rozhodnutí s pečovateli, ani s pacienty s mentálním

postižením. Zdravotníci také často přehlíželi znalosti pečovatele o zdravotních problémech a osobnostních vlastnostech daného pacienta s mentálním postižením. Pečovatele, kteří byli proaktivní při poskytování zdravotní péče, označili za příliš ochranné až dotěrné. Někteří účastníci výzkumu uznali, že s pacienty s MP bylo zacházeno špatně neúmyslně, personál totiž špatně odhadl schopnosti a potřeby pacienta. Přiměřené úpravy vyhovující potřebám dané osoby provedlo jen málo zdravotnických služeb. Mnoho účastníků uvedlo, že se kvůli špatnému zacházení, jež se jim dostalo, zdráhali vrátit do ordinací praktických lékařů nebo nemocnic. Někteří respondenti uvedli, že se k nim zdravotnický personál choval nezdvořile až nepřátelsky. Například, že s nimi mluvili jako s malými dětmi, nebo přehlíželi to, co jim pacienti s mentálním postižením říkají a rozhodovali o postupech zdravotní péče sami bez informování pacienta.

Zdravotníci mívají v očích osob s mentálním postižením vysokou prestiž a jsou pro ně velkou autoritou. Proto mohou jejich názory a doporučení k životním rozhodnutím pacientů s postižením tyto pacienty významně ovlivnit, někdy i negativně. Zdravotníci mohou takové názory vyjádřit spontánně či na dotazy pacienta. Zdravotnický personál si musí být vědom, zda názory vychází z odborné erudice a dávat si pozor na doporučení vycházející z vlastních životních zkušeností nebo osobních přesvědčení. Pacient s mentálním postižením by mohl taková doporučení mylně zaměnit s odborným vyjádřením, jímž se musí řídit. Vzhledem k tomuto možnému problému je citlivou oblastí problematika partnerských vztahů, sexuality a rodičovství osob se zdravotním postižením. Lékaři si mnohdy neuvědomují, že tato oblast je pro lidi s postižením stejně tak důležitá jako pro lidi intaktní (Ptáček a Bartůněk, 2011). Bernoldová, Strnadová a Adamčíková (2019) ve svém výzkumu uvádí vyjádření těhotných pacientek s mentálním postižením, že zdravotnický personál v rámci předporodní péče nepřizpůsobil poskytování informací jejich potřebám do srozumitelné podoby, a také jim neposkytoval dostatek empatické podpory.

Američanky Wilkinson, Dreyfus, Bowen a Bokhour (2013) ve svém výzkumu zaměřeném na názory pacientů a poskytovatelů zdravotnických služeb na využívání těchto služeb ženami s mentálním postižením zjistily, že lékaři i jejich pacienti s mentálním postižením vnímají čas, který klinická setkání obnáší, jako frustrující, ale každý odlišným způsobem. Respondenti z řad pacientů s mentálním postižením označili návštěvy u lékařů za uspěchané, s pocitem nedostatku času stráveného s lékařem, který vyhovuje jejich

osobním potřebám. Dotazované lékaře naopak frustruje velká časová náročnost vyšetření pacienta s mentálním postižením. Ve výzkumu uvedli, že tito pacienti potřebují na vše více času, trvá jim delší dobu se svléknout i obléknout, a také zabere více času jim vysvětlovat postupy a závěry vyšetření. Tento dlouhý čas strávený s jedním pacientem označili za „luxus“, který si v klinickém prostředí mohou málokdy dovolit. Zároveň také vyjádřili lítost a pocit viny, že s nimi nejsou schopni strávit tolik času, kolik by si tito pacienti přáli a poskytnout jim tak vysokou úroveň péče.

Problematiku s časem ve svém výzkumu uvedly také australské výzkumnice Hemsley, Baladin a Worrall (2012). Studie se zabývala ošetřováním pacientů s komunikačními problémy. Dotazované zdravotní sestry identifikovaly „čas“ jako hlavní bariéru úspěšné komunikace s pacienty. Zdravotní sestry uvedly, že pokud komunikace s pacientem trvá příliš dlouho, upřednostňují vyměňování informací s rodinnými příslušníky nebo placenými pečovateli pacientů. Zároveň také podotkly, že se z časových důvodů vyhýbají příležitosti obeznámení se s komunikačními metodami dané osoby, ačkoliv jsou si vědomy, že by to vedlo ke zlepšení vzájemné komunikace a naplnění základních potřeb pacienta.

2.3 Poskytování zdravotní péče občanům s mentálním postižením

Ve vztahu k pacientům s mentálním postižením se diskutuje o tzv. souhlasu pacienta, jenž je úzce spojen se svéprávností. Jedná se o právní jednání a dříve platilo, že osoba, která byla zbavena způsobilosti k právním úkonům, souhlas poskytnout nemohla a poskytoval ho její opatrovník určený soudem. **Úmluva o lidských právech a biomedicíně**, jež byla přijata roku 2001, zvýšila diskuse o poskytování zdravotní péče osobám zbaveným způsobilosti k právním úkonům (Michalík in Valenta et al., 2018). *„Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas.“* (Sdělení č. 96/2001 Sb. m. s., článek 5). Také **Úmluva o právech osob se zdravotním postižením** (viz kapitola 1.3), jež má v České republice přednost před zákonem, stojí na zákazu *„jakéhokoliv omezení práva na informovaný souhlas na základě zdravotního postižení.“* (Michalík in Valenta et al., 2018, s. 114).

Od roku 2012 celou tuto problematiku upravuje **zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování**. Později celou oblast vztahu mezi zdravotnickým zařízením a pacientem ovlivnil **zákon č. 89/2012 Sb., nový občanský zákoník**, v němž byl institut „zbavení způsobilosti k právním úkonům“ nahrazen institutem „omezení svéprávnosti“ (Michalík in Valenta et al. 2018). Ve zdravotních službách je poskytovatel povinen „zajistit, aby byl pacient srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách“ (Zákon č. 372/2011 Sb., § 31). Dle zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování musí být souhlas pacienta s poskytováním zdravotních služeb informovaný a svobodný, tedy dán bez jakéhokoliv nátlaku. Zároveň také v zákonem určených případech, jako je například hospitalizace, musí být souhlas vždy písemný (srov. Zákon č. 372/2011 Sb.; Michalík in Valenta et al., 2018).

2.3.1 Poskytování zdravotní péče osobám s omezenou svéprávností

Michalík (in Valenta et al., 2018) uvádí, že pacientovi s omezenou svéprávností se zdravotní péče poskytuje:

- S jeho souhlasem: pokud se jedná o běžný zdravotnický zákrok, kdy nehrozí neodvratitelné, trvalé či vážné následky pro zdraví a život. Zákrok lze provést se souhlasem osoby s omezenou svéprávností, pokud je povaha zákroku přiměřená stupni rozumové a volní vyspělosti této osoby.
- Se souhlasem opatrovníka: jestliže osoba s omezenou svéprávností nemůže poskytnout souhlas z důvodu nepřiměřenosti povahy zákroku ke stupni její volní a rozumové vyspělosti, souhlas této osoby by nebyl informovaný ani platný. Většinou se jedná o složitější zákroky, jako je operace. Souhlas v takovýchto případech poskytuje opatrovník. I tak musí být zohledněny přání a názory osoby omezené ve svéprávnosti. Pokud by došlo k rozporu mezi vůlí osoby s omezenou svéprávností a vůlí opatrovníka, musí o postupu rozhodnout soud.
- Se souhlasem soudu: při zákrocích zdravotní péče, které jsou spojeny s vážným nebezpečím pro zdraví a život osob, nebo zanechávají neodvratitelné, trvalé a vážné následky. Takové zákroky nejčastěji zahrnují rizikové neurochirurgické operace, amputace končetiny apod. Pokud je potřeba zasáhnout okamžitě za účelem zamezení

vážného poškození zdraví či záchrany života, není nutné vyžadovat souhlas soudu (Michalík in Valenta et al., 2018).

Shrnutí

Osoby s mentálním postižením se setkávají a komunikují s mnoha lidmi z různých oblastí pomáhajících profesí. V druhé kapitole byly tyto profese charakterizovány. Zároveň zde bylo předloženo několik uskutečněných zahraničních výzkumů zaměřených na postoje profesionálů, především zdravotníků, k osobám s mentálním postižením. V České republice se k poskytování zdravotní péče osobám se zdravotním postižením vztahuje několik důležitých legislativních dokumentů, které zde též byly zmíněny. Při poskytování zdravotní péče osobám s mentálním postižením je důležitým aspektem, zda se jedná o svéprávného pacienta, či pacienta s omezenou svéprávností. U složitějších zákroků za pacienta s omezenou svéprávností uděluje souhlas jeho opatrovník, nebo v některých případech soud.

3 Problematika komunikace zdravotníků s osobami s mentálním postižením

3.1 Výzkumné cíle a otázky

Jak vyplývá z přehledu výzkumů zaměřených na problematiku komunikace, přístupů a postojů zdravotníků k pacientům s mentálním postižením, je tato oblast diskutovaným tématem, kterému byly věnovány studie pocházející z Anglie, Austrálie, USA. Ve světě i v České republice přinesly nová legislativní opatření, normy i doporučení mnoho změn vztahujících se ke komunikaci a poskytování zdravotní péče pacientům s mentálním postižením. V praxi se však tyto náležitosti mísí s lidskou povahou, přetrvávajícími předsudky vůči lidem s mentálním postižením, nedostatečnou znalostí o jejich potřebách, nedostatkem času, stresem i množstvím práce a povinností, a ne vždy je snadné zachovat profesionalitu a vlídný přístup.

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo prozkoumat přístupy a postoje zdravotnického personálu k pacientům s mentálním postižením se zaměřením na komunikaci s nimi během lékařských vyšetření.

Dílčí cíle:

- Zjistit faktory či bariéry, které ovlivňují vzájemnou komunikaci zdravotníků s pacienty s mentálním postižením.
- Zjistit a navrhnout podněty ke zlepšení podmínek této problematiky.

Výzkumnou otázkou, jež provázela předložený výzkum, bylo:

VO 1: Jaké komunikační strategie volí zdravotníci při práci s pacienty s mentálním postižením?

Dílčí výzkumné otázky byly rozděleny do několika okruhů:

VO 2: Jaké jsou zkušenosti respondentů s poskytováním zdravotní péče zdravotními službami pacientům s mentálním postižením, včetně pozitivních i negativních zkušeností?

VO 3: Jak jsou zdravotníci připraveni na práci s touto cílovou skupinou?

VO 4: Do jaké míry si respondenti z řad zdravotníků a doprovodů myslí, že jsou osoby s mentálním postižením ze strany zdravotních služeb znevýhodňovány?

3.2 Etická dimenze výzkumu

Během získávání a zpracovávání dat diplomové práce bylo dbáno na dodržování principů etického kodexu pedagogického výzkumu (Průcha, Švaříček, 2009), jenž byl v roce 2010 schválen Českou asociací pedagogického výzkumu (Adamčíková, 2019). Daný kodex je však obecně zaměřený na pedagogický výzkum a nespécifikuje problematiku osob s mentálním postižením. Proto bylo důležité se zaměřit na konkrétní postup u klíčových principů, aby byly obecné zásady splněny a převedeny na cílovou skupinu diplomové práce, tedy na osoby s mentálním postižením. Dodržení těchto principů je u osob s mentálním postižením obzvláště důležité, jelikož jsou velmi zranitelnou skupinou obyvatelstva. Jejich zranitelnost spočívá především v jejich nižším povědomí o vlastních právech a v nižší úrovni rozhodovacích schopností. Etický kodex definuje principy realizace výzkumu a principy publikační činnosti. Níže jsou uvedeny ty, které se týkaly zúčastněných respondentů s mentálním postižením (Adamčíková, 2019).

„Pracovník pedagogické vědy a výzkumu (...) informuje účastníky výzkumu pravdivě o povaze, cíli a průběhu výzkumu, stejně jako o možných důsledcích výzkumu; získává pro výzkum dobrovolný poučený souhlas od zkoumaných účastníků a poučí je o jejich možnosti z výzkumu kdykoliv odstoupit;“ (Průcha, Švaříček, 2009, s. 101). Tyto dva principy byly naplněny před uskutečněním rozhovorů s respondenty s mentálním postižením, kdy jim byl předložen informovaný souhlas (viz Příloha č. 1). Tento informovaný souhlas byl vytvořen s ohledem na jednoduchost a přehlednost, která je zajištěna formulováním krátkých vět rozdělených do tabulky s doplněním ilustrativních piktogramů znázorňujících jejich význam. Před zahájením rozhovoru byl respondentům důkladně vysvětlen účel rozhovoru i informovaného souhlasu. V případě potřeby bylo toto vysvětlení poskytnuto opakovaně.

Dalším principem etického kodexu je zachování důvěrnosti a anonymity získaných informací od zúčastněných respondentů (Průcha, Švaříček, 2009). K získaným informacím měly přístup jen autorka a vedoucí diplomové práce. Po přepsání záznamů rozhovorů byly jejich nahrávky smazány.

Zároveň byly uskutečněny rozhovory se zdravotníky a asistenty/medicínským doprovodem klientů s mentálním postižením. I tito respondenti obdrželi informovaný souhlas (viz Příloha č. 2) s výše zmíněnými informacemi a byli poučeni o záměru rozhovoru, anonymitě a možnosti odstoupení.

3.3 Metodologie a charakteristika výzkumného souboru

3.3.1 Metodologie

Diplomová práce vychází z kritické teorie, přesněji kritické teorie postižení. Dle Adamčíkové (2019, s. 63) „*Tato teorie vyplynula z nutnosti prosazovat sociální spravedlnost pro osoby se zdravotním postižením*“. Z metodologického hlediska kritická teorie využívá rekonstrukce již ustálených konstrukcí pomocí dialektických a dialogických metod. Výsledek zkoumání může být ovlivňován hodnotami výzkumníka, jelikož vzniká v rámci vztahu výzkumník-zkoumaný. Kritická teorie je tedy označována jako subjektivní a transakční. Vytyčeným cílem kritické teorie je změna, emancipace a zplnomocnění utiskovaných a diskriminovaných skupin. Šubrt (2007, in Adamčíková, 2019, s. 63) uvádí, že „*kritická teorie se pokouší o překonání špatné fakticity především deskriptivním zkoumáním a normativní kritikou forem zvěčnění člověka a přírody (...) Toto normativní hledisko dovoluje hodnotit sociální realitu a podmiňuje snahu o konstrukci lepšího světa.*“ Kritickou teorii postižení formuje několik principů:

- Postižení není důsledkem poruchy, ale sociálním konstruktem.
- Postižení vychází z uceleného vztahu mezi společenským prostředím a individuální reakcí na poruchu.
- Sociální znevýhodnění osob s postižením podněcuje institucionální, postoje i společenské prostředí, jež se nepřizpůsobuje potřebám osob, které se odchyľují od toho, co je ve společnosti chápáno jako normální.

Kritická teorie postižení nabízí způsob opětovného vymezení postižení a zpochybnění systému moci, jež omezuje práva na plnohodnotnou participaci lidí se zdravotním postižením ve společnosti (Adamčíková, 2019).

Pro naplnění cílů této diplomové práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Některé oblasti je vhodné zkoumat kvalitativními typy výzkumu. Strauss a Corbin (1999) mezi takové případy uvádí výzkumy, jež se pokouší odkrýt podstatu něčích zkušeností, jako tomu je v této diplomové práci. Dle Hendla (2016) se kvalitativní výzkum používá s cílem hledání porozumění danému sociálnímu nebo lidskému problému. Zkoumání probíhá v přirozených podmínkách za účelem vytvoření uceleného obrazu pomocí analýzy textů a čerpání informací ze zkušeností účastníků. K výhodám kvalitativního výzkumu se

řadí zprostředkování detailního popisu a vzhledu do problematiky zkoumaného fenoménu, možnost variability otázek během šetření a umožnění návrhu teorie. Jako nevýhody jsou uváděny obtíže se zobecňováním výsledků a možnost subjektivity dle osobních preferencí výzkumníka při zpracování dat. K nejvíce užívaným technikám pro získání dat v kvalitativním výzkumu se řadí rozhovor a pozorování.

Pro účely diplomové práce byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, který je nejběžnější technikou využívanou v rámci kvalitativního výzkumu. Polostrukturovaný rozhovor je flexibilní, snadno pochopitelný a dostupný. Pro svou schopnost odhalit důležité a mnohdy skryté aspekty lidského a organizačního chování bývá nejefektivnějším prostředkem k získání dat. Základem je konverzace, jež umožňuje výzkumníkovi měnit styl a pořadí otázek, i pokládat doplňující otázky a tím vyvolat komplexní odpovědi respondenta. Prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru se lze soustředit na hlavní výzkumný zájem a dosáhnout tak stanovených cílů (Mišovič, 2019).

Diplomová práce byla zpracována metodou kvalitativního výzkumu za pomoci metod:

- Analýza prostudované literatury
- Polostrukturovaný rozhovor s osobami s mentálním postižením
- Polostrukturovaný rozhovor se zdravotníky
- Polostrukturovaný rozhovor s medicínským doprovodem

3.3.2 Proces sběru dat

Sběr dat probíhal v období od 1. 4. do 14. 6. 2022. Rozhovory byly vedeny na základě protokolů k polostrukturovaným rozhovorům vytvořených autorkou (Přílohy 3, 4, 5). Rozhovory proběhly osobně a také online na platformách Zoom a Skype. Osobně byly uskutečněny všechny rozhovory s participanty s mentálním postižením v místě jejich bydliště, tedy v prostorách chráněného bydlení. Online byly provedeny rozhovory s některými zdravotníky a doprovázejícími pracovníky, se kterými nebylo možné setkat se osobně. Rozhovory byly nahrávány na mobilní telefon pomocí funkce Diktafon. Následně byly přepsány do textového dokumentu Word. Participantům byla přidělena označení Účastník/Zdravotník/Doprovod a čísla 1 až 6. Čísla mezi skupinami participantů navzájem

nesouvisí, tedy např. Účastník 1 nemá spojitost s Doprovodem 1 atd. Po dokončení analýzy výzkumu byly nahrávky smazány.

Rozhovory se zdravotníky trvaly v průměru 25 minut. Nejkratší rozhovor trval 18 minut, nejdelší trval necelých 48 minut. Rozhovory s medicínskými doprovody trvaly od 17 do 50 minut, v průměru trval jeden rozhovor 30 minut. Rozhovory s participanty s mentálním postižením trvaly v průměru 15 minut. Nejkratší rozhovor trval necelých 9 minut, nejdelší pak 31 minut. Celkově bylo nahráno 6 hodin a 23 minut čistého audiozáznamu.

Původní protokol k polostrukturovanému rozhovoru s účastníky s mentálním postižením obsahoval 2 úvodní otázky a 20 otázek zaměřených zejména na osobní zkušenosti participantů s mentálním postižením s komunikací, přístupy a postoji lékařů. Dotazování byli také na roli a výhody medicínského doprovodu při lékařských vyšetření. Na téměř všechny otázky byla schopna odpovědět pouze jedna účastnice, a tak po uskutečněné pilotáži prvních dvou rozhovorů byl protokol zkrácen na 13 otázek, jelikož se některé otázky projeví jako příliš abstraktní a pro respondenty s MP těžko zodpověditelné.

3.3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor představoval 17 participantů. Přesněji 6 účastníků s mentálním postižením, 5 zdravotníků a 6 doprovázejících osob. Pro účast ve výzkumu bylo nutné splnit určitá kritéria: zdravotník, který má zkušenosti s ošetřováním pacientů s mentálním postižením; pracovník sociálních služeb, jenž doprovází své klienty s mentálním postižením k lékařům; jedinec s lehkým či středním mentálním postižením, jenž dochází k lékaři sám nebo s doprovodem, a je schopen účasti na rozhovoru.

Výběr účastníků s mentálním postižením byl záměrný z důvodu zaměstnání autorky v zařízení pro osoby s mentálním postižením v Liberci. Vzhledem k tomu bylo snadné získat svolení od vedení organizace k uskutečnění výzkumu, a také navázat kontakt a setkat se s participanty s mentálním postižením. Přestože autorka pracuje ve stejné organizaci, s účastníky rozhovoru se osobně nezná, jelikož působí na jiném pracovišti. Na výběru účastníků se autorka dohodla s vedením organizace. Byli vybráni klienti s mentálním postižením, jež jsou svéprávní a nemají přiděleného opatrovníka, a dále klienti,

s jejichž opatrovníkem je snadná domluva. Přidělené opatrovníky mají dva participanti. Opatrovníci byli telefonicky kontaktováni vedením organizace a byl jim předán informovaný souhlas (Příloha 2). Účastníci s MP obdrželi informovaný souhlas (Příloha 1), který vyplnili před zahájením rozhovorů. V následující tabulce je znázorněný přehled účastníků s MP.

Tabulka 5. Základní informace o účastnících s mentálním postižením

Účastník	Mentální postižení	Věk	Pohlaví	Bydliště (zařízení)	K lékaři chodí
Účastník 1	Lehké	40 let	Žena	Podpora samostatného bydlení	Sama/se zdravotní sestrou ze zařízení
Účastník 2	Lehké	53 let	Muž	Chráněné bydlení	Se zdravotní sestrou ze zařízení/s matkou
Účastník 3	Střední	50 let	Žena	Chráněné bydlení	Se zdravotní sestrou ze zařízení
Účastník 4	Lehké	41 let	Muž	Chráněné bydlení	Sám/se zdravotní sestrou ze zařízení
Účastník 5	Lehké	52 let	Žena	Chráněné bydlení	Sama/se zdravotní sestrou ze zařízení
Účastník 6	Lehké	41 let	Žena	Chráněné bydlení	Sama

Výběr participantů z řad doprovodů probíhal metodou referenčního výběru neboli dle Miovskeho (2006) metodou sněhové koule. První dva participanti byli osloveni ústně na základě osobního kontaktu v pracovním prostředí. Ostatní participanti byli doporučení a získáni po předání kontaktu přes první dva oslovené. Participanti obdrželi oslovovací e-mail s informovaným souhlasem (Příloha 2). Souhlas s účastí na výzkumu byl také sdělen ústně na začátku každého rozhovoru společně s udělením souhlasu pro nahrávání rozhovoru. Dva participanti pracují v zařízení pro osoby s mentálním postižením v Praze,

tří participanti pracují v Liberci a jeden v menším městě do 3 000 obyvatel v okrese Liberec. Všichni zúčastnění participanti ze skupiny doprovodů jsou ženy. Níže v tabulce je znázorněný přehled participantů – doprovodů.

Tabulka 6. Základní informace o doprovázejících pracovnících				
Doprovod	Pracovní pozice	Zařízení	Město (okres)	Praxe
Doprovod 1	Zdravotní sestra	Domov pro osoby s MP	Liberec	26 let
Doprovod 2	Zdravotní sestra	Chráněné bydlení pro osoby s MP	Liberec	3 roky
Doprovod 3	Asistent	Chráněné bydlení pro osoby s MP a služba Podpora samostatného bydlení	Praha	12 let
Doprovod 4	Asistent	Domov pro osoby se zdravotním a mentálním postižením	Liberec	13 let
Doprovod 5	Vedoucí služby	Domov pro osoby s MP	Liberec	8 let
Doprovod 6	Vedoucí služby	Chráněné bydlení pro osoby s MP	Praha	18 let

Výběr participantů z řad zdravotníků probíhal též metodou referenčního výběru. První dva zdravotníci byli osloveni ústně. Zbylí tři byli doporučeni a osloveni po získání kontaktu od prvních dvou oslovených. Participanti obdrželi oslovovací e-mail s informovaným souhlasem (Příloha 2). Při zahájení každého rozhovoru byl také ústně sdělen souhlas s nahráváním rozhovoru. Dva participanti pracují jako ambulantní lékaři v Praze. Zbylí tři pracují jako zdravotníci v Liberci. Všichni participanti ze skupiny zdravotníků jsou ženy. V následující tabulce je znázorněný přehled participantů – zdravotníků.

Tabulka 7. Základní informace o zdravotnících

Zdravotník	Pracovní pozice	Zařízení	Město	Praxe
Zdravotník 1	Ambulantní lékař diabetolog	Diabetologická ambulance	Praha	14 let
Zdravotník 2	Zdravotní sestra	Kardiologická ambulance	Liberec	6 let
Zdravotník 3	Zdravotnický záchranář	Nemocnice	Liberec	26 let
Zdravotník 4	Zdravotnický záchranář	Nemocnice	Liberec	9 let
Zdravotník 5	Praktický lékař	Ordinace praktického lékaře	Praha	1 rok

3.3.4 Způsob zpracování dat

Získaná a přepsaná data byla zpracována pomocí otevřeného kódování. Strauss a Corbin (1999, s. 42) tento proces popisují jako „část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů.“ Říháček et al. (2013, s. 48) tento čin popisuje jako konceptualizaci pojmů, „které jsou induktivně zakotveny v datech, ale samy o sobě mají abstraktní povahu, protože vyjadřují myšlenku, princip či zkušenost, platnou napříč různými událostmi či situacemi.“ Kódy byly pojmenovány vlastními názvy a také metodou kódu „in vivo“, kdy byla převzata slova participantů (Říháček, 2013). Vzniklé kódy byly porovnávány a na základě podobností seskupovány do podkategorií, čímž vzniklo osmnáct podkategorií. Z těchto podkategorií bylo vytvořeno pět kategorií, jež ovlivňují zkoumané jevy. Níže v tabulce jsou znázorněny jednotlivé kategorie a podkategorie.

Tabulka 8. Jmenný seznam kategorií a podkategorií	
Kategorie	Podkategorie
1. Komunikace s pacienty s MP	Komunikační strategie zdravotníků
	Komunikace zdravotník – doprovod – pacient s MP
	Bariéry komunikace
	Komunikace a lékařská diagnostika
2. Zdravotnický personál	Postoje zdravotníků k pacientům s MP
	Výhoda stálých zdravotníků
	Příprava zdravotníků na komunikaci s pacienty s MP
	Osobnostní předpoklady zdravotníků
3. Medicínský doprovod	Činnost doprovodu
	Doprovod asistenta vs. zdravotní sestry
	Výhody doprovodu
4. Poskytování zdravotní péče osobám s MP	Dostupnost zdravotních služeb pacientům s MP
	Bariéry v poskytování zdravotní péče osobám s MP
	Diskriminace pacientů s MP
5. Osobní zkušenosti z praxe	Příklady dobré praxe
	Negativní zkušenosti s přístupy zdravotníků k pacientům s MP
	Příklady zlepšení služeb a postojů k osobám s MP
	Návrhy ke zlepšení

Uspořádání dat bylo uskutečněno za pomoci techniky „vyložení karet“, kdy „výzkumník vezme kategorizovaný seznam kódů, kategorie vzniklé skrze otevřené kódování uspořádá do nějakého obrazce či linky a na základě tohoto uspořádání sestaví text tak, že je vlastně převyprávěním obsahu jednotlivých kategorií.“ (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 226).

3.4 Interpretace výzkumného šetření

Vzhledem k malému počtu účastníků není výzkumný vzorek natolik velký, aby se výsledky předloženého výzkumu mohly zobecňovat. Vyplývající výsledky a závěry výzkumu platí pouze pro tento výzkumný vzorek.

Jelikož se uvedené kategorie vzájemně prolínají, byla analýza výsledků šetření zpracována do souvislosti a neuvádějí se polostrukturované rozhovory zdravotníků, doprovodů a účastníků s mentálním postižením samostatně.

Kategorie: Komunikace s pacienty s mentálním postižením

Problematika komunikace zdravotnického personálu s osobami s mentálním postižením je pojetím celé diplomové práce. Proto se touto problematikou zabývá první zvolená kategorie.

Podkategorie: Komunikační strategie zdravotníků

Zúčastnění zdravotníci používají ve své praxi různé komunikační přístupy k pacientům s mentálním postižením. Všichni participanti ze skupiny zdravotníků se shodli, že je důležité na pacienty s MP mluvit pomalu, v kratších větách, pokyny zopakovat i několikrát za sebou, a vždy se ujistit, že pacient rozuměl. *„Snažím se co nejjednodušeji, vysvětlím jim vždycky, co si myslím, že jim je, několikrát jim to zopakuji, jestli se chápeme. Většinou tam není žádnéj problém, že bychom si nějak nerozuměli. Fakt se snažím používat co nejjednodušší slova a přijde mi, že se pochopíme vždycky.“* (Zdravotník 5). *„Je důležitý zabrzdit, zvolit hlavní a základní informace. Určitě se nesnažím mu něco vysvětlovat. Sdělují jasný informace, většinou příkazového typu, který si snadno zapamatuje.“* (Zdravotník 1). Zdravotník 3 také zdůrazňuje vyvarování se používání ironie a sarkasmů: *„Důležitý je při ošetřování vystupovat klidně, používat jednoduchý slova a zopakovat to klidně několikrát za sebou. Taky by ten zdravotník neměl mluvit sarkasticky nebo ironicky.“* Zdravotník 2 zmiňuje, že veškeré kroky, které během vyšetření provádí, současně pacientovi s MP komentuje: *„Vysvětlím jim dopodrobna po jednotlivých krocích, co budu dělat, nebo to, co dělám, současně nahlas komentuji, aby věděli, co se děje.“*

Zdravotník 1 používá ke komunikaci také písemnou formu sdělení informací: *„Dát ty informace minimálně ve dvou podobách, takže ústní a písemnou, případně nějakaj*

letáček.“ A využívá kontaktů a vzájemné komunikace s ostatními odborníky, kteří se o daného pacienta s MP starají: „*Ideálně získat od něj kontakt na někoho doprovázejícího, když přijde sám, nebo na praktického lékaře, abychom si mohli předat informace.*“ (Zdravotník 1).

Dva zdravotníci, kteří pracují na pozici zdravotnický záchranář, uvedli, že jsou u záchranné služby v Liberci nově zavedeny komunikační kartičky pro usnadnění komunikace zdravotníků s dětskými pacienty s autismem pomocí vizualizace postupů ošetření, které jsou využitelné i u dospělých pacientů s mentálním postižením. „*Na komunikačních kartičkách jsou různé obrázky, třeba částí těla, a podle nich mohou pacienti ukázat, co je bolí. Pak tam jsou i obrázky injekční stříkačky, tonometru, kde jim my ukazujeme a popisujeme postupy, co budeme dělat a kvůli čemu.*“ (Zdravotník 4). „*Když se třeba jedná o pacienta s autismem, tak se i ptáme těch doprovodů, jestli to ten pacient s autismem nepoužívá a nemá takovýhle svoje kartičky, kde je nakreslená třeba sanitka, nebo injekce, doktor nebo záchranář. Ale teď jsme právě zaváděli, že je máme v každé sanitce a jsou na nich vizualizace všech možných přístrojů, které můžeme v sanitce použít. Aby to usnadnilo komunikaci s tím pacientem, že ten obrázek dostane do ruky a znázorní mu to, co se bude dít.*“ (Zdravotník 3).

Zdravotník 4, který pracuje jako zdravotnický záchranář, zdůrazňuje, že je také důležitá týmová spolupráce zdravotníků a naslouchání pacientovi s mentálním postižením, aby se daný pacient nebál a nechal se ošetřit: „*Už víme, že u některých pacientů nepoužíváme majáky a světlo. Někdo chce sedět na téhle sedačce a ne tady, tak se snažíme vždycky vyhovět. Někdy třeba nechtěj chlapa řidiče, tak jde řidič za dveře, nebo někdy naopak chtěj zase mluvit s tím chlapem. Někdy se ten pacient bojí, když tam je víc lidí, když s námi třeba jede doktor. Takže když nás tam je hodně, tak vždycky ke komu jde blíž ten pacient, tak ten ho ošetřuje. Takže třeba i když já nejsem doktor, ale na mě reaguje nejvíce v pohodě, tak je i možný, že já ho vyšetřím a doktor čeká venku. Takže je i důležitý, aby fungoval ten tým v tý sanitě a byl schopnej na takový věci rychle, a hlavně v pohodě reagovat, což se vždycky snažíme.*“ (Zdravotník 4).

Tři participanti, přesněji jeden zdravotník, jeden doprovod a jeden účastník s mentálním postižením se shodli na tom, že je při komunikaci s pacientem s MP důležité danému pacientovi nelhat. „*A co je důležitý, je opravdu nelhat o tom, co se bude dít,*

protože jakmile se řekne, že to nebolí, a pak to bude bolet, tak tam člověk toho klienta už znovu nedostane. Oni sice mají mentální postižení, ale moc dobře si pamatují a uvědomují, kór takovýhle bolestivý a nějaký emocionální zážitky stresový.“ (Doprovod 2). „Hlavně je důležitý, jak ten doprovod umí komunikovat s těma lidma. Že prostě vědí, že se jim nelže, že když to bude bolet, tak to bude bolet, ale uměj jim to hezky říct. A my je v tom v podstatě podpoříme, aby to dopadlo rychle a ideálně, aby je to nebolelo.“ (Zdravotník 2). „Třeba když jsem byla v děcáku. Tak tam byli doktoři hodně zlí. To jsem zdrhla z tý ordinace u zubaře. On mi lhal totiž, prej že to bolet nebude, a bolelo. Mi trhali zub, hrozný.“ (Účastník 1).

Participantů ze skupiny doprovodů také uvedli problematiku tykání doktorů pacientům s mentálním postižením. Všechny šest doprovodů se shodlo, že tak zhruba polovina doktorů pacientům s MP tyká. Doprovázejícím pracovníkům je takové jednání nepříjemné a shledávají ho za neprofesionální. Ačkoliv se jedná o pacienty s mentálním postižením, jsou to v první řadě dospělí lidé. „Co mě třeba hodně vadí, je, že jim automaticky tykají, přestože to jsou dospělí lidi a nemělo by to být. Jo, to mě třeba vadí.“ (Doprovod 1). „Třeba praktický lékař našim klientům tyká a staví je do takové dětské role. Ono to je jako milý a ty klienty to potěší. Jak ten doktor dostává nějaký čokolády a bonboniéry a kávy od těch dalších pacientů, tak on to vždycky rozdává těm našim klientům, takže je jakoby staví do nějaký jiné role a často teda dětské role, ale je při tom milej. Našim klientům to je příjemný, protože to dělá laskavě a s takovým jako humorem, on je u toho takovej žoviální, ale z mého pohledu to úplně dobře není, protože to jsou prostě dospělí lidé, nicméně vidím, že ti naši klienti jsou jako spokojení.“ (Doprovod 6). Doprovod 4 uvádí, že by některé lidi s mentálním postižením mohlo vykání a oslovování příjmením naopak rozhodit a mohli by to vnímat tak, že jsou za něco káráni. Jedná se tedy o velice individuální záležitost dle přání daného člověka s MP. „Máme klienty, které oslovujeme na jejich přání křestním jménem, pakliže bychom je oslovovali příjmením, nebo jim vykali, což oni si zas tolik neuvědomují, spíš to, jestli jim říkáme křestním nebo příjmením, tak kdybychom je oslovili příjmením, tak by byli znepokojeni.“ (Doprovod 4).

Podkategorie: Komunikace zdravotník – doprovod – pacient s mentálním postižením

Sedm participantů, tedy všichni zúčastnění zdravotníci a dva doprovody, uvádí, že zdravotníci v první řadě komunikují s pacientem s MP, a pak až s jeho doprovodem. Doprovodu také sdělují důležité informace ohledně postupů následné léčby, které je třeba si zapamatovat. „*Snažíme se primárně mluvit s tím pacientem, a když to nejde, tak s tím doprovodem.*“ (Zdravotník 4). Zdravotník 5 doplňuje: „*Snažím se komunikovat jednak s tím pacientem, ale když vím, že je to relativně zbytečné, tak co se týče těch instrukcí, tak se koukám očima na ten doprovod, ale zase aby to nebylo, jakože toho pacienta kvůli tomu, že je mentálně postižený, ignoruju, to ne. Snažím se s ním (s pacientem s MP) komunikovat, ale aby pochopil i ten doprovod, že to myslím i na něj.*“ Dva participanté ze skupiny doprovodů též uvádějí, že se zdravotnický personál snaží nejprve komunikovat s pacienty s MP. „*Když komunikuje se mnou, tak je to, aby zjistil nějaký podrobnosti, příčiny, ty věci, který ten klient není schopný sám říct.*“ (Doprovod 1).

Sedm participantů, přesněji čtyři doprovody a tři účastníci s mentálním postižením naopak uvádí, že zdravotníci komunikují spíše s doprovody než s pacienty s MP. „*Myslím si, že komunikují spíše se mnou, což taky není úplně dobře. Každopádně když ten klient chce navázat rozhovor, nebo se na něco optat, tak ten zdravotní personál odpoví, většinou.*“ (Doprovod 2). Doprovod 3 dodává, že: „*Pokud se jedná o klienta, na kterém je vizuálně vidět, že má mentální postižení, tak dělají (zdravotníci) velmi často, že mluví přímo se mnou jako s doprovodem, i když ten klient třeba je schopen sám komunikovat.*“ Zároveň je také dle Doprovodu 6: „*Častokrát je vlastně potřeba, aby ten doktor komunikoval s asistentem. Ale je třeba rozlišit, jestli to je jako prvotní záměr, nebo nějaká cesta toho zdravotníka, obrátit se rovnou na asistenta, protože si myslí, že ten pacient nic neřekne, a tak je pro něj jednodušší komunikovat rovnou s tím doprovodem. Nebo jestli se fakt jako obrátí nejdříve na toho svého pacienta, a až když už to nejde, tak to vykomunikuje s tím doprovodem. A to si myslím, že je tak půl na půl.*“ Dva účastníci s MP také uvedli, že zdravotníci komunikují spíše s jejich doprovodem. „*Většinou sestřička (doprovod) to vyřeší, a když jsem s mamkou, tak mamka.*“ (Účastník 2). „*Málo se mnou, spíš se baví s ní (doprovodem). Se mnou se bavěj taky, ale málo.*“ (Účastník 4). Dle Účastníka 5 komunikují zdravotníci s ním i s jeho doprovodem: „*Lékařka mluví se sestřičkou (doprovodem), dá jí ty papíry, a pak ještě mluví se mnou.*“

Podkategorie: Bariéry komunikace

Sedm participantů, přesněji čtyři doprovody a tři zdravotníci, vyjádřili, že kvalitu komunikace zdravotnického personálu s pacienty s MP nejvíce omezuje nedostatek času a s tím související přetíženost zdravotnického systému a plné čekárny pacientů, z čehož může být zdravotnický personál nervózní, až ve stresu, a pak méně trpělivý. *„Časovej pres, to je asi to nejdůležitější. Ale jako většinou to vždycky vyřešíme. A množství pacientů. To hraje velkou roli. Sestra je spíš taková sekretárka, ta si to vždycky nějak zorganizuje. Ale doktor musí bejt v klidu, aspoň trošku. Samozřejmě taky jak se člověk (zdravotník) zrovna vyspí, to hraje taky roli. Musí si to prostě ten den sednout.“* (Zdravotník 2). Velké množství pacientů a dlouhá čekací doba může také podle Doprovodu 5 nepříznivě působit na stav psychické pohody pacienta s MP: *„To je taky strašně důležitý, aby ten klient nebyl dlouho ve stresu v té čekárně. Aby, když přijde, šel rovnou na řadu. Pak dokáže i lépe spolupracovat, protože v té čekárně, když čeká dlouho, tak hodně znervózní a dostane se do tenze, a pak už v té ordinaci to je úplně marný, protože už nespolečuje.“*

Jako další komunikační bariéru uvedlo osm participantů, přesněji dva zdravotníci, tři účastníci s MP a tři doprovody, neochotu zdravotníků přizpůsobit komunikaci schopnostem pacienta s mentálním postižením. *„Neochota zpomalit svůj proud řeči a přizpůsobit se pomalejšímu psychomotorickému tempu pacienta.“* (Zdravotník 3). *„Těm doktorům vlastně ani normální člověk nerozumí, když mluvej v nějakých těch latisnkejch názvech a tak, ale my jsme mocný si to někde dohledat, nebo tak. Ale ti klienti tomu vlastně nerozumí a ti lékaři nemají dost trpělivosti, aby jim to vysvětlovali a přeložili do jazyka, kterému rozuměj.“* (Doprovod 3). K této bariéře se vyjádřili také tři účastníci s mentálním postižením: *„Tak jim (lékařům) musím říkat, aby na mě mluvili srozumitelně, že jinak tam chodit nebudu.“* (Účastník 6). *„Ale on byl takovej agresivní ten doktor. Jsem mu moc nerozuměla, mluvil jinou řečí. A já jsem mu řekla, že už k němu nejdu a půjdu jinam. Takže jsem šla radši k jiný doktorce, co byla milejší.“* (Účastník 1). *„Třeba když nemá dobrou náladu, tak je takovej nevlídnej (lékař). Já se ho snažím jako chápat, jako rozumět mu a tak.“* (Účastník 3).

Šest participantů, tedy tři zdravotníci a tři doprovody, uvedli též komunikační bariéry ze strany pacientů s mentálním postižením. *„Určitě na to má vliv neschopnost lidí s mentálním postižením popsat svůj zdravotní stav a porozumět tomu. A pak ten lékař*

taky kolikrát neví, jak se s nimi bavit. Jako běžně se lékaři ptají: „Tak co vám je, a kde vás co bolí, proč sem přicházíte.“ A když to ten pacient nedokáže popsat, tak si dovedu představit, že to je pro toho lékaře poměrně obtížný, na to nějak reagovat.“ (Doprovod 6). „Intelekt a komunikační schopnosti pacientů s mentálním postižením a nemožnost často porozumět oboustranně.“ (Zdravotník 3). „Pak taky od klienta, může tam bejt nějaká vada řeči, tak ta komunikace nemusí bejt taková stoprocentní.“ (Doprovod 2). Doprovod 2 uvedl, že komunikaci ze strany pacientů s MP také ovlivňuje například změna ambulance nebo zdravotnického personálu: „No a samozřejmě, když se jedná o nový místo, třeba když se vymění sestřička, na kterou nejsou klienti zvyklí. Klienti s mentálním postižením nemají rádi změny.“

Podkategorie: Komunikace a lékařská diagnostika

Všech pět zdravotníků uvedlo, že by neporozumění v komunikaci mohlo ohrozit kvalitu stanovení diagnózy. „To si myslím, že určitě ano, protože musím pochopit, co mi ten pacient říká, co má za potíže a jak ho to dlouho trápí. A samozřejmě kdyby tam byl nějaký problém v té komunikaci, kdy on by mi nebyl schopen vysvětlit, co mu je, tak by to mohlo narušit tu kvalitu té péče.“ (Zdravotník 5). „Určitě, stoprocentně. To se můžete dostat do nepředstavitelných věcí. Když má třeba bolest kvůli zánětu slepého střeva, a on řekne, že ho to bolí při čůrání. Tak to je úplně jiná diagnóza.“ (Zdravotník 1).

Tři zdravotníci zároveň uvedli, že vzhledem k dnešní vyspělé technice umí lékaři stanovit diagnózu i bez komunikace s pacientem. „My jako záchranná služba máme suspektní diagnózu, a pak až v nemocnici po odběrech a rentgenech je potvrzená, ale dnes už jsou takové techniky, že se na to vždycky nějak přijde. Takže nemyslím si, že by se na to nepřišlo.“ (Zdravotník 4). „Ale já jako klinik musím umět vyšetřit i pacienta v bezvědomí. Takže když to vezmu hodně od absurdu, tak na mě ani nemusíte mluvit.“ (Zdravotník 1).

Kategorie: Zdravotnický personál

Podkategorie: Postoje zdravotníků k pacientům s mentálním postižením

Čtyři participanti ze skupiny doprovodů uvedli, že zdravotnický personál je mnohdy v rozpacích a neví, jak se k pacientům s mentálním postižením má chovat a jak reagovat na jejich bezprostřednost. „Většinou jsou docela zaskočení tím stavem jo, když je začne ten

klient třeba hladit nebo líbat a objímat, tak se s tím dost těžko popasová ten zdravotník no. Není jim to příjemný.“ (Doprovod 1). „*Lékaři jsou spíše v rozpacích, než aby věděli, jak se mají chovat.*“ (Doprovod 3).

Zdravotník 1 uvedl, že lékaři mohou pociťovat obavy a strach z průběhu i možných následků vyšetření pacienta s MP: „*Obava, velkej strach, protože ono je to o klinickým vyšetření. Kdybychom uměli dobře klinicky vyšetřovat, jako dřívější generace doktorů, tak ta obava je určitě menší, ale moje generace, že jo, těch čtyřiceti až padesáti letejších doktorů, už strašně jedeme na CTčka, rentgeny, ultrazvuky... Musíme si jako tu naši diagnózu hrozně potvrzovat, a to tihle pacienti nezvládnou. A jakmile já si jako nepotvrdím tu diagnózu, tak přijde právník a zažaluje mě. Takže já mám vlastně obavu z toho, že přijde naprosto typickej žlučníkář se žlučnickovým záchvatem, je jedno, jestli má mentální retardaci nebo nemá, já to prostě poznám, ale nedostanu ho na ten ultrazvuk, protože ten pacient se bude hrozně bát, co se s ním bude dít, on tam nepůjde. A když já si to nepotvrdím, tak ho nemůžu poslat chirurgovi pod kudlu, protože nemám ten ultrazvuk. Takže spíš je to obava z tohohle procesu, kterej je nějak nastavenej. Já si myslím, že doktor pozná, co tomu člověku je, ale málokdy s ním dokáže něco udělat.*“ (Zdravotník 1).

Zdravotník 5 zmínil, že tvrzení pacientů s MP bere mnohdy s nadhledem: „*U těch pacientů s mentálním postižením to člověk tak trochu bere s nadhledem, to, co oni říkají. Neříkám, že bychom si řekli, že si vymýšlí, ale tak máme u některých těch pacientů, co chodí furt s tím samým a jsou už prošetření, tak už si pak říkám, že to už si snad musí vymýšlet.*“

Podkategorie: Výhoda stálých zdravotníků

Osm participantů, přesněji tři zdravotníci a pět doprovodů uvedlo, že je velkou výhodou, když mají pacienti s mentálním postižením stálé doktory, které pravidelně navštěvují. Vybudují si tak vzájemný vztah, kdy jsou pacienti s MP na své lékaře zvyklí, což může zmírnit jejich strach a stres z návštěvy lékaře, a mohou tak s lékařem lépe spolupracovat a komunikovat. Zdravotnický personál si na své pacienty s MP také zvykne a vypozeruje, nebo si zjistí od doprovodů, co na jednotlivé pacienty s mentálním postižením platí, aby vyšetření proběhlo efektivně a pacient s MP byl v klidu a komunikoval. „*Máme pacienty, kteří chodí opakovaně, a tak jsou více méně naučení, většinou se nějak domluvíme, a vždycky to nějak zvládneme.*“ (Zdravotník 2). „*Když ty pacienty znám, tak je to takovej ten*

přátelskej přístup, co nemá s medicínou úplně co dělat.“ (Zdravotník 1). „Ve většině případů máme opravdu lékaře, ke kterým chodíme dlouhodobě, takže tam ta spolupráce a vztah jsou bezvadný.“ (Doprovod 2). „Tím že chodíváme často ke stejným lékařům, tak si opravdu zvykli na každého z těch svých pacientů, našich klientů, a opravdu vědí, jak s nimi mluvit. Už teďko víc vědí a fakt k nim přistupují jako k jedinečnému člověku a jedinečný osobnosti.“ (Doprovod 6).

Podkategorie: Příprava zdravotníků na komunikaci s pacienty s mentálním postižením

Čtyři zdravotníci uvedli, že příprava na komunikaci a práci s pacienty s mentálním postižením byla v rámci jejich studia nedostačující a mnohem více je ohledně této problematiky naučila praxe. *„No, na fakultě nás to neučili. Jsem z fakulty 20 let. Jestli se za tu dobu něco změnilo, to nevím. Vždycky to ale bylo tak, že si vyberete jako obor, v tom se víc rozvíjíte, takže kdybych si já vybrala psychiatrii, tak si asi v tomhle budu víc vyhledávat nějaký přednášky v tomhle tématu, ale povinný nejsou. Takže určitě nás to neučili. Je to o tom, že to odkoukáváte od starších vedoucích lékařů na oddělení, jak se bavit s pacientem. Ale neučej vás to no.“ (Zdravotník 1). „Nejvíce mi určitě dala praxe, v té záchrance se k takovým pacientům dostaneme často. Jinak určitě něco z psychologie a psychiatrie jsme brali, ale už si to konkrétně nevybavuji, už je to hodně let. Takže fakt jenom praxe, praxe, praxe.“ (Zdravotník 4). Zdravotník 5, který je teprve rok v praxi po dokončení studia medicíny dodává: *„Ve škole (na lékařské fakultě) nás připravovali na to, že když máme třeba dětského pacienta nebo mentálně postiženého pacienta, tak vždycky musíme komunikovat na něj, a nikdy nesmíme toho člověka přehlížet a dělat, že tam v té místnosti není. Takže komunikovat bez něj nesmíme, ale to byla asi veškerá věc, co jsme se dozvěděli o tomhle ve škole, což je strašný, ale je to tak.“ (Zdravotník 5).**

Zdravotník 2, který vystudoval střední zdravotnickou školu, naopak uvedl, že se ve škole problematikou komunikace s pacienty s mentálním postižením zabývali, a to především v podobě exkurzí a praxí: *„My jsme na střední zdrávce chodili hodně na exkurze. Dokonce jsme je měli i přímo na to, jak pracovat s hendikepovanými, ať už fyzicky nebo mentálně. Ty nás na to připravovali poměrně dobře.“*

Podkategorie: Osobnostní předpoklady zdravotníků

Sedm participantů, tedy tři zdravotníci a čtyři doprovody uvedli, že by zdravotnický personál měl být empatický a umět se na pacienta s MP naladit. „*Za mě je ale nejdůležitější, aby ten člověk byl empatickejší a tu práci chtěl dělat.*“ (Zdravotník 2). „*Ten správný přístup je v tom, že ten zdravotník musí být empatickejší a trpělivejší a musí brát zřetel na to, že ten člověk je mentálně postižený.*“ (Doprovod 2).

Čtyři účastníci s mentálním postižením uvedli, že je pro ně důležité, aby se k nim lékaři chovali především s úctou. „*Slušně by se měl chovat, když jsem nemocná a není mi dobře, tak by měl být slušnější ke mně.*“ (Účastník 5). „*Měl by být hodnější a chovat se slušně.*“ (Účastník 4). „*Neměl by se chovat špatně, že když má třeba blbou náladu, tak by si ji neměl vylejvat na toho pacienta.*“ (Účastník 6). Účastník 2 dodává, že by zdravotník měl být: „*Trpělivejší. Třeba když je někdo pomalejší trochu, jako já, tak by měl mít pochopení pro toho nemocného člověka. Být milejší, hodnější a ochotnější.*“

Kategorie: Medicínský doprovod

Z polostrukturovaných rozhovorů se všemi participanty vyplynula jako velmi důležitá také role medicínského doprovodu pacientů s MP při komunikaci během lékařských vyšetření a poskytování zdravotní péče osobám s mentálním postižením. Tato kategorie se tedy medicínským doprovodem zabývá.

Podkategorie: Činnost doprovodu

V této podkategorii se vyjadřují participanti ze skupiny doprovodů o tom, jakým způsobem probíhá činnost medicínského doprovodu pacienta s mentálním postižením.

Všichni participanti ze skupiny doprovodů se shodli na tom, že jsou při lékařských prohlídkách přítomni především kvůli podpoře pacienta s mentálním postižením, ale i pro podporu lékaře a usnadnění jejich vzájemné komunikace. Pacientům s mentálním postižením vysvětlují jednodušším způsobem pokyny a informace od lékařů, a také v některých případech „přetlumočí“ zdravotníkům verbální i neverbální sdělení těchto pacientů. Zároveň také čtyři participanti uvádí, že je někdy potřeba zdravotníkům popsat pečujícími pracovníky vyzorovaný stav pacienta s mentálním postižením, jenž by sám

nebyl schopen takové informace sdělit. Doprovod 6 popisuje, že chodí se svými klienty k lékařům: *„Kvůli přetlumočení, někteří klienti fakt ani nepopíšou, co jim je, to jenom my pozorujeme zhoršení nálady, nebo, že ten člověk není ve svý kůži buď krátkodobě nebo dlouhodobě. Takže to vlastně je na nás, abychom i my zařídili nějaký vyšetření a je to v naší režii. A už jenom proto, abychom řekli: „My na tom člověku vidíme tohle a tohle... a on se teď projevuje takhle, což normálně nedělá.“ A je to fakt různý, někdy tam jsme kvůli porozumění, že ten doktor s ním komunikuje sám, ale ten pacient tomu ne úplně rozumí, takže aby to slyšel ještě někdo další a dokázal mu to třeba ještě jednodušeji vysvětlit, a aby si hlavně odnesl tu důležitou informaci pro další léčbu.“* Doprovod 4 dodává, že: *„Doprovázející personál tam je z toho důvodu, že zná toho pacienta, ví, co na něj působí, aby si třeba lehnul na lůžko, nebo aby otevřel pusku, aby se svléknul.“* Doprovod 1 doplňuje: *„Tady bych řekla, že je důležitá ta důvěra mezi tím klientem a zdravotní sestrou (doprovodem). Snažím se situaci trochu zlehčit, ale v žádným případě jim nikdy nelžu, že to nebude bolet. Nebo jim vysvětlím, jak to bude bolet, nebo jak to bude, když jim to třeba píchnu já, tak že tak to bude bolet u zubaře, když jim třeba opichuje zub.“*

Dva participanti také uvedli, že se snaží své klienty před vyšetřením rozptýlit, aby nebyli ve stresu. Doprovod 5 se k tomu vyjádřil takto: *„A hlavně ho zabavit, aby tam nebyl ve stresu. Takže tak jako děláme, co kdo má rád. Vím, že třeba jeden klient má rád písničky, tak si v čekárně pustíme nějaký písničky na mobilu, aby se nesoustředil na to, že má vstoupit do ordinace.“*

Činnost doprovodu se netýká jen sjednávání a vyřizování návštěv u lékaře a následného doprovázení, ale také přípravy klientů s MP na průběh vyšetření. *„Když se něco takovýho blíží, tak sestřička naše zdravotní (doprovod) už to zmáknutý. A aby ten klient neměl strach, tak to děláme vlastně způsobem, jakože si na to hrajeme (v domově pro osoby s MP). Neděláme to tedy jenom s tím jedním klientem, ale i s dalšími. Samozřejmě tu máme klienty, které to baví a rádi si na to zahrajou, a pak ti, co mají strach, tak aby přišli na to, že to není nic strašnýho. Jednoho klienta jsme tu nedávno tímto způsobem připravovali na SONO vyšetření, že mu po břicho bude jezdit pan doktor. Naše zdravotní sestra mu jezdila lahvičkou po břicho, která simulovala to SONO.“* (Doprovod 5).

Podkategorie: Doprovod asistenta versus zdravotní sestry

Participantů ze skupiny doprovodů pracují v celkem třech různých zařízeních pro osoby s MP. V těchto zařízeních mají doprovázení svých klientů s mentálním postižením nastavené odlišně. Ve dvou zařízeních dochází s klienty k lékařům jejich klíčoví asistenti, nebo asistenti, kteří jsou při řešení zdravotního problému přítomni ve službě. V jednom zařízení dochází s klienty k doktorům dvě zdravotní sestry, které organizace zaměstnává. V této podkategorii jsou uvedené rozdíly mezi doprovodem asistenta a doprovodem zdravotní sestry dle výroků participantů ze skupiny doprovodů.

Pět participantů ze skupiny doprovodů se shodlo, že mít v zařízení zaměstnanou zdravotní sestru, která klienty k lékaři doprovází, je velkou výhodou, ačkoliv je to neobvyklé. *„Myslím si, že v tomto zařízení to je postavený ještě nestandardně jinak než v ostatních zařízeních, že tady sestry dělají ty doprovody, což je vlastně dobře, protože máme komplexní informace o tom klientovi, a ne jenom útržek. Takže vlastně celkově známe toho klienta, jakou má diagnózu, a pak můžeme aplikovat i tu ošetrovatelskou léčbu. V jiných zařízeních dělá sestra striktně ty výkony dle ordinace lékaře, ale že by doprovázela k lékaři, to si myslím, že není úplně standardní, jinde tohle zajišťují asistenti.“* (Doprovod 2).

Tři participantů, kteří pracují jako asistenti, uvedli, že nesmí znát zdravotní anamnézu klienta ve smyslu přidružených poruch. *„My jako pracovníci v sociálních službách taky nemůžeme těm doktorům podat přesné informace o tom, co ten klient má za problémy, který pak obnášejí nějakou specifickou práci, třeba pokud se jedná o nějakou psychickou diagnózu a tak. My takové informace ani podle zákona nemůžeme mít. Takže to je takovej začarovaný kruh.“* (Doprovod 3). Doprovod 4 k tomu dodává: *„Dříve jsme měli zdravotní sestru, která klienty doprovázela. A ta znala jejich zdravotní stav naprosto dopodrobna a odpovídala lékařům na jejich dotazy. Já odpovídám lékařům pouze na takové obecné dotazy, jako jestli měl uživatel pohybovou aktivitu, ale pakliže se mě zeptá na nějaký vyloženě zdravotní záležitosti, jestli třeba má ještě nějakou přidruženou vadu, tak i když to třeba vím, protože jsem dlouholetý pracovník, na to prostě neodpovídám, protože jsem pouze doprovod. Takže když já doprovázím uživatele k lékaři, tak já můžu mít pouze podklady ve smyslu tabulku se záznamem epileptických záchvatů, tabulku se záznamy měření tlaku, ale o zdravotním stavu klienta mi nesmí být nic známo.“*

Dva participanti ze skupiny doprovodů uvádí jako výhodu doprovodu zdravotní sestry také to, že zdravotníci udržují pravidelnou komunikaci s jednou doprovázející osobou, a tím je poskytování zdravotní péče klientům s mentálním postižením dostupnější. „*Pro mě jako vedoucí služby je hrozně důležitý, že tu mám tu zdravotní sestru, která ty klienty zná, a hlavně zná i ty doktory. Takže když to jde, vybere tomu klientovi toho správného doktora. Že třeba ví, že tenhle lékař na tohohle klienta nebude mít tolik trpělivosti, ale jiný zase ano. Takže to domlouvá tak, aby si to sedlo. Taky je dobře, že s těmi doktory jedná jeden člověk, tedy ta naše zdravotní sestra. Kdežto kdyby doprovázeli jenom asistenti, tak každý z těch klientů má jiného klíčového asistenta, takže by tam k tomu doktorovi šel pokaždý někdo jiný, nebo ten, kdo je zrovna ve službě. Takhle je hrozně fajn, když ti lékaři znají a s našimi klienty pravidelně vidají toho jednoho člověka a on zase zná ty lékaře a zároveň zná všechny ty klienty. Určitě je pak s těmi doktory jednodušší domluva, když jí vidají často, jí zvednou ten telefon, protože vidí, že volá ona a domluví ten termín na čas.*“ (Doprovod 5).

Podkategorie: Výhody doprovodu

Všichni participanti ze skupiny zdravotníků se shodli, že je lepší, když s sebou má pacient s mentálním postižením doprovod, protože se pak zdá být klidnější a celé vyšetření proběhne rychleji a efektivněji. Tři zdravotníci také zmínili, že jsou si vědomi, že lidé s mentálním postižením mají rádi své jistoty a ty shledávají právě v doprovodu blízkého člověka, ať už pracovníka sociálních služeb nebo rodinného příslušníka. „*Určitě by pacienti s mentálním postižením měli mít doprovod, protože jsou na něj zvyklí. Když s sebou mají toho pracovníka nebo rodiče, tak oni vědí, co na ně platí, a ti pacienti jsou pak trochu klidnější, protože v nich mají jistotu.*“ (Zdravotník 4). „*Asi spíš z toho důvodu, že ty lidi s nimi pracujou a už je znaj a myslím si, že u lidí s mentálním postižením hraje velkou roli to, že potřebují mít svoje jistoty. A když s sebou mají člověka, kterého znají, tak jsou víc v klidu.*“ (Zdravotník 2).

Čtyři účastníci s mentálním postižením uvedli, že jsou rádi, když s sebou mají doprovod, protože by návštěvu lékaře sami nezvládli a informace od lékaře by si nepamatovali. „*Protože já si některý věci nepamatuju. Mamka mi říká: „Blbosti si pamatuješ, a to, co si máš pamatovat, nevíš.“ A je to pravda, protože já zapomínám.*“ (Účastník 2). „*Ona (zdravotní sestra) je jako doprovod. Protože já bych to sama nezvládla.*“

(Účastník 3). „Potřebuju s sebou dohled, protože já bych to zaprvé sama nezvládla, nebo bych, já nevím, něco bych tam smolila a stejně to zapomněla. Protože já nemůžu dělat nic, já jsem nesvéprávná. Já jsem malej jakoby pán.“ (Účastník 1). „Aby viděla (zdravotní sestra), jaký mám výsledky. Já bych si to nepamatovala.“ (Účastník 4).

Zdravotník 1 také uvádí důležitost doprovodu z důvodu zapamatování si více informací: „Ono to vždycky jako pomáhá, každé si pamatujeme něco. Je to snad i někde prokázáno, že to, co si pacient odnese z ambulance, je v lepším případě asi třetina z toho, co jsme mu my doktoři řekli a čtvrtina v tom horším. A to mluvím o běžným pacientovi, natož u pacienta s retardací.“

Kategorie: Poskytování zdravotní péče osobám s mentálním postižením

Podkategorie: Dostupnost zdravotních služeb pacientům s mentálním postižením

Všech šest participantů ze skupiny doprovodů uvádí, že jsou zdravotní služby pacientům s MP hůře dostupné, jelikož je velký problém v nedostatku lékařů – specialistů. Specializovaní odborníci nemají místo pro registraci nových pacientů s MP. „Máme spoustu zkušeností, kdy máme problém toho klienta dostat ke specialistovi.“ (Doprovod 5). „Problém je sehnat psychiatrickou péči, když někdo potřebuje. Psychiatrů, kteří by je brali a nějak se přizpůsobovali a brali tuhle cílovou skupinu, je málo.“ (Doprovod 6).

Doprovod 1 dodává také problém s dlouhou čekací dobou na zákrok z důvodu, že je klient s MP neošetřitelný: „Třeba umístit klienta k zubaři, je prakticky nemožný. U klientů, kteří jsou neošetřitelní, takže vyžadují ošetření v celkový narkóze, je to teda velmi nepříjemný, protože čekací doba na ošetření v narkóze je pět měsíců, půl roku. Takže když je akutní problém, tak je to neřešitelný stav.“

Zdravotník 2 uvádí, že je též rozdíl v dostupnosti služeb státního a soukromého zdravotnického sektoru. „Já si myslím, že je taky zásadní rozdíl v tom, jestli je to soukromej nebo státní sektor. V tom soukromým si myslím, že jde udělat spoustu věcí, a i se těm lidem přizpůsobit. V tom státním na to ani není čas a prostor, je to hodně předimenzovaný.“

Podkategorie: Bariéry v poskytování zdravotní péče osobám s mentálním postižením

Sedm participantů, přesněji pět zdravotníků a dva doprovody, udávají jako největší bariéru v poskytování zdravotní péče osobám s MP nedostatek a přetíženost zdravotnického personálu. „*Obecně je málo personálu a ten je přetížen, po přetíženém personálu se těžko dá vyžadovat zvýšená empatie.*“ (Zdravotník 3).

Zdravotník 1 udává, že je například v nemocnicích nedostatek pracovníků sociální péče, kteří by se mohli hospitalizovaným pacientům s mentálním postižením věnovat. „*Určitě nedostatek personálu je a myslím si, že to nemají moc podchycený. V nemocnicích je dlouhodobý nedostatek sociální péče. Sociální práce a komunikace vážne od dětí až po stáří.*“ (Zdravotník 1).

Podle tří zdravotníků je nedostatek a přetíženost zdravotnického personálu způsoben nedostatkem financí. „*Myslím si, že je velký problém v tom, že je málo sestřiček, které by se o ně (pacienty s MP) staraly. Ale to je prostě problém, že není, jak to ufinancovat.*“ (Zdravotník 2). „*Určitě asi finanční hledisko pro zaplacení pracovní síly.*“ (Zdravotník 4).

Podkategorie: Diskriminace pacientů s mentálním postižením

Za největší riziko diskriminace pacientů s mentálním postižením považuje sedm participantů, konkrétně dva zdravotníci a pět doprovodů, hospitalizaci. V případě hospitalizace osob s MP může dojít ke znevýhodnění pacienta neochotou personálu a omezenou schopností pacienta s MP vykomunikovat si náležitou péči dle svých potřeb. „*Tak při hospitalizaci, to se nám stalo vícekrát, nebo při umístění toho klienta na delší dobu v nemocnici. Tak se nám stává, že není opečovávanej tak, jak bychom si třeba my představovali, nebo jak bychom o něj pečovali my tady (v domově pro osoby s MP). A mnohdy jsem se setkala v tý nemocnici, že se nad ním mávne rukou, že on to neřekne, on si nebude stěžovat, on to nevnímá, to jsem se setkala. Prostě, že vědí, že on si sám stěžovat nebude, protože je postiženej.*“ (Doprovod 1). „*Největší riziko může být při hospitalizaci. Vzhledem k tomu, že mentálně zdravý pacient se může na některé věci zeptat, může si některé věci vydiskutovat, tak člověk s mentálním postižením ne. Třeba, co se týče stravy, že není schopen si vykomunikovat nebo vyžádat tu stravu, a je pak odkázaný na ten zdravotní personál, který, když bude neochotný a nebude mu chtít něco podat, tak pokud on třeba nezačne nějakým neadekvátním způsobem křičet, tak se neumí bránit.*“ (Doprovod 5).

Šest participantů, tedy tři zdravotníci a tři doprovody, zmiňují, že může dojít k diskriminaci pacientů s MP při registraci u lékařů. Někteří doktoři nemusí chtít zaregistrovat do své ordinace pacienta s mentálním postižením, protože v tom shledávají větší náročnost v komunikaci a poskytování zdravotní péče. „*Určitě, znevýhodňování jsou stoprocentně, protože musí vyhledat někoho, kdo s nimi chce komunikovat. A může být, že je odmítnou. Takže je to o tom, že když jim (zdravotníkům) někdo zavolá, jestli je (pacienty s MP) vezmou, a ten doktor řekne, že nemá místo, i když ho má.*“ (Zdravotník 1). „*Teoreticky je možné, že některý praktický lékař nebude chtít zaregistrovat mentálně postiženého pacienta, protože v tom bude shledávat právě obtížnější komunikaci a léčbu. Takže se může stát, že se do toho těm lékařům nebude chtít, protože v tom vidí něco těžšího než obvykle.*“ (Zdravotník 5). Doprovod 1 doplňuje, že: „*Určitě nikdo neodmítne akutní ošetření, ale většina lékařů nestojí o to, aby měla ve své ordinaci registrované tyto pacienty, protože vždycky je to větší problém a není ta jejich práce, která je s tím pacientem s mentálním postižením náročnější, patřičně oceněná. Je vlastně oceněná tak, jako kdyby řešili problematiku pacienta bez postižení. Jo, a ta práce je diametrálně odlišná. Ty nároky na tu práci s tím pacientem s mentálním postižením jsou úplně jiný nebo větší než s člověkem běžného typu.*“ Doprovod 2 potvrzuje: „*Nemyslím si, že by neposkytli náležitou péči, ale spíš je to taková ta neochota mít takového pacienta zaregistrovaného ve svém obvodu natrvalo.*“

Jako další případ možného znevýhodnění pacientů s MP zmiňují dva doprovody, že pacienti s mentálním postižením si nejsou mnohdy vědomi, na jaký druh zdravotní péče a speciálního vyšetření mají ze zákona nárok, pokud například spadají do vymezené věkové nebo rizikové skupiny, a ne každý lékař pacienty s MP na tuto skutečnost upozorní. „*Jinak samozřejmě třeba běžnej člověk ví, na co má právo, na jaký screeningy, mamografie. Že má nárok v určitým věku na různá speciální vyšetření. A to mentálně postižený člověk by si třeba sám nevyžádal, a to oni (zdravotníci) ani nenabízej, protože to je drahý, takže to aspoň ušetřej pro jiný. Takže kdybych tam právě nebyla já nebo někdo jinej, kdo na toho klienta v tomhle dohlíží a hlídá to, tak by tu zdravotní péči nemuseli dostat stoprocentní.*“ (Doprovod 2).

Kategorie: Osobní zkušenosti z praxe

Podkategorie: Příklady dobré praxe

Všech šest účastníků s mentálním postižením uvedlo, že mají spíše dobré zkušenosti s přístupy a komunikací ze strany zdravotníků a jsou se svými stávajícími lékaři spokojeni.

S pozitivním přístupem zdravotníků během hospitalizace pacientů s MP mají zkušenosti tři respondenti, tedy dva účastníci s mentálním postižením a jeden doprovod. „Když jsem byl v nemocnici, tak co jsem tam měl dělat, tak jsem si donesl pastelky a tohle všecko a maloval jsem obrázky. A oni na mě: „Jéé, vy hezky malujete, můžete mi něco namalovat?“ To mi říkali doktoři i sestřičky. Takže jsem jim namaloval celou lednici obrázků.“ (Účastník 4). „Byla jsem v nemocnici s jednou paní, popovídaly jsme si, koukaly na televizi. Sestřičky na mě byly milý: „Potřebujete to...? To vám donesu, zajděte si na záchod, zajděte se vysprchovat.“ Slušný ke mně byly.“ (Účastník 5). Doprovod 6 též uvádí pozitivní příklad přístupu a spolupráce nemocničního personálu: „Naše klientka byla hospitalizovaná v nemocnici v Praze, a když tam byla první rok, tak jsme s nemocnicí komunikovali poměrně často, že se na nás obraceli. Byli tam velmi milí a velmi vstřícní lékaři i sestry, a vlastně oni s námi komunikovali, co paní ráda, a co paní nerada. A když byla znovu hospitalizovaná o rok později, tak už to šlo vlastně samo, že si ji i pamatovali. Takže tím, jak poznaj (zdravotníci) toho člověka (s MP) a učí se vlastní zkušeností, tak to pak funguje.“

Tři participanti ze skupiny doprovodů uvedli příklady dobré spolupráce, komunikace a přizpůsobení se individuálním potřebám pacienta s MP ambulantními lékaři. „I velice dobrou zkušenost mám, kdy fakt jako ten doktor spolupracoval, aby se vůbec mohlo provést vyšetření, když klient nechtěl a říkal pořád, že až zítra, až zítra. Tak pak pan doktor odešel za dveře, zaťukal, otevřel a řekl: „Dobrý den, tak dneska už můžeme.“ Takže jako přistoupil i na tuhle hru, kdy se nám nakonec povedlo provést vyšetření. Takže někteří lékaři jsou opravdu skvělí a opravdu spolupracují úžasně.“ (Doprovod 5). „Pro jednoho klienta s mentálním postižením jsme našli už teda staršího pána psychiatra, kterej se na toho člověka umí tak hezky naladit. S tím klientem se domluvili, že mají oba moc rádi muziku a on vždycky v té ordinaci vytáhne klávesy a něco si spolu zazpívají a udělají tak hezkou atmosféru. Ten náš klient nepotřebuje nijaký extra vyšetřování, spíš si tam vždycky jen přijde

pro recept a popovídat a je to vždycky taková příjemná chvíle pro toho člověka.“ (Doprovod 6). „Jeden klient s mentálním postižením má rozštěp patra a nekomunikuje, ale poměrně rozumí tomu, co se říká. A byli jsme s ním na Karláku na zubním, a tam měli fakt profi přístup. Obraceli se jenom na pána, vysvětlovali mu přesně, co budou dělat. Asistentka tam byla opravdu jenom, když potřebovali popsat ten stav toho člověka, co jsme na něm vyzorovali, nebo doplnit nějaké informace, nebo přetlumočit, co ten pán říká.“ (Doprovod 3).

Podkategorie: Negativní zkušenosti s přístupy zdravotníků k pacientům s mentálním postižením

Sedm participantů, tedy jeden zdravotník, pět doprovodů a jeden účastník s MP, uvádí, že se setkali s hrubým jednáním ze strany zdravotníků. *„Mně osobně nebylo příjemný, když jsem doprovázela jednoho klienta k psychiatrice, tak jakým způsobem s ním jednala a mluvila o něm jako o alkoholikovi s oligofrenií. Byla to teda už starší paní doktorka a byla tak jako nepříjemně najetá a používala tuhle zastaralou až urážející terminologii. Takže jsme pak hledali jinýho psychiatra pro tohohle klienta.“ (Doprovod 6). „S klientkou jsme byly na ortopedii. Podstoupila několik vyšetření, ze kterých bylo zjevný, že jí nic není a já jsem po tom doktorovi jenom chtěla, aby jí řekl nějakým lidským způsobem, že je zdravá a nepotřebuje žádné rehabilitace a podobně. Ten doktor byl opravdu vzteklej a řekl, že se opravdu baví s debilem a tady na tohle nemá náladu ani čas to vysvětlovat. Přitom bylo opravdu jenom potřeba klientce říct, že jí nic není, aby to slyšela od doktora. Bohužel takový situace nastávají. Tohle bylo opravdu nepříjemný, i ta klientka potom byla taková plačtivá, protože to celé řekl přímo před ní i přede mnou.“ (Doprovod 2). Účastník s MP popsal vlastní negativní zkušenost: *„Jednou jsem byl u zubařky. Já se zubařů trochu bojím. A já mám takovej, že se začnou klepat nohy, když se něčeho bojím. Tak jsem se u zubařky klepal a nemohl jsem to zastavit a paní doktorka mi nadávala.“ (Účastník 2).**

Zdravotník 1 k této problematice dodává: *„Ono máte bilej plášť a rozhodovací funkci a ono je v mnoha ohledech hrozně fajn, že někdo přijde a vy řeknete: „Takhle to bude.“ Už to dneska není takhle úplně drsný, ale znám pár svých kolegů, kteří křičej na ty pacienty a oni (pacienti) tam choděj, protože: „My tam musíme jít paní doktorko, protože paní doktorka by na nás jinak křičela.“ Jo, takže jak zlepšit komunikaci, to je asi každýho zájem.“*

Závěrem Zdravotník 3 zdůrazňuje skutečnost, že negativní zkušenosti: „Nelze zevšeobecňovat. Jako máte nekvalitní prodavačku, tak narazíte na neochotnou sestru, mrzutého záchranáře a neurvalého lékaře. Při práci s lidmi záleží vždy na individualitách, které se v prostoru setkají, jak pacient, tak zdravotník.“

Podkategorie: Příklady zlepšení služeb a postojů k osobám s mentálním postižením

Dva participanti ze skupiny doprovodů, kteří v oboru pracují a své klienty s mentálním postižením doprovázejí k lékařům už 18 let (Doprovod 6) a 26 let (Doprovod 1), uvedli, že za tuto dobu došlo k výraznému zlepšení postojů, komunikace a celkového chování zdravotnického personálu k pacientům s mentálním postižením. „V začátcích, třeba před 15 až 20 lety se stávalo, že třeba lékař odmítl ošetřit nebo prohlídnout pacienta s mentálním postižením. Jednou takhle lékař nechtěl našeho klienta ošetřit, protože udával důvod, že mu smrdí nohy, nebo třeba když klient zmeškal autobus a přišel o trochu později, tak už ho v ordinaci nevzali a poslali zpět.“ (Doprovod 6).

Doprovod 1 zmiňuje, že došlo ke zlepšení postojů k osobám s MP nejen u lékařů, ale také u široké veřejnosti: „Tím, že mám možnost to posoudit nějakých těch 25 až 30 let zpátky, tak prostě tvrdím, že se vůbec to povědomí a chování k mentálně postiženým výrazně zlepšilo. Jo, že opravdu ty začátky nebyly úplně jednoduchý. Doktorů mají zájem o to těm pacientům pomoci a chovat se k nim jako ke všem ostatním, ale samozřejmě ta jejich práce je mnohem náročnější s pacientem s mentálním postižením a někdy je to i cejtit. Ale nesetkávám se vyloženě s něčím takovým, jako tomu bylo na začátku. Jako třeba komentáře doktorů typu: „Bože, má takovejhle život vůbec význam?“, to už neslyším. Před těma 25 lety to bylo běžný. Ale byla to jiná doba. Doba, kdy se teprve lidi s mentálním postižením přestali zavírat a schovávat do lesů. Tyhle lidi žili na různých zámcích oplocenejch a nikam se nedostali. My, když jsme tady začínali s naší organizací stavět domov pro osoby s mentálním postižením, tak tady ty sousedi a lidi z okolí podávali protesty. Jo, a dneska tady žijeme všichni spokojeně. A když se třeba pořádají ty různé slavnosti, tak ty lidi z okolí choděj a dávaj dary a účastněj se těch slavností a maj ty naše klienty rádi, zdravěj se s nimi, no a přešlo to. Ale je to o tom zjistit, že vlastně ten člověk s mentálním postižením nám v podstatě nemusí škodit, ale může to bejt i přínos.“

Protože pokud malý děti viděj kolem sebe, že i takový lidi do života patří, tak je to dobře.“
(Doprovod 1).

Podkategorie: Návrhy ke zlepšení služeb

Dva participanti ze skupiny zdravotníků, kteří pracují jako ambulantní lékaři, uvedli, že by přípravě zdravotníků na komunikaci s pacienty s MP prospělo zavést komunikaci s pacienty jako předmětnou výuku na vysoké škole. *„Je to k podivu, ale nepatří to do medicínského vzdělání. Medicínskej diplom nezískáte na komunikaci s pacientem. To získáte na to, jestli nemoc je, nebo není, a čím se to léčí. Takže by to šlo zlepšit tím, že se to zavede do výuky.“* (Zdravotník 1). Zdravotník 5, který ukončil studium na vysoké škole před rokem, uvedl, že se předmět „Komunikace s pacientem“ začal na lékařské fakultě postupně vyvíjet. *„Já si myslím, že ta výuka komunikace s pacientem ve škole se teď úplně zcela nově vyvíjí. My to měli jako úplně nový předmět na škole, co se nově zavádělo, ještě když jsem byla na škole. Jmenovalo se to přímo „Komunikace s pacientem“, ale nebylo to jako přímo na komunikaci s pacientem s mentálním postižením. Takže je to teprve úplně na začátku, oni možná potom chtěli, jako do budoucna, přidávat tyhle konkrétní případy, jako je komunikace s pacientem s mentálním postižením, ale zatím to tam vůbec není.“* (Zdravotník 5).

Čtyři participanti, přesněji dva zdravotníci a dva doprovody, také uvedli jako návrh pro zlepšení komunikace a poskytování zdravotní péče pacientům s MP v nemocnicích, kde je dle participantů největší riziko diskriminace těchto pacientů, zavedení pracovní pozice jakési „sociální sestřičky“, která by měla na starosti komunikaci s hospitalizovanými pacienty, protože jsou zdravotní sestry pracovně přetížené. Jak bylo zmíněno již dříve, participanti si však uvědomují, že personální nedostatek souvisí s nedostatkem financí. *„Sociální pracovnice nejedou v režimu vizit. Ty jenom sedí u počítače. Když to vezmu z pozice doktor – sestřička, tak kdyby třeba byla vedoucí sociální pracovnice a ta by pod sebou měla tým sociálních sestřiček, který by chodily po těch lidech a staraly by se o ně každé den. Že by to na lůžkovým oddělení v nemocnici jelo systémem jako to mají rehabilitační sestřičky, že by se jim při příjmu pacienta rozblikalo v počítači, jakého přijaly pacienta a měly by přesně rozvrženou péči u lůžka. Ale na to nejsou finance.“* (Zdravotník 1). *„Myslím si, že by nebylo na škodu, kdyby nemocnice takovou sílu měla. Někoho, kdo by*

si s nimi chodil povídat a věnoval se jim. Ale nemůže to být zdravotní sestra, ta na to nemá čas a asistenti ze sociálního zařízení to být taky nemohou, ti musí být v tom zařízení.“ (Doprovod 4).

Tři zdravotníci také uvedli, že by uvítali školení na tuto problematiku. *„Školení jsme na tuto problematiku neměli. Ale určitě by se to hodilo, protože někdo s takovými lidmi neumí pracovat, nikdy dřív se s nimi třeba ani nesetkal, nebo se i bojí. Takže by se to určitě hodilo.“* (Zdravotník 4).

3.5 Závěry šetření

Předkládané výzkumné šetření se zabývalo problematikou komunikace zdravotnického personálu s osobami s mentálním postižením. Pro naplnění stanovených cílů byla využita metoda polostrukturovaných rozhovorů se zdravotníky, účastníky s mentálním postižením a pracovníky sociálních služeb, jež své klienty s mentálním postižením k lékařům doprovází. Hlavním cílem bylo prozkoumat přístupy a postoje zdravotnického personálu k pacientům s mentálním postižením se zaměřením na komunikaci s nimi během lékařských vyšetření. Dílčími cíli bylo zjistit faktory a bariéry, které ovlivňují vzájemnou komunikaci zdravotníků s pacienty s mentálním postižením, zjistit a navrhnout podněty ke zlepšení podmínek této problematiky. Všechny cíle výzkumného šetření byly naplněny.

3.5.1 Zodpovězení výzkumných otázek

Výzkumné šetření provázela jedna hlavní a tři dílčí výzkumné otázky, pro jejichž zodpovězení byly vytvořeny tři protokoly polostrukturovaných rozhovorů (Příloha 3, 4, 5).

VO 1: Jaké komunikační strategie volí zdravotníci pro práci s pacienty s mentálním postižením?

Zúčastnění zdravotníci používají ve své praxi různé komunikační přístupy k pacientům s mentálním postižením (viz str. 42–44). Všichni participanti ze skupiny zdravotníků se shodli, že je důležité na pacienty s MP mluvit pomalu, v kratších větách, pokyny zopakovat i několikrát za sebou, a vždy se ujistit, že danému pokynu pacient rozuměl. Jeden zdravotník zmínil, že veškeré kroky, které při ošetření provádí, současně nahlas komentuje, aby měl pacient s MP o postupech zdravotníka přehled. Další zdravotník

při komunikaci s pacienty s MP používá písemnou formu sdělení informací. Základní informace jim vypíše na papír, nebo doplní informačními letáčky, jež pacienti s MP doma předají pečující osobě. Zároveň tyto písemné informace mohou posloužit samotným osobám s MP, aby nezapomněli pokyny od lékaře.

V odborných publikacích se uvádí jako důležité při komunikaci s osobami s mentálním postižením vyvarování se užití sarkasmů a ironie (viz str. 22). Tuto skutečnost zmínil pouze jeden dotazovaný zdravotník.

Dva zdravotníci, kteří pracují na pozici zdravotnický záchranář, uvedli, že jsou u záchranné služby v Liberci nově zavedeny komunikační kartičky pro usnadnění komunikace zdravotníků s dětskými pacienty s autismem pomocí vizualizace postupů ošetření, které jsou využitelné i u dospělých pacientů mentálním postižením. Na komunikačních kartičkách jsou různé obrázky, např. části těla, injekční stříkačka, tonometr a další medicínské pomůcky i přístroje využívané v sanitce. Pomocí těchto vizualizací mohou záchranáři pacientům s MP ukázat a popsat postupy, jež budou během lékařského ošetření provádět. Zároveň také uvedli, že je při ošetřování pacienta s MP důležitá týmová spolupráce a snaha vyhovět přáním pacienta, aby ošetření proběhlo rychle, v klidu a efektivně. U některých pacientů nepoužívají majáky a ozvučení, jelikož by je mohly stresovat.

Participanti ze skupiny doprovodů uvedli, že zhruba polovina zdravotníků pacientům s MP tyká, nebo je dokonce během komunikace staví do jakési dětské role. Pacienti s mentálním postižením jsou předně dospělí lidé, a tak doprovázející pracovníci takové jednání shledávají za neprofesionální.

Tři participanti výzkumu se také shodli, že je důležité pacientům s mentálním postižením během vyšetření nelhat, protože by to mohlo mít negativní vliv na důvěru a spolupráci pacientů s MP při dalších lékařských vyšetřeních.

V odborné literatuře se uvádí, že by měl zdravotník komunikovat v první řadě s pacientem s mentálním postižením, a pak až s jeho doprovodem (viz str. 22). S tímto postupem se shodli všichni zúčastnění zdravotníci a dva doprovody (viz str. 45). Zdravotníci doprovázející osobě také sdělují důležité informace ohledně postupů následné léčby, které je třeba si zapamatovat. Sedm účastníků, přesněji čtyři doprovody a tři účastníci s MP naopak uvádí, že zdravotníci komunikují spíše s doprovodem pacientů. Zároveň také

jeden participant ze skupiny doprovodů uvedl, že pokud je na pacientovi vizuálně zřejmé, že se jedná o člověka s mentálním postižením, tak zdravotníci automaticky mluví na doprovázející osobu, ačkoli je pacient schopen komunikovat sám.

VO 2: Jaké jsou zkušenosti respondentů s poskytováním zdravotní péče zdravotními službami pacientům s mentálním postižením, včetně pozitivních i negativních zkušeností?

Všichni účastníci s mentálním postižením se shodli, že mají spíše dobré zkušenosti s přístupy a komunikací ze strany zdravotníků a jsou se svými stávajícími lékaři spokojeni (viz str. 57). Pozitivní příklady poskytování zdravotní péče pacientům s MP jsou naplňovány především u stálých ambulantních doktorů, u nichž jsou pacienti s MP zaregistrováni a pravidelně je navštěvují (viz str. 48). Vybudují si tak vzájemný vztah. Lékařské prohlídky a ošetřování u stejných zdravotníků může zmírnit strach či stres a zlepšit důvěru, spolupráci i komunikaci pacientů s MP. Zdravotnický personál u těchto pacientů vyzoruje, nebo si od doprovázejících osob zjistí, jak k nim přistupovat, aby vyšetření proběhlo efektivně.

Všech šest participantů ze skupiny doprovodů uvádí, že jsou zdravotní služby pacientům s MP hůře dostupné, jelikož je velký problém v nedostatku lékařů – specialistů. Stávající specialisti, ke kterým jejich klienti s MP dochází, už mnohdy nemají místo pro příjem nových pacientů, a tak nastává problém s hledáním specializovaných zdravotníků pro další klienty s MP (viz str. 54).

Jeden doprovod také zmínil problematiku dlouhé čekací doby například u zubních zákroků pacientů s mentálním postižením, jež jsou neošetřitelní, a tak musí zákrok proběhnout pod narkózou pacienta, na což je čekací doba 5 až 6 měsíců, čímž při akutním problému pacient s mentálním postižením značně trpí.

Příklady dobré praxe a negativní zkušenosti s přístupy lékařů jsou vypsány v kategorii „Osobní zkušenosti z praxe“ (str. 57-59).

Zároveň dva participanté ze skupiny doprovodů, kteří v oboru pracují a své klienty s mentálním postižením doprovázejí už 18 a 26 let, uvedli, že za tuto dobu došlo k výraznému zlepšení postojů, komunikace a celkového chování zdravotnického personálu, ale i široké veřejnosti k osobám s mentálním postižením (viz str. 59).

VO 3: Jak jsou zdravotníci připraveni na práci s touto cílovou skupinou?

Čtyři zdravotníci uvedli, že příprava na komunikaci a práci s pacienty s mentálním postižením byla v rámci jejich studia nedostačující a mnohem více je ohledně této problematiky naučila praxe.

Zdravotník, který absolvoval střední zdravotnickou školu, naopak uvedl, že se během studia touto problematikou zabývali v rámci exkurzí a praxí.

V Podkategorii „Návrhy ke zlepšení služeb“ (viz str. 60) bylo dvěma participanty, přesněji zdravotníky, kteří pracují jako ambulantní lékaři, uvedeno, že by přípravě zdravotníků na komunikaci s pacienty s MP prospělo zavést komunikaci s pacienty jako předmětnou výuku na vysoké škole. Zdravotník, který ukončil studium na vysoké škole před rokem, uvedl, že se předmět „Komunikace s pacientem“ začíná na lékařské fakultě postupně vyvíjet. Tento předmět je však teprve pojat obecně, a není nadále specializovaný. Do budoucna by jeho součástí mohla být právě komunikace s pacienty s mentálním postižením.

VO 4: Do jaké míry si respondenti z řad zdravotníků a doprovodů myslí, že jsou osoby s mentálním postižením ze strany zdravotních služeb znevýhodňovány?

Za největší riziko diskriminace pacientů s mentálním postižením považuje sedm účastníků hospitalizaci (viz str. 55). Pacienti s MP mají omezenou schopnost vykomunikovat si náležitou péči dle svých potřeb. Pokud bude nemocniční personál neochotný, může dojít k diskriminaci těchto pacientů. Respondenti ze skupiny doprovodů uvedli problematiku, že pacient v nemocnici nebyl opečovávaný tak, jak by o něj pečovali pracovníci v domově pro osoby s MP. „*A mnohdy jsem se setkala v tý nemocnici, že se nad ním mávne rukou, že on to neřekne, on si nebude stěžovat, on to nevnímá, to jsem se setkala. Prostě, že vědí, že on si sám stěžovat nebude, protože je postiženej.*“ (Doprovod 1).

Jako další případ diskriminace uvedli účastníci problematiku registrace pacientů s MP u nových lékařů. Někteří doktoři se obávají větší náročnosti v komunikaci a poskytování zdravotní péče těmto pacientům. Jeden zdravotník uvedl, že může nastat situace, kdy například pověřená osoba zavolá, že chce u lékaře nově zaregistrovat pacienta s mentálním postižením, a daný lékař ho odmítne s tím, že nemá v ordinaci pro další pacienty místo, ačkoliv ho má (viz str. 56).

Dalším případem možného znevýhodnění pacientů s MP je dle dvou participantů ze skupiny doprovodů skutečnost, že si tito pacienti nejsou mnohdy vědomi, na jaký druh zdravotní péče a speciálního vyšetření mají ze zákona nárok, a ne každý lékař je na tuto skutečnost upozorní (viz str. 56). Což se shoduje s tvrzením v odborné publikaci Pipekové, Vítkové et al. (2014), že se u lidí s MP provádějí rutinní screeningová vyšetření méně často, než je potřebné (viz str. 21).

3.6 Diskuse

V této podkapitole je interpretována vlastní reflexe autorky diplomové práce. Výzkumné šetření této práce je porovnáno s obdobně zaměřenými výzkumy. Zároveň je zde poukázáno na využití diplomové práce pro praxi.

Jak již bylo zmíněno v podkapitole č. 2.2.1 „Postoje zdravotníků k osobám s mentálním postižením dle zjištění výzkumů“, podobný výzkum byl uskutečněn v Anglii autory Alfia, Scior Ratti, Strydom, King (2013), který byl zaměřen na diskriminaci a další překážky v přístupu ke zdravotnické péči z pohledu pacientů s lehkým a středně těžkým mentálním postižením a jejich pečovateli. Mezi respondenty bylo 14 osob s mentálním postižením a 15 pečovateli. Výsledky výzkumu se shodují v negativních přístupech k pacientům s mentálním postižením ve smyslu, že se k nim někteří zdravotníci chovají nezdvořile a komunikují s nimi jako s malými dětmi. K této problematice se též vyjádřili participanté ze skupiny doprovodů výzkumu této diplomové práce. Uvedli, že zhruba polovina lékařů pacientům s MP tyká a staví je do dětské role, což doprovázející pracovníci považují za neprofesionální.

Bernoldová, Strnadová a Adamčíková (2019) ve svém výzkumu uvedly, že si některé pacientky s mentálním postižením stěžovaly na neochotu zdravotnického personálu přizpůsobit poskytování informací jejich potřebám do srozumitelné podoby. Tento fakt uvedlo jako bariéru komunikace také osm participantů tohoto výzkumu, přesněji dva zdravotníci, tři účastníci s MP a tři doprovody. „*Neochota zpomalit svůj proud řeči a přizpůsobit se pomalejšímu psychomotorickému tempu pacienta.*“ (Zdravotník 3). „*Tak jim (lékařům) musím říkat, aby na mě mluvili srozumitelně, že jinak tam chodit nebudu.*“ (Účastník 6).

Americké výzkumnice Wilkinson, Dreyfus, Bowen a Bokhour (2013) ve svém výzkumu zaměřeném na názory pacientů a poskytovatelů zdravotnických služeb zjistily, že dotazovaní lékaři považují vyšetření pacienta s mentálním postižením za časově náročné. Pacienti s MP potřebují na vše více času, včetně vysvětlení postupů a závěrů vyšetření. Problematiku s „časem“ ve svém výzkumu uvedly také Australanky Hemsley, Baladin a Worrall (2012). Studie se zabývala ošetřováním pacientů s komunikačními problémy. Dotazované zdravotní sestry identifikovaly „čas“ jako hlavní bariéru úspěšné komunikace s pacienty. Tato tvrzení se též shodují s výsledky výzkumného šetření této diplomové práce, kdy sedm participantů, přesněji čtyři doprovody a tři zdravotníci, vyjádřili, že kvalitu komunikace zdravotnického personálu s pacienty s MP nejvíce omezuje nedostatek času a s tím související přetíženost zdravotnického systému a plné čekárny pacientů. Zdravotní sestry zúčastněné australského výzkumu (Hemsley, Baladin, Worrall, 2012) dále uvedly, že pokud komunikace s pacientem trvá příliš dlouho, upřednostňují vyměňování informací s doprovázejícími pracovníky nebo rodinnými příslušníky pacientů. Což se shoduje s tvrzením participantů výzkumu diplomové práce ze skupiny medicínských doprovodů a účastníků s MP, že zdravotníci komunikují spíše s doprovázející osobou pacientů.

3.6.1 Využití pro praxi

Výsledky tohoto výzkumu mohou být využity studenty lékařských fakult a zdravotnických oborů. Mohly by jim pomoci s představou přiblížení komunikace s pacienty s mentálním postižením jako názorný příklad dobré praxe a zároveň je upozornit na vyvarování se negativním přístupům. Tato práce by také mohla být nápomocná již pracujícím zdravotníkům ke zkvalitnění komunikace a částečné eliminace negativních postojů k osobám s mentálním postižením a jejich doprovodům. Dále by tento výzkum mohl být prospěšný pro studenty všech pomáhajících profesí a pracovníky sociálních služeb pracujících s osobami s mentálním postižením, kteří své klienty doprovázejí k lékařům.

Závěr

Diplomová práce Problematika komunikace zdravotnického personálu s osobami s mentálním postižením zkoumá vzájemnou komunikaci zdravotníků s pacienty s mentálním postižením a pracovníky sociálních služeb, jež své klienty s mentálním postižením k lékařům doprovází. Cílem bylo prozkoumat přístupy a postoje zdravotnického personálu k pacientům s mentálním postižením se zaměřením na komunikaci s nimi během lékařských vyšetření. Literárně přehledová část diplomové práce představuje teoretické koncepty zabývající se komunikací a profesionalitou ve vztahu k osobám s mentálním postižením. Empirická část byla realizována kvalitativním výzkumem metodou sedmnácti polostrukturovaných rozhovorů s pěti zdravotníky, šesti medicínskými doprovody a šesti účastníky s mentálním postižením. Výzkumné šetření zkoumá osobní zkušenosti všech participantů se vzájemnou komunikací zdravotníků a pacientů s MP.

Na základě analýzy dat bylo zjištěno, že jsou si zdravotníci vědomi potřeby na pacienty s mentálním postižením mluvit pomalu, v kratších větách, pokyny opakovat několikrát za sebou, a vždy se ujistit, že danému pokynu pacient rozuměl. Dále bylo zjištěno, že přítomnost medicínského doprovodu je velkou výhodou pro pacienta s mentálním postižením, protože v něm vzbuzuje pocit jistoty a klidu. Doprovod také usnadňuje komunikaci mezi pacientem s MP a zdravotníkem, jelikož může zastávat funkci jakéhosi tlumočnicka. Zjednodušuje pacientům s MP pokyny a informace od zdravotníků a současně vysvětluje verbální i neverbální projevy pacienta s MP zdravotníkovi. Zajímavý byl rozpor zdravotníků, kteří tvrdí, že během lékařských vyšetření komunikují v první řadě s pacienty s mentálním postižením, s tvrzením účastníků s MP a doprovázejících pracovníků, kteří uvedli, že zdravotníci komunikují spíše s doprovody pacientů. Zároveň participantů ze skupiny doprovodů uvedli problematiku tykání zdravotníků a stavění pacientů s mentálním postižením do dětské role. Bylo zjištěno, že největší rizikovou oblastí pro diskriminaci pacientů s MP je hospitalizace. Pacienti mohou být za případu neochotného personálu znevýhodněni z důvodu omezené schopnosti vykomunikovat si náležitou péči dle svých potřeb. Pacienti s mentálním postižením mohou být diskriminováni také ze strany zdravotních služeb v podobě registrace u nových lékařů, kteří tyto pacienty mohou odmítnout z důvodu větší náročnosti v komunikaci a poskytování zdravotní péče těmto

pacientům. Lidé s mentálním postižením jsou také znevýhodňováni skutečností, že si nejsou mnohdy vědomi, na jaký druh speciálního vyšetření mají ze zákona nárok. Ne každý lékař pacienty s MP na tyto možnosti upozorní. Zároveň však bylo zjištěno, že za posledních 30 let došlo k výraznému zlepšení postojů, komunikace a celkového chování zdravotnického personálu k osobám s mentálním postižením. Pro pacienty s mentálním postižením je velkou výhodou, pokud mají stálého lékaře, kterého pravidelně navštěvují. Na základě jejich vzájemného poznání mohou vyšetření probíhat rychle a efektivně.

Návrhem pro zlepšení této problematiky je zavedení předmětné výuky komunikace s pacienty s mentálním postižením na lékařských fakultách a zdravotnických školách. Dále možnost zavedení výuky odborné praxe studentů zdravotnických oborů v zařízeních pro osoby s mentálním postižením. A v poslední řadě posílení personálu v nemocnicích, případně zavedení nové pracovní pozice tzv. sociální sestry, jež by měla na starost komunikaci a obcházení hospitalizovaných pacientů s mentálním postižením, nebo také pacientů ze sociálně znevýhodněných skupin. Toto poslední řešení je však finančně velmi náročné.

Seznam použité literatury a dalších informačních zdrojů

Použitá literatura

BENDOVÁ, Petra. *Vybrané kapitoly z psychopedie a etopedie nejen pro speciální pedagogy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. 137 s. ISBN 978-80-7435-423-6.

BERNOLDOVÁ, Jana, STRNADOVÁ, Iva a ADAMČÍKOVÁ Zdeňka. *Ženy s mentálním postižením v roli matek*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2019. 117 s. ISBN 978-80-246-4329-8.

ČERNÁ, Marie, STRNADOVÁ, Iva a ŠÍŠKA, Jan. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. 224 s. ISBN 978-80-246-3071-7.

DOKOUPILOVÁ, Ivana, HANÁKOVÁ, Adéla, POTMĚŠIL, Miloň, SOLDANOVÁ, Jana, ŠTĚPNIČKOVÁ Nikola a URBANOVSKÁ, Eva. *Rodina a dítě se zdravotním postižením*. Brno: Paido, 2017. 107 s. ISBN 978-80-7315-262-8.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2016. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.

JANOVCOVÁ, Zora. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Brno: Masarykova univerzita, 2003. 48 s. ISBN 80-210-3204-9.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2013. 152 s. ISBN 978-80-262-0528-9.

LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2002. 191 s. ISBN 80-7178-572-5.

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

Mezinárodní klasifikace nemocí: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize. MKN-10: kapesní formát. Praha: ÚZIS, 1992. 646 s.

- MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- MIŠOVIČ, Ján, *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2019. 292 s. ISBN 978-80-7419-285-2.
- MUŽÁKOVÁ, Monika. *Odsunuti stranou: koexistence solidarity a nesvobody v životě člověka s mentálním postižením v totalitárním Československu*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2020. 270 s. ISBN 978-80-7603-170-8.
- MUŽÁKOVÁ, Monika. *Pochopení podstaty mentálního postižení na poli medicíny jako podmínka k pochopení pacienta s mentálním postižením v realitě vzájemné komunikace*. in: MADARÁSZ, Štefan a MADARÁSZOVÁ, Emília. *Neurorehab 2017*. 2017. 130-141 s. ISBN 978-80-971938-6-7.
- PIPEKOVÁ, Jarmila, VÍTKOVÁ Marie et al. *Od edukace k sociální inkluzi osob se zdravotním postižením se zaměřením na mentální postižení: From education to social inclusion of people with health disabilities with focus on intellectual disabilities*. Brno: Masarykova univerzita, 2014. 246 s. ISBN 978-80-210-7689-1.
- PLAŇAVA, Ivo. *Průvodce mezilidskou komunikací: přístupy dovednosti poruchy*. Praha: Grada, 2005. 146 s. ISBN 80-247-0858-2.
- PRŮCHA, Jan, WALTEROVÁ, Eliška a MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2013, 400 s. ISBN 978-80-262-0403-9.
- PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
- ŘIHÁČEK, Tomáš, ČERMÁK, Ivo a HYTYCH, Roman. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2.
- SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010. 160 s. ISBN 978-80-7367-691-9.

STRAUSS, Anselm a CORBIN Juliet. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. 228 s. ISBN 80-85834-60-x.

ŠIŠKA, Jan, BEADLE-BROWN, Julie. *The Development, Conceptualisation and Implementation of Quality in Disability Support Services*. Karolinum, 2021, 346 s. ISBN 978-80-246-4966-5.

ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan, et al. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. 612 s. ISBN 80-7178-546-6.

ŠPAČEK, Ladislav. *Etiketa pro lékaře, zdravotníky a pomáhající profese*. Praha: EEZY Publishing, 2021. 280 s. ISBN 978-80-908101-4-3.

ŠUBRT, Jiří. *Soudobá sociologie*. Praha: Karolinum, 2007. 336 s. ISBN 978-80-246-1275-1.

ŠVAŘÍČEK, Roman a ŠEĐOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

TATE, Peter. *Příručka komunikace pro lékaře: jak získat důvěru pacienta*. Praha: Grada, 2005. 164 s. ISBN 80-247-0911-2.

VALENTA, Milan, MICHALÍK, Jan a LEČBYCH, Martin. *Mentální postižení*. Praha: Grada, 2018. 392 s. ISBN 978-80-271-0378-2.

VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 2005. 320 s. ISBN 80-7178-998-4.

VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie lidské komunikace*. Praha: Portál, 2000. 264 s. ISBN 80-7178-291-2.

Elektronické zdroje

ADAMČÍKOVÁ, Zdeňka. *Formální podpora rodičů s mentálním postižením v kontextu sociální práce*. Disertační práce. [online]. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2019. [cit. 2022-05-10]. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/20.500.11956/105825>

ALI, Afia, SCIOR, Katrina, RATTI, Victoria, STRYDOM, Andre, KING, Michael a HASSIOTIS, Angela. *Discrimination and Other Barriers to Accessing Health Care*:

Perspectives of Patients with Mild and Moderate Intellectual Disability and Their Carers. PLoS ONE [online]. United States: Public Library of Science, 2013, **8**(8), e70855-e70855. [cit. 2022-04-19]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0070855

HEMSLEY, Bronwyn, BALANDIN, Susan a WORRALL, Linda. *Nursing the patient with complex communication needs: time as a barrier and a facilitator to successful communication in hospital.* Journal of advanced nursing [online]. Oxford, UK: Blackwell Publishing, 2012, **68**(1), 116-126 s. [cit. 2022-04-29]. ISSN 0309-2402. Dostupné z: doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05722.x

ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. *International Classification of Diseases 11th Revision: The global standard for diagnostic health information* [online]. World Health Organization, 2022 [cit. 2022-02-28]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

MKN-10 2022: 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. ÚZIS, 2022 [cit. 2022-03-02]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F70-F79>

MUŽÁKOVÁ, Monika. *Ještě jednou k otázce sterilizaci lidí s postižením jako mementu pohledu na jinakost člověka v moderních dějinách.* Časopis Speciální pedagogika. [online]. Praha: Univerzita Karlova, 2013, **23**(1). 54-61 s. [cit. 2022-04-11]. ISSN 1211-2720. Dostupné z: <http://dspace.specpeda.cz/handle/0/86>

PASTIERIKOVÁ Lucia., REGEC Vojtech. *Komunikace a lidé s mentálním postižením: Metodický materiál: část 1.* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc, 2010 [cit. 2022-04-07]. Dostupné z: <http://posit.upol.cz/materials/komunikace-1.pdf>

PAULÍK, Karel. *Psychologické základy lidské komunikace.* Elektronický učební text. [online]. Ostrava: Fakulta strojní VŠB – TU, 2007. [cit. 2022-04-02]. Dostupné z: <http://projekty.fs.vsb.cz/415/psychologickezakladylidskekomunikace.pdf>

PROCHÁZKOVÁ, Lucie. *Postoje k lidem s postižením v pracovním kontextu ve vztahu ke zkušenosti s nimi.* [online]. Sociální pedagogika/Social Education, 2019. **7**(2), s. 57–68. [cit. 2022-04-10]. Dostupné z: <https://doi.org/10.7441/soced.2019.07.02.04>

PRŮCHA, Jan, ŠVARŤÍČEK, Roman. *Etický kodex české pedagogické vědy a výzkumu.* [online]. Pedagogická orientace, Vědecký časopis České pedagogické

společnosti, 2009, 19(2), s. 89-105. [cit. 2022-05-10]. Dostupné z: <https://journals.muni.cz/pedor/article/view/1225>

Představujeme sociální služby: Podporované bydlení. Královéhradecký kraj. Portál sociálních služeb [online]. 19. 3. 2012 [cit. 2022-05-26]. Dostupné z: <https://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/zpravodaj/predstavujeme/predstavujeme-socialni-sluzby:-podporovane-bydleni-51321/>

SCIOR, Katrina, WERNER Shirli. *Intellectual Disability and Stigma: Stepping Out from the Margins.* [online]. London: Palgrave Macmillan UK, 2016. [cit. 2022-05-25]. ISBN 1-137-52499-5. Dostupné z: doi:10.1057/978-1-137-52499-7

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. ÚZIS [cit. 2022-02-28]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/>

WILKINSON, J., DREYFUS, D., BOWEN, D., a BOKHOUR, B. *Patient and provider views on the use of medical services by women with intellectual disabilities.* Journal of intellectual disability research [online]. Oxford, UK: Blackwell Publishing, 2013, 57(11), 1058-1067 s. [cit. 2022-04-28]. ISSN 0964-2633. Dostupné z: doi:10.1111/j.1365-2788.2012.01606.x

Legislativní dokumenty

Sdělení č. 10/2010 Sb. m. s., Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením [online]. In: Sbíрка mezinárodních smluv České republiky. 12. 2. 2010, [cit. 2022-04-02]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/ms/2010-10/zneni-20100430>

Sdělení č. 96/2001 Sb. m. s., Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně [online]. In: Sbíрка mezinárodních smluv České republiky. 1. 10. 2010, [cit. 2022-04-30]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/ms/2001-96/zneni-20011001>

Zákon č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). [online]. In: Sběrka zákonů České republiky. 8. 12. 2011, [cit. 2022-04-30]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372/zneni-20220201>

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Informovaný souhlas účastníků s mentálním postižením

Příloha č. 2 – Informovaný souhlas pro zdravotníky, medicínský doprovod a opatrovníky

Příloha č. 3 – scénář rozhovoru – medicínský doprovod

Příloha č. 4 – scénář rozhovoru – účastník s mentálním postižením



Příloha č. 5 – scénář rozhovoru – zdravotnický personál

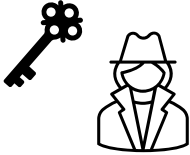

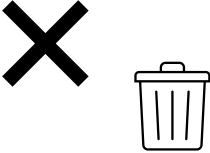

Seznam tabulek

Tabulka 1.	Adaptivní chování osob s lehkou poruchou vývoje intelektu	s. 15
Tabulka 2.	Adaptivní chování osob se středně těžkou poruchou vývoje intelektu	s. 16
Tabulka 3.	Adaptivní chování osob s těžkou poruchou vývoje intelektu	s. 17
Tabulka 4.	Adaptivní chování osob s hlubokou poruchou vývoje intelektu	s. 18
Tabulka 5.	Základní informace o účastnících s mentálním postižením	s. 38
Tabulka 6.	Základní informace o doprovázejících pracovnících	s. 39
Tabulka 7.	Základní informace o zdravotnících	s. 40
Tabulka 8.	Jmenný seznam kategorií a podkategorií	s. 41

Příloha č. 1

Informovaný souhlas

	<p>Toto výzkumné šetření diplomové práce má prozkoumat, jak lékaři komunikují a přistupují k pacientům s mentálním postižením.</p>
	<p>Souhlasím s poskytnutím rozhovoru pro účely diplomové práce na téma: <i>„Problematika komunikace zdravotnického personálu s osobami s mentálním postižením“.</i></p>
	<p>Vedené Lenkou Lacinovou, studentkou z Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy.</p>
	<p>Účast na šetření bude obnášet jeden rozhovor.</p>
	<p>Rozhovor bude trvat asi jednu hodinu.</p>
	<p>Rozhovor bude nahráván.</p>

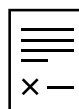
	<p>Jsem srozuměn/a s tím, že veškeré údaje budou důvěrné a anonymní.</p>
	<p>Mé pravé jméno, ani jakýkoliv údaj o mně (datum narození, adresa), nebudou nikde uvedeny.</p>
	<p>Jsem srozuměn/a s tím, že od rozhovoru mohu kdykoliv odstoupit a rozhovor bude smazán.</p>
	<p>Případné odstoupení nijak nenaruší mé vztahy s diplomantkou provádějící tento výzkum.</p>

Uděluji souhlas k tomu, aby výzkumnice použila rozhovor pro potřeby své diplomové práce ve výše uvedeném smyslu, a některé jeho části v ní mohla citovat.

Jméno: _____

Dne: _____

Podpis: _____



Příloha č. 2

Informovaný souhlas

S poskytnutím rozhovoru pro účely diplomové práce na téma:

„Problematika komunikace zdravotnického personálu s osobami s mentálním postižením“

Dobrý den,

Jmenuji se Lenka Lacinová a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského prezenčního studia na pedagogické fakultě Univerzity Karlovy, oboru Speciální pedagogika.

Ráda bych Vás touto cestou požádala o spolupráci v kvalitativním výzkumu za účelem získání informací pro potřeby zpracování praktické části mé diplomové práce vedené na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy.

Výzkum bude uskutečněn pomocí metody rozhovoru s cílem prozkoumat osobní pohled pacientů s mentálním postižením, jejich asistentů a zdravotnického personálu na vzájemnou komunikaci během lékařských vyšetření.

Podpisem vyjadřujete souhlas s následujícími body:

- Byl(a) jsem informován(a) o účelu rozhovoru, který je sběrem dat pro potřeby výzkumu diplomové práce.
- Jsem seznámen(a) s právem odmítnout odpovědět na jakoukoliv otázku v průběhu rozhovoru, případně kdykoliv odstoupit od účasti na výzkumu.
- Souhlasím s nahráváním následujícího rozhovoru a jeho následným zpracováním. Zvukový záznam rozhovoru nebude poskytnut třetím stranám a po přepsání jeho částí pro účely diplomové práce bude smazán.
- Byl(a) jsem obeznámen(a) s tím, že při získávání a zpracovávání informací z rozhovorů bude kladen důraz na anonymitu a mlčenlivost ve vztahu k osobním údajům, které znemožní identifikaci mé osoby.

Udělují souhlas k tomu, aby výzkumnice použila rozhovor pro potřeby své diplomové práce ve výše uvedeném smyslu, a některé jeho části v ní mohla citovat.

V dne

Jméno: **Podpis:**

Bc. Lenka Lacinová, DiS.

Rozhovor s medicínským doprovodem

Úvodní otázky

- Jak dlouho pracujete s osobami s mentálním postižením?
- V jakém typu zařízení a na jaké pozici pracujete?
- Máte zkušenosti s doprovodem svých klientů s mentálním postižením k lékaři?

Vlastní otázky výzkumu

VO 2: Jaké jsou zkušenosti respondentů s poskytováním zdravotní péče zdravotními službami pacientům s mentálním postižením, včetně pozitivních i negativních zkušeností?

- Myslíte si, že jsou zdravotní služby pacientům s mentálním postižením snadno dostupné?
- Jaké máte zkušenosti s přístupem a postoji lékařů, když se dozví, že se jedná o pacienta s mentálním postižením?
- Máte nějaký negativní zážitek s návštěvou lékaře s vaším klientem?
- Mohl byste uvést nějaké pozitivní příklady dobré praxe přístupů lékařů k osobám s MP?

VO 1: Jaké komunikační strategie volí zdravotníci při práci s pacienty s mentálním postižením?

- Jakým způsobem probíhá podpora medicínského doprovodu?
- Proč si myslíte, že je vaše role při lékařské prohlídce pacienta s mentálním postižením důležitá?
- Stává se vám, že zdravotnický personál v průběhu vyšetření komunikuje s pacientem s mentálním postižením, nebo spíše s vámi?
- Znáte a můžete uvést nějaký případ, jak lékaři řešili situaci, když si s pacientem s mentálním postižením nerozuměli?
- Jaké faktory či bariéry nejvíce ovlivňují vzájemnou komunikaci zdravotníků s pacienty s mentálním postižením?

VO 3: Jak jsou zdravotníci připraveni na práci s touto cílovou skupinou?

- Setkal jste se někdy s problémy ze strany zdravotníku ve smyslu nedostatku znalostí o mentálním postižením?
- Myslíte si, že mají zdravotníci dostatečné povědomí o osobách s mentálním postižením?

VO 4: Do jaké míry si respondenti myslí, že jsou osoby s mentálním postižením ze strany zdravotních služeb znevýhodňováni?

- Jaké jsou podle vás největší bariéry v poskytování zdravotní péče osobám s mentálním postižením?
- Myslíte si, že jsou pacienti s mentálním postižením ze strany zdravotních služeb znevýhodňováni, či se jim dostává nestandardní péče?
- Je něco, s čím se ve zdravotních službách a jejich péči o pacienty s mentálním postižením často setkáváte, a co by se podle vás mělo změnit?

Závěr

- Máte nějaké další připomínky, které byste k tématu chtěl sdělit?

Ukončení rozhovoru

- Poděkování
- Rozloučení

Příloha č. 4

Rozhovor s účastníkem s mentálním postižením

Úvodní otázky

- Kolik vám je let?
- Chodíte k lékaři sám nebo s asistentem/doprovodem?

Vlastní otázky výzkumu

VO 2: Jaké jsou zkušenosti respondentů s poskytováním zdravotní péče zdravotními službami pacientům s mentálním postižením, včetně pozitivních i negativních zkušeností?

- Chovají se k vám doktoři jinak, když jste sám, nebo s asistentem/rodičem?
- Co děláte, když máte zdravotní problém?
- Máte spíše špatné nebo dobré zkušenosti s návštěvou lékaře?
- Jaké máte dobré zkušenosti s návštěvou lékaře?
- Jaké máte špatné zkušenosti s návštěvou lékaře?
- Setkali jste se někdy s chováním lékařů, které vám bylo nepříjemné?

VO 1: Jaké komunikační strategie volí zdravotníci při práci s pacienty s mentálním postižením?

- Proč si myslíte, že je dobré, aby s vámi k lékaři šel asistent nebo nějaký doprovod?
- Mluví doktoři během vyšetření spíše s vámi nebo s vaším asistentem?
- Stalo se vám někdy, že jste nerozuměli tomu, co po vás lékař chtěl? Jak jste to vyřešili?
- Jak se k vám lékaři chovají?
- Jak by se podle vás měl doktor správně chovat?

VO 4: Do jaké míry si respondenti myslí, že jsou osoby s mentálním postižením ze strany zdravotních služeb znevýhodňováni?

- Je něco, čeho se u doktorů bojíte?
- Co vám během návštěv u doktora vadí? Jak byste si přáli to změnit?

Závěr

- Máte nějaké další připomínky, které byste k tématu chtěl sdělit?

Ukončení rozhovoru

- Poděkování
- Rozloučení

Příloha č. 5

Rozhovor se zdravotnickým personálem

Úvodní otázky

- V jakém typu zařízení a na jaké pozici pracujete?
- Máte zkušenosti s ošetřováním pacientů s mentálním postižením?

Vlastní otázky výzkumu

VO 2: Jaké jsou zkušenosti respondentů s poskytováním zdravotní péče zdravotními službami pacientům s mentálním postižením, včetně pozitivních i negativních zkušeností?

- Myslíte si, že jsou zdravotní služby pacientům s mentálním postižením snadno dostupné?
- Jaké máte zkušenosti s přístupem a postoji lékařů, když se dozví, že se jedná o pacienta s mentálním postižením?
- Máte nějaký negativní zážitek s ošetřováním pacienta s mentálním postižením?

VO 1: Jaké komunikační strategie volí zdravotníci při práci s pacienty s mentálním postižením?

- Proč si myslíte, že je důležité, aby měl při pacient s mentálním postižením při lékařském ošetření doprovod?
- Jakou roli při komunikaci s pacientem s mentálním postižením má jeho doprovod?
- Komunikujete během vyšetření s pacientem s mentálním postižením nebo s jeho doprovodem?
- Stalo se vám někdy, že jste si s pacientem s mentálním postižením nerozuměli? Jak jste tuto situaci řešil?
- Mohlo by neporozumění v komunikaci narušit kvalitu lékařské diagnostiky?
- Jaké faktory či bariéry nejvíce ovlivňují vzájemnou komunikaci zdravotníků s pacienty s mentálním postižením?
- Myslíte si, že je nějaký způsob, jak komunikaci lékařů s pacienty s mentálním postižením zlepšit?

VO 3: Jak jsou zdravotníci připraveni na práci s touto cílovou skupinou?

- Myslíte si, že mají zdravotníci dostatečné povědomí a znalosti o osobách s mentálním postižením?
- Považujete svou přípravu na komunikaci s pacienty s mentálním postižením z dob studia za dostačující?
- Bylo vám někdy poskytnuto školení na tuto problematiku? A bylo, nebo si myslíte, že by mohlo být, přínosné?
- Myslíte si, že je třeba větší přípravy zdravotníků na práci s touto cílovou skupinou?

VO 4: Do jaké míry si respondenti myslí, že jsou osoby s mentálním postižením ze strany zdravotních služeb znevýhodňováni?

- Jaké jsou podle vás největší bariéry v poskytování zdravotní péče osobám s mentálním postižením?
- Myslíte si, že jsou pacienti s mentálním postižením ze strany zdravotních služeb znevýhodňováni, či se jim dostává nestandardní péče?
- Je něco, s čím se ve zdravotních službách a jejich péči o pacienty s mentálním postižením často setkáváte, a co by se podle vás mělo změnit?

Závěr

- Máte nějaké další připomínky, které byste k tématu chtěl sdělit?

Ukončení rozhovoru

- Poděkování
- Rozloučení