

**Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha 5**

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES O DOSPĚLÉHO PACIENTA S  
MENTÁLNÍ RETARDACÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**MARKÉTA MALÁ**

**Praha 2017**

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES O DOSPĚLÉHO PACIENTA S  
MENTÁLNÍ RETARDACÍ**

Bakalářská práce

MARKÉTA MALÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

Praha 2017



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

Malá Markéta  
3. A VS

**Schválení tématu bakalářské práce**

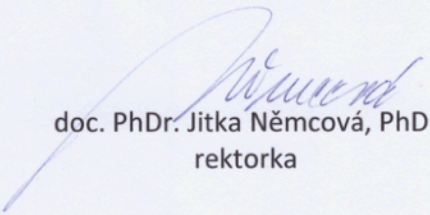
Na základě Vaší žádosti ze dne 8. 4. 2016 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s mentální retardací

*Nursing Process in the Case of a Patient with Mental Retardation*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

V Praze dne: 1. 11. 2016

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, Ph.D.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem řádně citovala a uvedla v seznamu použité literatury. Tato práce nebyla využita k získání stejného, nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

*Podpis:*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr.

Haně Tošnarové, Ph.D. za všechny rady a náměty.

Dále děkuji svým blízkým, kteří mě podporovali ve studiu.

## ABSTRAKT

MALÁ, Markéta. *Ošetrovatelský proces o dospělého pacienta s mentální retardací*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D., Praha. 2017.

Bakalářská práce na téma “Ošetrovatelský proces o pacienta s mentální retardací” je rozdělena na část teoretickou a praktickou.

V teoretické části jsou popsány možné příčiny a stupně retardace, postižení motorická, kombinovaná, berou se v potaz přidružené choroby, nejčastější příčiny úmrtí a kvalita života.

V praktické části práce je představen domov se speciálním režimem a na konkrétním pacientovi jsou demonstrovány specifika ošetrovatelské péče vzhledem k míře jeho postižení, jsou zde navrženy vhodné aktivizační metody.

Cílem bakalářské péče je podat ucelený přehled o problematice mentální retardace, popsat ošetrovatelský proces o postiženého, jeho denní režim v sociálně-zdravotnickém zařízení a navrhnout vhodné aktivity.

**KLÍČOVÁ SLOVA:** Kombinované postižení. Komunitní péče. Mentální retardace. Ošetrovatelská péče. Potřeby.

## ABSTRACT

MALA, Marketa. *Nursing Care Process for Mental Retardation patient*. Vysoka Skola Zdravotnicka, o.p.s. Level of Qualification: Bachelor (Bc.) Supervisor: Hana Tosnarova, Ph.D., Prague, 2017.

This thesis *Nursing Care Process for Mental Retardation patient* is divided into theoretical and practical parts.

The first part of this thesis is focused on the definition, etiology, signs, symptoms and classification of mental retardation including the prognosis for patients with mental retardation and quality of their life.

The second, practical part is focused on nursing care provided by general nurses to patients with moderate mental retardation. The interventions and treatment modalities are focused on programs that maximise speech, language, cognitive, psychomotor, social and self-care skills.

The purpose of this thesis is to describe nursing care among intellectually disabled people who live in institutional care.

**KEYWORDS:** Combined Mental disability. Community care. Mental retardation. Nursing care. Needs.

## OBSAH

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ .....	9
SEZNAM ZKRATEK .....	10
PŘEDMLUVA .....	11
ÚVOD .....	12
1 MENTÁLNÍ RETARDAC .....	15
1.1 MENTÁLNÍ RETARDACE VS MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ.....	16
1.2 DIAGNOSTIKA MENTÁLNÍ RETARDACE .....	16
1.3 KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE .....	18
1.4 PŘÍČINY MENTÁLNÍ RETARDACE .....	22
1.5 SPECIFIKA MENTÁLNÍ RETARDACE .....	24
2 VHODNÉ TERAPEUTICKÉ INTERVENCE .....	29
2.1 LÉČBA S POMOCÍ ZVÍŘAT.....	29
2.2 INTERVENCE PRACUJÍCÍ S POHYBEM .....	30
2.3 INTERVENCE PRO ROZVOJ KOGNITIVNÍCH SLOŽEK .....	31
2.4 INTERVENCE V OBLASTI KOMUNIKACE .....	31
2.5 BEHAVIORÁLNÍ INTERVENCE .....	32
2.6 ROLE SESTRY.....	34
3 PRAKTICKÁ ČÁST .....	35
3.4 CHARAKTERISTRIKA DOMOVA LAGUNA .....	35
4 KAZUISTIKA PACIENTA .....	37
4.1 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....	42
5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....	58
6 ZÁVĚR .....	59
SEZNAM LITERATURY .....	60
SEZNAM PŘÍLOH .....	63



## SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**ASFYXIE** - dušení způsobené nedostatkem vzduchu

**AUTISMUS** - těžká psychická porucha, při níž je narušeno navazování kontaktů s okolím, vytváření citových a společenských vztahů

**EPILEPSIE** - skupina poruch mozku projevujících se opakovanými záchvaty paroxysmy různého charakteru

**GRAVIDITA** - těhotenství

**HERPES** - onemocnění způsobené herpetickými viry

**RUBEOLA** - zarděnky

**SYFILIS** - chronicky probíhající infekční onemocnění způsobené anaerobní spirochetou *Treponema pallidum*

(VOKURKA, 2009)

## **SEZNAM ZKRATEK**

**CNS** - Centrální nervový systém

**CT** - Computer Tomograph

**FN** - Fakultní nemocnice

**IQ** - Intelligence Quotient

**NANDA** - North American Nursing Diagnosis Association

**ORT** - Orofaciální regulační terapie

**ÚSP** - Ústav sociální péče

## PŘEDMLUVA

*“ Člověk s postižením má stejné potřeby jako zdravý člověk. První z nich je být uznán a milován takový, jaký je. ”* (ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, 2006)

Téma bakalářské práce jsem si zvolila ze zájmu o danou problematiku a z osobní zkušenosti v nejbližší rodině.

Problematika mentální retardace je velmi specifická. Každý laik zhruba ví, co si pod pojmem představit, nicméně reálné znalosti jsou velmi povrchní, opředené mýty. Lidé vesměs nerozlišují stupně postižení a vědí pramálo o příčinách a důsledcích. Z toho důvodu popisuji stupně retardace, její příčiny a přidružená onemocnění.

Existuje mnoho domovů se speciálním režimem, je mnoho metod, trendů a možností v aktivizaci, rehabilitaci a začleňování retardovaných jedinců do života.

Ráda bych, aby moje práce přispěla k rozšíření povědomí a osvětě. Přála bych si, aby se o mentální retardaci nemluvalo se strachem a odporem, nýbrž věcně, prakticky a erudovaně.

## ÚVOD

Mentální retardace je jev velmi složitý a komplexní vzhledem k celé řadě faktorů, kterými může být determinován. Každý člověk s mentálním postižením je individualita se specifickými rysy. Přesto se však u většiny projevují stejné znaky v závislosti na míře postižení. (KREJČÍŘOVÁ, 2007)

Některá postižení jsou diagnostikována hned po porodu, jiná jsou rozpoznatelná později. Narození postiženého dítěte, resp. potvrzení, že dítě je skutečně takové, bývá jedním z nejvýznamnějších mezníků v životě rodičů a celé rodiny. Nečekané kruté sdělení zapříčiní obrovskou úzkost vyplývající z dezorientace, nejasnosti z budoucna i ze ztráty původních představ. Rodiče se cítí vinni, v první fázi se bojí kontaktu s okolím, stydí se. Okolí zase obvykle neví, jak má s rodinou postiženého či s postiženým samotným jednat, nerozlišuje mezi stupni retardace či nemá ponětí, jak k ní může dojít, neuvědomuje si zátěž vyplývající z postižení v dalších letech života.

Cílem bakalářské práce je v teoretické části vysvětlit pojem mentální retardace, popsat klasifikaci, příčiny, diagnostiku a specifika osobnosti mentálně retardovaného.

V praktické části je cílem formou charakterizovat chování postiženého mentální retardací, jeho denní režim a popsat ošetrovatelský proces o něho.

**Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1.**

Shrnout informace o mentální retardaci, její diagnostice, stupních postižení, příčinách a specifických postižených.

**Cíl 2.**

Popsat vhodné terapeutické intervence.

**Vstupní literatura:**

- ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, I. Mentální retardace: vzdělání, výchova, sociální péče. Vyd. 3., aktualiz. a přeprac. Praha: Portál, 2006. 198 s. ISBN: 80-7367-060-70.
- VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M. Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu. Vyd. 1. Praha : Grada, 2012. 349 s. ISBN: 978-80-247-3829-1.
- BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J. Psychopedie. Texty k distančnímu vzdělávání. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-144-7.
- BAZALOVÁ, B. Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje. Vyd 1. Praha: Portál, 2014. 184 s. ISBN: 978-80-262-0693-4.

**Popis rešeršní strategie**

Vyhledávání odborných publikací a článků, které byly použity pro vypracování bakalářské práce, proběhlo v časovém období červen 2016 až leden 2017. Materiál ke zpracování rešerše byl čerpán v Národní lékařské knihovně. Časové období českých i zahraničních zdrojů bylo vymezeno obdobím 2006 až po současnost. Zdrojem byla databáze Medvik, CINAHL, Academic Search Complete, Medline, Theses.

Z dohledané literatury bylo čerpáno a citováno na základě blízkosti či shody s danou problematikou a cíli, které jsem si vytyčila.

**Pro tvorbu praktické části byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1.**

Formou kazistiky popsat ošetrovatelský proces o mentálně retardovaného.

**Cíl 2.**

Sestavit vhodný plán dlouhodobé péče.

**Popis strategie výběru kazuistiky**

Pro praktickou část byla zvolena kazuistika dospělého mentálně retardovaného hospitalizovaného v Domově Laguna Psáry, od kterého mám k dispozici se svolením blízkých veškeré informace týkající se jeho zdravotního stavu, vývoje a kterého mám možnost navštěvovat a sama se podílet na péči o něho.

# 1 MENTÁLNÍ RETARDACE

O mentálně postižených (retardovaných) jedincích hovoříme tehdy, dochází-li u nich k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování. (ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, 2006) Míra a hloubka poškození různých funkcí jednotlivě je individuální pro každého jedince. Příčina retardace je však stejná, jedná se o organické poškození mozku.

Dle období vývoje, ve kterém k mentálnímu postižení došlo, rozlišujeme oligofrenii a demenci. Oligofrenie se pojímá jako opoždění duševního vývoje na podkladě dědičném a vrozeném, demence je důsledek poškození mozku různého druhu až v průběhu života jedince. (ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, 2006)

Definice pojmu mentální retardace se navzájem doplňují, avšak různí se, jsou nejednoznačné. Nejčastěji se v literatuře retardace označuje jako snížení rozumových schopností. Konkrétnější definice pak zní *Mentální retardaci lze vymezit jako vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i časně postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince.* (VALENTA, 2012)

Mentální retardace se vyskytuje s jakoukoliv jinou duševní, tělesnou či smyslovou poruchou anebo samostatně. Narušení adaptivního chování bývá různě závažné. Pokud žije klient v chráněném sociálním prostředí, nemusí být jeho narušení (v případě, že je lehké) nápadané.

## 1.1 Mentální retardace versus mentální postižení

S pojmem mentální retardace pracuje hned několik oborů - psychiatrie, psychologie, pedagogika, sociální práce... což logicky vede k nejasnostem a k mnohoznačným. Obecně se terminologie týkající se této problematiky historicky opakovaně revidovala z etických důvodů. Dřívější termíny typu debil, imbecil, idiot, dement apod. se staly postupem času společensky neúnosnými a působí pejorativně. Tento trend se týká i pojmu mentální retardace, který je často změkčován do tvaru mentální postižení. Pojem mentální postižení je sice široce užíván napříč obory, nemá však status terminus technicus. Jedná se o širší zastřešení, které zahrnuje kromě mentální retardace i takové hraniční pásmo kognitivně-sociální disability, které znevýhodňuje klienta především při vzdělávání na běžném typu škol a indikuje jej k vyrovnávacím či podpůrným opatřením edukativního a psychologického charakteru. (VALENTA, 2012) I v angličtině dochází k nejednoznačnosti pojmů. V odborné literatuře se setkáváme s *mental retardation*, *mental disability* či nejnověji *intellectual disability*.

## 1.2 Diagnostika mentální retardace

Pro stanovení diagnózy musí být přítomna snížená úroveň intelektových funkcí, následkem čehož má jedinec sníženou schopnost přizpůsobit se denním požadavkům běžného sociálního prostředí. Stanovení intelektuální úrovně by mělo vycházet ze všech dostupných informací včetně klinických nálezů, zralost a adaptace jedince by měla být posuzována i na základě rozhovoru s rodičem nebo pečovatelem, IQ se stanovuje pomocí standardizovaných a individuálních inteligenčních testů.

Retardace je diagnostikována u jedince, jehož inteligence je snížena pod arbitrovanoou úroveň a to od doby před dosažením plnoletosti.

**Diagnostická kritéria mentální retardace:** (VALENTA, 2012)

- snížení intelektových funkcí (IQ 70 a méně)



- souběžný deficit v oblasti adaptability jedince a to nejméně ve dvou z následujících oblastí: komunikace, sebeobsluha, život v domácnosti, sociální a interpersonální dovednosti, využití komunitních zdrojů, sebeřízení, funkční dovednosti, práce, odpočinek, zdraví, bezpečnost.
- začátek poruchy před 18. rokem života.

Diagnostika mentální retardace a její hloubky je komplexní. Mimo inteligenčního kvocientu se posuzuje především to, jak je klient schopen obstát ve společnosti, v sociálním prostředí. Zkoumá se, jak postižený ovládá řeč, jak gramotný je v oblasti financí, v sebeřízení, jak vnímá čas. Posuzují se jeho interpersonální dovednosti, řešení sociálních problémů, důvěryhodnost, odpovědnost a praktické dovednosti jako je sebeobsluha, telefonování, využívání dopravních prostředků apod.

Hodnoty IQ mohou být kolísavé, záleží totiž na časovém odstupu jednotlivých testování, momentální psychické dispozici testovaného klienta, na formě kladení otázek a často na kvalitě testu, resp. jeho konstrukci.

Od diagnózy mentální retardace je nutno odlišit demenci, která se diagnostikuje až po ukončení senzomotorického stadia vývoje inteligence a po vytvoření počátku řeči a jednoduché komunikace, tedy nejdříve po druhém roce života dítěte. Od mentální retardace se demence odlišuje tím, že má sklony k postupnému zhoršování. Zatímco u retardace je postižení intelektu rozděleno rovnoměrně, u demence mohou být zachovány určité schopnosti na uspokojivé úrovni.

Dalším odlišným stavem od retardace je zpomalování vývoje intelektu vlivem nedostatku podnětů emoční povahy - stav deprivace. U dětí s mentální retardací od narození umístěných do kojeneckých ústavů a později do ústavů sociální péče je zpomalování intelektu ovlivněno jak retardací, tak faktorem deprivace. (VALENTA,

2012) Je tedy nutné brát v potaz možnost zanedbání výchovy, kdy dítě nedostává dostatek podnětů, které by stimulovaly jeho žádoucí rozvoj v kognitivní a sociální oblasti.

Psychika mentálně retardovaných v sobě skrývá řadu specifických vloh, kreativity, intuice a empatie. Každý mentálně retardovaný jedinec je svébytnou individualitou se svými problémy, potřebami a nadáním, které je třeba podporovat a cíleně rozvíjet.

### **1.3 Klasifikace mentální retardace**

Mentální retardaci dělíme do šesti kategorií dle míry postižení. Klasifikace vstoupila v platnost roku 1992.<sup>1</sup> Důležitý je fakt, že mezi stanovenými stupni mentální retardace jsou plynulé přechody, hranice jsou málo výrazné, protože postižení nebývá rovnoměrné a stejně intenzivní v jednotlivých oblastech.

- Lehká mentální retardace
- Středně těžká mentální retardace
- Těžká mentální retardace
- Hluboká mentální retardace
- Jiná mentální retardace
- Nespecifikovaná mentální retardace

Nezávisle na stupni mentálního postižení rozlišují mnozí odborníci ještě typ postižení eratický a apatický. Eratický se vyznačuje neklidem, kdy se vzruch a útlum střídají velmi rychle, postižení nevydrží u žádné činnosti. Apatičtí lidé jsou oproti tomu tiší, klidní, často se u nich vyskytují stereotypní automatické pohyby. (KREJČÍŘOVÁ, 2007)

---

<sup>1</sup> Od roku 1992 vstoupila v platnost 10.revize Mezinárodní klasifikace nemocí zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě

## **Lehká mentální retardace, IQ 50-69**

### **- u dospělých odpovídá mentálnímu věku 9 - 12 let**

Lehce mentálně retardovaní jsou většinou schopni užívat řeč účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci a podrobit se klinickému rozhovoru. Svoji mluvu si však osvojují opožděně.

Většina klientů dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči, do které řadíme jídlo, mytí, oblékání, a v praktických domácích dovednostech. Vývoj je proti normě pomalejší.

Potíže se u lehce mentálně retardovaných projevují především ve škole při teoretické práci. Mnozí mají specifické problémy se čtením a psaním, lze je však zaměstnat prací, která vyžaduje praktickou zručnost.

Stupeň lehké mentální retardace nemusí působit žádné vážnější problémy, ty se mohou projevit, jestliže je postižený emočně a sociálně nezralý.

U takto retardovaných se mohou individuálně v různé míře objevit přidružené chorobné stavy jako je autismus a další vývojové poruchy, epilepsie či poruchy chování a tělesné postižení.

Diagnóza zahrnuje slabomyslnost, lehkou mentální subnormalitu, lehkou oligofrenii (dříve označovanou jako debilitu). (ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, 2006)

## **Středně těžká mentální retardace, IQ 35-49**

### **- u dospělých odpovídá mentálnímu věku 6 - 9 let**

U jedinců řazených do této kategorie je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči. Podobně je i omezena schopnost sebeobsluhy a zručnosti. I přes značné limity, při kvalifikovaném a systematickém pedagogickém vedení jsou žáci postižení středně těžkou retardací schopni osvojit si čtení, psaní a počítání.

V dospělosti jsou schopni vykonávat manuální práci pouze pod dohledem a za předpokladu, že jsou úkoly pečlivě strukturovány. Ve výjimečných případech je možný i samostatný život těchto lidí, kteří bývají plně mobilní fyzicky aktivní.

Obecně jsou úrovně schopností postižených této kategorie velmi rozdílné. Někteří jsou schopni jednoduché komunikace, druzí se sotva domluví o svých základních potřebách. Někteří se zase nenaučí mluvit nikdy, ale osvojí si nonverbální komunikaci, neboť mají rozvinutější motoriku.

Diagnóza zahrnuje středně těžkou mentální subnormalitu, středně těžkou oligofrenii (dříve označovanou jako imbecilitu) a bývá doprovázena epilepsií či jinými neurologickými onemocněními. Vzhledem k omezené verbální schopnosti klienta je pro stanovení diagnóz nutné spoléhat na informace od těch, kteří ho dobře znají. (ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, 2006)

### **Těžká mentální retardace, IQ 20-34**

#### **- u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3-6 let**

Postižení, které řadíme do této kategorie, trpí značným stupněm poruchy motoriky či takovými vadami, které jsou důkazem poškození vadného vývoje ústředního nervového systému.

Možnosti vzdělání i výchovy jsou u takto těžce retardovaných omezené, avšak včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může přispět k rozvoji motoriky, rozumových schopností a komunikačních dovedností. (ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, 2006)

Diagnóza zahrnuje těžkou mentální subnormalitu, těžkou oligofrenii a idioimbecilitu.

### **Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20**

#### **- u dospělých odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky**

Takto postižení mají velmi těžké omezení schopnosti porozumět požadavkům či instrukcím nebo jim vyhovět. Většina osob je imobilních. Postižení jsou inkontinentní, schopni pouze naprosto základní neverbální komunikace, nejsou schopni sebepečce, proto je nutná stálá péče a o ně a dohled.

Jejich IQ nelze změřit, má se však zato, že je nižší než 20. Chápání a používání řeči je omezení na vyhovění základním jednoduchým požadavkům.

Ve většině případů lze určit etiologii hluboké mentální retardace. Běžné jsou těžké neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, epilepsie, poškození zraku a sluchu. Časté jsou i vývojové vady, např. atypický autismus. (ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, 2006)

Diagnóza zahrnuje hlubokou mentální subnormalitu a hlubokou oligofrenii (idiocii).

Vedle výše uvedeného základního dělení míry retardace je ještě definována jiná mentální retardace a nespecifikovaná mentální retardace.

O **jiné mentální retardaci** hovoříme tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště obtížné nebo nemožné vzhledem k sensorickým či somatickým poškozením u nevidomých, neslyšících, nemluvících nebo u jedinců s těžkými poruchami chování, u osob s autismem či u těžce tělesně postižených.

O **nespecifikované mentální retardaci** uvažujeme v případech, kdy mentální retardace sice prokázána je, ale není dostatek informací k tomu, aby bylo možné zařadit pacienta do výše uvedených kategorií. (ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, 2006)

Z výše uvedeného je zřejmé, jak může být složité postiženého zařadit do správné kategorie. Obecně platí, že se u mentálně retardovaných nejčastěji objevuje zpomalená chápavost konkrétních úsudků, snížená schopnost nebo úplná neschopnost vyvozování logických vztahů, snížená mechanická paměť, těkavost pozornosti, nedostatečná slovní zásoba a neobratnost ve vyjadřování, poruchy pohybové koordinace, impulzivita, hyperaktivita, nebo naopak celkové zpomalení chování, vyskytují se nedostatky ve vývoji „já“ a v osobní identifikaci, opožděný psychosexuální vývoj, zvýšená potřeba bezpečí, poruchy v interpersonálních

vztazích, komunikaci, snížená přizpůsobivost. Postižení však neplatí napříč pro všechny schopnosti, některé mohou být dobré až nadprůměrné.

## **1.4 Příčiny mentální retardace**

Mentální postižení dětí i dospělých je problémem nejen zdravotním, ale i sociálním. Takto nemocní tvoří jednu z nejpočetnějších skupin mezi všemi postiženími, navíc počet retardovaných celosvětově stoupá.

Příčiny mentální retardace mohou být vrozené i získané, neobjasněných však zůstává až 75 % případů. (HLADÍKOVÁ, 2011)

O vrozené mentální retardace hovoříme tehdy, objeví-li se příznaky postižení do třech let dítěte, jinak je retardace získaná.

Z hlediska období vzniku rozlišujeme mentální retardaci prenatální, perinatální a postnatální. Mentální opožďování může být způsobeno jak příčinami endogenními (vnitřními), tak exogenními (vnějšími).

### **Vnitřní příčiny**

Jsou zakódovány již v systémech pohlavních buněk, jejichž spojením vzniká nový jedinec. Jsou to příčiny genetické, tedy na podkladě genetických mutací nebo chromozomových aberací. Řadíme sem i případy, kdy se plod nevyvíjí v matčině děloze správně vlivem infekcí a intoxikací. Obzvláště nebezpečná je toxoplazmóza, prenatální infekce jako syfilis, herpes, rubeola. Zvláště v prvním trimestru by se rodička měla vyvarovat alkoholu. Vážnou komplikací je také u předčasně narozených nízká porodní váha či nemoci a stavy vyvolané jinými, nespecifickými prenatálními vlivy - vrozený hydrocefalus, mikrocefalie apod. (ARMATAS, 2009)

### **Vnější příčiny**

Řadíme mezi ně činitele, které způsobují retardaci svým působením od početí přes průběh celé gravidity, porodu, poporodního období i v raném dětství. Exogenní

faktory mohou, ale nemusí být bezprostředně příčinou poškození mozku dítěte. Mohou také hrát roli činitelé, které spouští projevy zakódované patologie dědičnosti nebo modifikuje její průběh. (ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, 2006) Řadíme sem teratogenní faktory chemické, biologické nebo fyzikální. Teratogenní jsou např. i antiepileptika. Rodičky by tedy měly věnovat zvýšenou pozornost vedlejším účinkům všech léků.

Poškození samozřejmě vznikají i následek fyzikálních sil, a to při mechanickém poškození mozku při porodu nebo následkem hypoxie.

V listopadu 2013 vyšly dvě protikladné studie zabývající se otázkou, zda je lidský omyl v průběhu porodu příčinou mozkové poruchy u novorozence. Norská studie, jež je založena na analýze 315 žádostí o kompenzaci kvůli údajnému pochybení během porodu, došla k závěru, že nejčastější příčinou poruchy mozku u novorozence je nedostatek kyslíku během porodu. Kompenzace byla udělena ve 161 případech, které zahrnovaly úmrtí dítěte v 54 případech a mozkovou poruchu u 96 dětí. Studie z Austrálie však teorii porodní asfyxie zamítla na základě zjištění, že počet takto postižených dětí zůstává stejný, i když šlo o porod císařským řezem. V norské studii byla polovina případů porodní asfyxie způsobena nedostatečným monitorováním plodu a ve 14 % klinickou neschopností. V 11 % případů byla zanedbána pravidla porodu, v 10 % nebylo požádáno o pomoc zkušeného lékaře a ve 4 % šlo o omyl v podání léčebné látky. Výsledky této studie byly publikovány v *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. (ZDRAVOTNICKÉ NOVINY, 2011)

Mentální postižení může vzniknout i na základě výchovné nepodnětnosti nebo dokonce zanedbanosti. Jde obvykle o děti podobně postižených rodičů, jejichž intelektová a vzdělanostní úroveň je velmi nízká. Podnětnost takového rodinného prostředí bývá nedostatečná, tito rodiče nepříznivě ovlivňují děti jak geneticky, tak výchovou.

## **Doporučení**

Jak již bylo výše uvedeno, faktorů, které mohou přispět k mentální retardaci prenatalně i postnatalně je mnoho. Mnoho z nich není v moci rodičky ovlivnit, některá rizika lze přesto eliminovat. Americká odborná společnost Association for Retard Citizens vyjádřila možné rizikové faktory ve svém desateru. Ženám v rámci těchto rad doporučuje:

- navštívit lékaře nejméně tři měsíce před plánovaným otěhotněním
- Vhodně se během těhotenství stravovat, dbát na vyváženou stravu
- Vyvarovat se alkoholickým nápojům
- Chránit se očkovaním, především proti zarděnkám, hepatitidě typu B
- Skončit s kouřením
- Navštívit genetickou poradnu - hlavně ve vyšším věku a v případě rizikové rodinné anamnézy
- Vyvarovat se lékům bez doporučení lékaře
- Vyvarovat se vystavení působení rentgenového záření
- Vyhnout se jakýmkoliv infekčním nemocem
- Pravidelně navštěvovat svého lékaře (VALENTA, 2012)

## **1.5 Specifika mentálně retardovaných**

Smyslová percepce je základním poznávacím procesem. Je to proces, při kterém člověk získává informace o okolním světě. Vnímání dělíme na zrakové, sluchové, dotykové čichové, chuťové a nitroorganové. Předpokladem pro správnou percepci jsou podněty, funkční smyslové orgány a mozek.

### **Vnímání**

Samotný proces vnímání jako vývojově primární, základní funkce, je ovivněno úrovní rozumových schopností.



U zdravých dětí je proces utváření podmíněných spojů rychlý, u mentálně postižených dětí je vlivem poškození centrální nervové soustavy tento proces pomalý a probíhá s určitými odchylkami.

Mentálně retardovaní velmi těžko odlišují detaily od celků. Při poznávání předmětů považují za stejné úplně různé dva předměty. Pro zdravého jedince je jednoduché vydělit obrys geometrických tvarů z prostředí, mentálně retardovaný člověk ale jen těžko odliší figuru od pozadí. Toto všechno velmi limituje jejich orientaci v novém prostředí či v neobvyklé situaci. Problematické je i vnímání prostoru a času - mentálně postižení chybně odhadují délku, hloubku, bývají časově dezorientováni.

Jako nejzávažnější problém je uváděna inaktivita vnímání. Dítě neprojevuje snahu (není schopno ji projevit) prohlédnout si předkládaný předmět (třeba obrázek, knížku, hračku) podrobně, vnímat všechny jeho detaily, orientovat se v jeho vlastnostech. Jestliže např. obrázek pootočíme, retardovaný jedinec už ho nepozná. Dalo by se tedy říci, že mentálně postižení vnímají věci povrchně. Jak uvádí Bartoňová: *O neaktivním charakteru vnímání svědčí i to, že se nedovedou pozorně dívat, hledat a nacházet určité předměty, nedovedou si výběrově prohlížet část okolního světa, nedovedou se odpoutat od výrazných a poutavých stránek vnímaného objektu, které jsou však v daném okamžiku nepodstatné.* (BARTOŇOVÁ, 2007)

Dále u těchto dětí dochází ke zhoršené koordinaci pohybu či snížené citlivosti hmatu.

### **Zrakové vnímání**

Funkce zraku dozrává velmi časně, je základem orientace v prostředí a předpokladem pro rozvoj psychických funkcí, vyvíjí se již od narození. Protože schopnost vidění je získaná (naučená) funkce, je pro její správný vývoj důležitá přiměřená stimulace. Pouhý fakt, že se dítě naučí sedět mu dává nový zorný úhel. Zraková percepce musí být v mnohých případech koordinována s aktivitou motorickou.

U mentálně retardovaných je časté, že si pletou tvary, složitě rozlišují detaily, těžce vnímají předměty komplexně. Oční pohyby mívají nekoordinované, tudíž je jejich celkové zrakové vnímání nesymetrické. V praxi to znamená, že přetáhnou čáru, nedodrží plochu při vybarvování, netrefí se na správné místo, při čtení nedovedou zkoordinovat oči tak, aby je udržely na jednom řádku. (VALENTA, 2012)

### **Sluchové vnímání**

Sluch se rozvíjí rychleji než zraková percepce, ale zraje později. Sluchové vnímání dozrává podle některých autorů kolem sedmého roku života a je mimořádně důležité i pro rozvoj řeči.

U postižených dětí dochází k velkému deficitu a nezralosti. Nejsou schopné udržet pozornost, zvukové podněty jsou schopné vnímat tedy pouze omezenou dobu. Řeč je nutno vnímat, abychom porozuměli jazyku. U retardovaných dětí je však limitovaná schopnost diferenciací, která závisí na dobrém zvládnutí jazyka a zafixování slovní zásoby. (VALENTA, 2012) Postižené děti si složitě spojují předměty se zvuky, resp. se slovy a slova s předměty. Navíc mnohdy mohou slyšet zkresleně vlivem fonemického postižení.

### **Motorika**

Pohybová schopnost organismu se skládá z pohybů spontánních, reflexních, volných a expresivních, vyjadřujících psychický stav. Jedná se o souhrn všech potenciálních pohybových předpokladů člověka, které v součinnosti s konstitučními a psychickými činiteli umožňují člověku vykonávat různé úkony.

Pro pochopení motorického vývoje je důležitá znalost zásad a zákonností, mezi které patří např. tyto:

- Pohyb probíhá od všeobecných pohybů ke specifickým (novorozenec se nejprve pohybuje celým tělem a pak až částmi)
- Vývoj pohybu je svázán s ocit'ováním pohybu

- Dříve dochází k osvojování cyklických pohybů (chůze) a později k acyklickým (běh) (ALLEN, 2002)

Mentální retardace je výjovná porucha integrace psychických funkcí jedince ve všech složkách jeho osobnosti včetně tělesné. Vzhledem k tomu, že etiologie retardace může být různá, narušení motoriky se také liší. Existuje však klasifikace mentální retardace ve vztahu k motorice.

- Lehká mentální retardace - do tří let věku se projevuje pouze lehké opoždění, může být zpomalen psychomotorický vývoj. V období školní docházky přetrvává většinou opoždění jemné motoriky a celkové koordinace pohybů.
- Středně těžká mentální retardace - vývoj jemné a hrubé motoriky je výrazně opožděn a přetrvává celková neobratnost, postižení jsou však většinou mobilní.
- Těžká mentální retardace - již v předškolním věku je značně opoždě psychosomatický vývoj, proto je nutný dlouhodobý nácvik koordinace pohybů. Často se vyskytují somatické vady, stereotypní automatické pohyby, výrazné porušení motoriky.
- Hluboká mentální retardace - má zpravidla organickou etiologii. Vyskytuje se těžké opoždění psychomotoriky a omezení motoriky s častou imobilitou, stereotypní pohyby, dále vážné neurologické poruchy v kombinaci s percepčními potížemi. (VALENTA, 2012)

Co se týče jemné motoriky, retardovaní jedinci mívají horší obratnost při jemných pracech, kreslení a psaní či koordinaci pohybů např. při zapínání knoflíků. Vždy bereme v úvahu rozsah postižení a individualitu každého postiženého. Někteří vynikají v činnostech oblasti jemné motoriky, druzí zase lépe zvládají sociální interakce nebo komunikaci.

## **Řeč**

Vývoj řeči probíhá ve shodě s mentálním vývjem zpomaleně. I u řeči tedy hraje velkou roli míra postižení. U jedinců s hlubokou nebo těžkou mentální retardací v závislosti na stupni postižení CNS zůstává pouze na stupni pudovém a afektivním,

nebo se projevuje na úrovni napodobovacích reflexů. Obsah řeči stěží pojme podmět a přísudek. Jedinci se středním stupněm retardace dosáhnou schopnosti spojovat slyšené zvuky s jejich zdrojem a s konkrétními situacemi, stupeň řeči odpovídá konkrétnímu myšlení a věku čtyřletého zdravého dítěte. Osoby lehce mentálně postižení dospívají až ke schopnosti abstraktního myšlení. V dětském věku ale nedosáhnou v této oblasti úrovně zdravých dětí. V řeči se toto oslabení projeví schopností zobecňování, vážne schopnost úsudku, selhává činnost analogizační (přenos na obdobné situace). (VALENTA, 2012)

Čtení a psaní v jednodušší formě jsou schopni pouze jedinci lehce mentálně retardovaní. Jestliže píše jedinec se středně těžkou retardací, jedná se spíše o mechanickou činnost. Pokud je schopen i číst, není schopen sdělit obsah textu.

Mentálně postižení mají i specifické řečové vady, jako je dyslalie (patlavost), rhinolalie (huňavost), tumultus sermonis (brebtavost), balbuties (koptavost) nebo dysartrie (narušení artikulace jako celku). (LOGOPED ONLINE, 2017)

## 2 VHODNÉ TERAPEUTICKÉ INTERVENCE

Při volbě intervence je nutné zohlednit míru postižení a jeho specifické projevy, které bývají u každého retardovaného jedince jiné. Nejefetivnější je intervence kombinovat tak, aby byly zaměřené na více oblastí a postiženého tak co nejvíce stimulovaly.

Vhodně zvolené přístupy naplňují následující kritéria: včasnost, systematicklost, důslednost, kvalifikovanost, posun vpřed. (BAZALOVÁ, 2014)

### 2.1 Léčba s pomocí zvířat

Velmi oblíbenou metodou je **hiporehabilitace**, což je podpůrná fyzioterapeutická metoda za pomoci speciálně připraveného koně. Fyziologický pohyb koně totiž ovlivňuje patologický pohyb člověka tím, že stimuluje jeho svaly při trojrozměrném pohybu koně v kroku. Tento pohyb je střídavý, rytmicky a cyklicky se opakující. Nabízí multisenzorickou aferentní stimulaci, která přímo ovlivňuje motorické chování klienta aktivací všech řídicích úrovní CNS. Jedinec má tak vyhraněn na koňském hřbetu prostor, ve kterém je nucen se orientovat. Působením srsti, která vyzařuje přirozené teplo, se uvolňují křečí stažené svaly. Pozitivních změn lze dosáhnout i po psychické stránce, neboť retardované osoby se sklony k agresí učí zvíře svému obrannými reakcemi dodržovat normy, respektovat autoritu a vést se. Výsledkem je komplexní facilitace reparačních procesů jedince a to jak na úrovni neurofyziologické, tak psychomotorické a v neposlední řadě i na úrovni sociální. Nadstandardní variabilita využitých poloh, při respektování posturálních schopností klienta, ovlivní jeho posturu, hrubou i jemnou motoriku a vegetativní funkce. (HIPOREHABILITACE - ČR, 2017)

Zásadní pozitivní vliv má i **canisterapie**, tedy terapie pomocí psů, která rozvíjí hrubou a jemnou motoriku, podceňuje verbální i neverbální komunikaci, rozvíjí sociální cítění, poznávání a složku citovou, působí c rovněž rozvoje motoriky

s atributem rehabilitační práce, v polohování a v relaxaci, dokáže ale i podnítit ke hře. (CANISTERAPIE, 2017) Pes je nenahraditelný zejména působením tepla, které uvolňuje svalstvo, a faktem, že je to živá bytost, neboť klient reaguje na rytmus jeho dechu a tlukot srdce, což je skvělý prostředek k uvolnění a relaxaci. Stimulační je i dotyk srsti.

## 2.2 Intervence pracující s pohybem

Rehabilitace je důležitá v souvislosti s rozvojem psychomotorického vývoje, pohyblivosti a změnou svalového napětí. V závislosti na věku a míře postižení se doporučuje polohování, vířivka, masáže.

- **Vojtova metoda** - prof. Vojta vytvořil základy své terapie a diagnostiky, Vojtův princip, v letech 1950 až 1970. Během práce na konceptu léčby dětí s cerebrální parézou objevil reflexní lokomoci. U těchto dětí se mu dařilo přesně opakovanými podněty v různých tělesných polohách spolehlivě vyvolávat nevědomé motorické reakce trupu a končetin. Účinky této aktivace byly ohromující: děti s cerebrální parézou po ní byly nejprve schopny zřetelněji mluvit a v průběhu krátké doby se i jistěji vertikalizovat a chodit. (VOJTA, 2017)
- **Koncept manželů Bobathových** - bývá označován jako neurovývojová léčba. S dítětem jsou prováděny pohybové aktivity, které se vyskytují v denním životě. Využívá se vlastní aktivity dítěte, kterou terapeut svým vedením modifikuje a za použití specifických technik dítěti umožňuje prožít normální pohyb. Přestože byl Bobath koncept původně vytvořen pro děti po obrně, je možné jej použít u jakéhokoliv postižení. Věková hranice není. (BAZALOVÁ, 2014)
- **Míčkování** - míčková facilitace je technika vyvinutá českou fyzioterapeutkou Zdeňkou Jebavou roku 1993 původně pro pacienty trpící astmatem. Hlazením molitanovými míčky dochází k uvolnění napětí mezižeberních svalů a svalů kolem průdušnic, čímž tlumí pocity dušnosti a nemožnosti se nadechnout. (FYZIOKLINIKA, 2017). Později se koncept rozšířil do fyzioterapie ke stimulaci nervových zakončení, k intervenci proti artroze, skolioze, vadnému držení těla či

vadám chodidel. Pacienti se skrze míčky učí i vnímat tělo a dotyky, aniž by byla narušena jejich intimní zóna.

Mezi další terapeutické metody pracující s pohybem patří **cvičení V. Sherbone** (Sherbone Developmental Movement), které se zaměřuje na porozumění vlastnímu tělu a jeho pohybům a bylo vyvinuto koncem dvacátého století Veronicou Sherbone. (SHERBORNE MOVEMENTUK, 2017) Populární je i **taneční a pohybová terapie** která propojuje tanec s psychoterapií. Klienti prostřednictvím pohybu vyjadřují svoje emoce, zároveň se rozvíjí jejich kreativita a emoční citění v souvislosti s výběrem hudby.

### 2.3 Intervence pro rozvoj kognitivních složek

- **Feuersteinova metoda instrumentálního obohacování** - autorem metody je R. Feurstein, který pracoval s dětmi s deficitem v kognitivní oblasti, tyto děti měly potíže myslet v souvislostech, soustředit se, byly impulzivní a informace přijímaly automaticky. Tato metoda spočívá v nástroji, díky kterému je možné zlepšit dovednosti poznávat a organizovat informace. (BAZALOVÁ, 2014) Metoda je vhodná pro mentálně postižené, protože je stimuluje ke koncentraci. Jedná se o rozsáhlou sadu cvičení na papíře rozdělených podle jednotlivých oblastí. Klienti spojují různé body, čímž vytvářejí obrazce. Učí se orientaci v prostoru, uspořádání, trpělivosti i drobné mimice.

Již hojně užívaná je **arteterapie**, tedy terapie uměním a výtvarným projevem, či **ergoterapie** - pracovní terapie, která slouží k znovunabytí ztracených funkcí.

### 2.4 Intervence v oblasti komunikace

- **Logopedická intervence** - nezabývá se pouze rozvojem řeči, ale i problematikou dýchání, příjmu potravin a tekutin, polykání, slinění a dalšími oblastmi. (BAZALOVÁ, 2014) U mentálně postižených je velký rozdíl mezi aktivní a pasivní slovní zásobou. Dost slov znají, ale aktivně používají jen omezené

množství. Doporučuje se používat co největší názornosti k jednoduchému zapamatování slov. Vhodné je učit klienty i jednoduché říkanky za pomoci tleskání, melodie, obrázků.

- **Orofaciální regulační terapie Castillo-Morales** - cvičební program pro obličej a celé tělo, na němž se podílí neurolog, fyzioterapeut, logoped, foniatr, oftalmolog. Terapie obsahuje dvě části, v jedné je kladen důraz na rozvoj senzomotorické činnosti, komunikace a vizuálního vnímání. Druhá část se soustřeďuje na činnost obličejových svalů, polykání, řečový projev za využití tahu, tlaku a vibrací. ORT má pozitivní vliv na správnou orientaci a polohování jazyka v ústech, sání a polykání a funkci žvýkacího svalstva, upravuje svalové napětí a zmírňuje případné skřípání zubů. Stimuluje správné dýchání, které je důležité pro rozvoj řeči a celkový psychomotorický vývoj a je celkově výborným základem pro navazující logopedickou činnost. V nejranějším věku může ORT významně napomoci vyřešit případné problémy s kojením, které jsou u mentálně retardovaných relativně časté. (CASTILLO MORALES, 2017)
- **Alternativní a augmentativní komunikace** - přistupuje se k ní u těch jedinců, jejichž vývoj se zastavil na úrovni nonverbální komunikace, nebo jejich komunikace není dostatečná a potřebují náhradní systém. Je třeba, aby zvolený systém komunikace přesně odpovídal individualitě jedince, většinou ho volí již rodiče. Pro tento druh dorozumění se využívají obrázky, piktogramy, předměty nebo speciální počítačové programy.

## 2.5 Behaviorální intervence

Tyto intervence jsou většinou uplatňovány ve spolupráci s nácvikem sebeobslužných činností, na chování mají pozitivní vliv i metody s pomocí zvířat.

U jedinců s mentálním postižením se může objevit problémové chování jako vztek, agrese, vzdor, sebezraňování. Důvodů může být více - frustrace z neschopnosti se vyjádřit, sdělit bolest nebo dosáhnout svého. Některé chování je naučené, jiné má biologický základ a je těžké jej odstranit. Vždy je však nutné řešit



příčiny, nikoliv samostatné projevy. Vše je pak třeba posuzovat vzhledem k prostředí, ve kterém se jedinec nachází. (BAZALOVÁ, 2014)

Mezi specializované programy využívající behaviorální intervence jako je pozitivní posilování, mírně omezující postupy nebo silně omezující postupy patří například:

- **Portgage** - tento program je vhodný pro předškolní děti s mentálním a kombinovaným postižením, vychází z behaviorální terapie. Je zaměřen na stimulaci všech složek osobnosti a podporu hry, komunikace, vztahů a participace. Jedná se o systém podněcování. Většinou s dítětem pracují rodiče pod dohledem terénního školitele. (KLUB NEJMENŠÍCH, 2017)
- **Behaviorální terapie** - je přístup zaměřený na změnu vnějšího chování a doporučuje se u těch jedinců, kteří nechtějí spolupracovat, nekomunikují nebo nejsou schopni vyjádřit své pocity a jsou spokojeni se svým chováním. (BAZALOVÁ, 2014)

Je vhodné neustále stimulovat **samostatnot a sebeobslužné činnosti**. Vhodnou intervencí je neustálý nácvik rozlišování barev, kdy základní barvy přiřazujeme ke stejně barevným předmětům. Barvy pojmenováváme při každodenních činnostech a postupně přidáváme další. Neustále procvičujeme i orientaci v prostoru a na stránce, kdy je třeba cvičit pojmy nahoře - dole, vpředu - vzadu, což lze kombinovat i s motorickými cviky.

Pro všechny výše uvedené intervence je nezbytná erudovanost, vytrvalost a trpělivost ze strany pečující osoby. Výsledky stimulace ale mohou být značné.

## **2.6 Role sestry v uspokojování potřeb pacientů s mentální retardací**

Sestra se uplatňuje v uspokojování potřeb v oblasti hygieny, vylučování, výživy, v oblasti odpočinku a aktivity, v oblasti vztahů, vnímání, poznávání, jistoty a bezpečí. Neoddělitelnou součástí je samozřejmě ošetrovatelská činnost.

Specifickou činností v oblasti péče o mentálně retardované je oblast nácviku soběstačnosti a edukace obecně. Zvládnutí byť základních požadavků je rozhodující pro praktický život. Mimořádný význam má potom osvojení trivia, tedy čtení, psaní a počítání. Jestliže je mentálně retardovaný jedinec schopen si tyto dovednosti osvojit a jestliže se v něm schopnost učit se náležitě podněcuje, předpoklady pro orientaci v praktických dovednostech se umocňují.

## **3 PRAKTICKÁ ČÁST**

Praktická část popisuje ošetrovatelský proces o mentálně retardovaného klienta, popisuje denní režim v Domově Laguna Psáry a navrhuje vhodné intervence k obohacení programu a rozvoji postiženého.

### **Cíle práce**

#### **Cíl 1.**

Formou kazistiky popsat ošetrovatelský proces o mentálně retardovaného.

#### **Cíl 2.**

Sestavit vhodný plán dlouhodobé péče.

### **3.1 Charakteristika Domova Laguna**

Domov Laguna se nachází v lokalitě obce Psáry, tvoří ho dva areály, kde jsou poskytovány celoroční, týdenní a denní služby osobám s mentální retardací šech věkových kategorií. Kapacita domova je v obou areálech 107 klientů s různým stupněm mentální retardace. Jejich věk se pohybuje od 3 let až do dospělosti. Někteří z nich zde prakticky prožijí celý svůj život a Laguna je tak jejich domovem.

Domov zaměstnává 78 pracovníků, jsou mezi nimi speciální pedagogové, terapeuti pro pracovní a pohybovou výchovu, arteterapii, muzikoterapii, logoped, vychovatelé, zdravotničtí a rehabilitační pracovníci.

V areálu č. I se nachází sídlo ředitele domova a kancelářského úseku. Je tu také kuchyň a jídelna. Ve zbývajících prostorech jsou ubytovaní klienti. Bydlí v jednolůžkových až třílůžkových pokojích se společným příslušenstvím. Každá ze tří skupin klientů má ve své části kuchyňku s obývánkem, koupelnu a toalety.

K bydlení v areálu č. I slouží i rodinný dům a srub, kde bydlí klienti zcela samostatně. Dále se v areálu nachází hospodářské objekty s technickým provozem domova (prádelna, dílny údržbářů).

V areálu č. II jsou prostory vyhrazené pro posezení včetně občerstvení, které slouží klientům i návštěvám. V jeho části jsou ordinace lékařů (dětský, praktický lékař, zubní ordinace, ordinace psychiatra), kterým jsou tyto ordinace nabídnuty k pronájmu a provozují zde svoji praxi i pro ostatní obyvatele Psár a regionu.

Součástí Laguny je také tělocvična a patnáctimetrový relaxačně-rehabilitační bazén, který slouží rehabilitaci a sportovnímu vyžití klientů. Tělocvična je využívána nejen ke sportovním aktivitám, ale i jako prostor pro setkávání na kulturních akcích. Pochopitelně je součástí tohoto objektu i sociální zázemí, jako jsou šatny, sprchy, WC, jsou zde i prostory pro rehabilitaci. Všechny objekty jsou bezbariérové.

Další objekt je dvoupodlažní. Přízemí slouží nepohyblivým klientům s těžkou mentální retardací a je spojen se sociálním objektem krytou chodbou pro jejich převoz do prostoru bazénu a rehabilitace. Patro slouží jako chráněné bydlení pro ty, kteří jsou schopni zvládnout určitou míru sebeobsluhy a jsou schopni část dne žít samostatně, pouze s dohledem. V těchto prostorách domov nabízí zcela nový typ služeb – možnost společného ubytování osob s mentálním postižením a jejich rodičů. Tyto služby jsou určeny pro staré rodiče, kteří prožili společně s dětmi celý život a pro svůj věk si již sami nemohou zajistit péči o sebe ani své dítě. Bydlet mohou ve dvou a třílůžkových pokojích (2 rodiče + 1 dítě), každý pokoj je vybaven vlastním sociálním zařízením a malým kuchyňským koutem. Součástí ubytování je i velká místnost pro společné posezení s televizí. Je zde také malé kadeřnictví a místnost pro přeprání, usušení a vyžehlení drobného prádla.

V poslední části nového areálu je situována klubovna. Druhé nadzemní podlaží je upraveno jako chráněné bydlení pro samostatnější klienty v jedno a dvoulůžkových pokojích. V prvním nadzemním podlaží jsou prostory pro Základní školu speciální Psáry, která je zařazena v síti škol a slouží celému jílovskému

regionu. Dále zde jsou učebny muzikoterapie, arteterapie a cvičná kuchyň. V suterénu jsou pak chráněné dílny - keramická, textilní. (LAGUNA PSÁRY, 2017)

Původní Ústav sociální péče zahájil svoji činnost 5. ledna 1962 a poskytoval služby dětem s mentální retardací do věku 12 let. V 70. letech byl věkový limit navýšen na 26 let. K zásadní změně došlo až v druhé polovině 90.let, kdy byl objekt nákladem 150 milionů zrekonstruován a v roce 2005 otevřen v podobě, jakého známe dodnes. Zřizovatelem je Středočeský kraj.

## 4 KAZUISTIKA PACIENTA

### **Základní údaje**

**Jméno a příjmení:** P.H.

**Pohlaví:** Muž

**Věk:** 27

**Osoba, kterou lze kontaktovat:** matka, sestra

**Oslovení:** “ Pét’o”

**Datum přijetí do Domova:** 23.1. 2017

**Hlavní důvod přijetí:** Komplexní ošetrovatelská a sociální péče, překlad z ÚSP  
Suchomaty

### **Lékařské diagnózy:**

- Psychomotorická retardace (IQ 49)
- Porucha autistického spektra
- Kyfoslóza
- Lymfocytární thyroditis
- Deficit růstového hormonu
- Status epilepticus
- St. p. op. orchidopexie 1. dx, herniotomie inguin. 1. dx. - FN Motol
- St. p. spont. fra femuru - Nem Bulovka

### **Lékařská anamnéza**

#### **RA - Rodinná anamnéza**

Matka: Nar. 1955, zdráva.

Otec: Nar. 1959, zemřel tragicky v r. 1992.

Sourozenci: Dvě sestry, zdravý

## **OA - Osobní anamnéza**

**Porod:** Narozen komplikovaným porodem z II. nerizikové gravidity, 38. týden v epidurální anestezii FN Bulovka, trvání porodu 12 hod., plod 3 680 kg, 51 cm, kříšen. Voda zkalená, Apgar 5, 6, 7, alternace ozev, hypotonie, cyanosa. Díky epidurální anestezii necítila matka porodní bolesti a dítě bylo dalším přivolaným lékařem vytlačeno. 35 h po porodu oboustranné krvácení do nadledvin a CNS (subarachnoidální), septický stav- převoz do FN Motol - svalový tonus poruchy prokrvení při značných edémech, nepravidelné dýchání. 11. den po porodu perforace novorozeneckého žaludečního peptického stresového vředu, CT - difuzní ložiska zřejmě hypoxického původu.

**Neuropsychický vývoj:** Těžká perinatální anamnéza na podkladě perinatální asfyxie, sepse s multiorgánovým selháním a hypoxickoischemickou lesí CNS s úplným deficitem růstového hormonu. Chodit začal cca ve 3 letech, mluvit ve 2 letech, sám jí od 2,5 let. Hygienu udržuje pouze ve dne, na toaletu zajde sám, pokud ví, kde je. Od 3 let skládal puzzle nez toho, aniž by se díval na obrázek (z 56 dílů za 4 min). Do dnešního dne na noc plenu. Výrazné opoždění vývoje, IQ 49.

## **AA - Alergologická anamnéza**

**Léky:** 0

**Potraviny:** 0

**Chemické látky:** 0

**Inhalační látky:** 0

**Jiné:** 0

## **FA - Farmakologická anamnéza**

**Euthyrox** 25 mg 1 tbl

**Lamictal** 100g 1 tbl

**Seropram** 20 mg 1 tbl

**Oikamid** 1 tbl

## **Chlorprothixen 15 mg 1 tbl**

### **SA - Sociální anamnéza**

#### **Zájmy**

Jeho zájmy se vždy cca po 2 - 3 letech střídaly. Od 3 do cca 5 let preferoval hru s Duplem (sám skládal koleje, ZOO a pod.), pak následovalo období, kdy preferoval skládání puzzlí. Dokázal složit puzzle až z 300 dílů, následovalo předčítání knih O Krtkovi, prohlížení si knih s fotkami zvířat. Později preferoval také hry - Nintendo a Supernintendo, které výborně ovládal, dokázal si sám zapnout PC. Ke změně došlo výměnou PC - jeho zájem o počítačové hry ustal, když byl pořízen počítač jiné barvy.

V současné době Petra uspokojuje koukání na filmy, opět se vrací k puzzlím.

#### **Specifika**

- Prská zbytky jídla, dříve v menší míře.
- Má problémy s nespavostí, budí se i 20 x za noc. Na noc nosí plenu.
- Používání vulgarismů. Při rekonstrukci byl svědkem rozhovoru dělníků, zafixoval si výrazy a hojně je používá, ví, že lidé na tyto výrazy reagují
- “Škrábe” si rány.
- Nechápe, kdy je hodný a kdy zlobí. I když je hodný, klade otázku, jestli je hodný.
- Je nutné neustále ujišťovat, že ho mají lidé rádi.
- Má velmi dobrou paměť, pamatuje si fragmenty rozhovorů staré i několik let, ačkoliv byl ve vedlejší místnosti.
- Je společenský, má rád přítomnost známých lidí. Nemusí si návštěvy všimnout, ale je spokojen s pouhou přítomností známých.

Informačním zdrojem je pacientova dokumentace a rozhovor s matkou nemocného.



Fyzikální vyšetření sestrou ze dne 13.1. 2017

**Tab 1 - Fyzikální vyšetření sestrou - popis fyzického stavu**

<b>Systém</b>	<b>Subjektivní údaje</b>	<b>Objektivní údaje</b>
<b>Hlava a krk</b>	“Nebolí.”	- <b>Bez deformit a známek zánětu</b>
<b>Hrudník a dýchací systém</b>	“Nebolí.”	- <b>Hrudník symetrický</b> - <b>Dýchání slyšitelné, sklípkové</b> - <b>SpO2 99%</b>
<b>Srdečně-cévní systém</b>	-	- <b>TK 105 / 55</b> - <b>P 96</b>
<b>Břicho a gastrointestinální trakt</b>	“Nebolí.”	- <b>Břicho nad nievau</b> - <b>Obezita</b> - <b>Nebolestivé palpačně</b> - <b>Jizva po operaci</b>
<b>Močový a pohlavní systém</b>	-	- <b>Nehmatné varle vlevo</b>
<b>Kosterní a svalový systém</b>	-	- <b>Kyfoskolióza</b> - <b>Končetiny nesouměrné</b> - <b>Výrzané držení těla doprava a dopředu</b>
<b>Nervový systém a smysly</b>	“Vidím dobře.”	- <b>Orientovaný, spolupracuje</b> - <b>Smyslové čítí bez deformit</b> - <b>Mentální retardace, IQ cca 49</b>
<b>Endokrinní systém</b>	-	- <b>Bez otoků</b>
<b>Imunologický systém</b>	-	- <b>Bez alergologické anamnézy</b>
<b>Kůže a její adnexa</b>	“Tady občas svědí.”	- <b>Kůže s ekzémovými ložisky na HK v oblasti zápěstí</b> - <b>Klidná jizva po operaci pept. vředu na bříše</b>

## 4.1 Ošetrovatelská část

Tato část je věnována poskytování ošetrovatelské péče pomocí ošetrovatelského procesu. Pro sepsání ošetrovatelské anamnézy jsem zvolila model funkčních vzorců zdraví podle Marjory Gordon.

### Teorie ošetrovatelského procesu

Jak se uvádí ve starší literatuře, ošetrovatelským procesem rozumíme systém navzájem provázaných činností, které se provádějí ve prospěch nemocného. Je to vědecká metoda sloužící k řešení problémů, které spadají do kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků. Ošetrovatelský proces zajišťuje pacientům systematickou, důslednou a kontinuální péči, přičemž zaznamenává všechny změny zdravotního stavu. (STAŇKOVÁ, 1999) Jedná se o dynamický proces, který se uskutečňuje v 5 fázích:

1. fáze - sběr informací
2. fáze - stanovení ošetrovatelských diagnóz
3. fáze - stanovení cílů a plánování intervencí
4. fáze - realizace naplánovaných intervencí
5. fáze - zhodnocení efektu realizovaných intervencí

Díky fázím ošetrovatelského procesu se jasně směřuje cíl péče a dává systematický rámec, kterým se sestry řídí. Navíc umožňuje kreativitu. Péče je kontinuální, individualizovaná. Aby mohl být ošetrovatelský proces realizován, sestra musí o pacientovi hodně vědět.

### **Model ošetrovatelské péče podle Marjory Gordon**

Marjory Gordon svůj koncepční model publikovala poprvé v roce 1987. Jedná se o výsledek grantu, který v 80. letech minulého století financovala federální vláda USA. Autorka byla členkou Americké ošetrovatelské akademie a první prezidentkou NANDA. (NANDA, 2015)

### **Model funkčních vzorců zdraví**

Funkční vzorce zdraví Marjory Gordon je komplexní, holistické chápání a pojetí člověka v ošetrovatelství. Podle tohoto rámce lze zhodnotit stav nejen nemocného, ale i zdravého člověka, jeho využití je tedy univerzální. Vychází z předpokladu, že všichni jedinci mají společné jisté typy a rysy chování, které souvisí s jejich zdravím, kvalitou jejich života, rozvojem schopností a dosažení lidského potenciálu. Jestliže je jeden ze třinácti vzorců zdraví narušen, dojde k narušení celého lidského organismu. Popis a hodnocení jednotlivých vzorců umožňuje sestře rozpoznat funkční a dysfunkční chování, stanovit ošetrovatelskou diagnózu.

- 1. Vnímání zdraví** – jak klient vnímá svoje zdraví a pohodu, jakým způsobem o zdraví pečuje. Obsahuje individuální zdravotní stav, jeho důležitost pro pacienta a rizika s ním spojená.
- 2. Výživa – metabolismus** - popisuje způsob stravování, chuť k jídlu, změny v hmotnosti, vstřebávání živin, patří sem i hodnocení stavu kůže a všeho, co souvisí s imunitou.
- 3. Vylučování** - informace o způsobu vylučování, individuálně vnímaná pravidelnost ve vyprazdňování.
- 4. Aktivita – odpočinek** - bere v potaz způsoby konané pro udržení tělesné kondice, zahrnuje základní denní aktivity, volný čas.
- 5. Vnímání** – zahrnuje způsob a přiměřenost smyslového a kognitivního vnímání.
- 6. Vnímání sebe sama** - zahrnuje emocionální ladění a vnímání tělesného vzhledu včetně individuálního názoru na sebe sama.

- 7. Vztahy** - zahrnuje plnění životních rolí a závazků.
- 8. Sexualita** - řeší uspokojení nebo neuspokojení v sexuálním životě nebo se svým pohlavím. U žen obsahuje reprodukční období, u mužů potíže s prostatou.
- 9. Zvládnutí zátěže** – zahrnuje vnímání schopnosti řídit a řešit běžné, ale i stresové situace.
- 10. Životní principy** - obsahuje vše, co je v životě vnímáno jako zásadní a důležité.
- 11. Bezpečnost** – věnuje se ochraně před tělesným poškozením a poškozením imunitního systému.
- 12. Komfort** - zahrnuje duševní, tělesnou a sociální pohodu a klid.
- 13. Růst a vývoj** - zkoumá všechny odlišnosti od normálního psychického a tělesného vývoje jedince.

Disfunkční vzorce projevují aktuální onemocnění a značí potenciální problém. Při posuzování bereme v potaz individuální výchozí stav, normy dané věkové skupiny, normy kulturní a společenské.

### **Zhodnocení pacienta podle modelu Gordon (24.1. 2017)**

#### **1. Vnímání zdraví**

Matka pacienta tvrdí, že má pacient posunutý práh bolesti a je velmi ciltivý, když ho něco bolí, hlavním projevem je nechutenství.

#### **2. Výživa**

Pacient podle matky velmi rád jí. Obzvlášť v oblíbené má McDonalds, není možné, aby za ním přijela na návštěvu a nepřivezla jídlo z tohoto řetězce. Občas stravu plive.

Pacient má obezitu 2. stupně, na kůži má dermatitidu, ekzematické projevy zejména na končetinách. Při jídle vyžaduje pomoc. Dříve byl schopen se najíst

sám, ale nyní stagnace. V období posledních 6 měsíců, dle dokumentace, nedošlo k váhovému výkyvy.

### **3. Vylučování a výměna**

Dle matky se klient v noci pomočuje, přes den, pokud ví, kde je WC, si toaletu je schopen obstarat sám. Jestliže je ve stresu, trpí zácpou.

Pacient trpí obstipací. Přes noc jsou nezbytné plenkové kalhotky.

### **4. Aktivita a odpočinek**

Dle matky má pacient velké problémy se spánkem. V noci je schopen se vzbudit třeba 20x, nebo neusnout vůbec. Přes den bývá spíše pasivní, v poslední době je těžké jej namotivovat k nějaké činnosti. Má rád zvířata, rád si prohlíží knížky se zvířaty.

Pacient je nyní v lůžku, je spíše pasivní, na všechny pobídky k aktivitě reaguje odmítavě, včera usnul u televize. Klient rád sleduje filmy a poslouchá hudbu, skládá puzzle. Během noci se občas budí a je hlučný.

### **5. Percepce, kognice**

Dle matky pacienta je pacient velmi vnímavý, schopen si pamatovat detaily rozhovorů i několik let zpětně. Je citlivý na barvy, při změně např. barvy počítače (výměna za nový model) odmítl hrát oblíbené hry.

Pacient komunikuje v jednoduchých větách, občas použije vulgarismus.

### **6. Sebepercepce**

Klient je společenský, má velmi rád kolem sebe přítomnost druhých. Nemá rád křik nebo hluk. Když je nespokojený, je hlučný, hází s věcmi nebo pořád dokola opakuje jednu a tu samou větu.

Nepozná rozdíl, zda je “hodný” nebo “zlobí”. Je třeba jej často ujišťovat, že je hodný.

## **7. Vztahy mezi rolemi**

Pacient je v úzkém kontaktu s matkou a sestrami. Rodina si ho bere každý měsíc na víkend domů, občas na výlet.

## **8. Sexualita**

Pacient má vlivem základního onemocnění nehmatné levé varle. Je částečně inkontinentní.

## **9. Zvládání zátěže**

Pacient těžko reaguje na změny, byť minimální. Jestli ho něco bolí, nebo je obecně nespokojen, plive kolem sebe, je hlučný. V případě změny prostředí se pomočuje.

## **10. Životní principy**

Pacient nevyznává žádnou víru. Je třeba jej často ujišťovat, že ho mají všichni rádi.

## **11. Bepečnost, ochrana**

Pacient se cítí bezpečně, když je obklopen lidmi a věcmi, které dobře zná.

## **12. Komfort**

Klient je nejraději se svými blízkými, staví si puzzle nebo kouká na filmy. Velmi rád jí.

## **13. Růst / Vývoj**

Vzhledem k základní diagnóze - středně těžká mentální retardace. I přes značné limity, díky kvalifikovanému a systematickému pedagogickému vedení si osvojil základy čtení a počítání.

Vzhledem k omezené verbální schopnosti klienta je pro stanovení diagnóz nutné spoléhat na informace od těch, kteří ho dobře znají.

### **Situační analýza ke dni 25.1. 2017**

27-letý pacient středně těžké mentální retardace (IQ 49) z důvodu těžké perinatální anamnézy přijat před dvěma dny cestou překladu z ÚSP Suchomaty. Bez alergologické anamnézy. Obývá samostatný jednolůžkový pokoj. Pacient je schopný samostatné chůze s podporou, ale je velmi pasivní, nechce se mu moc do žádných aktivit.

Pacient trpí únikem moči vzhledem ke změně prostředí, dále zácpa (dle dokumentace poslední stolice před 4 dny). Pacient trpí nespavostí, přes den je spíše pasivní, v noci se budí a je hlučný. Komunikace je omezená, dle rozhovoru s matkou došlo ke stagnaci sebek péče i vyjadřování. Pacient má ekzematické projevy na DK, rozškrabuje si kůži.

### **Ošetrovatelské diagnózy ke dni 25.1.2017**

#### **Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA (NANDA, 2015)**

##### **Aktuální ošetrovatelské diagnózy:**

1. 00046 Narušená integrita kůže
2. 00020 Funkční inkontinence moči
3. 00011 Zácpa
4. 00198 Narušený vzorec spánku

##### **Diagnózy pro dlouhodobý ošetrovatelský plán:**

5. 00051 Zhoršená verbální komunikace
6. 00102 Deficit sebek péče při stravování
7. 00109 Deficit sebek péče při oblékání
8. 00088 Zhoršená chůze

- **Aktuální ošetřovatelské diagnózy**

### **00046 Narušená integrita kůže**

#### **Doména 11. Bezpečnost / Ochrana, Třída 2. Tělesné poškození**

**Definice:** Změna v epidermis a/nebo dermis.

**Určující znaky:** Změny integrity, subjektivní svědivost

**Související faktory:** Onemocnění kůže, mechanické příčiny

**Cíl:** Pacient bude mít zdravou, hydratovanou kůži beze změn v integritě do týdne.

#### **Očekávané výsledky:**

Pacient má ihned kůži zhydratovanou a ošetřenou.

Pacient se do dvou dnů se účastní preventivních opatření.

Pacient má do týdne ranky zhojené, kůži si mechanicky dále nepoškozuje.

#### **Intervence:**

1. Zhodnot' stav kůže - ihned, všeobecná sestra.
2. Vyber vhodnou hydrataci, aromatické olejíčky - ihned, všeobecná sestra.
3. Ošetří stávající ranky a pozitivně motivuj pacienta, aby dodržoval opatření - ihned a dále průběžně, všeobecná sestra.

#### **Realizace:**

1. Stav kůže pacienta byl zhodnocen. Má suché především dlaně a prsty, "rozškrabuje" si ranky na rukou, kde jsou známky ekzému.
2. Na ruce pomalu vmasírován olejíček s levandulí, aromaterapeuticky uklidňující účinek.
3. Ranky ošetřeny zinkovou masťou a přelepeny leukoplastí s motivem Krtečka (pacientova oblíbená pohádková postava).

#### **Hodnocení:** Cíl splněn.

Pacient má po třech dnech (28.1.) intervencí kůži zhydratovanou, oblíbil si masáže rukou s uklidňujícími účinky levandulového oleje, který mu voní. Ranky se mu úspěšně hojí díky pozitivní motivaci náplastmi Krtečka - pacient si barevné náplasti



prohlíží, líbí se mu. Pacientovi se neobjevila nová mechanická kožní poškození. Veškeré intervence nadále trvají.

### **00020 Funkční inkontinence moči**

#### **Doména 3. Vylučování a výměna, Třída 1. Funkce močového měchýře**

**Definice:** Neschopnost normálně kontinentní osoby dojet na toaletu včas tak, aby nedošlo k neúmyslnému úniku moči.

**Určující znaky:** inkontinence moči v ranních hodinách, únik moči před dosažením toalety

**Související faktory:** změna faktorů prostředí, psychická porucha

**Cíl:** Pacient dojde na toaletu včas, nedojde k úniku moči do třech dnů.

#### **Očekávané výsledky:**

Pacient bude do dvou dnů znát dobře cestu na toaletu, budou eliminovány a odstraněny všechny bariéry v cestě na toaletu.

Pacient si bude moci snadno svléknout oblečení, i v noci bude moci dojet samostatně na toaletu.

Minimálně tři hodiny před spaním se eliminují podávané tekutiny.

Inkontinence bude do týdne eliminována nebo zcela odstraněna.

#### **Intervence:**

1. První den pozoruj pacienta, zaznamenávej, kolik toho denně vypije a zjisti, zda pacient schválně neodkládá močení - ihned, všeobecná sestra.
2. Odstraň bariéry, které pacientovi brání v rychlé a hladké cestě na toaletu - ihned, všeobecná sestra.
3. Připrav pacientovi oblečení, které se dá snadno a rychle svléknout - ihned, všeobecná sestra.
4. Proveď pacienta na toaletu, ukaž mu přesně, jak se tam dostane a co má dělat - ihned, všeobecná sestra.

5. První den doprovázej pacienta na toaletu, pozitivně ho motivuj k další samostatné cestě.
6. Od prvního dne ponechej pacientovi na noc osvětlenou cestu na toaletu - i hned a dále každý den, všeobecná sestra.
7. Od prvního dne tři hodiny před spaním nepodávej klientovi žádné tekutiny - ihned a dále každý den, všeobecná sestra.

**Realizace:**

1. Pacient byl celý den pozorován, byl zaznamenáván příjem tekutin. Pacient vypije 1,8 l tekutin za den, při cestě na toaletu je nejistý.
2. Pacientovi bylo připraveno pohodlné oblečení bez zipů a knoflíků, na noc pouze noční košile.
3. V cestě na toaletu byly odstraněny všechny překážky.
4. S pacientem byla několikrát projita cesta na toaletu, bylo mu ukázáno osvětlení. Pacient byl motivován, byl ujišťován, že je moc hodný a když zvládne cestu sám, bude nejhodnější a nejšikovnější.
5. Přes noc bylo pacientovi ponecháno tlumené koupelňové světlo.
6. Tři hodiny před spaním pacientovi nebyl podán žádný nápoj.

**Hodnocení:** Cíl splněn.

Inkontinence pacienta byla do tří dnů eliminována (do 28.1), do týdne (do 7.2.) zcela odstraněna. Pacient zná dobře cestu na toaletu, ví přesně, kde se zhasíná a rozsvěcuje, ví, proč má na sobě noční košili a je rád, že má lehké světlo i v noci. Sám se chlubí, že vše zvládá a dožaduje se pochvaly.

Vzhledem k tomu, že jsou v péči o mentálně retardované zásadní rituály, přetrvávají i nadále tyto intervence:

1. Připrav pacientovi oblečení, které se dá snadno a rychle svléknout - každý den, všeobecná sestra.
2. Od prvního dne ponechej pacientovi na noc osvětlenou cestu na toaletu - každý den, všeobecná sestra.

3. Od prvního dne tři hodiny před spaním nepodávej klientovi žádné tekutiny  
- každý den, všeobecná sestra.

### **00011 Zácpa**

#### **Doména 3. Vylučování a výměna, Třída 2. Funkce gastrointestinálního systému**

**Definice:** Pokles běžné frekvence defekace doprovázený obtížným či nekompletním odchodem stolice nebo odchodem nepřiměřeně tuhé, suché stolice.

**Určující znaky:** snížená frekvence stolice, silná plynatost, únava

**Související faktory:** Nedávná změna prostředí, neurologické poškození, obezita

**Cíl:** U pacienta dojde k defekaci do dvou dnů.

#### **Očekávané výsledky:**

Pacient se bude pravidelně vyprazdňovat 3x týdně.

#### **Intervence:**

1. Zajisti stravu bohatou na vlákninu - ihned a nadále průběžně, všeobecná sestra.
2. Zajisti pitný režim - ihned a nadále průběžně, všeobecná sestra.
3. Edukuj rodinu o důležitosti pitného režimu a vlákniny - ihned, všeobecná sestra.
4. Aplikuj léky na základě ordinace lékaře - průběžně, všeobecná sestra.

#### **Realizace:**

1. První den byl podán glycerinový čípek na základě ordinace lékaře.
2. Pacientovi byl zajištěn přísun vlákniny ve spolupráci s rodinou, byl zajištěn přísun ovocných šťáv.
3. Byl monitorován denní pitný režim.
4. Pacientovi byly nabízeny jeho oblíbené šťávy v hrnečku, který mu darovala edukovaná rodina - pacient si sám darovaný hrneček rozbil, napil se z něho spolu s ostatními členy rodiny.

**Hodnocení:** Cíl splněn.

Pacient se po podání čípku vyprázdnil (26.1.), osvojil si pravidelný pitný režim a oblíbil ovocné šťávy. Defekace se během dnů (od 28.1) upravila a je každodenní.

### **00198 Narušený vzorec spánku**

#### **Doména 4. Aktivita/ Odpočinek, Třída 1. Spánek / Odpočinek**

**Definice:** Časově omezená narušení množství a kvality spánku vlivem vnějších faktorů

**Určující znaky:** Potíže s usínáním, nechtěné probouzení

**Související faktory:** Nové prostředí, oddělení od blízkých osob

**Cíl:** Pacient nebude mít omezenou kvalitu a množství spánku.

#### **Očekávané výsledky:**

U pacienta do týdne dojde ke zlepšení spánku a usínání.

#### **Intervence:**

1. Od prvního dne dokumentuj délku spánku pacienta - průběžně, všeobecná sestra.
2. Informuj se ihned u rodiny pacienta nebo v dokumentaci o pacientových spánkových rituálech - ihned, všeobecná sestra.
3. Plánuj a zrealizuj v nejbližších dnech s pacientem pravidelné rituály před usínáním - průběžně, všeobecná sestra

#### **Realizace:**

1. Byla monitorována a dokumentována délka pacientova spánku, pacient má problém s usínáním.
2. Proběhl kontakt s rodinou pacienta, pacient má rád před spaním pohádku O Krtečkovi a usíná nejraději s plyšovou hračkou Krtečka.
3. Pacientovi jsou každý večer po pohádce masírovány ruce levandulovaným olejíčkem, je mu vysvětleno, že i hračka Krtečka musí jít spát - pozitivní motivace.

**Hodnocení:** Cíl splněn.

U pacienta došlo po pěti dnech nacvičeného rituálu ke zlepšení usínání (dle dokumentace od 2.2.). Nebylo zaznamenáno noční buzení.

• **Diagnózy pro dlouhodobý ošetrovatelský plán**

Diagnózy pro dlouhodobý ošetrovatelský plán byly stanoveny na základě sběru informací z rozhovoru s matkou nemocného, která upozorňovala na stagnaci v sebedpěči a na stagnaci v mluvě a chůzi. Účelem je stimulovat a motivovat pacienta ke zdokonalení v těchto oblastech, cílem je zlepšit dovednosti do jednoho až dvou měsíců.

**00051 Zhoršená verbální komunikace**

**Doména 5. Percepce / Kognice, Třída 5. Komunikace**

**Definice:** Snížená, zpožděná či neexistující schopnost přijímat, zpracovat, vysílat nebo využívat systém symbolů

**Určující znaky:** Potíže se selektivní pozorností, postíže s mluvením, potíže s vyjadřováním se

**Související faktory:** Vývojové změny, nedostatek stimulů

**Cíl:** U pacienta dojde ke zlepšení verbální komunikace.

**Očekávané výsledky:**

Do měsíce se rozšíří pacientova slovní zásoba, plynulost vyjadřování a motivace učít se.

**Intervence:**

1. Podporuj změny a inovace v prostředí - průběžně, všeobecná sestra.
2. Využívej hudbu pro aktivizaci - průběžně, všeobecná sestra.
3. Používej obrázkové knihy pro popis, co je na obrázcích - průběžně, všeobecný sestra

**Realizace:**

1. Podnikl se výlet do botanické zahrady, pacient chodí na rehabilitační plavání, je brán na procházky parkem. Je motivován k pojmenovávání věcí kolem sebe.
2. K zapamatování slov a k výuce nových je využívána muzikoterapie, pacient si pamatuje říkanky a refrény písní.
3. Pacient listuje obrázkovou knihou a popisuje, co je na obrázcích, vytváří jednoduché příběhy

**Hodnocení:** Cíl splněn.

Po měsíční aktivní terapii a stimulaci se pacientova slovní zásoba prokazatelně obohatila. Pokroky vidíme už koncem února. Sám prokazuje zvědavost v oblasti, která ho zajímá - zvířata. Umí odvyprávět, kdo všechno obývá ZOO a těší se na výlet do ZOO v polovině března. Výletem je pozitivně motivován v dalším rozvoji.

**00102 Deficit sebekpéče při stravování****Doména 4. Aktivita / odpočinek, Třída 5. Sebekpéče**

**Definice:** Zhoršená schopnost provádět nebo dokončit aktivity týkající se samostatného stravování.

**Určující znaky:** Zhoršená schopnost přijímat jídlo společenským způsobem

**Související faktory:** Snížená motivace

**Cíl:** U pacienta dojde ke zlepšení v oblasti samostatného stravování.

**Očekávané výsledky:**

Pacient bude aktivní, bude se zajímat o jídlo.

Pacient bude motivován ke kultivovanému stolování.

**Intervence:**

1. Posuď dovednosti a silné stránky pacienta - ihned, všeobecná sestra.
2. Informuj se o pacientových oblíbených jídlech a přípravě pokrmů - ihned, všeobecná sestra.
3. Zapoj do procesu rodinu - průběžně, všeobecná sestra.
4. Dohlédni na úpravu jídla z hlediska estetiky - průběžně, všeobecná sestra.

**Realizace:**

1. Pacient je aktivní, podílí se na přípravě jídla v rámci aktivizační techniky a kroužku Vaření.
2. Pacient má rád hranolky, je motivován k tomu, aby se účastnil jejich přípravy - loupání brambor, krájení, sledování pečení v troubě, společná konzumace.
3. Rodina je motivována, aby navštěvovala pacienta v čase oběda a jedla společně s ním.
4. Jídlo je upravené, pacient si sám může říct na základě domluvy, kolik sní. Za odměnu je motivován návštěvou oblíbeného bistra s rodinou.

**Hodnocení:** Cíl splněn částečně.

Po měsíční cílené terapii a intervencích je pacient aktivizován, vzbudil se v něm zájem o jídlo. Rád navštěvuje Kroužky vaření, vykrajuje těsto, strouhá zeleninu. Je náročný, pokud mu jídlo nechutná, plive ho. Pokud mu chutná, porci dojí. Má slíbeno, že příští týden (7. 3.) navštíví s rodinou oblíbenou restauraci formou výletu.

Tyto intervece i nadále přetrvávají:

1. Zapoj do procesu rodinu - průběžně, všeobecná sestra.
2. Dohlédni na úpravu jídla z hlediska estetiky - průběžně, všeobecná sestra.

**00109 Deficit sebepéče při oblékání****Doména 4. Aktivita / Odpočinek, Třída 5. Sebepéče**

**Definice:** Zhoršená schopnost samostatně se obléknout nebo dokončit oblékání.

**Určující znaky:** Zhoršená schopnost zvolit oblečení, zhoršená schopnost zapnout si oblečení.

**Související faktory:** Snížená motivace, základní onemocnění.

**Cíl:** Dojde k rozvoji a zlepšení pacientovy schopnosti obléknout se.

**Očekávané výsledky:**

Pacient se bude do měsíce schopen obléknout bez dopomoci, do dvou měsíců si bude schopen samostatně vybrat oblečení.

**Intervence:**

1. Nacvičuj s pacientem drobnou motoriku - průběžně, všeobecná sestra.
2. Nachystej pacientovi oblečení a postupně nacvičuj samostatnou volbu oblečení - průběžně, všeobecná sestra.
3. Poskytni pacientovi dostatek času pro realizaci činností - průběžně, všeobecná sestra.
4. Usměřňuj pacienta, pomáhej mu a motivuj ho k další aktivitě - průběžně, všeobecná sestra.
5. Zapoj pacientovu rodinu do nácviku sebeděče - ihned, všeobecná sestra.

**Realizace:**

1. S pacientem je nacvičována drobná motorika na zapínání zipů, vázání tkaniček, zapínání a rozepínání knoflíků - v prvních dnech na hračkách.
2. Pacientovi je každý den nachystáno oblečení, zároveň je procvičována slovní zásoba, po dvou týdnech pacient sám diktuje, co je třeba si obléci.
3. Pacientova rodina je zapojena do procesu nácviku. Nejprve pacientovi pomáhá, pak jej motivuje k samostatnosti.

**Hodnocení:** Cíl splněn.

Po pěti týdnech každodenního nácviku (tedy od začátku března) si pacient umí vybrat oblečení pro vhodnou denní dobu, ovládá jemnou motoriku zapínání zipů a knoflíků, umí se obléknout samostatně, pouze občas s dopomocí. Vyžaduje pochvalu a pozitivní odezvu.

**00088 Zhoršená chůze****Doména 4. Aktivita / Odpočinek, Třída 2. Aktivita / Cvičení**

**Definice:** Omezení nezávislého pohybu v prostředí při chůzi.

**Určující znaky:** Zhoršená schopnost ujít požadované vzdálenosti, pasivita, nechť k pohybu

**Související faktory:** Snížená výdrž, ztráta kondice, obezita

**Cíl:** Zlepší se pacientova chůze a chuť k pohybu.



**Očekávané výsledky:**

Pacient bude do měsíce namotivovaný k vyššímu pohybu a aktivitám, zlepší se jeho stabilita.

**Intervence:**

1. Po dohodě s ergoterapeuty vyber vhodné činnosti pro nemocného - ihned. všeobecná sestra.
2. Pobízej pacienta k pohybové aktivitě - průběžně, všeobecná sestra.
3. Soustřed' činnosti na to, co má pacient rád - průběžně, všeobecná sestra.
4. Chval pacienta v pokrocích, pozitivně ho motivuj - průběžně, všeobecná sestra.
5. Zajisti pacientovi pravidelnou rehabilitaci - ihned a dále průběžně, všeobecná sestra.

**Realizace:**

1. Po dohodě s ergoterapeuty je pacient indikován k míčkování, které má pozitivní vliv na pacientova nervová zakončení, na stimulaci a rehabilitaci nohou.
2. Pacient se účastní canisterapie.
3. Pacient se účastnil hipoterapie.
4. Pacient je chválen a motivován.
5. Pacient má zajištěnou rehabilitaci.

**Hodnocení:** Cíl splněn částečně.

Pacient je namotivován k aktivitám, oblíbil si míčkování, canisterapii i hipoterapii. Zlepšilo se jeho držení těla, stabilita ale vyžaduje ještě delší trénink a rehabilitaci.

I nadále trvají tyto intervence:

1. Pobízej pacienta k pohybové aktivitě - průběžně, všeobecná sestra.
2. Soustřed' činnosti na to, co má pacient rád - průběžně, všeobecná sestra.
3. Chval pacienta v pokrocích, pozitivně ho motivuj - průběžně, všeobecná sestra.
4. Zajisti pacientovi pravidelnou rehabilitaci - průběžně, všeobecná sestra.

## 5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V péči o mentálně retardovaného pacienta platí daleko více než jinde, že čím více energie pacientovi věnujeme, tím víc nám jí pacienti vrátí.

Z výše uvedené kazuistiky vyplývá, že základem pro úspěch v ošetrovatelském procesu o mentálně retardovaného pacienta je:

- **individuální přístup**
- **trpělivost**
- **pozitivní motivace**
- **stimulace**
- **rituálnost**
- **kreativita**

Všechny tyto aspekty jsou nezbytné pro každodenní činnost.

Ústavy suplují z velké části rodinu a nemělo by v nich docházet k separaci hospitalizovaných od běžného života. Cílem je **zapojit je do každodenních činností, nechat prostor k projevu a upevňování jejich silných stránek**. S tím souvisí neustálé chválení, odměny, projevy uznání. Mentálně retardované je třeba vnímat jako rovnocenné partnery.

Cílem je vytvoření a zajištění optimálních podmínek pro zařazení klientů do běžného života ve společnosti, ke které náleží. (PIPEKOVÁ, 2006)

Na sestru jsou kladeny nároky v rámci péče o mentálně retardovaného v mnoha ohledech. Mimo poskytování pomoci při sebepéči v rozličných oblastech dbá na výchovné a aktivizační činnosti tak, aby klienta rozvíjely a upevňovaly jeho schopnosti. Je nezbytné, aby sestra přizpůsobila komunikační techniky možnostem pacienta, mluvila v jednoduchých větách, pomalu, kladla důraz na zřetelnost a opakování. Mimo výše uvedené sestra edukuje rodinu a obstarává podávání léčiv.

## ZÁVĚR

V první části práce byly shrnuty teoretické informace o mentální retardaci. Byly popsány varianty etiologie, stupně retardace, byly nastíněny metody diagnostiky. Byly vymezeny termíny mentální retardace a mentální postižení, vyjmenována doporučení, jak eliminovat rizika mentální retardace prenatální či postnatální. Další kapitola byla věnována možným rehabilitačním a aktivizačním intervencím, při kterých je nutné zohlednit míru postižení a jeho specifické projevy, které bývají u každého retardovaného jedince jiné.

Teoretická část práce byla věnována ošetrovatelskému procesu o mentálně retardovaného jedince. Na základě Modelu funkčního zdraví Marjory Gordon byly sestaveny akutní ošetrovatelské diagnózy i dlouhodobý plán péče, na základě kterého byly sepsány doporučení pro praxi.

Ukázalo se, že nejlepší a neúčinnější je intervence volit a kombinovat tak, aby byly zaměřené na více oblastí a postiženého tak co nejvíce stimulovaly. Cílem je, aby zvolené přístupy byly včasné, systematické, důsledné, kvalifikované a posouvaly pacienta vpřed.

## SEZNAM LITERATURY

ALLEN, E. K., MAROTZ, L. R.: *Přehled vývoje dítěte*. Praha: Portál, 2002. ISBN: 80-7178-614-4.

ARMATAS, V.: *Mental retardation: definitions, etiology, epidemiology and diagnosis*. Journal of Sport and Health Research, 2009. 1(2):112-122.

BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J.: *Psychopedie. Texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-144-7.

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

CANISTERAPIE: *Canisterapie, základní informace*. [online] Dostupné z: <http://www.canisterapie.cz/cz/canisterapie-zakladni-informace/lecebne-ucinky-canisterapie-9.html>

CASTILLO MORALES: *Vereinigung*. [online] Dostupné z: <http://www.castillomoralessvereinigung.de/Castillodata/English/Konzept.html>

FYZIOKLINIKA: *Články o zdraví*. [online] <https://www.fyzioklinika.cz/clanky-o-zdravi/mickovani-mickova-facilitace-dle-zdeny-jebave>

HARTL, P., HARTLOVÁ, H.: *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN: 80-7178-303-X

HIPOREHABILITACE: *Pro odborníky - hipoterapie*. [online] Dostupné z: <http://hiporehabilitace-cr.com/hiporehabilitace/pro-odborniky/hipoterapie/>

HLADÍKOVÁ, A., GRČMALOVÁ, D.: *Nové možnosti diagnostiky příčin mentální retardace u dětí*. <http://www.solen.sk/pdf/4b07a49d2d42be09941de625e62fc306.pdf>

KLUB NEJMENŠÍCH: *Terapie*. [online] Dostupné z: <http://www.klubnejmensich.cz/terapie/portage/>

KREJČÍŘOVÁ, O.: *Manuál základních postupů jednání při kontaktu s osobami s mentálním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN: 978-80-244-1635-9.

LAGUNA PSÁRY: *Co domov nabízí*. [online] Dostupné z: <http://www.lagunapsary.cz/co-domov-nabizi>

LOGOPED ONLINE: *Vady řeči*. [online] <http://www.logopedonline.cz/vady-rci.html>

NANDA: *In memorium Marjory Gordon*. [online] Dostupné z: <http://www.nanda.org/in-memorium-marjory-gordon.html>

NANDA International: *Ošetřovatelské diagnózy - Definice a klasifikace 2015-2017*. Vyd. 10. Praha: Grada, 2015. ISBN: 978-80-247-5412-3.

PIPEKOVÁ, J.: *Osoby s mentálním postižením ve světle současných trendů*. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-40-3

<http://www.sherbornemovementuk.org/about-sdm.html>

STAŇKOVÁ, M. České ošetrovatelství 3: *Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe. Ediční řada - Praktické příručky pro sestry*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví pro radu pro rozvoj ošetrovatelství MZ ČR, 1999. ISBN: 80-7013-282-5.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, I.: *Mentální retardace: vzdělání, výchova, sociální péče*. Vyd. 3., aktualiz. a přeprac. Praha: Portál, 2006. ISBN: 80-7367-060-70.

VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M.: *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Vyd. 1. Praha : Grada, 2012. 349 s. ISBN: 978-80-247-3829-1.

VOJTA: *Vojtův princip*. [online] Dostupné z: <http://www.vojta.com/cs/vojtuv-princip/vojtuv-princip-2>

VOKURKA, M., HUGO J., a kol. *Velký lékařský slovník*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN: 978-80-7345-202-5.

ZDRAVOTNICKÉ NOVINY: *Vedou komplikace při porodu k poruchám mozku novorozence?* [online] Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/vedou-komplikace-pri-porodu-k-porucham-mozku-novorozence-473904>

## **SEZNAM PŘÍLOH**

<b>Příloha A - Foto pacienta z kazuistiky před Domovem</b>	<b>I</b>
<b>Příloha B - Průvodní list k rešerši</b>	<b>II</b>



**Příloha A - Foto pacienta z kazuistiky před Domovem**

*Zdroj: Rodinný archiv*



## PRŮVODNÍ LIST K REŠERŠI

**Jméno:** Markéta Malá

**Název práce:** Ošetřovatelský proces o pacienta s mentální retardací

**Jazykové vymezení:**

čeština, angličtina

**Rešeršní strategie**

je kombinací různých způsobů hledání - neváže se pouze na klíčová slova, klíčová slova (= deskriptory MeSH) u jednotlivých citací naleznete v kolonce „DE“

**Časové vymezení:**

dle zadavatele (není-li uvedeno jinak, tak 10 let, tzn. 2006-2016), práce jsou seřazeny od nejnovější k nejstarší

**Druhy dokumentů:**

v záznamech viz pole „PT“, popř. „RT“)

KNIHY (=monografie), sborníky, ČLÁNKY, popř. kapitoly knih či články ze sborníků, abstrakta

**Počet záznamů:**

číslo poslední citace je počet záznamů v souboru, každý soubor má vlastní číselnou řadu

tuzemské zdroje - (KNIHY A ČLÁNKY jsou vždy ve vlastním souboru)

**Základní prameny:**

Katalogy knihoven systému Medvik - knihy (=monografie)

Bibliographia medica Českoslovaca (BMČ - články)

Theses - registr vysokoškolských kvalifikačních prací

Internet

Medline

CINAHL

## Příloha B - Průvodní list k rešerši

**Zdroj:** *Autorčín archiv*