

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

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S HLUBOKOU  
MENTÁLNÍ RETARDACÍ

Bakalářská práce

NIKOLA DORAZÍNOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Miroslava Kubicová

Praha 2016



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.**  
*se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00,*

**Dorazínová Nikola**  
**3. VSV**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 17. 10. 2014 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:


Ošetrovatelský proces u pacienta s hlubokou mentální retardací

*The Nursing Process in a Patient with Profound Mental Retardation*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Miroslava Kubicová

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

V Praze dne: 30. 10. 2014

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

# Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.  
Duškova 7, 150 00 Praha 5



## PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,  
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Dorazimová Nikola DiS.	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3
Téma práce	Ošetrovatelský proces u pacienta s hlubokou mentální retardací	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Sociální služby pro osoby se zdravotním postižením, p.o.	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Miroslava Kubicová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input type="radio"/> souhlasím podpis <i>Kubicová</i>	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input type="radio"/> souhlasím podpis <i>Machalová</i>	

ve *Veštině* ..... dne *17.10.17*

*Dorazimová N.*  
.....  
podpis studenta

## **PROHLÁŠENÍ**

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 20. 1. 2016

.....

podpis

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji PhDr. Miroslavě Kubicové za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé bakalářské práce.

V Praze dne 20. 1. 2016

.....

podpis

## **ABSTRAKT**

DORAZÍNOVÁ, Nikola. Ošetrovatelská péče u pacienta s hlubokou mentální retardací. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: bakalář (Bc.).

Vedoucí práce: PhDr. Miroslava Kubicová, Praha. 2016.

Tématem této bakalářské práce je Ošetrovatelská péče u pacienta s hlubokou mentální retardací. Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část a praktická část. V teoretické části je popsána mentální retardace, diagnostika, léčba. Pozornost věnujeme ergoterapii, specifikům komunikace s mentálně retardovanou osobou. Teoretická část práce je zpracovaná podle informací z odborné literatury, která se zabývá problematikou mentální retardace. Druhá část bakalářské práce je praktická část. Zde je popsán ošetrovatelský proces u pacienta s hlubokou mentální retardací.

Klíčová slova

Hluboká mentální retardace. Mentální retardace. Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelský proces. Pacient.

## **ABSTRACT**

DORAZÍNOVÁ, Nikola. Nursing Process for Patient with Profound Mental Retardation. College of Nursing, ops Level Qualification: Bachelor (Bc.).

Supervisor: PhDr. Miroslava Kubicová, Praha. 2016.

The theme of this thesis is nursing care for patients with severe mental retardation. The thesis is divided into two parts. Theoretical to the practical part. In the theoretical part, I outlined what is mental retardation, diagnostics, treatment. I mention occupational therapy and věnujise and particularities of communicating with mentally retarded individuals. The theoretical part was based on information from the scientific literature that deals with mental retardation. The second part of the thesis is the practical part. Here is described the nursing process in patients with a severe mental retardation.

Keywords

Mental retardation. Nursing care. Nursing process. Patient. Profound mental retardation.

## PŘEDMLUVA

V této bakalářské práci bych vás ráda seznámila s problematikou ošetrovatelské péče u pacienta s hlubokou mentální retardací. Toto onemocnění je po celém světě spojeno s vysokou mortalitou a invaliditou. Tato práce vznikla ve snaze přiblížit nejen studentům, příbuzným, ale i široké veřejnosti potřebu ošetrovatelské péče o pacienty s hlubokou mentální retardací. Považuji za důležité poukázat na skutečnost, že lidé s hlubokou mentální retardací jsou také lidé. Dále bych chtěla poukázat, jak nesmírně důležitá je včasná diagnostika. Latinské přísloví říká: „*Zdraví je dobro, o němž nevíme, dokud ho neztratíme.*“ Výběr tématu byl ovlivněn zařízením Hrádek Fryšták, ve kterém pracuji jako všeobecná sestra. Podklady pro práci jsem čerpala především z knižních a z internetových zdrojů. Práce je určena studentům ošetrovatelství, lidem, kteří mají blízkou osobu s mentální retardací, ale i široké veřejnosti. Všichni výše uvedení v ní mohou najít nejrůznější podněty nejen pro další studium, ale hlavně pro život.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce PhDr. Miroslavě Kubicové.



# OBSAH

## SEZNAM TABULEK

## SEZNAM ZKRATEK

ÚVOD .....	13
1 MENTÁLNÍ RETARDACE .....	14
1.1 Vznik mentální retardace .....	17
1.2 Členění mentální retardace.....	17
1.2.1 Mentální retardace .....	18
1.2.2 Zdánlivá mentální retardace.....	18
1.2.3 Demence .....	19
1.3 Dědičnost.....	19
1.4 Typy mentální retardace.....	19
1.4.1 Typ eretický .....	20
1.4.2 Typ apatický .....	20
1.5 Rizikové faktory.....	20
1.5.1 Genetické podmínky .....	20
1.5.2 Problémy během těhotenství.....	21
1.5.3 Problémy při porodu .....	21
1.5.4 Problémy po porodu.....	21
1.5.5 Chudoba a kulturní omezení .....	21
1.6 Stupně mentální retardace .....	22
1.6.1 Lehká mentální retardace.....	22
1.6.2 Středně těžká mentální retardace .....	23
1.6.3 Těžká mentální retardace .....	23
1.6.4 Hluboká mentální retardace .....	23
1.7 Prevence .....	23
1.8 Diagnostika .....	24
1.9 Léčba .....	25
1.10 Ergoterapie, rehabilitace .....	25
1.11 Formy péče.....	26

1.11.1	Ústavy sociální péče .....	26
1.11.2	Osobní asistence .....	27
1.11.3	Pěstounská péče .....	27
1.11.4	Chráněná bydlení .....	27
1.12	Snoezelen .....	28
1.13	Problém socializace mentálně retardovaných .....	29
1.14	Teorie ošetrovatelského procesu .....	31
1.14.1	Fáze ošetrovatelského procesu.....	31
2	SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S HLUBOKOU MENTÁLNÍ RETARDACÍ.....	33
3	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S HLUBOKOU MENTÁLNÍ RETARDACÍ.....	35
4	DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....	50
	ZÁVĚR .....	51
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	52
	PŘÍLOHY .....	55

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE .....	36
Tabulka 2: VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ.....	37
Tabulka 3: FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA .....	38
Tabulka 4: AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA .....	40
Tabulka 5: POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU ZE DNE 11. 9. 2014.....	41
Tabulka 6: PER OS (pro zachování po. ref) .....	42

## SEZNAM ZKRATEK

AAMR	American Association on Mental Retardation
BMI	Body Mass Index
CPS	Capsle
ČRHO	Česká rada humanitárních organizací
D	Dech
DK	Dolní končetiny
DNA	Deoxyribonukleová kyselina
HMR	Hluboká mentální retardace
NGS	Nasogastrická sonda
NRZP	Národní rada zdravotně postižených
P	Pulz
PNC	Penicilin
PMK	Permanentní močový katetr
SIR	Sirup
SpO2	Saturace krve kyslíkem
TBL	Tableta
TK	Krevní tlak
TT	Tělesná teplota
MR	Magnetická resonance
WHO	Světová zdravotnická organizace

## ÚVOD

Lidé se znevýhodněním každý den, celý svůj život, jsou vystaveni a musí čelit sociálním a psychickým bariérám, předsudkům, spojeným s postižením, nepřístupností budov, nedostupností prostředků. Výše uvedené bariéry jsou výsledkem nedostatku znalostí, nebo pochopení. Myslím, že je zapotřebí vést osvětu o znevýhodněných spoluobčanech, přece i oni chtějí žít a ne jen přežívat. Pracuji v zařízení, které se o takto postižené klienty stará a vidím, jak moc chtějí být součástí naší společnosti a běžného života - proto jsem se rozhodla mou práci zasvětit této problematice.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, praktickou a teoretickou. Část praktická se zabývá mentální retardací, její etiologií, formami, stádií, příznaky, výskytem, diagnostikou, léčbou a možnostmi péče o takto nemocné.

Praktická část zahrnuje ošetrovatelský proces u klientky s hlubokou mentální retardací. Na základě zjištěných informací a potřeb klientky byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy, cíle a ošetrovatelské intervence vedoucí k jejich naplnění. Následně je v této části práce popsána realizace intervencí a jejich hodnocení.

Cílem práce je seznámit odbornou i laickou veřejnost s problematikou mentálně retardovaných, poukázat na specifika ošetrovatelské péče u klientů s mentální retardací.

**„Raději chci být zdravý, než bohatý“.**

**Cicero**

# 1 MENTÁLNÍ RETARDACE

Popis mentální retardace můžeme nalézt již v egyptských svitcích. Jsou datovány kolem roku 1500 před Kristem. Mentální retardace je spolu s rozvojem integračního a inkluzivního úsilí a snahy o začlenění lidí s mentální retardací do běžné společnosti, roste také nutnost změny mnohých společenských systémů a hledání vhodných způsobů, jak k lidem s mentální retardací přistupovat (LEČBYCH, 2009). V současné době můžeme najít tři základní modely mentální retardace.

Prvním a nejrozšířenějším z nich je LIMITAČNÍ MODEL, který definuje mentální retardaci zejména z hlediska podprůměrného obecného intelektového fungování a nedostatečného adaptačního chování. V rámci tohoto modelu je mentální retardace například definována jako: *„závažné postižení vývoje rozumových schopností prenatální, perinatální nebo časně postnatální etiologie, které vedou i k významnému omezení v adaptivním fungování postiženého dítěte či dospělého v jeho sociálním prostředí“* (ŘÍČAN et al., 1997, s. 151). Tento model má dlouhou tradici ve zdravotnictví a rozvíjí se již od počátku minulého století. Vychází zejména z lékařsko-legislativních názorů na lidi s mentální retardací, které podle Dolejšího (1973) ve vztahu k těmto osobám zdůrazňují péči, celoživotní společenskou nedostatečnost a závislost na druhých osobách. Hranice mentální retardace je stanovena hodnotou IQ pod 70 bodů a jednotlivé stupně mentální retardace (lehká, středně těžká, těžká, hluboká) jsou definovány jako kontinuum, vymezené určitým intervalem hodnoty IQ. Mentální retardace je vymezena jedincem a popisují se zejména jeho omezení (limity), nedostatky a zpomalení jeho vývoje vzhledem k normě určitého věku. Tento model měl svůj význam v minulosti, kdy se předpokládalo, že nejvhodnější variantou způsobu života je pro lidi s mentální retardací speciální, chráněné, nebo ústavní prostředí, do kterého byli lidé s mentální retardací zařazeni zpravidla vzhledem ke své intelektové úrovni. Pokud však uznáme právo lidí s mentální retardací žít v prostředí, které je přirozené pro jejich vrstevníky, pozbývá již tento model do značné míry smyslu a jeho využití pro řešení otázek, které sebou integrační úsilí přináší, je minimální. Nevýhodou limitačního pojetí mentální retardace je, že často svádí společnost k vnímání a hodnocení lidí s mentální retardací jako dětí.

POPISNÝ MODEL se snaží předcházet negativním jevům, které vyplývají z používání diagnóz k popisu člověka („nálepkování“ – „labeling“) a to zejména stigmatizaci, budování předsudků a zjednodušenému vnímání člověka. Tyto přístupy se cíleně vyhýbají užívání pojmu „mentální retardace“ a pokud jej musejí využít, mluví raději o lidech s mentální retardací, než o „mentálně retardovaných“, aby zdůraznily, že na prvním místě je nutno vidět lidskou bytost a teprve až pak se zajímat o mentální retardaci jako jednu z mnoha jejích charakteristik. Tento model není a stěží může být někde systematicky zachycen, ale můžeme jej vysledovat v různých definicích mentální retardace, které si stanovují mnohé skupiny osob, či občanská sdružení, která s těmito lidmi pracují. Jejich definice se zpravidla opírají o anglický termín „learning disability“, či „learning difficulty“, který můžeme volně přeložit jako „nepružnost učení“ a který se v anglicky hovořících zemích mnohdy používá zástupně k termínu „mentální retardace“. Tyto modely se snaží konkrétně a věcně popsat, v čem se mentální retardace projevuje v běžném každodenním životě a jaký v něm má význam. Osoba s mentální retardací by podle tohoto modelu mohla být například popsána jako osoba, která má oproti většině lidí tendenci k pomalejšímu učení a mohou pro ni být obtížné takové úkoly, jako zacházení s penězi, čtení, psaní, oblékání, nebo hovoření o vlastním názoru. Kvůli obtížnému učení může tato osoba postrádat sebevědomí, některé sociální dovednosti a mít potíže přizpůsobovat se změnám. Výhoda tohoto modelu spočívá zejména v osvětové činnosti a boji proti předsudkům a stigmatizaci lidí s mentální retardací. Ve shodě s Dolejším (1973, str. 31) však uveďme, že *„člověk se i přes svou mentální retardaci nemůže vymykát všeobecným psychologickým zákonitostem“*. Člověk s mentální retardací tedy nemůže mít a nemá jiné potřeby, než člověk bez postižení, neboť základní lidské potřeby jsou univerzální. Nemůžeme však vyloučit fakt, že se lidé mohou lišit ve způsobu, jakým své potřeby uspokojují. Způsoby, jakými uspokojujeme své potřeby, se obvykle liší s ohledem na naše osobní možnosti, vloh, sociální podmínky, ve kterých žijeme a vývojové stádium, ve kterém se nacházíme.

EKOLOGICKÝ MODEL (nejvhodnější) se odráží v pojetí mentální retardace tak, jak jej prosazuje Americká asociace pro mentální retardaci (American Association on Mental Retardation–AAMR). V tomto pojetí není mentální retardace absolutním znakem, který je vymezen jednotlivcem, ale je dána dynamickou interakcí mezi charakteristikou jedince a charakterem prostředím, ve kterém se tento jedinec pohybuje. Tento model je podle Huanga (1997) postaven na třech pilířích, jejichž popis je nutný

k pochopení konkrétního člověka s mentální retardací. Prvním z těchto pilířů jsou kompetence (capabilities), které tento člověk má a které jsou popisem toho, co jedinec dokáže, co umí a zejména toho, jaké jsou možnosti jeho budoucího rozvoje. K tzv. pozitivní diagnostice, ve které se popisují jedincovy silné stránky, je zde navíc připojen také odhad možností v rozvoji jedince v souvislosti s následujícími dvěma pilíři. Druhým pilířem je prostředí (environment), které určuje podmínky, ve kterých člověk s mentální retardací bude žít, učit se, pracovat a setkávat se s ostatními lidmi. Třetím pilířem je pak fungování (functioning), které je definováno jako stupeň podpory, kterou člověk s mentální retardací potřebuje, aby mohl ve výše definovaném prostředí úspěšně žít a tedy „fungovat“. V rámci tohoto pilíře se rámcově rozlišují čtyři základní stupně podpory – občasná (intermittent), omezená (limited), rozsáhlá (extensive) a pervazivní (pervasive). Tyto stupně podpory však nemusejí nutně korespondovat s klasifikací mentální retardace v rámci limitačního pojetí (tj. lehkou, středně těžkou, těžkou, hlubokou), ale mohou se měnit vzhledem k prostředí, ve kterém se člověk s mentální retardací pohybuje. Z tohoto úhlu pohledu získávají tíživé a často se objevující otázky typu „Mohou tito lidé pracovat na běžném pracovišti?“, „Mohou žít samostatně?“, „Mohou žít sexuálně?“, „Mohou mít děti?“, novou dimenzi a předmětem úvah již není, zda-li lidé s mentální retardací vzhledem ke svým možnostem a intelektu něco mohou a něco nemohou, či zda na něco mají, či nemají právo, ale za jakých podmínek a v jakém prostředí mohou své možnosti naplnit, jakou podporu jim k tomu musíme poskytnout a jak dlouho jim ji bude nutné poskytovat. Všichni lidé, kteří se na integraci lidí s mentálním postižením podílí, jistě velmi dobře vědí, jak je právě tohle složitým a těžkým úkolem. Nikdo však nikdy netvrdil, že integrace, či inkluze je záležitostí snadnou a bezbolestnou.

Často se místo mentální retardace používá označení „mentální postižení“. Pojem „postižení“ je dle WHO definován jako úplné, či částečné omezení schopností vykonávat některou denní/všední činnost, toto způsobuje porucha, nebo dysfunkce orgánu. Až časem postojе, hodnoty lidí, či společnost z něj dělají znevýhodnění, tzv. „handicap“. Vše se odvíjí od postoje společnosti k postižení. V současnosti lze najít řadu různých definic mentální retardace a také poměrně pestrou škálu filozofií, představujících odlišné způsoby přístupu k osobám s mentální retardací. I dříve jsme se snažili tyto odlišnosti zaznamenat a popsat je v podobě nejrůznějších modelů mentální retardace jako společenského fenoménu (LEČBYCH, 2005).



Spolu s rozvojem integračního a inkluzivního úsilí a snahy o začlenění lidí s mentální retardací do běžné společnosti roste také nutnost změny mnohých společenských systémů a hledání vhodných cest, jak k lidem s mentální retardací přistupovat. V současné době můžeme najít tři základní modely mentální retardace (DOBROMYSL, 2005).

## 1.1 Vznik mentální retardace

Mentální retardace může vzniknout ve třech obdobích:

- **prenatálním (před narozením dítěte)** - kvůli infekci matky během těhotenství, jejímu špatnému životnímu stylu, úrazu,
- **perinatálním (během porodu, nebo těsně po něm)** - porod může být protrahovaný (dlouhotrvající), může dojít k hypoxii plodu, tedy k nedostatku kyslíku atd.,
- **postnatálním (po porodu do 2 let věku dítěte)** - infekce, úrazy, záněty mozku, těžká žloutenka, špatná výživa. Svou roli zde hraje i dědičnost a specifické genetické příčiny, jako například chromozomální aberace, která způsobuje Downův syndrom (LEČBYCH, 2008).

## 1.2 Členění mentální retardace

Mentální retardace znamená opožděnost rozumového vývoje. Definice byla přijata mezinárodní lékařskou nomenklaturou podle návrhu WHO v roce 1959. Mentální retardace je dědičná, vrozená, získaná, může mít řadu příčin. Vzniká nedostatečným vývojem mozku, u nějž nastalo hrubší poškození a má rozmanitý patologicko-anatomický základ - to vede k trvalému poškození všech funkcí. To znamená, že handicap zasahuje jak somatickou stránku, včetně pohybové soustavy, což vede ke snížení, zpomalení, až zastavení psychických projevů a tím k omezení, nebo znemožnění začlenění jedince do společnosti. Další skupinu tvoří případy, kdy postižení vzniklo teprve po určité době normálního vývoje člověka, a to závažným onemocněním, nádorem, či úrazem mozku. I tyto stavy mohou vést k trvalému, nebo alespoň k dlouhodobému poškození.

Jak bylo výše uvedeno, handicap nastává buďto v době nitroděložního života (prenatálně), při porodu (perinatálně), nebo v pozdějším věku (postnatálně). Podle doby, kdy handicap vznikl, jej členíme na mentální retardaci, zdánlivou mentální retardaci a demenci (Bakalářská práce, 2012, online).

### **1.2.1 Mentální retardace**

Jako mentální retardace se označují taková postižení, která vznikla v 50 až 60 % před narozením dítěte, v dalších 8 % v průběhu porodu porodním úrazem a ve 25 – 30 % mají svůj původ ve vrozené látkové výměně, či v poruchách vnitřní sekrece, nebo v zánětech, případně úrazech mozku, k nimž došlo brzy po narození. Mentální retardace má nejrůznější příčiny a tím i rozmanité speciální formy. Patří sem odchylky ve skladbě chromozomů, které se vyznačují charakteristickými znaky. Downova choroba je nejčastější chromozomální poruchou, která je sluchitelná se životem, dochází při ní k trizomii 21. chromozomu, 47XX, nebo 47XY a vyskytuje se u 1 - 2 % narozených dětí. Tělesný i duševní obraz je u většiny jedinců poměrně jednotný - mají typický vzhled, úzké a šikmé oční štěrby, oči posazené daleko od sebe. Suchá kůže a řídké vlasy, nevyvinuté pohlavní orgány. Stupeň postižení se pohybuje v oblasti středního stupně postižení. Další formou mentální retardace jsou hormonální poruchy, sem patří kretenismus. Významnou skupinu tvoří metabolické poruchy, mezi které patří například Wilsonova choroba - porucha metabolismu minerálních látek (Bakalářská práce, 2012, online).

### **1.2.2 Zdánlivá mentální retardace**

Důležité místo v duševních nedostacích má zdánlivá mentální retardace, která bývá nazývána také sociální oligofrenií. Zde probíhá celkové opoždění, nejvíce duševní. Je to zapříčiněno nedostatečně podnětným prostředím, to znamená, že má sociální původ. Jde o dlouhodobou sociální a výchovnou zanedbanost od raného dětství, dítě vyrůstá v nevhodném prostředí. Nesprávné výchovné vlivy a nedostatky výchovy jsou příčinou mentální retardace, proto vyžadují jiný speciální pedagogický přístup (Bakalářská práce, 2012, online).

### **1.2.3 Demence**

Jde o získaný defekt, který je samostatným projevem, nastává po určité době zcela normálního vývoje dítěte, kdy již zvládlo základy řeči a obratnosti po druhém roce svého života, případně i později v předškolním, nebo školním období. Počátky poruchy se mohou objevit v dospívání, nebo v dospělosti. Nejvýznamější rozdíl mezi oligofrenií a demencí spočívá v tom, že u demence nejde o poruchu, která zasahuje celou mozkovou kůru. Příčinou postižení může být meningitida (zánět mozkových blan), encefalitidy (záněty mozku) různého původu, ale též mozkové nádorové onemocnění, ateroskleróza cév mozku, nebo jiné dosud nejasné příčiny. Demence nepostihuje většinou celou osobnost dítěte, či dospělého, narušují se izolovaně jednotlivé činnosti, objevují se poruchy paměti, vnímání, či myšlení, poruchy v citové, nebo ve volní oblasti, které se po odeznění akutního stavu a úspěšné rehabilitaci mohou zmírňovat, někdy lze narušené funkce dokonce úspěšně obnovovat (LEČBYCH, 2008).

## **1.3 Dědičnost**

Mentální postižení je následkem abnormality genů, zděděných po rodičích, odchylek při spojování genů, nebo jiných genových poruchách, způsobených během těhotenství infekcemi, příliš velkým osvitěním rentgenovými paprsky, nebo jinými faktory. S mentální retardací se pojí více než 500 genetických chorob. Jde například o PKU (fenyلكetonurii), ojedinělou genovou poruchu, někdy také zmiňovanou jako vrozenou poruchu metabolismu, protože je způsobena vadným enzymem. Downův syndrom je příkladem poruchy chromozomů. K chromozomálním poruchám dochází sporadicky a jsou způsobeny přílišným množstvím, nebo přílišným nedostatkem chromozomů, případně změnou struktury chromozomu. Syndrom fragilního X je ojedinělou genovou poruchou, nalézající se na pohlavním chromozomu a je hlavní zděděnou příčinou mentální retardace (LEČBYCH, 2009).

## **1.4 Typy mentální retardace**

Lze rozlišovat typ eretický a apatický.

### **1.4.1 Typ eretický**

Eretický typ je možno charakterizovat dráždivostí a neklidem, vzruch a útlum se velmi rychle střídá. Tyto děti se neustále pohybují, často rytmicky, jsou prchlivé a zlostné, na všechno sahají, předměty ničí. V citové oblasti jsou velice nestálé, jejich emoce se rychle pozměňují, mají také slabou vůli, nevydrží u žádné činnosti, projevují se poruchy pozornosti, nedovedou se soustředit a přebíhají od jednoho předmětu k druhému. V rodině ani ve škole se nedovedou podříditi režimu (ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, 2011).

### **1.4.2 Typ apatický**

Naprostým opakem je typ apatický, u kterého probíhají procesy vzruchu a útlumu chorobně zpomaleně. Vyznačují se nepohyblivostí a nečinností. Všechny duševní procesy u nich probíhají velmi pomalu, i jejich pohyby jsou zpomalené. Chovají se tiše a klidně (ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, 2011).

## **1.5 Rizikové faktory**

Mentální retardace může být způsobena čímkoli, co způsobuje narušený vývoj mozku před narozením, během porodu, nebo v raném dětství. Je známo mnoho stovek příčin, nejrozšířenější je příčinou je však fetální alkoholový syndrom a syndrom fragilního X (MARŠÁLKOVÁ, 2013).

### **1.5.1 Genetické podmínky**

Mohou být následkem abnormality genů po rodičích, odchylek při spojování genů, nebo jiných genových poruch, způsobených během těhotenství infekcemi, ozáření rentgenovými paprsky, nebo jinými faktory. S mentální retardací se váže více jak 500 genetických chorob. Například PKU (fenyلكetonurii), ojedinělá genová porucha, někdy také jmenovaná jako vrozená porucha metabolismu, je zapříčiněna vadným enzymem. Downův syndrom je příkladem poruchy chromozomů. K chromozomálním poruchám dochází zřídka. Jsou způsobeny velkým množstvím, nebo přílišným nedostatkem chromozomů, či změnou struktury chromozomu. Syndrom fragilního X je ojedinělá genová porucha (MARŠÁLKOVÁ, 2013).

### **1.5.2 Problémy během těhotenství**

Užívání alkoholu, nebo drog těhotnou matkou, může způsobit mentální retardaci dítěte. Poslední výzkumy prokázaly, že také kouření zvyšuje nebezpečí mentální retardace. Mezi další nebezpečí patří podvýživa, některé látky znečišťující prostředí a některá onemocnění matky během těhotenství, jako například toxoplazmóza, cytomegalovirus, zarděnky a syfilis. Těhotné ženy nakažené virem HIV mohou přenést virus na dítě, což může vést k budoucím nervovým poškozením (MARŠÁLKOVÁ, 2013).

### **1.5.3 Problémy při porodu**

Přestože mozek dítěte může poškodit jakýkoli stav nezvyklé zátěže, nedonošenost a nízká porodní váha předpovídají vážné problémy častěji, než jakékoli jiné podmínky (MARŠÁLKOVÁ, 2013).

### **1.5.4 Problémy po porodu**

Dětské nemoci, jako například černý kašel, plané neštovice, spalničky, či získaná meningitida a encefalitida, mohou poškodit mozek. Poškození mozku nastává také při úrazech, například úderem do hlavy, či při tonutí. Nenapravitelné narušení mozku a nervové soustavy může způsobit olovo, rtuť a jiné toxiny v životním prostředí (MARŠÁLKOVÁ, 2013).

### **1.5.5 Chudoba a kulturní omezení**

Mentální retardace potkává i děti ze sociálně slabých vrstev následkem podvýživy, nedostatečné hygieny, nedostatkem lékařské péče. Děti ze znevýhodněných oblastí mohou být také kulturně omezeny v mnoha společenských a každodenních zkušenostech, kterých se dostává jejich vrstevníkům. Výzkumy ukazují, že tento nedostatek stimulace může vést k trvalému poškození a může se stát příčinou mentální retardace (MARŠÁLKOVÁ, 2013).

## 1.6 Stupně mentální retardace

Při stanovení stupně se prakticky i teoreticky opíráme především o stanovení stupně dosažení mentální úrovně a inteligence jedince. Pro stanovení stupně postižení se používají inteligenční testy. Mají stanovit inteligenční kvocient podle rovnice:

$$IQ = VM (\text{věk mentální}) / VCH (\text{věk chronologický})$$

Jde o poměr věku mentálního a věku chronologického. Nedostatkem těchto testů je, že zjišťují zkušenosti a poznatky jedince, nikoliv pouhé mentální schopnosti, které podle Alfréda Bineta (1908) nezávisí na životních podmínkách. I přes nedostatky se používají a člení inteligenci do několika oblastí:

- Geniální osoby – IQ na 140
- Vysoce inteligentní – IQ nad 130
- Zjevně nadprůměrné s IQ 120 – 129
- Lehce nadprůměrné – IQ 110 – 119
- Průměrné – IQ 95 – 109
- Lehce podprůměrné – IQ 86 – 94
- Těžce podprůměrné – IQ 70 – 85

Ostatní patří již do skupiny mentálně retardovaných, dle výše uvedené stupnice.

Nejnovější mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) dělí mentální retardaci takto:

- Lehká mentální retardace – IQ 50-69
- Středně těžká mentální retardace – IQ 35-49
- Těžká mentální retardace – IQ 20-34
- Hluboká mentální retardace – IQ pod 20

### 1.6.1 Lehká mentální retardace

Tato retardace bývá často stanovena až v předškolním věku. V prvním roce života bývají lehce opožděny pohybové dovednosti, ani první slova nejsou dramaticky opožděna. U lehké mentální retardace postižení většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě, i když si mluvu osvojují opožděně. Většina osob s lehkou mentální retardací je schopna o sebe pečovat naprosto nezávisle, i když je tento vývoj

opozděn. Hlavně mají potíže při teoretické práci ve škole. Mají specifické potíže se čtením a psaním. Později potřebují pak jen menší míru pomoci, rady pouze v nových složitějších situacích (LEČBYCH, 2008).

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

Opoždování u těchto jedinců je zachyceno již v kojeneckém, či batolecím období. Opožďuje se vývoj pohybový, řeč. Mají minimální slovní zásobu, avšak ta jim postačí pro základní dorozumění. Většinou jsou absolventi pomocných, specializovaných škol. Jsou schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, pokud mají úkoly pečlivě a přesně strukturovány a jestliže mají zajištěn odborný dohled. Většinou tito lidé žijí v sociálních ústavech, kde podporují své činnosti, tyto činnosti přináší jedinci radost (LEČBYCH, 2008).

### **1.6.3 Těžká mentální retardace**

Často jde o postižení kombinované, postiženy jsou schopnosti rozumové, pohybové, smyslové. Velmi časté jsou poruchy chování (sebepoškozování, afekty, agrese). Možnosti výchovy a vzdělání těchto osob jsou značně omezené, důležitá je rehabilitační výchova, která přispívá k rozvoji jejich motoriky a myšlení. Zlepšuje jim kvalitu života. Potřebují trvalou péči a ošetřování (LEČBYCH, 2008).

### **1.6.4 Hluboká mentální retardace**

Postižení jedinci jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům, či instrukcím, nebo jim vyhovět. Většina osob z této kategorie je imobilní, nebo s výrazným omezením pohybu. Postižení bývají inkontinentní a neschopní komunikace. Mají jen malou, či žádnou schopnost pečovat o základní potřeby, nutná je stálá pomoc a dohled. Komunikace je globální (dávají najevo radost, bolest, nespokojenost). Bývají umístěni v ústavech sociální péče, potřebují dvacetičtyřhodinové ošetřování ve všech oblastech (krmení, hygiena, vyprazdňování) (LEČBYCH, 2008).

## **1.7 Prevence**

Výzkum dokázal za posledních třicet let snížení mnoha případů mentální retardace například díky novorozeneckému monitorování fenylketonurie (a následné

úpravě stravy) a vrozené hypotyreózy (nahrazením thyroid hormonu), či použitím anti-Rh globulinu při novorozenecké žloutence. I přes mnoho názorů na očkování je doložen pozitivní vliv na snížení výskytu MR - v případě očkování proti spalničkám a zarděnkám. Snižování výskytu olova v životním prostředí redukuje poškození mozku u dětí. Preventivní opatření, jako například dětské ochranné sedačky a cyklistické helmy, omezují četnost zranění hlavy. Velký význam mají brzké intervenční programy pro ohrožené kojence a děti, které omezují předpokládané snížení intelektuálních schopností.

Brzká a správná prenatální péče a preventivní dispenzarizace, předcházející probíhajícímu těhotenství, mohou mentální retardaci zabránit. Dětský AIDS je redukován. Výzkumy pokračují v hledání nových způsobů, jak zabránit mentální retardaci (Medicine, 2013 [cit. 2015-12-13]).

## **1.8 Diagnostika**

Diagnostika MR je dlouhý proces, který musí brát v úvahu všechny systémy, které ovlivňují život dítěte. K diagnostice rozumových schopností se užívají inteligenční testy. Cílem testů je zjištění úrovně rozumových schopností dítěte, ale také struktura těchto schopností. V knize M. Dolejší jsme upozorněni na to, že v této diagnostice nelze vystačit s pouhým testováním inteligence. Pro stanovení MR je důležité aplikovat soubor zkoušek, podrobné klinické zhodnocení chování, osobnosti, zhodnocení podrobné anamnézy a životních podmínek, emočních a deprivacních činitelů, které se platnily v průběhu vývoje.

Sledují se hlavně tyto oblasti: zdravotní stav (současný i minulý), tělesný vývoj, rozumové schopnosti, zraková percepce, sluchová percepce, pravolevá, prostorová orientace, kinestetické vnímání, hmat, motorika, grafomotorika, úroveň koncentrace, řeč, paměť, temperament, prožitky, zkušenosti, vnímání sebe sama, zájmy, sebepojetí, zděděné vlastnosti, volní a další charakteristiky.

Dle stanovené diagnózy si pak můžeme vybrat optimální výchovné postupy, ovlivňovat podmínky života a výchovy. Dosahujeme tak postupně pozvolných změn (LEČBYCH, 2008).



## 1.9 Léčba

Léčba je takřka nemožná. Nedá se léčit primární příčina postižení, léčba spočívá v léčbě symptomatologické, a to jak ve farmakologické, či chirurgické. Snažíme se postiženému život zkvalitnit. Neléčíme primární onemocnění, ale sekundární přidružené onemocnění. Často jsou přidružené onemocnění hlavně psychické a neurologické. Většina mentálně retardovaných má dost často migrény, epileptické záchvaty a také mají problémy se svalovým systémem. Protože klademe důraz na rehabilitaci a pravidelné cvičení, či aktivizaci těchto pacientů. Také hodně rozvíjíme jemnou motoriku (Wikipedia, 2015, online).

## 1.10 Ergoterapie, rehabilitace

Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince, potřebných pro zvládání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním, nebo sociálním znevýhodněním). Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti. Pro podporu participace jedince využívá specifické metody a techniky, nácvik konkrétních dovedností, poradenství, či přizpůsobení prostředí. Pojmem „zaměstnávání“ jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho identity. Primárním cílem ergoterapie je umožnit jedinci účastnit se zaměstnání, která jsou pro jeho život smysluplná a nepostradatelná (ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ, 2008).

Hlavní oblasti, na které se ergoterapeut zaměřuje, jsou vyšetření zaměřená na analýzu činností klienta – hodnocení zejména funkce horních končetin, senzomotoriky, mobility, lokomoce a orientační vyšetření kognitivních funkcí.

Hodnocení a nácvik běžných personálních (např. sebesycení, osobní hygiena, oblékání, přesuny) a instrumentálních (např. příprava pokrmů, manipulace s penězi, jízda dopravními prostředky) činností, v nemocničním i vlastním sociálním prostředí, s cílem co největší nezávislosti klienta.

Návrh (např. doporučení kompenzačních pomůcek pro usnadnění soběstačnosti, vhodný výběr invalidního vozíku) a případné zhotovení technické kompenzační pomůcky (např. dlahy z termoplastického materiálu na horní končetinu), včetně

zaškolení klientů, rodinných příslušníků a ošetrovatelského personálu, jak tyto pomůcky využívat.

V rámci ergodiagnostiky a ergonomie se zaměřujeme i na zdravou veřejnost, např. na úpravy pracovního prostředí při práci na PC, návrhy pracovních poloh při práci na lince atd., tudíž nejen ZTP. Ergoterapie se uplatňuje ve zdravotnických a sociálních službách v práci s klienty různého věku, s různým typem zdravotního postižení. Jsou to např.: centra a oddělení léčebné rehabilitace – lůžková, nebo ambulantní, oddělení - neurologie, geriatric, pediatrie, psychiatrie, spinální jednotka, revmatologie aj., lázně, agentury domácí péče, chráněné bydlení, raná péče, programy předpracovní a pracovní rehabilitace, denní stacionáře a sociálně aktivizační služby pro děti, dospělé a seniory, denní stacionáře a terapeutické dílny pro osoby s duševním onemocněním (PROCHÁZKA et al, 2008).

## 1.11 Formy péče

*„Člověk s postižením má stejné potřeby jako zdravý člověk. První z nich je být uznán a milován takový, jaký je“.*

sestra M. P. Duriezová

### 1.11.1 Ústavy sociální péče

Ještě v předcházejících desetiletích se za standardní považoval názor, že člověk (dítě, mladistvý) s těžším, než lehkým mentálním postižením, „patří“ do ústavu. Rodiče takto postižených dětí, kteří se rozhodli, že si své dítě ponechají doma, pečovali o ně sami, byli svým okolím považováni za divné, divní rodiče v tom, že jsou ochotni kvalitu svého života podřídit postiženému dítěti, z něhož „stejně nikdy nic nebude“. Tyto předsudky se tradovaly velmi houževnatě. Vedly k tomu, že rodiče své děti skrývali, jednak před nepochopením okolí, jednak ze strachu, aby jen nemuseli dát do ústavu. Ústavy sociální péče jsou podle 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 též fyzicky, či psychicky = potřebují ústavní péči (ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, 2011).

System ústavní péče je v kompetenci Ministerstva Práce a sociálních věcí České republiky.

Pro takto postižené osoby jsou zřízeny a dále se zřizují ústavy s denním, týdenním, či celoročním pobytem. Stacionáře (denní ústavy) pečují o osoby s postižením dle jejich vymezené cílové skupiny. Často se tyto zařízení orientují na vzdělání, práci a formy rehabilitace, nejrůznější druhy terapií, volnočasové activity.

Týdenní stacionář představuje kompromis mezi domácí a ústavní péčí. Klienti v týdenních stacionářích žijí velmi spokojený život, mají se stále na co těšit.

Dle zákona č. 100/1988 Sb. o sociálním zabezpečení se v ústavech sociální péče s celoročním pobytem pro mentálně retardované poskytuje bydlení, zaopatření, zdravotní péče, rehabilitace, kulturní a rekreační vyžití, pracovní uplatnění (Bakalářská práce, 2012, online).

### **1.11.2 Osobní asistence**

Služby osobní asistence jsou služby, jež jsou vymezené a řízené uživatelem služby. Osobní asistent napomáhá kompenzovat závažné nedostatky jeho psychiky, která je někdy poškozená do značné míry tak, že dostatečně nekoordinuje ani činnost tělesných orgánů. Práce osobních asistentů je velmi náročná - nejen fyzicky, ale hlavně psychicky. Asistent je nejen pomocníkem, průvodcem, ale především jeho blízkým člověkem, který s ním prožívá život, myslí nejen za něj, ale myslí to s ním dobře (ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, 2011).

### **1.11.3 Pěstounská péče**

Je velmi netradiční formou péče o postižené. U nás tato forma péče není častá, ale v jiných a mnoha zemích je běžná. Jde o to, že rodina ke svým vlastním dětem přijme do pěstounské péče i dítě, či dospělého s mentálním postižením, o něhož se jeho vlastní rodiče, či širší rodina nemohou starat (ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, 2011).

### **1.11.4 Chráněná bydlení**

Velmi moderní obdoba ústavní péče je chráněné bydlení. Princip chráněného bydlení spočívá v tom, že několik klientů s mentální retardací bydlí společně v bytě, nebo rodinném domečku. Chráněné bydlení připomíná společnou domácnost, jen těmto klientům pomáhají asistenti s úklidem, vařením, sebeobsluhou. Rozsah služeb, poskytovaných klientům, závisí na jejich potřebách a míře závažnosti postižení. Klient

s těžkou mentální retardací vyžaduje služby asistenta 24 hodin denně i o víkendech, svátcích a prázdninách. Narozdíl od klienta s lehkou, či střední mentální retardací, ten potřebuje asistenta jen 12 hodin denně, či při určitých úkonech (ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, 2011).

## **1.12 Snoezelen**

Snoezelen byl vyvinut v Holandsku se záměrem poskytnout lidem se smyslovým postižením, nebo poruchami učení vhodnou relaxaci a prostředí pro trávení volného času. Původně se vycházelo z přesvědčení, že všichni potřebujeme podněty. Lidé se speciálními potřebami mají rovněž právo na přiměřenou stimulaci. Aby se osoby s postižením mohly účastnit takových aktivit, je vyžadováno vytvoření speciálního prostředí. Snoezelen spočívá ve vytvoření příjemných smyslových zážitků v atmosféře důvěry a uvolnění. Smyslové zážitky stimulují primární smysly bez potřeby intelektuální aktivity. Důvěře a uvolnění napomáhá nedirektivní, nebo přístup pečovatele, nebo průvodce a zmocňující přístup jedince s postižením. Jde o malé a velké místnosti, až po velká centra. Jednotlivé prvky vybavení napomáhají vytvoření atmosféry, a poskytují stimuly, zatímco plně vybavené prostředí Snoezelenu poskytuje dodatečné benefity. Takové místnosti se nacházejí v domech, ubytovnách, školách, nemocnicích a volnočasových centrech. Zatímco Snoezelen je založen na nedirektivním přístupu, metodě je přiznán velký terapeutický význam v poskytování možností objevování a vývoje. Podstatou Snoezelenu je poskytnout jednotlivci čas, prostor a příležitost užít si prostředí vlastním tempem a způsobem, bez očekávání ze strany druhých. Snoezelen byl původně vyvinut jako volnočasový zážitek pro lidi s těžkým mentálním a smyslovým postižením, v současnosti má mnohem širší využití. Velmi pomáhá lidem s hyperaktivitou, nebo se sebepoškozujícím chováním. Osobám se smyslovým, tělesným a mentálním postižením, stejně tak osobám s autismem, pomáhá široká škála stimulace. Pro mnohé nejde pouze o využívání samotného zařízení, přínosem pro ně je také přístup, který si osvojí. Senioři, kteří se cítí zmateni okolním prostředím, nebo nároky, které se od nich vyžadují, zdá se také benefitují ze základních a primárních smyslových podnětů, které Snoezelen nabízí. Jemné podněty mají uklidňující efekt, který napomáhá uvolňování napětí. Pečovatelé (zaměstnanec, nebo rodina) mají z prostředí Snoezelenu také užitek, protože získávají nový úhel pohledu. Snaha pečovatele něco vymyslet, povzbuzovat a usměrňovat není nutná,

což poskytuje prostor pro relaxaci. Všichni potřebujeme stimulaci a odpočinek. Je to základ pro relaxaci a regeneraci. Zatímco pro majoritní populaci existují různá komplexní zařízení, jen málo jich je pro lidi s poruchami vnímání. Snoezelen se snaží tento nepoměr změnit. Základem konceptu Snoezelenu je přístup pečovatele, který předává jedinci s postižením moc nad průběhem činností v Snoezelenu. Snižuje se tlak na přizpůsobení se klienta, nebo podání výkonu a dává možnost volby, základní prvek pro odpočinek a relaxaci. Zatímco ostatní aktivity, terapie a výuka mohou pokračovat. Snoezelen nabízí pro jednotlivce a pečovatele dodatečnou možnost relaxace, objevování a vyjádření sebe samého v otevřené atmosféře důvěry a radosti. Pro mnoho uživatelů poskytuje Snoezelen širokou a ideální škálu podnětů, jaké možná ještě neznají. Při využívání na pravidelné bázi rozšiřuje Snoezelen škálu zážitků a možností, stejně tak obohacuje kontakt s lidmi a věcmi (FILÁTOVÁ, 2011).

### **1.13 Problém socializace mentálně retardovaných**

Proces socializace můžeme chápat jako postupné upravování vztahů jedince (v našem případě mentálně retardovaného dítěte) k jeho prostředí. Ve světě sílí v poslední době silné tendence k plné integraci postižených do společnosti (např. zařazováním dětí postižených mentální retardací do normálních škol); tato integrace je samozřejmě nutná, ale u těžších postižení je její konkrétní realizace velmi nesnadná. Mentální retardace má vliv na socializaci dítěte už od nejranějšího věku. Ve vztahu k rodičům dítě totiž reaguje jinak, než dítě zdravé (např. neopětuje pohledy, úsměvy apod.), a je-li v rodině kromě postiženého i nějaké jiné zdravé dítě, může snadno dojít k tomu, že rodiče budou nevědomky dávat přednost v kontaktu vždy dítěti zdravému. Opačným extrémem, ke kterému může právě tak snadno dojít, je hyperprotektivní chování rodičů, kteří se snaží dítěti zprostředkovat co nejvíce podnětů, vtahují ho do her, více ho učí apod., a tím nevědomky posilují pasivitu postiženého dítěte. Najít vyváženou míru mezi iniciativou rodičů a postiženého dítěte není samozřejmě vůbec jednoduché, protože děti jsou skutečně ve srovnání s dětmi zdravými pasivnější a proto na aktivitu rodičů více odkázáni; rodiče naopak jsou často trápeni výčitkami, že toho pro své postižené dítě dělají málo. Dalším faktorem, velmi komplikujícím situaci, je obtížnost kontaktu mezi rodiči a malým dítětem, postiženým mentální retardací. Pro samotné rodiče může být velmi těžkou situací i to, že chování dítěte postiženého mentální retardací je vždy sociálně nepřiměřené věku. V případě

výskytu poruch chování mohou rodiče navíc dospět k přesvědčení, že jsou dětmi zcela ignorováni a že je celé jejich výchovné snažení naprosto marné. Je zbytečné psát o tom, jakým velkým citovým zraněním a jejich následkům jsou rodiče (a samozřejmě i jejich postižené děti) denně vystavováni. Hranice socializace mentálně retardovaných jsou vymezeny přirozeně rozsahem postižení. U těžších případů mentální retardace není možné vybudovat základní sociální návyky, a proto tito jedinci zůstávají trvale odkázáni na ošetrovatelskou péči. Dalším důležitým faktorem pro socializaci je sebehodnocení daného postiženého. Čím je sebehodnocení vyšší, tím větší úspěchy můžeme od socializace očekávat. Většina dětí s lehčími formami mentální retardace bývá zařazována do zvláštních škol. Úkolem zvláštních škol je připravit žáky co možná nejvíce pro samostatný praktický život. Zvláštní škola by měla pomoci svým žákům překonávat nedostatky v dovednostech, vlastnostech a motivacích, upevnit jejich schopnost navazovat sociální kontakty, naučit je regulaci afektivního chování, sebeřízení a sebekontroly a odnaučit je nevhodným způsobům chování. Přesto všechno je v naší současné kultuře zvláštní škola chápána jako něco podřadného, jako doslova pejorativní označení. Je pochopitelné, že v této atmosféře se žáci, navštěvující zvláštní školu, cítí méněcenní a za svoji školu se stydí. Nedostatečně je oceňováno také povolání učitele na zvláštní škole. Je zřejmé, že tyto okolnosti přispívají ke snaze o socializaci dětí postižených mentální retardací do běžné společnosti (a dětí navštěvujících zvláštní školu vůbec) pouze negativně. Zvláštní škola by měla také spolupracovat s ostatními výchovnými institucemi, které se starají o její žáky. Mezi ně patří především různé typy ústavů sociální péče, které nabízí dětem nejen vzdělání, ale i možnosti trávení volného času. Ideální je, pokud se daří motivovat děti k tvůrčí činnosti, např. společným malováním, v dramatických kroužcích apod. Důležitá je rovněž sportovní činnost a účast na sportovních akcích (např. meziškolní závody, lyžařské zájezdy aj.), při kterých mají děti nejen možnost změnit prostředí a zasportovat si, ale také se prakticky učí samostatnosti a vykonávání samoobslužných prací. Na tento typ péče o postižené mentální retardací navazuje projekt chráněného bydlení a zaměstnání. Mladí dospělí, postižení mentální retardací, bydlí ve společném bytě společně s asistenty a učí se přiměřené míře zodpovědnosti za chod domácnosti. V současné době existují také i tzv. plně integrované školy, do kterých jsou zařazovány děti pouze podle bydliště. Výsledkem je takové složení tříd, které by mělo přesně odpovídat procentuálnímu zastoupení postižených v dané lokalitě. Každé dítě v takové třídě má svůj individuální učební plán, protože není možné stanovit jednotný učební plán pro celou třídu. Dětem

zdravým i postiženým nabízí integrovaná škola především rozvoj sociálních dovedností a sociálního citění. U nás tyto školy zatím existují pouze výjimečně; mají funkci spíše experimentálního modelu. Větší zkušenosti jsou s úplnou integrací postižených na úrovni mateřských škol, zcela jistě také proto, že určité chování, odchylné od normy, je v tomto věku zcela běžné u většinové dětské populace. Můžeme říci, že v současné době optimální (segregovaná, nebo integrovaná) škola pravděpodobně neexistuje (Bakalářská práce, 2005, online).

## **1.14 Teorie ošetrovatelského procesu**

Ošetrovatelský proces je několik vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch nemocného, případně za jeho spolupráce při individuální ošetrovatelské činnosti. Dává pacientům systematickou, důslednou a nepřetržitou péči. Zaznamenává změny jejich zdravotního stavu. Jde o dynamický proces, odráží samostatné funkce profesionálního ošetrovatelství. Má pět fází.

### **1.14.1 Fáze ošetrovatelského procesu**

1. Zhodnocení nemocného - „Kdo je můj nemocný?“
  - Anamnéza – sběr informací
  - Zhodnocení nemocného (rozhovor, pozorování, testování, měření)
2. Stanovení ošetrovatelského problému - „Co ho trápí?“
  - Ošetrovatelské problémy dle sestry
  - Problémy pocíťované nemocným
  - Pořadí naléhavosti problémů
3. Vypracování individualizovaného plánu ošetrovatelské péče „Co pro něj mohu udělat?“
  - Stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů
  - Návrh opatření na jejich dosažení
4. Realizace aktivní individualizované péče
5. Zhodnocení poskytnuté péče - „Pomohla jsem mu?“
  - Objektívni změření účinku péče

- Zhodnocení komfortu pacienta
- Úprava ošetrovatelského plánu (Bakalářská práce, 2012, online).



## 2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S HLUBOKOU MENTÁLNÍ RETARDACÍ

Při ošetřování pacienta s hlubokou mentální retardací je nejdůležitější znát hloubku mentální retardace. Tu zjistíme dle IQ testu, nebo vyčteme z dokumentace a dle výsledku se věnujeme pacientovi. Podle toho se bude také odvíjet i náročnost ošetrovatelské péče. V pozdějších stádiích/v pozdějším věku se rozvíjí poruchy hybnosti, až imobilita, což může velmi ztížit komunikaci a spolupráci s pacientem. Důležitý je individuální, empatický, trpělivý přístup, spolupráce s rodinnými příslušníky, či opatrovníkem.

### MONITORING

- Krevní tlak, pulz, tělesná teplota, vědomí, psychický stav
- Stav nutrice: BMI, kožní turgor
- Účinky léků: žádoucí i nežádoucí
- Invazivní vstupy: funkčnost, průchodnost, známky infekce

### POLOHA A POHYBOVÝ REŽIM

- Pravidelné polohování každé 2 hodiny přes den a každé 3 hodiny v noci za pomoci polohovacích pomůcek, vedení polohovacího záznamu
- Zabránění úrazu, či jiného poškození pomocí polstrování křesel, lůžka
- Pasivní cvičení v lůžku

### VÝŽIVA

- Zhodnocení stupně sebeobsluhy
- Zajistit dostatek kompenzačních pomůcek – speciálně upravené nádoby (příbor, hrníčky)
- Zajištění dostatečné hydratace
- Vedení bilance tekutin

### VYPRAZŇOVÁNÍ

- Sledování frekvence, barvy, příměsí a konzistence stolice
- Podání Lactulosity dle potřeby
- Sledování množství, barvy, příměsí a zápachu moče

- Péče o PMK – sledování funkčnosti, známky infekce, pravidelné výměna
- Pravidelná výměna inkontinenčních pomůcek

#### HYGIENICKÁ PÉČE

- Zhodnocení stupně sebepéče
- Zajištění hygienické péče ošetrovatelským týmem
- Prevence opruzenin a dekubitů

#### SPÁNEK A ODPOČINEK

- Sledování délky a kvality spánku
- Podávání hypnotik dle ordinace lékaře
- Dodržování spánkových rituálů, zajištění klidného prostředí

#### PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY

- Individuální a empatický přístup k pacientovi
- Pacient má zajištěného odborníka – psychiatra
- Sledování psychického stavu

### **3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIETKY S HLUBOKOU MENTÁLNÍ RETARDACÍ**

Ošetřovatelský proces je komplexní systémový výkon ošetřovatelské činnosti, který klade důraz na individuální potřeby nemocného a jehož cílem je řešit jeho problémy, či zabránit jejich vzniku. Činnosti sestra provádí ve prospěch pacienta buď sama, nebo je-li to možné za spolupráce nemocného. V praxi se používá následující pětifázový proces (TOTHOVÁ, 2014).

#### **Zhodnocení/posuzování**

První krok ošetřovatelského procesu je objektivní i subjektivní posouzení celkového stavu pacienta, sběr informací. Při realizaci prvního kroku sestra využívá metody rozhovoru, pozorování. Zdrojem informací je pacient, popř. rodinní příslušníci, zdravotnická dokumentace atd. K zhodnocení stavu pacienta může také využít hodnotící škály např. Stupnici Nortonové. Jelikož při hluboké mentální retardaci nám pacient nerozumí, ani není schopen mluvit, jsou hlavním zdrojem informací rodina a zdravotnická dokumentace (TOTHOVÁ, 2014).

#### **Diagnostika**

V druhé fázi probíhá analýza sesbíraných údajů a následné stanovení ošetřovatelských diagnóz, aktuálních i potencionálních. Diagnostika je identifikace potřeb nemocného, které jsou narušeny, nebo vyvolány jeho zdravotním stavem (TOTHOVÁ, 2014).

#### **Plánování**

Třetím bodem ošetřovatelského procesu je plánování, kdy sestra seřadí pacientovy problémy podle priority, stanoví si cíle a určí činnosti potřebné k jejich dosažení (TOTHOVÁ, 2014).

#### **Realizace**

Během této fáze sestra realizuje naplánované činnosti, které vedou k dosažení vytyčených cílů (TOTHOVÁ, 2014).

## Vyhodnocení

V poslední fázi ošetrovatelského procesu sestra hodnotí, zda bylo vytyčených cílů dosaženo či nikoliv (TOTHOVÁ, 2014).

## ANAMNÉZA

Tabulka 1: IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

<b>Jméno a příjmení:</b> D. M.	<b>Pohlaví:</b> žena
<b>Datum narození:</b> 20. 4. 1995	<b>Věk:</b> 20
<b>Vzdělání:</b> nevzdělavatelná	<b>Zaměstnání:</b> důchodce/nezaměstnaný
<b>Stav:</b> svobodná	<b>Státní příslušnost:</b> česká
<b>Datum přijetí:</b> 11. 9. 2014	<b>Typ přijetí:</b> plánované
<b>Oddělení:</b> Stará budova	<b>Ošetřující lékař:</b> MUDr. D. K.
<b>Pojišťovna:</b> VZP 111	<b>Hlavní důvod přijetí:</b> Ukončení služby v domově, kde dříve bydlela.

Zdroj: vlastní zpracování

### Medicínská diagnóza hlavní:

F 73 Hluboká mentální retardace na základě kongenitální CMV infekce s encefalopatií

### Medicínské diagnózy vedlejší:

G 40.8 Epilepsie jiná

J 45.9 Astma bronchiále

I 10 Esenciální primární hypertenze

H 50.9 Strabismus konvergentní

N31.9 Nervově svalová dysfunkce močového měchýře

Tabulka 2: VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

<b>TK:</b> 90/60 mmHg	<b>Výška:</b> 145 cm
<b>P:</b> 70/min	<b>Váha:</b> 43,2 kg
<b>D:</b> 14/min	<b>BMI:</b> 21,4
<b>TT:</b> 36,6 °C	<b>Pohyblivost:</b> imobilní
<b>Stav vědomí:</b> lucidní	<b>Krevní skupina:</b> 0, Rh +

Zdroj: vlastní zpracování

Informace byly získány z lékařské dokumentace. Jedná se o aktuální stav při příjmu do zařízení.

### **Nynější onemocnění:**

Neustálý úbytek na váze. Zácpa. Částečné vymizení polykacího reflexu. Pacientka byla přijata z důvodů ukončení služby v domově, kde doted pobývala. Avšak se změnou prostředí přišlo i celkové zhoršení zdravotního stavu. Potřebuje zajistit komplexní ošetrovatelskou péči.

**Informační zdroje:** zdravotnická dokumentace, lékař, rodina, pozorování.

### **Rodinná anamnéza:**

*Dědeček:* zemřel na karcinom střev

*Otec:* Alzheimerova choroba

### **Osobní anamnéza:**

*Onemocnění:* 1998 – diagnostikován strabismus konvergentní, v ten samý rok zjištěna nervově svalová dysfunkce močového měchýře, 1999 – zjištěna Epilepsie, od roku 2000 pacientka imobilní, závislá na péči ošetřujícího personálu, 4/2006 – Astma bronchiále, 2010 – náhodně zjištěna Esenciální hypertenze,

*Hospitalizace, operace:* 2005 – operace pravé kyčle

*Úrazy:* 0

*Transfúze:* 0

*Očkování:* Pravidelné očkování dle očkovacího kalendáře.

Tabulka 3: FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Keppra	tbl.	500mg	1-0-0	antiepileptikum
Buronil	tbl.	25mg	1-1-2	neuroleptika
Helicid	cps.	20mg	1-0-0	antacida
Lactulosa	sir.	50%	Dle potřeby	digestiva
Rispen	tbl.	1mg	1-1-2	neuroleptika
Tiapridal	tbl.	100mg	1-1-1	neuroleptika

Zdroj: vlastní zpracování

**Alergologická anamnéza:**

*Léky:* 0

*Potraviny:* 0

*Chemické látky:* 0

*Jiné:* 0

**Abúzy:**

*Alkohol:* 0

*Kouření:* 0

*Káva:* 0

*Léky:* 0

*Jiné drogy:* 0

**Gynekologická anamnéza:**

*Porody:* 0

*Potraty:* 0

**Sociální anamnéza:**

*Stav:* svobodná

*Vztahy v rodině:* Opatrovníci rodiče pacientky, pravidelně navštěvují pacientku, někdy si ji berou na víkend domů.

**Pracovní anamnéza:**

*Vzdělání:* 0

*Pracovní zařazení:* důchodkyně, pobírá příspěvek – stupeň IV. Úplná závislost.

### **Spirituální anamnéza:**

Rodiče pacientce vykládají motlitby, dalo by se tedy předpokládat, že dle přání rodičů je pacientka katolička.

## **POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU**

### **POSOUZENÍ FYZICKÉHO STAVU ZE DNE 11. 9. 2014**

Pacientka nekomunikuje při posuzování fyzického stavu, tedy subjektivně není možné zhodnotit stav pacientky, avšak objektivně její fyzický současný stav můžeme posoudit.

**Objektivně hlava** – pokleповě nebolestivá, výstupy n. V. nebolestivé, zornice isokorické, skléry bílé. Uši a nos bez výtoku. Jazyk vlhký, čistý, plazí středem. Krk - lymfatické uzliny a štítná žláza bez zvětšení, náplň krčních žil v normě.

**Dýchací systém:** hrudník – poklep plný, jasný, dýchání s ojedinělými vrzoty a chrůpky bilaterálně, frekvence – 14 dechů/min.

**Kardiovaskulární systém:** srdce – akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené, TK-90/60 mmHg, P-70' min DK – bez otoků a zánětlivých změn, deformované v rámci primárního onemocnění.

**Gastrointestinální trakt:** břicho – pod niveau hrudníku, palpačně nebolestivé, měkké játra a slezina – nezvětšené, poslední stolice – 8. 9. 2014, 9/2014 - zaveden PEG.

**Močový a pohlavní systém:** ledviny – tapotmet bilaterálně negativní, mikce - inkontinence, moč fyziologické barvy a zápachu bez příměsí.

**Kosterní a svalový systém:** páteř – pokleповě nebolestivá, pohyblivost - imobilní, poloha těla – zvýšený svalový tonus, kontraktury horních a dolních končetin. Deformace horních a dolních končetin.

**Nervový a smyslový systém:** vědomí – lucidní, orientace - neorientuje se, nekomunikuje.

**Endokrinní systém:** štítná žláza – nezvětšena.

**Imunologický systém:** alergologická anamnéza – žádná, TT – 36 °C.

**Kůže a její adnexa:** kůže - bez patologických eflorescencí, nepatrné intertrigo v třísech, dekubity - nepřítomny. Vlasy - krátké, ne úplně čisté. Nehty - dlouhé, zanesené.

Tabulka 4: AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA

	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Stravování	„Nekomunikuje“	Dieta číslo 3, mletá, tato strava se podává stále i přesto, že má pacientka PEG, aby jí nevymizel polykací reflex. Podávána speciální výživa – Nutrison - do PEGu v intervalech 3 hodin. BMI – 11,2.
Příjem tekutin	„Nekomunikuje“	Tekutiny podávány do PEGu, ale i per os, vedena bilance tekutin
Vylučování moče	„Nekomunikuje“	Inkontinentní, diuréza dostatečná, bez PMK.
Vylučování stolice	„Nekomunikuje“	Inkontinentní, celodenně pleny, stolice nepravidelná trpí zácpou, podávána dle potřeby Lactulosa.
Spánek a bdění	„Nekomunikuje“	Bez problému.
Aktivita a odpočinek	„Nekomunikuje“	Trvale v lůžku, imobilní, pasivní cvičení v lůžku
Hygienická péče	„Nekomunikuje“	Hygienickou péči zajišťuje ošetřující personál, denně ranní a večerní hygiene, 1x týdně celková koupel, prevence opruzenin, dekubitů
Samostatnost	„Nekomunikuje“	Podle Barthelova testu aktivit denního života má vysoký stupeň závislosti (40 bodů), neprovede žádnou činnost



Tabulka 5: POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU ZE DNE 11. 9. 2014

	<b>Subjektivní údaje</b>	<b>Objektivní údaje</b>
Vědomí	„Nekomunikuje“	Lucidní, GCS - 9
Orientace	„Nekomunikuje“	Dezorientace v místě, čase, situaci, osobě
Nálada	„Nekomunikuje“	Nelze určit, výrazný neklid
Paměť	„Nekomunikuje“	Porušena ve všech oblastech
Myšlení	„Nekomunikuje“	Porušeno ve všech oblastech
Temperament	„Nekomunikuje“	Nelze určit
Sebehodnocení	„Nekomunikuje“	Nelze určit
Vnímání vlastního zdraví	„Nekomunikuje“	Nelze určit

Zdroj: vlastní zpracování

## MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

### Ordinovaná vyšetření při příjmu: 11. 9. 2014

*Anamnestické údaje:* viz. anamnéza

*Fyzikální vyšetření:* zhodnocení fyziologických funkcí, poslech plic a srdce, pohmat břicha

*Laboratorní vyšetření:* 0

### Ordinovaná vyšetření během pobytu:

*Měření fyziologických funkcí:* TK 1x týdně, TT dle potřeby, SpO<sub>2</sub> dle potřeby

*Vyšetření nutriční terapeutkou:* Podávání výživového doplňku (Nutridrink).

### Konzervativní léčba:

*Dieta:* č.3/mletá

*Pohybový režim:* trvale v lůžku, pasivní polohování - vedení polohovacího záznamu, od doby, kdy byla přeložena k nám na oddělení, jezdí na vozíčku pravidelně ven a po čase zkouší i stoj vzpřímený za pomoci chodítka a pracovníků

*RHB*: Pasivní rehabilitace v lůžku za pomoci rehabilitačního pracovníka 3x týdně a sestry

*Výživa*: Má velmi dobrý apetit, ráda popíjí během dne Nutridrink, dieta č. 3 mletá, denně vypije 1,5 l tekutin a k tomu si dává dvě kávy.

### **Medikamentózní léčba:**

*Intravenózní*: 0

*Per rectum*: 0

Tabulka 6: PER OS (pro zachování po. ref)

<b>Název léku</b>	<b>Forma</b>	<b>Síla</b>	<b>Dávkování</b>	<b>Skupina</b>
Keppra	tbl.	500mg	1-0-0	antiepileptica
Buronil	tbl.	25mg	1-1-2	neuroleptika
Helicid	cps.	20mg	1-0-0	antacida
Lactulosa	sir.	50%	Dle potřeby	digestiva
Rispen	tbl.	1mg	1-1-2	neuroleptika
Tiapridal	tbl.	100mg	1-1-1	neuroleptika

Zdroj: vlastní zpracování

## **SITUAČNÍ ANALÝZA**

Pacientka přeložena na Starý domek ke komplexní ošetrovatelské léčbě dne 11. 9. 2014. Vrozená hluboká mentální retardace. Pacientka při příjmu nebolestivá, zornice isokorické, sklery bílé, uši, nos, jazyk bez patologie. Fyziologické funkce: 14 dechů za minutu, krevní tlak 90/60 mmHg, puls 70' min, tělesná teplota 36,0 °C celkově bez otoků. Poslední stolici měla 8. 9. 2014. Uživatelka přijela v doprovodu své matky. Vzhledem k mentální retardaci nevnímá svůj zdravotní stav, není orientovaná místem, časem, osobou. Nedokáže manipulovat s léky, nerozlišuje osobu blízkou, či cizí. Matka uvádí, že uživatelka je většinu dne klidná, má ráda přítomnost druhé osoby, někdy však bez důvodu má agresivní a sebepoškozovací ataku. Ráda si hraje

s hračkami. Když se cítí nepříjemně, pláče, vydává zvuky, nebo osobu začne odstrkovat. Při příjmu uživatelka sedí na invalidním vozíku, je klidná, zvládá jednoduchou komunikaci. A rozumí krátkým, stručným, až příkazovým větám. Sleduje, co se to kolem ní děje, otáčí se a reaguje na zvuky. Uživatelka je uložena na 1. patro, dvouúžkový pokoj. Denně pije 1,5 l tekutin denně. Má velmi suchou pokožku, proto je nutné promazání celého těla po každé koupeli. Barva kůže je bledá, suchá, kožní turgor má v normě. Nejsou patrné žádné změny na kůži. V sacrální oblasti má dekubit hojící se per secundam. V třísech má intertrigo. Je nutný dohled stravy a bilance tekutin. Byl jí zaveden PEG, do kterého jí je podáván nutrison v intervalech po třech hodinách. Protože jí byl zaveden nedávno, je nutná péče o místo a okolí zavedení PEGu. I přesto, že jí byl zaveden, stále přijímá potraviny per os, aby nevymizel polykací a žvýkací reflex. Dle MNSFa je v riziku podvýživy. Uživatelka má inkontinenci moči, z tohoto důvodu je nutné používání inkontinentních pomůcek. Trpí zácpou, proto je nutné sledování vyprazdňování. Když dlouho nejde na stolicí, tak se vyprázdní po podání jedné odměrky Lactulozy. Bohužel také dle získaných informací byla již ne jednou stolice odbavovat digitálně.

Pacientka je imobilní, má zvýšený svalový tonus a kontraktury a deformace HK a DK. Hrozí u ní vysoké riziko pádu, proto má u sebe pomůcky, doplňující lůžko. Podle Barthelova testu aktivit denního života má vysoký stupeň závislosti (40 bodů), neprovede žádnou činnost, je závislá na pomoci ošetřovatelského personálu, který zajišťuje u pacientky komplexní ošetřovatelskou péči, zahrnující vše od hygienické péče, až po odborné ošetřovatelské výkony. Pacientka velmi chce a má velkou motivaci, ona i její rodina, takže pravidelně rehabilituje. Pacientka s personálem a oporou chodítka zvládne stoj u lůžka.

Verbální i neverbální komunikace je porušena. Ale co potřebuje, tak vykřikne, jednoduchá slovní spojení, či si na požadovaný předmět ukáže. Často vydává pouze neurčité zvuky, proto je hlavním zdrojem informací rodina pacientky a zdravotnická dokumentace. Pacientka je dezorientovaná, neorientuje se místem, časem ani osobou.

# STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

## Aktuální ošetřovatelské diagnózy

### Sesterská diagnóza č. 1

*Deficit sebeděče ve všech denních činnostech, související s mentální retardací, projevující se nedostatečnou osobní hygienou.*

#### Cíl:

- Pacientka je čistá a upravená
- Dochází k uspokojování základních potřeb

#### Priorita: střední

#### Výsledná kritéria:

- Pacientka nejeví známky zanedbané hygieny.

#### Ošetřovatelské intervence:

- Zajisti pacientce pravidelnou hygienickou péči (přímá obslužná péče, všeobecná sestra).
- Dbej na pravidelnou výměnu spodního prádla a oblečení (přímá obslužná péče, všeobecná sestra).
- Dbej na pravidelnou výměnu lůžkovin (přímá obslužná péče, všeobecná sestra).
- Dbej na pravidelnou péči o dutinu ústní a nosní (přímá obslužná péče, všeobecná sestra).
- Dbej na celkově upravený vzhled (přímá obslužná péče, všeobecná sestra).
- Zajisti pacientce pravidelnou pedikúru (přímá obslužná péče, všeobecná sestra, využití služby mimo zařízení).
- Zajisti pacientce návštěvu u kadeřnice (přímá obslužná péče, všeobecná sestra, využití služby mimo zařízení).

#### Realizace:

- 7.30 - 8.00 Ranní hygiena (omytí obličeje, očista dutiny ústní, uprava vlasů, omytí genitálu, výměna spodního prádla, čisté oblečení, použití deodorantu).

- 10.00 - 10.15 Výměna inkontinenčních pomůcek a očista genitálu, úprava nehtů na dolních i horních končetinách.
- 12.30 - 12.45 Výměna inkontinenčních pomůcek, očista genitálů, prevence opruzenin
- 15.15 - 15.30 Odpolední úprava lůžka, výměna inkontinenčních pomůcek, očista genitálu.
- 18.00 - 18.30 Večerní hygiena (celková koupel, promazání těla, výměna inkontinenčních pomůcek).

### **Hodnocení**

Cíl se mi podařilo splnit. Pacientka nejevila známky zanedbané hygieny. Pacientka byla voňavá, čistá a upravená. V rámci rehabilitace jsme pacientku zapojili do každodenní hygieny. Pacientka měla sama ze sebe velkou radost.

### **Sesterská diagnóza č. 2**

*Zácpa související se sníženou pohybovou aktivitou projevující se obtížným vyprazdňováním tuhé stolice.*

**Cíl:** Pacientka se bude pravidelně vyprazdňovat s použitím Lactulosity 1x týdně.

**Priorita:** střední

#### **Výsledná kritéria:**

- Pacientka se bude vyprazdňovat bez obtíží 1x za týden
- Pacientka vypije 1,5 – 2 l tekutin za den.

#### **Ošetrovatelské intervence:**

- Prováděj nácvik defekačního reflexu (všeobecná sestra).
- Pečuj o kůži v oblasti análního otvoru (přímá obslužná péče, všeobecná sestra).
- Dbej na prevenci intertriga a dekubitů (přímá obslužná péče, všeobecná sestra).
- Sleduj počet stolic a proved' zápis do ošetrovatelské dokumentace (přímá obslužná péče, všeobecná sestra).
- Sleduj barvu, tvar, konzistenci a příměsi ve stolici (přímá obslužná péče, všeobecná sestra).

- Sleduj množství přijatých tekutin (přímá obslužná péče, všeobecná sestra).
- Dbej na dostatek vlákniny ve stravě (přímá obslužná péče, všeobecná sestra).
- Pravidelně kontroluj a vyměňuj inkontinenční pomůcky (přímá obslužná péče, všeobecná sestra).

### **Realizace:**

- 7.00 Edukovala jsem personál na ranní schůzce, dále jsem se snažila poučit pacientku o provádění pravidelné hygienické péče.
- 7.30 - 8.00 U pacientky jsme provedli řádnou ranní hygienu.
- 10.30 - 10.45 U pacientky jsme provedli dopolední úpravku a očištění intimních partií.
- 12.30 - 12.45 Vyvětrali jsme pokoj, upravili jsme lůžko, provedli jsme polední úpravu lůžka a pacientky.
- 12.45 - 15.00 Pacientka odpočívala při poslechu hudby.
- 15.00 - 15.15 Provedli jsme pravidelnou odpolední úpravu a očištění intimních partií pacientky.
- 18.45 - 19.15 Vyvětrali jsme pokoj, upravili jsme lůžko, u pacientky jsme provedli večerní úpravu a hygienickou péči.

### **Hodnocení:**

Pacientka nebyla zvyklá na takovou hygienickou péči, takže se jí to ze začátku moc nelíbilo, ale po chvíli již neměla problém s pravidelnou hygienickou péčí. Došlo k vizuálnímu zlepšení pacientčina vzhledu. Došlo ke zlepšení hygienického stavu pacientky.

### **Sesterská diagnóza č. 3**

*Narušený spánek v souvislosti s nesouladem denního biorytmu, projevující se dlouhým usínáním, nespavostí, častým buzením v noci a lehkým spánkem, který trvá 2 až 3 hodiny.*

**Cíl:** Pacientka spí nepřetržitě alespoň 4 – 6 hodin. Pacientka usíná do 30 minut po ulehnutí.

**Priorita:** střední

**Výsledná kritéria:**

- Pacientka má upravený spánkový rytmus
- Pacientka je během dne aktivizována
- Pacientka během dne nejeví známky ospalosti a únavy
- U pacientky dojde k upravení spánkového rytmu do 3 dnů.

**Ošetrovatelské intervence:**

- Uprav lůžko před spaním (přímá obslužná péče, všeobecná sestra).
- Vyvětrej pokoj (přímá obslužná péče, všeobecná sestra).
- Dodržuj spánkové rituály klientky (přímá obslužná péče, všeobecná sestra).
- Podávej hypnotika dle ordinace lékaře – zaznamenej do ošetrovatelské dokumentace (všeobecná sestra).
- Sleduj účinky podaných hypnotik a zaznamenej do ošetrovatelské dokumentace (všeobecná sestra).
- Minimalizuj rušivé element (přímá obslužná péče, všeobecná sestra).

**Realizace:**

- 10.00 Edukovala jsem rodinu pacientky, personál a pacientku o provádění různých činností během dne.
- 10.30 - 17.00 Pacientku jsme aktivizovali během celého dne (čtení, vycházka, nácvik chůze, zpěv, kreslení).
- 10.00 - 17.00 Pacientka během dne nespala
- 20.00 - 20.20 Vyvětrali jsme pokoj, upravili jsme lůžko, podali jsme hypnotika dle ordinace lékaře (ošetrovatelský personál, všeobecná sestra).

- 21.00 Pacientka spí.

### **Hodnocení:**

Pacientka byla uložena na klidný pokoj v doprovodu matky. Pacientka přes den nespávala, dohled byl zajištěn, během dne sledovala televizi, poslouchala hudbu, bylo s ní prováděno rehabilitační cvičení, pracovník v přímé péči jí předčítal knihu a vzala jsem ji na delší procházku do obchodu a lékárny. Dále jsem ji aktivizovala za pomoci matky vhodnými aktivitami. Noční chození k pacientce bylo omezeno na minimum. Cíl splněn částečně. I nadále je nutné pokračovat v zavedených intervencích.

### **Sesterská diagnóza č. 4**

*Porušená verbální komunikace související s mentální retardací projevující se křikem a agresí.*

### **Cíl:**

- Sestavení komunikační knihy
- Využití neverbálních prostředků ke komunikaci

**Priorita:** střední

### **Výsledná kritéria:**

- Pacientka je klidná.
- Pacientka rozumí neverbální komunikaci.

### **Ošetřovatelské intervence:**

- Vysvětlí pacientce a její rodině nutnost využití neverbálních prostředků ke komunikaci (všeobecná sestra).
- Sestav s pacientkou komunikační knihu (přímá obslužná péče, všeobecná sestra).
- Zajisti pacientce kartičky, určující dějovou posloupnost a dle nich se řídí (přímá obslužná péče, všeobecná sestra).
- Neměň dějovou posloupnost kartiček, dodržuj ji přesně dle naplánování (přímá obslužná péče, všeobecná sestra).
- Domluv se na spolupráci s rodinou (všeobecná sestra).



**Realizace:**

- 8.00 Po ranní hygieně jsem pacientce vysvětlila, ukázala a připevnila vedle jejího lůžka její den a celou jeho posloupnost znázorněnou v dějových kartičkách.
- 8.30 Jsem splnila první z kartiček a to byla snídaně, po snídani jsem jí vysvětlila, že tento děj již proběhl, tedy jsem společně s ní z nástěnky sundala kartičku se snídaní.
- 10.00 Následovala další kartička a to návštěva u lékaře. Když jsem pacientku vypravovala k lékaři, tak jsem jí několikrát upozornila a ukázala kartičku s tímto dějem, po návratu od lékaře jsem tuto kartičku sundala z nástěnky.
- 12.00 - 12.30 Proběhl oběd, po obědě si pacientka šla odpočinout a společně jsme odstranily další kartičku, kde byl znázorněn oběd.
- 12.30 - 15.00 Pacientka odpočívala, po odpočinku jsme odstranily kartičku s odpočinkem.
- 18.00 Následovala večeře, po večeři jsme odstranily i tuto kartičku, po uložení pacientky do lůžka a nachystání ke spánku jsem se jí snažila vysvětlit, že nyní jí tam zůstane kartička se spánkem a k tomu nachystáme kartičky na zítřejší den, a tak jsme i společně udělaly

**Hodnocení:**

Pacientce se kartičky velmi líbily, ušetřily nám spoustu času a dohadů. Tyto dějové kartičky byly nejen pro nás jako personal velkým přínosem, ale i pro pacientku samotnou a i pro její rodinu. Pacientka již nemusela být nevrlá, protože jsme se takřka hned domluvily. Cíl se nám podařilo splnit.

## 4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě zjištěných informací o mentální retardaci jsem stanovila následující doporučení pro zdravotnický personál.

### **Doporučení pro zdravotnický personál:**

- Snaž se u pacienta získat důvěru.
- Snaž se u pacienta vyvolávat pozitivní pocity, náladu.
- Věnuj pacientovi dostatečný časový prostor k vyjádření jeho pocitů.
- Přistupuj k pacientům jako profesionál.
- Dbej na dodržování práv pacientů.
- Věnuj pacientovi s MR individuální přístup při stanovení cílů a plánu.
- Vytvoř si k pacientovi individuální plán při plnění stanovených cílů.
- Spolupracuj s rodinou, nebo s opatrovníkem.
- Respektuj jejich práva, nenuť tyto pacienty dělat, co nechtějí.
- Neslibujte mentálně retardovanému pacientovi to, co nemůžete splnit.
- Dodržujte a splňte, co jste řekli, či slíbili mentálně retardovanému.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala problematikou mentální retardace. Mentální retardace je ve společnosti častým tématem, ale stále se najde velká společnost lidí, která považuje mentální retardaci za tabuizovanou.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Část teoretická se zabývá mentální retardací obecně, rozdělením, příznaky a projevy mentální retardace, diagnostikou, prevencí, léčbou a ergoterapií. Cílem bakalářské práce bylo snažit se přiblížit problematice mentálně retardovaných, východiskem teoretické práce bylo poskytnutí ucelených informací o mentální retardaci. Praktickou část tvořil ošetrovatelský proces u pacientů s mentální retardací na základě vytvoření individuálního plánu pacienta s MR na podkladě získaných informací od rodiny, zdravotnického personálu a z ošetrovatelské dokumentace. Cílem praktické části bylo vytvoření ošetrovatelského plánu a aktuálních ošetrovatelských diagnóz.

Stěžejním bodem práce jsou ošetrovatelská specifika na podkladě získaných informací a zhodnocení stavu pacienta, spojené s mentální retardací. U konkrétní pacientky byly zhodnoceny získané informace a na tomto podkladě byl sestaven ošetrovatelský plán a stanoveny aktuální ošetrovatelské diagnózy.

Bakalářská práce může sloužit nejen jako informační materiál, ale také jako studijní materiál - jak pro zdravotnický personál, tak i pro blízké. Myslím si, že by široká veřejnost měla mít větší povědomí o našich handicapovaných spoluobčanech, měli bychom je více zařadit do společnosti a běžného života, vždyť právě po tom oni tolik touží, a proto jsem se rozhodla vypracovat leták, který bude sloužit pro širokou veřejnost, rodinné příslušníky, kteří mají mentálně retardované dítě a pro ošetřující a zdravotnický personál, jako osvěta o mentální retardaci a obecné zásady a doporučení v péči o mentálně postižené děti. Leták jsem umístila do zařízení Sociální služby pro osoby se zdravotním postižením p. o., a také do ordinace praktického lékaře ve Fryštáku, zatím byl na leták jen pozitivní ohlas. Doufám, že o něj bude i dále zájem a pevně věřím, že i tento leták pomůže k větší míře informovanosti všech spoluobčanů.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

FILATOVÁ, R., JANKŮ, K. (Ed): 2011. *Snoezelen*. Ostrava: Tiskárna Kleinwächter, 2011. 111 s. ISBN 978-20-260-0115-7.

FIŠAR, Z. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2009, 383 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2737-0.

HEWARD, W. L. *Exceptional children: an introduction to special education*. 8th ed. Upper Saddle River, N. J: Pearson Education/Merrill/Prentice Hall, 2006. ISBN 01-311-9170-5.

JAFFE, J. H., M. D. "Mental Retardation." In *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, edited by Benjamin J. Sadock, M. D. and Virginia A. Sadock, M.D. 7th edition. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins, 2000.

KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, c2009, xxxi, 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.

LEČBYCH, M. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, 248 s. ISBN 978-80-244-2071-4.

MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 264 s. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1399-3.

MEDICAL TRIBUNE CZ – INPHARMEX. *Pharminindex Breviř*. 17. vyd. Praha: Medical Tribune, 2008. ISBN 978-80-87135-05-1.

Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012-2014 = Nursing diagnoses: definitions and classification : 2012-2014. 1. české vyd. Editor T Herdman. Praha: Grada, 2013, xxxiii, 550 s. ISBN 978-80-247-4328-8.

OTOVÁ, B., MIHALOVÁ B. *Základy biologie a genetiky člověka*. 1. vyd. V Praze: Karolinum, 2012, 227 s. ISBN 978-80-246-2109-8.

PAVLÍKOVÁ, S.: *Modely ošetrovatelské péče*. Praha, Grada Publishing 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.

PREISS, M., PŘIKRYLOVÁ KUČEROVÁ H. *Neuropsychologie v neurologii*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 362 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0843-4.

PROCHÁZKA, V., H. ŠTĚPÁNKOVÁ, B. SEDLÁK, Cz. KAPUSTA, K. KNÍŽEK, Z. JIRÁK, J. ENGLICH a R. ŘEZNÍČEK. NMR study of perovskites. *Journal of SEIDL, Zdeněk. Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2.

STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 3: Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2003. ISBN 80-7013-282-5.

SYSEL, D., BELEJOVÁ H., MASÁR O. *Teorie a praxe ošetřovatelského procesu*. V Tribunu EU vyd. 2. Brno: Tribun EU, 2011, 280 s. Librix.eu. ISBN 978-80-263-0001-4.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál, 2011, 221 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-889-0.

TÓTHOVÁ, V. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton, 2014, 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.

TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. ISBN 80-7013-324-4.

VOKURKA, M., HUGO J. *Kapesní slovník medicíny: výkladový slovník lékařských termínů pro širokou veřejnost: [3500 nejdůležitějších hesel]*. 3. vyd. Praha: Maxdorf, c2013, 188 s. ISBN 978-80-7345-369-5.

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

ZACHAROVÁ, E.; HERMANOVÁ, M.; ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie - teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 232 s. ISBN 978-80-2472068-5.

## Internetové zdroje

CAMPBELL, Ch. Wikipedia: The Free Encyclopedia. [http://TDR/The Drama Review](http://TDR/The_Drama_Review) [online]. 2009, vol. 53, issue 4, s. 185-187 [cit. 2015-02-15]. DOI: 10.1162/dram.2009.53.4.185

Dobromysl. *Dobromysl* [online]. Česká republika: Dobromysl, 2012 [cit. 2014-12-30]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=32>

Diplomová práce. JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Dita NOVÁKOVÁ. Dostupné z: <http://theses.cz/id/yfwvm4/>

[Http://www.ijalel.org/pdf/573.pdf](http://www.ijalel.org/pdf/573.pdf). *International Journal of Applied Linguistics & English Literature* [online]. 2014, vol. 4, issue 1 [cit. 2015-02-15]. DOI: 10.7575/aiac.ijalel.v.4n.1p.89

*Magnetism and Magnetic Materials* [online]. 2008, vol. 320, issue 14, e12-e15 [cit. 2015-02-15]. DOI: 10.1016/j.jmmm.2008.02.006

MARŠÁLKOVÁ GREŠOVÁ, J. *Specifika ošetrovatelské péče u dětí s těžkým kombinovaným postižením* [online]. 2013 [cit. 2014-11-10]

Medicine. *Medicine: Mentální retardace* [online]. Česká republika: Medicine, 2013 [cit. 2015-12-13]. Dostupné z: <http://medicine-cz.mednews.in.ua/jin-nemoci/18669-klasifikace-mentln-retardace-prciny-a-prevence>

*Socializace mentálně retardovaných* [online]. Česká republika: Referaty, 2005 [cit. 2015-01-17]. Dostupné z: <http://referaty-seminarky.cz/socializace-mentalne-retardovanych/>

Wikipedia. *Wikipedia* [online]. Česká republika: wikipedia, 2015 [cit. 2015-12-13]. Dostupné z: [https://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD\\_retardace](https://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD_retardace)

Život v ústavním zařízení pohledem uživatelů. *UTB: Ústavní péče* [online]. Česká republika: bakalářská práce, 2012 [cit. 2015-11-20]. Dostupné z: <http://medicine-cz.mednews.in.ua/jin-nemoci/18669-klasifikace-mentln-retardace-prciny-a-prevence>

# **PŘÍLOHY**

Příloha A Literární rešerše

Příloha B Centra pro pomoc mentálně retardovaným

## **Příloha A**

### **Literární rešerše**

Lékařská knihovna Krajské nemocnice T. Bati, Havlíčkovo nábřeží 600

Téma: Ošetrovatelský proces u pacienta s hlubokou mentální retardací

Klíčová slova: Ošetrovatelský proces, retardace, hluboká mentální retardace.

Časové vymezení: 2004- 2013

Jazykové vymezení: čeština, angličtina, slovenština

Druhy dokumentů: knihy, časopisy, odborné práce

1. PASTORKOVÁ, Radmila — JURÍČKOVÁ, Lubica. Specifika přístupu zdravotní a posudkové péče u osob zbavených způsobilosti k právním úkonům. *Praktický lékař*, 2014, roč. 94, č. 4, s. 201-204. ISSN: 0032-6739.
2. KUKLETOVÁ, Martina — PANTUČEK, Lukáš — HALAČKOVÁ, Zdenka, et al. Analýza stavu chrupu dětí mladších než šest let věku ošetřených v celkové anestezii v letech 2002–2004. *Česká stomatologie a Praktické zubní lékařství*, 2013, roč. 113-61, č. 6 (Praktické zubní lékařství), s. 77-85 příl. ISSN: 1213-0613.
3. ŠKODOVÁ, Eva — KRATOCHVÍLOVÁ, B. Bardet-Biedlův syndrom. *Otorinolaryngologie a foniatrie*, 2012, roč. 61, č. 4, s. 261-268. ISSN: 1210-7867.
4. BERANOVÁ, Štěpánka — HRDLIČKA, Michal. Časná diagnostika a screening dětského autismu. *Československá psychologie*, 2012, roč. 56, č. 2, s. 167-177. ISSN: 0009-062X.
5. MÁLEK, Jiří — HESS, Ladislav — ŠČIGEL, Vladimír, et al. Orální analgosedace mentálně postižených pacientů - předběžné výsledky. *Anesteziologie & intenzivní medicína*, 2011, roč. 22, č. 4, s. 209-214. ISSN: 1214-2158.
6. KUPKOVÁ, Jana — HOLCZEROVÁ, Vladimíra. Pracovní rehabilitace klientů s mentální retardací v zařízeních sociální péče v České republice. *Rehabilitácia*, 2011, roč. 48, č. 3, s. 176-186. ISSN: 0375-0922.



7. Skončil dvouletý vzdělávací program pracovníků v sociálních službách. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2011, roč. 7, č. 4, s. 6. ISSN: 1801-1349.
8. HAVLÍK, Miroslav. Příspěvek k ošetření nespolupracujících dospělých pacientů. *Česká stomatologie a Praktické zubní lékařství*, 2010, roč. 110-58, č. 4, s. 53-56. ISSN: 1213-0613.
9. SEEMAN, Tomáš — MALÍKOVÁ, Marcela — BLÁHOVÁ, Květa — SEEMANOVÁ, Eva. Polycystic kidney and hepatic disease with mental retardation and hand anomalies in three siblings. *Pediatric nephrology*, 2009, roč. 24, č. 7, s. 1409-1412. ISSN: 0931-041X.
10. SCHWETZOVÁ, Denisa — KISVETROVÁ, Helena. Život s mentálně postiženým v domácí péči. In: *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve a v pôrodnej asistencii*. Vyd. 1. Martin : Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, 2009. 2009, s. 186-192. ISBN: 978-80-88866-61-9.
11. ZÁHORÁKOVÁ, Daniela — MARTÁSEK, Pavel. Rettův syndrom. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 2009, roč. 72/105, č. 6, s. 525-533. ISSN: 1210-7859.
12. HALAČKOVÁ, Zdenka — HOLLÁ, Lydie — KUKLETOVÁ, Martina. Zubní péče u rizikových skupin pacientů s diagnózou mentální retardace a epilepsie. *Česká stomatologie a Praktické zubní lékařství*, 2009, roč. 109-57, č. 4, s. 66-69. ISSN: 1213-0613.
13. ŠTĚPÁNOVÁ, Markéta — BLATNÝ, Marek. Život se sourozencem s mentálním postižením: kritické momenty, zdroje zvládnání a osobní růst. *Československá psychologie*, 2009, roč. 53, č. 3, s. 241-260. ISSN: 0009-062X.
14. ČECHOTOVÁ, Eva — KRATOCHVÍLOVÁ, Martina. Epilepsie. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 3, s. 63-64. ISSN: 1210-0404.
15. SCHILLEROVÁ, Vladimíra — CETLOVÁ, Lada. Psychiatrická léčebna a spolupráce s terénem. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2007, Roč. 3, č. 4, s. 136. ISSN: 1801-1349.

16. HRBKOVÁ, Irena. Handicapované děti ve stomatologické ambulanci. *Florence*, 2007, Roč. 3, č. 3, s. 124-125. ISSN: 1801-464X.

17. PANTUČEK, Lukáš — KUKLETOVÁ, Martina — HALAČKOVÁ, Zdenka, et al. Stav chrupu u nespolutracujících dětí ošetřených na Stomatologické klinice v Brně v roce 2004. *Česká stomatologie a Praktické zubní lékařství*, 2007, roč. 107-55, č. 1, s. 1-9. ISSN: 1213-0613.

18. ŠESTÁK, Jan. Identifikace potřeby podpory poskytované člověku s mentálním postižením v období časně dospělosti. *Kontakt*, 2005, Roč. 7, č. 3-4, s. 273-279. ISSN: 1212-4117.

19. ADAMIECOVÁ, Zdeňka. Ošetrovatelský proces u nemocné s paraparézou dolních končetin. In: *Ostravské sympozium ošetrovatelství s mezinárodní účastí*. Vyd. 1. Ostrava : Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2001-2006. 2002, roč. 2, s. 7-8. .

20. JANOTOVÁ, Dana. Mentální retardace - nemoc nebo osud?. *Zdravotnické noviny*, 2002, Roč. 51, č. 23. ISSN: 1805-2355.

21. DEDKOVÁ, Ilona. Péče o handicapované vyžaduje znalosti i lásku. *Sestra*, 2002, roč. 12, č. 2, s. 24. ISSN: 1210-0404.

*Kurz speciální pečovatelské péče = Special sitters course*. Brno: Speciální poradenství SPMP, [2006]. 46 s. Mentální retardace; 1.

### **Knihy:**

Švarcová, Iva. *Mentální retardace : vzdělávání, výchova, sociální péče*. Iva Švarcová. Vyd. 4., přeprac. Praha : Portál, 2011. 221 s. (Speciální pedagogika). ISBN 978-80-7367-889-0.

Černá, Marie. *Česká psychopedie : speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Marie Černá a kolektiv. Vyd. 1. Praha : Karolinum, 2008. 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3.

Lečbych, Martin. *Mentální retardace v dospívání a mladém dospělosti*. Martin Lečbych. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. 248 s. (Monografie). Nad názvem: Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta. ISBN 978-80-244-2071-4.

Čadilová, Věra, Jůn, Hynek, Thorová, Kateřina. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Věra Čadilová, Hynek Jůn, Kateřina Thorová. Vyd. 1. Praha : Portál, 2007. 243 s. Obálkový podnázev: Zvládání problémového chování u lidí nejen v domovech sociálních služeb. ISBN 978-80-7367-319-2.

Bouček, Jaroslav. *Speciální psychiatrie*. Jaroslav Bouček a kolektiv. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2006. 244 s. (Učebnice). Nad názvem: Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta. ISBN 80-244-1354-X.

Diplomové práce:

MARŠÁLKOVÁ GREŠOVÁ, Jana. *Specifika ošetrovatelské péče u dětí s těžkým kombinovaným postižením* [online]. 2013 [cit. 2014-11-10]. Diplomová práce. JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Dita NOVÁKOVÁ. Dostupné z: <http://theses.cz/id/yfwvm4/>;

PETROVÁ, Nad'a. *Potřeby osob s těžkým stupněm tělesného a mentálního postižení v zařízení sociálních služeb* [online]. 2014 [cit. 2014-11-10]. Diplomová práce. UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Jiří Kantor. Dostupné z: <http://theses.cz/id/jm vbjl/>;

ŽÁKOVÁ, Veronika. *Možnosti rozvoje kvality péče, vzdělání a potřeb dětí s mentálním postižením* [online]. 2013 [cit. 2014-11-10]. Bakalářská práce. UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce -- AAA-neuveden. Dostupné z: <http://theses.cz/id/15c1qn/>;

PAĎOUROVÁ, Pavlína. *Dítě s mentální retardací ve zdravotnickém zařízení* [online]. 2013 [cit. 2014-11-10]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Zlatica Dorková. Dostupné z: <http://theses.cz/id/jffxtb/>;

RAJSIGLOVÁ, Adéla. <i>Sebepoškozování u osob s mentálním postižením</i> [online]. 2014 [cit. 2014-11-10]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Kristýna Balátová. Dostupné z: &lt;[http://is.muni.cz/th/322399/pedf\\_b/](http://is.muni.cz/th/322399/pedf_b/)&gt;.

DUŠKOVÁ, Dana. <i>Využití bazální stimulace u dospělých jedinců s mentálním postižením v denním stacionáři Effeta</i> [online]. 2012 [cit. 2014-11-10]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Dagmar Přinosilová. Dostupné z: &lt;[http://is.muni.cz/th/322889/pedf\\_b/](http://is.muni.cz/th/322889/pedf_b/)&gt;.

## **Příloha B**

### **Centra pro mentálně retardované**

#### **1. Centrum výchovy a vzdělávání mentálně postižených**

**Tel.:** 581 201 334

<http://www.edb.cz/>

Kosmákova 46/2324, Přerov, 75002

**2. Klub Sluně** - Integrace mentálně postižených dětí do společnosti. Zimní, letní a podzimní tábory pro děti a mládež.

**Tel.:** +420 723315073

[slune.slansko.cz](http://slune.slansko.cz)

Občanské sdružení Klub Sluně Tomanova 1379, 274 01 Slaný

**3. „Ty a Já“ je sdružení pro podporu handicapovaných spoluobčanů** - cílem je pomáhat tělesně či mentálně handicapovaným dětem a mládeži začlenit se do běžného života.

**Tel.:** 777 593 893

[www.sdruzenityaja.cz](http://www.sdruzenityaja.cz)

Francouzská 27, 326 00 Plzeň

**4. Akord - Denní stacionář Organizační jednotka sdružení** - zajišťuje zabezpečení dětí a mládeže s mentálním postižením a kombinovanými vadami ve věku od 3 do 26 let a poskytování výchovné, vzdělávací, léčebné a rehabilitační péče.

**Tel.:** +420 222519716

[www.volweb.cz/dsakord](http://www.volweb.cz/dsakord)

Záhřebská

120 00 Praha – Vinohrady

**5. Centrum výchovy a vzdělávání mentálně postižených** - Centrum nabízí pracovní rehabilitace, výchovné a kulturně výchovné aktivity a zájmové kroužky pro mentálně postižené.

**Tel.:** +420 581 201 334

[www.centrum.xf.cz](http://www.centrum.xf.cz)

Kosmákova 2324/46

750 02 Přerov I-Město