

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s

Praha 5

**Psychosociální aspekty ošetrovatelské péče u pacienta
s mentální retardací**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Michaela Lainová

Praha 5

PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S MENTÁLNÍ RETARDACÍ

Bakalářská práce

Michaela Lainová

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ o.p.s., PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH, R.N.

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2010-03-31

Praha 2010

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne

podpis

ABSTRAKT

LAINOVÁ, Michaela. *Psychosociální aspekty ošetrovatelské péče u pacienta s mentální retardací*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: doc. PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH, R.N. Praha 2010. s. 61.

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma: „ Psychosociální aspekty ošetrovatelské péče u pacienta s mentální retardací“ Svou práci jsem rozdělila na část teoretickou a část praktickou. Téma jsem si vybrala z toho důvodu, že mne tato cílová skupina velice zaujala. Již patnáctým měsícem pracuji na oddělení dětské psychiatrie a tento obor mi přirostl k srdci. Cílem mé práce bylo upozornit laickou společnost a zdravotnické pracovníky na problematiku ošetrování tohoto typu lidí a na nedostatky komunikace s nimi. Metodu, kterou jsem si zvolila, byl ošetrovatelský proces u konkrétního klienta/pacienta. Zjistila jsem, že se stále pořád mentálně retardovaní a jejich příbuzní setkávají s problémy jak se zdravotníky, tak laickou společností, nejen co se týče komunikace, ale celkového přístupu. Domnívám se, že společnost by měla mít o těchto lidech více a více informací a že zdravotníci se mají stále co učit o ošetrování mentálně retardovaných.

Klíčová slova: Mentální postižení, Socializace, Komunikace, Ošetrovatelská péče, Ošetrovatelský proces

SUMMARY

LAINOVÁ, Michaela. *Psychosocial aspects in the care of mentally retarded patients*.
Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., bachelors nursing program. Advisor: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH, R.N. Prague 2010. p. 61.

The theme of my bachelor's theses is: „Psychosocial aspects in the care of mentally retarded patients.“ The theses is divided into the theoretical and practical part. I choose this theme because I found this group of patients interesting. Over the last fifteen months I have been working at the department of child psychiatry and that is the reason why this field of expertise is now so close to my heart. The goal of my work was to make the general public as well as the health care providers aware of the lack of communication they have with mentally challenged people. I was concentrating on the process of care in one particular client/patient. I found, that the mentally retarded and their close relatives not only experience difficulties communicating with the health care providers and the general public but also have to overcome the overall attitude from both the society and the health care providers. I believe, that not only the society, but also the health care providers have still a lot to learn about treatment and care of mentally retarded people.

Key words: Mental retardation, Socialization, Communication, Nursing care, Nursing process

PŘEDMLUVA

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma: „ Psychosociální aspekty ošetrovatelské péče u pacienta s mentální retardací“. Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je zdraví stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady. Z čehož vyplývá, že by si lidé měli uvědomovat, že existují i duševní onemocnění, kterým se v dnešní době bohužel nevěnuje tolik pozornosti, jako onemocněním tělesným. Jedním z mnoha duševních onemocnění je mentální retardace.

V dané problematice se zaměřuji na informování jak laické, tak odborné zdravotnické společnosti o závažném onemocnění, jímž je mentální retardace. Považuji za důležité poukázat na skutečnost, že individualita potřeb mentálně retardovaných je vysoká. Pro svou bakalářskou práci jsem jako techniku zvolila ošetrovatelský proces, tykající se konkrétního klienta/pacienta.

Výběr tématu práce byl ovlivněn v mém zaměstnání. Již patnáctým měsícem pracuji na oddělení dětské psychiatrie a individuálně docházím do neziskové organizace Volno, která se věnuje této problematice. Do této organizace také dochází dívka s mentální retardací v kombinaci s autismem, která je mi velice blízká. Podklady pro praktickou část jsem čerpala z individuálního pozorování a ošetřování již zmiňované dívky. Podklady pro teoretickou část jsem čerpala z knižních zdrojů a z vlastního pozorování a zkušeností ze zaměstnání.

Práce je určena jak pro laickou společnost, tak pro studenty nelékařských a lékařských zdravotnických oborů.

Čím více se o tomto onemocnění budou lidé dozvídat, tím více se usnadní život mentálně retardovaných a jejich blízkých. Chtěla bych, aby tato práce byla vodítkem k lepšímu poznání a sblížení společnosti s těmito jedinci. Je nutné si uvědomit, že i mentálně retardovaní mají hodnotu a svou úctu a že bychom je měli nejen respektovat, ale snažit se o jejich zařazení do běžného života.

Touto cestou bych chtěla poděkovat za vedení a pomoc při tvorbě svému vedoucímu bakalářské práce PhDr. Dušanu Syslovi, PhD., MPH, R.N., za cenné a užitečné rady a podporu, které mi poskytl při vypracovávání bakalářské práce.

OBSAH

| | |
|--|----|
| ÚVOD..... | 13 |
| TEORETICKÁ ČÁST..... | 14 |
| 1 Mentální retardace..... | 14 |
| 2 Definice a Modely | 15 |
| 2.1 Model podpory..... | 16 |
| 2.2 Medicínský model..... | 17 |
| 2.3 Sociální model | 17 |
| 3 Etiologie..... | 18 |
| 3.1 Současná klasifikace příčin dle AAMR | 18 |
| 4 Diagnostika osob s mentálním postižením | 19 |
| 4.1 Gaussova křivka..... | 20 |
| 4.2 Wechslerův test..... | 21 |
| 4.3 Stanford- Binetův test | 22 |
| 4.4 Vinelandská škála sociální zralosti | 22 |
| 4.5 Škály funkční nezávislosti | 23 |
| 4.6 Komplexní vývojové škály..... | 23 |
| 4.7 Alternativní diagnostické přístupy | 23 |
| 4.8 Stupně mentální retardace | 24 |
| 5 Léčba a péče o mentálně postižené | 26 |
| 5.1 Farmakoterapie | 26 |
| 5.2 Psychoterapie..... | 26 |
| 5.3 Práce s rodinou | 26 |
| 5.4 Socioterapie | 26 |
| 5.5 Speciálně- pedagogická pomoc..... | 27 |
| 6 Psychologické zvláštnosti jedinců s mentální retardací | 28 |
| 7 Ústavní péče o lidi s mentálním postižením | 29 |

| | |
|---|----|
| 7.1 Sociální služby pro osoby s mentálním postižením..... | 30 |
| 8 Legislativa zaměstnávání osob s mentálním handicapem | 33 |
| 8.1 Nový zákon o sociálních službách..... | 34 |
| 9 Pracovní uplatnění osob s mentálním postižením..... | 35 |
| PRAKTICKÁ ČÁST | 36 |
| Ošetřovatelská péče o osoby s mentální retardací..... | 36 |
| Ošetřovatelský proces..... | 38 |
| Anamnéza | 40 |
| Specifika Zuzančiny osobnosti | 44 |
| Ošetřovatelské diagnózy..... | 47 |
| Školy, stacionáře a ústavy vhodné pro děti s autismem a mentální retardací..... | 56 |
| DOPORUČENÍ PRO PRAXI..... | 57 |
| ZÁVĚR..... | 58 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY..... | 59 |

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

| | |
|-------------|---|
| AAMR..... | American Association for Mental Retrdation |
| DSM-IV..... | The Diagnostic and Statistical Manual od Mental Disorders |
| IQ..... | intelligence quotient |
| MR..... | Mentální retardace |
| WAISC..... | Wechsler Adult Intelligence Scale |
| WHO..... | World Health Organization |

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

| | |
|--|----|
| Obrázek 1 Rozložení inteligence v populaci podle Gaussovy křivky..... | 21 |
| Obrázek 2 Zuzana, 20 let..... | 39 |
| Tabulka 1 Klasifikace vypočtené hodnoty BMI..... | 54 |

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Anencefalie - je vrozená vada, která je charakterizována nálezem, kdy v důsledku defektu uzávěru mozkových váček následuje defekt měkkých i tvrdých tkání lebky.

Downův syndrom – genetická anomálie s důsledky na celý život

Dysgrafie – porucha psaní

Dyslexie – vývojová porucha čtení

Encephalitis - zánět mozkové tkáně

Enuréza - pomočování

Farmakoterapie - podávání léků

Fenilkentonurie – vrozená vada metabolismu bílkovin

Galaktosemie - je vrozená vada metabolismu cukrů konkrétně monosacharidu

Hydrocefalus - nahromadění mozkomíšního moku v nitrolebním prostoru, vodnatelnost mozku

Hypoxie - je obecně nedostatek kyslíku pro tělesný metabolismus

Kognitivně-Behaviorální terapie - vychází z kombinace kognitivní a behaviorální psychoterapie, věnuje pozornost poznávacím procesům a to především myšlení.

Meningitis - zánět mozkových plen

Neurofibromatóza - je genetická porucha působící nekontrolovaný růst nervových buněk, takže se u postižených vyvíjejí pod kůží nevzhledné nádory

Nykturie- časté močení v noci

Perinatální – období před narozením

Postnatální – období po narození, období poporodní

Prenatální – narození

Psychopedie - je speciálně pedagogická disciplína, která se zabývá klienty nejen s mentální retardací, ale také s poruchami duševními – od pervazivních vývojových poruch, přes specifické poruchy učení a chování, po klienty se schizofrenií, afektivními poruchami, neurotickými poruchami, a jejich kombinace.

Respitní pobyty - odlehčovací

Socioterapie - zahrnuje přístupy a opatření, v nichž se využívá léčivého potenciálu lidské pospolitosti, lidského společenství. Je to tedy působení lidským prostředím a společenskými aktivitami v rámci primární, sekundární a terciální prevence poruch zdraví.

Syfilis – infekční onemocnění přenášené především pohlavním stykem

Toxoplasmóza – virové onemocnění přenášené infikovanými kočkami

Tuberkulózní skleróza - je to orgánové onemocnění, jehož podkladem je zbytnění a ztvrdnutí tkáně

Turnerův syndrom - je vrozené onemocnění, jehož podstatou je absence chromozomu X, tento syndrom nemá jednoznačný soubor příznaků, mohou se vyskytovat poruchy růstu, sluchu, zraku a neplodnost.

Vizuomotorika – proces a stav koordinace pohybu končetin a zraku

ÚVOD

Mentální retardací se označuje, stav, kdy je duševní vývoj zastaven či neúplný je charakterizován narušením dovedností, které přispívají k úrovni inteligence. Dochází k narušení poznávacích, řečových, pohybových a sociálních schopností. Retardace se může vyskytnout společně s jakoukoli jinou duševní či tělesnou poruchou nebo bez ní. Jedinci, kteří jsou mentálně retardováni, mohou být postiženi celou řadou duševních poruch, jejichž prevalence je u nich 3–4× častější než v běžné populaci. Navíc jsou mentálně retardováni jedinci vystaveni většímu riziku sexuálního zneužívání, vzhledem k tomu, že tito jedinci neznají hranice této potřeby a nedokážou se bránit jako zdravý jedinec. Adaptační chování je většinou velmi narušeno, ale v chráněném sociálním prostředí s dostupnou podporou nemusí být toto narušení nápadné, zvláště u lehké mentální retardace. Inteligenci nelze charakterizovat jednoduchým způsobem, nýbrž na základě velkého počtu různých více méně specifických dovedností. Ty mohou v jedné určité oblasti, např. řeči, vykazovat těžké narušení, jinde mohou být mnohem dovednější, např. při jednoduchých sebeobslužných úkonech. Vyhodnocení mentální úrovně by se mělo opírat o všechny dostupné informace, včetně klinických nálezů, adaptačního chování a výsledků psychometrických testů. Péče o mentálně retardované je vysoce individuální.

Cílem bakalářské práce je komplexní zpracování ošetrovatelské kazuistiky u pacientky s tímto onemocněním. Při sběru údajů jsem vycházela z ošetrovatelské a lékařské dokumentace a také z rozhovoru s pacientkou, její rodinou, ostatními členy ošetrovatelského týmu a mým vlastním pozorováním. Na tomto základě jsem stanovila aktuální a potencionální diagnózy, ke kterým jsem zpracovala ošetrovatelský plán.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Mentální retardace

Duševní opožďení dítěte přináší rodičům těžké zklamání, duševní útrapy, starosti a potíže. Také pro společnost je zaostávání některých jejích jedinců zdrojem problémů zdravotních, vzdělávacích a sociální pomoci a péče (Říčan, 2006).

„Mentální retardace (dříve byl užíván i termín oligofrenie nebo slabomyslnost), je závažné postižení vývoje rozumových schopností prenatální, perinatální nebo časné postnatální etiologie, které vede k významnému omezení v adaptativním fungování postiženého dítěte či dospělého v jeho sociálním prostředí” (Říčan, 2006, s. 195).

Americká asociace pro mentálně retardované používá následující definici: Mentální postižení je podstatné omezení stávajícího výkonu, vyznačující se podprůměrnou úrovní intelektových schopností se současným omezením v nejméně dvou z následujících adaptačních dovedností - komunikace, sebeobsluha, sociální dovednosti, bydlení ve vlastním domě, sebeurčení, zdraví a bezpečnost, školní výkon, volný čas a práce. Z toho vyplývá, že pojem mentální postižení pokrývá široký obsah obtíží, v nichž se jednotliví lidé liší. Existuje také definice, kterou vytvořili dospělí lidé s mentálním postižením, kteří se také v České republice snaží prosazovat svoje názory a zájmy. Má podobný trend jako americká definice. Podle této definice jde o lidi, kteří mají problémy v učení, porozumění, orientaci a komunikaci (Říčan, 2006).

2 Definice a Modely

V kapitolách psychopedie se upozorňovalo, že stanovení adekvátní definice mentální retardace, která by vyhovovala všem odborným a zároveň různorodým aspektům, není stále vyřešeno, i když je v současné době k dispozici velké množství definic od nejstručnějších, vyjadřujících pregnantně podstatu tohoto syndromu, až k definicím popisným, zahrnujícím též klasifikaci a symptomatologii (Černá, 2008).

Zároveň se zdůraznila nutnost vytvoření sjednocující definice přijatelné pro různé obory zabývající se mentální retardací, především v souvislosti s řešením praktických problémů souvisejících s plánováním a realizací péče, potřebných služeb a k podpoře osob s mentální retardací (Černá, 2008).

Tedy dostupné definice podle domácí i zahraniční odborné literatury byli rozděleny do skupin podle základního kritéria na:

- definice zdůrazňující aktuální pásmo inteligence
- definice zdůrazňující biologické faktory
- definice se zdůrazněním sociálních faktorů
- definice zdůrazňující více hledisek

Definice vydána Světovou zdravotnickou organizací z roku 1987 a pak z roku 1993 zněla takto:

„Pod heslem mentální retardace se rozumí celkové snížení intelektuálních schopností osobnosti postiženého, které vzniká v průběhu vývoje a je obvykle provázeno nižší schopností orientovat se v životě. Nedostatek adaptativního chování se projevuje ve zpomaleném, zaostávajícím vývoji, v ohraničených možnostech vzdělávání a nedostatečné sociální přizpůsobivosti, přičemž se uvedené příznaky mohou projevovat samostatně v různých kombinacích” (Černá, 1995, s. 12).

„Pojem mentální retardace se vztahuje k podprůměrnému obecně intelektuálnímu fungování osoby, které se stává zřejmým v průběhu vývoje a je spojeno s poruchami adaptačního chování. Poruchy adaptace jsou zřejmé z pomalého tempa

dospívání, ze snížené schopnosti učit se a z nedostatečné sociální přizpůsobivosti“ (Černá, 1995, s. 13).

Definice mentální retardace, její pojetí, koncepce, klasifikace a diagnostika, se nadále zpřesňovaly a měnily se přístupy jejich vytváření.

V současné době se vychází z aktualizace definice mentální retardace publikované AAMR (American Association for Mental Retardation) z roku 2002.

„Mentální retardace je snížená schopnost charakterizovaná výraznými omezeními v intelektových funkcích a také v adaptačním chování, což se projevuje ve schopnosti myslet v abstraktních pojmech, a v sociálních a praktických adaptačních dovednostech“ (Luckasson, 2002, s 8).

AAMR (American Association for Mental Retardation) dále stanovuje pět předpokladů pro aplikace definice:

- snížení aktuálního fungování musí být posuzováno v souvislosti se společenským prostředím typickým pro daný věk a kulturu jedince.
- bere se v úvahu kulturní a jazyková rozmanitost a také individuální rozdíly v komunikaci, vnímání, pohybových možnostech a v chování.
- u každého jedince se vedle omezení často vyskytují a i silné stránky.
- smyslem zjišťování limitů je vypracování systému potřebné podpory.

S vhodnou individuální podporou dojde po určité době k celkovému zlepšení kvality života člověka s mentální retardací.

2.1 Model podpory

Tento teoreticky a ekologicky orientovaný model mentální retardace AAMR je založen na klíčových prvcích chápání hloubky mentální retardace a fungování jedince: prostředí, jedinec s mentální retardací a podpora. Cílem tohoto modelu není snížit počet těch, kdo již jsou či ještě nejsou mentálně retardovaní, ale změnit uvažování o mentální retardaci. To znamená posunout paradigma od modelu deficitu uvnitř jedince směrem k modelu podpory, jejíž profil je výsledek hodnocení potřeb jedince ve vztahu k jeho prostředí (Černá a kol., 2008).

2.2 Medicínský model

Služky poskytované lidem s postižením prošly v posledních sedmdesáti letech v rozvinutých industriálních zemích světa vývojem. Je zde kladen důraz na odbornost personálu. Handicap je považován za záležitost vysoké odbornosti a za tragédii pro daného jedince. Tento model je však vysoce kritizován. (Černá a kol., 2008).

2.3 Sociální model

Kritika medicínského modelu vyvolala potřebu vytvoření nového paradigmatu. Dle tohoto modelu není mentální retardace výlučně tělesné, smyslové nebo mentální postižení, které zneschopňuje, oslabuje nebo znevýhodňuje jedince. Postižení je naopak důsledkem strukturálních handicapujících vlivů ze strany společnosti, jejíž směr vývoje určuje schopnost, způsobilost, výkon a normalita (Černá a kol., 2008).

3 Etiologie

Etiologie mentální retardace je velice rozmanitá, a to nejen vzhledem k množství možných vlivů ohrožujících zdravý růst plodu (příčiny prenatální), ale i k řadě dalších onemocnění, úrazů, infekcí, biologických faktorů či defektů působících na rozvoj jedince v době pozdější (příčiny perinatální – kolem porodu, a postnatální-ovlivňující vývoj člověka po narození, prakticky po celý život). Svůj význam zde má i dědičnost (příčiny hereditární), poruchy chromozomální, metabolické.

3.1 Současná klasifikace příčin dle AAMR

Tato klasifikace pochází z roku 2002 a je založena na časovém faktoru a dělí etiologii mentální retardace dle doby vzniku na příčiny prenatální, perinatální a postnatální.

A. Prenatální

- a) Chromozomální aberace (Downův syndrom, Turnerův syndrom, syndrom fragilního X chromozomu)
- b) Metabolické a výživové poruchy (fenyketonurie, galaktosemie)
- c) Infekce matky (zarděnky, syfilis, HIC, cytomegalovirus, toxoplazmóza)
- d) Podmínky prostředí (fetální alkoholový syndrom, užívání drog)
- e) Neznámé (anencefalie, hydrocefalus)

B. Perinatální

- a) Neonatální komplikace (hypoxie, porodní úraz, následek klešťového porodu, respirační nouze, překotný nebo protravovaný porod)

C. Postnatální

- a) Infekce, intoxikace (otravy olovem, encefalitis, meningitis, Reyův syndrom)
- b) Faktory prostředí (špatné zacházení či zanedbávání dítěte, úrazy hlavy, podvýživa, deprivace)
- c) Onemocnění mozku (neurofibromatóza, tuberkulózní skleróza)

4 Diagnostika osob s mentálním postižením

Diagnostika osob s mentálním postižením používá metod a nástrojů psychologie, pedagogiky a speciální pedagogiky za účelem zjištění současné úrovně jedince a směru, jímž by se měla ubírat následná intervence. V České republice nesou zodpovědnost za diagnostiku speciálně pedagogická centra a pedagogicko-psychologické poradny. Samotnou depistáž osob s mentálním postižením provádějí speciálně pedagogická centra a střediska rané péče. Česká republika se řídí Mezinárodní statistickou klasifikací nemocí a přidružených zdravotních problémů Světové zdravotnické organizace. Mezinárodní klasifikace rozlišuje šest základních kategorií mentálního postižení.

F70 lehká mentální retardace

F71 středně těžké mentální retardace

F72 těžká mentální retardace

F73 hluboká mentální retardace

F78 jiná mentální retardace

F79 nespecifikovaná mentální retardace

Jiným klasifikačním systémem, který se používá převážně v USA, ale například také ve Španělsku, je Diagnostický a statický manuál duševních poruch, který vydala Americká psychiatrická asociace (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Ve své poslední revizi z roku 2002 specifikuje mentální postižení podle hloubky následovně:

317 lehká mentální retardace

318 středně těžká mentální retardace

318.1 těžká mentální retardace

318.2 hluboká mentální retardace

319 mentální retardace, hloubka nespécifikovaná (Černá a kol., 2008).

K diagnostice inteligence se používá dětská verze Wechslerova souboru a Stanford-Binetova zkouška, k diagnostice adaptativního chování Vinelandská škála sociální zralosti, „Škála adaptativního chování u mentální retardace“ („American Association on Mental Retardation Adaptive Behavior Scale“). DSM-IV se pokouší spojit definice mentálního postižení z roku 1977 a 1992 vydané Americkou společností pro mentální retardaci (AAMR). Základním rysem mentálního postižení je podprůměrná obecně intelektuální funkce s horním limitem pro diagnózu IQ 70, přičemž jedinec musí projevovat omezení v adaptativním chování alespoň ve dvou následujících oblastí dovedností:

- komunikace
- sebeobsluha
- bydlení
- interakce
- využívání komunitních zdrojů
- rozhodování a volba
- vzdělávání
- práce a zaměstnání
- volný čas
- zdraví
- bezpečnost

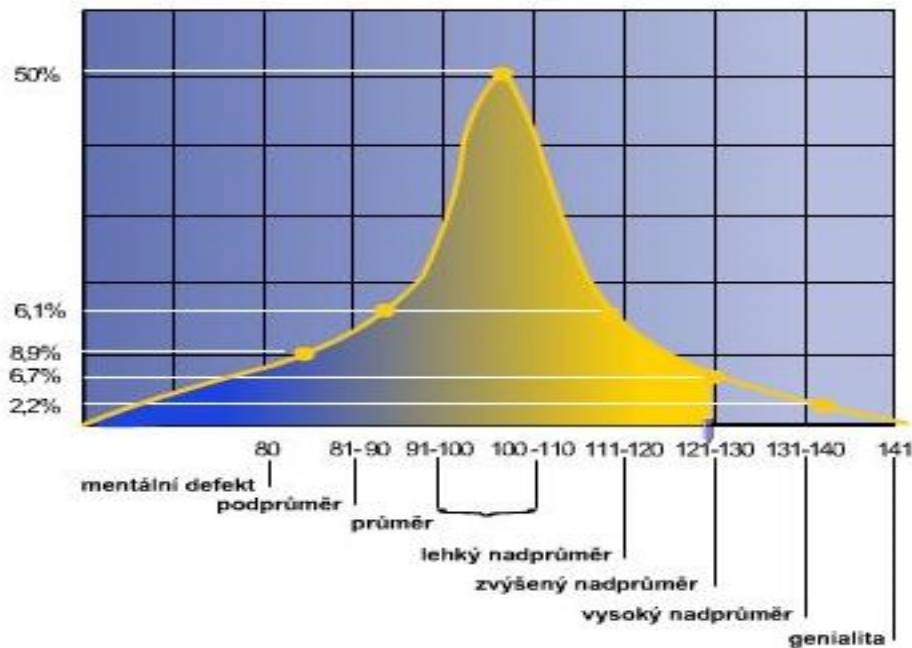
Začátek se musí objevit před 18. Rokem života (Černá a kol., 2008).

4.1 Gaussova křivka

Rozdělení inteligence v celkové populaci lze znázornit pomocí Gaussovy křivky normálního rozdělení (Obr. 1). Z grafu vyplývá, že inteligence většiny obyvatelstva (68,2 %) se pohybuje kolem průměru v pásmu podprůměrné a nadprůměrné inteligence. Méně lidí v oblasti nízké a vysoké inteligence (33,2 %), ještě méně v oblasti velmi nízké a velmi vysoké inteligence (4,2 %) a pouze zlomek lidí se nachází v pásmech

extrémně nízké a vysoké inteligence (0,4 %). Obyvatel s nízkou a velmi nízkou inteligencí je oproti předpokladu Gaussovy křivky poněkud více, protože inteligence části z nich byla snížena v důsledku onemocnění nebo nehody.

Obr. 1 Rozložení inteligence v populaci podle Gaussovy křivky



Zdroj: (Vágnerová, 2008)

4.2 Wechslerův test

Existují různé škály pro předškolní, školní a dospělý věk, přičemž výhodou všech Wechslerových zkoušek inteligence je jejich analogická struktura. V České republice jsou dostupné dvě standardizované škály pro děti a dvě pro adolescenty a dospělé.

Wechslerovy škály - byly poprvé publikovány v roce 1939 jako Wechsler – Bellevueova škála. Wechslerův test byl navržen speciálně pro měření inteligence dospělých. Tak se stal nepostradatelným, protože zaplnil mezery, které doposud v oblasti testování byly. V roce 1955 byl vydán jako Wechslerova inteligenční škála pro dospělé (Wechsler Adult Intelligence Scale, WAISC). Kromě toho pro doplnění vznikla Wechslerova inteligenční škála pro děti (Wechsler Intelligence Scale for Children,

WISC). Oba tyto testy jsou také individuální. Obsahují položky seřazené od nejsnadnějších po obtížné. Důležitou se stala Wechslerova inovace výpočtu inteligenčního kvocientu. Na rozdíl od Binetovy škály, která předpokládala vývoj mentálního věku, tedy dětskou populaci, Wechsler stanovil jakýsi průměr a od něj odpočítával inteligenční skóre. Vzorec je podílem aktuálního skóre a předpokládaného skóre násobeno stem. Výsledky testu lze zanést do křivky ve tvaru zvonu (Gaussova křivka), jejíž průměrná hodnota se pohybuje kolem 100 (Siewert, 2004). Wechslerovy testy se skládají z 11 subtestů, které obsahují řadu dílčích úkolů. Z těchto subtestů je šest „verbálních“ a pět „výkonových“, které měří nejrůznější schopnosti, poněvadž Wechsler zastával názor, že inteligence se sestává z mnoha složek. Proto také měly všechny části testu spolu korelovat, což vycházelo z výše uvedeného předpokladu. Ve skutečnosti však spolu tyto dva oddíly korelovaly relativně nízkce, což vyjadřuje zřejmě pravdivost jiných koncepcí o inteligenci než existenci všeobecné inteligence (Černá a kol., 2008).

4.3 Stanford- Binetův test

Stanford-Binetův test je dodnes považován za základní diagnostický nástroj k hodnocení intelektového vývoje. Je založen na vývojovém principu s tím, že pro každou věkovou úroveň je určeno šest základních a jeden doplňkový úkol. Test je určen pro jedince od dvou let do směřlosti. V České republice je tento test nejčastěji používán u dětí předškolního a mladšího školního věku (Černá a kol., 2008).

4.4 Vinelandská škála sociální zralosti

Pro hodnocení adaptativního chování u dětí s mentálním postižením se používá Vinelandská škála sociální zralosti, která byla převedena do češtiny. Škála je určena pro děti od novorozeneckého věku do 25 let, v České republice pro děti od tří do devíti. Sleduje se zde osm oblastí: celková soběstačnost, soběstačnost v jídle, soběstačnost při oblékání, samostatnost, zaměstnání, komunikaci, motoriku a sociální zaměření. Jednotlivé oblasti jsou hodnoceny na základě rozhovorů s rodiči. S Vinelandskou škálou mohou pracovat psychologové, lékaři, speciální pedagogové a sociální pracovníci s vysokoškolským vzděláním (Černá a kol., 2008).

4.5 Škály funkční nezávislosti

U osob s těžkými formami mentální retardace a s kombinovaným postižením se používají škály funkční nezávislosti, které postihují následující oblasti.

- sebeobsluha
- tělesná čistota
- pohyb – přesuny
- komunikace
- sociální porozumění

4.6 Komplexní vývojové škály

Vývojové škály jsou specifickou vyšetřovací metodou pro vyšetřování kojenců a batolat. Hodnotí se celkový vývoj dítěte v oblastech motoriky, řeči, sociálního chování a adaptability.

4.7 Alternativní diagnostické přístupy

Existují i alternativní diagnostické přístupy vhodné pro děti s těžším postižením či pro děti hůře spolupracující. Na diagnostickém procesu se spoluúčastní psycholog, pediatr – neurolog, speciální pedagog, logoped, sociální pracovník, případně i oční lékař a foniatr. Dítě je hodnoceno na základě volné a řízené hry. Tato metoda se zaměřuje na dynamické aspekty myšlení, nato, jakým způsobem získává dítě informace a které podněty u něho vyvolávají reakce (Černá a kol., 2008).

Základním diagnostickým kritériem je selhání v inteligenčním testu. K diagnóze však nestačí pouze selhání v IQ testu, ale dítě či dospělý musí současně selhávat i v plnění věku přiměřených očekávání ve svém sociálním prostředí.

Podle 10. Revize mezinárodní klasifikace nemocí je mentální retardace dále dělena:

F70 – lehká mentální retardace (IQ 50-69)

F71 – středně těžká mentální retardace (IQ 35-49)

F72 – těžká mentální retardace (IQ pod 20)

Číselné hodnoty IQ je nutné pojímat pouze jako orientační vodítka, rozhodující pro určení pásma mentální retardace musí být vždy kvalita zvládnání životních nároků dítěte (dospělého) v jeho přirozeném prostředí.

Postižení kognitivních schopností u lidí s mentální retardací bývá obvykle nerovnoměrné. U prosté MR zachycujeme častěji výraznější opoždění vývoje řeči a verbální inteligence oproti ostatním dovednostem. Důležitou roli hraje samozřejmě etiologie, která je u mentální retardace nejednotná.

Mentální retardace má vliv na celý socializační proces dítěte, zejména v časném věku. Dítě obtížněji vyvolává reakce rodičů, opožděný je úsměv i vokalizace, děti později rozlišují matku od okolí, pro navázání kontaktu s dítětem je nutné větší úsilí rodičů. Mentálně postižené děti i méně používají gesta (Svoboda, 2006).

4.8 Stupně mentální retardace

Lehká mentální retardace

Diagnóza lehké MR, zdali nejde o kombinované postižení, bývá často v předškolním věku, nebo dokonce až po nástupu do školy, kde dítě selhává. V prvním roce života bývá dosahování základních vývojových mezníků opožděno jen mírně a v oblasti pohybových dovedností (sezení, lezení, chůze). Retardace se stává zjevnou až na vyšších vývojových úrovních. U větších dětí slehnou MR je obvykle postižena především schopnost abstrakce a logického usuzování, myšlení bývá stereotypnější a málo pružné. Mechanická paměť a vizuálně motorické dovednosti přitom mohou být na relativně dobré úrovni. Tyto děti většinou dobře zvládají výuku podle osnov školy praktické. Současně také mohou trpět specifickými vývojovými poruchami učení (dyslexie, dysgrafie), jsou u dětí s lehkou mentální retardací častější než v běžné

populaci. Většina těchto dětí se po ukončení školní docházky vyučí v prakticky zaměřených učebních oborech nebo zaučí pro jednoduchá zaměstnání. Zejména v období, kdy tito lidé dospívají a kdy dochází k odpoutání od rodiny, mohou být zneužíváni ze strany druhých.

Středně těžká mentální retardace

Opoždování vývoje u dětí se středně těžkou mentální retardací je většinou zachyceno už v kojeneckém nebo nejpozději v batolecí období. Opožďuje se i vývoj pohybový, ale vývoj řeči je vždy od samého počátku silně retardován. Tito lidé si za svůj život osvojí alespoň minimální slovní zásobu, aby si s okolním světem porozuměli. Některé děti zvládají dobře výuku podle osnov pomocné školy a naučí se základy čtení, psaní a počítání.

Těžká mentální retardace

Závažná retardace v dosahování vývojových mezníků je zřetelná už od útlého věku. Ve většině případů jde o postižení kombinované. K postižení rozumových schopností se přidružuje i postižení pohybové nebo porucha zraku či sluchu různého stupně. V jejich stimulaci a výuce má být kladen hlavní důraz na zvládnutí základní komunikace, základů sebeobslužných dovedností a porozumění běžným sociálním situacím. I na tyto děti se vztahuje povinnost školní docházky, bývají zařazovány do rehabilitačních tříd pomocných škol.

Hluboká mentální retardace

Spolu s postižením intelektu je u těchto dětí i velmi těžké postižení pohybové, často jsou zcela imobilní nebo schopny jen minimálního pohybu. Většinou si neosvojí ani základy mluvené řeči a porozumění řeči bývá omezeno pouze na některé běžné pokyny. Jejich komunikace bývá globální – dávají najevo svoji spokojenost celkovou relaxací a úsměvem. Nespokojenost vyjadřují stoupajícím napětím a pláčem. I tyto děti bývají zařazovány do rehabilitačních tříd pomocných škol.

5 Léčba a péče o mentálně postižené

Obecně platí, že mentální retardace je trvalého charakteru a nelze toto onemocnění vyléčit. Veškeré terapeutické metody tudíž slouží v podpoře přijatelného rozvoje takto postižených lidí a úpravě prostředí.

5.1 Farmakoterapie

Farmakoterapie je podpůrnou a doplňkovou léčbou, která se používá například ke korekci poruch chování či zlepšení koncentrace pozornosti. Stimulační léčba není považována za vhodnou, protože aktivizuje i negativní projevy, jako je neklid či agresivita (Vágnerová, 2004).

5.2 Psychoterapie

Psychoterapie mentálně postižených má nejčastější charakter kognitivně – behaviorální terapie. Cílem této terapie je eliminovat nežádoucí projevy a rozvoj potřebných dovedností nebo návyků. V případě lehkého postižení lze použít skupinovou terapii, zaměřenou na korekci sociálního chování, emočních problémů, které jsou vyvolány negativním postojem okolí (Langmeier, 2002).

5.3 Práce s rodinou

Práce s rodinou je velice důležitá, protože rodiče i sourozenci mentálně postiženého dítěte prožívají tuto situaci jako stresovou a mnohdy potřebují pomoc, aby se s touto skutečností vyrovnali. K tomuto účelu je možné využít skupinovou psychoterapii. Užitečné jsou i svépomocné skupiny rodičů mentálně postižených dětí. Jejich terapeutický efekt spočívá v poskytnutí opory, navození pocitu pochopení a sdílení obdobných problémů, mnohdy i v získání užitečných informací a zkušeností (Vágnerová, 2004).

5.4 Socioterapie

Socioterapie pomáhá při začleňování mentálně postiženého jedince do společnosti a poskytuje pomoc rodině, aby byla schopna splnit své úkoly. Tato podpora

může mít různý charakter. Může jít o sociální dávky, pomoc osobního asistenta, zařazení a dopravení do denního stacionáře (Vágnerová, 2004).

5.5 Speciálně- pedagogická pomoc

Speciálně - pedagogickou pomoc poskytují již v raném věku centra rané péče, speciálně - pedagogická centra, denní stacionáře, speciální školy a instituce jako například ústavy sociální péče. Hlavním úkolem je podpora dosažitelného rozvoje mentálně postiženého (Vágnerová, 2004).

6 Psychologické zvláštnosti jedinců s mentální retardací

Každý mentálně postižený je svébytný subjekt s charakteristickými osobnostními rysy, přesto se u značné části z nich projevují určité společné znaky. Lehká a střední mentální retardace se klinicky projevuje především zpomalenou chápavostí, jednoduchostí a konkrétností úsudků, sníženou schopností až neschopností komparace a vyvozování logických vztahů, sníženou mechanikou a zejména logickou pamětí, těkavostí pozornosti. Dále se projevuje nedostatečnou slovní zásobou a neobratností ve vyjadřování, poruchami vizuomotoriky a pohybové koordinace, impulzivností, hyperaktivitou nebo celkovou zpomaleností chování. Dále mají poruchy v interpersonálních skupinových vztazích a v komunikaci. Mají sníženou přizpůsobivost k sociálním požadavkům.

U lidí s těžkou a hlubokou mentální retardací se projevují individuální rozdíly a charakteristické chování. Vzhledem k výraznému omezení všech jejich schopností a zejména k jejich velmi malé schopnosti komunikovat a vyjádřit vlastní pocity a potřeby je velmi těžké tyto individuální zvláštnosti obvyklými metodami diagnostikovat. (Švarcová, 2006, s. 41).

7 Ústavní péče o lidi s mentálním postižením

Postoje společnosti k ústavům sociální péče v poslední době procházejí vývojem plným různých názorů. Ještě v předcházejícím desetiletí se za standardní považoval názor, že jedinec se závažnějším postižením patří do ústavu. Rodiče takto postižených dětí, kteří se rozhodli, že si své dítě ponechají doma, byli zřídka svým okolím považováni za podivíny. Tyto předsudky se tradovaly velice houževnatě a byly často zdrojem velkých nedorozumění. Docházelo k tomu, že rodiče své postižené dítě ukryvali před společností a to z toho důvodu, že společnost pro tyto jedince neměla pochopení a také proto, aby nemuseli své děti dávat do ústavů (Matoušek, 2005).

Ústavy sociální péče jsou dle vyhlášky č. 182/1998 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, určeny pro občany postižené mentálním postižením těžšího stupně a pro občany postižené vedle mentálního postižení těžšího stupně též tělesnou či smyslovou vadou, kteří potřebují ústavní péči. Občané s mentálním postižením lehčího stupně, mohou být umístěny do ústavu sociální péče pouze tehdy, zdali nezbytně potřebují ústavní péči (Matoušek, 2005).

Ústavní péče je poskytována jednak v ústavech pro mládež, kde jsou umístěny děti od tří let do skončení povinné školní docházky, eventuálně do ukončení přípravy na povolání, nejvýše však do 26 let, jednak v ústavech pro dospělé. Toto ustanovení se však v praxi nedodrhuje vzhledem k mentálnímu věku jedinců (Matoušek, 2005).

Pro lidi s mentálním postižením se zřizují ústavy s denním, týdenním a celoročním pobytem. Denní ústavy neboli stacionáře pečují o děti, mládež i dospělé klienty. V některých případech suplují práci mateřských škol a speciálních základních škol, kam by děti s mentální retardací měly být zařazovány. Podle nového školského zákona by děti s mentálním postižením již neměly být osvobozovány od povinného vzdělání a v době, kdy dosahují věku školní povinné docházky, jsou zařazovány do vhodného typu školy. Tato zařízení často suplují činnost chráněných pracovišť a to především v péči o dospělé. Na těchto pracovištích je stálý nedostatek míst.

Obsah činností jednotlivých stacionářů je různý, záleží na potřebách a především schopnostech jedince. Zpravidla se orientují na výchovnou činnost pracovní rehabilitaci, různé druhy terapií, různé formy rehabilitace a volnočasové aktivity (Švarcová, 2006).

Týdenní zařízení představují určitý kompromis mezi domácí a ústavní péčí a pro rodiny s dětmi s mentálním postižením, je již velkou pomocí. Rodina v průběhu všech pracovních dnů může vykonávat svá zaměstnání a věnovat se dostatečně svým nepostiženým dětem. O víkendu se rodiče mohou starat o své postižené dítě, které tak neztrácí kontakt s domácím prostředím a s blízkými lidmi.

Komplexní péči o osoby s mentálním postižením zajišťují ústavy sociální péče s celoročním provozem. Ústavní péče v celoročních zařízeních je stále častěji zdrojem kritiky ze strany rodičů i zainteresované veřejnosti.

Světové trend v péči o lidi s mentálním postižením přináší odklon od institucionální péče poskytované ve velkých zařízeních a směřují k humánnějším formám péče, která je zajišťována v zařízeních rodinného typu, v chráněných bytech, ve společných bytech několika uživatelů nebo za pomoci osobních asistentů. Některé ústavy jsou určeny pouze pro dívky (ženy) a jiné pouze pro chlapce (muže). V některých ústavech jsou obě pohlaví společně, což se považuje za vhodnější a mnohem přirozenější způsob života (Švarcová, 2006).

„Podle zákona č. 100/1988 Sb. o sociálním zabezpečení se v ústavech sociální péče pro mentálně postižené poskytuje zejména bydlení, zaopatření, zdravotní péče, rehabilitace, kulturní a rekreační péče, v případě potřeby osobní vybavení a umožňuje se přihlídnutí ke stupni postižení též přiměřené pracovní uplatnění” (Švarcová, 2006, s. 164).

7.1 Sociální služby pro osoby s mentálním postižením

Osobní asistence

„Osobní asistence je podle nově připravovaného zákona o sociálních službách terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby” (Švarcová, 2006, s. 173).

Služba se poskytuje bez časového omezení a v přirozeném sociálním prostředí osob. Práce osobního asistenta mentálně postižených osob je mimořádně náročná. Asistent by měl být nejen pomocníkem, průvodcem životem, advokátem svého klienta a především jeho blízkým člověkem. Osobní asistenti se již uplatňují například při individuální péči o děti s těžkými formami postižení, při doprovázení dětí do školy, při práci v chráněných dílnách nebo při péči o mentálně postižené v chráněném bydlení (Švarcová, 2006).

Pečovatelská služba

„Pečovatelská služba je terénní služba nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby” (Švarcová, 2006, s. 175).

Tato forma péče je v rodinách, které se starají o děti a dospělé s mentálním postižením, využívána poměrně málo.

Tísňová péče

Tísňová péče je terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností” (Švarcová, 2006, s. 175).

Tato služba by měla být dostupná pro rodiny, které pečují o osobu s epileptickým onemocněním nebo s jiným onemocněním, kde hrozí náhlé zhoršení zdravotního stavu (Švarcová, 2006).

Podpora samostatného bydlení

Jedná se o terénní službu poskytovanou osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, kdy tato situace vyžaduje pomoc druhé osoby. Tuto službu dosud využívali spíše senioři nebo lidé bez mentálního postižení s vážnými zdravotními problémy (Švarcová, 2006).

Odlehčovací (respitní) služby

Jedná se o terénní, ambulantní i pobytové služby, které jsou poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického onemocnění či zdravotního postižení. Odlehčovací (respitní) služby poskytují pomoc rodinám, kteří pečují o osoby se závažnějším postižením. Umožňuje rodině a především osobě, která převážně pečuje o postiženého člena rodiny, odjet na dovolenou, odpočinout si a načerpat tak nové síly. Tato služba může být zajištěna od několika dnů do několika týdnů a může být poskytována v rodinném prostředí nebo v zařízení organizace, která službu poskytuje (Švarcová, 2006).

Chráněné bydlení

Chráněné bydlení je pobytová služba, která slouží osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo jiného onemocnění. Chráněné bydlení má formu skupinovou nebo individuální. Je modernější formou celoroční péče. Spočívá v tom, že několik klientů s mentálním postižením bydlí společně v běžném bytě nebo domku, kde jim pomáhají asistenti s úklidem, s vařením, se sebeobsluhou a se vším, co klienti sami nemohou zvládat. Asistent nezastává funkci rodiče či vychovatele, ale spíše pomocníka a přítele. Chráněné bydlení by mělo být pro klienty trvalým domovem (Švarcová, 2006).

8 Legislativa zaměstnávání osob s mentálním handicapem

Podle zákona o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb. jsou lidé se zdravotním handicapem zařezováni do 3 skupin. Skupiny tvoří lidé, kteří byli orgánem sociálního zabezpečení uznáni plně invalidními, dále občané uznáni za částečně invalidní, jimž je přiznán statut zdravotně znevýhodněných. Do roku 2004 bylo rozdělení na osoby se změněnou pracovní schopností (ZPS) a osoby se změněnou pracovní schopností s těžším zdravotním postižením (ZPS s TZP). Toto rozdělení provádí svým rozhodnutím Česká správa sociálního zabezpečení nebo krajské správy sociálního zabezpečení.

„Občan je uznán za plně invalidního, jestliže z důvodu nepříznivého stavu buď poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66% nebo je schopen z důvodu svého zdravotního postižení soustavné výdělečné činnosti jen za zcela mimořádných podmínek“ (Pipeková, 2006, s. 296).

Při určování poklesu schopnosti se vychází ze zdravotního stavu posuzované osoby doloženého výsledky funkčních vyšetření a z jeho schopností vykonávat práce, které odpovídají zachovaným tělesným, smyslovým a duševním schopnostem.

„Za částečně invalidního je uznán občan, jehož schopnost soustavné výdělečné činnosti z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu poklesla nejméně o 33% a také jestliže mu dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav ztěžuje obecné životní podmínky“ (Pipeková, 2006, s. 297).

„Za zdravotně znevýhodněnou osobu je považována fyzická osoba s takovou funkční poruchou zdravotního stavu, při níž má zachovanou schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale jsou podstatně omezeny její možnosti pracovního začlenění, vykonávání dosavadního povolání nebo využití dosavadní klasifikace“ (Pipeková, 2006, s. 297).

Stanovení výše základní a procentní výměry plného a částečného invalidního důchodu je uvedena v Zákoně o důchodovém pojištění č. 155/1995 Sb.

8.1 Nový zákon o sociálních službách

Tento zákon vyšel v platnost od roku 2007. Sociální služby podle tohoto zákona zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb a ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena či dopravována do zařízení sociálních služeb. Součástí ambulantní služby není ubytování. Terénními službami se rozumí služby, které jsou jedinci poskytovány v jeho přirozeném sociálním prostředí.

„Pro poskytování sociálních služeb se zřizují tato zařízení:

- a) Centra denních služeb
- b) Denní stacionáře
- c) Týdenní stacionáře
- d) Domovy pro osoby se zdravotním postižením
- e) Domovy pro seniory
- f) Domovy se zvláštním režimem
- g) Chráněné bydlení
- h) Azylové domy
- i) Domy na půl cesty
- j) Zařízení pro krizovou pomoc
- k) Nízkoprahová denní centra
- l) Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež
- m) Noclehárny
- n) Terapeutické komunity
- o) Sociální poradny
- p) Sociálně terapeutické dílny
- q) Centra sociálně rehabilitačních služeb
- r) Pracoviště rané péče

Kombinací zařízení sociálních služeb lze zřizovat mezigenerační a integrovaná centra”
(Švarcová, 2006, s. 164).

9 Pracovní uplatnění osob s mentálním postižením

Chráněné dílny

Dne 20. 12. 1971 vyhlásilo OSN Deklaraci o právech osob s mentálním postižením. Podle definice MPSV ČR jsou chráněné dílny specifická pracoviště pro občany, kteří mají ztíženou možnost se uplatnit na trhu práce nebo se neuplatní vůbec. V chráněných dílnách mají tito lidé možnost získat stabilní zaměstnání odpovídající jejich schopnostem a zdravotního stavu. Postupuje se zde se zaměstnanci podle individuálních plánů.

Podporované zaměstnávání

Tato služba je určena lidem, kteří hledají placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí. Jejich schopnosti jsou omezeny do té míry, že potřebují individuální, dlouhodobou podporu poskytovanou před i po nástupu do práce. Tato služba je orientována na konkrétního uživatele a na konkrétní pracovní místo. Celou službu zprostředkovává speciálně vyškolený pracovní tým. Tento program usiluje o plnohodnotnou integraci člověka s mentální retardací na trhu práce, které zahrnuje pracovní i společenské začlenění.

PRAKTICKÁ ČÁST

Ošetrovatelská péče o osoby s mentální retardací

„Hlavní principy péče o mentálně retardované:

- participace a partnerství (zapojení okolí dítěte o péče o ně, setkávání rodičů ve svépomocných skupinách),
- integrace (zařazení dětí s mentálním postižením do vzdělávacího systému spolu se zdravými dětmi, otevřenost rodin vůči okolí),
- uspokojování individuálních potřeb,
- decentralizace péče
- interprofesionální spolupráce” (Marková, 2006, s. 310).

Důležité je získat si důvěru pacienta. Zvláště u lidí žijících v úzkém okruhu lidí je těžké navázat kontakt či vztah. Velice důležité je, aby sestra volila přístup k pacientovi, který bude odpovídat mentálnímu věku pacienta (ne kalendářnímu). Cílem péče je získání co největší samostatnosti pacienta a pokud to stav umožní, snažíme se o zlepšení sebepéče. V některých případech stačí pouze podpora, jindy kontrola a u těžších případů musí komplexní péči převzít ošetřující tým, vše záleží na stupni postižení. Později rozšiřujeme nároky o nácvik pracovních dovedností, s nimi je spojen kontakt s dalšími lidmi a rozvoj schopností komunikovat. Každé léčebné zařízení musí mít určitý řád, odpovídající potřebám klientů. Každá změna, či vybočení z určitého režimu dne, pacienta s mentálním postižením rozhodí a vnímají to velice negativně. Řád poskytuje možnost přizpůsobit se a prospívat v daném prostředí. Pacienty lze pozitivně hodnotit za zvládnání denních úkolů. Velice důležité je pamatovat na fakt, že pacienti dosáhnou dospělosti, i když tomu mentální věk neodpovídá. Tudiž touží po pocitu samostatnosti, možnosti rozhodovat se o svém životě. Také projdou sexuálním vývojem a touží po partnerském a sexuálním vztahu. Je nutné pomoci a kultivovat projevy s tím to spojené.

Setkáváme se například s masturbací na veřejnosti, s náhražkovým homosexuálním chováním. Úkolem zdravotníků je ochrana zdraví a důstojnosti (Marková, 2006).

„Ošetrovatelská péče vychází ze závažnosti postižení.

- I. Stupeň: samostatné vedení života není možné, je potřeba podpůrná péče ve finančních záležitostech, přípravě jídla, péči o tělo, při návštěvách lékaře.
- II. Stupeň: závislost na pečovateli v každodenních úkonech. Někteří jsou imobilní. Pacienti mají tendenci utíkat, jsou ohroženi sebe poškozením. Docílit integrace je obtížné.
- III. Stupeň: náročná celodenní péče, integrace nemožná”. (Marková, 2006, s. 312).

Ošetrovatelská péče musí odpovídat mentálnímu věku a musí být zachován respekt a úcta. Základním úkolem péče je zachování, udržení či rozvoj sebepéče. Pozornost se vztahuje zejména na oblast hygienických a stravovacích nároků. K rozvoji jedinců se používají speciální pedagogické dovednosti, s těmi je sestra seznámena pouze orientačně. Nutné je, se zaměřit na činnosti, které jsou pro klienta potřebné, výhodné a které ho těší. Nutností je klidné vedení, podpora i kontrola úkonů. Důležitý je pravidelný režim, který je dostatečně pestrý a pacienti se mohou lépe orientovat a připravit na různé aktivity, které je těší. Dodržujeme zásady pozitivní výchovy a pochvalu poskytujeme i tehdy, zdali na ni klienti nereagují. Pokud není možné zlepšit sebepéči, soustředíme se na zkvalitnění života (Marková, 2006).

Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je logický, systematický přístup ke komplexní péči o pacienta. Jedná se o systematický přístup k poskytování ošetřovatelské péče. Skládá se z 5 fází – zhodnocení pacienta, plánování, realizace a zhodnocení péče případně přehodnocení stavu pacienta. Cílem ošetřovatelského procesu je určit pacientův zdravotní stav, skutečné nebo potencionální problémy v péči o zdraví. Dále je to naplánování uspokojení zjištěných potřeb a vykonávání speciálních ošetřovatelských úkonů na jejich uspokojení (Kozierová, 1995).

Ošetřovatelský proces je cyklický neboli stále se opakující. Jeho části následují v logickém pořadí. Nejprve zhodnotíme nemocného, zjistíme údaje, které posléze budeme zpracovávat. Druhým krokem je stanovení ošetřovatelských diagnóz, třetím krokem je plánování ošetřovatelské péče, čtvrtým krokem je realizace ošetřovatelské péče a posledním pátým krokem je zhodnocení (Jarošová, 2000).

Fáze ošetřovatelského procesu

Ošetřovatelský proces má 5 hlavních fází.

Zhodnocení nemocného – v tomto kroku sbíráme údaje o pacientovi a organizujeme si zjištěné údaje.

Stanovení ošetřovatelských diagnóz – v této části analyzujeme údaje a stanovujeme ošetřovatelské diagnózy.

Plánování – zde je nutné vytyčit krátkodobé a dlouhodobé cíle, načrtnout výsledná kritéria
a nastavení plánu ošetřovatelské péče.

Realizace – plnění plánu realizace, seznamování ostatního zdravotnického týmu s plánem
a zapsání výkonů do dokumentace.

Zhodnocení – zde porovnávané pokroky a dosažené výsledky s plánovanými cíli, změříme efekt naplánované péče, zajistíme nové zhodnocení a úpravu plánu, pokud cíl nebyl splněn (Lemon, 1997).

Ošetrovatelský proces jsem zpracovala u pacientky s mentální retardací kombinované s autismem. Pacientka je v domácí péči, kde se o ni pečuje v celém rozsahu matka. V rámci získávání anamnestických údajů a informací o onemocnění jsem byla u pacientky po dobu tří dnů, v rozmezí od 10.9 do 12.9.

Zuzanka se narodila roku 1989 s velmi vážnou diagnózou, kterou je dětský autismus v kombinaci s mentální retardací, která je na úrovni středně těžkého až těžkého stupně. Je z první gravidity, průběh těhotenství byl rizikový, PV 2540gramů a PM 48cm. V roce 1990 byla Zuzce diagnostikována epilepsie. Trpěla velmi častými záchvaty, které byly krátkodobé a běžného charakteru, kterým je nepřítomnost dítěte, prázdné pohledy, noční chvění těla, křeče. V 7 měsících měla těžký záchvat, kdy byla až hodinu v bezvědomí. Sekundární alopecie. Vyžaduje péči 24 hodin, sebeobslužné činnosti zvládá pod dohledem matky. Problémy s nástupem menstruace, dekompenzace psychického stavu, nechápala to, měla pocit viny, tudíž byla pozastavena depótní Proverou. Výrazné nedostatky v oblasti socializace.

Obrázek 2 – Zuzanka, 20 let



Anamnéza

Alergologická anamnéza

Matka u své dcery žádné známky alergie nezaznamenala.

Osobní anamnéza

1. Gravidita, porod před termínem, o 3 týdny. PV 2540 gramů, PM 48cm. Kojena 2 měsíce, obtížně sála, příkrmována, bez problému s příjmem potravy. V 1 roce váha

10 kg. V 9ti měsících začala sedět, v 18ti měsících chodit, vydávala jen zvuky, neschopna souvislé komunikace. Pleny měla do dvou let převážně na noc. Nyní pomůcky

pro inkontinenci nemá. Osobní hygienu dodržuje za pomoci matky. V roce 1990 diagnostikována epilepsie, záchvaty velmi časté, v 7 měsících měla záchvat, kdy byla až hodinu v bezvědomí. Od této doby v péči neurologa. Vzhledem k farmakologické úpravě má záchvaty méně často. V dětství měla běžné dětské nemoci, výrazněji nestonala. Měla problémy s nástupem menstruace, došlo k dekompenzaci psychického stavu, měla pocit viny, tudíž byla menstruace přerušena depótní Proverou. Hygienu a sebeobslužné činnosti vykonává za pomoci matky. Vyžaduje péči 24 hodin.

Sociální anamnéza

Zuzanka se narodila do kompletní rodiny. Otec má středoškolské vzdělání – programátor. Matka absolventka střední ekonomické školy, dříve pracovala jako úřednice, nyní pečuje o dceru. Nyní otec s rodinou nežije, o dceru nejeví zájem. Vyživovací povinnost posílá pravidelně. Nyní matka žije s přítelem, se kterým Zuzanka vychází dobře. Nyní Zuzka žije v domě spolu s přítelem matky, spokojena. Výrazné potíže se socializací.

Farmakologická anamnéza

Kepra 500 mg 2-1-1 (antiepileptikum)

Depakine 500 mg 1-0-1 (antiepileptikum)

Rivotril 2 mg 0-0-2 (antiepileptikum)

Topamax 50mg 1-1-1 (antiepileptikum)

Tiapridal 100 mg 0-0-1 (psychofarmakum)

Jodid 100 0-2-0 (jód)

Depótní Provera – hormonální preparát

Rodinná anamnéza

Matka – zdráva.

Otec - v péči psychiatra pro depresivní stavy.

Nynější onemocnění

Zuzanka trpí pervazivní vývojovou poruchou a to autismem, pravděpodobně na základě mozkového poškození, epilepsií a nálezem na mozku. Středně těžká až těžká mentální retardace. Toto onemocnění se projevuje v narušení sociální interakce, narušená komunikace a hra, omezené stereotypní chování a zájmy. Vážně přizpůsobení chování sociálního kontextu. Špatné používání sociálních signálů a slabá integrace sociálního, emočního a komunikačního chování. Závislá na péči rodiny. Díky vstřícné péči rodiny jsou pro Zuzku v domácím prostředí vytvořeny ideální podmínky pro její život. Matka zabezpečuje základní potřeby, je velice vstřícná a pečující a má vhlad do problému její dcery.

Spirituální anamnéza

Pacientkou neuvedena.

Sběr anamnestických údajů u jednotlivých potřeb pacienta/klienta podle autorky Evy Trachtové

Ošetřovatelská anamnéza - pohybový aparát

Zuzana je zcela mobilní, nemá žádnou změnu hybnosti. Co se týče pohybu, je pasivní. Občas chodí v doprovodu svých blízkých na procházky, zdali to umožňuje počasí a zdravotní stav. Jak jsem již zmiňovala, Zuzka má epilepsii, tudíž po každém větším fyzickém vypětí může přijít epileptický záchvat. Pohybovou aktivitu Zuzce komplikuje také obezita.

Ošetřovatelská anamnéza – hygiena a oblékání

Zuzka vykonává hygienickou péči za asistence, nejčastěji matky. Při vlézáni do vany či sprchového koutu je Zuzku třeba přidržovat, aby nešlo k úrazu. Teplotu vody si Zuzka také není schopna sama nastavit. Umýt si tělo zvládne sama, ale vždy je nutný dohled, případně pomoc. Při oblékání je také nutná asistence, např. nepozná, zdali má být zip vpředu či vzadu. Také sama nedokáže odhadnout vhodný výběr oděvu, např. jestli je venku zima a je potřeba svetr, či opak.

Ošetřovatelská anamnéza – spánek a odpočinek

Zuzka dodržuje většinou pravidelný denní režim. Během dne odpočívá kolem jedné hodiny odpolední. Délka odpočinku závisí na únavě či na výskytu epileptických záchvatů. Někdy spí půl hodiny a jindy zase 4, zvláště zdali dojde ve spánku k epileptickému záchvatu. Večer odchází na lůžko ve 20.00 hod., kolem 3 hodiny ráno se vzbouzí na toaletu a od této hodiny má spánek slabý a často se budí. Vzhledem k její diagnóze a lékům, které užívá je často unavená a potřebu spánku má vyšší.

Ošetrovatelská anamnéza – výživa

Zuzka si výživu není schopna sama zajistit, pouze asistuje při jednoduchých úkonech, jako je příprava příborů či talíře. Vzhledem k medikaci má zvýšenou chuť k jídlu, tudíž je nutné stravu omezovat. Také vzhledem k hormonální terapii trpí obezitou, tudíž je stravu nutné nejen omezovat, ale také upravovat. Dodržuje pravidelný denní režim i ve stravování. V 6.30 hod. příprava snídaně, důležitým rituálem pro Zuzku je poloviční dávka léku před snídaní a druhá polovina po snídani. Kolem 10 hodiny dopoledne svačina, oběd v 13.00. V 15.30 odpolední svačina, kdy svačí nejčastěji jogurt či ovoce a v 18.30 večere.

Ošetrovatelská anamnéza – vyprazdňování

Zuzka má defekaci pravidelnou, bez obtíží. Pouze je nutná dopomoc při hygieně. S mikcí také žádné problémy matka neuvádí. Při mikci chodí na toaletu většinou bez doprovodu. Pomůcky pro inkontinenci neužívá. Nykturie.

Ošetrovatelská anamnéza – dýchání

Monitorace dýchání je u Zuzky důležitá vzhledem k častým epileptickým záchvatům. Žádné chronické respirační obtíže či onemocnění nemá.

Ošetrovatelská anamnéza – bolest

Bolest Zuzka snáší celkem dobře, pouze má tendence za její bolest trestat druhé osoby, nejčastěji matku. Sama si příčinu bolesti uvědomit nedokáže, proto viní okolí.

Specifika Zuzančiny osobnosti

Zuzanka je v duši stále malé dítě. Je velice usmívavá a rozdává kolem sebe radost. Hygienu zvládá za dohledu matky, za jejího dohledu se dokáže obléci, ale sama se neupraví, nepozná např. kde je na kalhotách vpředu a kde vzadu, nezapne si knoflík či zip. Nedokáže si sama připravit či zajistit stravu, pouze při přípravě pomáhá, např. připraví si příbor, také dokáže za dohledu matky nalít tekutinu do hrnku, či namazat chleba. Pomáhá matce při jednoduchých pracích v domácnosti, jako je podávání pomůcek. Nádobí umýt nedokáže. Má ráda společnost, vždy návštěvu vítá s úsměvem, ale nemůže být společnost moc velká. Zuzanka má snížený práh bolesti, když se jí něco stane, viní z toho okolí, nejvíce matku. Trestá matku agresí, ta nato nereaguje, aby nezvyšovala další agresivitu, zakročí pouze tehdy, zdali je agresivní reakce neúnosná. Spontánně se do ničeho nezapojí, musí být do aktivit nucena. Manuálně je přizpůsobivá, ale málo zručná. Velice ráda maluje. Má své specifické obrázky, které vždy detailně nakreslí, např. ovečka musí mít vždy rohy či prázdná místa musejí být něčím vyplněna, nejčastěji kolečky. Při činnosti však nevydrží dlouho, je spíše pasivní. Pozornost udrží maximálně dvacet minut. V grafomotorice je lateralita levá. Porozumí mluvenému slovu, ale jen ustálenému spojení jednoduchého charakteru, např. větě, vezmi si bačkory, porozumí, ale slovnímu spojení přezuj se ne. Má spoustu zakázaných slov, která se nemohou v Zuzce přítomnosti používat, např. stop, stůj, uklidni se. Většinou jde o slova v rozkazovacím tvaru. Při používání těchto slov dochází k dekompenzaci psychického stavu, Zuzanka se začne rozčilovat, nastupuje agrese a nervozita. Velice ráda zpívá, nejčastěji v doprovodu druhé osoby, či přehrávače, hudba ji velice uklidňuje. Zpívanému obsahu nedokáže porozumět, nerozezná jednotlivá slova, pouze ví, jak jdou po sobě. Písni zná velmi mnoho. Také miluje procházky, vždy chodí v doprovodu druhé osoby, samostatně by vstoupila do vozovky bez rozmyšlení. Má své určité trasy, jakmile by došlo ke změně, má to opět negativní vliv na Zuzanky psychiku. Navštěvuje speciální školu v Kolíně. Ve třídě je 5 dětí, je tam velice spokojena. Dle názoru třídní učitelky je nutnost strukturované a individuální výuky. Zuzanka se není schopna podepsat, peníze pro ni nemají žádnou hodnotu, nedokáže vyřizovat své záležitosti mimo domov. Matka ji vozí ze školy i do školy, autem či autobusem jezdí velice ráda. Dříve mívala i stavy vzteku, kdy se sebepoškozovala, nyní agrese směřuje k matce. Povahově je velice nevyvážená, občas se nedokáže

ovládnout. Nutné je také omezování potravy, jelikož Zuzka trpí obezitou. Zuzanka vyžaduje péči po celých 24 hod.

Denní režim Zuzany

Zuzana má většinou pravidelná denní režim, ale ne vždy je harmonogram denních činností stejný, rodina se snaží o to, aby se Zuzka co nejvíce přizpůsobila chodu rodiny a ne naopak. Její aktivity a spolupráce také záleží na jejím nynějším psychickém stavu a na náladě či na počtu epileptických záchvatů, po kterých je velice unavená a většinu dne prospí.

6.15 vstávání

6.20 toaleta a ranní hygiena

6.35 ranní léky, polovina před snídaní, druhá polovina po snídaní (rituál)

6.40 příprava snídaně a svačiny do školy, spolupráce Zuzky záleží na jejím rozpoložení

7.30 oblékání a odjezd do školy, Zuzku dopravuje do školy nejčastěji matka a to autem či městskou hromadnou dopravou

8.00 škola, kde jsou 2 učitelky a 2 asistentky, ve třídě je celkem 7 dětí, program nejčastěji tvoří cvičení, malování, výtvarné práce či procházka.

12.30 odjezd ze školy

13.00 oběd

13.20 polední léky

13.30 spánek, někdy spí Zuzka pouze ½ hodiny, jindy 4 hodiny, zvláště tehdy, zdali proběhne ve spánku epileptický záchvat

15.00 jednou týdně navštěvuje kroužek v organizaci Volno, kde cvičí či vaří

15.30 svačina

16.00 zábavné aktivity (procházka, zpívání, malování, knížky, praní prádla)

18.00 příprava večeře

18.30 večeře

19 – 19.30 večerní hygiena

20.00 léky a odchází spát, Zuzka vstává kolem 3 hodiny ranní na toaletu, pak už má velice slabé spaní a často se budí.

Ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelské diagnózy jsou seřazeny dle priorit pro pacienta. Z důvodu stálého rozvoje ošetrovatelství a jejich postupů, přichází do praxe ošetrovatelské diagnózy dle kapesního průvodce z roku 2001. Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila 10.10.2009 na základě rozhovoru s pacientem a jeho rodinou. Byly platné po celou dobu ošetrovatelské činnosti, tedy do 12. října.

Seznam ošetrovatelských diagnóz dle Kapesního průvodce

- I. Péče o sebe sama nedostatečná v souvislosti s psychomotorickou retardací, projevující se neschopností v zajištění potravy, osobní hygieně, oblékání, úpravě zevnějšku a v péči o vyprazdňování.
- II. Komunikace verbální porušená v souvislosti s mentálním postižením v kombinaci s autismem, projevující se potížemi s chápáním a udržováním obvyklého způsobu komunikace.
- III. Výživa porušená, nadměrná v souvislosti s hormonální terapií a nedostatečnou aktivitou, projevující se zvýšením indexu tělesné hmotnosti.
- IV. Spánek porušený v souvislosti s nykturií, projevující se častým buzením na toaletu a neklidným spánkem.
- V. Společenská interakce porušená v souvislosti s mentálním postižením kombinaci s autismem, projevující se neschopností chápat a řešit společenské situace.
- VI. Adaptace porušená z důvodu psychomotorické retardace, projevující se neakceptováním změny zdravotního stavu či změny prostředí.

- VII. Porucha myšlení z důvodu mentální retardace, projevující se sníženou schopností pochopit myšlenku, učinit rozhodnutí, řešit problém, abstraktně či koncepčně uvažovat.

- VIII. Sexualita porušená v souvislosti s mentální retardací, projevující se omezením v sexuálním chování.

- IX. Násilí (akutní) hrozící vůči okolí, v souvislosti s autismem a mentální retardací.

- X. Sebepoškození hrozící v souvislosti s psychomotorickou retardací.

- XI. Sebepoškození hrozící v souvislosti s epileptickým záchvatem.

Péče o sebe sama nedostatečná v souvislosti s psychomotorickou retardací, projevující se neschopností v zajištění potravy, osobní hygieně, oblékání, úpravě zevnějšku a v péči o vyprazdňování.

Cíl dlouhodobý:

Zlepšit úroveň sebedpěče do 1 měsíce.

Výsledná kritéria

- pacient a jeho rodina jsou informováni o individuálním přístupu při sebeobslužných činnostech do 24 hodin
- pacient má aktivní přístup k péči o sebe sama do 48 hodin
- pacient jeví zlepšení úrovně sebedpěče do 2 týdnů
- pacient provádí sebeobslužné činnosti v rámci svých možností a svého postižení do 1 měsíce

Priorita: střední

Plán intervencí

- edukuj pacienta a rodinu o správném provádění péče o sebe sama (primární sestra)
- názorně ukaž jednotlivé úkony sebedpěče (sestra ve službě)
- doporuč pacientovi a rodině kompenzační pomůcky usnadňující péči o sebe sama (primární sestra)
- pravidelně s pacientem nacvičuj sebeobslužné činnosti (sestra ve službě)
- ved' pacienta k samostatnosti (sestra ve službě)
- ved' pacienta k aktivnímu přístupu v oblasti sebedpěče

Realizace

11.10. Pozorovala jsem psychický stav pacientky, edukovala jsem pacientku a rodinu o správném provádění celkové péče o pacientku, názorně jsem pacientce a rodinným příslušníkům ukázala úkony sebedpěče a vedla jsem ji k samostatnosti.

11.10 Jsem pacientce a rodině doporučila kompenzační pomůcky, které usnadňují sebedpěči, například pomůcky pro hygienickou péči či obrázkové tabulky, které prakticky znázorňují jednotlivé úkony sebedpěče. S pacientkou a rodinou jsem procvičovala jednotlivé úkony sebedpěče, při kterých jsem vedla pacientku k co nejvyšší úrovni samostatnosti.

12.10 Jsem pacientku vedla k aktivnímu přístupu v oblasti sebedpěče, pozorovala jsem psychický stav pacientky a její nynější úroveň sebedpěče, zdali došlo ke zlepšení. S pacientkou a rodinou jsem procvičovala jednotlivé úkony sebedpěče, při kterých jsem vedla pacientku k co nejvyšší úrovni samostatnosti.

Hodnocení

Cíl byl částečně splněn. Vzhledem k mentální úrovni pacientky je nutná 24 hodinová asistence druhé osoby, kterou je nejčastěji matka. Aktivně se zapojuje do sebedpěče.

Komunikace verbální porušená v souvislosti s mentálním postižením v kombinaci s autismem, projevující se potížemi s chápáním a udržováním obvyklého způsobu komunikace.

Cíl dlouhodobý:

Zvýšení úrovně verbální komunikace do půl roku

Priorita: střední

Výsledná kritéria

- pacient a rodina jsou informováni o možných prostředcích vedoucích ke zlepšení komunikace do 24 hodin.
- pacient zná prostředky komunikace umožňující vyjádřit potřeby do 24 hodin
- pacient aktivně přistupuje ke zlepšení úrovně verbální komunikace
- pacient a jeho rodina umějí používat kompenzační pomůcky usnadňující komunikaci

Plán intervencí

- informuj pacientku a její rodinu o možných terapeutických možnostech vedoucích k zlepšení úrovně verbální komunikace
- informuj pacientku a její rodinu o kompenzačních pomůckách, které usnadňují verbální komunikaci
- edukuj rodinu pacientky o zásadách správné komunikace
- edukuj rodinu o důležitosti neverbální komunikace
- nauč pacientku a její rodinu používat kompenzační pomůcky, vedoucí k zlepšení úrovně verbální komunikace, např. obrázkové tabulky
- ved' pacientku k aktivnímu přístupu ve zlepšení úrovně verbální komunikace

Realizace

10.10 Jsem pozorovala u pacientky úroveň verbální komunikace a její psychický stav. Informovala jsem pacientku a její rodinu o možných terapeutických možnostech vedoucích ke zlepšení úrovně verbální komunikace. Podle typu postižení jsem pacientku a její rodinu seznámila s alternativními metodami, které napomáhají při vzájemné verbální komunikaci, například tabulky s písmeny a s obrázky.

11.10 Jsem edukovala rodinu pacientky o zásadách správné komunikace, že je nutné udržovat stále oční kontakt, na pacientku mluvit klidně a vstřícně a vždy jí poskytnout dostatek času na odpověď. Edukovala jsem rodinu o důležitosti neverbální komunikace, která úzce souvisí s komunikací verbální.

12.10 Jsem s pacientkou procvičovala verbální komunikaci, kterou jsem zpestřovala tabulkami s obrázky a naučila jsem je pacientku a její rodinu aktivně používat. Vedla jsem pacientku a její rodinu k aktivnímu přístupu ve zlepšování úrovně verbální komunikace.

Hodnocení

Cíl by částečně splněn. Pacientka a její rodina využívají aktivně obrázkové tabulky a procvičují verbální komunikaci, při které kladou důraz také na komunikaci neverbální.

Výživa porušená, nadměrná v souvislosti s hormonální terapií a nedostatečnou aktivitou, projevující se zvýšením indexu tělesné hmotnosti.

Cíl dlouhodobý:

Snížení indexu tělesné hmotnosti do 1 měsíce

Priorita: střední

Výsledná kritéria

- pacient si uvědomuje a vnímá obraz svého těla do 1 měsíce
- pacient je v kontaktu s nutričním terapeutem do 24 hodin
- pacient aktivně přistupuje ke snižování své tělesné hmotnosti do 48 hodin

- pacient a rodina jsou informováni o zásadách správné výživy do 24 hodin

Plán intervencí

- zkontaktuj nutričního terapeuta
- edukuj pacientku a rodinu o zásadách správné výživy
- ved' pacienta k pohybu a aktivitám
- ved' pacientku k aktivnímu přístupu ve snižování své hmotnosti
- zajisti rozhovor pacientky a její rodiny s lékařem, aby lékař informoval o možných komplikacích obezity
- prodiskutuj nevhodné jídelní zvyklosti s pacientkou a její rodinou

Realizace

10.10 Jsem od pacientky a její rodiny odebrala kompletní anamnézu týkající se výživy. Jako měřicí techniku jsem zvolila BMI (body mass index) neboli index tělesné hmotnosti, na základě získaného výsledku jsem kontaktovala nutričního terapeuta. Výsledek byl (35,076531).

Měřicí technika: váha pacientky – 99kg, výška pacientky – 168 cm

$$\text{BMI} = \frac{\text{hmotnost (kg)}}{\text{výška}^2(\text{m})}$$

Tabulka 1 - Klasifikace

vypočtené hodnoty BMI

| BMI | klasifikace |
|--------------|------------------------|
| < 18,5 | podváha |
| 18,5 - 24,99 | optimální váha |
| 25 - 29,99 | nadváha |
| 30 - 34,99 | obezita prvního stupně |
| 35 - 39,99 | obezita druhého stupně |

| | |
|------|------------------------|
| > 40 | obezita třetího stupně |
|------|------------------------|

Zdroj: (Lemon, 1997)

11.10 Edukovala jsem pacientku a její rodinu o zásadách správné výživy. Zapojovala jsem pacientku do aktivit denního života, kdy jsem respektovala její návyky a pravidelný denní režim. Zajistila jsem rozhovor rodiny pacientky s lékařem, který rodinu informoval o možných komplikacích, které s sebou obezita přináší.

12.10 Prodiskutovala jsem s pacientkou a její rodinou nevhodné jídelní zvyklosti, kterými je například přejídání a nepoměr mezi příjmem a výdejem energie. Vedla jsem pacientku k aktivnímu přístupu ve snižování tělesné hmotnosti. Zajistila jsem pravidelnou kontrolu tělesné hmotnosti pacientky se zápisem do záznamového archu.

Hodnocení

Cíl byl částečně splněn. Po konzultaci s nutričním terapeutem došlo k sestavení individuálního dietního režimu a pravidelnou kontrolou tělesné hmotnosti. Rodina na tento individuální režim přistoupila a aktivně spolupracuje. Pacientka a její rodina vykonávají různé denní aktivity, kterými jsou například procházky.

Spánek porušený v souvislosti s nykturií, projevující se častým buzením na toaletu a neklidným spánkem.

Cíl dlouhodobý:

Pacient má navozený správný spánkový rytmus do 1 týdne.

Priorita: střední

Výsledná kritéria

- pacient a jeho rodina si uvědomují příčinu porušení spánku do 12 hodin

- pacient a jeho rodina jsou informováni o zásadách správného spánkového režimu do 24 hodin
- pacient a jeho rodina jsou informováni o zásadách enuretického režimu do 48 hodin.

Plán intervencí

- informuj pacientku a její rodinu o zásadách správného spánkového režimu
- dopomož pacientovi dosáhnout optimálního spánku
- informuj pacientku a rodinu o zásadách enuretického režimu
- informuj pacientku a rodinu o možných relaxačních technikách
- pobízej pacientku k aktivitám během dne
- doporuč pacientce a rodině pomůcky, které zabraňují světlu či hluku (spánková maska, ucpávky do uší)
- vysvětlí pacientce a rodině důležitost dostatečného spánku

Realizace

10.10 Jsem odebrala kompletní anamnézu týkající se spánku a spánkových návyků. Na základě získaných informací jsem zjistila, že pacientka má časté buzení vzhledem k nykturii (častého močení v noci) a tak jsem pacientku a rodinu informovala o správných zásadách spánkového režimu (dostatek aktivit během dne, důkladná večerní hygiena, úprava zevního prostředí, úprava lůžka). Dále jsem pacientku a její rodinu informovala o možných pomůckách, které zabraňují hluku a světlu (spánková maska, špunty do uší).

11.10 Pacientku a její rodinu jsem informovala o zásadách enuretického režimu (omezení tekutin před spánkem, omezení čokolády a potravin obsahující cukr a tekutin obsahující kofein).

12.10 Pacientku a rodinu jsem informovala o možných relaxačních technikách (biofeedback, autohypnóza, vizualizace) a o důležitosti spánkové potřeby.

Hodnocení

Cíl byl částečně splněn. Pacientka má pravidelné denní aktivity. Dodržuje zásady enuretického režimu a aktivně přistupuje ke zkvalitnění spánku.

Školy, stacionáře a ústavy vhodné pro děti s autismem a mentální retardací

- 1) MŠMT, odbor 24 – Speciální školství
- 2) Praha 6, DAR, dětský rehabilitační stacionář
Alžírská 647, 160 52, Praha 6
- 3) Praha 3: Integrační centrum Zahrada
U zásobní zahrady 8, 130 00, Praha 3
- 4) Praha 4, Modrý klíč
Smolkova 567/2, 142 00, Praha 4
- 5) Praha 6, Rooseveltova PŠ a SPC
Rooseveltova 8, 160 00, Praha 6
- 6) Praha 9, Sluneční domov
Jahodnická 66, 198 00, Praha 9
- 7) Praha 10, Speciální školy
Chotouňská 476, 108 00, Praha 10
- 8) Praha 10, Diakonie
Saratovská 159, 100 00, Praha 10
- 9) Kolín, VOLNO
Rimavské Soboty, 280 02, Kolín 2

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Všechny cíle, které jsem stanovila v ošetrovatelských diagnózách, byly vzhledem k mentálnímu stavu pacientky částečně splněny, čímž byl plán ošetrovatelské péče efektivní. Vzhledem k diagnóze pacientky se některé problémy nedají odstranit, tudíž některé ošetrovatelské intervence probíhají i nadále.

S pacientkou a její rodinou se podařilo navázat důvěrný vztah. Pacientka i rodina aktivně spolupracovaly a byly aktivně zapojeny do ošetrovatelského procesu. Pacientka potřebuje pevné zázemí a kompletní péči rodiny, vyžaduje 24 hodinovou asistenci druhé osoby.

Vážný problém vidím v informovanosti dnešní společnosti a v jejich přístupu k mentálně postiženým. Běžné okolí neví, jak má na tyto jedince reagovat a jak k nim přistupovat. Proto je nutné zpopularizovat toto téma, aby se dostalo do povědomí lidí a to formou článků v časopisech, letáků či v podobě televizních dokumentů.

Zapojení rodiny do problémů pacienta je velice důležitá, rodina by měla být informována o onemocnění a jejích projevech. Měla by být trpělivá a vytrvalá jelikož celodenní péče o tyto jedince je psychicky a fyzicky velice náročná.

Nelékařští zdravotničtí pracovníci by měli mít zájem o vzdělávání v této tématice. Proto by se měly konat pravidelné semináře a konference týkající se psychiatrických onemocnění a péče o tyto jedince.

ZÁVĚR

Péči o jedince s mentálním postižením je nutné propojit v oblasti medicínské, ošetrovatelské a sociální. U těchto jedinců je cílem naučit je co možná nejvyšší úroveň v nezávislosti a samostatnosti v aktivitách denního života.

Cílem mé bakalářské práce bylo naplánovat individuální ošetrovatelský plán u konkrétního pacienta s mentální retardací. Cíle, které jsem stanovila v ošetrovatelských diagnózách, se mi podařilo splnit částečně a to vzhledem k mentálnímu postižení pacientky. Některé intervence pokračují i nadále.

Tato bakalářská práce pro mne byla velice přínosnou. Získala jsem nové poznatky a rady v oboru psychiatrie, které mohou být přínosem také pro další nelékařské zdravotnické pracovníky.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1) ČERNÁ, Marie. 1995. *Kapitoly z psychopedie*. Praha: UK, 1995. ISBN 80-7066-899-7.
- 2) ČERNÁ, Marie. 2008. *Česká psychopedie*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.
- 3) E. DOENGES, Marilyn. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2001. ISBN 80-247-0242-8.
- 4) JAROŠOVÁ, Darja. 2000. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha: ISV nakladatelství, Praha, 2000. ISBN 80-85866-55-2.
- 5) KOLEKTIV AUTORŮ. *Pravidla českého pravopisu*. 2003. Praha: Academia, 2003. ISBN 80-200-1156-0.
- 6) KOZIEROVÁ, Barbara a kol., 1995. *Ošetrovatelstvo I*. Martin: Osveta 1995. ISBN 80-217-0528-0.
- 7) LANGMEIER, Josef. 2002. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, s.r.o., 2002. ISBN 80-7178-381-1.
- 8) LEMON, I. *Učební materiál pro ošetrovatelství*. 1997. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997. ISBN 80-7013-234-5.
- 9) LUCKASSON, Ruth. 2002. *Mental retardation*. Washington: Association on Mental Retardation, 2002. ISBN: 940898-81-0.
- 10) MARKOVÁ, Eva. 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada publishing, 2006. ISBN 80-247-1151-6.
- 11) MATOUŠEK, Oldřich. 2005. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002.
- 12) NĚMCOVÁ, J.: MAURITZOVÁ, I. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. 2009. Praha: Maurea s.r.o., 2009. ISBN 978-80902876-0-0
- 13) PIPEKOVÁ, Jarmila. 2006. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
- 14) ŘÍČAN, Pavel. 2002. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1049-8.

- 15) SCHOPLER, Eric. 1999: *Příběhy dětí s autismem a příbuznými poruchami vývoje*. Praha: Portál, s.r.o., 1999. ISBN 80-7178-202-5.
- 16) SVOBODA, Mojmir. 2006. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, s.r.o., 2006. ISBN 80-7367-154-9.
- 17) SYSEL, Dušan. 2002. *Základy ošetrovatelského procesu v kocke*. Bratislava: Tatratron, 2002. ISBN:
- 18) ŠVARCOVÁ, Iva. 2006. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.
- 19) TRACHTOVÁ, Eva. 1999. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Idvpz. 1999. ISBN 80-7013-285-X.
- 20) VÁGNEROVÁ, Marie. 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, s.r.o., 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.