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

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U DÍTĚTE S LEHKOU MENTÁLNÍ RETARDACÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

JANA ZÝKOVÁ

Praha 2017

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

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U DÍTĚTE S LEHKOU MENTÁLNÍ RETARDACÍ

Bakalářská práce

JANA ZÝKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

Praha 2017

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

Zýková Jana
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 16. 10. 2016 Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetřovatelský proces u dítěte s lehkou mentální retardací

Nursing Care in Children with Mild Intellectual Disability

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

V Praze dne: 1. 11. 2016

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 19. 3. 2017

Podpis

……

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala své vedoucí práce Mgr. Evě Markové, Ph.D. za její vstřícný a trpělivý přístup, odborné vedení a za cenné rady, které mi poskytla při zpracování bakalářské práce.

ABSTRAKT

ZÝKOVÁ, Jana. *Ošetřovatelský proces u dítěte s lehkou mentální retardací.* Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D. Praha. 2017. 70 s.

Tématem bakalářské práce je ošetřovatelský proces u dítěte s lehkou mentální retardací. Teoretická část práce se zaměřuje na historii, charakteristiku mentální retardace, na možné formy péče a v poslední řadě poukazuje na zásady komunikace a specifika ošetřovatelské péče o jedince s danou problematikou, vycházející z rešerše literatury. Nosnou část tvoří praktická část zabývající se ošetřovatelským procesem u reálného dítěte s lehkou mentální retardací v domácí péči. K posuzování zdravotního stavu dětského pacienta byl využit teoretický model základní ošetřovatelské péče Virginie Henderson. Na tuto fázi navazovalo stanovení ošetřovatelských diagnóz, které byly strukturovány v souladu s NANDA I Taxonomie II 2015–2017 a následně uspořádány dle priorit. U vybraných ošetřovatelských diagnóz jsme demonstrovali krátké a dlouhodobé cíle ošetřovatelské péče, predikovaly její výsledky, dále stanovili plán ošetřovatelských intervencí a detailně popsaly jejich realizaci a následně zhodnotily.

Klíčová slova

Kazuistika. Lehká mentální retardace. Mentální retardace. Ošetřovatelská péče. Ošetřovatelský proces.

ABSTRACT

ZÝKOVÁ, Jana. *Nursing Care in Children with Mild Intellectual Disability*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Eva Marková, Ph.D. Prague. 2017. 70 pages.

The Topic of the bachelor thesis is the nursing process in a child with Mild Intellectual Disability. The theoretical part of the work focuses on the history, characteristics of mental retardation, on the possible forms of care and in the end it refers to the principles of communication and the specifics of the nursing care of an individual with the mentioned, based on research of literature. The supporting part of the theirs consists of a practical part dealing with the nursing process in the real child with mild mental retardation in home care. To assess the health condition of the child patient we used Virginia Henderson theoretical model of basic nursing care. This stage was followed by the determination of nursing diagnoses, which were structured in accordance with the NANDA I Taxonomy II 2015-2017 and subsequently arranged according to priorities. For selected nursing diagnoses, we demonstrated the short and long-term goals of nursing care, predicated its results, then set a plan of nursing interventions and in detail described their implementation which we subsequently evaluated.

Keywords

Casuistry. Intellectual Disability. Mild Intellectual Disability. Nursing care. Nursing Process.

OBSAH

SEZNAM TABULEK
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ
ÚVOD 13
1 MENTÁLNÍ RETARDACE 16
1.1 HISTORIE 17
1.2 CHARAKTERISTIKA 18
1.3 ETIOLOGIE 19
1.4 DIAGNOSTIKA 20
1.5 KLASIFIKACE 21
1.5.1 Klasifikace vyjádřená inteligenčním kvocientem 22
1.5.2 Klasifikace symptomatologická 24
1.6 TERAPEUTICKÁ OPATŘENÍ 24
1.7 PREVENCE 25
1.8 FORMY PÉČE 26
2 SPECIFIKA KOMUNIKACE 31
3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE 33
4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U DÍTĚTE S LEHKOU MENTÁLNÍ RETARDACÍ 34
4.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE KLIENTA 35
4.2 KATAMNÉZA 35
4.3 ANAMNÉZA 36
4.4 Stav klienta při přijetí do domácí péče 16. 12. 2015 39
4.5 Status presens při přijetí do domácí péče 41
4.6 UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE MODELU VIRGINIE HENDERSON DNE 16. 12. 2015 43

4.7 Situační analýza ke dni 16. 12. 2015 48
4.8 Ošetřovatelské diagnózy dle NANDA Taxonomie II. a jejich uspořádání dle priorit 49
4.9 Rozpracované ošetřovatelské diagnózy 50
4.10 Celkové zhodnocení domácí péče 64
5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI 65
ZÁVĚR 67
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 68
PŘÍLOHY

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Formy mentální retardace dle výše IQ a orientačního mentálního věku 22
Tabulka 2 Identifikační údaje 35
Tabulka 3: Farmakoterapie 38
Tabulka 4: Údaje zjištěné vlastním měřením a pozorováním.....39
Tabulka 5: Příznaky a potřeby klienta.....39
Tabulka 6: Fyziologické funkce 16. 12. 2016 54

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AAMR..... Americká asociace na mentální retardace

EEG..... Elektroencefalogram

CT ..... Počítačová tomografie

ILSHM..... Mezinárodní liga společností pro mentálně postižené

IQ ..... Inteligenční kvocient

MR . ..... Mentální retardace

MRI..... Magnetická rezonance

MKN-10 ..... Mezinárodní statická klasifikace nemocí

NANDA..... Severoamerická asociace pro sesterské diagnózy

NZ ..... Nasogastrická sonda

NNO ..... Nevládní a nezisková organizace

PEG..... Perkutánní endoskopická gastrostomie

WHO..... Světová zdravotnická organizace

(VOKURKA a kol., 2015)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Demence – vážné duševní onemocnění vznikající až po ukončení rozvoje kognitivních funkcí

Disabilita – snížená schopnost

Infanticida – záměrné usmrcení dítěte

Oligofrenie – dřívější označení pro mentální retardaci, též slabomyslnost

Pseudooligofrenie – zdánlivá mentální retardace

(VOKURKA a kol., 2015)

ÚVOD

Kvalita společnosti se může měřit podle způsobu, jak se stará o své nejzranitelnější a nejzávislejší členy. Společnost, která se o ně stará nedostatečně, je pochybená.

(Adrian D. Ward in ŠVARCOVÁ 2011, s. 13)

Lidé s mentální retardací představují velice specifickou skupinu, která patří mezi ostatními postiženími k té nejpočetnější skupině. Postoj k těmto lidem se od počátku lidské společnosti až do současné doby měnil od negativního zavrhování až po snahu začlenění do společnosti. Většina lidí se domnívá, že člověk, u kterého byla diagnostikovaná mentální retardace, patří do specializovaného zařízení, kde je mu poskytnuta individuální a kvalitní péče. Jednoduše danou domněnku můžeme vysvětlit jako odříznutí mentálně postižených od zdravých lidí. I tito lidé však chtějí žít normálním životem jako ostatní.

Toto téma bylo zvoleno, jelikož jedinci trpící tímto onemocněním patří do nejpočetnější skupiny mezi ostatními druhy postižení a denně se s touto skupinou setkáváme. I přesto je společnost o této problematice nedostatečně informována a zaujímá k ní negativní postoj.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí, z části teoretické a z části praktické. Teoretická část práce přibližuje postoje k mentálně postiženým z historického hlediska. Dále se věnuje celkové charakteristice, etiologii, klasifikaci, diagnostice, možným léčebným opatřením, pojednává o formách péče o jedince s diagnostikovanou mentální retardací a v neposlední řadě poukazuje na specifika ošetřovatelské péče a zásady komunikace jak s dítětem, tak i s dospělým jedincem. Praktická část je zpracována formou ošetřovatelského procesu vycházejícího z teoretického modelu základní ošetřovatelské péče dle Virginie Henderson. Tento model byl zvolen vzhledem k jeho základní jednotce, kterou tvoří nezávislost klienta v uspokojování potřeb.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Popsat problematiku mentální retardace na základě rešerše literatury.

Cíl 2: Poukázat na zásady komunikace a zároveň i specifika ošetřovatelské péče u jedinců s mentální retardací.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Hlavním cílem praktické části je vypracovat podrobný ošetřovatelský proces u dětského pacienta s lehkou mentální retardací v domácím prostředí a popsat implementaci ošetřovatelského modelu v domácí péči. Dále na základě zjištěných problémů stanovit ošetřovatelské diagnózy a navrhnout individuální ošetřovatelský plán, popsat jeho realizaci a zhodnotit průběh realizace
a zároveň i stav klienta.

Cíl 2: Popsat průběh domácí péče, organizaci práce všeobecné sestry a především její schopnosti ve výkonu péče, vycházející z modelu dle Virginie Henderson.

Cíl 3: Vytvořit edukační kartu zabývající se postupem podávání stravy do perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG), která souvisí s naším konkrétním klientem.

Vstupní literatura

1. BAZALOVÁ, Barbora. Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0693-4.
2. MATĚJČEK, Zdeněk a Jarmila KLÉGROVÁ. Praxe dětského psychologického poradenství. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0000-0.
3. SLOWÍK, Josef, 2016. *Speciální pedagogika.* Vydání druhé, aktualizované a doplněné. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0095-8.
4. ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva, 2011. Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Vydání čtvrté, přepracované. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-889-0.
5. VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH, 2012. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3829-1.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Ošetřovatelský proces u dítěte s lehkou mentální retardací, proběhlo v časovém období září 2016 až leden 2017. Pro vyhledávání bylo použito několik elektronických databází, například: katalog Národní lékařské knihovny (Medvik), Bibliographia medica Čechoslovaca (BMČ – články), Theses (databáze vysokoškolských kvalifikačních prací) a Specializované databáze (CINAHL, MEDLINE).

Klíčová slova byla stanovena v českém jazyce: lehká mentální retardace, mentální retardace, ošetřovatelský proces, specifika ošetřovatelské péče. V anglickém jazyce: Mild Intellectual Disability, Intellectual Disability, Nursing Process, Specifics of Nursing Care.

Požadavky kladené na dohledané texty byly: odbornost publikací, jazyk český, slovenský či anglický, časové období hledání od roku 2007 až do současné doby. Požadován byl Harvardský zápis dohledaných zdrojů.

Pro tvorbu bakalářské práce bylo čerpáno z pramenů vyhotoveného rešeršního protokolu, vypracovaného v Národní lékařské knihovně (viz Příloha H). Celkem bylo použito 32 informačních zdrojů. Jsme si vědomi, že některé z vybraných zdrojů přesáhly doporučenou hranici stáří deseti let, i přes to jsme tyto zdroje využili, protože obsažené informace jsou stále platné a pro naši práci přínosné.

1 MENTÁLNÍ RETARDACE

Termín mentální retardace pochází z latinských slov a znamená opoždění rozumového vývoje. Dříve nesla označení oligofrenie či slabomyslnost. V literatuře i mezi lidmi se můžeme setkat s mnoha dalšími způsoby označení, např. duševní zaostalost, mentálně postižený, mentálně defektní, retard atd. V oblasti definování mentální retardace existuje velká nejednotnost, shodující se v celkovém snížení intelektových vlastností. Označení mentální retardace se začalo využívat v roce 1959 po konferenci WHO v Miláně (SLOWÍK, 2016), (VALENTA a kol., 2012).

Americká asociace pro mentální retardaci (AAMR) označuje mentální retardaci za sníženou schopnost (disabilitu), charakterizovanou výrazným omezením v intelektových funkcích a v adaptačním chování, projevující se ve schopnosti myslet v abstraktních pojmech a v adaptačních a praktických dovednostech. Švarcová (2011) označuje mentální retardaci jako stav trvalého snížení rozumových schopností z poškození mozku nebo z nedostatečné funkce centrální nervové soustavy.

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) definuje mentální retardaci jako: *stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti* (WHO, 2014, s. 242).

Slowík (2016) charakterizuje mentální postižení z pěti různých hledisek, biologického, psychologického, sociálního, pedagogického a právního. Z biologického hlediska popisuje mentální postižení jako postižení v důsledku trvalého organického či funkčního postižení mozku. U psychologického je primární snížení rozumových schopností, které se dají měřit za pomoci standardizovaných IQ testů. Sociální přístup bere postižení za dezorientaci ve světě, společnosti, omezující zvládání vlastní sociální existence. Pedagogické hledisko popisuje sníženou schopnost učení i v případě, že postižený využívá speciálních specifických vzdělávacích prostředků. Na závěr právní přístup charakterizuje sníženou způsobilost k provádění složitých právních úkonů i samostatnému rozhodnutí.

Podle vývojového období, kdy k postižení dojde, se rozlišuje oligofrenie a demence. Oligofrenie znamená opoždění duševního vývoje v období prenatálním, perinatálním nebo časně postnatálním. Jedná se o trvalý stav, který nemá tendenci se zlepšovat ani zhoršovat. Zatímco demence je stav, kdy dochází k úbytku již rozvinutého intelektu v průběhu života, jehož příčinou mohou být různá onemocnění a úrazy mozku. Oproti oligofrenii má demence tendenci postupně se zhoršovat. Nepostihuje všechny složky osobnosti najednou, ale postupně. Projevuje se poruchou krátkodobé paměti, narušením orientace v prostoru, celkovou dezorientací, narušenou komunikací, pozorností (PIPEKOVÁ a kol., 2006), (ŠVARCOVÁ, 2011).

V souvislosti s mentální retardací bývá uváděn pojem slaboduchost, též označován jako mentální subnorma. V tomto případě porucha intelektu nedosahuje ke stupni mentální retardace a jde o přechod mezi normou a mentální retardací. Objevuje se i pojem zdánlivá mentální retardace, dříve označovaná jako pseudooligofrenie, na jejímž vzniku má velký vliv vnější prostředí. Příčinou je nedostatek potřebné stimulace, psychická či sociální deprivace. Vyskytuje se u dětí ze sociálně znevýhodněného prostředí. Hodnota IQ je o 10 až 20 bodů nižší než je průměr. Nejde o trvalý stav, pokud se včas změní nepodnětné prostředí a zajistí se vhodná intervence, může dojít ke zlepšení. (BAZALOVÁ, 2014), (MARKOVÁ a kol., 2006).

1.1 HISTORIE

První zmínky o mentální retardaci se objevily již v letech 1500 před Kristem v Thébách v Řecku, kdy postižení těla a mysli přiřazovali k úrazům hlavy a mozku. Přístup k postiženým jedincům výrazně ovlivňoval dobový názor a duch doby. Ve starověkém Řecku a Římě se nejprve přistupovalo k infanticidě (záměrnému usmrcení) dětí, u kterých se objevily odchylky ve vývoji. Římané tyto děti topili v řece Tibeře, zatímco Řekové ve Spartě své slabé jedince házeli ze skály. V období středověku začínají vznikat klášterní hospitaly, označované jako útulky pro staré, nemohoucí a duševně choré (LEČBYCH, 2008), (VALENTA a kol., 2012).

Začátkem druhého století po Kristu docházelo k prodeji postižených dětí za účelem pobavení. Druhá polovina 12. století bývá spojována se snahou o zlepšení péče. V roce 1672 se o problematice zmínil Wills, který ve své učebnici určené lékařům uvedl i klasifikaci. Začátkem 19. století se Pinel setkal s nemocným chlapcem, kterého označil slangovým pojmem idiot a zároveň za nevyléčitelného. Koncem 19. století se

o danou problematiku zajímal Eduard Seguin, který založil Americkou asociaci pro mentální retardaci. První psychiatrický pokus o klasifikaci intelektového postižení se datuje k roku 1910. Teprve až po druhé světové válce se začal měnit postoj medicíny i veřejnosti k lidem s mentální retardací. Roku 1974 vydala Světová zdravotnická organizace definici, kde byla mentální retardace označena jako subnormální intelekt stupně a povahy postiženého vyžadující léčení, péči a rehabilitaci (DUŠEK, 2015).

1.2 CHARAKTERISTIKA

Lidé s mentální retardací představují mezi postiženými jednu z nejpočetnějších skupin. Jsou velmi rozdílní, mají svá specifika, individuální zvláštnosti a různé potřeby. Možnosti výchovy a vzdělávání závisí na stupni jejich postižení. Cílem výchovy o jedince s mentální retardací je dosáhnout co nejvyšší možné míry přizpůsobení a samostatného plnění životních nároků. Jedince s mentální retardací můžeme rozdělit na dvě skupiny, na jedince s lehkým postižením a na jedince s těžkým až hlubokým postižením. Lidé s lehčím typem postižení často úspěšně dokončí školu, vyučí se, uplatní se v zaměstnání a zakládají si i vlastní rodinu. Na druhé straně jsou lidé s těžkým až hlubokým typem postižení, kteří bývají ve všech svých potřebách odkázáni na pomoc druhé osoby (ŠVARCOVÁ, 2011).

Mentální retardace se klinicky projevuje zvýšenou závislostí na okolí, infantilností, zpomalenou chápavostí, jednoduchostí a konkrétností úsudků, sníženou schopností komparace a vyvozování logických vztahů, sníženou mechanickou a hlavně logickou pamětí, těkavostí pozornosti, nedostatečnou slovní zásobou a neobratností ve vyjadřování, poruchami pohybové koordinace, impulsivností, hyperaktivitou nebo celkovou zpomaleností v chování, citovou vzrušivostí, sugestibilitou a rigiditou chování, nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji vlastní osoby, opožděným psychosexuálním vývojem, nerovnováhou aspirací výkonu, zvýšenou potřebou uspokojení a bezpečí, poruchami v interpersonálních skupinových vztazích a v komunikaci, sníženou přizpůsobivostí k sociálním požadavkům (ŠVARCOVÁ, 2011), (VALENTA a kol., 2012).

U jedinců se mohou vyskytovat psychické poruchy, které pro jejich omezené schopnosti nelze lehce diagnostikovat, protože mentálně postižený není schopen popsat svůj pocit, změnu nálady vzhledem k porušené komunikaci. Také se mohou objevit afektivní poruchy, schizofrenie či schizofrenní poruchy, poruchy vyvolané stresem nebo

neurotické poruchy. Na vznik těchto problémů má vliv zejména odloučení od blízkých osob, nedostatek soukromí, ztráta důležitých vazeb, omezování jedince v základních lidských právech, nedostatek kontroly nad vlastním životem, nedostatek přátel nebo také špatné zkušenosti s okolím. (ČADILOVÁ, 2007), (ŠVARCOVÁ, 2011).

V souvislosti s mentální retardací je často objevuje problémové chování, kam patří verbální i neverbální agrese, autoagrese, masturbace a obnažování se na veřejnosti. Problémové chování se objeví v případě, kdy u jedince nedojde k uspokojení jeho potřeb. Příznaky mohou být různé, nejčastěji jsou to záchvaty vzteku, napadání druhých, verbální agrese nebo sebezraňující chování jako je např. štípání, kousání, trhání vlasů (VALENTA, 2013).

Velká většina mentálně retardovaných netrpí pouze psychickým onemocněním, ale trpí i různými přidruženými onemocněními, kdy za nejčastější se označuje epilepsie a dětská mozková obrna (ČADILOVÁ, 2007).

1.3 ETIOLOGIE

K mentální retardaci může vést celá řada příčin, které se vzájemně prolínají, podmiňují a spolupůsobí. V některých případech je příčina neobjasněna či se zjistí kombinace více faktorů způsobujících mentální retardaci. Příčinami vzniku se zabývá mnoho autorů a jejich dělení se často liší. Černá (2015) používá tři typy klasifikačních škál, a to: klasifikaci podle Penrose, dále klasifikační systém AAMR (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) z roku 1983 a z roku 2002.

Klasifikace dle Penrose rozděluje možné příčiny na genetické (endogenní) a na vzniklé vlivem prostředí (vnější). Genetické dále rozlišuje na dávné, jejichž vznik je ovlivněn spontánní mutací v zárodečných buňkách předků, a na čerstvé, vzniklé spontánní mutací. Vzniklé vlivem prostředí se dělí ještě z časového hlediska na rané těhotenství, pozdní těhotenství, intranatální a postnatální (ČERNÁ, 2015).

Klasifikační systém AAMR z roku 1983 rozděluje možné příčiny do deseti následujících kategorií: infekce a intoxikace, trauma a fyzikální faktory, metabolismus a výživa, nemoci mozku, neznámé prenatální vlivy, chromozomální aberace, ostatní okolnosti prenatálního období, psychiatrické poruchy, vlivy prostředí, ostatní okolnosti. Klasifikační systém AAMR z roku 2002 dělí etiologii mentální retardace dle doby vzniku na tři skupiny, prenatální, perinatální a postnatální. Prenatální příčiny dále

rozděluje na chromozomální aberace, na metabolické a výživové poruchy, dále na infekce matky, na podmínky prostředí a v poslední řadě na neznámé. Mezi perinatální příčiny patří nezralost, neonatální komplikace jako např. hypoxie, porodní úraz. Poslední skupina, postnatální, obsahuje onemocnění mozku, faktory prostředí, infekce, otravy a intoxikace. (ČERNÁ, 2015).

Švarcová (2011) rozděluje etiologii mentální retardace na endogenní (vnitřní) a exogenní (vnější). Vnitřní příčiny jsou dány geneticky, vnější působí od období početí až do raného dětství, díky tomu se člení dle doby vzniku na prenatální (od početí do narození), perinatální (před, během a po porodu) a postnatální (po narození).

V odborné literatuře se jako nejčastější příčiny uvádějí následky infekcí a intoxikací (např. toxoplazmóza, zarděnky, cytomegalovirus, zánět mozku, otrava olovem), následky úrazů nebo fyzikálních vlivů (např. novorozenecká hypoxie), poruchy výměny látek, růstu, výživy (např. mozková lipoidóza, hypotyreóza, kretenismus), makroskopické léze mozku (novotvarem, degenerací), anomálie chromozomů (např. Downův syndrom, Turnerův syndrom), nezralost, vážné duševní poruchy, psychosociální deprivace (stavy se snížením intelektu vlivem velmi nepříznivých sociokulturních podmínek (ŠVARCOVÁ, 2011).

1.4 DIAGNOSTIKA

Diagnostika mentální retardace je dlouhodobý proces, kdy musíme brát v úvahu všechny systémy, které ovlivňují vývoj dítěte, což vyžaduje zkoumání dítěte v jednotě biologické, psychologické i sociální. Je nutné odlišit smyslové vady, vady řeči, poruchy učení či jiné vývojové poruchy. Diagnostika vyžaduje spolupráci všech odborníků, jako jsou pedagogové, pediatři, odborní lékaři a následné zapojení rodičů a dítěte samotného do diagnostického procesu (BAZALOVÁ, 2014), (HARRIS, 2010), (SLOWÍK, 2016).

Pro stanovení diagnózy mentální retardace je nutné provést podrobné psychologické vyšetření, případně i neurologické a psychiatrické. Cílem psychiatrického vyšetření je získat objektivní anamnézu. Z pomocných vyšetření se často využívají zobrazovací metody, kam patři hlavně elektroencefalografické vyšetření (EEG), magnetická rezonance (MRI) a výpočetní tomografie mozku (CT). Jako další se provádí genetické vyšetření a významnou část psychologického vyšetření tvoří inteligenční testy. V současné době se úroveň rozumových schopností provádí v pedagogicko-

psychologických poradnách nebo ve speciálně pedagogických centrech (JOHN et al., 2006).

Na základě diagnostiky, která by se měla pravidelně opakovat, se určuje optimální výchovný postup, který napomáhá dosáhnout změn ve vývoji dítěte. Diagnostika neřeší pouze nedostatky, ale zajímá se i o pozitivní vlohy jedince, díky kterým se rozvíjejí další vlohy a ty vedou k dalšímu vývoji (SVOBODA a kol., 2015), (ŠVARCOVÁ, 2011).

1.5 KLASIFIKACE

Mentální retardace je snížená úroveň rozumových schopností, které se označují jako inteligence. Pojem inteligence znamená schopnost správně usuzovat, porozumět problémům, různým situacím a umět je úspěšně řešit. Nejpoužívanějším vyjádřením úrovně inteligence v České republice je inteligenční kvocient (IQ), který zavedl německý psycholog William Stern v roce 1912, označující míru inteligence jako poměr mentálního věku s věkem chronologickým (SLOWÍK, 2016), (ŠVARCOVÁ, 2011).

$$IQ = \frac{mentální\ věk}{chronologický\ věk} \text{ x } 100$$

V posledních letech se pro klasifikaci mentální retardace využívá 10. revize Mezinárodní statické klasifikace nemocí (MKN-10) vydaná Světovou zdravotnickou organizací (WHO) v Ženevě roku 1992. Podle MKN-10 se mentální retardace dělí na lehkou, středně těžkou, hlubokou, jinou a nespecifikovanou (viz tabulka 1). MKN-10 vedle stupně mentálního postižení rozlišuje i postižené chování, kam patří např. afekty vzteku či sebepoškozování. Postižené chování se označuje za číslo stupně postižení, kam se připíše další číslice za tečku, a to takto: 0 – žádné či minimálně postižené chování, 1 – výrazně postižené chování s nutností intervence, 8 – jiné postižené chování, 9 – bez zmínky o postiženém chování (WHO, 2014), (VALENTA a kol., 2012).

Pipeková (2010) dále rozlišuje postižení podle symptomů chování na eretický, torpidní a nevyhraněný typ.

1.5.1 Klasifikace vyjádřená inteligenčním kvocientem

Tabulka 1: Formy mentální retardace dle výše IQ a orientačního mentálního věku

Kategorie	Mentální retardace	IQ	Mentální věk
F70	lehká	50-69	9-12
F71	středně těžká	35-49	6-9
F72	těžká	20-34	3-6
F73	hluboká	< 20	< 3
F78	jiná	nelze stanovit	nelze stanovit
F79	nespecifikovaná	Nedostatek informací ke stanovení	nelze stanovit

Zdroj: (WHO, 2014, s. 242-243)

F70 Lehká mentální retardace, IQ 50-69

Do této kategorie se řadí většina lidí s mentální retardací, mluví se až o 80 % postižených osob. Jedinec s lehkou mentální retardací je dobře vychovatelný a vzdělatelný. Opožďování mentálního vývoje bývá zachyceno v předškolním věku. Hlavní problémy se obvykle projevují v souvislosti s opožděným řečovým vývojem. Mnozí mají své specifické problémy ve čtení, psaní a v teoretické práci. Při vzdělávání je kladen důraz hlavně na rozvíjení jejich dovedností a kompenzaci nedostatků. V dospělosti jsou schopni pracovat samostatně v jednoduchém zaměstnání zaměřeném na manuální práci. V sociokulturním životě mají problém se přizpůsobit normám a požadavkům společnosti. U jedinců z této kategorie se také v individuální různé míře projevují přidružené choroby, vývojové poruchy, tělesná postižení či epilepsie. Jejich mentální věk je na úrovni 10-11 let (MATĚJČEK, 2011), (PEŠOVÁ, 2006), (ŠVARCOVÁ, 2011), (URÍK a kol., 2015).

F71 Středně těžká mentální retardace, IQ 35-49

Pro jedince z této kategorie bývá charakteristické opoždění vývoje chápání, myšlení a užívání řeči, dále bývá opožděna a omezena schopnost starat se sám o sebe. Středně těžká retardace je diagnostikována u 10 % postižených. Někteří jedinci jsou schopni si osvojit základy čtení, psaní a počítání. Není to však běžné. Část jedinců s tímto stupněm mentální retardace využívá jednoduchou konverzaci, druhá část jedinců dokáže jen obtížně vyjádřit své potřeby. V dospělosti jsou schopni jednoduché manuální práce, ovšem pouze pod odborným dohledem. V průběhu celého života jsou značně

nesamostatní a vyžadují chráněné bydlení, kde naleznou pomoc v řešení složitějších situací. U těchto lidí se vyskytují tělesná postižení, duševní poruchy a neurologická onemocnění, zejména epilepsie. Jejich mentální věk se pohybuje okolo 4-8 let (HOSÁK a kol., 2015), (ŠVARCOVÁ, 2011).

F72 Těžká mentální retardace, IQ 20-34

Většina jedinců řazených do této kategorie trpí výrazným opožděním psychomotorického vývoje a jeho poruchami. Tento stupeň mentální retardace zahrnuje asi 5 % všech postižených. Velmi časté jsou stereotypní pohyby, agrese, hry s fekáliemi a sebepoškozování. Jedinec je trvale odkázán na pomoc druhé osoby ve všech životních potřebách. Správnou a kvalifikovanou rehabilitační, výchovnou a vzdělávací péčí lze dosáhnout určitých pokroků vedoucích ke zlepšení kvality jejich života (HOSÁK a kol., 2015), (PEŠOVÁ, 2006), (ŠVARCOVÁ, 2011).

F73 Hluboká mentální retardace, IQ <20

Jedinci v této kategorii jsou závislí na trvalé péči ve všech oblastech života. Většina osob z této kategorie je imobilní, nebo výrazně omezena v pohybu, dále jsou tito lidé velmi omezeni ve schopnosti porozumět řeči, požadavkům či instrukcím. Velmi omezeny jsou i možnosti výchovy a vzdělání, kdy se při správném vedení a dohledu mohou naučit a podílet se na sebeobslužných výkonech. IQ nelze přesně určit. Tento typ doprovází těžké neurologické nedostatky, epilepsie, poškození smyslového vnímání (HOSÁK a kol., 2015), (ŠVARCOVÁ, 2011).

F78 Jiná mentální retardace

Tato kategorie se užívá, pokud je nemožné nebo nesnadné stanovit stupně intelektové retardace za pomoci obvyklých metod. Problémem pro stanovení intelektové retardace může být přidružené senzorické nebo somatické poškození, např. těžké tělesné postižení, těžké poruchy chování, těžké poruchy smyslového vnímání (ŠVARCOVÁ, 2011).

F79 Nespecifikovaná mentální retardace

Tato kategorie bývá užívána pouze tehdy, kdy se mentální retardace prokáže, ale není dostatek informací o pacientovi, aby bylo možné ho zařadit do jedné z výše zmíněných kategorií (ŠVARCOVÁ, 2011).

1.5.2 Klasifikace symptomatologická

Eretický typ, často označován za neklidný až agresivní. Jedinec z této kategorie je těžko zvladatelný, nedokáže se podřídit režimu, neustále se pohybuje, na všechno sahá a ničí. Nedovede se soustředit, přebíhá od jedné věci k druhé.

Torpidní typ, též znám jako netečný, apatický. Jedinci jsou pomalí, lhostejní, výrazově a citově chudí. Mají stereotypní vzorce chování a pohyby, jako například houpání ze strany na stranu.

Nevyhraněný typ se vyskytuje u jedinců, kteří nejsou torpidního ani eretického typu (PIPETKOVÁ, 2010).

1.6 TERAPEUTICKÁ OPATŘENÍ

Mentální retardace není nemoc, jedná se o trvalý stav, a proto léčba není možná. Léčebnými prostředky můžeme ovlivnit pouze příznaky přidružených psychických poruch, jako je agresivita a sebepoškozování. Mezi léčebné prostředky patří výchovný přístup, komplexní rehabilitace, edukační programy, psychoterapie a další metody závislé na individuálních potřebách jedince, rozsahu jeho postižení a druhotných nemocí. Velký vliv na další vývoj dítěte mají rodiče a jejich postavení k této problematice (HOSÁK a kol., 2015), (MALÁ, 2010).

Farmakoterapie se v tomto případě označuje jako doplňková léčba, která se užívá ke zmírnění poruch chování či ke zlepšení pozornosti. Nejužívanějšími léky jsou neuroleptika, nootropní látky, adaptofenigeny a vitamíny E a C. U farmakoterapie je nezbytně nutné brát ohled na citlivost centrálního nervového systému a sledovat nežádoucí účinky (MALÁ, 2010), (VÁGNEROVÁ, 2014).

Psychoterapie má většinou charakter kognitivně-behaviorální terapie, která se snaží eliminovat nežádoucí projevy a u jedince rozvinout potřebné dovednosti i návyky. V některých případech je možné využít skupinovou terapii se zaměřením na korekci sociálního chování, tudíž na emoční problémy vyvolány negativními postoji ze strany společnosti (VÁGNEROVÁ, 2014).

Velice důležitá je práce s rodinou, jelikož rodiče a blízcí bývají vystaveni velkému stresu a vyžadují podporu. V tomto případě se využívají rodinné psychoterapie či svépomocné skupiny složené z rodičů a dětí s mentálním postižením. Tyto skupiny si

navzájem poskytují oporu, sdílejí spolu podobné problémy, získávají zkušenosti, užitečné rady a přátele (VÁGNEROVÁ, 2014).

Socioterapie pomáhá mentálně postiženým začlenit se do společnosti, najít si vhodné zaměstnání a zároveň pomáhá jedinci v jeho schopnostech plnit úkoly. Tento druh podpory může mít různý charakter, např. ve formě sociálních dávek nebo osobního asistenta (VÁGNEROVÁ, 2014).

Výběr vhodné intervence ovlivňují specifické projevy postižení, individuální zvláštnosti dítěte, možnosti regionu a rodiny. Existuje například muzikoterapie, arteterapie, ergoterapie, dramaterapie, psychomotorika, bazální stimulace, canisterapie, snoezelen, míčkování či biblioterapie (BAZALOVÁ, 2014).

Důležitou roli hraje i včasná rehabilitace zaměřující se na zlepšení psychomotorického vývoje, pohyblivosti a změnu svalového tonu. Metody a postupy se objevují v několika formách, nejčastěji se využívá Vojtova metoda, polohování, vířivka, masáže, míčkování, Bobath koncept (BAZALOVÁ, 2014).

1.7 PREVENCE

Prevence se zaměřuje na předcházení vzniku a výskytu nežádoucích jevů, kam se řadí fyzické, psychické, smyslové nebo intelektové vady. Jelikož je spektrum příčin vyvolávající mentální retardaci velice široké, tak i hledání konkrétní možné prevence bývá obtížné. Všeobecně rozeznáváme tři druhy. Prvním typem je primární, zaměřující se na možný vznik v celé populaci. Dalším typem je sekundární, tato prevence se orientuje na ohroženou skupinu v populaci. Třetím typem je terciální, orientovaná přímo na postiženého jedince (VALENTA a kol., 2013).

Mezinárodní liga společností pro mentálně postižené (ILSHM) zformulovala desatero zásad, kterými by se budoucí matka měla řídit, mezi ně patří následující: žena by měla minimálně tři měsíce před plánovaným otěhotněním navštívit svého lékaře, dodržovat zásady správné stravy, dále by měla ze života odstranit konzumaci alkoholických nápojů a užívání drog, chránit se očkováním proti infekčním chorobám, nekouřit a vyhýbat se zakouřeným prostorům, navštívit genetickou poradnu pro odhalení možných ohrožení plodu, léky užívat jen po konzultaci s ošetřujícím lékařem, dát si pozor na RTG záření, vyhnout se infekčním nemocem a pravidelně podstupovat kontroly u lékaře (ŠVARCOVÁ, 2011).

Dále by měli být rodiče předem seznámeni se skutečností, že i v případě, kdy dodrží všechny uvedené zásady prevence, nikdy nemají stoprocentní jistotu o narození zdravého dítěte.

1.8 FORMY PÉČE

Péče o mentálně retardované si prošla v průběhu let několika změnami. Dokonce i společnost a jejich názory na péči a umístění jedinců se formulovala. Ve společnosti panovalo přesvědčení, že jedinec s diagnostikovanou mentální retardací patří do ústavu. Rodina, která si své dítě s postižením ponechala, byla společností zavrhována a vnímaná negativně. V poslední době se přístup k jedincům s mentálním postižením mění a velký důraz se klade na výchovu právě v rodině (ŠVARCOVÁ, 2011).

Rodina

Nejpřirozenějším prostředím pro výchovu a vývoj dítěte je rodina a u dítěte s mentální retardací to platí taktéž. V předchozích letech to pro rodinu, která si své dítě s postižením ponechala, znamenalo zavrhnutí společností. Narození dítěte s handicapem znamená pro rodinu velice těžkou, stresující událost. Nejvhodnějším přístupem k mentálně postiženému dítěti je brát a mít rád dítě takové, jaké je (ŠVARCOVÁ, 2011).

V České republice je poskytnuto rodinám dítěte s mentálním postižením několik druhů podpory. Legislativní podpora v sobě zahrnuje platné zákony, vyhlášky a dále metodické pokyny, zabývající se vzděláváním a pracovním uplatněním, které informují o tom, co mohou pro své postižené dítě žádat. Finanční podpora zahrnuje sociální příspěvky, dávky a další jiné druhy finanční podpory. Operativní neboli materiální podpora v průběhu vzdělávání a následného pracovního uplatnění jedince sestává z osobní asistence nebo z různých kompenzačních pomůcek. Poradenská podpora pro rodiny osob s mentálním postižením se zabývá oblastí zdravotní a lékařskou, psychologickou a pedagogickou. Poradenství v těchto oblastech v sobě zahrnuje pedagogicko-psychologické poradny, speciálně pedagogická centra. Informační podpora obsahuje různé informační zdroje o daném onemocnění. Informace jsou na odborné úrovni formou ústní, kdy rodiče navštíví poradnu, či písemnou ve formě knihy nebo odborného článku na dané téma. Svépomocná podpora v sobě zahrnuje aktivity pro rodiče, kam patří různá sdružení a kluby rodičů mentálně postižených Jejich funkcí

je podpora, šíření osvěty, podpora legislativních změn pro zlepšení úrovně vzdělávání. (VALENTA a kol., 2013).

Důležitou roli v podpoře rodin s mentálním postižením hrají také nevládní a neziskové organizace (NNO). Rodičům nabízejí služby, informace, podporu a sdružují rodiče. Mezi NNO patří občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti (Rytmus-klient k občanovi, o. p. s., Modrý klíč, o. p. s.), nadace a nadační fondy (Nadace České spořitelny, Výbor dobré vůle – Nadace Olgy Havlové), církevní organizace (Charita české republiky) a také existuje řada informačních portálů (Dobromysl, Modrá Beruška). Mezi neziskové organizace patří například Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením, o. s. v České republice (SPMP) (BAZALOVÁ, 2014).

Služby sociální péče

V souvislosti s poskytováním sociálních služeb existuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který nabyl platnosti dne 1. 1. 2007. Podle zákona sociální služby zahrnují: sociální poradenství, služby sociální péče, služby sociální prevence (ŠVARCOVÁ, 2011). Sociální služby se mohou vyskytovat ve formě osobní asistence, pečovatelské služby, tísňové péče, podpory samostatného bydlení, odlehčovací služby nebo chráněného bydlení (ČESKO, 2006). Cílem sociálních služeb je minimalizovat závislost mentálně postiženého a vést ho k co nejvýše možné samostatnosti (VALENTA a kol., 2013).

Ústavy sociální péče

Ústavy sociální péče jsou určeny hlavně pro osoby s těžším stupněm postižení. Lidé s lehčím stupněm postižení jsou do ústavu přijímáni v případě, kdy nezbytně vyžadují ústavní péči. Tato péče je poskytována jak v ústavech pro mládež, které jsou určeny dětem od tří led do ukončení povinné školní docházky, v některých případech do ukončení přípravy na povolání do 26 let. Tak v ústavech pro dospělé jedince. Pro mentálně retardované se zřizují ústavy s denním, týdenním a celoročním pobytem. Denní ústavy (stacionáře) pečují o děti, mládež i dospělé v době, kdy jsou jejich rodiče v zaměstnání. U dětí nahrazují práci mateřských škol a speciálních základních škol. V péči o dospělé jedince nahrazují činnost chráněného pracoviště. Náplň činností jednotlivých denních stacionářů se liší, zaměřují se na výchovnou činnost, pracovní rehabilitaci, volnočasové aktivity, různé druhy terapií a rehabilitačních technik. Týdenní

zařízení se o jedince stará v týdnu, kdy se rodiče mohou naplno věnovat svému zaměstnání a věnovat se ostatním nepostiženým dětem. Na víkend si rodina může vzít domů své postižené dítě. Celoroční zařízení poskytuje komplexní péči o mentálně postižené jedince po celý rok. Tento typ nahrazuje rodinnou péči (ŠVARCOVÁ, 2011).

Osobní asistence

Tento druh služby se poskytuje v přirozeném sociálním prostředí v činnostech, které člověk nezvládne vykonat samostatně. Jedná se o terénní službu bez časového omezení. Osobní asistence zahrnuje základní činnosti, mezi které patří pomoc při zvládání běžných úkonů, péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (ŠVARCOVÁ, 2011).

Pečovatelská služba

Pečovatelská služba bývá poskytována ve vymezeném čase jedincům se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, buď v domácnostech, nebo v zařízení sociálních služeb. Také může být poskytnuta rodinám, kde vyžadují pomoc druhé fyzické osoby. Služba v sobě zahrnuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při jejím zajištění, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společností (ŠVARCOVÁ, 2011).

Chráněné bydlení

Jedná se o pobytovou službu, která se poskytuje osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení či chronického onemocnění. Bydlení může být skupinové a individuální. Několik osob s mentálním postižením bydlí společně s asistentem. Asistent zastává funkci přítele, pomocníka, konzultanta a pomáhá v činnostech běžného života, s úklidem, s vařením, se sebeobsluhou a s výkony, které nejsou postižení jedinci schopni zvládnout sami. Tento typ bydlení by mělo být trvalým domovem (ŠVARCOVÁ, 2011).

Tísňová péče

Jedná se o terénní péči poskytující nepřetržitou distanční hlasovou a elektronickou komunikaci s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života. Služba zahrnuje poskytnutí nebo zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci, sociální poradenství, sociálně-terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společností, pomoc při prosazování práv, zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Služba by měla být dostupná hlavně rodinám pečující o osoby s různým onemocněním, kde hrozí náhlé zhoršení zdravotního stavu (ŠVARCOVÁ, 2011).

Podpora samostatného bydlení

Jde o terénní službu poskytovanou osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení či chronického onemocnění. Služba v sobě zahrnuje pomoc při zajištění chodu domácnosti, při uplatnění práv, zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společností (ŠVARCOVÁ, 2011).

Odlehčovací (respitní) služby

Odlehčovací služba poskytuje pomoc rodině starající se o postiženého člena tím, že jí umožní odjet na dovolenou nebo si odpočinout od každodenní péče. Může probíhat od několika dnů do několika týdnů v domácím prostředí nebo v zařízení organizace, která poskytne péči. Služba zahrnuje poskytnutí pomoci při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování v případě pobytové služby, zprostředkování kontaktu se společností, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, pomoc při uplatnění práv, zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (ŠVARCOVÁ, 2011).

Pěstounská péče

Jedná se o formu náhradní péče, kdy pěstoun osobně pečuje o dítě a zodpovídá za jeho výchovu. Na našem území se s touto formou péče o mentálně retardované teprve začíná. V zahraničí je více vžitá, rodina si ke svým zdravým dětem vezme dítě postižené, o které se nemá kdo starat. V některých zemích se péče o postižené považuje za vysoce společenskou aktivitu, která u rodiny či jednotlivce zvyšuje společenskou prestiž (ŠVARCOVÁ, 2011).

Domácí péče

Domácí péče je zdravotní péče, která se poskytuje pacientům na doporučení jejich registrujícího praktického lékaře nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci v nemocničním zařízení. Systém domácí zdravotní péče je k dispozici v České republice od 90. let minulého století. Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje domácí péči jako: *jakoukoliv formu péče poskytovanou lidem v jejich domovech* (JAROŠOVÁ, 2007, str. 60). Je zajištěna multidisciplinárním týmem, který věnuje péči klientovi v jeho vlastním prostředí v souvislosti s jeho aktuálním stavem. V České republice se setkáváme s akutní, dlouhodobou, preventivní, hospicovou či s domácí péčí ad hoc. Akutní domácí péče je u klientů s akutním krátkodobým onemocněním nevyžadujícím hospitalizaci v nemocničním prostředí. Dlouhodobá péče se označuje za nejrozšířenější péči v České republice. Bývá indikována na dobu několika měsíců až let u chronicky nemocných, vyžadujících dlouhodobou a pravidelnou péči. Jedná se o klienta s diabetem, roztroušenou sklerózou či s duševní poruchou. S preventivní péčí se můžeme setkat u klientů, kde jejich ošetřující lékař stanovil dohled a monitoraci celkového stavu. Domácí hospicová péče se poskytuje klientům v preterminálním a terminálním stádiu nemoci. Péče zahrnuje emocionální podporu, management bolesti. Domácí péčí ad hoc se rozumí jednorázová péče, při které dojde k provedení jednorázových výkonů (JAROŠOVÁ, 2007).

2 SPECIFIKA KOMUNIKACE

Při komunikaci s dítětem, ale zároveň i s dospělým jedincem s mentální retardací, je důležité vycházet ze základních principů komunikace. Naši komunikaci musíme přizpůsobit k jejich mentální úrovni. *Vždy jednáme tak, jak bychom si přáli, aby bylo jednáno s námi!* (BENDOVÁ, 2011, s. 18).

Během komunikace s dítětem s lehkou mentální retardací musíme brát na vědomí následující: jeho slovní zásoba je velice chudá a omezená, má problém s pochopením delšího sdělení, většinou dobře rozumí základním povelům, používá jednoduché věty, objevují se problémy s výslovností a gramatikou, využívá ustálené fráze. Dítě s těžkou formou neužívá běžnou řeč, v některých případech jí není schopno porozumět, a proto se dorozumívá pomocí dotyků, ukazováním na předměty či gestikulací. U jedinců s hlubokou mentální retardací není možné využívat verbální komunikaci, jelikož jejich schopnost mluvit a zároveň porozumět řeči je nulová, proto se volí jiné způsoby komunikace, kdy nejčastějším bývá bazální stimulace, fotografie, obrázkové knihy či komunikační tabulky. V některých případech se využívá počítačová technika, která vydá zvukový signál či hlas s pokynem na jedince. Mentálně retardovaný nemusím mít jen komunikační bariéru, ale může se vyskytovat i strach a nedůvěra k ostatním lidem (REGEC a kol., 2012), (SLOWÍK, 2010).

Zásady komunikace s jedinci s mentálním postižením

S mentálně postiženým komunikujeme stejně jako se zdravým, vyjadřujeme mu stejnou úctu i respekt. Zároveň respektujeme i jeho osobnost. Při komunikaci dodržujeme základy společenského chování, kdy volíme empatický a trpělivý přístup. Z okolí by měly zmizet rušivé vlivy prostředí, což může být např. rádio, ostatní lidé. Respektujeme pomalejší tempo řeči, proto si na dítě vyhradíme více času. Během prvního rozhovoru s mentálně postiženým dítětem musíme odhadnout výši mentálních schopností, porozumění a vyjadřování, ze kterých vycházíme a naši komunikaci tomu přizpůsobíme. Nepoužíváme dlouhá souvětí a cizí pojmy, naše řeč by měla být srozumitelná, jednoduchá a pomalá. Vzhledem k ovlivnitelnosti jedince v oblasti rozhodování se musíme vyhnout sugestibilním otázkám, jako např. Vyspal ses dobře? Otázka by neměla dítě navést k odpovědi, správně: Jak ses vyspal? Vždy mluvíme přímo s dítětem, v případě problému se obracíme na jeho doprovod. Během komunikace

udržujeme oční kontakt a zároveň věnujeme pozornost postiženému, dáváme tím najevo náš zájem o kontakt. Rozhovor doplňujeme neverbální komunikací, mimikou a gestikulacemi. Vždy si musíme ověřit, zda nám dítě rozumělo a pochopilo, oč jde. Pokud je potřeba, opakujeme své otázky či obsah hovoru tolikrát, kolikrát je to nutné k pochopení (BENDOVÁ, 2011).

Chyby v komunikaci s mentálně postiženým

Nejčastější chybou v komunikaci s postiženým jedincem bývá vedený rozhovor pouze s doprovodem, postiženému tím dáváme najevo jeho bezvýznamnost a méněcennost. Občas se objevuje netrpělivost ze strany zdravotnického personálu, která se promítá i ve společnosti. V případě dospělé osoby je nutné dodržovat oslovení pán, paní, tudíž vykat a v žádném případě na dospělého jedince nesmíme mluvit jako na dítě. Pokud hovoříme s dítětem, mluvíme pravdivě, o všem bychom ho měli informovat a nic netajit. V naší komunikaci se mohou vyskytovat zdrobněliny, napodobování dětské řeči a lítostivé projevy, které jsou také nevhodné. Velmi rozšířeným jevem jsou posměšky, pohrdání či nadřazenost nad mentálně postiženými, s těmito problémy se postižení jedinci setkávají ve společnosti denně (REGEC a kol., 2012).

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Ošetřovatelská péče v této problematice má několik principů, kterými by se měl ošetřovatelský personál řídit. Mezi hlavní principy řadíme partnerství a spolupodílení se na péči, individuální přístup ke každému jedinci při uspokojování jeho potřeb, začlenění mentálně retardovaných do kolektivu i společnosti a multioborovou spolupráci. Velice důležitým krokem pro úspěšnou a kvalitní ošetřovatelskou péči je získat si důvěru klienta s následným vybudováním kladného vztahu. Všeobecná sestra musí vycházet z mentálního věku, podle kterého se odvíjí správný přístup a vhodná komunikace. Ošetřovatelský personál musí zachovat všechna etická pravidla. Podle stupně postižení, potřeb klienta i míry soběstačnosti volíme druh ošetřovatelské péče a asistence. U lehčího stupně mentální retardace postačí kontrola ošetřovatelským personálem, naopak u těžšího stupně musí komplexní péči provést druhá osoba. Nesmíme zapomínat na zapojování do výkonů a nabízení naší pomoci. Před výkony je velice důležité intervence nejprve vysvětlit, předvést a poskytnou dostatečný čas na pochopení a následnou realizaci. Během plánování a realizace ošetřovatelské péče musí zdravotnický personál brát v potaz přidružené příznaky, ovlivňující výkon a chování. Ošetřovatelská péče o jedince s danou problematikou si klade za cíl zvýšit jejich samostatnost a podpořit nezávislost. Mentálně retardovaní mají nízkou sebekontrolu, vysokou sugestibilitu a trpí afektivní labilitou, což musíme brát v potaz a během péče zohlednit. Velice důležitým krokem v práci s dětmi je nastolení řádu, kterým se bude mentálně retardovaný řídit (MARKOVÁ a kol., 2006), (PETR, 2014).

Mezi ošetřovatelské problémy mentálně postižených patří deficit sebepéče, porucha verbální komunikace, úzkost, riziko pádu i zranění, dohled nad příjmem tekutin i stravy, zhoršená adaptace či porucha přizpůsobení. Pro zhodnocení míry soběstačnosti a zároveň sebepéče se využívá Barthelové test základních všedních činností (Activities of Daily Living), kde se hodnotí chůze, schopnost najedení i napití, oblékání, koupání, osobní hygiena a také použití toalety (viz Příloha E).

Možné ošetřovatelské diagnózy vyskytující se u pacienta s mentální retardací se mohou u každého pacienta lišit, jelikož každý má své specifické potřeby a jiná přidružená onemocnění. Pro přiblížení uvádíme pár možných ošetřovatelských diagnóz objevujících se u jedinců s mentální retardací (viz Příloha A).

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U DÍTĚTE S LEHKOU MENTÁLNÍ RETARDACÍ

Cílem této části je detailně popsat ošetřovatelskou péči formou ošetřovatelského procesu u dítěte s lehkou mentální retardací v jeho vlastním sociálním prostředí, ke kterému dochází všeobecné sestry z agentury domácí péče. Popsán je průběh návštěv v období, kdy chlapce začala navštěvovat agentura domácí péče, od 16. 12. 2015 do 16. 12. 2016. Detailně je popsán 2. den a dále 370. den pro zachycení změn v jeho zdravotním stavu.

Získané informace byly zpracovány pomocí modelu Teorie základní ošetřovatelské péče dle Virginie Henderson. Zjištěné ošetřovatelské problémy, vyplývající z námi vybraného modelu, jsou důležité pro stanovení ošetřovatelských diagnóz, které jsou strukturovány podle NANDA I Taxonomie II 2015–2017 (HERDMAN, KAMITSURU, 2016) a seřazené dle priorit. Dále se detailně zaměřujeme na vybrané diagnózy, u kterých popisujeme průběh, plán, realizaci a hodnocení ošetřovatelské péče.

Informace pro zhodnocení zdravotního stavu byly získány kombinací několika technik sběru dat, především vlastním pozorováním, péčí o klienta, rozhovorem s rodiči, dále rozhovory s ostatními sestrami agentury domácí péče a v neposlední řadě analýzou zdravotnické i ošetřovatelské dokumentace klienta. V této části oslovujeme pacienta klientem, jelikož je to v souladu se směrnicemi agentury domácí péče. Písemný souhlas rodičů s vypracováním bakalářské práce přikládáme v Příloze D.

4.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE KLIENTA

Z důvodu ochrany osobních údajů ve znění zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, je uvedené oslovení klienta v Tabulce 2 smyšlené.

Tabulka: 2 Identifikační údaje

Oslovení	Tom
Pohlaví	muž
Věk	3 roky
Státní příslušnost	ČR
Adresa	rodinný dům za Prahou
Kontaktní osoba	matka, otec

Zdroj: dokumentace domácí péče, 2016

Medicínská diagnóza hlavní:

- F70 Lehká mentální retardace
- Z931 Perkutánní endoskopické gastrostomie

Medicínské diagnózy vedlejší:

- H521 Myopie (krátkozrakost)
- H900 Převodní nedoslýchavost
- Q02 Mikrocefalie
- R633 Obtížné a špatně vedené krmení
- Z961 Přítomnost nitrooční čočky

4.2 KATAMNÉZA

Klientem je 3letý chlapec, u kterého bylo již po porodu zjištěno několik odchylek. Od porodu měl problém spojený s krmením, kdy enormně nadavoval. Od 3. dne života mu byla zavedena nazogastrická sonda (NS) pro krmení. Spolu s krmením do sondy se přikládal k prsu matky. V 1. týdnu života u chlapce převažovala spíše celková hypotonie, která postupně přecházela do hypertonie. Z toho důvodu byla od 1. týdne zahájena rehabilitace, orofaciální stimulace, tzv. Vojtova metoda. Ve 2. měsíci života se pro obtížné krmení přistoupilo k zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG). Matka s chlapcem zůstala hospitalizovaná několik týdnů na pediatrickém oddělení v nemocničním zařízení. K propuštění do domácího prostředí mělo dojít až poté, co bude chlapec lépe snášet krmení do PEG a přibere na váze. Po domluvě s paní primářkou pediatrického oddělení došlo k propuštění do domácího prostředí dříve.

Rodiče nejprve péči o chlapce zvládali sami, pravidelně se s ním dostavovali na chirurgickou ambulanci, na sterilní převazy PEG a také k pediatrickému lékaři na převažování. Po uplynutí 1. roku života se u něj opakovaně objevily stavy, kdy z ničeho nic vypukla horečka, febrilní křeče s následným krátkodobým bezvědomím. To vedlo k dalším hospitalizacím v nemocničním zařízení s pestrou škálou vyšetření. Na podkladě opakujících se problémů paní primářka pediatrického oddělení doporučila vyhledat agenturu zajišťující domácí péči. Společně s rodiči vyhledala agenturu, ochotnou dojíždět za chlapcem do domácího prostředí. Rodiče se nejprve s ředitelkou agentury domluvili na formě péče a na výkonech, které budou všeobecné sestry vykonávat. Domácí péče byla zahájena 16. 12. 2015. Péče byla stanovena třikrát týdně po dobu tří hodin, kdy byla obsahem návštěv kontrola celkového stavu, zejména nutričního stavu, podání stravy i tekutin. Výkony provádějí všeobecné sestry s registrací bez odborného dohledu, které se u chlapce střídají dle rozpisu služeb.

4.3 ANAMNÉZA

Anamnéza byla zpracována při prvním kontaktu s klientem a jeho rodiči (16. 12. 2015). Informace jsou získány ze zdravotnické dokumentace klienta, z propouštěcí zprávy a především z rozhovoru s rodiči.

RODINNÁ ANAMNÉZA

Matka: ročník 1980, je zdravá, prodělala běžné dětské onemocnění, momentálně je na mateřské dovolené. Matka matky má astma a Diabetes Mellitus II. typu na perorálních antidiabeticích. Otec matky trpí hypercholesterolemií, kterou léčí pouze dietoterapií.
Otec: ročník 1980, je zdravá, prodělal běžné dětské onemocnění. Matka otce je zdravá. Otec otce má Diabetes Mellitus II. typu na perorálních antidiabeticích.
Sourozenci: sestra ročník 2009 a bratr ročník 2011 doposud prodělali běžná dětská onemocnění, jinak jsou plně zdraví.

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Chlapec z třetí gravidity ze tří, kdy byla gravidita fyziologická, ve 28. týdnu proběhla aplikace anti-D, ve 31. týdnu byl u chlapce v oblasti cerebella zjištěn rozšířený prostor pod vermis s mírnou dilatací IV. komory mozkové. Porod proběhl v termínu 41 + 2, byl spontánní, záhlavím, chlapcova porodní hmotnost byla 3830 g a porodní délka 52 cm.

Chlapec nebyl křišen, jeho poporodní adaptace byla dobrá a novorozenecký ikterus se neobjevil. Od porodu byla patrná faciální stigmatizace – elfí ucho vpravo s chybějící chrupavkou, ustupující brada s ventrální prominencí. Po porodu se objevily potíže s krmením, při polykání enormně nadavoval. V 1. týdnu života převažovala spíše celková hypotonie, která postupně přešla do hypertonie. Od 1. týdne došlo k zahájení rehabilitace. Od 3. dne života byla zavedena NS pro obtížné krmení, kdy první 3 týdny krmen hlavně sondou s občasným přikládáním a podáváním mateřského mléka savičkou. Ve 3. týdnu věku proveden polykací akt bez patologického nálezu. Od porodu nárůst pouze o 1 cm/4 týdny. Ve 3. týdnu věku bylo provedeno EEG vyšetření s abnormálním nálezem hrotnatých vln temporálně, které by mohly potvrzovat diagnostickou hypotézu hypoxie několik dnů před porodem. Ve 2. měsíci života se pro stále obtížné krmení přistoupilo k zavedení PEG.

Operace: 09/13 zavedení PEG pro obtížné krmení, 10/2015 operace katarakty levého oka a implantace čočky levého oka, 01/2016 tonsilektomie, 01/2016 výměna PEG
Úrazy: 0
Abusus: vzhledem k věku pacienta negativní
Transfúze: 0
Očkování: 4x Infanrix, 3x Imovax, 2x Engerix, 4x Prevenar, vit D
Dietoterapie: vzhledem ke krmení do PEG, k věku a k obtížnému polykání byla doporučena dieta č. 12/mletá

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA:

Stav: svobodný
Bytové podmínky: chlapec bydlí s rodiči a sourozenci v rodinném domě na vesnici za Prahou s velkou zahradou, dům je suchý a nevyskytují se v něm žádné plísně.
Vztahy, role a interakce v rodině: rodina je úplná, chlapec má starší sestru a bratra. Doma se nekouří. Prarodiče i ostatní členové rodiny se navzájem neustále navštěvují.
Zvíře: v domácnosti se nachází pes, který je na zahradě a do domu má zákaz. Uvnitř domu mají obrovské akvárium s rybičkami.

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA:

U klienta nebyly zjištěny alergie na léky, potraviny, chemické látky, pouze se zjistila alergie na prach a peří.

MOTORICKÝ VÝVOJ

Psychomotorický vývoj: opožděný, pasení koníčků proběhlo ve 3. měsíci, samostatný sed ve 13. měsíci, leze, ale nestřídá končetiny, na kolínka se nedostane, posouvá se po hýždích přískoky, sudy neválí, pomalu si začíná stoupat, jezdí na motorce, řeč: slabiky mama, baba jen občas, opožděný vývoj řeči, s hračkami si hraje, má rád hudební a světelné hračky, prohlíží si knížky s obrázky, pouští si pohádky na mobilním telefonu, navleče kroužky na tyčky, kostičky zatím nestaví, je krmen do PEG, eventuálně přijme i ústy, pleny na celý den.

Jemná motorika: Vzhledem k věku ještě není zcela vyvinuta, zvládá uchopit předměty, tužku v ruce udrží, ale zatím neví, jakým způsobem tlačit, aby psala. Menší předměty zvedne s malou obtíží.

Hrubá motorika: Chlapec se postaví s pomocí druhé osoby. Sám si stoupne jen občas, když se opře například o stůl či postel. Chůze je zatím pouze za ruku. Pohyby a stoj je momentálně nestabilní.

FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Klient pravidelně neužívá žádnou medikaci**,** pouze při výskytu problému (viz Tabulka 3) se podává medikace, kterou naordinoval lékař.

Tabulka 3: Farmakoterapie

Název léku	Forma	Síla	Indikační skupina	Důvod podání
Diazepam	tbl.	5 mg	anxiolytikum	febrilní křeče
Paralen baby	supp.	100 mg	antipyretikum	subfebrilie, pyrexie
Pityol	ung.	30 mg	dermatologikum	zarudnutí, opruzeniny

Zdroj: zdravotnická dokumentace chlapce, 2015

4.4 Stav klienta při přijetí do domácí péče 16. 12. 2015

V následujících tabulkách jsou zhodnoceny fyziologické funkce (viz Tabulka 4), celkový stav a potřeby klienta (viz Tabulka 5), které byly stanovené všeobecnou sestrou z domácí péče při první návštěvě. Posouzení celkového stavu bylo provedeno na základě fyzikálního vyšetření s pomocí lékařské zprávy od pediatrického lékaře a ze získaných informací během rozhovoru s rodiči chlapce.

Tabulka 4: Údaje zjištěné vlastním měřením a pozorováním

TK: 90/60	**Saturace:** 98 %
D: 22/minutu	**Váha:** 11,3 kg
P: 94/minutu	**Výška:** 92 cm
TT: 36,8	**BMI:** 13,4

Zdroj: dokumentace domácí péče, 2015

Z výše uvedených fyziologických funkcí vyplývá, že hodnoty klientova tlaku, dechu, pulzu i saturace jsou vzhledem k věku v normě. U tělesné teploty je mírné zvýšení, ale zatím se nejedná o subfebrilii. Co se týče tělesné výšky, ta je v normě, ale u tělesné váhy a zároveň i u BMI se klient nachází v podváze.

Tabulka 5: Příznaky a potřeby klienta

Stav vědomí	jasné
Pohybový režim	částečně chodící
Poloha	aktivní
Stravování	podávání jídla kompletně druhou osobou, sondou
Obtíže při jídle	porucha polykání
Chuť do jídla	není
Dieta	č. 12, mletá
Příjem tekutin	per os s pomocí, sondou
Obtíže při příjmu tekutin	nemá
Vyprazdňování moče	inkontinence úplná
Obtíže při vyprazdňování moči	nemá problémy
Vyprazdňování stolice	inkontinence úplná
Obtíže při vyprazdňování stolice	nemá problémy
Spánek	bez problému
Bolest	nemá
Chůze	plazení, přískoky po hýždích
Pohyblivost	omezená
Polohování	nevyžaduje
Rehabilitace	nácvik chůze
Hygienická péče	pomoc při hygieně

Srdeční akce	pravidelná
Dýchání	pravidelné
Reakce na onemocnění	vzhledem k věku nelze hodnotit
Psychický stav	adaptabilní
Alergie	prach, peří
Překonané infekční choroby	varicella
Řečový kontakt, orientace v čase, v prostoru	komunikace: omezená – nemluví orientace jen vlastní osobou (slyší na oslovení), někdy rozumí mluvenému slovu
Poznávací schopnost	poznává známé osoby, se kterými je pravidelně v kontaktu, předměty také pozná
Sluch	slyší
Zrak	používá brýle
Kůže	bez chorobných změn, ve středním postavení hrudníku porušena pro zavedený PEG (viz Příloha B)
Sliznice	vlhké
Turgor	přiměřený
Otoky	nepřítomné

Zdroj: dokumentace domácí péče, 2015

V následujícím přehledu je shrnuto základní screeningové vyšetření všeobecnou sestrou provedené při příjmu 16. 12. 2015. Vyšetření bylo provázeno slovním komentářem a názornou ukázkou pro lepší spolupráci s klientem.

Celkový stav: chlapec je při vědomí, orientován svou osobou (reaguje na své jméno), prokrvení i hydratace sliznic v normě. Na pohled viditelná podváha.

Hlava: mikrocefalického tvaru, poklep hlavy je nebolestivý. U chlapce je viditelně menší brada. Vlasy má krátké, husté.

Oči: zornice jsou izokorické, víčka bez patologického nálezu, skléry bílé

Uši a nos: uši normálně postavené, viditelný špičatý tvar a chybějící chrupavka, kratší nos, širší kořen nosu, uši i nos bez sekrece, nos průchodný a čistý

Dutina ústní: rty souměrné, bez známek cyanózy, mírně popraskaný spodní ret. Dásně, sliznice dutiny ústní má růžové, vlhké, mírně oteklé pro prořezávání se mléčných zubů. Jazyk bez povlaku, hladký, plazí po střední čáře. Tonsily nezvětšené, bez povlaků. Chrup mléčný, nekompletní, atypický tvar chrupu.

Krk: volné pohyby všemi směry, náplň krčních žil nezvětšená, pulzace karotid symetrická, obtížné polykání velkých soust, bez zvracení a říhání

Hrudník: symetrický, bez vyklenutí, na pohmat nebolestivý, dýchání pravidelné bez patologického nálezu

Srdce: akce srdeční pravidelná

Plíce: dýchání bez patologického nálezu

Břicho: v niveu měkké, volně prohmatné, na dotek nebolestivé, bez rezistence či citlivosti, plynatost nepřítomná, ve středním postavení hrudníku zaveden PEG, okolí ústí bez zarudnutí, bez sekrece, čisté a zhojené

Játra, slezina i uzliny: nezvětšené

Genitál: chlapecký, varlata sestouplá, bez deformit, na pohmat nebolestivý

Končetiny: symetrické, bez otoků a deformit, dobře prokrvené, nehty upravené, dolní končetiny viditelně slabé

Páteř: fyziologicky zakřivená, pohyblivá, nebolestivá

Klouby: pohyblivost bez omezení, volně pohyblivé

Kůže: čistá bez ikteru a cyanózy, okolí kolem PEG bez zarudnutí a sekrece, na dolních končetinách tři malé modřiny, kožní turgor v normě

Ze screeningového vyšetření vyplývá klientova orientace pouze svou osobou a viditelná podváha. Dále jsou viditelné odchylky ve tvaru hlavy, chlapec má menší bradu a mikrocefalický tvar hlavy, obě uši špičatého tvaru, které jsou bez chrupavky. Nos má menší s širším kořenem. Mléčný chrup se zatím prořezává. Ve středním postavení hrudníku je zaveden PEG, okolí jeho ústí je zhojené, bez zarudnutí. Při stoji jsou viditelné oslabené dolní končetiny, stoj je zatím nejistý a nestabilní.

4.5 Status presens při přijetí do domácí péče

Domácí péči u chlapce započala všeobecná sestra této agentury, která se představila, rodiče řádně seznámila s harmonogramem nastavených návštěv a také upozornila na možné střídání všeobecných sester při výkonu služby. Následně došlo k vyplnění administrativ, týkajících se základních identifikačních údajů chlapce, farmakologické terapie, souhlasů s průběhem domácí péče a s přítomností všeobecné sestry v domácím prostředí. Dále vyjmenovala výkony stanovené od pediatrického lékaře, které byly podrobně vysvětleny a následně ukázány během ošetřovatelské péče. Při vstupu do domácí péče byl chlapec podroben celkovému vyšetření sestrou, ta hodnotila fyziologické funkce, celkový stav a funkčnost PEG. Rodiče se o PEG starají sami, stravu a tekutiny podávají také samostatně. PEG je funkční, průchodný, okolí zavedení nejeví známky infekce a je plně zhojeno. Vzhledem k získaným informacím byl

u Toma proveden nutriční screening a také došlo ke zhodnocení základních všedních činností dle Barthelové testovací škály. Z nutričního screeningu vyplývá BMI: 13,4, tudíž trpí podváhou a pomocí Barthelové testovací škály vyšlo scóre 10 bodů, což značí vysokou závislost. Obě testovací škály se budou v intervalu jednoho měsíce přehodnocovat, dojde-li však ke změně ve zdravotním stavu, dojde k přehodnocení ihned. Chlapec je při příjmu do domácí péče při vědomí, orientován pouze svou osobou, kdy slyší na své jméno. Komunikace s chlapcem je velice obtížná, protože chlapec nemluví, ale rozumí určitým slovům. Komunikaci se bude provádět řečovým projevem, ukazováním předmětů, obrázků a v průběhu ošetřovatelské péče budou hodnoceny pokroky. Veškeré informace je všeobecná sestra povinna zaznamenávat do dokumentace agentury domácí péče, kam se provádějí zápisy o výkonech, změně zdravotního stavu či průběhu služby. Na základě získaných informací se stanoví ošetřovatelské problémy a následně ošetřovatelské diagnózy, které se v průběhu následujících návštěv vyhodnocují podle změn zdravotního stavu.

Údaje od rodičů

Při prvním kontaktu s rodiči nám maminka pro začátek uvedla pár důležitých informací pro seznámení a především pro pochopení chlapcových potřeb. Uvádí: *Při přípravě stravy musíte klást důraz na to, aby bylo jídlo dostatečně rozmixované a při samotném výkonu krmení postupujte pomalu, jelikož má Tom problém s polykáním. Při podávání stravy je lepší, když syna zabavíte, většinou mu půjčíme mobilní telefon, nebude se pak tak vztekat. Tom má svou hlavu a nesmíte ho do ničeho nutit, jinak se rozčílí a pláče. K utišení pomůže buď mobilní telefon, nebo jeho nejoblíbenější hračka, plyšový medvídek. Je nezbytné Toma dobře oblékat, jelikož trpí nerovnováhou v tělesné teplotě, kdy má sklony k hyperfebrilii a následkem toho vznikají febrilní křeče. Na Toma se musí pomalu a rázně, jinak nemá žádnou autoritu a dělá si, co chce.*

4.6 UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE MODELU VIRGINIE HENDERSON DNE 16. 12. 2015

V následujícím textu jsou hodnoceny potřeby dle vybraného modelu pouze objektivně, jelikož chlapec nemluví, nelze použít jeho subjektivní hodnocení. Vycházíme především z vlastního pozorování, z rozhovoru s rodiči a s ostatními všeobecnými sestrami agentury domácí péče. Model Virginie Henderson byl zvolen vzhledem k jeho základní jednotce, kterou tvoří nezávislost klienta v uspokojování potřeb. V. Henderson chápe klienta jako jedince vyžadujícího pomoc při dosahování zdraví a nezávislosti nebo v klidném umírání. Role sestry spočívá v udržování či navracení nezávislosti klienta při uspokojování jeho vlastních potřeb. Základní ošetřovatelská péče je poskytována v nemocnici i v domácí péči, reaguje na individuální potřeby jedince a bývá ovlivněna podmínkami a zároveň zdravotním stavem klienta. Sestra svými zásahy a péčí nahrazuje, doplňuje, podporuje nebo zvyšuje sílu, vůli i vědomosti, což je poukázáno právě u námi vybraného reálného dítěte s lehkou mentální retardací (PAVLÍKOVÁ, 2006).

1. Normální dýchání

Chlapec v průběhu péče dýchal spontánně, bez obtíží. Kašel momentálně nemá, nachlazený není. Dýchání je pravidelné, 22 dechů za minutu. Teplota prostředí je optimální, pohybuje se v rozmezí od 21 ºC do 25 ºC. V domě se pravidelně větrá, aby nebyl zadýchaný vzduch a chlapec měl přísun čerstvého vzduchu. Také je k dispozici zvlhčovač vzduchu, který rodina pravidelně využívá. Nevyžaduje žádnou polohu podporující dýchání ani k tomu určené speciální pomůcky. Co se týče pobytu venku, tam s dýcháním problém také nemá.

Použitá měřící technika: měření dechové frekvence

Ošetřovatelský problém: 0

2. Dostatečný příjem potravy a tekutin

Chlapec měří 92 cm a momentálně váží 11,3 kg, jeho BMI je 13,4, tudíž trpí podváhou. Rodiče tuto skutečnost znají a pravidelně s chlapcem navštěvují nutričního specialistu, se kterým řeší navyšování stravy a chlapec je podroben i celkovému zhodnocení stavu a přeměření obvodů na těle. Tom má dietu č. 12, stravu batolat, která

se musí řádně mixovat. O stravu se stará matka, která vždy připraví určité potraviny na celý den. Většinou se jedná o různé zeleninové polévky, bramborovou kaši s masem, dětské ovocné příkrmy. Tom se krmí dle harmonogramu každou 3. hodinu do PEG, množství je 200 až 250 ml. Příjem tekutin je každou 2. hodinu v rozmezí od 50 do 100 ml, protože zatím neumí pít z hrnečku a lahev odmítá, tekutiny se podávají ústy za pomoci injekční stříkačky, pokud odmítá tekutiny do úst, podávají se do PEG. Preferuje čistou vodu, čaj nebo ovocnou šťávu ústy odmítá, proto se tyto tekutiny podávají do PEG. Turgor kůže ukazuje na dostatečnou hydrataci.

Použitá měřící technika: Body mass index

Ošetřovatelský problém: podvýživa, riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedením PEG, porušené polykání

Priorita: střední

3. Vylučování

V souvislosti s onemocněním a věkem je trvale inkontinentní. Vyprazdňuje se do plenkových kalhotek, které se pravidelně mění, aby se zamezilo vzniku opruzenin, třísla a okolí konečníku se pravidelně promazávají Pityolem, Menalindem či Sudokremem. Moč má fyziologickou barvu, bez příměsí a bez zápachu. Stolici má většinou třikrát až čtyřikrát denně převážně po jídle. Konzistence stolice se odvíjí od příjmu stravy, například po podání Nutrinu trpí průjmem. Plyny odcházejí samovolně bez problémů, chlapec nezvrací a pocení je přiměřené. Břicho na pohmat nebolestivé.

Ošetřovatelský problém: inkontinence, riziko vzniku opruzenin, riziko porušení kožní integrity

Priorita: střední

4. Pohyb a udržování vhodné polohy

Motorický vývoj neodpovídá věku, pohybová aktivita je omezena v souvislosti se základním onemocněním. Chlapec samostatně nechodí, pouze se s dopomocí postaví a udělá pár kroků. Má svůj specifický pohyb, posouvá se přískoky po hýždích. Rád se nosí a pozoruje své okolí. U chlapce je vysoké riziko pádu, tudíž je u něho nezbytně nutný zvýšený dohled. Rodiče s chlapcem navštěvují fyzioterapeuta a do budoucna mají v plánu pravidelně docházet na plavání. V hodnocení Barthelové testu základních všedních činností obdržel 10 bodů, což znamená vysoce závislý. Polohu si mění sám,

s tím nemá problém. V chůzi a ve stoji je zatím neobratný, jeho stoj není stabilní, neustále vyžaduje pomoc druhé osoby.
Použitá měřící technika: Barthelové test základních všedních činností
Ošetřovatelský problém: nesoběstačnost, riziko pádu a úrazu
Priorita: střední

5. **Spánek a odpočinek**

V denní době obvykle nespí, záleží však na pohybové aktivitě. Má své místo v pokoji, kam se schová, když si chce odpočinout i během dne. Rodiče chlapce ukládají obvykle okolo 22. hodiny. V domácím prostředí spí okolo 8 hodin. Problémy se spánkem nemá, léky na spaní neužívá. Je zvyklý usínat s dudlíkem v ústech, rozsvícenou lampičkou a oblíbeným plyšovým medvědem. Spí v ložnici společně s rodiči, kde má dřevěnou postýlku s postranicemi, okolo postranic jsou dlouhé měkké polštáře, aby si neublížil.
Ošetřovatelský problém: 0

6. **Vhodný oděv, oblékání a svlékání**

Sám se nezvládne obout ani obléknout, vyžaduje pomoc. Na oblečení se klade vysoký důraz, spíše více vrstev, aby se nenachladil. Za každého počasí se dává pokrývka hlavy, jelikož často trpí na teploty. Nemá rád oblékání rukavic, což je v zimním období problém. V domě se obouvají pevnější bačkůrky, obléká dětské body a punčocháče. Na ven se chlapci obouvá pevná obuv na tkaničky. Na spaní má většinou pyžamo s dlouhými rukávy a nohavicemi.
Použitá měřící technika: Barthelové test základních všedních činností
Ošetřovatelský problém: deficit v oblasti oblékaní a svlékání
Priorita: nízká

7. **Udržování fyziologické tělesné teploty**

Od narození trpí na hyperfebrilie a s nimi spojené febrilní křeče. Teplota se musí pravidelně kontrolovat pomocí digitálního teploměru v podpaží a někdy v konečníku, aby se zamezilo případnému zhoršení stavu. Chlapec není schopný se sám přiměřeně obléknout, je odkázán na pomoc druhé osoby. V případě zvýšené teploty se podle

ordinace lékaře okamžitě podává Panadol baby čípek a následně tbl. Diazepam 5 mg, jako prevence vzniku febrilních křečí.

Použitá měřící technika: měření tělesné teploty

Ošetřovatelský problém: porucha termoregulace, sklony k hyperferbrilii

Priorita: střední

8. Udržování upravenosti a čistoty těla

Co se týče hygieny, tu u chlapce vykonávají rodiče každý večer. Ovšem pokud se znečistí během dne, dojde k hygieně ihned. Před krmením se myjí dlaně a ústa a při krmení se využívá látková plena, aby si neušpinil vrchní díl oblečení. Pokud se jde s chlapcem ven, po příchodu se myjí ruce. Péči o dutinu ústní, nosní a ušní vykonávají též rodiče.

Použitá měřící technika: Barthelové test základních všedních činností

Ošetřovatelský problém: nesoběstačnost v oblasti udržování čistoty, úpravy těla

Priorita: nízká

9. Odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých

Dětský pokoj a celý prostor uvnitř domu je uzpůsoben tak, aby nebránil chlapci v jeho pohybu. Velmi nutný je zvýšený dohled nad chlapcem, když se sám pohybuje po domě, ale zároveň i venku a nechce chodit za ruku. Nebezpečné předměty jsou z jeho dosahu odstraněny.

Ošetřovatelský problém: 0

10. Komunikace s ostatními osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů

Vzhledem k hlavní diagnóze vázne verbální i neverbální komunikace. Rodiče uvádějí, že dříve užíval citoslovce mama, baba, které nyní nepoužívá. Mluvenému slovu rozumí. Pokud chlapec něco chce, snaží se k vybrané věci přemístit a uchopit jí, pokud se věc nachází na místě, kam nedosáhne, vyjádří svou potřebu křikem, v některých situacích až pláčem. Hněv nebo neuspokojení své potřeby vyjadřuje křikem, pláčem, neovladatelnými pohyby končetin. Pokud dojde k uspokojení potřeb, vyjádří to úsměvem. Chlapec má velice hezký vztah se svými staršími sourozenci, ti ho zapojují do svých her. Velice kladný vztah má i se psem, který se nachází na zahradě. Do

budoucna by rodiče rádi zařídili možnost mateřské školky, aby měl chlapec kontakt i s ostatními dětmi.

Ošetřovatelský problém: zhoršená verbální i neverbální komunikace

Priorita: nízká

11. Vyznávání vlastní víry

Vzhledem k věku a k základnímu onemocnění chlapce nelze hodnotit. Rodiče neprojevují potřebu duchovního života.

Ošetřovatelský problém: 0

12. Smysluplná práce

Chlapce se snažíme aktivizovat a to buď pomocí obrázkových knížek, kterými si sám listuje, nebo venku na zahradě, kdy jde za ruku a sleduje své okolí.

Ošetřovatelský problém: nesoběstačnost

Priorita: nízká

13. Hry nebo účast na různých formách odpočinku a relaxace

Má rád procházky venku, kdy sedí v kočárku a může pozorovat okolí. Dále se rád houpe v dětské houpačce. Mezi jeho nejoblíbenější hračky patří ty, co dělají zvukové či světelné efekty. K dispozici má speciální hry pro trénink logiky a jemné motoriky (viz Příloha C). Chlapce nelze do ničeho nutit, pokud ho do něčeho nutíme, vede to k rozčílení a k pláči. Ke spánku se neukládá, většinou si sám ukáže, když chce do postýlky nebo do nízké postele v dětském pokoji, kterou využívá k odpočinku.

Ošetřovatelský problém: 0

14. Učení, objevování nového, zvídavost vedoucí k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení

Chlapec si na nové zdravotní sestřičky zvyká relativně rychle, po zapůjčení mobilního telefonu ihned. Je velice zvídavý, nejvíce ho osloví zvukové a světelné podněty. Kostky zatím neskládá, nasazování kroužků na tyčky momentálně také neovládá. Předměty však do dlaně uchopí. Při libé melodii můžeme vidět i náznak pohupování a okamžitý úsměv na tváři. Výborně ovládá mobilní telefon, na kterém

sleduje pohádky. Tatínek mu jednou za čas nahraje nové pohádky. Rád si prohlíží obrázkové knížky a leporela. Jedna z nejoblíbenějších věcí na zahradě je pro něj dětská houpačka, na které vydrží být celý den. Před rokem byl s rodiči a se sourozenci na dovolené v Anglii. Do budoucna by rodiče rádi s chlapcem navštěvovali plavecký bazén a využil speciální rehabilitační středisko.

Ošetřovatelský problém: opožděný vývoj

Priorita: nízká

4.7 Situační analýza ke dni 16. 12. 2015

3letý chlapec (Tom) byl 16. 12. 2015 přijat na doporučení primářky pediatrického oddělení a zároveň pediatrického lékaře do ošetřovatelské péče všeobecných sester z agentury domácí péče, pro dlouhotrvající obtížné krmení, nedostačující stav nutrice (BMI: 13,4), neschopnosti samostatné chůze a dále nesoběstačnosti ve všech denních činnostech (scóre 10 bodů dle Barhelové testu). Stanovená péče byla stanovena na tři hodiny třikrát týdně. Při prvním kontaktu došlo ke zhodnocení celkového stavu, klient byl při vědomí, orientován svou osobou. Schopnost komunikace je v souvislosti se základní diagnózou momentálně nulová, chlapec nemluví, ale je schopen porozumět určitým pokynům (např. jídlo, pití, umýt ruce, jít ven). Komunikace bude probíhat pomocí dostupných fotografií a ukazováním předmětů s hlasovým doprovodem. Jeho fyziologické funkce při příjmu byly: TK: 90/60, D: 22/minutu, P: 94/minutu, TT: 36,8. Tom nejevil známky bolesti, po celou byl klidný a usmíval se. Příjem potravy a tekutin bude probíhat dle harmonogramu dne, který je u chlapce dlouhodobě nastavený (strava v množství 200 až 250 ml po 3 hodinách, 50 až 100 ml tekutin každou 2. hodinu). Klient se stravuje dietou č. 12/mletá, která se řádně mixuje, podává se klientovi do PEG a začíná se s nácvikem příjmu stravy do úst za pomoci lžičky. PEG byl zaveden roku 2013 a momentálně je plně zhojený, nepřevazuje se, nejeví známky infekce a sonda je plně funkční (viz Příloha B). Vzhledem k opožděnému vývoji Tom sám nechodí, má svůj specifický způsob, jak se přesouvá, a to přískoky po hýždích. Začalo se s nácvikem chůze za ruku. Vzhledem k deficitu sebepéče ve všech denních činnostech budeme během péče uspokojovat klientovi potřeby (vyprazdňování, oblékaní, výživa a tekutiny, hygiena). Chlapec je inkontinentní v oblasti vyprazdňování moči i stolice, na nočník se zatím neposazuje, a proto má po celý den plenkové kalhotky, které se dle potřeby mění.

Vzhledem k tomuto problému je nezbytně nutné zvýšit ošetřovatelskou i hygienickou péči o pokožku v okolí genitálu a konečníku dostupnými prostředky v domácím prostředí. Od narození trpí nerovnováhou tělesné teploty, má sklony k hyperfebriliím, které vedou až k febrilním křečím. Proto bude nutné tělesnou teplotu pravidelně sledovat a chlapce přiměřeně oblékat. Při zvýšené teplotě se podává Paralen baby supp. a následně pro prevenci febrilních křečí Diazepam 5 mg tbl. dle indikace pediatrického lékaře.

4.8 Ošetřovatelské diagnózy dle NANDA Taxonomie II. a jejich uspořádání dle priorit

Na základě identifikace ošetřovatelských problémů byly strukturovány ošetřovatelské diagnózy podle NANDA I Taxonomie II 2015–2017 (HERDMAN, KAMITSURU, 2016). Stanovení ošetřovatelských diagnóz bylo provedeno hned první den na základě získaných informací v ošetřovatelské dokumentaci a pozorováním během poskytované domácí péči. Bylo stanoveno 13 aktuálních a 5 potenciálních diagnóz, ohrožujících zdravotní stav klienta.

Seznam aktuálních ošetřovatelských diagnóz:

- Snaha zlepšit výživu (00163)
- Deficit sebepéče při koupání (00108)
- Deficit sebepéče při oblékání (00109)
- Deficit sebepéče při vyprazdňování (00110)
- Deficit sebepéče při stravování (00102)
- Inkontinence moči (00021)
- Inkontinence stolice (00014)
- Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)
- Porušená chůze (00088)
- Zhoršená schopnost přemisťování se (00090)
- Zhoršená verbální i neverbální komunikace (00051)
- Sociální izolace (00053)
- Opožděný růst a vývoj (00111)

Seznam potenciálních ošetřovatelských diagnóz:

- Riziko pádů (00155)
- Riziko porušení kožní integrity (00047)
- Riziko nerovnováhy tělesné teploty (00005)
- Riziko vzniku infekce (00004)
- Riziko alergické reakce (00217)

4.9 Rozpracované ošetřovatelské diagnózy

V následující kapitole jsou rozpracované čtyři diagnózy. U každé diagnózy detailně popisujeme ošetřovatelskou péči vykonávanou 2. den a následně s odstupem času 370. den, abychom poukázaly na změny a vývoj ve zdravotním stavu klienta. U jednotlivých diagnóz dále uvádíme zkrácený popis, ve kterém popisujeme změny mezi 2. a 370. dnem po zavedení domácí péče. Realizaci prováděla autorka bakalářské práce společně s ostatními pracovníky z agentury domácí péče.

Snaha zlepšit výživu (00163)

Doména 1. Podpora zdraví

Třída 2. Management zdraví

Definice: *Vzorec příjmu živin, který je dostatečný pro splnění potřeb metabolizmu a může být posílen* (HERDMAN, KAMITSURU, 2016, s. 141).

Určující znaky: Bezpečná příprava stravy i tekutin, bezpečné skladování potravin i tekutin, rodiče klienta dodržují vhodný standard pro příjem živin (např. potravinová pyramida), klient pije vhodné tekutiny, klient jí vhodnou stravu, klient se pravidelně stravuje.

Související faktory: Zavedení perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG), porucha polykání.

Priorita: střední

Cíl krátkodobý: Klient má nastavený vhodný stravovací plán do následující návštěvy, zvýšený příjem stravy a tekutin do 1 dne, u klienta nedojde k dalšímu snížení jeho hmotnosti do 1 týdne.

Cíl dlouhodobý: Klient přibere na váze a bude přijímat stravu i tekutiny ústy do 1 měsíce.

Očekávané výsledky:

- Klient nebude trpět podvýživou do 3 měsíců.
- Klient bude přijímat stravu i tekutiny ústy do 1 měsíce.
- Klient jí pravidelně podle stravovacího plánu od prvního dne návštěvy.
- U klienta nedojde k úbytku na hmotnosti do 1 týdne.

Ošetřovatelské intervence:

1. Zhodnoť nutriční screening a hydrataci klienta, vždy (všeobecná sestra).
2. Prodiskutuj stravovací zvyklosti včetně preferovaných jídel, první den (všeobecná sestra).
3. Monitoruj příjem, výdej stravy i tekutin, vždy (všeobecná sestra).
4. Dbej, aby měl klient stálé dostatečné množství tekutin, vždy (všeobecná sestra).
5. Připrav správné množství a konzistenci stravy, při každém krmení dle harmonogramu každé 3 hodiny (všeobecná sestra).
6. Používej motorickou a slovní instrukci při provádění výkonu, vždy (všeobecná sestra).
7. Předávej spolupracovníkům ošetřovatelského týmu připomínky a rady v péči, vždy (všeobecná sestra).
8. Všímej si chování i změn klienta a následně vše pravidelně a pečlivě zaznamenávej do ošetřovatelské dokumentace, vždy (všeobecná sestra).
9. Kontroluj fyziologické funkce (TK, P, D, TT) a hodnoty zaznamenávej do ošetřovatelské dokumentace, 1krát týdně (všeobecná sestra).
10. Kontroluj funkčnost, průchodnost PEG, vždy (všeobecná sestra).

Realizace domácí péče 2. den po přijetí: Po domluvě z předchozího dne byla návštěva zahájena v 10 hodin. Po příchodu došlo k rozhovoru s matkou, která všeobecnou sestru informovala o připravené stravě a náladě klienta. Tom vstával po 8 hodině, tudíž první jídlo, jablečnou přesnídávku (200 ml), podala matka už v 9 hodin a následně na 10.

hodinu podala vodu (50 ml), kterou chlapec přijal ústy pomocí injekční stříkačky. Dále byl zhodnocen stav hydratace klienta pomocí kožního turgoru, který byl optimální. Nutriční screening byl vyhodnocen z předešlé návštěvy (BMI: 13,4 značící podváhu). Vzhledem k této skutečnosti byly s rodiči prodiskutovány stravovací zvyklosti a oblíbené pokrmy. Na doporučení nutričního terapeuta i pediatrického lékaře se u klienta začalo s nácvikem stravování pomocí lžičky. Během ošetřovatelské péče se nezapomněl monitorovat příjem stravy i tekutin a následný výdej. Výdej se u klienta neměřil, pouze se sledovalo, zda se chlapec vyprazdňuje. Dbalo se na pravidelný přísun tekutin, který byl dle nastaveného harmonogramu každou druhou hodinu. Další krmení proběhlo ve 12 hodin. Nejprve došlo k odměření správného množství mrkvové polévky s ovesnými vločkami (250 ml), následnému rozmixování a k přípravě pomůcek ke krmení (injekční stříkačka, Janettova stříkačka, lžička, miska, ubrousky, tekutiny). Všeobecná sestra klientovi vysvětlila pomocí pomůcek a slovní instrukcí, že proběhne krmení a usadila ho do stoličky v jídelně. Chlapci půjčila mobilní telefon pro zabavení a přistoupila k podávání stravy. Nejprve se pokusila o krmení lžičkou, ale chlapec odmítal a bouchal do stolu. Tekutiny v dětské lahvi také nechtěl. K obědu snědl jen 3 lžičky. Zbylé množství bylo podáno do PEG. Za pomoci Janettovy stříkačky byl proveden nejprve odtah ze žaludku pro zjištění zbytků a jeho funkčnosti. Všeobecná sestra následně podala zbylé množství pokrmu a sondu propláchla předvařenou vodou. Tekutiny do úst přijal pomocí injekční stříkačky. Vše pečlivě zaznamenala do ošetřovatelské dokumentace klienta a podepsala se.

Hodnocení domácí péče 2. dne: *Cíl krátkodobý* byl splněn. Klient má nastavený vhodný stravovací plán, stravuje se každé 3 hodiny a tekutiny přijímá každé 2 hodiny. Dále došlo ke zvýšení příjmu stravy i tekutin a nedošlo k dalšímu snížení jeho tělesné hmotnosti. *Cíl dlouhodobý* nebyl splněn, ve všech stanovených intervencích se musí i nadále pokračovat, aby klient přibral na váze a přijímal stravu i tekutiny ústy. Dále je nutné monitorovat tělesnou hmotnost, stolici, stav výživy a bilanci tekutin.

V následujícím textu je zhodnocen a popsán klientův zdravotní stav v průběhu výkonu domácí péče všeobecnou sestrou mezi 2. a 370. dnem, kde se snažíme demonstrovat pokroky i zlepšení v oblasti výživy. Poté se vracíme ke stanovené ošetřovatelské diagnóze, kterou podrobně rozebíráme k 370. dni.

Období mezi 2. a 370. dnem: Domácí péče byla realizována podle stanoveného ošetřovatelského plánu a probíhala v rozsahu tří hodin třikrát týdně, většinou v pondělí, ve středu a v pátek. Během návštěv se všeobecná sestra zajímala o stanovené problémy, které byly stanoveny první den. Tyto problémy se monitorovaly a hodnotily. Během měsíce leden byl chlapec hospitalizovaný v nemocničním zařízení pro plánovanou tonsilektomii a výměnu zavedeného PEG. Také se podrobil přeměření na antropometrii, kde bylo zjištěno, že hlavička vyrostla jen o 0,2 cm, tělesná váha je 11,7 kg a tělesná výška 94,5 cm. Chlapcovo BMI: 13,1 ukazuje opět na podvýživu, chlapec prý nemá ani gram podkožního tuku a na doporučení se změnily nutriční hodnoty stravy. Po uplynutí šesti měsíců došlo díky zlepšení stavu k úpravě stanovených návštěv na devět hodin 1krát týdně.

Realizace domácí péče 370. den po přijetí: Návštěva byla zahájena v 9 hodin ráno. Všeobecná sestra při příchodu do domácí prostředí zahájila konverzaci s matkou, aby zjistila, co je nového a následně si důkladně přečetla zápis všeobecné sestry v ošetřovatelské dokumentaci z předchozí návštěvy. Z rozhovoru s matkou vyplývá, že ho občas zbytečně překrmuje, to vede k nadavování, neklidu a někdy až ke zvracení. Možná i to má za následek klientovo odmítání stravy ústy. Maminka také udává viditelný úbytek na váze, vzhledem k její týdenní nepřítomnosti se o chlapce celý týden starala babička. Podle matčiných slov zřejmě vařila méně kalorická jídla nebo dávala menší množství stravy. Po zjištěných informacích došlo ke zhodnocení celkového stavu chlapce, stavu hydratace a následně nutričního screeningu (viz Tabulka 6), všechny tyto informace všeobecná sestra zaznamenala do ošetřovatelské dokumentace. Tom byl plně při vědomí, usměvavý, hydratace byla také v normě. Během péče byl monitorován klientův příjem, výdej stravy i tekutin a postupovalo se dle nastaveného harmonogramu krmení, 5krát denně po třech hodinách a tekutiny každou druhou hodinu i během krmení. Před každým krmením došlo k přípravě potřebných pomůcek, správnému množství i konzistence pokrmu a tekutin. Všeobecná sestra dovedla chlapce před každým krmením do koupelny, kde mu umyla ústa i ruce. Až poté byl Tom posazen do krmící židle v jídelně. První krmení proběhlo v 9 hodin, kdy měl k jídlu ovesné vločky s broskvovou přesnídávkou (250 ml), chlapec potěšil, lžičkou snědl polovinu pokrmu. Při krmení se postupovalo pomalu, aby nedošlo k aspiraci. Všeobecná sestra se snažila chlapce zapojovat, vložila mu lžičku do dlaně. Tom je schopen lžičku uchopit i vložit do úst, ale není schopen se sám nakrmit. Problém nastal při podávání tekutin (50 ml),

které odmítal, tudíž zbylá strava a tekutiny byly podány za pomoci Janettovi stříkačky do PEG. Dalším pokrmem ve 12 hodin byla batátová polévka (250 ml), kterou má chlapec velice rád. Lžičkou snědl 200 ml a zbylých 50 ml bylo podáno společně s 50 ml heřmánkového čaje. Při krmení v 15 hodin byla na chlapci vidět únava, při krmení pomocí lžičky říhal, proto byla strava (250 ml) podána společně s tekutinami (50 ml) do PEG. V průběhu péče přijal 750 ml stravy a 250 ml tekutin. Každé množství bylo zaznamenáno do ošetřovatelské dokumentace i s časovým určením. O celém průběhu péče byl proveden záznam do ošetřovatelské dokumentace klienta.

Tabulka 6: Fyziologické funkce 16. 12. 2016

TK: 95/60	**Saturace:** 98 %
D: 20/minutu	**Váha:** 12,9 kg
P: 97/minutu	**Výška:** 99,4 cm
TT: 36,6	**BMI:** 13,1

Zdroj: dokumentace domácí péče, 2016

Hodnocení domácí péče 370. dne: *Cíl krátkodobý* je dlouhodobě splňován. *Cíl dlouhodobý* je dlouhodobě částečně splněn, i nadále se ve stanovených intervencích pokračuje. Klient přijímá stravu i tekutiny ústy a minimálně pomocí PEG. Dále budeme monitorovat tělesnou hmotnost, sledovat stolici, stav výživy a bilanci tekutin. Chlapec přibral, vyrostl, ale jeho BMI není stále v normě, proto se budeme snažit, aby přibral.

Deficit sebepéče při koupání (00108)

Definice: *Zhoršená schopnost samostatně provádět nebo dokončit aktivity týkající se koupání* (HERDMAN, KAMITSURU, 2016, s. 214).

Deficit sebepéče při oblékání (00109)

Definice: *Zhoršená schopnost samostatně se obléknout nebo dokončit oblékání* (HERDMAN, KAMITSURU, 2016, s. 215).

Deficit sebepéče při vyprazdňování (00110)

Definice: *Zhoršená schopnost samostatně provést nebo dokončit aktivity týkající se vyprazdňování* (HERDMAN, KAMITSURU, 2016, s. 217).

Deficit sebepéče při stravování (00102)

Definice: *Zhoršená schopnost provést nebo dokončit aktivity týkající se samostatného stravování* (HERDMAN, KAMITSURU, 2016, s. 216).

Doména 4. Aktivita/odpočinek

Třída 5. Sebepéče

Určující znaky: Porucha mobility, diskomfort, kognitivní postižení.

Související faktory: Diskomfort, zhoršená schopnost přemisťovat se, zhoršená mobility, psychomotorická porucha.

Priorita: střední

Cíl krátkodobý: Rozpoznat individuální potřeby klienta do příští návštěvy.

Cíl dlouhodobý: Klient má zajištěnou pomoc v rámci domácí péče a následně uspokojené všechny deficitní potřeby (je čistý, napitý, najedený, vyprázdněný) - po celou dobu péče a bude se do sebepéče zapojovat na úrovni svých schopností do půl roku.

Očekávané výsledky:

- Klient se zapojuje do péče o sebe samotného do 3 měsíců.
- Klient má uspokojené všechny potřeby po celou dobu ošetřovatelské péče.

Ošetřovatelské intervence:

1. Zhodnoť stav soběstačnosti klienta dle Barthelové testu základních všedních činností ADL (aktivity daily living), první den (všeobecná sestra).
2. Aktivizuj klienta, vždy (všeobecná sestra).
3. Využívej dostupné pomůcky, vždy (všeobecná sestra).
4. Používej motorickou a slovní instrukci při provádění výkonů, vždy (všeobecná sestra).

5. Předcházej úrazu, zajisti bezpečnost pacienta při provádění výkonů, vždy (všeobecná sestra).
6. Předávej spolupracovníkům ošetřovatelského týmu připomínky a rady v péči, vždy (všeobecná sestra).
7. Spolupracuj při péči o klienta s jeho rodiči, vždy (všeobecná sestra).
8. Vše pravidelně a pečlivě zaznamenávej do ošetřovatelské dokumentace, vždy (všeobecná sestra).

Realizace domácí péče 2. den po přijetí:

Hygienická péče: Po příchodu do domácnosti došlo ke zhodnocení stavu soběstačnosti klienta dle Barthelové testovací škály, vzhledem k věku a základnímu onemocnění vyšlo skóre 10, což znamená, že je chlapec vysoce závislý na pomoc druhé osoby. Ráno byl chlapec vzhůru a ranní hygienu provedla matka, která se již předem dohodla, že ranní hygienu bude provádět ona. Všeobecná sestra klientovi před každým krmením umyla ruce a po jídle ústa. Při každé činnosti na chlapce mluvila, ukazovala používané pomůcky a snažila se ho zapojit.

Oblékání a svlékání: Při výkonu bylo nutné činnost doplnit slovním komentářem a následně ukázat předmět. Na pokyn zvedni levou ruku, otoč hlavu a ostatní nereagoval. Chlapci bylo oblečeno dětské body, přes něj volné tepláky a na nohy ponožky. Veškeré oblékání probíhalo na lůžku v dětském pokoji, kde má chlapec šatní skříň. Před každým krmením se na horní díl oděvu dává látková plena, aby se chlapec neznečistil. Po obědě byl klient převlečen všeobecnou sestrou do zimního oblečení, okolo krku mu zavázala šálu a na hlavu navlékla čepici. Po celou dobu na něj mluvila jasně, pomalu a věci názorně ukazovala. Zimní boty měl připravené od maminky na chodbě. Při oblékání rukavic nastal problém, chlapec se vztekal a začal plakat, po telefonickém rozhovoru s matkou se rukavice nenavlékaly. Po příchodu z venku byl chlapec opět převlečen do volnějšího oděvu (dětské body, tepláky).

Vyprazdňování: Chlapec je plně inkontinentní v oblasti vyprazdňování moči i stolice, po celý den se vyprazdňoval do plenkových kalhotek, které se měnily během dne dle jeho potřeby. Všeobecná sestra při každé výměně plenkových kalhotek zhodnotila stav pokožky a preventivně použila dostupný ochranný krém (Menalind, Sudokrem). Pokožka v okolí genitálu a konečníku byla klidná, nejevila známky začervenání.

Vzhledem k věku a špatné pohyblivosti se zatím na nočník neposazuje. S vyprazdňováním neměl problém, vyprazdňoval se pravidelně vždy po podání stravy. Všeobecné sestry vypozorovaly, že se po každém jídle schová do kouta, kde vykoná svou potřebu. Stolici měl 3krát a vždy řidší konzistence, nejednalo se o průjem. Dle maminky je řidší konzistence stolice pravidelně, průjmy trpí pouze po podání Nutrinu.

Příjem tekutin a výživy: Příjem stravy proběhl ve 12. Převážně byl krmen do PEG, protože stravu do úst odmítal. Všeobecná sestra se snažila klienta zapojit a zabavit pomocí mobilního telefonu. Při výkonu ošetřovatelské péče neopomněla zkontrolovat kožní turgor, který byl v normě. Příjem i výdej byl opět zapsán do dokumentace klienta.

Hodnocení domácí péče 2. dne: *Cíl krátkodobý* byl splněn, všeobecná sestra rozpoznala individuální potřeby klienta. *Cíl dlouhodobý* byl splněn z poloviny, během péče došlo k uspokojení všech deficitních potřeb klienta (byl čistý, napitý, najedený, vyprázdněný), ale momentálně není schopný zapojit se do sebepéče na úrovni svých schopností, klient má zajištěnou pomoc ve všech deficitních potřebách od všeobecné sestry. Ve stanovených intervencích budeme nadále pokračovat.

V následujícím textu hodnotíme a popisujeme změny v oblasti sebepéče mezi 2. a 370. dnem, kde se snažíme demonstrovat klientovo pokroky i zlepšení. Poté se vracíme ke stanovené ošetřovatelské diagnóze, kterou podrobně rozebíráme k 370. dni.

Období mezi 2. a 370. dnem: První pokroky byly vidět již v měsíci leden, kdy chlapec začal reagovat na naše povely. Chlapec předem věděl, co se v daný okamžik bude dít. Aktivně se zapojuje do osobní hygieny, kdy si je schopný umýt obličej. Koncem měsíce březen se začalo s nácvikem posazování na nočník. V červenci si sám došel do koupelny a čekal na umytí. První pokroky v oblasti příjmu stravy byly vidět v měsíci březen, kdy chlapec začal přijímat pokrmy ústy. Chlapec i nadále není schopný provádět výkony sebepéče sám.

Realizace domácí péče 370. den po přijetí:

Hygienická péče: Všeobecná sestra po příchodu do domácnosti nejprve zjistila, co je nového a zhodnotila stav soběstačnosti klienta dle Barthelové testovací škály, kde vyšlo skóre 15, což znamená, že je chlapec vysoce závislý na pomoc druhé osoby, ale zároveň u něj došlo ke zlepšení. Ráno byl chlapec vzhůru, byla na něm vidět únava. Ranní

hygienu včetně čištění chrupu provedla matka. Před každým podáváním jídla byly chlapci umyty ruce v koupelně, kam došel sám a čekal na všeobecnou sestru, která mu nejprve namydlila ruce mýdlem a on si je sám umyl ve vodě. Při každé činnosti na chlapce mluvila, ukázala mu potřebné pomůcky a snažili se ho zapojit.

Oblékání a svlékání: Při oblékání a svlékání bylo nutné na chlapce mluvit a aktivně ho zapojovat do činnosti, která se doplňuje slovním komentářem a následným ukázáním. Tom při výkonu krásně spolupracoval, na pokyn zvedni levou ruku i na ostatní reagoval a hezky se do činnosti zapojil. Klientovi jde nejlépe obléknout rozepínací svetr či bunda. Problém nastal při nazouvání obuvi, Tom zatím není schopný do bot sám zatlačit nohu, když to trvá dlouho, tak se rozčiluje, kope okolo sebe. Klient si před každým krmením sám připravil látkovou plenu, aby si neušpinil oděv.

Vyprazdňování: Chlapec je stále plně inkontinentní v oblasti vyprazdňování moči i stolice, vyprazdňuje se do plenkových kalhotek, které se mění dle potřeby. Rodiče začali s chlapcem nacvičovat vyprazdňovaní na nočník, ale zatím bez úspěchu. Tom to bere spíše jako legraci. Během péče se neustále kontroluje stav plenkových kalhotek a při každé výměně se zhodnotil stav pokožky a preventivně použil dostupný ochranný krém. Vždy po jídle byl chlapec posazen na nočník.

Příjem tekutin a výživy: Příjem stravy a tekutin probíhal podle harmonogramu dne, 5krát denně po třech hodinách a tekutiny byly podány každou druhou hodinu. Tom začal jíst lžičkou do úst, uchopí ji, ale sám se nenakrmí. Pokud mu nějaký pokrm chutná, je schopen sníst celou dávku (250 ml) ústy. Tekutiny se podávali převážně injekční stříkačkou, z dětské lahve je odmítal. Sám sahal po injekční stříkačce, kterou si je schopen podat tekutiny sám.

Hodnocení domácí péče 370. dne: *Cíl krátkodobý* je dlouhodobě splňován. *Cíl dlouhodobý* je také splněn, během péče došlo k uspokojení všech deficitních potřeb klienta (byl čistý, napitý, najedený, vyprázdněný) a do výkonů se zapojuje na úrovni svých schopností.

Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 2: Aktivita/cvičení

Definice: *Omezení nezávislého cíleného tělesného pohybu těla či jedné nebo více končetin* (HERDMAN, KAMITSURU, 2016, s. 189).

Určující znaky: Opožděný vývoj, úbytek svalové hmoty a síly, nestabilita vzpřímené polohy těla při každodenních činnostech, nekoordinované pohyby, změny chůze.

Související faktory: Snížené ovládání svalstva, snížení svalové síly, opožděný vývoj, psychomotorická porucha.

Priorita: střední

Cíl krátkodobý: Zajistit bezpečnost klienta do 1 hodiny.

Cíl dlouhodobý: Klient se nezraní po celou dobu průběhu péče, u klienta dojde ke zlepšení v pohybovém systému do 3 měsíců.

Očekávané výsledky:

- U klienta nedojde k úrazu po celou dobu průběhu péče.
- Klient má zachovanou funkční kožní integritu bez porušení při každé návštěvě.

Ošetřovatelské intervence:

1. Zhodnoť pohyblivost a soběstačnost klienta dle testu Barthelové, vždy (všeobecná sestra).
2. Dbej na bezpečnost pacienta, a to včetně úpravy prostředí, vždy (všeobecná sestra).
3. Spolupracuj s rodiči, vždy (všeobecná sestra).
4. Pravidelně kontroluj klienta, vždy (všeobecná sestra).
5. Zhodnoť riziko pádu dle škály riziko pádu, 2krát týdně (všeobecná sestra).
6. Uprav klienta do vhodné polohy (sed, stoj) před podáváním tekutin a stravy, při chůzi (všeobecná sestra).
7. Buď trpělivá při práci s klientem, po celou ošetřovatelskou péči (všeobecná sestra).
8. Chval klienta za jeho snahu a pokroky, při každé návštěvě (všeobecná sestra).

Realizace domácí péče 2. den: Po příhodu byla zhodnocena míra pohyblivosti a soběstačnosti dle Barthelové testovací škály, v tomto hodnocení vyšlo bodové ohodnocení 10. Všeobecná sestra vypozorovala, jakým způsobem se chlapec pohybuje a v jaké míře si od druhé osoby nechá pomoci. Vzhledem k těmto zjištěným informacím s rodiči vhodně upravili prostředí, aby zamezili možnému pádu a zranění. Tom je schopen si polohu měnit sám, důležitá je pomoc při stoji i chůzi. Aktivně se spolupracuje s matkou, která ho nosí v náručí nebo se snaží a drží ho pouze za ruce, aby s ním cvičila chůzi. Po domě se s chlapcem chodilo za ruce, kdy byla chlapci nejprve zkontrolována zavázaná obuv, pomohlo se do stoje, došlo ke srovnání dolních končetin, chytil se za obě ruce a až teprve poté vykonal první kroky. Tomova chůze byla nestabilní, nejistá a vrávoravá. Kompenzační pomůcky nevyužívá, ale za několik měsíců podstoupí speciální rehabilitační program trvající několik měsíců.

Hodnocení domácí péče 2. dne: *Cíl krátkodobý* byl splněn, prostředí doma je upraveno tak, aby se zamezilo pádům a zranění. *Cíl dlouhodobý* byl splněn částečně, klient se po celou dobu průběhu péče nezranil, ovšem ke zlepšení v pohybovém systému zatím nedošlo, proto budeme v intervencích pokračovat.

Následně demonstrujeme změny, které se u klienta vyskytly v období mezi 2. a 370. dnem a poté se vracíme ke stanovené ošetřovatelské diagnóze, kterou podrobně rozebíráme k 370. dni.

Období mezi 2. a 370. dnem: Tom během měsíce březen podstoupil speciální rehabilitační program, kam docházel společně s matkou. Už třetí den po rehabilitaci byly vidět menší pokroky. Začal se posazovat na dětské odrážedlo, kde se nejprve odrážel sounož, po několika týdnech poprvé střídal levou a pravou dolní končetinu. Také si začal sám stoupat a snažil se samostatné chůze, ta je ještě nejistá a nestabilní. V červenci se opět podrobil měsíční rehabilitaci, klient se hodně zpevnil, jeho dolní končetiny už nejsou tak slabé, poměrně hezky už chodí kolem nábytku. První samostatná chůze se u chlapce objevila v září, kdy Tom udělal své první krůčky bez přidržování a bez pomoci druhé osoby. Díky zlepšení v oblasti pohybu začal chlapec pravidelně navštěvovat plavecký bazén, kde si to naplno užívá a také dvakrát týdně navštěvuje mateřskou školu.

Realizace domácí péče 370. den po přijetí: Po příchodu do domácího prostředí byla všeobecná sestra překvapena, Tom otevřel vchodové dveře, už se nepohyboval svými

specifickými přískoky po hýždích, ale vrávoravou chůzí. Maminka ji po příchodu upozornila, že si chlapec užívá pohybu, snaží se sám zdolávat různé překážky, tak aby byla velmi obezřetná a hlídala ho. Uvnitř domu byl schopný pohybu, chůze sám, nevyžadoval držet za ruku. V případě, kdy chtěl zdolat nějakou překážku, např. vylézt na pohovku, vzal všeobecnou sestru za ruku, dovedl k pohovce a dlaní sahal nahoru na povlak. Všeobecná sestra vzala chlapce ven. Venku byla Tomova chůze vrávoravá, ale neupadl. Udával si svůj směr cesty. Nejprve došel k zahradní houpačce, kde se chvíli houpal, a poté šel obejít dům. Tom šel sám, odmítal se držet za ruku. Před domem došlo k nácviku chůze do schodů, při které je nutné chlapce držet za ruce, aby neupadl. Schody zatím sám nezvládne vylézt.

Hodnocení domácí péče 370. dne: *Cíl krátkodobý* je dlouhodobě splněn, domácí prostředí je od počátku péče upraveno. *Cíl dlouhodobý* je také splněn, klient se v průběhu péče nezranil, došlo ke zlepšení v pohybovém systému, kdy si osvojil samostatnou chůzi. Zvýšený dohled i nadále trvá a ve stanovených intervencích pokračujeme.

Inkontinence moči (00021) i stolice (00014)

Doména 3. Vylučování a výměna

Třída: Vyprazdňování moči i stolice

Definice: *Neschopnost normálně kontinentní osoby dojít na toaletu včas tak, aby nedošlo k neúmyslnému úniku moči* (HERDMAN, KAMITSURU, 2016, s. 161). *Změna v normálním vyprazdňování střeva charakterizovaná nechtěným odchodem stolice* (HERDMAN, KAMITSURU, 2016, s. 178).

Určující znaky: Neuvědomění si projevů inkontinence, věk, základní onemocnění.

Související faktory: Deficit sebepéče z hlediska vyprazdňování**,** psychomotorická porucha.

Priorita: nízká

Cíl krátkodobý: Klient bude v suchu a v čistotě po celou dobu výkonu péče.

Cíl dlouhodobý: U klienta nedojde k porušení kožní integrity nikdy a začne se s nácvikem posazování na nočník do půl roku.

Očekávané výsledky:

- Klient bude v suchu a v čistotě okamžitě.
- Klient nemá porušenou kožní integritu v okolí genitálu a konečníku.
- Klient nemá začervenalou kůži.

Ošetřovatelské intervence:

1. Zajisti pravidelnou hygienu genitálu, častou výměnu plenkových kalhotek, vždy (všeobecná sestra).
2. Ošetřuj kůži pacienta dostupnými prostředky v rámci prevence změn kůže, vždy (všeobecná sestra).
3. Sleduj příjem a výdej tekutin a stravy, po celou dobu ošetřovatelské péče (všeobecná sestra).
4. Pravidelně si všímej charakteru moči i stolice (barva, příměsi, zápach, konzistence, množství) a pečlivě zaznamenávej do ošetřovatelské dokumentace, vždy (všeobecná sestra).

Realizace domácí péče 2. den: Z rozhovoru s matkou vyplývá, že vzhledem k onemocnění momentálně nelze začít s nácvikem posazování na nočník, avšak do budoucna by s tím rádi začali. Chlapec si nedokáže o výměnu plenkových kalhotek říci sám, tudíž je odkázán na naši pomoc. U chlapce se prováděla pravidelná výměna plenkových kalhotek podle potřeby, většinou 2krát během průběhu ošetřovatelské péče. Než se začalo s přebalováním, bylo nutné půjčit chlapci mobilní telefon, aby byl klidný. Během výměny proběhla hygiena genitálu i jeho okolí. Při přebalování byly použity zvlhčené ubrousky určené pro děti k odstranění mechanických nečistot, okolí genitálu a konečníku se po každém přebalování ošetřuje dostupnými prostředky (Menalind, Sudocrem), abychom předešli vzniku opruzenin. Všeobecná sestra si všímá charakteru moči i stolice a stavu kůže. Během dne došlo k monitorování a zaznamenávání příjmu tekutin a stravy do ošetřovatelské dokumentace klienta.

Hodnocení domácí péče 2. dne: *Cíl krátkodobý* byl splněn, klienta jsme udržovali v čistotě a suchu. *Cíl dlouhodobý* byl splněn jen z části, u klienta nedošlo k porušení kožní integrity, s nácvikem posazování na nočník se zatím pro omezenou pohyblivost nezačalo, proto ve stanovených intervencích pokračujeme.

Následně demonstrujeme změny, které se u klienta vyskytly v oblasti vyprazdňování mezi 2. a 370. dnem a poté se vracíme ke stanovené ošetřovatelské diagnóze, kterou podrobně rozebíráme k 370. dni.

Období mezi 2. a 370. dnem: Díky zlepšení v oblasti pohybu se u klienta začalo s nácvikem posazování na nočník. První pokus proběhl koncem měsíce března, kdy se chlapec posadil na nočník a čekal, co se bude dít. Od té doby se s nácvikem intenzivně pokračuje. Následující měsíc tento výkon odmítal a po posazení utíkal. Koncem měsíce května se poprvé vymočil do nočníku. Jelikož stále není schopný tento výkon provést sám, tak se i nadále používají plenkové kalhotky.

Realizace domácí péče 370. den po přijetí: Díky zlepšení v oblasti pohybu a osvojení si samostatné chůze se u chlapce začalo s nácvikem posazovaní na nočník, ale Tom to bere spíše jako legraci. Na nočník se posazoval vždy po jídle. Po posazení na nočník vydržel sedět, ale svou potřebu většinou vykonal mimo anebo vůbec. Chlapec měl celý den plenkové kalhotky, které se podle potřeby měnily. Při výměně plenkových kalhotek byl kladen důraz na péči o genitál i jeho okolí, které se promazávalo dostupnými prostředky (Menalind, Sudokrem). Během výměny se chlapec zapojil, podával potřebné pomůcky. Všeobecná sestra zhodnotila stav kůže, ta byla klidná bez známek začervenání a následně zhodnotila charakter stolice i moči. Stolice byla tuhé konzistence a moč byla čiré barvy bez příměsí. Výdej se u klienta v průběhu ošetřovatelské péče neměřil, sledovala se pouze frekvence vyprazdňování.

Hodnocení domácí péče 370. dne: *Cíl krátkodobý* je dlouhodobě dodržen, klienta udržujeme v suchu i čistotě. *Cíl dlouhodobý* je splněn částečně, nedošlo k porušení kožní integrity, s nácvikem posazování se pro zlepšení pohybu začalo, ale zatím bez úspěchu, a proto s tím budeme pokračovat i nadále.

4.10 Celkové zhodnocení domácí péče

Tříletý chlapec byl přijat do domácí péče na doporučení primářky pediatrického oddělení z jeho poslední hospitalizace v nemocničním zařízení. Z počátku byly stanoveny návštěvy všeobecných sester z agentury domácí péče v rozsahu tří hodin třikrát týdně, ale s postupem času, po necelých šesti měsících, došlo ke změně těchto návštěv na devět hodin jednou týdně. Při prvním setkání bylo stanoveno několik problémů, kterými se každá všeobecná sestra při výkonu péče zabývala, zaznamenávala do ošetřovatelské dokumentace a v průběhu dalších návštěv tyto problémy přehodnocovala. V první řadě šlo o nedostatečný stav nutrice, dále o deficit ve všech denních činnostech, zhoršenou pohyblivost, inkontinenci a zhoršenou verbální komunikaci. Dále bylo zhodnoceno riziko pádu, riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PEG, riziko porušení kožní integrity a nerovnováhy tělesné teploty. Všechny stanované ošetřovatelské cíle nebyly zatím splněny a v nastavených intervencích se i do budoucna bude pokračovat. V první den návštěvy byla Tomova váha 11,3 kg a jeho BMI: 13,4, po uplynutí 370ti dní je váha momentálně 12,9 kg a BMI: 13,1. Váha sice ukazuje na příbytek, ale celkové BMI stále ukazuje na podváhu, proto se stále zaměřujeme na příjem stravy a nárůstu na váze.

Během ošetřovatelské péče si mi podařilo navázat kladný vztah s chlapcem, s rodiči a zároveň i s ostatními sourozenci. V námi sledovaném časovém úseku došlo u chlapce k postupnému zlepšování celkového zdravotního stavu. Vzhledem k mentálnímu věku chlapce a jeho hlavní diagnóze nebylo možné dosáhnout významnějších pokroků, nicméně každý pokrok, i ten malý má pro nás i jeho rodinu velký význam. U chlapce je i nadále nutný zvýšený dohled a potřeba dopomoci ve všech denních potřebách. Výrazně u něj došlo k rozvoji pohybu, kdy si osvojil samostatnou chůzi. Důležitým mezníkem v rozvoji chůze byla návštěva několikaměsíčního rehabilitačního programu. Jeho chůze je stabilní, stoj vzpřímený. Občas se objeví problém v terénu, kdy zavrávorá a ztratí stabilitu. V oblasti výživy je vidět velké zlepšení, s krmením do PEG se i nadále pokračuje, ale převážně se krmí lžičkou do úst. Co se týče komunikace, zde ke zlepšení zatím nedošlo, občas se snaží vyluzovat nějaké zvuky, jako např. zvuk automobilu.

5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Mentálně retardovaní jedinci jsou mezi námi po celá staletí, přístup společnosti se k nim postupem času měnil od negativního po snahu pomoci, podpořit, izolovat do ústavů až po úsilí zařadit tyto jedince do společnosti a života zdravých lidí, přesto lze tvrdit, že jsme si na ně po celou dobu nezvykli. Jedním z problémů dnešní populace je velmi malá znalost o problematice mentální retardace a zároveň náš negativní přístup ke všem postiženým lidem. V některých případech můžeme vidět, jak si zdravý jedinec právě od toho „mentálně postiženého" odsedne. V nejhorším případě se tento zranitelný jedinec stane terčem posměšků, právě pro nás „normálních" lidi. Důležité je odlišovat lehký typ od těžkého až hlubokého, protože právě člověk s lehčím typem se často vyučí a uplatní v zaměstnání. Také musíme brát v potaz fakt, že i dítě, u kterého se objeví mentální retardace, vyžaduje stejnou lásku jako zdravé, jen se s ním musí jednat pomaleji a laskavěji. V některých případech se setkáváme i s nedostatky v oblasti komunikace u zdravotnického personálu, ten občas nerespektuje zásady komunikace s danou problematikou právě proto, že se tak často s touto skupinou pacientů nesetkává, tudíž neví a není připraven na komunikaci. Do budoucna by bylo dobré zdravotnický personál lépe připravovat na možné situace a seznámit je, jak s těmito lidmi jednat. Na základě zkušeností a zjištěných informací jsme sestavily doporučení pro zdravotnický personál, rodinu a zároveň i pro společnost.

Doporučení pro zdravotnický personál

- Získat důvěru a následně vybudovat kladný vztah
- Tolerantní a empatický přístup k jedinci s mentální retardací
- Dodržovat zásady komunikace
- Přizpůsobit komunikaci k mentálnímu věku jedince
- Aktivně využívat všechny prostředky komunikace
- Nepoužívat odbornou terminologii
- Individuální přístup při uspokojování potřeb
- Zachovat všechna etická pravidla
- Spolupracovat s rodinou
- Dbát na psychický stav jedince i jeho rodiny

Doporučení pro rodiče

- Nebát se požádat o pomoc
- Využívat veškeré dostupné formy pomoci
- Komunikovat s odborníky v této oblasti
- Být psychickou oporou pro své dítě
- Nezavrhnout své postižené dítě
- Povzbuzovat ho za každý úspěch
- Nesrovnávat své postižené dítě se stejně starým dítětem

Doporučení pro společnost

- Informovat se o dané problematice
- Naučit se komunikovat s jedinci postiženými tímto onemocněním
- Zbavit se předsudků a obav
- Být oporou pro postiženého a zároveň i pro jeho rodinu

ZÁVĚR

Cílem úvodní části bakalářské práce bylo popsat problematiku mentální retardace na základě rešerše literatury. Z použité literatury jsme narazily na odlišné definování, ale také i na různorodost v etiologii mentální retardace. Dalším cílem bylo poukázat na zásady komunikace u klientů s mentální retardací, jelikož je nezbytně nutné, aby lidé věděli a uměli jednat jak s dětmi, tak s dospělými. A na závěr jsme ukázaly na specifika ošetřovatelské péče, kde je nezbytně nutný individuální přístup a péče si klade za cíl zvýšit samostatnost mentálně retardovaných a podpořit jejich nezávislost.

Cílem praktické části byl detailní popis průběhu domácí péče, organizace práce všeobecné sestry vycházející z vybraného modelu dle Virginie Henderson s následným vypracováním podrobného ošetřovatelského procesu u reálného dítěte s lehkou mentální retardací v domácím prostředí. Pomocí námi zvoleného modelu jsme zjistily ošetřovatelské problémy, na jejichž základě jsme stanovily ošetřovatelské diagnózy podle NANDA I Taxonomie II 2015–2017 (HERDMAN, KAMITSURU, 2016), u vybraných ošetřovatelských diagnóz navrhly individuální ošetřovatelský plán, popsaly jeho realizaci a zhodnotily průběh realizace a zároveň i stav klienta 2. den po zavedení domácí péče a následně s odstupem času 370. den, abychom zaznamenaly změny. Námi zvolený časový úsek byl velice dlouhý, a proto jsme pro lepší uvedení do problematiky, mezi toto období vložily zkrácený popis vystihující zlepšení a pokroky ve stavu klienta.

Efekt poskytované ošetřovatelské péče všeobecnými sestrami agentury domácí péče je vidět zejména v oblasti výživy, kdy byl chlapec na počátku zahájení domácí péče krmen pouze do perkutánní endoskopické gastrostomie a nyní je krmen převážně lžičkou do úst. Dále u něj došlo k výraznému rozvoji v oblasti pohybu, kdy si osvojil samostatnou chůzi. Zavedená domácí péče u chlapce i nadále pokračuje a v její snaze je splnit dlouhodobé cíle, které se doposud nepovedlo realizovat.

Na závěr jsme ze získaných informací a zkušeností navrhly doporučení pro praxi, která jsou určena jak pro zdravotnický personál, tak i pro rodinu a širokou veřejnost, jelikož jak již bylo uvedeno v textu, mentálně retardovaní jedinci jsou mezi námi po celá staletí, a přesto si na ně většina lidí po celou dobu nezvykla.

Cíle, které jsme si stanovily na začátku práce a uvedly v úvodu, se nám podařilo splnit.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BAZALOVÁ, Barbora, 2014. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Vydání první. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0693-4.

BENDOVÁ, Petra, 2011. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole: komunikační kompetence, narušení komunikační schopnosti, zásady pro komunikaci s dětmi s vadami řeči, zefektivnění komunikace ve školním prostředí, logopedická intervence*. Vydání první. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3853-6.

ČERNÁ, Marie, 2015. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vydání druhé. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3071-7.

ČESKO, 2006. Zákon č. 108/2006 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: Sbírka zákonů České republiky [online]. Částka 37, s. 1257 [cit. 2016-12-11]. Dostupné z: file:///C:/Users/U%C5%BEivatel/Downloads/sb037-06.pdf

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Vydání druhé a přepracované. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4826-9.

HARRIS, James, 2010. *Intellectual Disability: A Guide for Families and Professionals.* Oxford: University press. ISBN: 978-0-19-514572-4. Dostupné z: https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=ObFoAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR11&dq=Intellectual+Disability:+A+Guide+for+Families+and+Professionals&ots=YqZ22u2tMa&sig=RGemVU9eGSqA1H6PE0p43FY4HCo&redir_esc=y#v=onepage&q=Intellectual%20Disability%3A%20A%20Guide%20for%20Families%20and%20Professionals&f=false

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed., 2016. *Ošetřovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015–2017*. 10. vydání, 1. české vydání. Přeložila Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada. ISBN 978–80–247–5412–3.

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER, 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2998-8.

JAROŠOVÁ, Darja, 2007. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2150-7.

JOHN B. Moeschler et al. *Clinical Genetic Evaluation of the Child With Mental Retardation or Developmental Delays.* American Academy od Pediatrics. [online]. 2006, 117 (6), p. 2304- 2316 [cit. 2016-12-11]. ISSN: 1098-4275. Dostupné z: http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/117/6/2304.full.pdf doi:10.1542/peds.2006-1006

LEČBYCH, Martin, 2008. Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti. Vydání první. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 248 s. ISBN 978-802-4420-714.

MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese.* Vydání druhé. Praha: Portál, 2010. ISBN 9788073677237.

MATĚJČEK, Zdeněk a Jarmila KLÉGROVÁ. *Praxe dětského psychologického poradenství.* Vydání druhé, aktualizované a upravené. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0000-0.

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ, 2006. *Psychiatrická ošetřovatelská péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1151-6.

NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2016. Skripta k předmětům Výzkum v ošetřovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci. Čtvrté doplněné vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, 2006. *Modely ošetřovatelství v kostce*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1211-3.

PEŠOVÁ, Ilona a Miroslav ŠAMALÍK, 2006. *Poradenská psychologie pro děti a mládež.* Praha: Grada. ISBN 80-247-1216-4.

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ, 2014. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.

PIPEKOVÁ, Jarmila a kol., 2006. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Vydání druhé, rozšířené a přepracované. Brno: Paido. ISBN 80-7315-120-0.

RAYMOND, Lucy and Patrick TARPEY, 2006. *The genetics of mental retardation.* Human Molecular Genetics. [online]. 15(2), p. 110-116. [cit. 2016-12-11]. Dostupné z: https://oup.silverchair-cdn.com/oup/backfile/Content_public/Journal/hmg/15/suppl_2/10.1093/hmg/ddl189/2/ddl189.pdf?Expires=1487669517&Signature=BpdiAhdt0usozYvcgFzQbcGAQSllsktboDCUyZCfSm1oK7mQsAmd8W1RE82GRS72JSzT4Vyddd5UeVbXVirH7YkdK7MS~HrSYXsCqIYCtExvf9kquU-6cyg8infEg0HE-

DnaZIdU1WNxDQrhrnnMRTysoF50VS7jfR3TEI2ihl3V~KGXoRy-WhyKOUzre3wJhptf-tLoC5VGcYVRPH~iKATu7lkKa74HtavBNUtuG8OhD1P9Rc1uIz9KeeD5DzOyOqvzKngsWfmVTKxy7nePAE600FV5bRaw4RNx8pJEdYuZQwVKTxoF3JizuZoYf3BbcKb2ZGeCeMiShlW7pLO9mA__&Key-Pair-Id=APKAIUCZBIA4LVPAVW3Q. doi:10.1093/hmg/ddl189

REGEC, Vojtech, Kateřina Stejskalová a kol., 2012. Specifika komunikace osob se zdravotním postižením. Vydání první. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3203-8.

SLOWÍK, Josef, 2010. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-691-9.

SLOWÍK, Josef, 2016. *Speciální pedagogika.* Vydání druhé, aktualizované a doplněné. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0095-8.

SVOBODA, Mojmír, Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ, 2015. Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy. Vydání třetí. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0976-8.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva, 2011. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče.* Vydání čtvrté, přepracované. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-889-0.

URÍK, Milan a kolektiv. Lehká mentální retardace v ambulanci dětského lékaře – poznáte ji? 2015. In: Česko-slovenská pediatrie [online]. 70(3), s. 152-154. [cit. 2016-12-11]. ISSN 0069-2328. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/cesko-slovenska-pediatrie-clanek/lehka-mentalni-retardace-v-ambulanci-detskeho-lekare-poznate-ji-52543

VÁGNEROVÁ, Marie, 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.

VALENTA, Milan, 2013. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. Vydání páté, aktualizované a rozšířené. Praha: Parta. ISBN 978-80-7320-187-6.

VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH, 2012. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3829-1.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.

Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola: *Multimediální trenažér plánování ošetřovatelské péče Nursing Care Planning Multimedia Simulator* [online]. Hradec Králové, 2010 [cit. 2016-12-22]. Dostupné z: http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx

WHO. Mezinárodní klasifikace nemocí, 2014. [online]. Ženeva. [cit. 2016-12-11].

ISBN 92-4-154649-2. Dostupné z: http://www.uzis.cz/cz/mkn/seznam.html

PŘÍLOHY

Příloha A – Možné ošetřovatelské diagnózy u jedinců s mentální retardací dle dle NANDA Taxonomie II. I

Příloha B – Zavedený PEG u reálného klienta III

Příloha C – Speciální interaktivní hry IV

Příloha D – Informovaný souhlas zákoného zástupce V

Příloha E – Barthelové test všedních činností VI

Příloha F – Edukační karta VII

Příloha G – Čestné prohlášení VIII

Příloha H – Rešeršní protokol IX

Příloha A – Možné ošetřovatelské diagnózy u jedinců s mentální retardací dle dle NANDA Taxonomie II.

Podpora a zdraví
neefektivní léčebný režim (00078)
neefektivní podpora zdraví (00099)
Výživa
nadměrná výživa (00001)
nedostatečný výživa (00002)
riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin (00025)
porušené polykání (00103)
Vylučování a výměna
zácpa (00011)
riziko zácpy (00015)
inkontinence stolice (00014)
porušené vyprazdňování moči (00016)
úplná inkontinence moči (00021)
Aktivita a odpočinek
riziko imobilizačního syndromu (00040)
zhoršená pohyblivost (00085)
porušená chůze (00088)
deficit sebepéče při jídle (00102)
deficit sebepéče při koupání a hygieně (00108)
deficit sebepéče při oblékání a úpravě zevnějšku (00109)
deficit sebepéče při vyprazdňování (00110)
Vnímání a poznávání
zhoršená verbální komunikace (00051)
porucha smyslového vnímání (00122)
porušené myšlení (00130)
Vnímání sebe sama
riziko osamělosti (00054)
porušená osobní identita (00121)
beznaděj (00124)
Vztahy
přetížení pečovatele (00061)
riziko přetížení pečovatele (00062)
Sexualita
neefektivní sexuální život (00065)
Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu
neefektivní zvládání zátěže (00069)
úzkost (00146)
strach (00148)

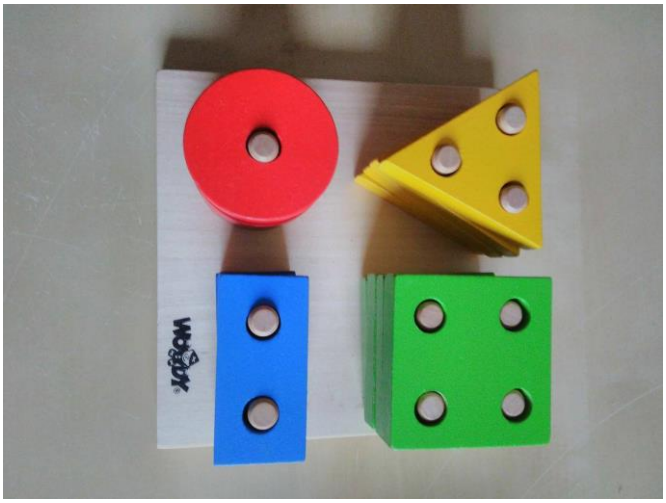
Životní princip
konflikt v rozhodování **(**00083**)**
Bezpečnost a ochrana
riziko násilí vůči jiným (00138)
riziko sebepoškození (00139)
sebepoškození (00151)
riziko pádů (00155)
Komfort
sociální izolace (00053)
Růst a vývoj
opožděný růst a vývoj (00111)

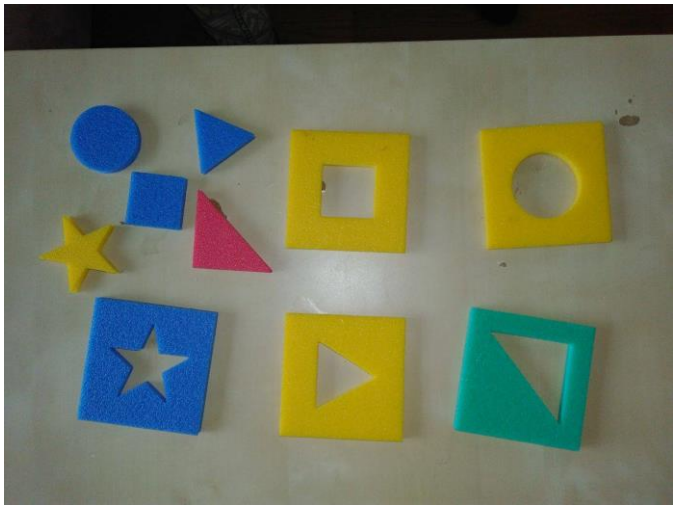
Zdroj: NANDA INTERNATIONAL, 2016. Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015-2017. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3

Příloha B – Zavedený PEG u reálného klienta

Zdroj: Autorka (Zýková), 2016

Příloha C – Speciální interaktivní hry





Zdroj: Autorka (Zýková), 2016

Příloha D - Informovaný souhlas zákonného zástupce

Vážený rodiči,
dovoluji si Vás požádat o souhlas k zařazení Vašeho syna do bakalářské práce na téma „Ošetřovatelský proces u dítěte s lehkou mentální retardací“, kterou zpracovávám na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova č. 7, 150 00 Praha 5. Zároveň Vás žádám o souhlas k použití jeho zdravotnické dokumentace a umožnění pozorování během domácí ošetřovatelské péče, kterou budu u něho osobně provádět, ke zpracování ošetřovatelské kazuistiky. Informace ze zdravotnické dokumentace a výsledky pozorování budou sloužit jen mým studijním účelům, tedy nikde je zveřejňovat nebudu a to ani identifikační údaje Vašeho syna. V bakalářské práci bude vystupovat pod pseudonymem.
V případě zájmu Vám poskytnu finální verzi bakalářské práce. S jakýmkoli dotazem se na mě neváhejte obrátit.

Děkuji

V , dne

Podpis zákonného zástupce:

Originální informovaný souhlas je uložen u autorky bakalářské práce

Příloha E - Barthelové test základních všedních činností (ADL – Activities of Daily Living)

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	**Příjem potravy a tekutin**	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2.	**Oblékání**	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3.	**Koupání**	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4.	**Osobní hygiena**	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5.	**Kontinence moči**	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6.	**Kontinence stolice**	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7.	**Použití WC**	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8.	**Přesun lůžko – židle**	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9.	**Chůze po rovině**	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10.	**Chůze po schodech**	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
Celkem			

Zdroj: VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové, dostupné z: http://ose.zshk.cz/media/p5811.pdf

Hodnocení stupně závislosti:

ADL 4 0 – 40 bodů vysoce závislý

ADL 3 45 – 60 bodů závislost středního stupně

ADL 2 65 – 95 bodů lehká závislost

ADL 1 96 – 100 bodů nezávislý

Příloha F – Edukační karta

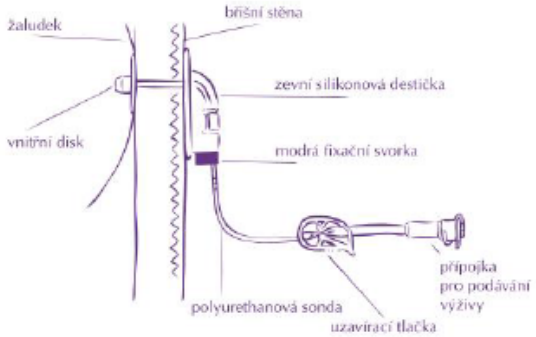
PODÁVÁNÍ STRAVY DO PEG
(PERKUTÁNNÍ ENDOSKOPICKÁ GASTROSTOMIE)

Pomůcky k podávání stravy

- ✓ Janettova stříkačka
- ✓ ordinovaný přípravek enterální výživy nebo řádně rozmixovaná strava
- ✓ převařená voda nebo čaj

Jak podávat výživu?

- ✓ Připravte si potřebné pomůcky.
- ✓ Před každou aplikací si umyjte ruce mýdlem a teplou vodou, zaujměte zvýšenou polohu nebo se posaďte a setrvejte v ní po dobu 30 až 60 minut, tím předejdete možnému vdechnutí stravy. Sondu před každým podáváním výživy, ale zároveň i po podání proplachujte 30 až 50 ml čaje nebo předvařené vody.
- ✓ Otevřete set pomocí uzavírací tlačky a přípojky pro podávání výživy, následně pomocí Janettovy stříkačky proveďte odtah ze žaludku, díky kterému zkontrolujete, zda předchozí dávka již žaludek opustila. **Pokud máte pocit plného žaludku, vzedmutého nadbřišku či po otevření setu vytéká pod tlakem žaludeční obsah, je nutné další podání výživy odložit!** Odtah vstříkněte zpět do sondy.
- ✓ Dále podejte připravené množství výživy a sondu propláchněte připravenou předvařenou vodou či čajem. Výživu podávejte v množství od 200 do 300 ml v intervalu 2 až 3 hodin během dne s noční pauzou. **V žádném případě nepoužívejte ovocné šťávy, minerálky, limonády, jelikož by mohlo dojít k ucpání sondy nebo sražení výživy.**
- ✓ Zavřete set uzavírací tlačkou a alespoň 30 minut setrvejte v sedu.
- ✓ Janettovu stříkačku vždy po podání výživy pečlivě umyjte horkou vodou a po posledním krmení ji rozloženou v pitné vodě vyvařte.
- ✓ **Během celého výkonu kontrolujte funkčnost, průchodnost a zároveň i těsnost celého setu.**



Zdroj: Výživa v nemoci, dostupné z http://www.vyzivavnemoci.cz/

Jak podávat léky?

Upřednostňujte použití léků v kapkách, sirupech, zředěných vodou či čajem. Pokud užíváte léky ve formě tablet, je nutné ho rozdrtit a opět zředit s tekutinou, aby nedošlo k ucpání sondy. Po podání léku vždy propláchněte sondu tekutinou.

Jak řešit možné komplikace?

Průjmy, zvracení – tento problém se vyskytuje při příliš rychlém podání dávky výživy, při velké dávce výživy, při krátkém intervalu mezi jednotlivými dávkami, u poruch střevní mikroflóry (např. užívání antibiotik). Pokud tento problém trvá delší dobu, je nezbytně nutné navštívit svého praktického lékaře.

Zácpa – vyskytuje se u nedostatku tekutin, nevhodně zvoleného enterálního přípravku. Řeší se doplněním tekutin a zařazení stravy bohaté o vlákninu.

Ucpaný PEG – to může být následek špatně rozmixované stravy. V tomto případě se snažte sondu propláchnout malým množstvím vlažné (ne horké) vody a vodu v krátkých intervalech nasávejte a vstřikujte. Nikdy nepoužívejte velký tlak při proplachu, jelikož může dojít k poškození sondy. Do setu nikdy nezavádějte drátěný vodič pro kontrolu průchodnosti.

Únik kolem PEG (leak) – při ošetřování, ale i při podávání stravy je nutné sledovat místo zavedení, zda kolem neuniká výživa nebo žaludeční šťávy. Pokud zjistíte, že kolem kanyly uniká výživa či žaludeční šťávy, ihned informujte svého lékaře.

Vdechnutí výživy či žaludečních šťáv (aspirace) – této komplikaci lze předejít tím, že během podávání výživy je pacient v poloze vsedě či polosedě a zaujímá ji 30 až 60 minut po podání.

Granulace – v případě, kdy se v okolí vstupu sondy objeví zarudnutí kůže, případně i vyskytující se krvácení, ihned kontaktujte svého praktického lékaře.

Leták je výstupem k bakalářské práci na téma Ošetřovatelský proces u dítěte s lehkou mentální retardací, Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Duškova 7, Praha 5, 2017. Autor: Jana Zýková.

Zdroj informací:

Výživa v nemoci, 2012 [online]. ISSN 1803-017X. Dostupné z: http://www.vyzivavnemoci.cz/

Příloha G - Čestné prohlášení

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem ……..
v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne .....

.....
Jméno a příjmení studenta

Příloha H – Průvodní list k rešerši z NLK

PRŮVODNÍ LIST K REŠERŠI

Jméno: Jana Zýková

Název práce: Ošetřovatelský proces u dítěte s lehkou mentální retardací

Jazykové vymezení: čeština, angličtina, slovenština

Klíčová slova: Lehká mentální retardace, mentální retardace, ošetřovatelský proces, specifika ošetřovatelské péče

Časové vymezení: 2007 až 2017

Typ rešerše: vícezdrojová

Druhy dokumentů: knihy (=monografie), sborníky, články, abstrakta, kvalifikační práce, vysokoškolské práce, elektronické zdroje

Počet záznamů: knihy celkem 33, články v českém jazyce: 9, články v anglickém jazyce: 40

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690–2:2011 (česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

Základní prameny: Katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
Bibliographia medica Čechoslovaca (BMČ-články)
Databáze vysokoškolských prací (www.these.cz)
Specializované databáze (CINAHL a MEDLINE)