

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDÍÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Monika Pátková, DiS.

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B 5341

Monika Pátková, DiS.

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**HOSPITALIZACE MENTÁLNĚ POSTIŽENÉHO
NEMOCNÉHO Z POHLEDU VŠEOBECNÉ SESTRY**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

PLZEŇ 2013

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 30.3.2013

.....

vlastnoruční podpis

Ráda bych poděkovala Mgr. Jaroslavě Novákové za vedení mé bakalářské práce. Její cenné rady, připomínky, podněty a hlavně profesionální přístup během naší spolupráce mi při psaní bakalářské práce velmi pomohly. Ráda bych touto cestou poděkovala i respondentům z mého výzkumného šetření, zejména za ochotu odpovídat na mé otázky. V neposlední řadě si zaslouží poděkování má rodina za obrovskou trpělivost během celého mého studia.

V Rokycanech 30.3.2013

Monika Pátková, DiS.

ANOTACE

Příjmení a jméno: Pátková Monika, DiS.

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Hospitalizace mentálně postiženého nemocného z pohledu všeobecné sestry

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

Počet stran: číslované 76, nečíslované 35

Počet příloh: 11

Počet titulů použité literatury: 39

Klíčová slova: Hospitalizace, mentální retardace, komunikace.

Souhrn:

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku hospitalizace mentálně postižených nemocných. Je rozdělena na dvě části: teoretickou a praktickou.

V teoretické části mé bakalářské práce se věnuji problematice mentálního postižení, psychologii, vzdělávání a komunikaci s mentálně postiženým nemocným. Ve druhé polovině teoretické části je popsána problematika hospitalizace mentálně retardovaného nemocného z pohledu všeobecné sestry. V této části je čerpáno zejména z potřeb nemocných a teorie ošetřovatelského procesu.

Praktická část mé bakalářské práce je založena na kvalitativním výzkumném šetření formou rozhovorů. Rozhovory jsou zaměřené na hospitalizaci mentálně postiženého nemocného, komunikaci a používání ošetřovatelského procesu v praxi. Výsledky výzkumného šetření jsou zpracovány písemnou formou.

ANNOTATION

Surname and name: Pátková Monika, DiS.

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Hospitalization of a mentally retarded patient from the point of view of a general nurse

Consultant: Mgr. Jaroslava Nováková

Number of pages: numbered 76, unnumbered 35

Number of appendices: 11

Number of literature items used: 39

Key words: Hospitalization, Mental retardation, Communication

Summary:

The Bachelor thesis deals with the hospitalization of mentally retarded patients. The thesis is divided into two parts: theoretical and practical.

In the theoretical part I focus on the issues of mental handicaps, psychology, education, and communication with mentally retarded patients. The second half of the theoretical part contains the description of problems connected to the hospitalization of a mentally retarded patient from the point of view of a general nurse. The main sources for this part are especially the needs of patients and the theory of the nursing process.

The practical part of my Bachelor thesis is based on a qualitative research in the form of interviews. The interviews are targeted at the hospitalization of mentally retarded patients, communication and application of the nursing process in practice. The results of the research are elaborated in the written form.

OBSAH

I ÚVOD	12
II TEORETICKÁ ČÁST	14
1 Mentální retardace	14
1.1 Etiologie mentální retardace	14
1.2 Diagnostika mentální retardace	15
1.3 Klasifikace mentální retardace	15
1.4 Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace	16
1.5 Možnosti prevence mentální retardace	17
1.6 Specifické syndromy spojené s mentální retardací	18
1.7 Epilepsie	22
2 Psychologie mentálně postiženého	24
2.1 Vliv postižení na jednotlivé stránky osobnosti	24
2.2 Psychické poruchy u lidí s mentální retardací	25
2.3 Problémové chování jedinců s mentální retardací	26
2.4 Nejčastější chyby ve vnímání klientů s problémovým chováním	29
3 Vzdělávání mentálně postižených	30
3.1 Vzdělavatelnost mentálně postižených	30
3.2 Metody vzdělávání žáků s těžkou formou mentální retardace	31
3.3 Terapeutické metody v rámci edukace mentálně postižených	32
4 Specifika komunikace u mentálně retardovaných	34
4.1 Komunikace s postiženými pacienty	34

4.2 Alternativní a augmentativní komunikace.....	35
4.3 Bazální stimulace a komunikace hluboce postižených klientů	38
5 Práva lidí s mentálním postižením	39
5.1 Deklarace práv mentálně postižených osob.....	39
5.2 Práva pacientů.....	39
5.3 Etické zásady v pomáhajících profesích.....	41
5.4 Lidská práva mentálně postižených z pohledu lehce mentálně postiženého.....	41
5.5 Hnutí sebeobhájců	42
6 Hospitalizace mentálně postiženého dítěte a dospělého.....	44
6.1 Nejčastější onemocnění mentálně postižených	44
6.2 Specifika hospitalizace mentálně postiženého dítěte.....	44
6.3 Hlavní principy ošetrovatelské péče.....	45
6.4 Úkoly všeobecné sestry při hospitalizaci mentálně postiženého nemocného	45
7 Potřeby mentálně postižených v ošetrovatelském procesu.....	47
7.1 Pyramida potřeb dle Abrahama H. Maslowa.....	47
7.2 Potřeby mentálně postižených	49
8 Ošetrovatelský proces v péči o mentálně postiženého nemocného	51
8.1 Denní aktivity	51
8.2 Ošetrovatelský proces v péči o jednotlivé potřeby nemocného	52
8.3 Ošetrovatelské diagnózy u mentálně postižených osob	55
9 Nové formy péče o těžce mentálně postižené	56
9.1 Metoda Snoezelen.....	56
9.2 Psychorelaxační místnosti	56

9.3 Koncept Bazální stimulace	57
9.4 Péče zaměřená na osobu	57
III PRAKTICKÁ ČÁST	59
1 Výběr, formulace a vymezení problému	59
2 Cíl práce.....	59
2.1 Hlavní cíl	59
2.2 Dílčí cíle	59
3 Výzkumné otázky	60
4 Rozhodnutí o populaci a výběru vzorku.....	60
5 Rozhodnutí o technice sběru informací	61
6 Pilotní studie.....	61
7 Shromáždění relevantního materiálu	62
7.1 Rozhovor 1 - opatrovník.....	62
7.2 Rozhovor 2 - opatrovník.....	64
7.3 Rozhovor 3 - opatrovník.....	66
7.4 Rozhovor 4 - všeobecná sestra	68
7.5 Rozhovor 5 - všeobecná sestra	70
7.6 Rozhovor 6 - všeobecná sestra	72
7.7 Rozhovor 7 a 8 - opatrovník a všeobecná sestra	75
8 Analýza dat	81
9 Diskuze	84
IV ZÁVĚR.....	88

SEZNAM ZDROJŮ

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM TABULEK

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Piktogramy

Příloha 2 Znak do řeči

Příloha 3 Komunikační systém Makaton

Příloha 4 Komunikační systém Bliss

Příloha 5 Práva pacientů

Příloha 6 Charta práv dětí v nemocnici

Příloha 7 Deklarace OSN o právech lidí s mentálním postižením

Příloha 8 Maslowova pyramida potřeb

Příloha 9 Barthelův test základních všedních činností

Příloha 10 Ošetřovatelské diagnózy u mentálně postižených dle NANDA domén

Příloha 11 Pozvánka na odbornou konferenci

I ÚVOD

Literatura uvádí, že v České republice žije přibližně 300 000 lidí s mentálním postižením. I přes vysoký počet postižených, který je po celá desetiletí prakticky stejný, je mentálně postiženým osobám věnována zvýšená pozornost až v posledních dvaceti letech. Mentálně retardované děti zůstávají po narození ve svých rodinách, dospělí jsou zařazováni podle svých možností do pracovního procesu. Budují se stacionáře, chráněné dílny a bydlení. Velká pozornost se věnuje i vzdělávání mentálně postižených. Existují výukové programy pro děti se speciálními potřebami a i středně těžce mentálně postižení mají dnes šanci na vzdělání.

Jednou oblastí, které se však pozornost věnuje ve velmi omezeném rozsahu, je zdravotní stav jako takový. Mnoho mentálně postižených má kromě psychického deficitu i přidružená onemocnění. Nejčastěji je to epilepsie, srdeční vada apod. Kromě toho jsou mentálně retardovaní náchylnější k celé řadě akutních onemocnění a infekcí. Jsou to například respirační a střevní infekce. V případě závažného akutního či chronického onemocnění jsou pak hospitalizováni v nemocnici. Pro člověka naprosto závislého na osobním režimu, s komunikačním deficitem a ještě s příznaky nemoci, kterým nerozumí, je hospitalizace v nemocnici obrovským zásahem do života.

Ve své praxi všeobecné sestry v nemocnici bývalého okresního typu se s mentálně postiženými setkávám poměrně často. Jsou u nás hospitalizováni z nejrůznějších důvodů. Péče o takového nemocného vyžaduje velké komunikační schopnosti a znalosti specifík péče o mentálně retardované osoby. Zdrojů literatury s touto tematikou je velmi málo a ve výuce budoucích sester chybí dostatečný prostor pro výuku speciálně zaměřené ošetrovatelské péče o postižené. I když se v posledních letech klade větší důraz na komunikaci sester s nemocnými, literatura, zabývající se praktickou ošetrovatelskou péčí o mentálně postižené nemocné, stále chybí.

I z tohoto důvodu jsem se rozhodla napsat svoji bakalářskou práci na téma hospitalizace mentálně postižených nemocných. V teoretické části bych ráda shrnula poznatky o mentální retardaci jako takové, komunikaci a edukaci. Zvláštní pozornost bych chtěla věnovat problémovému chování a samotné hospitalizaci mentálně postiženého nemocného.

V praktické části bych chtěla zmapovat současnou situaci v oblasti hospitalizace mentálně postižených v rámci kvalitativního výzkumného šetření. Myslím si, že porovnání názorů na hospitalizaci od respondentů z řad opatrovníků a profesionálů by mohlo přinést velmi užitečné informace pro ošetrovatelskou péči.

II TEORETICKÁ ČÁST

1 Mentální retardace

Pojem mentální retardace vychází z latinských slov „mens“ – mysl a „retardare“ – opozdit, zpomalit. Ve skutečnosti je mentální retardace opoždění nejen mysli, ale postižení celé osobnosti člověka. Způsobů, jak definovat mentální retardaci, je několik, nicméně jsou si všechny velmi podobné. (1, 2)

„Mentální retardace je vývojová porucha se sníženou inteligencí, která se projevuje zejména v oblasti kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností.“ (1)

Důležité je také rozlišit mentální retardaci od demence. Mentální retardace je charakterizovaná poruchou vrozenou, či získanou do dvou let dítěte. Demence je ztráta již získaných mentálních schopností např. z důvodu nemoci nebo úrazu v pozdějším věku. Demencí však mohou trpět i děti, proto budeme používat výraz nadřazený. Tím je mentální retardace. (1, 2)

1.1 Etiologie mentální retardace

Na počátku této kapitoly je nutné připomenout, že mentální retardace není nemoc. Je to komplexní stav člověka, jehož vznik je podmíněný a ovlivněný mnoha faktory. Ty můžeme pro zjednodušení rozdělit na endogenní a exogenní. (3)

1. Endogenní příčiny mentální retardace. Jako hlavní endogenní příčiny vzniku jsou udávány genetické vlivy. Například dnes již známá příčina Downova syndromu je trisomie chromosomu 21. Většinu genetických poruch je možné odhalit prenatální diagnostikou, která však není samospasitelná, neboť výsledky mohou být nejednoznačné.

2. Exogenní příčiny mentální retardace. Jsou to faktory, jenž ovlivňují správný vývoj mozku dítěte. Řadíme sem psychosociální deprivace, encefalitidy, meningitidy, intoxikace, záření aj. (3)

Všechny tyto faktory lze dále rozdělit na příčiny:

- 1. Prenatální** – genetické vlivy, environmentální faktory – onemocnění matky v těhotenství, intoxikace a alkoholismus matky, ozáření a nedostatečná výživa matky v těhotenství.
- 2. Perinatální** – poškození mozku při porodu, hypoxie a asfyxie, předčasný porod, nízká porodní váha, hyperbilirubinémie při nesouladu Rh faktorů.
- 3. Postnatální** – infekce mozku, úrazy a krvácení do mozku, nádorová onemocnění, sociální deprivace. (2)

1.2 Diagnostika mentální retardace

Diagnostika mentální retardace je velmi náročná a vyžaduje multidisciplinární spolupráci odborníků z řad psychologie, psychiatrie, neurologie, pediatrie a jiných. Je třeba odlišit smyslové vady, vady řeči, syndromy ADHD a ADD či poruchy učení, pervazivní vývojové poruchy a jiné. Je důležité, aby diagnostika byla zahájena co nejdříve. Zejména tam, kde známe typ postižení, např. u Downova syndromu, pak můžeme zahájit včasnou ranou a následnou péči o mentálně postižené dítě. (1, 2)

Vzhledem k tomu, že diagnostika je velmi obtížná a minimálně zasahuje do ošetrovatelské péče, zmíním se pouze o diagnostických metodách:

1. Anamnéza
2. Pozorování
3. Rozhovor
4. Dotazník
5. Analýza produktů činnosti – písma, hry, kresby
6. Testové metody

1.3 Klasifikace mentální retardace

V klasifikaci mentální retardace vycházíme z evropské klasifikace MKN – 10, která zařazuje mentální retardaci pod písmeno F 7. Přestože mentální postižení není pouze o stupni inteligence, ale o celkovém stavu jedince, projevující se ve všech oblastech psychiky, řídí se klasifikace inteligenčním kvocientem. Toto dělení nám umožňuje snáze se orientovat v jednotlivých stupních postižení.

1. Lehká mentální retardace: IQ 50 – 69
2. Středně těžká mentální retardace: IQ 35 - 49
3. Těžká mentální retardace: IQ 20 - 34
4. Hluboká mentální retardace: IQ 0 – 19
5. Jiná mentální retardace
6. Nespecifikovaná mentální retardace (3)

Mentálně postižení tvoří nejpočetnější skupinu z postižených. V současné době hovoříme asi o 3 % populace lidí s mentální retardací. Z tohoto počtu tvoří 2,6 % lidé s lehkou mentální retardací. Zbytek představují osoby se středně těžkou, těžkou a hlubokou mentální retardací. (5)

1.4 Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace

Lehký stupeň mentální retardace

Na první pohled se postižený s lehkým stupněm mentální retardace projevuje zcela normálně. Pouze v období rychlého vývoje, např. v období kojeneckém, jeho vývoj zaostává. Je vzdělatelný v praktické škole. V dospělosti je jedinec schopný pracovat, jeho uplatnění je zejména v manuálních profesích. Obvykle nemívá problémy s řečí, orientuje se v sociálním prostředí. Již u lehké mentální retardace se objevuje vysoká sugestibilita a nezralost citů. U jedinců s lehkou mentální retardací je při správném vedení možná úplná integrace do společnosti. V tomto ohledu má nejdůležitější význam výchova. Inteligence odpovídá v dospělosti přibližně 9 až 12 roků.

Středně těžký stupeň mentální retardace

Vývoj středně těžce postiženého je již výrazně omezen ve všech oblastech, motorické i psychické. Komunikace je výrazně narušena. Slovní projev je chudý, převládá neverbální komunikace. Jedinec je ještě obvykle schopný naučit se sebeobsluže. Potřebuje dohled a povzbuzení v běžných denních úkonech. V dospělosti potřebuje stereotyp a řád, při kterém je schopen vykonávat jednoduché manuální činnosti. Časté jsou přidružené choroby jako dětský autismus, psychiatrická a neurologická onemocnění, epilepsie. Celkově můžeme říci, že v dospělosti jeho rozumové schopnosti dosahují věku 6 – 9 let. To znamená, že při správném vedení je schopen alespoň částečné integrace do společnosti. Vhodné je chráněné bydlení a zaměstnání.

Těžká mentální retardace

Vývoj těžce mentálně retardovaného je výrazně opožděn v celé psychomotorické oblasti. Hlavním znakem tohoto druhu postižení je celoživotní závislost na péči druhé osoby. Možnosti sebeobsluhy postiženého jsou prakticky nulové. Jen vyjímečně zvládne základy sebeobsluhy v oblasti příjmu potravy a vylučování. Typický je minimální rozvoj řeči, často nemluví vůbec. Důraz je kladen především na rozvoj alternativních způsobů komunikace. U tohoto stupně postižení jsou častá přidružená postižení smyslová i jiná, objevují se poruchy chování, např. stereotypní pohyby, afekt, agrese. V dospělosti dosahují mentálního stupně na úrovni 3 – 6 let.

Hluboká mentální retardace

Je charakterizována těžkým motorickým, senzorickým a neurologickým poškozením. Vývoj odpovídá maximálně věku 3 let. Nelze zde hovořit o vývoji řeči. Komunikace je velmi omezena. Jedinci s hlubokou mentální retardací nejsou schopni sebeobsluhy. Ve všech oblastech jsou zcela závislí na pomoci druhé osoby.

Jiná mentální retardace

Nespecifikovaná mentální retardace

Oba tyto stupně mentální retardace jsou zastoupeny z důvodu nesnadné diagnostiky. Ta je dána dalším, např. smyslovým postižením, nebo vzhledem k nedostatku takových informací, aby bylo možné dítě zařadit do výše uvedených stupňů. (1, 2, 3, 4)

1.5 Možnosti prevence mentální retardace

Možnosti prevence mentální retardace jsou velmi omezené. Zahrnují prenatální diagnostiku vrozených vývojových vad a edukaci. Budoucí rodiče musí znát možná rizika pro své dítě. Hlavními riziky jsou: užívání alkoholu, drog, kouření i zneužívání běžně dostupných léků. (4)

Mezinárodní liga společností pro mentálně postižené (ILSHM) stanovila doporučení, kterými lze částečně předcházet vzniku mentálního postižení:

1. Žena by měla před plánovaným těhotenstvím navštívit lékaře, který zjistí její aktuální stav a doporučí eventuální opatření k jeho zlepšení před početím.

2. Těhotná žena by se měla zdravě stravovat.
3. Těhotná žena by neměla pít žádný alkohol.
4. Každá žena by se měla včas nechat očkovat, např. proti zarděnkám.
5. Doporučujeme ženám nekouřit.
6. Navštívit genetickou poradnu, zejména pokud je matce víc než 35 let.
7. Vyvarovat se užívání léků, které těhotné nepředepsal její ošetřující lékař.
8. Vyvarovat se rentgenovým vyšetřením a jiným zdrojům záření.
9. Vyhýbat se infekčním onemocněním.
10. Pravidelně chodit na kontroly ke svému lékaři. (5)

1.6 Specifické syndromy spojené s mentální retardací

V této kapitole uvedu nejčastější syndromy spojené s mentální retardací, se kterými se v rámci ošetrovatelské profese můžeme setkat.

Dětská mozková obrna – DMO

Dětská mozková obrna je jednou z nejčastějších vrozených příčin tělesného postižení. Asi ze dvou třetin je tělesné postižení doprovázeno mentální retardací a dalšími onemocněními, jako je např. epilepsie, smyslové vady aj. (1)

Dětská mozková obrna je charakterizovaná poruchami motorických funkcí, jako jsou např. nekoordinované pohyby, spasmy, paralýzy. Jako příčiny DMO jsou uváděné prenatální, perinatální a postnatální faktory: infekce v těhotenství, nedostatečná výživa matky, hypoxie plodu, porodní poranění, neurologická onemocnění, meningitidy aj. Dětská mozková obrna je klasifikovaná dle druhu postižení na spastickou a nespastickou formu. (7, 1)

Klinický obraz dětské mozkové obrny je charakterizován již událostí při porodu, která se může projevit velmi časně po narození cyanózou, opožděným plácem, spavostí a obtížným krmením. Motorický a reflexní vývoj dítěte je narušen. Bývá přítomna hypotonie, dystonie až spasticita. Mohou se přidat epileptické záchvaty. Doprovodným jevem bývá mentální retardace. (10)

Downův syndrom

Downův syndrom je genetické onemocnění charakterizované mentální retardací různého stupně a specifickými fyzickými znaky. Downův syndrom byl poprvé popsán

anglickým lékařem Johnem Langdonem Downem v roce 1866, kdy byl uznán za samostatnou diagnózu. Až v roce 1959 doktor Waardenburg označil jako příčinu Downova syndromu jeden nadpočetný chromosom. (9)

Etiologie Downova syndromu

V současnosti již víme, že Downův syndrom mohou způsobit tři podoby nadpočetnosti 21. chromosomu. Asi 95 % dětí narozených s Downovým syndromem trpí trisomií 21. chromosomu. Obvykle tato nadpočetnost vzniká tím, že matka nebo otec předají dítěti místo jednoho chromosomu chromosomy dva. Příčinou je tzv. nondisjunkce párového chromosomu. Druhou příčinou je translokace, což je vlastně odlomení části 21. chromosomu a jiného chromosomu, nejčastěji jsou to chromosomy 13,14,15 a 22, a spojení jejich zbývajících částí. U jedné třetiny dětí s translokací lze zjistit, že nositelem translokace je jeden z rodičů, přestože sami žádné příznaky nemají. Příznaky dítěte s Downovým syndromem způsobené translokací se výrazně neodlišují od typického obrazu Downova syndromu způsobeného trisomií. U jednoho procenta dětí s Downovým syndromem můžeme najít chromosomální poruchu jen v některých buňkách, nazývanou mazaicismus. Ostatní buňky má zcela normální. Děti a dospělí s takovouto poruchou mají menší výskyt fyzických příznaků. Bohužel obvykle nedosahují normálních mentálních schopností. (9)

Díky rozsáhlým výzkumům v oblasti genetiky již víme, že riziko vzniku Downova syndromu výrazně stoupá s věkem matky. Jako mezní se pro genetické vyšetření těhotné ženy dnes udává věk 35 let. Těhotné ženě nad 35 let je doporučováno preventivní vyšetření plodové vody. Není ale pravda, že se nemůže narodit dítě s Downovým syndromem i jinak zdravé dvacetileté ženě. (8, 9)

Charakteristické příznaky Downova syndromu

1. Kulatý obličej, hlava má zezadu oploštělý tvar.
2. Oči mírně šikmé, epikantická řasa, Brushfieldovy skvrny (bílé nebo nažloutlé tečky kolem okraje duhovky).
3. Jemné rovné vlasy.
4. Krátký, široký krk, na zadní straně krku volná kůže.
5. Menší ústní otvor, velký jazyk.
6. Široké ruce s krátkými prsty, pouze jedna příčná rýha na dlani.

7. Silné nohy, široká mezera mezi palcem a ukazováčkem.
8. Svalová hypotonie.
9. Nižší postava na dolní hranici průměru.
10. Mentální retardace.

Onemocnění častěji se vyskytující u Downova syndromu

1. Infekce horních a dolních dýchacích cest, obstrukce ucha.
2. Dalekozrakost, krátkozrakost, strabismus, nystagmus, katarakta, keratokonus.
3. Nízký svalový tonus a vysoká hybnost kloubů, atlantoaxiální instabilita.
4. Poruchy štítné žlázy.
5. Duodenální atrezie, Hirschprungova nemoc, obstipace.
6. Leukemie.
7. Klinefelterův syndrom.
8. Srdeční vady – defekty síňokomorových přepážek, otevřená Botalova dučeň, Falotova tetralogie, Eisenmengerův komplex. (9)

Pervazivní vývojové poruchy autistického spektra

Pervazivní (tzn. všepronikající) vývojové poruchy jsou velmi závažné poruchy mentálního vývoje. Mentální vývoj dítěte je velmi vážně narušen v mnoha směrech. První příznaky pervazivní vývojové poruchy se obvykle projeví již v prvních letech života, proto je její včasné odhalení zcela zásadní pro další vývoj dítěte. Diagnostika pervazivních vývojových poruch je velmi obtížná a vyžaduje hodnocení celého vzorce chování dítěte. Proto doktorka psychiatrie Lorna Wing vymezila tři základní oblasti problémů, tzv. Triádu narušení, která je pro diagnostiku pervazivních poruch naprosto zásadní. Tyto oblasti jsou: sociální chování, komunikace verbální i neverbální a představitost.

Pervazivní vývojové poruchy - kategorie

- 1. Dětský autismus** – má velmi různorodou symptomatiku. Nejtěžší formy dětského autismu mohou být doprovázeny hlubokou mentální retardací se zcela narušenou komunikační schopností, stereotypními projevy a poruchami chování.
- 2. Atypický autismus** – člověk s touto poruchou splňuje pouze některá diagnostická kritéria. Přesto se však atypický autismus vyznačuje celou řadou zcela typických příznaků pro autismus dětského typu.

3. Aspergerův syndrom – obvyklé jsou dobré řečové a intelektové schopnosti, ale výrazné potíže v komunikaci a sociální interakci.

4. Dětská dezintegrační porucha – je charakterizovaná normálním vývojem v prvních dvou letech, posléze dochází ke ztrátě již získaných dovedností v oblasti komunikace, motorických dovedností, kontroly močení a stolice a sociálních dovedností. Objevuje se mentální retardace. Tato porucha je velmi vzácná. (8)

Příznaky pervazivních vývojových poruch

Prvním výrazným příznakem je porucha sociální interakce a interpersonálních vztahů. Dítě obvykle projevuje velmi malý zájem o své okolí, hraje si samo, nesnaží se o navázání kontaktu. Mívá problém s očním kontaktem. Někdy naopak navazuje zcela nevhodné sociální kontakty, nerespektuje sociální normy v chování. Napodobuje chování ostatních, nechápe však smysl, nemá sociální intuici. Klade nevhodné dotazy. Dítě se straní kolektivu, nezvládá kolektivní hry. Pokud se nestraní, vstupuje do hry zcela nevhodným způsobem. Často je obětí šikanování.

Komunikace u autisty je velmi narušena. Nemluví, nebo mluví velmi málo, někdy nereaguje ani na řečové pokyny. Mimika a gesta jsou chudá. Mluví pouze o svých vybraných tématech, rozhovor vážně, klade otázky, na které zná předem odpověď, nebo otázky neklade vůbec. Často má problémy s vulgárními výrazy, používá je v nevhodných situacích. Neumí vyjadřovat pocity. Má problémy se zdvořilostmi, které nechápe. Mechanicky opakuje, lpí na určitých výrazech. Zájem má pouze o vyhraněná témata, často mající nějaký řád. Je fascinován stereotypními pohyby. S hračkami si nehraje správně. Má oblibu v řádu a přesnosti, urovnává předměty. Zajímá se o fakta, fantazie je chudá. Lpí na určitých předmětech. Motorika se vyznačuje zvláštními až stereotypními pohyby a motorickou neobratností.

Autista se velmi špatně učí novým věcem, není schopen abstraktního myšlení, samostatnosti v přidělených úkolech. Nezvládá odlišování důležitého od nepodstatného. Emocionalita je také velmi postižená, obvyklé je nepřiměřené nebo žádné vyjadřování emocí. Je velmi náchylný ke stresu a depresivnímu ladění. Častá je agresivita a impulsivní jednání. Typická je celková náladovost a dráždivost. Je velmi citlivý na určité podněty, jako je např. hluk. Časté jsou odmítavé reakce na doteky. Vnímané předměty očichává a ochutnává nebo je dlouze pozoruje. Hyperaktivita nebo pasivita na straně druhé

v prováděných činnostech. Soustředí se pouze na témata pro něj zajímavá. Výchova je velmi obtížná, dítě se špatně přizpůsobuje, není schopné obstát ve škole, je náchylné ke stresu. Ignoruje výchovné metody, nekontroluje své chování. Nemá rád změny a překvapení, lpí na zažitém řádu. Dodržuje rituály. (8)

Mentální retardace je spojená s mnoha dalšími syndromy a onemocněními. Jejich výskyt však není tak častý jako výše uvedená onemocnění, proto zde pro zjednodušení uvádím pouze názvy: Fetální alkoholový syndrom, syndrom fragilního X chromosomu, tuberózní skleróza, Rettův syndrom, Angelmanův syndrom, Praderův – Williho syndrom, Leschův – Nyhanův syndrom, De Lange syndrom, monozomie 5p – syndrom kočičího křiku, syndrom Smith – Magenis. (8)

1.7 Epilepsie

Epilepsie není onemocnění, které obvykle způsobuje mentální retardaci, nicméně mentálně retardovaní trpí epilepsií jako součástí jejich postižení. Literatura uvádí, že 25 - 30 % mentálně postižených má epilepsii. Současně platí, že čím hlubší mentální retardace, tím větší je riziko epilepsie. Proto je důležité se v této kapitole o epilepsii alespoň okrajově zmínit. (8, 36)

Epilepsie je záchvatovité onemocnění, obvykle doprovázené poruchou vědomí. Je způsobena abnormálním drážděním v mozku. Příčinou jsou strukturální nebo funkční změny v mozku. Pro zjednodušení ji rozdělují do třech základních skupin, se kterými se může všeobecná sestra na standardním oddělení setkat.

1. Epilepsie grand mal s tonicko – klonickými generalizovanými záchvaty se ztrátou vědomí. Záchvatu obvykle předchází tzv. aura následovaná pádem a ztrátou vědomí. Nejprve dochází k tonickým křečím se zástavou dechu, posléze se mění na klonické. Časté je pokousání jazyka, nadměrné slinění, spontánní odchod moče a stolice. Klonické křeče na rozdíl od tonických mohou trvat několik minut a volně přechází do bezvědomí s následnou obnovou vědomí, zmateností s amnézií.

2. Status epilepticus a náhlá smrt při epilepsii vzniká, pokud pacient mezi záchvaty nenabyde plného stavu vědomí. Neléčený stav může vést ke smrti postiženého.

3. Absence – petit mal jsou epileptické projevy, kdy je přítomna krátká porucha vědomí obvykle bez pádu. Nejsou přítomny tonicko – klonické křeče.

Mimo období záchvatů se epilepsie může projevovat poruchami nálady, chování, emotivity a jinými příznaky. Vzhledem k tomu, že se epilepsie může a vyskytuje u mentálně retardovaných, je nutné příznakům a léčbě epilepsie u těchto postižených věnovat zvýšenou pozornost. (8, 36)

Základním diagnostickým kritériem je kromě anamnézy a klinického nálezu vyšetření EEG – elektroencefalografem. Vyšetření EEG je u podezření na epilepsii naprosto zásadní. Léčba spočívá v podávání antiepileptik s dispenzarizací a opakovanými kontrolami na neurologii. (10)

Důležitá je i prevence záchvatů, kterou je zejména vyvarování se tzv. spouštěčů. To znamená vyvarovat se všeho, co u konkrétního pacienta obvykle spustí záchvat. Od všeobecné sestry to znamená tyto spouštěče znát a pomáhat konkrétnímu pacientovi s dodržováním jednotlivých režimových opatření. Kromě pravidelného podávání medikamentózní léčby je to i dodržování denního režimu, vhodné životosprávy, monitoring záchvatů a sledování nežádoucích účinků léčby. (1, 36)

2 Psychologie mentálně postiženého

V této kapitole mojí bakalářské práce se budu věnovat psychologické problematice mentální retardace, problémovému chování a chybám v přístupu k mentálně postiženým.

2.1 Vliv postižení na jednotlivé stránky osobnosti

Osobnost člověka je velice složitá struktura. Pokud k ní přidáme mentální postižení, dojdeme k ovlivnění osobnosti v celé její komplexní šíři. Je samozřejmé, že různé typy postižení mají vliv na jednotlivé složky osobnosti. V této práci se zaměřím pouze na nejdůležitější změny osobnostních charakteristik u mentálně postižených.

Mentálně postižení nejsou všichni stejní. Stejně jako zdraví lidé je každý mentálně retardovaný individualitou a v psychických rysech se liší. Přesto však můžeme pozorovat jistá specifika, která se u většiny mentálně retardovaných objevují. Hlavní psychologické znaky mentální retardace jsou:

1. Zpomalené chápání, neschopnost logicky myslet a vytvářet závěry.
2. Poruchy pozornosti, snížená paměť.
3. Poruchy komunikace, vyjadřování.
4. Impulzivita, citová nestabilita, vzrušivost.
5. Sugestibilita.
6. Opožděný sexuální vývoj.
7. Snížená schopnost adaptace.
8. Poruchy v sociálních vztazích.
9. Infantilismus.
10. Pedantičnost, fixovanost.
11. Konkrétnost myšlení – neschopnost abstraktního myšlení.
12. Absence fantazie, představivosti.
13. Chudá percepce. (5, 22)

Poznávací procesy jsou mentálním postižením velmi ovlivněné, postižení musí často využívat některých náhradních zdrojů smyslového vnímání. Nejzřetelněji můžeme pozorovat neschopnost abstraktního myšlení a s ním spojené funkce, např. logiku.

Schopnosti bývají rozvinuty méně, nebo jsou zcela nerozvinuté. Někdy se však i u mentálně postižených může objevit izolovaná nadprůměrná schopnost.

Vliv na rozvoj osobnosti mají především výchova, vzdělávání a prostředí, ve kterém postižený vyrůstá a žije. Pro všechny postižené je charakteristickým znakem obtížná adaptace. Pro řešení náročných situací musí často volit náhradní kompenzační řešení. Každý postižený žije pod obrazem role postiženého, která mu zajišťuje některé úlevy, avšak zároveň omezuje jeho samostatnost. Je vnímán pod nálepkou postiženého a na ostatní rysy osobnosti se obvykle zapomíná. Egocentrismus, se kterým se můžeme u postižených setkávat, se projevuje vztahovачností a přecitlivělostí.

Mentálně retardovaným bývá připisována zvýšená agresivita. O problémovém chování jako takovém se zmíním v samostatné kapitole. Nicméně je nutné na tomto místě říci, že agresivita může být i projevem nepřiměřeného sebeprosazování. Při řešení náročných životních situacích se pak agresivita může projevit větší závislostí na okolí, nesamostatností nebo dokonce regresí ve vývoji a negativismem jako projevem neschopnosti řešit krizovou situaci.

U mentálně postižených se také můžeme setkat s problémy v sociálních kontaktech. Ty mohou být dány sociální izolací v chráněném prostředí a také poruchami komunikačních schopností, jimiž mentálně postižení trpí. Jako další rys osobnosti mentálně postiženého bych uvedla pasivitu v životním stylu. Zejména v kolektivních zařízeních se musí klienti podřizovat režimu zařízení a pro vlastní seberealizaci zbývá velmi málo prostoru. Může se tím měnit sebepojetí a sebehodnocení, které bývá velmi nízké. Dynamickou stránkou osobnosti je motivace, která slouží k uspokojování potřeb. Ne vždy se bohužel daří u mentálně postižených všechny potřeby naplňovat. O uspokojování potřeb mentálně postiženého v době hospitalizace bude pojednáno v kapitole o specifických ošetrovatelské péče o mentálně postižené nemocné. (6)

2.2 Psychické poruchy u lidí s mentální retardací

Stejně jako u zdravých lidí se mohou u mentálně postižených objevit psychické poruchy různého typu. Riziko vzniku některého z psychických onemocnění je asi 3 – 4 x vyšší než u běžné populace. Na vznik psychických poruch mentálně retardovaných mají vliv zejména následující stresové události:

1. Odloučení od blízkých osob, jejich ztráta.
2. Omezení v základních lidských právech.
3. Změny životních podmínek, stěhování.
4. Nedostatek soukromí a kontroly svého života.
5. Špatné zkušenosti s okolím, infantilizace, konflikty aj.

Psychická onemocnění se u mentálně retardovaných diagnostikují velmi obtížně. Je to dáno zejména poruchami v oblasti komunikace. Nejsou schopni popsat své vnitřní pocity, neodlišují jemné změny nálad, apod. Příznakem psychického onemocnění může být právě problémové chování. Proto je nutné za problémovým chováním hledat vždy i možné onemocnění nebo jinou příčinu, jako např. deprivaci v prostředí, kde klient žije. Nejčastější poruchy, které se mohou projevovat problémovým chováním, jsou: afektivní, neurotické a schizofrenní poruchy osobnosti. (8, 36)

2.3 Problémové chování jedinců s mentální retardací

Problémové chování, tak jak ho známe z ošetrovatelské péče, je kapitola, která v péči o mentálně postižené nesmí být opomenuta. Důvodem jsou především obavy ošetrovatelského personálu, které problémové chování mentálně retardovaných vzbuzuje. Pod problémové chování jedinců s mentálním postižením zahrnujeme: verbální a fyzickou agresi, autoagresi, obnažování a masturbaci na veřejnosti a odmítání požadavků opatrovníka. Agresivní chování zahrnuje auto i heteroagresi. Jejich projevy jsou záchvaty vzteku, napadání ostatních, nepřizpůsobivost, sebezraňující chování, jako je kousání, trhání vlasů, štípání, verbální agrese, narážení hlavou do zdi apod.

Obecně můžeme říci, že problémové chování obvykle vyplývá z neuspokojování potřeb klienta. Vyjimku tvoří některá vrozená onemocnění, z jejichž podstaty může problémové chování vyvstat. Je to např. Leschův – Nyhanův syndrom.

Fyziologické potřeby jsou obvykle dobře uspokojovány, pokud se klient může najíst, napít a vyspat, kdykoliv tuto potřebu pocítí. Sexuální potřeby má mít klient možnost uspokojovat přiměřeným způsobem. Potřeba bezpečí a jistoty naplňuje pocit, že postižený někam patří, že může používat předměty, které má rád, a personál se k němu chová přiměřeným způsobem. S chováním ošetrovatelského personálu a opatrovníků souvisí i potřeba někam patřit a být milován. Přístup ke klientovi má být naplněn respektem a porozuměním k individuálním přáním klienta. I mentálně postižený má potřebu

seberealizace, která spočívá v možnosti rozhodovat se a pracovat dle svých schopností. Nenaplnění některých potřeb může vyústit v problémové chování. Může to být tím, že bez pomoci druhé osoby nejsou schopni své potřeby naplnit, což v důsledku může vyvolat frustraci a možnost vzniku problémového chování. Z toho vyplývá, že by mělo být snahou ošetřovatelského personálu zajistit potřeby svých klientů v rámci možností natolik, aby se předešlo frustraci a tím i problémovému chování.

Terapie problémového chování

Terapie problémového chování zahrnuje jeho předcházení a kognitivně behaviorální postupy a techniky, které se začaly rozvíjet v 60. letech minulého století. Dříve se upřednostňovaly farmakologické postupy. V současnosti se především kvůli nežádoucím účinkům farmak volí postupy jiné. Restriktivní postupy se vzhledem k etickým hlediskům a dodržováním základních lidských práv volí až jako poslední možnost. Behaviorální psychoterapii předchází důkladná funkční analýza chování, která má odhalit vnější a vnitřní souvislosti problémového chování. V terapii se užívá např. odměňování vhodného chování. Je to určitá forma zpevnování, které následuje po vhodném chování, které chceme, aby se po odměně opakovalo, a v budoucnu je žádáno. Odměna musí být vždy motivující, důsledná a následovat ihned. Posilňovačem může být jídlo, ale také úsměv a pochvala rodiče.

Další možností terapie problémového chování jsou restriktivní postupy. Jsou vlastně omezením pohybu klienta v případě problémového chování, které nelze jiným způsobem zvládnout, a to jen po zcela nezbytnou dobu. Patří sem fyzické, mechanické a farmakologické restriktce. Na rozdíl od restriktivních postupů existují averzivní techniky, které jsou pouze způsobem, jak zabránit sebepoškození a ztrátám na majetku. Averzivní terapie je výuka pomocí trestů, kdy se nežádoucí chování asociuje s nepříjemnou, avšak nikdy ne bolestivou zkušeností. Aby trest fungoval, musí přijít ihned po problémovém chování od osoby, se kterou je klient citově spjat. Musí být použit vždy podle předem stanovených pravidel a klient musí vědět, za co je trestán. Fyzické tresty jsou eticky nepřijatelné, v případě mentálně postižených často i neúčinné.

Velmi často užívanou metodou v zahraničí je tzv. Time out. Spočívá v odejmutí nějakého pozitivního stimulu následující ihned po nevhodném chování. Patří sem: ignorování (vyhasínání), které znamená, že v případě, kdy nevhodné chování klienta nepřináší žádný zisk, ztrácí problémové chování na významu. Tato technika vyžaduje

velké sebeovládání opatrovníka, který musí ignorovat výbuchy klienta, kterými se snaží o navrácení pozornosti. Další možností Time outu je odsazení. Odsazení s možností pozorování znamená, že se klient po určitou dobu nesmí zapojit do kolektivní aktivity skupiny, ale může ji z povzdálí sledovat. Odebrání určité věci je trestem, kdy je klientovi odepřen předmět či aktivita, při které se choval nevhodně. Vyloučení a odloučení je další metodou, kterou použijeme tak, že v případě nevhodného chování je klient převeden do bezpečného prostředí k tomuto účelu zařízeného. Zde setrvá po určitou dobu. Aby byla tato metoda účinná, musí trvat maximálně 5 – 20 minut.

Poslední technikou je tzv. přesycení. Je to metoda, při které se dítě povzbuzuje do činnosti, kterou považujeme za nevhodnou a chceme ji odstranit. Tuto činnost vyžadujeme po dítěti i v případě, že už ji sám nedělá. Tím dojde k přesycení a únavě, která je vlastním trestem. Tato metoda není příliš vhodná pro dospělé klienty.

Použití restriktivních a averzivních postupů je vždy řízeno danými pravidly. Předchází mu důkladná funkční analýza problémového chování. Pečlivé a přesné vedení dokumentace o použití těchto postupů je naprosto nezbytné. Trest má následovat ihned po nevhodném chování, nebo vůbec nemá přijít. Plané vyhrožování je nevhodné. Dítě má znát důvod trestu a po potrestání se k příčině zpět nevracíme. Neměli bychom v postiženém vyvolávat pocit viny. (8, 14, 36)

Farmakoterapie problémového chování je metoda, která se v dřívějších dobách široce používala. V současné době se znalostmi účinnějších metod a prostředků se ustupuje od řešení problémového chování farmakologickou cestou. Přesto je však v určitých situacích použití léků indikováno a klientovi může pomoci zvládnout své problémové chování.

Neuroleptika jsou mentálně retardovaným indikována pro svůj pacifikující účinek. Zároveň posilují účinek antidepresiv a anxiolytik. Nevýhodou neuroleptik je výskyt nežádoucích účinků, které je nutné monitorovat. Jsou to např. extrapyramidové příznaky, nárůst hmotnosti, hyperprolaktinémie. Nejzávažnější komplikací při léčbě neuroleptiky je neuroleptický maligní syndrom, který může vést k selhání základních životních funkcí a náhlé smrti. Thymoprofylaktika se používají zejména při agresivních poruchách chování a při epilepsii. Jejich účinek předchází výkyvům nálady. Antidepresiva a anxiolytika se používají zejména pro svůj pozitivní účinek na úzkost, proti poruchám spánku a depresi. Anxiolytika se pro velké riziko vzniku závislosti podávají co nejméně, pouze pro

zvládnutí akutního stavu. Psychostimulancia jsou látky, které povzbuzují centrální nervový systém a podávají se u postižených s hyperaktivitou. Soudí se, že paradoxně stimulancia zklidní hyperaktivitu postiženého. U syndromu ADHD se užívají s pozitivními výsledky. (8,14)

2.4 Nejčastější chyby ve vnímání klientů s problémovým chováním

Chyb, které personál zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče může ve vztahu k problémovému chování klienta dělat, je celá řada. Přesto je lze rozdělit do dvou hlavních skupin.

1. Efekt pořadí. Jedná se vlastně o představu, kterou si personál udělá ještě před příchodem klienta do zařízení. Je to proto, že první přijde personálu do rukou dokumentace nebo jiné informace od personálu, který již klienta ošetřoval a má s ním „jisté“ zkušenosti. Na základě těchto informací může nový ošetrovatelský personál přistupovat ke klientovi velmi obezřetně. Klient si pak může takové chování vysvětlit jako nepřátelství a tento pocit může spustit problémové chování, které může být jakousi obranou postiženého.

2. Základní atribuční chyba. Atribuce je vlastně přisuzování příčin. Pokud vidíme problémové chování klienta, snažíme se mu vždy přisoudit nějakou příčinu. Výskyt problémového chování ovlivňují temperament, osobnost klienta a vnější okolnosti. Personál velmi často podceňuje vnější okolnosti a přisuzuje problémové chování osobnosti klienta. Je tedy velmi důležitá funkční analýza chování. Díky ní můžeme najít i jiné příčiny problémového chování a zároveň se vyhnout základní atribuční chybě. (8)

3 Vzdělávání mentálně postižených

3.1 Vzdělavatelnost mentálně postižených

Ještě v době poměrně nedávné se mentálně retardovaní úředně rozdělovali na vzdělatelné a nevzdělatelné osoby. S nárůstem speciálního vzdělávání a úrovně znalostí speciální pedagogiky se situace v oblasti vzdělávání mentálně retardovaných výrazně změnila a troufám si říci, že pozitivním směrem. Právo na vzdělání mají i těžce postižené děti. Přesto je však nutné při vzdělávání přihlídnout k individuálním schopnostem postiženého se vzdělávat, rehabilitovat a vyvíjet se i s přihlédnutím k sociálnímu prostředí a možnostem integrace do společnosti.

Někteří mentálně postižení jsou vzdělatelní jen velmi obtížně a jejich výchova a vzdělávání vyžaduje od speciálního pedagoga obrovskou míru úsilí a hlavně trpělivosti, neboť vzdělávání mentálně postižených probíhá jen po velmi malých krůčcích a je doprovázeno mnohými neúspěchy. (5)

Metody, které volíme při vzdělávání mentálně postižených, jsou velmi složité a časově náročné. Jak víme, každý postižený je jiný, a tak i přístupy ke vzdělávání jsou často voleny individuálně na míru každému postiženému. K rozvíjení schopností mentálně retardovaných je zapotřebí mnoho trpělivosti, snahy a pochopení potřeb postiženého. Velké množství teoretických i praktických zkušeností pomáhá pedagogům v situaci, kdy výsledky jsou mizivé a často neodpovídají vynaloženému úsilí. Vzdělávání ve školních zařízeních se týká především mentálně postižených dětí a adolescentů. Nesmíme však zapomínat, že i po skončení povinné školní docházky by se mentálně postižení měli nadále kontinuálně vychovávat a vzdělávat.

Porucha ve vývoji brání mentálně postiženým dětem vzdělávat se běžnou cestou jako jiné děti. Často musí hledat alternativní cesty k dosahování znalostí. Tato skutečnost brání mentálně retardovaným vzdělávat se s normálními dětmi. Proces učení u nich probíhá zcela jiným způsobem. Tyto odlišnosti se týkají především rychlosti a srozumitelnosti výkladu. Proto je vhodné, aby se v kolektivu zdravých dětí vzdělávali pouze lehce mentálně postižení. Pro středně a těžce postižené je vhodnější samostatné vzdělávání. Přesto je důležité, aby se obě skupiny dětí stýkaly, protože zdravé děti tak lépe

poznají svět postižených a budují si k nim respekt. Zjistí, že i když ve většině případů potřebují pomoc postižení, tak i oni mohou být v řadě věcí nápomocní. Integrace je tedy velmi důležitá. Důraz je ovšem kladen na podmínky integrace, ve kterých nemá být nikdo zesměšňován nebo dokonce týrán a zneužíván kvůli svému postižení. (21)

Pro mentálně postižené volíme takový typ školního vzdělávání, který nejlépe odpovídá stupni postižení rozumových schopností. V předškolním věku je to běžná mateřská škola či mateřská škola speciální. Ve školním věku je to běžná základní škola, základní škola praktická či základní škola speciální. V adolescenci můžeme volit mezi středním odborným učilištěm či praktickou školou. (3)

3.2 Metody vzdělávání žáků s těžkou formou mentální retardace

Vzdělávání mentálně postižených s těžším stupněm postižení je velmi obtížné. Mnohé metody výuky u nich selhávají. Přesto se speciální pedagogové snaží netradičními metodami poskytnout alespoň základy vzdělání. Mezi tyto metody patří i sociální čtení a globální metoda, které ve svém důsledku mohou napomoci i komunikaci s postiženým klientem, např. při hospitalizaci.

Sociální čtení

Sociální čtení můžeme chápat jako prostředek poznávání, interpretování a reakce na zrakové znaky, symboly, slova nebo skupiny slov, které se objevují v okolí postiženého. Při sociálním čtení není nutné mít znalosti technického čtení tak, jak je známe my. Tato metoda je vhodná pro postižené, kteří se pravděpodobně nikdy nenaučí číst, a děti, které svými schopnostmi dosahují 1. třídy základní školy. Ty často čtou pouze mechanicky bez porozumění textu. Sociální čtení má tři kategorie – soubor obrázků a textů, piktogramy a slova a skupiny slov. Témata sociálního čtení se odvíjí od běžných činností a zájmů dítěte. To znamená např. nakupování, doprava, příroda apod. Součástí sociálního čtení je i časová orientace, která zahrnuje nejen dny v týdnu a měsíce v roce, ale například piktogramy pro svátky a jiné události. Pro ilustraci uvádím příklad sociálního čtení na téma nakupování. Dítě nejprve rozpoznává obaly od jídel, poté je rozpoznává v obchodě a pak cvičí nakupování ve třídě. Závěrem by měla být schopnost koupit si oblíbený výrobek v obchodě. Sociální čtení můžeme uplatnit i v nemocnici, kde může postiženému pomoci aktivně rozhodovat o vlastních potřebách. (12, 21)

Globální metoda

Metoda globálního čtení znamená seznámení se se slovem pomocí jeho obrázku s uvedeným textem pod ním. Jako pomůcky slouží soubory slov z jednotlivých oblastí, které jsou zobrazené na kartách. Každý obrázek je vyhotoven ve třech provedeních: leporelo s obrázkem a tištěným slovem, puzzle a obrázek s textem, který se později odstříhne. V globální metodě se postupuje velmi pomalu, s trpělivostí a s velkým množstvím pochval a povzbuzení. (12)

3.3 Terapeutické metody v rámci edukace mentálně postižených

Výchova a vzdělávání mentálně retardovaných patří do oblasti speciální pedagogiky. Nicméně lze i v této bakalářské práci zmínit některé metody, jenž mohou přispět ke zlepšení péče o mentálně postižené během hospitalizace.

První je arteterapie, která je terapií uměním a jako součást psychoterapie je poměrně mladým oborem. U nás je prezentována zejména výtvarnými aktivitami. Arteterapii můžeme rozdělit na dva směry. Prvním je receptivní – vnímání umění, a druhým je produktivní arteterapie, tedy konkrétní tvůrčí činnost. U mentálně postižených můžeme při arteterapii pozorovat snížení úzkosti, zlepšení komunikace, relaxaci, socializaci.

Muzikoterapie má nezastupitelné místo v péči o osoby se speciálními potřebami. Je součástí výchovy a vzdělávání mentálně retardovaných. Hudba využívá melodie, harmonie, rytmu, a tím komplexně zaměstnává mozkovou kůru. Muzikoterapii můžeme rozdělit na aktivní, kdy se klient sám účastní zpěvem, tancem, a pasivní, kdy hudbu poslouchá. V aktivní formě se u mentálně postižených nejvíce využívá hry na Orfeovy nástroje. U mentálně postižených hudba rozvíjí motoriku, somatickou i psychickou oblast, rozvíjí smysl pro rytmus a tempo a má vliv na osobnost postiženého. Nejvhodnější způsob muzikoterapie pro lidi se speciálními potřebami je aktivní skupinová forma. Vždy však musíme brát ohled na individuální schopnosti a možnosti postiženého.

Ergoterapie, dnes již samostatný obor, je velmi využívána v péči o mentálně postižené. Slouží zejména k nácviku sebeobsluhy, zvyšování soběstačnosti a samostatnosti. Ergoterapie zlepšuje schopnost učení, vztah k práci, posiluje sebepojetí a sebehodnocení. Nezastupitelnou roli má ve zlepšení jemné i hrubé motoriky, posilování fyzické

a psychické kondice a zlepšení verbální i neverbální komunikace. Nejlepší výsledky má ergoterapie u mentálně postižených v nácviu praktického života a v rukodělných činnostech. Klienti v ústavní péči nebo navštěvující některá denní zařízení mají možnost pracovat v různých typech dílen, jako jsou např. tkalcovské, keramické, oděvní, výtvarné aj. Ergoterapie má v péči o klienty se speciálními potřebami nenahraditelné místo a lze ji využít s přihlédnutím k aktuálnímu stavu i v rámci hospitalizace.

V posledních letech se v péči o mentálně postižené využívá i zooterapie. Nejvíce se uplatňuje hipoterapie a canisterapie, ale vhodný je kontakt s jakýmkoliv společenským zvířetem. Obecně totiž platí, že zvířata mají pozitivně stimulační vliv. Canisterapie je nejčastěji volenou formou zooterapie pro její široké využití u mentálně retardovaných, u dětí s autismem, s emoční deprivací, u smyslově postižených, u apatických, chronicky nemocných dětí, dospělých a seniorů. Pes je jakýmsi prostředníkem mezi postiženým a okolním světem. U mentálně postižených se nejvíce využívá hry, mazlení a hlazení psa.

(3)

4 Specifika komunikace u mentálně retardovaných

Mentální retardace je doprovázena poruchami komunikace. Z nich nejvýznamnější jsou poruchy řeči, které významně omezují sociální interakci. Protože se jedná o průvodní příznak mentální retardace, hovoříme o symptomatických poruchách řeči. Řeč je obvykle na úrovni první signální soustavy, což znamená, že jedincům chybí porozumění delšího sdělení. Obvykle dobře rozumí základním povelům a jsou schopni použít základy verbální či alternativní komunikace. U těžké a hluboké mentální retardace se řeč nevyvíjí vůbec nebo zůstává na úrovni pudových projevů. Pokud selhává verbální komunikace, je vhodné volit některou z metod alternativní a augmentativní komunikace. (11)

4.1 Komunikace s postiženými pacienty

Do nemocnice přichází řada nemocných, které kromě momentálního onemocnění doprovází ještě nějaké postižení, smyslové, tělesné nebo mentální. Všichni tito postižení mají v nemocnici stejná práva jako ostatní nemocní a podle těchto pravidel bychom k nim měli přistupovat. Velmi důležité jsou individuální komunikační schopnosti zdravotníka. Málokdo ze zdravotníků prošel speciálními kurzy zaměřenými na komunikaci. Proto se musí naučit komunikaci s postiženými během své praxe. Podmínkou je přístup k postiženému bez předsudků, předpojatosti a bez pocitů odporu. Samozřejmostí je vyhnout se neverbálním projevům, které mohou poškodit postiženého. Jednání s postiženým pacientem má být s ohledem na jeho potřeby trpělivé a ohleduplné. (19, 37)

Zásady komunikace s mentálně retardovaným pacientem

1. K pacientovi s mentálním deficitem přistupujeme stejně jako ke každému jinému pacientovi. Vyjadřujeme mu stejnou úctu a respekt jako ostatním pacientům.
2. Dodržujeme základy společenského chování a během prvního rozhovoru odhadneme výši mentálních schopností, vyjadřování a porozumění.
3. Mentálně postižený dospělý není dítě a proto s ním tak nejednejme!
4. Vždy hovoříme s pacientem. Pokud potřebujeme doplňující informace, zeptáme se doprovodu na závěr.

5. V komunikaci se přizpůsobíme úrovni schopností pacienta. Nepoužíváme slangu či odborných výrazů. Opakujeme instrukce tak dlouho, dokud je postižený nepochopí.
6. Mluvíme pomalu v krátkých jednoduchých větách.
7. Jsme trpěliví a tolerantní. Mluvíme klidným hlasem. Mentálně postižení jsou více citliví k projevům netaktnosti a hrubosti.
8. Pozorujeme neverbální komunikaci pacienta. Udržujeme oční kontakt.
9. Vždy ověříme porozumění pacienta. (18, 19, 20)

Chyby v přístupu k mentálně postiženému

1. K pacientovi mluvíme jako k dítěti, nebo s ním nemluvíme vůbec a hovoříme pouze k doprovodu.
2. Nesdělujeme žádné podstatné informace, stejně by jim nerozuměl. Chováme se k postiženému jako k dítěti.
3. Jsme netrpěliví a netolerantní.
4. Neakceptujeme zvyky postiženého.
5. Používáme abstraktní pojmy, které vyvolávají u postiženého nejistotu a nepochopení.
6. Neplníme sliby.
7. V týmu nejsme jednotní. (18, 23)

Komunikační pomůcky

V komunikaci s těžce postiženými osobami se kromě hmatatelných předmětů užívá zejména fotografií, kreseb, písmen, jednotlivých slov apod. Jejich využití je nejčastěji formou jednoduchých komunikačních tabulek nebo knih. V některých případech se využívá elektroniky a počítačové techniky, kde se stisknutím tlačítka ozve hlas nebo zvukový signál s požadavkem či myšlenkou klienta. Těchto systémů se užívá zejména u osob s těžším tělesným a mentálním postižením nebo kombinovanými vadami.

4.2 Alternativní a augmentativní komunikace

Augmentativní komunikace je komunikace, která zvyšuje možnosti dorozumění tam, kde osoba má částečné dovednosti řeči, ale jsou velmi omezené. Alternativní

komunikace je úplnou náhradou řečového projevu. Můžeme je rozdělit na systémy statické – systém Bliss, piktogramy a dynamické – znaková řeč, prstová abeceda, gesta a Makaton.

Výhody, které alternativní komunikace přináší, jsou zejména:

1. Zvyšování kognitivních dovedností.
2. Zapojení dítěte do samostatného rozhodování, prezentování sebe sama.
3. Rozšíření možnosti komunikace a snížení pasivity.
4. Zapojení se do konverzace.

Nevýhody alternativní komunikace:

1. Jsou méně společensky využitelné a vzbuzují pozornost okolí.
2. Nutnost osvojení alternativní komunikace všemi v okolí dítěte.
3. Dlouhá doba než se dítě začne vyjadřovat pomocí systému alternativní komunikace.

Komunikační systém Makaton

Komunikační systém Makaton se začal vyvíjet v 70. letech minulého století ve Velké Británii. Jedná se o znakovací systém. Užívá znaky, které jsou doplněné mluvenou řečí a symboly. Znaky Makatonu můžeme najít ve slovníku Makaton a jsou v každé zemi standardizovány. Slovník obsahuje cca 350 slov a je uspořádán do osmi etap (viz příloha 3). Ty předpokládají postupné osvojování a zdokonalování. Jeho užití je zejména u:

1. Neslyšících s mentálním postižením.
2. Slyšících, ale nekomunikujících mentálně postižených.
3. Klientů s tělesným postižením.
4. Klientů s artismem.
5. Klientů s dalšími problémy s vyjadřováním či porozuměním řeči. (12)

Komunikační systém Bliss

Systém Bliss používá k dorozumívání místo slov jednoduché obrázky. Byl vyvinut původně pro tělesně postižené, ale jeho uplatnění se rozšířilo i na osoby mentálně postižené a postižené s řečovými vadami. Charles K. Bliss, který systém vyvinul, se inspiroval čínským obrázkovým písmem. Zájem o tento systém vyjádřila až v 80. letech minulého století skupina odborníků z Toronta pro své nemluvící, tělesně postižené klienty.

V současnosti má systém Bliss stejně nezastupitelné místo jako znaková řeč pro neslyšící nebo Braillovo písmo pro nevidomé. (11, 12)

Symbole systému Bliss jsou znaky složené z jednotlivých prvků. Slovník systému Bliss dosahoval již v roce 1992 2300 symbolů. Mnoho z nich je podobných piktogramům. Komunikace většinou probíhá ukazováním jednotlivých symbolů v individuálně sestavené tabulce. Systém Bliss může také napomoci dítěti naučit se psané řeči (viz příloha 4). (11, 12, 13)

Piktogramy

V oblasti běžných zdravotnických zařízení je nejvíce využitelný systém komunikace pomocí komunikačních symbolů – piktogramů. Používají se v různých formách na celém světě a to zejména pro jejich jednoduchost. Jsou srozumitelné bez ohledu na kulturu, jazyk či národnost. Pomocí piktogramů se běžně předávají různá varování, příkazy a instrukce. Každý piktogram znázorňuje jeden věcný význam. Na rozdíl od systému Bliss jsou piktogramy srozumitelnější a více zapamatovatelné. V České republice se užívá asi 700 černobílých piktogramů. Piktogramy lze také upravovat pomocí různých počítačových programů, např. program Altík nebo Picture Communication Symbols (PCS).

Při zavádění piktogramů je nutné postupovat pomalu a trpělivě. Nové obrázky zadávat až po upevnění předchozích. Není důležité množství, ale praktické používání naučených piktogramů. Piktogram lze doplnit znakem a vždy mluveným slovem. Doporučuje se i barevné odlišení jednotlivých kategorií piktogramů pro lepší názornost a usnadnění výuky. Důležité je také správné řazení piktogramů podle oblastí zájmu. Vždy se musí volit takové piktogramy, které jsou pro uživatele silně motivující. První kapitoly by se měly týkat rodiny, přátel, domova a školy. V závěru to může být oblast přírody aj. Použití piktogramů je vhodné u mentálně postižených, klientů s autismem i u dětí s více vadami. Piktogramů lze využít i pro výuku sociálního čtení nebo čtení pomocí globální metody. Důvody, proč se někdy tabulky neuvžívají, jsou zejména jejich špatné sestavení, neporozumění obrázkům a v neposlední řadě neschopností klienta manipulovat s knihou či obracet stránky. Používání piktogramů je poměrně jednoduché a názorné. Myslím si proto, že jeho používání v nemocnicích má své opodstatnění (viz příloha 1). (11, 12, 13, 15)

Znak do řeči

Znak do řeči je kompenzační metodou pro jedince s poruchou expresivní složky řeči. Metoda je založena na řeči našeho těla, přirozených znacích a mimice. Nejedná se tedy o náhradu mluvené řeči. Rozvíjí pouze komunikační schopnosti postiženého, proto vždy připojujeme mluvené slovo. Je důležité si uvědomit, že „Znak do řeči“ není znakovou řečí. Je vhodný zejména pro osoby s dětskou mozkovou obrnou. Jednotlivá gesta jsou velmi jednoduchá. Při komunikaci gesta současně doprovází řeč. Často je mluvená věta doprovázena pouze jedním nejdůležitějším znakem.

Abychom mohli začít komunikovat, musíme mít vizuální kontakt, na který zdraví lidé často zapomínají. Dospělý podporuje a povzbuzuje dítě mimikou a reaguje na každé použití gesta dítětem. Vždy musíme na dítě současně mluvit. Tak snáze pochopí rytmus řeči apod. Prvním stupněm výuky je ukazování. Znak je doprovázen i pohledem na ukazovaný předmět. Zpočátku můžeme používat i všeobecně zažitá posunky, kterým všichni v okolí rozumí a děti se je obvykle velice rychle naučí. Prstová abeceda může doplnit „Znak do řeči“. Je vhodná zejména pro vlastní jména. Gesta se zařazují do běžných aktivit celého dne a respektují individuální schopnosti a potřeby dítěte. Je vždy nutné podpořit jakoukoliv snahu o napodobování a povzbuzovat k používání. „Znak do řeči“ může napomoci přechodu do mluvené řeči (viz příloha 2). (11, 13, 16)

4.3 Bazální stimulace a komunikace hluboce postižených klientů

U těžce mentálně postižených osob, kde vývoj řeči zůstává na preverbální úrovni, musíme hledat jiné způsoby komunikace. Jedním z těchto způsobů může být využití konceptu „Bazální stimulace“, při které je komunikace omezena na tzv. bazální formy dialogu – vcítění se. Metoda „Bazální stimulace“ je zatím vnímána pouze jako podpůrná, vyžadující velkou blízkost k těžce postiženým.(13)

5 Práva lidí s mentálním postižením

Mentálně postižení mají stejná práva jako každý jiný člověk na naší planetě. Je to především právo na důstojný život s možností uspokojování potřeb. Ve světě i u nás existuje řada dokumentů, které se věnují právní problematice postižených. V této práci však zdůrazním pouze některá, která se konkrétně věnují péči o mentálně postižené.

5.1 Deklarace práv mentálně postižených osob

Po skončení 2. světové války byla přijata Všeobecná deklarace lidských práv, jež byla v roce 1959 následována Deklarací práv dítěte. Obě tyto deklarace vydala Rada OSN. V roce 1961 byla na podkladě Evropské ligy společností mentálně handicapovaných přijata Evropská sociální charta, která poprvé zmiňovala lidská práva postižených. Tato charta však byla široce kritizována, proto v roce 1971 OSN přijalo Deklaraci práv mentálně postižených osob. Od roku 1991 vstoupila u nás v platnost i Úmluva o právech dítěte, která se vztahuje také na děti a mládež s mentální retardací.

Deklarace práv mentálně postižených osob zdůrazňuje, že mentálně postižený má stejná práva jako kterýkoliv jiný občan. Má právo na výchovu a vzdělání s ohledem na jeho schopnosti, má právo žít se svou rodinou a věnovat se užitečným činnostem. Pokud musí bydlet v sociálním zařízení, musí být upraveno pro běžný život. Má právo na zdravotní péči a ekonomickou podporu. V případě zbavení právní způsobilosti má mentálně postižený právo na kvalifikovaného opatrovníka, jež ho bude zastupovat. Tento opatrovník musí být kontrolován, aby se předešlo zneužití. Postižený má právo na ochranu před zneužíváním, týráním a nevhodným zacházením. (5, 26) Deklaraci práv mentálně postižených osob uvádím v plném znění v příloze 7.

5.2 Práva pacientů

První kodex Práv pacientů vznikl pravděpodobně v roce 1971 v USA. O rok později přijala vlastní práva nemocných Asociace amerických nemocnic. Obecně lze říci, že v současné době existuje celá řada kodexů o právech pacientů, které jsou modifikovány na různé skupiny nemocných. Kodexy práv pacientů se v průběhu času mění podle situace na straně pacientů, ošetřujícího personálu a také podle potřeb a možností naší společnosti. Práva pacientů nejsou dogmatem, přesto některá z nich mají zastoupení i v zákonné

podobě. V České republice byla první listina práv pacientů vypracována Helenou Haškovcovou na popud pražského internisty Jaroslava Štětky v roce 1990. Návrh práv pacientů byl doplněn důvodovou zprávou, která vysvětluje, proč souhlasit se zavedením práv pacientů. Definitivní verzi kodexu Práva pacientů vyhlásila Centrální etická komise MZ ČR 25.2.1992.

Ve své bakalářské práci se nebudu věnovat každému právu zvlášť, pouze zdůrazním taková, která jsou důležitá v péči o mentálně postižené. Práva pacientů a chartu práv hospitalizovaných dětí uvádím v plném znění v příloze 5 a 6.

Právo č. 1 „Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.“ S ohledem na lidská práva a práva mentálně postižených má mentálně retardovaný pacient právo na stejnou péči jako každý nemocný. U mentálně postižených je nutná vyšší míra ohleduplnosti, tolerance a trpělivosti.

Právo č. 2 „Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli...“ S ohledem na mentální schopnosti postiženého je již při příchodu do nemocnice vhodné zjistit, jak mentálně postiženého oslovovat. Diskuse o vykání a oslovování příjmením jsou bezpředmětné, pokud je postižený celý svůj život oslovován křestním jménem a je mu tykáno. Ošetřovatelský personál by se měl postiženému představit vždy. Vytváří se tak důvěrný vztah a postiženému pomáhá navodit pocit bezpečí. Kontinuální návštěvy by měly být u postiženého samozřejmostí, obzvláště proto, že opatrovník nebo rodič může ošetřovatelskému personálu výrazně pomoci v péči o postiženého.

Právo č. 5 „V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud....“ Mentálně postižení jsou velice citliví na jakýkoliv zásah do jejich soukromí. Zejména pokud jsou postiženi více vadami, je pro ně jakýkoliv ošetřovatelský výkon velice náročný. Je to také proto, že své pocity nedokáží plně vyjádřit. V takové situaci je zde ošetřovatelský personál, který má hájit potřeby a pocity postiženého a pomoci mu zvládnout náročnou situaci.

Právo č. 11 „Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád)....“ Je třeba si uvědomit, že mentálně retardovaný pacient, obzvláště středně a těžce mentálně postižený, neumí číst. Obvykle ani nerozumí pojmu nemocniční řád. Je nutné vysvětlit přiměřeně jeho schopnostem režim na oddělení, co smí a nesmí. Tato situace je ulehčena u klientů ústavů sociální péče, které fungují také na základě určitého řádu. Problematické to může být u mentálně postižených pacientů, kteří přichází z domova. Pak je vhodné požádat o pomoc opatrovníka nebo opakovaně vysvětlovat a zdůrazňovat určitá pravidla. (5, 26, 27)

V ošetrovatelské praxi by mělo být samozřejmostí, že ošetrovatelský personál bude nejen znát, ale i respektovat základní lidská práva, práva postižených a v neposlední řadě práva pacientů. Bohužel v praxi bývá situace jiná.

5.3 Etické zásady v pomáhajících profesích

Poradce, psycholog, lékař i sestra si musí vždy uvědomit, že přes veškerou snahu jsou jejich možnosti v péči o postižené omezené. Dlouhodobá preference zájmů druhé osoby před vlastními může vést až k vyčerpání a syndromu vyhoření. Sebereflexe pomáhajícího je důležitá pro objektivní péči o postiženého. Pokud poradce vnímá emocionální zainteresovanost, měl by se klienta ujmout jiný pracovník. Člověk pomáhající postiženým osobám musí jednat vždy v zájmu klienta a potlačit své osobní ambice natolik, aby nedocházelo k jeho poškození. Každý odborník by měl respektovat názory kolegů, nicméně by neměl přecházet bez povšimnutí chyby. Mlčenlivost je základním atributem, který je uveden v zákoně a v neposlední řadě i v Právech pacientů.(25)

5.4 Lidská práva mentálně postižených z pohledu lehce mentálně postiženého

Jak jsem již uvedla, mentálně postižení mají stejná lidská práva jako ostatní. Nezáleží na tom, zda je o ně pečováno v rodině či nějakém zařízení ústavní péče. Mentálně postižený má právo svobodně chodit ven a do všech kulturních zařízení. Je-li pro něj nebezpečné jít sám, měl by ho doprovázet jeho opatrovník. Pokud je to možné, postižený si může sám vybrat, kde a s kým chce žít. Má právo na své soukromí, zamknout si pokoj, když odchází, a přijímat návštěvy, pokud si je přeje. Může se najíst a napít kdykoliv má hlad nebo žízeň a je to možné s ohledem např. na ústavní stravování. Nemusí jíst, co mu nechutná, a pokud má dostatečné schopnosti, může si dojít nakoupit a připravit

si jídlo sám. Postižený si může určit, co bude nosit za oblečení a jaký bude mít účes. Mentálně postižený má právo se ve volném čase věnovat svým zálibám. Pokud nemůže sám, měli bychom mu pomoci s trávením volného času podle jeho přání.

Jako velmi důležité pokládám právo na důstojné oslovování. Mentálně postižený si může sám zvolit, jak ho máme oslovovat a zda mu máme tykat či vykat. Postižený má také právo na sociální kontakty, ať už s rodinou či přáteli. Má právo žít s partnerem a vést sexuální život s ohledem na situaci a možnosti postiženého. Mentálně postižení s nižším stupněm postižení mohou uzavírat manželství a mít vlastní děti. Zde je však na zvážení opatrovníků a rodiny, zda, byť lehce postižený, ale stále s mentálním deficitem, je schopný pečovat o dítě.

Mentálně postižený má právo si vybrat lékaře a zařízení, kde se bude léčit. Pokud se k němu chová někdo nevhodně, má právo lékaře nebo zařízení změnit. Když postižený pracuje, měl by mít platnou pracovní smlouvu a dostávat mzdu. Většinou je nutné s formalitami postiženému pomoci, abychom zabránili jeho zneužívání. Mentálně postižený má právo kouřit a pít alkohol, pokud dosáhl plnoletosti a jeho rozumové schopnosti jsou takové úrovně, aby pochopil škodlivost těchto návyků. V případě zbavení způsobilosti k právním úkonům může mentálně postižený člověk po dosažení plnoletosti zažádat soud o její vrácení. Pokud k němu nedojde, má postižený soudem stanoveného opatrovníka, který za něj vyřizuje právní úkony a hospodaří s jeho penězi. Vždy by však měl jednat v zájmu a dle přání postiženého.

Každý člověk má svá práva a je nutné, aby si postižený uvědomil, že k právům patří také povinnosti a že nese za své činy zodpovědnost. Pokud není mentálně retardovaný člověk schopen sám se rozhodnout v určité záležitosti, nebo pokud se rozhodne špatně, máme zde být my, abychom mu pomohli. Pro mentálně postižené je zde pak možnost využít instituce veřejného obhájce práv. Mentálně postižení obvykle potřebují naši velkou pomoc v cestě životem, ale i mentálně postižený člověk může a chce pomoci nám, zdravým lidem. (30)

5.5 Hnutí sebeobhájců

Sebeobhajování je způsob, který vede k aktivizaci mentálně postiženého v oblasti sebeprosazení ve společnosti. Je vlastně procesem, který učí postiženého mluvit sám za sebe a za ostatní postižené. Sebeobhajování můžeme rozdělit na individuální,

kdy postižený vyjadřuje své názory a přání, nebo kolektivní, kdy skupiny lidí s mentálním postižením hájí své zájmy společně. Sebeobhajování není jen vyjadřování pocitů, ale vede k uskutečňování změn.

První skupina sebeobhájců v České republice vznikla v roce 1998 pod záštitou Sdružení pro pomoc mentálně postiženým. Hnutí sebeobhájců má za cíl vyjadřovat myšlenky, pocity a zájmy postižených, které mají vést k porozumění v otázkách finančních, sociálních, politických aj. a vést ke změnám, které pomohou v životě postižených. (17)

6 Hospitalizace mentálně postiženého dítěte a dospělého

Obecně lze říci, že mentálně postižení trpí stejnými nemocemi jako zdraví lidé. Onemocnění však mají obvykle těžší průběh z důvodu dalších tělesných vad a jiných nemocí, jako jsou např. srdeční vady nebo epilepsie. Důvody k hospitalizaci můžeme rozdělit na: diagnostické, týkající se v první fázi zejména dětských pacientů, kdy je potřeba zmapovat rozsah postižení dítěte, a terapeutické, ve chvíli, kdy domácí péče o nemocného postiženého již není možná. (31)

6.1 Nejčastější onemocnění mentálně postižených

1. **Zánětlivá onemocnění respiračního systému** – záněty horních a dolních dýchacích cest, záněty plic, záněty vedlejších dutin a středouší.
2. **Průjmová onemocnění** – zejména u postižených, kde je problém s udržováním důsledné hygieny.
3. **Kožní onemocnění** – pokožka u postižených je velmi náchylná k různým onemocněním a defektům.
4. **Onemocnění trávicího systému a onemocnění zubů.** Častým projevem onemocnění trávicího systému bývá zácpa. Důvodem je především nevhodná strava. Větší citlivost ke stresu a zátěži může vést k vředovým onemocněním žaludku a dvanáctníku.
5. **Obezita** je velkým problémem z důvodu omezené pohyblivosti postižených a také v souvislosti s nadměrnou konzumací jídla, která přináší pozitivní prožitky.
6. **Úrazy a jiné náhlé příhody.** Nebezpečí úrazů je především u neklidných postižených. Je vhodné cíleně upravit okolní prostředí postiženého místo znehybňování, které postiženému více uškodí než pomůže. Před vznikem úrazu je možné postiženého chránit nejen pasivně, ale i aktivně edukovat o možném nebezpečí. K tomu samozřejmě patří i zvýšený dohled ošetřujícího personálu nad mentálně postiženým nemocným. (31)

6.2 Specifika hospitalizace mentálně postiženého dítěte

Mentálně retardované dítě ve svém vývoji velmi zaostává za svými vrstevníky. Zatímco zdravé tříleté dítě chodí, mluví a umí základy sebeobsluhy, mentálně postižené

dítě stejného věku může teprve začínat s prvními krůčky a sebeobsluhu nemusí zvládat vůbec. Také jeho slovní zásoba nemusí být žádná nebo jen minimální. Při hospitalizaci tedy vyžaduje individuálně zaměřenou ošetrovatelskou péči. Pokud na ni personál oddělení není připraven, může péče o postižené dítě velmi zatížit provoz oddělení.

Postižené dítě obvykle nerozumí povelům, léčebné výkony nechápe. Může docházet i k panickým záchvatům dítěte. Na druhou stranu postižené děti obvykle lépe snášejí bolest. Ve většině případů vyžadují více pozornosti a vytvoření vztahu se zdravotníkem. Ten má především zabránit ústrkům a výsměchu ostatních jinak zdravých dětí. U mentálně postižených dětí se klade důraz na výchovu k sebeobsluze. V tom by měl ošetrovatelský personál pokračovat i během hospitalizace. (32)

6.3 Hlavní principy ošetrovatelské péče

1. Partnerství a spolupodílení se na péči – tzn. zapojit okolí do péče o postiženého, budovat povědomí o možnostech a aktivitách pro mentálně postižené.
2. Začleňování mentálně retardovaných do kolektivu, systému vzdělávání a společnosti.
3. Individuální přístup ke každému mentálně retardovanému při uspokojování jeho potřeb.
4. Týmová a mezioborová spolupráce.
5. Decentralizace péče. (28)

6.4 Úkoly všeobecné sestry při hospitalizaci mentálně postiženého nemocného

Při přijetí mentálně retardovaného nemocného je hlavním úkolem ošetřujícího personálu získat si důvěru nemocného a vybudování kladného vztahu k postiženému. Základem je podrobná analýza a hodnocení potřeb nemocného, způsob komunikace, a především úroveň soběstačnosti. Podle té pak ošetrovatelský personál volí míru asistence postiženému. Všeobecná sestra musí v péči o mentálně retardovaného nemocného zachovávat všechna etická pravidla. Většina mentálně postižených potřebuje ve svém životě určitý řád. Pro klienty ústavů sociální péče není problém podřídit se nemocničnímu řádu, neboť ten ústavní bývá podobný. Bohužel postižení nemocní vyrůstající a žijící v rodině se obvykle velmi špatně přizpůsobují. Proto se musíme snažit jim nemocniční řád a systém přizpůsobit tak, aby se co nejvíce blížil jejich domácímu. Pokud postiženému

vysvětlujeme důležitost určitého režimu, musíme to dělat opakovaně a přiměřeně schopnostem chápání postiženého. (28)

7 Potřeby mentálně postižených v ošetrovatelském procesu

Moderní ošetrovatelství je založeno na systematickém hodnocení a plánování ošetrovatelské péče na základě uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb nemocného, které je realizováno prostřednictvím ošetrovatelského procesu.

Potřebu člověk cítí, má-li něčeho nedostatek, něco mu chybí. Potřeba pobízí ke hledání naplnění. Jednání člověka pak vede k jejímu uspokojení. Každý uspokojujeme své potřeby jinak a v průběhu života se naše potřeby mění. Potřeby můžeme uspokojovat dvěma způsoby: žádoucím a nežádoucím, který poškozuje jiné nebo překračuje meze zákona.

7.1 Pyramida potřeb dle Abrahama H. Maslowa

Americký psycholog Abraham H. Maslow vytvořil hierarchii potřeb, které uspořádal podle naléhavosti plnění. Pokud není uspokojena níže postavená potřeba, člověk nemůže začít uspokojovat potřeby vyšší. Vyšší potřeby se u člověka objevují až později s jeho vývojem. Tento jev je Maslowem popisován jako „Pyramida potřeb“, kdy se např. s potřebou seberealizace poprvé setkáváme až u adolescentů. Pokud jsou základní potřeby trvale nenaplněny, dochází k frustraci potřeb a deprivaci psychiky člověka. (Příloha č. 8)

Fyziologické potřeby

Fyziologické potřeby jsou nejzákladnějšími potřebami sloužícími k přežití a mají nejvyšší prioritu. Patří sem především: potřeba dýchání, potřeba tekutin, potřeba spánku, potřeba příjmu potravy, potřeba vylučování, potřeba sexuální a potřeba tělesné aktivity.

Potřeby bezpečí a jistoty

Potřeba jistoty a bezpečí je dominantní u dětí a především je jedna z nejdůležitějších pro mentálně retardované osoby. Téměř každý hospitalizovaný nemocný trpí ztrátou životní jistoty. Do potřeb bezpečí a jistoty patří zejména: fyzická ochrana a bezpečí, jistota rodiny, zdraví a jistota zaměstnání a ekonomické stability.

Potřeba lásky, přijetí a sounáležitosti

Po naplnění prvních dvou stupňů pyramidy člověk usiluje o sociální potřeby, které jsou charakterizovány především citovými vztahy: potřeba přátelství, partnerského vztahu a rodiny. Potřeba milovat a být milován. Ztrátou této potřeby trpí zejména senioři a hospitalizovaní pacienti.

Potřeba uznání, ocenění a sebeúcty

Tato potřeba respektu a uznání vede k budování sebedůvěry a zvyšuje sebehodnocení. Člověk po dosažení tohoto stupně je samostatně myslící, zajímaví se o problémy svého okolí. O životě smýšlí realisticky. Váží si svého života, práce a rodiny.

Potřeba seberealizace

Potřeba seberealizace je potřebou člověka být tím, čím být chce, a dosáhnout v tom, co dělá, uspokojení. Člověk v jejich realizaci uplatňuje vlastní potenciál.

Maslow tvrdí, že lidé s uspokojenými základními potřebami jsou šťastní a zdraví. Vyšší potřeby jsou pak pozdějším stádiem fylogenetického a ontogenického vývoje. V případě, že nejsou nižší potřeby dokonale naplňovány, vyšší potřeby jsou méně naléhavé a odsouvají se na pozdější dobu. Uspokojení vyšších potřeb pak vede k většímu pocitu štěstí, k seberealizaci, individualitě a svobodě.

Existuje mnoho faktorů, které brání uspokojování potřeb. Jsou to především nemoc, osobnost člověka, interpersonální vztahy, vývojový stupeň a okolnosti, za kterých nemoc vzniká. Můžeme tedy obecně říci, že u nemocných dochází v různé míře k nedostatečnému naplňování potřeb.

Znalosti potřeb člověka v práci všeobecné sestry vedou k poznání a pochopení sebe sama a potřeb druhých lidí. Tyto znalosti pak může sestra využít v ošetrovatelském procesu. (29)

7.2 Potřeby mentálně postižených

Fyziologické potřeby

Fyziologické potřeby mají mentálně retardovaní stejné jako zdraví lidé. Obvykle se je i daří úspěšně naplňovat. Vyjimku tvoří sexuální potřeby, u jejichž naplňování bych se ráda v krátkosti zastavila.

Každý člověk, i mentálně postižený, má sexuální potřeby. Cílem pečovateli u mentálně postižených je pomoci prožít sexuální vztah takový, jaký si přeje, zároveň však s odpovědností za zdraví a možné početí. Důvody, které výrazně omezují sexuální život mentálně retardovaných, jsou: zdravotní stav, psychické a sociální změny.

U lehce mentálně postižených obvykle není problém s navázáním sexuálního a partnerského vztahu. Problémem by mohlo být početí dítěte a neschopnost se o něj řádně starat. U středně těžce postižených může sexuální vývoj zůstat v rané fázi a jeho uspokojování zůstává na úrovni sebeuspokojování. Zde je potřeba pouze vhodně usměrňovat. U těžce a hluboce postižených pak obvykle zcela chybí pochopení sexuálního pudu.

V souvislosti s mentálně retardovanými se často hovoří o sexuálním zneužívání. Mentálně postižený člověk je totiž snadná oběť zneužívání pro svoji sugestibilitu, důvěřivost a malou zkušenost. Někdy se také postižený může bát mluvit o zneužívání z důvodu nepochopení a studu. Pracovník, který se věnuje sexuálnímu životu klientů s mentálním postižením, by tedy měl projít speciálním školením tak, aby mohl vhodně pomoci i v těchto otázkách. (35)

Potřeba bezpečí a jistoty

Postižení jsou v potřebě bezpečí a jistoty často deprivováni. Důvodem může být např. neuspokojivá akceptace postiženého okolím. Zdraví lidé totiž mohou mít tendence vyhýbat se mentálně retardovaným jako osobám nebezpečným a nežádoucím.

Potřeba lásky přijetí a sounáležitosti

Potřeba lásky bývá u postižených poznamenána vztahem závislosti postiženého na okolí, která může být i uměle udržovaná. Tato situace je typická u osamocené matky, která se stará o své jediné, postižené dítě.

Potřeba úcty a sebeúcty

Postižený člověk je většinu času v roli pasivního příjemce. Proto se potřeba úcty a sebeúcty proměňuje na vlastnosti jako je trpělivost a sebeovládání. Většina nových směrů v péči o postižené se snaží o aktivizaci postižených a jejich aktivní spolupodílení se na jejich životě.

Potřeba seberealizace

Potřeba seberealizace je u postižených omezená jejich schopnostmi. Jejich představy a cíle mnohdy bývají nereálné a zůstávají na úrovni přání. Pak je na opatrovnících, aby pomohli postiženým volit dosažitelné cíle, které povedou, alespoň částečně, k seberealizaci a následně k sebeuspokojení a nárůstu sebevědomí. (6)

Postižení, ať je jakéhokoliv druhu, zasahuje do uspokojování potřeb. Je to dáno tím, že některé aktivity mohou být pro postiženého člověka absolutně nedostupné. Někdy i cíle, které si postižený klade, jsou nereálné, což v konečném důsledku vede k frustraci a sebepodhodnocování. Obecně lze říci, že je u postižených daleko vyšší riziko neuspokojení potřeb. Postižení nemají dostatek schopností, aby si své potřeby zcela uspokojili sami. Proto by zde měl být vždy připraven ošetřující personál, který se na jedné straně postará o plnění potřeb a na straně druhé pomůže s nácvikem soběstačnosti.

Základní potřeby se ve většině případů daří uspokojit v rodině či v zařízeních následné péče. Často bývá neuspokojena potřeba láskyplného vztahu a bezpečí v důsledku ambivalentního vztahu ošetřujícího personálu k postiženému. Oblastí, která velmi často bývá opomíjena, je oblast sexuálních potřeb a partnerství. Především u těžších forem postižení je tato potřeba zcela nenaplněna. Potřeba životních perspektiv, cílů a seberealizace často závisí na ochotě a snaze opatrovníků vést postiženého k dosažení reálných cílů, neboť mentálně postižení velmi citlivě reagují na jakýkoliv neúspěch a selhání. (6)

8 Ošetrovatelský proces v péči o mentálně postiženého nemocného

Ošetrovatelský proces je moderní metodou v péči o nemocné. Jeho použití je vhodné i v péči o mentálně postiženého pacienta.

8.1 Denní aktivity

Aktivity denního života jsou pro většinu zdravých lidí běžné denní úkony. Patří sem hygiena, oblékání, výživa a vyprazdňování. Jsou to potřeby, které v Maslowově hierarchii patří mezi základní biologické potřeby a tvoří základnu Pyramidy potřeb. Zdravý člověk si tyto potřeby dokáže uspokojovat sám. V ošetrovatelství pro to máme názvy soběstačnost a sebepéče, které sestry u každého hospitalizovaného nemocného hodnotí. Sebepéče je schopnost samostatně vykonávat denní aktivity. Soběstačnost je míra samostatnosti při vykonávání denních aktivit. Mentálně postižený má obvykle menší či větší deficit v sebepéči a soběstačnosti, který musí sestra zhodnotit již při příjmu nemocného tak, aby mohla naplánovat optimální péči.

Pro zhodnocení úrovně soběstačnosti a sebepéče je vhodný ošetrovatelský model Marjory Gordonové, který určuje stupně funkční úrovně sebepéče.

0 je nemocný, který je zcela soběstačný a nezávislý na ošetrovatelské péči.

1 je nemocný, který vyžaduje minimální pomoc, zvládající 75 % všech činností.

2 je nemocný, který potřebuje menší pomoc, event. radu, dohled a kontrolu, který zvládne 50 % všech aktivit.

3 je nemocný potřebující velkou pomoc, bez které se neobejde, a zvládne jen 25 % činností.

4 je nemocný zcela odkázaný na naši pomoc.

5 je nemocný s absolutním deficitem, s žádnou aktivní pomocí, zcela odkázaný na poskytnutou ošetrovatelskou péči.

Hodnotíme celkovou pohyblivost, schopnost najíst se, umýt, vykoupat se, obléci se, dojít na toaletu, pohybovat se na lůžku, udržovat domácnost, nakoupit si a uvařit.

Mezi další testy pro hodnocení úrovně soběstačnosti a sebeděče nemocného můžeme zařadit Test ošetřovatelské zátěže dle Svanborga modifikovaný Staňkovou, nebo Barthelův test základních všedních činností ADL. Pro názorný příklad vkládám Barthelův test do přílohy č. 9.

Mentálně retardovaní pacienti projevují deficit soběstačnosti a sebeděče dle úrovně jejich postižení a zachovaných schopností. Ty se mohou pohybovat od úplné samostatnosti až k absolutní neschopnosti v péči o sebe sama. To bývá především u těžce a hluboce mentálně postižených jedinců. U nich musí sestra svou péčí nahradit všechny úkony denních aktivit postiženého.

8.2 Ošetřovatelský proces v péči o jednotlivé potřeby nemocného

Ošetřovatelský proces při péči o pohybovou aktivitu

Mentální retardace je často doprovázena poruchou tělesné aktivity. Je tomu tak např. u dětské mozkové obrny nebo u kombinovaných vad. Hluboce mentálně postižení někdy bývají zcela imobilní, což určuje absolutní závislost postiženého na péči okolí. Pro ošetřovatelskou péči to znamená především riziko a následně vznik imobilizačního syndromu.

Imobilizační syndrom je fyziologickou odpovědí organismu na imobilitu. Na nehybnost reagují všechny orgánové systémy, např. pohybový, kardiovaskulární, respirační, kožní, vyprazdňovací systém a metabolismus. Zároveň se imobilizační syndrom odráží v psychice nemocného.

Sestra při příjmu postiženého nemocného musí vždy posoudit hybnost pacienta a její poruchy. K tomu slouží především ošetřovatelská anamnéza a fyzikální vyšetření sestrou. Podle aktuálního stavu hybnosti může posoudit i míru schopnosti sebeděče a soběstačnosti a vhodně naplánovat ošetřovatelskou péči.

Ošetřovatelský proces v péči o hygienu

Potřeba čistoty, hygieny a oblékání je základní potřebou. Mentálně postižení se v rámci svého vzdělávání a výchovy učí co největší samostatnosti v těchto činnostech. Bohužel však někteří z nich jsou natolik vážně postižení, že se péči o vlastní tělo nenaučí nikdy. Ošetřovatelský personál musí svou pomoc aktivně nabízet, postiženému pomoci podle jeho potřeb a zároveň ho i nadále vést k samostatnosti a vždy ho do péče zapojit.

Ošetrovatelský proces v péči o spánek

Potřeba spánku je u každého individuální, ale potřebu spánku máme všichni. Stejně tak je tomu i u mentálně postižených. Někteří jsou zvyklí spát dlouho a rádi, jiní nespí téměř vůbec. Již při jejich příchodu do zařízení je tedy nutné zjistit, jak postižený spí, jaké má zvyky před spaním, co mu pomáhá usnout, jestli užívá nějaké léky na spaní a další. Spánek bývá při hospitalizaci narušen téměř u každého nemocného. Mentálně postižení mají zároveň poruchu adaptace, a tak spánek pro ně může být v cizím prostředí velmi obtížný. Poruchy spánku u nich mohou rychle vést k problémovému chování. Proto je třeba pečovat o spánek u postižených dvojnásobně.

Ošetrovatelský proces v péči o výživu

Výživa je základní podmínkou k životu, patří tedy mezi základní fyziologické potřeby. U mentálně postižených příjem potravy zaujímá v žebříčku potřeb vysokou pozici. Jídlo je spojené s režimem a zároveň může znamenat i odměnu. Výjimku tvoří zvláště těžce postižení, kteří mohou k výživě potřebovat alternativní vstup z důvodu poruchy polykání, která jim znemožňuje přijímat potravu per os. Obvykle mívají zavedenu perkutánní endoskopickou gastrostomii nebo jejunostomii, kterou jsou vyživováni. To pro ošetrovatelský personál znamená nejen podávání tekuté stravy, ale i péči o tyto alternativní vstupy pro příjem potravy.

V hodnocení stavu výživy můžeme využít metody ABCD:

- A - sběr antropometrických hodnot
- B - hodnocení biochemických parametrů
- C - klinický stav výživy
- D - výživová anamnéza

Sestra zjišťuje, jak se nemocný stravuje, co má rád, na jaké potraviny je alergický, zda užívá v souvislosti s jídlem nějaké léky. Hodnotí i chuť k jídlu, soběstačnost a celkový stav výživy. V některých zařízeních se užívá k hodnocení celkového stavu výživy dotazník.

Ošetrovatelský proces v péči o vyprazdňování

Vyprazdňování je další základní fyziologickou potřebou. U mentálně postižených tomu není jinak. Záleží na hloubce postižení, která určuje míru samostatnosti v těchto

aktivitách. Vyjímkou nejsou ani částečně nebo zcela inkontinentní mentálně retardovaní jedinci.

Při vstupním vyšetření sestrou se musíme zaměřit na samostatnost postiženého v péči o vyprazdňování, ale i na problémy s touto oblastí spojené, jako např. zácpa, průjem apod. Je vhodné zjistit zda a jakým způsobem, či jak často nemocný používá některé z pomůcek pro inkontinenci.

Ošetrovatelský proces v péči o dýchání

Dýchání je nutné pro život, a proto potřeba dýchání je společná nám všem a samozřejmě patří mezi základní životní potřeby. U mentálně postižených se poruchy dýchání objevují při těžkých mozkových postiženích. Můžeme se setkat i s tím, že má postižený zajištěné dýchací cesty tracheostomickou kanylou. Tehdy vyžaduje postižený zvýšenou péči o dýchací cesty, dechovou rehabilitaci a odsávání dle platných standardů. Obvykle však u mentálně postižených problémy s dýcháním nenacházíme, pokud nejsou projevem nějaké náhlé nemoci. Přesto by však sestra měla při přijetí postiženého nemocného zhodnotit i tuto základní fyziologickou funkci.

Ošetrovatelský proces v péči o nemocného s bolestí

Bolest je jedním ze základních subjektivních příznaků nemoci či jiného poškození tkání těla. Hospitalizovaní pacienti často trpí nějakým typem bolesti. Nejinak je tomu i u mentálně postižených. Protože je tento příznak subjektivního rázu a mentálně retardovaní mívají poruchy komunikace, musíme věnovat zvýšenou pozornost neverbálním projevům bolesti a účinně je řešit. Bolest má vždy velký vliv na psychický stav nemocného a u mentálně postiženého to platí dvojnásob. Nemají totiž obvykle žádný vzorec chování a jednání pro bolest, která může být pro ně nepochopitelná. Zdravý člověk si vezme tabletku nebo si dojde k lékaři. Mentálně postižený s těžším stupněm si však sám pomoci nedokáže. Proto je tak důležité věnovat možnosti bolestivých příznaků zvýšenou pozornost.

Pro hodnocení bolesti u mentálně postižených je vhodné použít některou z vizuálních analogových škál, zejm. s obličejovou mimikou, které jsou pro postižené jednodušší. U lehce mentálně postižených můžeme ještě použít hodnocení bolesti dle míry zásahu do běžných denních aktivit. Bolest je vždy nepříjemný prožitek

a je na ošetrovatelském personálu, aby jej uměl odhalit, zhodnotit a efektivně, ve spolupráci s lékařem, řešit.

Ošetrovatelský proces v péči o bezpečí a jistotu

O potřebě jistoty a bezpečí u mentálně postižených jsem se již zmiňovala několikrát. Potřeba bezpečí a jistoty je totiž pro mentálně postižené extrémně důležitá. Je to potřeba ochrany, důvěry a klidu. Téměř každý nemocný přicházející k hospitalizaci trpí ztrátou pocitu jistoty a bezpečí. U mentálně postižených, zvyklých na určité prostředí a určitý režim, to platí také. Proto je tak důležité navázat s postiženým důvěrný vztah a pomoci mu zorientovat se v novém prostředí. Pomoci mohou i opatrovníci a rodiče, kteří ho znají nejlépe. Ztráta jistoty a bezpečí totiž může vést k úzkosti, strachu, bezmoci a k problémovému chování, které z těchto pocitů vyplývá. Zásadní význam zde má komunikace mezi ošetrovatelským personálem a postiženým. Ta totiž může prolomit bariéry strachu a pomoci v péči o postiženého nemocného.

Ošetrovatelský proces v péči o sebekoncepci a sebeúctu

Jak jsem již uvedla v kapitole o právech mentálně postižených, mentálně retardovaní nemocní mají stejná práva na péči jako my ostatní. Na to by nikdy ošetrovatelský personál neměl zapomínat a měl by jednat s mentálně postiženým pacientem s úctou a respektem. Úroveň myšlení není u těchto pacientů natolik vysoká, abychom s nimi mohli pracovat na sebekoncepci a proto zde opět pouze vyzdvihují vhodný trpělivý a individuální přístup. (29)

8.3 Ošetrovatelské diagnózy u mentálně postižených osob

Mentálně retardovaný pacient je nemocný, který k hospitalizaci obvykle přichází již s řadou problémů, které by sestra měla při příjmu odhalit a stanovit ošetrovatelské diagnózy tak, aby mohla vhodně naplánovat ošetrovatelskou péči. Zde uvedené ošetrovatelské diagnózy jsou specifické pro mentálně postižené pacienty, kteří přichází k hospitalizaci bez ohledu na stanovenou lékařskou diagnózu. Samozřejmě nelze vyjmenovat všechny, záleží na druhu postižení. Tabulku možných ošetrovatelských diagnóz u mentálně retardovaných nemocných dle NANDA domén vkládám do přílohy č.10. (34)

9 Nové formy péče o těžce mentálně postižené

I těžce a hluboce postižené osoby mají své potřeby, které je nutné uspokojovat a dle jejich schopností s nimi pracovat. Tato péče je však velice náročná a tak se v mnoha zemích hledají nové způsoby pro péči o těžce a hluboce mentálně retardované. (5)

9.1 Metoda Snoezelen

Metoda Snoezelen je metodou, kdy se mentálně postiženému ve speciálně upravených místnostech poskytují smyslové vjemy zrakové, sluchové, hmatové a další. Je vhodná jako volnočasová aktivita především pro těžce a hluboce mentálně retardované a postižené s kombinovanými vadami, neboť jedinci s těžkým postižením mají obvykle problém dostávat se mimo prostředí, kde žijí.

Prostředí Snoezelen vytváří smyslové podněty, zvyšuje zájem, snižuje strach a úzkost, vyvolává pocity jistoty a bezpečí, klienti v místnostech Snoezelen relaxují. Metoda Snoezelen má vliv i na snížení poruch chování a zlepšení komunikačních schopností. Místnost pro metodu Snoezelen musí být dobře větratelná a příjemně voňavá. Základem je správné osvětlení a pohodlné vybavení lehátky, polštáři a dekami. Musí být zařízena hudební a světelnou technikou s jednoduchým ovládáním, která umožňuje světelné efekty a hru barev.

V České republice se metoda Snoezelen s velkým úspěchem aplikuje v některých ústavech sociální péče a při speciálních školách. Problémem bývá obvykle nedostatek finančních prostředků, neboť vybavení místností je velmi finančně náročné. (3)

9.2 Psychorelaxační místnosti

Psychorelaxační místnosti, někdy také nazývané bílý pokoj, jsou zpravidla místnosti, kde se mohou postižení přenést do světa fantazie. K tomu jim pomáhá izolovaná, zatemněná místnost, ve které si postižený jednoduchými ovladači pouští pohyblivá barevná světla a hudbu. Postižený je může ovládat podle své chuti a nálady. Tyto psychorelaxační místnosti velmi pozitivně působí na psychický stav postiženého. (5)

9.3 Koncept Bazální stimulace

Koncept Bazální stimulace v souvislosti s péčí o těžce mentálně postižené je vhodnou metodou. Pomocí těla můžeme zprostředkovat postiženému zkušenosti a vjemy. Její použití je nejvhodnější u hluboce mentálně postižených osob, především z důvodu jejich poruch komunikačních schopností, motoriky a často přidružených závažných zdravotních problémů.

Bazální stimulace se věnuje podpoře v oblasti somatických, vibračních, čichových, vestibulárních a chuťových podnětů a také podnětům zrakovým, sluchovým a komunikačním. Bazální stimulace je zahrnovaná mezi individuálně zaměřenou ošetrovatelskou péčí a její využití je velmi široké a získává na významu nejen u mentálně postižených. (3)

Lidé s hlubokým postižením potřebují blízkost druhého pro vnímání svého okolí. Proto se užívá doteku jako základního komunikačního prostředku u těžce postižených osob. Nejdůležitější je tzv. iniciální dotyk, který dává najevo, že s postiženým budeme něco dělat. Nejvhodnější místo pro iniciální dotyk je u dospělého rameno či ruka a musí být vždy použité stejné místo. U těžce mentálně postižených s kombinovaným tělesným postižením, kdy je prakticky znemožněn pohyb, je vhodné při různých aktivitách vést ruce postiženého a tím mu zprostředkovat vlastní dotyk. Doteky je možná i stimulace k pohybu či k určité činnosti. Dotyk je tedy vhodný nejen k uklidnění postiženého, k vyjádření pocitů bezpečí, ale i k aktivizaci a stimulaci. Těmito technikami se zabývá Bazální stimulace a Bazální komunikace.(24)

9.4 Péče zaměřená na osobu

Na osobu zaměřený přístup v práci s mentálně retardovanými je způsob péče, který vychází z toho, jaký člověk je a jaké má schopnosti a možnosti, ne z toho, jaký bychom si představovali, že by měl být. Znamená to rozhodovat o všech záležitostech s klientem, ne za něj a bez něj. Respektovat klientovy možnosti, schopnosti a názory a ty podporovat. Jedná se o psychotherapeutický přístup pocházející z pera amerického psychologa Carla Rogerse, který říká, že základem péče o klienta je naslouchání a porozumění. Nejdůležitější je empatie a úcta k osobnosti.

V péči o mentálně postižené je nutné si předem uvědomit, že postižení mívají problém vůbec pochopit vlastní prožívání a pocity. Někdy trvá velmi dlouhou dobu, než je dokáží vyjádřit. Nahromaděné emoce, které pečovatel nepochopí, se pak projevují problémovým chováním nebo zastupujícím jednáním. Někdy pomůže, když postižený vidí, že i pečovatel může mít negativní prožitky.

Mentálně postižené musíme učit a povzbuzovat k jejich vlastnímu rozhodování. Musíme je naučit, že lidé mohou mít i rozdílné názory, protože postižení snadno podléhají snaze zavděčit se. Mentálně postižení jsou často konfrontováni se svým postižením. Uvědomují si a citlivě vnímají, jak na ně druzí pohlíží. Snaží se přizpůsobit a být tzv. „normální“. Proto má zcela zásadní význam náš postoj k postiženému. Nesoustředit se pouze na typ a tíži postižení, ale především na jejich osobnost, schopnosti a možnosti.

Jsou oblasti, ve kterých je postižený znevýhodněn ještě daleko více. Je to partnerský a sexuální život. Přestože mentálně postižení mají samozřejmě právo na sexuální a partnerský život, je jim často ze zjevných důvodů odpírán. I ošetrovatelský a pečovatelský personál mívá problém hovořit s postiženým o těchto tématech. Někdy však nemusí postiženému jít o sexuální akt jako takový, ale spíše o blízkost, něhu, lásku. Vždy je tedy nutné s postiženým mluvit a zjistit, co přesně si představuje, a umožnit mu, alespoň částečně, tyto pozitivní emoce prožít. I proto je v péči zaměřené na osobu tak důležitý důvěrný vztah mezi pečovatelem a postiženým klientem. (33)

III PRAKTICKÁ ČÁST

1 Výběr, formulace a vymezení problému

Hospitalizace mentálně postiženého nemocného ovlivňuje nejen samotného mentálně retardovaného pacienta, ale přináší obavy i rodičům a opatrovníkům pacienta. Zároveň vyžaduje větší nároky na činnost ošetrovatelského personálu. Základem je samotná osobnost všeobecné sestry. Sestra v péči o mentálně postiženého musí být extrémně trpělivá a tolerantní. Její znalosti a schopnosti komunikace musí být na vysoké úrovni. Jen tak lze mentálně postiženému nemocnému pomoci tuto náročnou životní situaci zvládnout.

Jaká je však reálná situace v našich nemocnicích? Je opravdu mentálně retardovaným věnována na jejich potřeby orientovaná ošetrovatelská péče? Je komunikace s mentálně postiženými v souladu s pravidly komunikace? Jsou dodržována práva mentálně postižených? I když moje práce obsahuje rozhovory pouze s několika respondenty může pomoci odpovědět na některé otázky.

2 Cíl práce

2.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem mé práce je zmapovat pohled na hospitalizaci mentálně postiženého nemocného z pohledu všeobecné sestry a opatrovníka či rodiče mentálně postiženého.

2.2 Dílčí cíle

Dílčím cílem mého výzkumného šetření je zaměřit se na dodržování pravidel komunikace s mentálně postiženým klientem.

Jako druhý dílčí cíl jsem si zvolila zmapovat problémové chování mentálně postižených při hospitalizaci, neboť toto chování, dle mého názoru, nejvíce ovlivňuje přístup sester k mentálně retardovaným pacientům během jejich hospitalizace.

Třetím dílčím cílem je zhodnotit používání metody ošetrovatelského procesu při péči o mentálně postižené nemocné

3 Výzkumné otázky

Probíhá komunikace všeobecných sester s mentálně postiženým nemocným a jeho rodinou dle pravidel komunikace s mentálně postiženými? Znají sestry tato pravidla?

Jak sestry pohlížejí na problémové chování mentálně postižených pacientů? Vidí problémové chování jako velkou překážku v péči o mentálně postižené nemocné?

Je při péči o mentálně postižené využívána metoda ošetrovatelského procesu? Znají sestry některé ošetrovatelské diagnózy, které patří k péči o mentálně retardované pacienty?

4 Rozhodnutí o populaci a výběru vzorku

Pro svoje kvalitativní výzkumné šetření jsem si zvolila dvě skupiny respondentů. První skupinu tvoří všeobecné sestry pracující na standardním oddělení nemocnic bývalého okresního typu. Dvě z nich pracují na interním oddělení, jedna na chirurgickém. Všechny tři sestry mají praxi na lůžkovém oddělení a s mentálně retardovanými pacienty se ve své praxi často setkávají.

Druhou skupinu respondentů tvoří opatrovníci mentálně postižených. Jsou to dvě matky a jedna babička. Všechny tři respondentky se plně věnují celodenní péči o mentálně postižené dospělé, a jsou tedy výborným zdrojem informací. Volila jsem takové opatrovníky, jejichž svěřenec byl opakovaně hospitalizován ve zdravotnickém zařízení.

Všichni respondenti souhlasili s uveřejněním našich rozhovorů v mé bakalářské práci. Z důvodu zachování anonymity jsem změnila křestní jména mentálně postižených, o kterých se v rozhovorech hovoří.

5 Rozhodnutí o technice sběru informací

Pro svoje výzkumné šetření jsem si vybrala kvalitativní výzkum, který jsem založila na metodě rozhovoru. Rozhovor jsem si vybrala z důvodu rozsahu získaných informací a také z důvodu psychicky velmi náročného tématu. Zejména skupina opatrovníků by na podobné, někdy velmi soukromé, otázky pravděpodobně v dotazníku neodpověděla. Rozhovor jsme volila polostrukturovaný. Okruhy otázek jsem měla předem připravené. Rozhovory jsem si se svolením respondentů zapisovala.

6 Pilotní studie

Pilotní studii jako takovou jsem neprováděla. V kvalitativním výzkumném šetření se většinou ani neprovádí. Přesto jsem v rámci přípravy na rozhovory uskutečnila první rozhovor, který není v mé bakalářské práci publikován. Ověřila jsem si tím výběr otázek a schopnost opatrovníka porozumět a odpovědět na mé otázky. Tento rozhovor jsem i písemně zpracovala, abych zjistila, zda otázky a odpovědi odpovídají cílům mé práce. Tento rozhovor proběhl v září 2012. Ze zkušenosti získané tímto prvním rozhovorem jsem pak vytvořila již definitivní okruhy otázek, pokládané již publikovaným respondentům.

7 Shromáždění relevantního materiálu

Rozhovory se všeobecnými sestrami a opatrovníky probíhaly v období září až prosince roku 2012. Jejich trvání bylo vždy minimálně jednu hodinu. Se všemi všeobecnými sestrami jsem mluvila mimo zdravotnické zařízení, v jejich volném čase.

7.1 Rozhovor 1 - opatrovník

Marcela je 28 letá žena, která se narodila s Downovým syndromem. K tomuto syndromu se často pojí srdeční vady a i Marcela má vrozený defekt septa komor. Tato vada u Marcely nebyla operována a dle babičky, se kterou jsem hovořila, to bylo za dob totality, kdy se postiženým často odepírala náročná péče a v tomto případě právě operace vrozené vady srdce. Dnes Marcela trpí plicní hypertenzí a s tím spojenými problémy. K tomu ještě má problémy se zažíváním, takže je častým návštěvníkem zdravotnických zařízení.

Jaké má postižení Vaše vnučka a jak se projevuje?

Marcela je Down a má defekt přepážky mezi komorami srdce. Trpí také plynatostí a říháním. Někdy je to hrozné, jak často krká a nahlas. Zkoušeli jí vyšetřit ten žaludek, ale ona jim tam prý nějak zkolabovala, tak už to nechtějí znova udělat. Musela být pak jeden den na JIPce. Jinak jezdí na vozíku. Ujde pár kroků, doma máme chodítko, ale spíš jezdí ve vozíku. Myslím, že je míň mentálně postižená. Mluví, já jí rozumím. Cizí rozumí tak každé čtvrté slovo. Na záchod jí vždycky dovezu a nají se sama. Číst a psát neumí. Dřív takové děti zbavovali školní docházky, a když jsem chtěla, aby chodila do školy, tak jí tehdy povolili jen dvě hodiny dvakrát týdně. Ale není zase tak hodně postižená. Když vidím v klubu ty ostatní, tak si říkám, že by to mohlo být i horší. Starám se o ni už dvacet let, co její máma umřela. I o jejího bráchu. Ten je naštěstí zdravý.

Jaké jsou Vaše zkušenosti s hospitalizací Vaší vnučky v nemocnici?

Naposledy to bylo strašné. Dokud mohla být na dětském, tak to bylo dobré. Paní primárka ji znala a jí se tam celkem mezi dětmi líbilo. Ale naposledy už byla na interně a to bylo hrozný. Nejvíc mě naštvalo, že jí udělali gynekologické vyšetření, aniž bych to odsouhlasila, a byla tam chudák sama. Pak mi to povídala. Tak jsem jim to taky řekla. A pak taky, že jí dali pleny. Asi aby ji nemuseli vozit na záchod. Ale ona si je schopná říct.

Když si vzpomenu, jak dlouho trvalo, než jsme jí zbavili plen a teď je zase měla! Tak jsem jim šla vynadat. Přes den je pak neměla, ale v noci si myslím, že jí je stejně dali.

Řekli Vám, že můžete vnučku doprovázet po celou dobu hospitalizace a že s ní můžete být jako doprovod?

Ne, nikdo mi nic nenabídl ani neřekl. Kdyby mi to řekli, tak bych tam s ní byla. Ale se mnou se nikdo moc nebavil.

Jak personál komunikoval s Vaší vnučkou a s Vámi?

Nijak. Moc se s námi nebavili. Ani s jednou, ani s druhou. Informace mi také nedali a to jsem její opatrovník. Jsem ráda, že tam nemusela být dlouho.

Pomáháte někdy s ošetrovatelskou péčí o Vaší vnučku? Je Vaše pomoc vítána?

Já nevím. Jednou Marcela něco potřebovala a chtěla zazvonit na sestru, tak jsem jí řekla, aby nezvonila, že jsem tam přece já. Tak jsem jí pomohla. Přišlo mi to samozřejmé. Jinak nikdo pomoc nechtěl, ono u ní moc práce nebylo. Stejně jen ležela v posteli. Snad jen dovézt na záchod, a to byl problém, jak jsem Vám říkala.

Má Vaše vnučka nějaké projevy tzv. problémového chování?

Nemá nic, je to zlatá holka. A tam jenom ležela a koukala, takže ani nemohla mít. Ale uměla si zazvonit na zvonek, když něco chtěla, tak si myslím, že zvonila často a že je občas proháněla. Nikdo mi ale nic neřekl.

Kde vidíte problém a co myslíte, že by v péči o mentálně postižené nemocné mohlo pomoci?

Já vlastně nevím, proč se v nemocnicích tak špatně chovají k postiženým. Znalosti na to snad mají. Nedá se říct, že je odpuzují, to je moc hrozné slovo. Ale asi je nemají rádi. Nebo je to také tím, že ti mentálně postižení si neumí stěžovat, a tak se na to prostě vykašlou nebo to odbydou. To si myslím já.

Chtěla byste dodat něco na závěr našeho rozhovoru?

Jsem ráda, že jsme se takhle sešli. Mohla jsem se chvíli vypovídat a dát si kafe. Alespoň na chvíli vypadnu. Jste pořád jako mezi hradbami, nikam se s tím postiženým jen tak nedostanete, takže mě to potěšilo.

Děkuji Vám za rozhovor.

Rozhovor s babičkou Marcely trval téměř dvě hodiny. Kulisu nám dělala příjemná restaurace, kde jsme seděly stranou tak, abychom měly soukromí. Marcelina babička se rozpovídala natolik, že by mi materiál stačil na dvě bakalářské práce. Bylo vidět, že ji těší podělit se o své zkušenosti s někým, koho tato problematika zajímá. Pro ni byl náš rozhovor únikem z běžného denního stereotypu. Na všechny otázky odpovídala promptně a neměla problém odpovědět i na intimní otázky.

7.2 Rozhovor 2 - opatrovník

Pavel je osmnáctiletý mladý muž, který se narodil s těžkou mentální retardací a pohybovým postižením. Jeho základní diagnóza je stále neznámá. Pro zjednodušení je nejčastěji jeho stav popisován jako dětská mozková obrna. Maminka, se kterou jsem si povídala, je v domácnosti a svůj den má naplněný péčí o svého syna. Je stále optimisticky naladěná, přestože péče o syna není vždy lehká.

Jaký druh postižení má Váš syn a jak se projevuje?

Pavel se narodil s těžkou mentální retardací a pohybovým postižením. Psychologové říkají, že mentálně je na úrovni dvouletého dítěte. Má i autistické sklony, nemluví, neudrží oční kontakt. Chodit se naučil až před několika roky, ale chodí pouze doma nebo v jiných ohraničených prostorech. Venku jezdí na vozíku. Je to pro něj a i pro mě lepší. Co se týká projevů, tak doma nejradši cucá různé předměty, kousátka a podobně. Má problémy s jídlem, musím mu jídlo hodně nakrájet nebo namixovat, jinak nechce kousat. Kromě toho má trvale pleny. Stále se snažíme naučit ho bez nich, ale zatím to zvládáme pouze doma, a to jen občas. Možná, kdybych na to víc dbala, ale když už ho to učíme tak dlouho, tak síly nejsou.

Jaké jsou Vaše zkušenosti s hospitalizací Vašeho syna v nemocnici?

Za svůj život byl v nemocnici několikrát, i v různých nemocnicích po republice. Obvykle to bylo kvůli trávicím potížím nebo míval zápalu plic. Takže s nemocnicemi máme bohaté zkušenosti. V poslední době je to už méně často.

Byla jste hospitalizovaná se svým synem?

Ano, vždycky. Já bych ho nikde samotného nenechala. Nikdy s tím nebyl vážnější problém, a i kdyby byl, tak bych se nedala a zůstala tam s ním.

Jak personál komunikoval s Vaším synem a s Vámi?

S Pavlem nijak, spíš o něm bez něj. Se mnou tak trochu, ale nic moc. Hlavně mluvili o nás. A bohužel je málokdy napadlo, že jsem tam s ním, že jsem normální a že slyším. Takže jsem se většinu věcí dozvídala z doslechu. Bylo to hrozné. Na ostatní děti mluvili sestry i lékaři moc hezky, ale našeho Pavla si prakticky nevšimli. Copak já, já se s tím vyrovnala, ale bylo mi líto jeho. Možná, že to on tak nevnímá, ale jiné, méně postižené děti, by to třeba vnímaly a to je prostě hrozné, jak je opomíjejí.

Pomáháte někdy s ošetrovatelskou péčí o Vašeho syna? Je Vaše pomoc vítána?

Já si u Pavla dělám většinu věcí sama. Nakrmím, přebalím, hraju si s ním. Dělám to automaticky jako doma a chci to dělat. S tím jsem problém v nemocnici neměla. Sestřičky byly vždy rády, že jim ubude práce. Já jsem teda většinou přebalila a nakrmila půlku oddělení. Nevadí mi to, když vidím, že sestry mají práci. Ale vadí mi, když sedí vzadu, nic nedělají a já to nedokážu ignorovat, a tak jdu.

Má Váš syn nějaké projevy tzv. problémového chování?

Ono se to mění. Jako se mění každé dítě a i dospělý, tak se mění i Pavel. Nevím, jestli je to úplně problém, ale když něco hodně chce, nebo se mu něco hodně nelíbí, tak mě tak jako tahá, abych mu věnovala pozornost. Až trochu agresivně. Také chce pořád, abych s ním korzovala po bytě. Ale to také někdy nejde, to je pak jakoby naštvaný. Ale jinak si myslím, že je v podstatě hodný kluk. Když má svůj zaběhlý režim a vše je tak, jak má být, není žádný problém.

Kde vidíte problém a co myslíte, že by v péči o mentálně postižené nemocné mohlo pomoci?

Nevím, co by mohlo změnit péči o mentálně postižené. Asi kdyby to ty zdravotníci někdo učil ve škole. Nenapadne je, že by postižené dítě mohli nějakým způsobem zařadit do kolektivu nebo do nějaké aktivity. Oni to berou tak, že to prostě nedokáže. Ale oni by se třeba jen koukali a měli radost, že tam můžou být s ostatními, ne někde sami v pokoji.

Chtěla byste dodat něco na závěr našeho rozhovoru?

Ještě bych chtěla říct, aby si setřičky a doktoři uvědomili, že my je slyšíme a vnímáme někdy přecitlivěle, ale že to, že máme postižené dítě, neznamená, že jsme postižení, hluchí a slepí i my.

Děkuji Vám za rozhovor.

Rozhovor s Pavlovou maminkou trval více než hodinu. Maminka si na mě našla čas poté, co odvezla syna do školy. Nad vyřčenými otázkami se zamýšlela, odpovědi byly rozsáhlé. Některé vehnaly Pavlově mamince i slzy do očí. Přesto si myslím, že je jednou z nejstatečnějších opatrovnic mentálně postiženého dítěte, kterou znám. Na veřejnosti vystupuje vždy s úsměvem, s ochotou poradit a pomoci.

7.3 Rozhovor 3 - opatrovník

Lukáš se narodil s diagnózou dětské mozkové obrny. Dnes je mu 22 let. Má spastickou formu DMO a středně těžkou mentální retardaci. Maminka, se kterou jsem prováděla rozhovor, je s Lukášem doma. Péče o něj vyžaduje 24 hodinovou přítomnost druhé osoby. Přesto je maminka s touto situací smířená a plně se věnuje péči o svého syna.

Jaké má postižení Váš syn a jak se projevuje?

Lukáš se narodil už postižený. Diagnózu mu dali dětská mozková obrna. Je mentálně postižený a je na vozíku. Má těžkou spastickou formu, takže je velmi malý a celý zkroucený. Nemluví, i když se snaží komunikovat a my mu základní věci rozumíme. Má plenky a má problémy s příjmem stravy. Musím mu všechno jídlo namlít.

Jaké jsou Vaše zkušenosti s hospitalizací Vašeho syna v nemocnici?

Mám několik zkušeností. Jako dítě ležel často v nemocnici. Tady u nás, ale i třeba v Praze. Zkušenosti mám víceméně docela dobré. Vyloženě stěžovat si nemůžu na žádnou z nich. Někde to samozřejmě bylo lepší, někde horší. Ale celkově jsem byla spokojená.

Byla jste hospitalizovaná s Vaším synem jako doprovod?

Vždycky jsem byla s ním, na normálním pokoji, ne na nadstandardu. Nikdy mi to nenabízeli, brali to jako samozřejmost. A já jsem brala jako samozřejmost tam s ním být.

Nepřála bych si, aby byl někde sám. A když to bylo plánované, jako naposledy, tak s tím rovnou počítali, že tam s ním budu pořád.

Jak personál komunikoval s Vaším synem a s Vámi?

Když to vezmu naposledy, když jsme leželi v nemocnici, tak komunikace byla skvělá. Mluvili na Lukáše pořád jak sestry, tak i doktoři. Se mnou úplně normálně. A hlavně mě překvapilo, jak komunikovali s Lukášem. Byla jsem moc spokojená. Všechno mu vysvětlovali, ptali se, jak se cítí, jak se má. Nebyl žádný problém.

Pomáháte někdy s ošetrovatelskou péčí o Vašeho syna? Je Vaše pomoc vítána?

Ano, já si u Lukáše dělám všechno sama. Ale nemusela jsem, nikdo mě nenutil. Naopak sestry chtěly abych si odpočinula. Ale já jsem tak zvyklá se o něj starat, že mi to přišlo automatické. On navíc špatně jí a já už na to mám vypracovaný systém, jak ho nakrmit. Stejně měl jenom tekuté jídlo. Takže ano, pomáhám a chci pomoci. Já to stejně vím nejlíp, když se o něj pořád starám.

Má Váš syn nějaké projevy tzv. problémového chování?

Nemá, nebo alespoň nevím o ničem, co by bylo považováno za problém. Možná by to vnímal někdo jinak, ale já si myslím, že kromě toho, že je postižený, je to hodný kluk.

Kde vidíte problém a co myslíte, že by v péči o mentálně postižené nemocné mohlo pomoci?

Nevím, já jsem byla s péčí v nemocnici vždycky spokojená.

Chtěla byste dodat něco na závěr našeho rozhovoru?

Držím Vám palce.

Rozhovor s Lukášovou maminkou probíhal v prostředí denního stacionáře pro mentálně postižené „Pohodička“, kde se jednou za čtrnáct dní schází klub přátel a rodin postižených „Korálky“. Maminka Lukáše byla velice vstřícná poskytnout mi rozhovor. Její poslední zkušenost s pobytem v nemocnici byla natolik příjemná, že jej téměř považovala za dovolenou. A tak byla moc ráda, že může svůj názor sdělit do mé práce.

7.4 Rozhovor 4 - všeobecná sestra

Všeobecná zdravotní sestra ve věku 43 let pracující 25 let na chirurgickém oddělení nemocnice bývalého okresního typu. S mentálně postiženými pacienty se setkává občas, zhruba jednou až dvakrát do roka. Téma mé bakalářské práce ji zajímalo, neboť ví, že jí o této problematice chybí znalosti.

Jak často se setkáváte při své práci s mentálně postiženými pacienty? O jaký druh postižení se nejčastěji jedná?

Občas je u nás míváme, tak jednou dvakrát do roka. V našem městě je ústav sociální péče o mentálně postižené, ale nevím, kam je vozí, k nám asi ne. U nás máme zastoupení všech druhů postižení, málo i hodně postižené.

Jakým způsobem komunikujete s mentálně postiženým pacientem? Znáte některý způsob alternativní komunikace?

Většinou gesty. Nebo přes prostředníka. Oni většinou rozumějí, takže verbálně, nebo jim to ukáží, takže názorně. Žádnou alternativní komunikaci neznám, nemáme ani žádné pomůcky. Co tam vlastně patří? **Například piktogramy, tabulky s abecedou.** Aha, tak ani tabulky, ani piktogramy nemáme. Vlastně nic takového.

Jak oslovujete mentálně postiženého pacienta?

Jménem, křestním. Oni většinou reagují jen na jméno. Většinou přijde nějaký prostředník, který nám řekne, jak ho máme oslovovat. Mně někdy říkají teto, to jsou ti z ústavu, nebo ty z domova volají: „sestřičko“. Neměla jsem s tím nikdy problém. Nevadí mi, jak mi říkají. Hlavní je, že ví, jak mě zavolat, když něco chtějí.

Přijímáte mentálně nemocné k hospitalizaci s doprovodem? Mají samostatný pokoj? Jak na mentálně postiženého reagují ostatní pacienti v pokoji?

Ty z ústavů ne, ti chodí sami. U těch ostatních chce s nimi většinou rodina zůstat. My máme dvoulůžák, tak tam mají i postel. I tak je dáváme izolovaně, samostatně na pokoj. Ale je to spíš, aby měli soukromí, ne proto, že bychom je chtěli někam odložit. Ústavní potom leží s ostatními pacienty. My jim to neříkáme, oni to pochopí, že je postižený. Většinou si najde jednoho pacienta na pokoji jako kamaráda a všude

za ním chodí jako pejsek. Ještě se mi nestalo, že by ostatní pacienti odmítali být s někým postiženým na pokoji. Ale záleží na osobnosti toho konkrétního pacienta.

Během vašeho kvalifikačního studia jste se někdy učila o péči či komunikaci s mentálně postiženými?

Ne, já jsem dělala zdravotku ještě v minulém režimu, tam se to neučilo.

Znáte některá pravidla komunikace s mentálně postiženým pacientem?

Neznám, ale něco vím. Většinou je tady kontakt s rodinným příslušníkem a oni nám řeknou, jak reagují, aby nedošlo k nějakému záchvatu nebo tak něco. Důležité je podle mě nevyprovokovat nějaké agresivní chování. Asi dostatečná vzdálenost a mluvit jasně, srozumitelně a v jednoduchých větách. Určitě jich je víc, ale teď si na nic nevzpomenu.

Znáte pojem problémové chování? Zažila jste ho v péči o mentálně postiženého klienta? Jak jste reagovala?

Oni mívají někdy takové agresivní záchvaty. Ale řeknou nám to většinou rodiče, co máme dělat. Takže o tom vím, ale radši se konkrétně zeptám. Problém s tím nemám, беру to jako součást jejich postižení.

Využíváte v péči o mentálně postiženého ošetřovatelský proces? Jaké ošetřovatelské diagnózy by Vás napadly v souvislosti s péčí o mentálně retardované nemocné?

My máme jenom tu plachtu, do které to zaškrťáváme, jinak ne. Asi deficit sebezpečí. Taký nějaká rizika, asi pádu a tak. Určitě úzkost a strach z prostředí. No a ta verbální komunikace. Jinak nevím.

Využíváte v péči o mentálně postiženého nemocného pomoc doprovodu, rodiny? Vítáte ji? S čím Vám obvykle nejvíce pomohou?

Já ji vítám, když chtějí. Třeba umýt nebo nakrmit. Klidně je nechám to udělat, oni ho znají líp než já.

Co si myslíte, že by pomohlo ošetřovatelskému personálu v péči o mentálně retardované nemocné?

Myslím si, že vzdělání. Aby to bylo zahrnuto do výuky.

Chtěla byste ještě něco dodat na závěr našeho rozhovoru?

Nechci, děkuji.

Děkuji za rozhovor.

Rozhovor s chirurgickou sestrou trval jednu hodinu. Respondentka byla ochotná odpovídat na otázky. Její největší starostí bylo, že její znalosti problematiky postižených zřejmě nebudou stačit na to, aby správně odpověděla. Proto také po celou dobu rozhovoru byla vidět zjevná nervozita. Několikrát jsem ji musela ubezpečit, že zde nejsou správné a špatné odpovědi. Přes všechnu nervozitu se snažila na každou otázku pravdivě odpovědět. Pokud odpověď neznala, vždy se na chvíli zamyslela a většinou dospěla k nějakému řešení.

7.5 Rozhovor 5 - všeobecná sestra

Všeobecná zdravotní sestra ve věku 42 let pracující 23 let na interním oddělení nemocnice bývalého okresního typu. S mentálně postiženými pacienty se setkává poměrně často, několikrát do roka. Rozhovor na téma mentálně postižených pacientů se mnou vedla ráda, přestože se velmi obávala, že její znalosti této problematiky jsou velmi malé. V průběhu rozhovoru pak byla několikrát překvapena množstvím předkládaných informací a zjišťovala, kde by je mohla nalézt. Proto jsem jí slíbila, že po dokončení studia poskytnu jako první zdroj informací svoji bakalářskou práci.

Jak často se setkáváte při své práci s mentálně postiženými pacienty? O jaký druh postižení se nejčastěji jedná?

U nás na oddělení je míváme poměrně často. Každou chvíli je tam někdo. Jsou hlavně z okolních ústavů. Nejčastěji tam máme ty hodně postižené, co jenom leží. A nebo na druhou stranu ty, co jsou jen málo postižení. Jeden mladý muž k nám jezdí několikrát do roka pravidelně. Má cukrovku a jezdí s hyperglykemií.

Jakým způsobem komunikujete s mentálně postiženým pacientem? Znáte některý způsob alternativní komunikace?

Normálně, jako s každým jiným pacientem. Ani nevím co alternativní způsob komunikace je. Pomůcky žádné nemáme. Prostě s nimi nějak mluvíme, nebo jim všechno ukážu.

Jak oslovujete mentálně postiženého pacienta?

Křestním jménem. Oni kolikrát ani příjmení neví. Zdá se mi to tak lepší. Proč jim zbytečně motat hlavu. Takže určitě jménem.

Přijímáte mentálně nemocné k hospitalizaci s doprovodem? Mají samostatný pokoj? Jak na ně reagují ostatní pacienti v pokoji?

Já jsem asi nikdy nezažila, že by se s nimi hospitalizoval nějaký doprovod. U nás se to nedělá, jsou tu sami. Ale návštěvy k nim pouštíme prakticky kdykoliv. U nás není takový provoz jako třeba na JIPu, takže k nám můžou. Když tak nad tím přemýšlím, tak asi by to šlo, ale jedině na nadstandard. My máme samé velké pokoje, tak by tam asi ani ten doprovod nechtěl být s ostatními nemocnými.

Během vašeho kvalifikačního studia jste se někdy učila o péči či komunikaci s mentálně postiženými?

Ne neučila, za dob mého studia se to neučilo, ale možná, že dnes se to už učí. To je dobře.

Znáte některá pravidla komunikace s mentálně postiženým pacientem?

Jaká pravidla? To existuje? Vidíte, říkala jsem Vám, že nic nevím. Já k nim přistupuji jako ke každému jinému. Možná jsem víc trpělivá a vícrát vše opakuji, ale žádná konkrétní pravidla neznám.

Znáte pojem problémové chování? Zažila jste ho v péči o mentálně postiženého klienta? Jak jste reagovala?

Ono je to tak, že buď jsou na tom tak špatně, že jenom leží a nic nedělají, a nebo za námi chodí a chtějí si třeba povídat. To mi nevádí, když mám čas, ale toho je málo. Občas si trhají infuze a tak, ale jinak si nemyslím, že by se nějak zvlášť problémově chovali.

Využíváte v péči o mentálně postiženého ošetřovatelský proces? Jaké ošetřovatelské diagnózy by Vás napadly v souvislosti s péčí o mentálně retardované nemocné?

Ošetřovatelský proces používáme, když někoho přijímáme na oddělení. Máme takový dotazník a pak formulář s diagnózami. Ale je to jen o zaškrtávání. Takže spíš ne.

Využíváte v péči o mentálně postiženého nemocného pomoc doprovodu, rodiny? Vítáte ji? S čím Vám obvykle nejvíce pomohou?

Většinou si všechno radši udělám sama, ale když by někdo vyloženě chtěl, tak s tím asi nebudu mít problém, alespoň budu moct jít dál na dalšího nemocného.

Co si myslíte, že by pomohlo ošetrovatelskému personálu v péči o mentálně retardované nemocné?

Netuším. My se jim docela věnujeme a jsme na mentálně postižené zvyklé, takže možná snad víc personálu. Ale ten je potřeba pořádku.

Chtěla byste ještě něco dodat na závěr našeho rozhovoru?

Rozhodně si tu Vaši práci budu chtít pak přečíst, tak na mě nezapomeňte. A držím palce.

Děkuji za rozhovor.

Rozhovor s interní sestrou trval asi jednu hodinu a probíhal v prostředí kavárny. Sestra odpovídala okamžitě. Bylo vidět, že má dlouholetou praxi a během služby ji jen tak něco nepřekvapí. Její zájem o další studium této problematiky mě velmi potěšil. Celkově na mě rozhovor působil velmi příjemně.

7.6 Rozhovor 6 - všeobecná sestra

34 letá sestra s praxí 5 let na interním oddělení. Před nástupem na své současné pracoviště pracovala jako učitelka v mateřské škole. Byla velice ochotná poskytnout mi rozhovor o mentálně postižených nemocných, neboť si myslí, že jde o velmi vděčné a milé pacienty. Ráda s nimi pracuje a přála by si, aby se zlepšil celkový názor na postižené nemocné.

Jak často se setkáváte při své práci s mentálně postiženými pacienty? O jaký druh postižení se nejčastěji jedná?

S mentálně postiženými pacienty se setkávám poměrně často, a to několikrát do roka. Jsou to především lidičky z ústavů. Jezdí k nám hlavně s cukrovkou, zápalem plic a celkovým zhoršením stavu. Většinou je přiveze záchranka. Málokdy u nás leží

ti z domova. Ale i ty občas máme. Je fakt, že už máme některé pravidelné návštěvníky, které všechny známe a víme, co od nich máme čekat.

Jakým způsobem komunikujete s mentálně postiženým pacientem? Znáte některý způsob alternativní komunikace?

Ono se to nemá, ale jako s dítětem. Prakticky všichni mají radši, když k nim tak mluvím. Možná je to i tím, že jsem dřív pracovala ve školce, ale oni mi často připomínají ty dětičky. Také záleží na tom, jak moc jsou postižení. Když jsou málo, tak úplně stejně, jako s ostatními. Neznám žádný způsob alternativní komunikace. Když něco speciálního potřebují, tak jim to tady vyrobíme. Třeba jim kreslíme na dveře sluníčko, aby si poznali svůj pokoj. Nebo jim dáváme plyšáky na stoleček, aby poznali svoje lůžko. A tak různě se jim snažíme pomoci. Ale jinak pomůcky žádné běžně nemáme.

Jak oslovujete mentálně postiženého pacienta?

Já jim říkám jménem. Víím, že správně bych jim měla říkat příjmením, ale oni na něj kolikrát ani neslyší. Takže jim říkám tak, jak chtějí. Nikdy mi za to nikdo nic neřekl, tak asi dobrý.

Přijímáte mentálně nemocné k hospitalizaci s doprovodem? Mají samostatný pokoj? Jak na ně reagují ostatní pacienti v pokoji?

Když jsou to ústavní, tak jsou u nás sami, maximálně je někdo přiveze jako doprovod, ale po uložení u nás odjíždí. Oni se v těch ústavech starají o víc lidí, takže tu stejně nemohou zůstat. Ale my se o ně staráme dobře. Nemusí tu být. Kdyby tu chtěl někdo s nimi zůstat, tak by to šlo na nadstandardu. Jednolůžkový pokoj nemáme. Ale ono by se to určitě nějak vyřešilo. Není to problém. Pacienti si většinou všimnou, že je nějak postižený, a podle toho se k nim chovají. Záleží na tom, jaký ten spolupacient je. Když je to někdo normální, nebývá problém. Asi se mi nestalo, že by si vyloženě někdo stěžoval. Snažíme se je dávat k hodným lidem. Oni na ně totiž taky dohlídnou. Aby někam neutekli nebo aby si nic neudělali a taky nás zavolají, když se něco děje. Je lepší je dávat k někomu schopnému.

Během vašeho kvalifikačního studia jste se někdy učila o péči či komunikaci s mentálně postiženými?

My jsme se to učili. Nevím v jakém předmětu. Asi v psychologii. Ne nějak moc, ale všeobecně o postižených jsme se asi učili.

Znáte některá pravidla komunikace s mentálně postiženým pacientem?

Pravidla jako taková neznám. Nevím, co tím myslíte. Já se k nim chovám hezky a mile. Všechno jim vysvětluji, třeba i čtyřikrát. Horší je to, když je nás tady v práci málo a je hodně práce, to na ně nemáme čas. Je mi jich pak moc líto. Oni si třeba chtějí jen popovídat a já nemůžu, protože nemám ani chvílku.

Znáte pojem problémové chování? Zažila jste ho v péči o mentálně postiženého klienta? Jak jste reagovala?

Já to moc nevidám. Nebo to tak neberu, nevím. Já si myslím, že my se k nim chováme hezky, že se tady mají dobře. Obzvláště, když se k nám někteří pořád dokola vrací. To už jsou jako naši kamarádi. Samozřejmě v uvozovkách. Ale je to jednodušší práce, když už je znáte, víte, co potřebují a co nemají rádi.

Využíváte v péči o mentálně postiženého ošetřovatelský proces? Jaké ošetřovatelské diagnózy by Vás napadly v souvislosti s péčí o mentálně retardované nemocné?

U nás se ošetřovatelský proces dělá, ale nijak moc pečlivě. Diagnózy moc neznám. My jsme se to moc neučili. Tady vyplňujeme při příjmu dotazník, tak tam napíšu co a jak a pak zaškrtnáme diagnózy. Ale ty jsou spíš k jejich zdravotnímu stavu, ne k tomu postižení.

Využíváte v péči o mentálně postiženého nemocného pomoc doprovodu, rodiny? Vítáte ji? S čím Vám obvykle nejvíce pomohou?

Spíš ne, ale není to tím, že bych jim to nedovolila, naopak. Ale málokdy mi nabídnou, že něco udělají sami. Já bych byla ráda, mohla bych se věnovat někomu dalšímu. Někdy přebalí a nakrmí. Za to jídlo jsem jim vděčná. My tady máme většinou hodně lidí, které musíme nakrmit, takže když jeden ubyde, jsem ráda.

Co si myslíte, že by pomohlo ošetřovatelskému personálu v péči o mentálně retardované nemocné?

Já si myslím, že by nám pomohlo, aby tu byl někdo, kdo je přes den nějak zaměstná. Oni neví, co s časem, nudí se, chodí za námi a my jim moc nedokážeme pomoci. Takže nějaký ergoterapeut nebo někdo, kdo si s nimi bude hrát. To bych ocenila já nejvíc.

Chtěla byste ještě něco dodat na závěr našeho rozhovoru?

Jsem zvědavá, jestli Vám ten rozhovor pomůže, ale snad jo.

Děkuji za rozhovor.

Rozhovor se sestřičkou pracující na interním oddělení probíhal velmi příjemně. Sestřička je obdařena výrazným optimismem. Stále se usmívá a žádná práce pro ni není problém. Proto i průběh rozhovoru byl naplněn upřímnou radostí a optimismem, který se prolíná celým jejím životem a prací. Z tohoto důvodu ji také velmi obdivuji.

7.7 Rozhovor 7 a 8 - opatrovník a všeobecná sestra

Sedmý a osmý rozhovor jsem zařadila do své bakalářské práce z toho důvodu, že existují i všeobecné sestry, které jsou zároveň opatrovníky, či alespoň sourozenci mentálně postižených. I já jsem sestrou mentálně postižené dívky a zároveň pracuji jako všeobecná sestra. V rámci zachování objektivity výzkumného šetření jsem však ne zvolila ani sebe, ani nikoho z mé rodiny jako respondenta. Přesto jsem našla jinou osobu v podobné životní a profesní situaci, jako jsem já, ochotnou odpovědět na mé otázky z pohledů opatrovníka i všeobecné sestry. Proto zde předkládám i tyto dva rozhovory.

Rozhovor 7 - opatrovník

Petr je 29 letý muž. Do svých osmnácti let byl naprosto zdravým, okouzlejícím mladým mužem. Bohužel onemocněl těžkou meningitidou, která v jeho případě měla hrozivé trvalé následky. Dnes, po jedenácti letech chronické formy meningitidy, je Petr v péči rodiny. Maminka, která se o něj doma především stará, se musela naučit mnoho ošetřovatelských úkonů. Petrova sestra, se kterou jsem si povídala, pracuje v nemocnici jako sestra na intenzivní péči. I ji postižení jejího bratra v životě velmi ovlivňuje.

Řekněte mi, prosím, jaké postižení má Váš bratr a jak se projevuje?

Bratr v osmnácti letech onemocněl meningitidou s nejasnou etiologií a těžkými následky. Trpí těžkou mentální retardací na úrovni 3 letého dítěte. K tomu má 4. stupeň bezmocnosti, je plně odkázán na pomoc druhé osoby. Nejlí, má zavedeného PEGa,

epicystostomii a žilní port. Nemluví, vydává zvuky. Na jednoduchou otázku je občas schopný odpovědět kývnutím hlavy.

Jaké máte předchozí zkušenosti s hospitalizací Vašeho bratra?

Máme velmi špatné zkušenosti, hlavně s malými nemocnicemi. Péče tam byla naprosto strašná. Brácha ležel počůraný, pokakaný, nepřebalený. A hlavně byl strašně zanedbaný. Od té doby ho už dáváme jen ke mně na JIPku. Jednou byl ještě v Motole a tam byla péče skvělá. Starali se o něj, i přístup k nám byl dobrý. Všechno nám laicky vysvětlovali. Ale to byl jediný případ, kde se mu opravdu věnovali. Jak jsem řekla, od té doby ho dáváme jen na JIPku. I když tam někdy úplně nepatří, já si ho tam ohlídám a holky už ho taky znají, takže je o něj dobře postaráno. On je tam hodně často kvůli těm urosepsím a bronchopneumoniím.

Nabídlí Vám společnou hospitalizaci jako doprovod?

Ano. V době, kdy ležal na standardním oddělení. Lůžko přidali zdarma. Nebo nadstandard. Nikdy ho nedávali na pokoj s ostatními pacienty, naopak ho nechávali stranou a bez péče. U nás na JIPu je s ním mamka i delší dobu, než jsou návštěvní hodiny.

Jak obvykle probíhá komunikace mezi Vámi, bratrem a zdravotními sestrami?

Ze začátku se jeho stav hodně měnil, dokonce i chvíli ještě mluvil. Tak to se většinou ptali rodiny, jak s ním komunikovat. Mamka pro něj chtěla slušnou péči, tak i se sestrami chvílemi bojovala a tzv. dělala problémy. Dnes už je to lepší. Komunikuje, jen když je v lepším stavu, a to jen na jednoduché otázky a spíš vydává zvuky. My poznáme, když ho něco trápí, ale komunikace je těžká.

Pomáháte někdy s ošetrovatelskou péčí o Vašeho bratra? Je Vaše pomoc vítána?

Mami ho často myje, když je tam zrovna ve chvíli, kdy udělá velkou potřebu. Nemá s tím problém a sestřičky už si na to zvykly, takže ji to nechají udělat. Ale klidně by to udělaly také. Také ho krmí do PEGa.

Má Váš bratr nějaké projevy tzv. problémového chování?

To jako myslíte třeba agresivitu? Ano, je agresivní, manuálně. Vyhazuje polštáře z postele, pere se s námi, nebo nás třeba chytne kolem krku a nechce pustit. Obvykle k tomu nemá žádný objektivní důvod. Prostě se tak rozhodne. Někdy si myslíme,

že ho bolí břicho. Díky umělé výživě má problémy s vyprazdňováním. Prostě mu to nejde. Usilovně tlačí i několik hodin, až z toho třeba usne. V nemocnici i doma ze sebe všechno strhává. Máme hlavně starost, aby si nevytáhl toho PEGa.

Co proti takovému chování pomáhá?

My ho třeba vykoupeme v teplé vodě, to ho zklidní a unaví, takže pak na chvíli usne. Nebo ho necháme samotného v pokoji a jen ho kontrolujeme. V nemocnici by ho museli kurtovat, a to nechceme, takže je obvykle po celou dobu na bazální dávce sedativ. Někdy také nařiká a pláče. S tím si moc rady nevíme. Je to těžké. Je to velmi psychicky náročné. Já třeba nikdy nevypínám mobil. Nikdy si neodpočínu.

Existuje něco, co byste v péči o Vašeho bratra vytkla, nebo naopak pochválila?

Brácha se stáčí stále na jednu stranu, takže bych ocenila, kdyby mu víc pomohli na stranu druhou. A taky se mamce nelíbí, že mu neohřejí jídlo do PEGu. My mu to doma ohříváme. **Žádala je o to někdy Vaše matka?** Ne, asi už si netroufá, nechce zase otravovat. Už takhle toho pro brácha dělají dost. Ale myslím, že by to určitě bez problémů udělali. Naopak je zase napadne umýt mu vlasy a ostříhat nehty. To oceňuji, to nebývá tak často zvykem.

Kde vidíte problém a co myslíte, že by v péči o mentálně postižené nemocné mohlo pomoci?

Ani nevím.

Chtěl byste dodat něco na závěr našeho rozhovoru?

Asi to, že kdyby se to bráchovi stalo znovu, že bychom se rozhodli stejně a vzali si ho domů, i když péče je vyčerpávající a často zoufalá.

Děkuji za rozhovor.

Rozhovor 8 všeobecná sestra

24 letá všeobecná sestra pracující na interní jednotce intenzivní péče v nemocnici bývalého okresního typu. Vystudovala střední zdravotnickou školu a nyní si doplňuje vzdělání bakalářským studiem ošetřovatelství na vysoké škole. V praxi působí 5 let. Její

bratr Petr trpí chronickou meningitidou s trvale zhoršujícím se stavem. Je opakovaně hospitalizován pro bronchopneumonie a jiné komplikace vyplývající z jeho těžkého stavu.

Jaké máte zkušenosti s péčí o mentálně postižené pacienty? Setkáváte se s nimi na Vašem oddělení často? O jaké postižení se nejčastěji jedná?

Mám osobní zkušenosti s péčí o mého postiženého bratra. Jinak na našem oddělení občas nějaký mentálně postižený pacient leží. Jsou to většinou ti méně postižení. U nás na JIP je máme hlavně proto, aby se ohlíželi. Na standardním oddělení by je třeba museli příkurtovat, a to my je ohlížáme.

Znáte některé způsoby alternativní komunikace? Máte na Vašem oddělení nějaké pomůcky pro alternativní komunikaci?

Já neznám žádnou alternativní komunikaci. A v práci taky nic takového nemáme. Vždycky se s nimi nějak domluvíme.

Jak oslovujete mentálně postižené pacienty?

Striktně příjmením.

Jakým způsobem komunikujete s mentálně postiženými nemocnými. Znáte některá pravidla komunikace s mentálně retardovanými lidmi?

Pravidla? Nevím, asi neznám. Vím jen, že se s nimi má komunikovat v jednoduchých větech, několikrát všechno zopakovat. A pak také gesta, vzdálenost, prudké pohyby, asi. Možná spíš co vím od rodiny. Také nekřičet, nebýt agresivní a v úrovni klienta. No moc toho vlastně nevím, to je ostuda.

Využíváte na Vašem oddělení v péči o mentálně postižené klienty ošetrovatelský proces? Jaké diagnózy byste uvedla u mentálně postižených?

Ošetrovatelský proces u nás využíváme, každý týden hodnotíme diagnózy a stav pacienta. Jaké diagnózy bych řekla? Určitě porucha verbální komunikace. A taky rizika, jako pádu nebo tak. A možná ještě sebepoškození.

Jsou k Vám na oddělení přijímáni pacienti s mentálním postižením s doprovodem?

U nás to není prostorově možné, když je to JIPka. Ale můžou tam být s ním skoro celý den, když chtějí. Na standardu by to asi šlo, ale nevím, jak to tam chodí.

Využíváte v péči o mentálně postiženého nemocného pomoc doprovodu, rodiny? Vítáte ji? S čím Vám obvykle nejvíce pomohou?

Já jim obvykle nabídnu spolupráci, zeptám se. Myslím si ale, že chtějí nechat chvíli péči o svého příbuzného na někom jiném. Aby si jako na chvíli odpočinuli. Ale když chtějí, tak je nechám třeba nakrmit nebo umýt. Nevadilo by mi to, kdyby chtěli pomoci, ale moc jsem se s tím nesešla. Ošetrovatelské výkony si pak raději dělám sama. Návštěvy příbuzným povolujeme i mimo návštěvní hodiny, i víc osob. Můžou mít kolem postele fotky, plyšáky, prostě všechno, aby se cítili lépe.

Setka a jste se někdy v péči o mentálně retardovaného nemocného s tzv. problémovým chováním? Jak se projevovalo a jaký byl Váš postup v případě tohoto problémového chování?

Setkala jsem se s tím, že třeba kouřil a my mu nemohli vysvětlit, že nesmí. Nebo si také jeden neustále překousával všechny hadičky od infúzí a tak. Bylo to hrozné, nemohli jsme ho uhlídat, dělal to pořád a my je pořád měnili. Myslím, že jim nakonec dáváme nějakou preventivní sedaci, aby se tomu předešlo. Jinak nevím, co bych měla dělat. Na agresi se snažím reagovat vlídně, slovem uklidnit. Hlavně mám doma zkušenost s agresí mého bratra a vím, že se k mentálně postiženým prostě musím postavit jinak. S velkou trpělivostí. Prostě jiný přístup. Normálně mi takové chování vůbec nevádí, ale když mám hodně práce a ještě do toho tohle, tak jsem pak docela naštvaná.

Co si myslíte, že by pomohlo ošetrovatelskému personálu v péči o mentálně retardované nemocné?

Nám třeba chybí dostatek nižšího zdravotnického personálu. Ošetrovatelky, sanitáři. Aby mohli sami pacienta např. napolohovat, když já mám jinou odbornou práci. Někdy prostě není čas lidi ani otočit. A také bych zavedla bazální stimulaci. Ale na to by bylo potřeba také víc času a personálu.

Chtěla byste ještě něco dodat na závěr našeho rozhovoru?

Asi bych se měla doučit nějaká ta pravidla, nevěděla jsem, že existují.

Děkuji za rozhovor.

Tento specifický rozhovor probíhal téměř dvě hodiny a já jsem ráda, že jsem ho mohla do své bakalářské práce zahrnout. Vyslechnutí respondentky z obou stran bylo velmi zajímavé a určitě stálo za zveřejnění.

8 Analýza dat

Pro analýzu výsledků výzkumného šetření jsem si zvolila pouze prvních šest rozhovorů. Je to z důvodu specifity rozhovorů dvou posledních. Nicméně i šest prvních rozhovorů přináší dostatečné množství validních informací. Z analýzy vyplývá několik poměrně jasných závěrů. Tyto závěry by měly být vodítkem, kam směřovat péči o mentálně postižené v nemocnici. Pro zjednodušení uvádím některé klíčové oblasti v následujících tabulkách.

Tabulka 1 Klíčové oblasti - opatrovníci

Diagnóza mentálně postiženého	
Respondent 1	Downův syndrom
Respondent 2	Těžká mentální retardace, tělesné postižení, autistické rysy osobnosti
Respondent 3	DMO
Předchozí zkušenosti s hospitalizací	
Respondent 1	Špatné – nedostatečná informovanost ze stran zdravotníků
Respondent 2	Převážně špatné – komunikační problémy
Respondent 3	Dobré
Společná hospitalizace	
Respondent 1	Ne, nikdy to nešlo
Respondent 2	Ano, vždy
Respondent 3	Ano, vždy
Vhodná komunikace s nemocným i doprovodem	
Respondent 1	Spíše žádná komunikace
Respondent 2	Komunikace pouze s opatrovníkem a většinou ignorování
Respondent 3	Dobrá komunikace i se synem
Pomoc s ošetrovatelskou péčí	
Respondent 1	Ano, když byla potřeba
Respondent 2	Ano, byla vítána
Respondent 3	Ano, ale nemusela jsem
Problémové chování svěřence	
Respondent 1	Nemá žádné
Respondent 2	Občas mírná agresivita
Respondent 3	Nemá žádné
Možnosti zlepšení vidí	
Respondent 1	Lepší chování zdravotníků
Respondent 2	Výuka ve škole, zlepšení komunikace s postiženými a rodinami
Respondent 3	Neví

Zdroj: vlastní

Tabulka 2 Klíčové oblasti - sestry

Doprovod opatrovníka při hospitalizaci	
Respondent 4	Ne, ale lze vyhovět
Respondent 5	Ne, ale lze nadstandardní pokoj
Respondent 6	Ne
Oslovení mentálně postiženého	
Respondent 4	Křestním jménem
Respondent 5	Křestním jménem
Respondent 6	Křestním jménem
Znalosti pravidel komunikace	
Respondent 4	Pouze některá
Respondent 5	Ne
Respondent 6	Komunikuje jako s dítětem
Znalosti alternativních forem komunikace	
Respondent 4	Nezná žádné, pomůcky nemají
Respondent 5	Nezná žádné, pomůcky nemají
Respondent 6	Nezná, pomůcky vyrobí
Použití ošetřovatelského procesu při péči o mentálně postižené	
Respondent 4	Nepoužívají
Respondent 5	Nepoužívají
Respondent 6	Pouze ošetřovatelská anamnéza
Znalosti a zkušenosti s problémovým chováním	
Respondent 4	Pouze agresivita
Respondent 5	Nesetkává se s ním
Respondent 6	Bere jej jako součást postižení, ale setkává se s ním málo
Pomoc s ošetřovatelskou péčí	
Respondent 4	Ano, uvítá ji
Respondent 5	Ne, raději si udělá sama
Respondent 6	Uvítá, ale většinu dělá sama
Návrhy na zlepšení ošetřovatelské péče	
Respondent 4	Zahrnout do vzdělání
Respondent 5	Více personálu
Respondent 6	Ergoterapeut, herní specialista

Zdroj: vlastní

Z tabulky 1, která se týká odpovědí opatrovníků, vyplývá, že dva opatrovníci ze tří mají převážně špatné zkušenosti s hospitalizací svého svěřence v nemocnici. Z detailních rozhovorů můžeme usuzovat, že je tomu tak z důvodu nedostatku informací a také problémů s chováním a komunikací mezi zdravotníky, opatrovníky a samotným mentálně postiženým nemocným. Naopak s ošetřovatelskou péčí nikdy problém neměli. Svoji pomoc, např. s krmením a přebalováním, nabídli a většinou byla i kladně ceněna ze strany personálu. Problémové chování u svého dítěte uvedla pouze jedna matka.

Možnosti zlepšení vidí opatrovníci v rozsáhlejší výuce na školách s přihlédnutím k tématu mentálně postižených. Kromě toho by si přáli zlepšit chování, jednání a komunikaci zdravotníků s mentálně postiženými nemocnými a jejich rodinami při hospitalizaci.

Z tabulky 2 zaměřené na klíčové oblasti otázek a odpovědí vyplývá, že dotazované sestry nemají téměř žádné znalosti specifík komunikace s mentálně retardovanými nemocnými. Neznají žádné typy alternativní a augmentativní komunikace. Standardizované pomůcky, jako např. piktogramy, nemají, i když v případě potřeby jsou schopné některé vyrobit podle potřeb nemocného. Zásadní je i oslovení mentálně postiženého křestním jménem. O problému oslovování mentálně postižených se ještě zmíním v diskuzi. Pomoci s ošetrovatelskou péčí se nebrání, většinou ji však provedou samy a rychleji, bez nutnosti vysvětlování. Návrhy na zlepšení péče o mentálně postižené nemocné vidí zejména v dalším vzdělávání a ve větším počtu personálu.

9 Diskuze

Rokycanský okres, ve kterém bydlím a pracuji, má ve své tzv. spádové oblasti tři ústavy sociální péče. Zde se věnují péči o mentálně postižené klienty. Tito klienti jsou velmi často hospitalizováni právě v Rokycanské nemocnici a.s., kde v současné době pracuji. Vzhledem k dlouholeté praxi na lůžkových odděleních různých zařízení a odborností jsem si povšimla někdy velmi nedostatečné komunikace a s tím spojenými problémy v péči o mentálně postižené pacienty. Protože sama mám mentálně retardovanou sestru, vždy jsem se tyto problémy snažila vyřešit svou zvýšenou péčí o tyto klienty.

Až v průběhu let a v rámci vyššího stupně studia jsem si uvědomila, že je zde lepší cesta, jak zlepšit péči o mentálně postižené klienty. Je to cesta vzdělávání ošetrovatelského personálu. Začala jsem pátrat po možnostech vzdělávání v oboru ošetrovatelské péče o mentálně postižené. Byla jsem však velice zklamána. Přestože se již péče o handicapované pacienty v mnoha ohledech zlepšila, stále chybí ucelené informace v oblasti ošetrovatelské péče o mentálně postižené pacienty.

Proto jsem se rozhodla svou bakalářskou práci zaměřit právě na hospitalizaci mentálně retardovaných pacientů. Tak bude alespoň moje práce zdrojem informací pro všechny, kteří se touto problematikou zabývají.

Již práce na teoretické části byla velmi zajímavá, neboť jsem zjistila, že existuje jen velmi omezený počet zdrojů literatury, které se zabývají konkrétní ošetrovatelskou péčí o mentálně postižené nemocné. Zároveň jsem zjistila, že i já sama mám velmi málo informací o problematice mentálního postižení jako takového. Byť se v okruhu mentálně postižených pohybuji prakticky celý život, o některých aspektech mentálního postižení jsem se dozvěděla až při studiu literatury.

Pro praktickou část své práce jsem zvolila kvalitativní výzkumné šetření, kde jsem chtěla zmapovat názory sester a opatrovníků na péči o mentálně postižené nemocné při hospitalizaci. Zvolila jsem metodu polostrukturovaných rozhovorů. Myslím si, že z těchto rozhovorů vplynuly některé alarmující poznatky. Je to například oblast komunikace s rodinami a samotnými nemocnými. Sestry neznají pravidla komunikace s postiženými, nemají přehled o alternativních formách komunikace.

Svoje výsledky, týkající se komunikace, jsem porovnávala se dvěma pracemi zaměřenými z větší části na komunikaci s postiženými. Jedná se o bakalářskou práci Evy Drahé (38) a diplomovou práci Evy Chrástkové (39). I z těchto dvou prací vyplývá, jak rozsáhlým problémem je komunikace s mentálně postiženými při hospitalizaci. Například v práci Evy Chrástkové se uvádí, že jen 23 % dotazovaných respondentů hodnotí své komunikační dovednosti jako dostatečné. Při dalším zkoumání ale zjistila, že i tito respondenti mají při dalším dotazování na detailní znalosti komunikace neadekvátní odpovědi. Pozitivním výsledkem v jejím výzkumném šetření však bylo, že 90 % respondentů by se rádo dále vzdělávalo v této problematice. A tak se sama sebe ptám, zda je možné zařadit do studia všeobecných sester více času pro výuku komunikace a zejména specifik komunikace s postiženými? (39) Problémy s komunikací se ukazují i v druhé práci, Evy Drahé, ve které 57 % respondentů neví, zda dodržuje zásady komunikace s mentálně postiženými.(38)

Dalším klíčovým bodem mé práce byla pomoc opatrovníků s ošetrovatelskou péčí. Z uvedených rozhovorů vyplývá, že se opatrovníci obvykle aktivně snaží pomoci ošetrovatelskému personálu. Je to zejména s krmením, koupáním a přebalováním nemocného. Opatrovníci mají pocit, že je jejich pomoc vítána. Z odpovědí sester však můžeme nabýt dojem, že pomoc rodičů je sice vítaná, neboť se sestry mohou věnovat další práci, nicméně radši by si ji udělaly samy, rychleji a bez dalšího vysvětlování. I z práce Evy Drahé vyplývá, že 43,6 % rodičů se snažilo být nápomocných při péči o jejich dítě v nemocnici.

Třetím bodem mé práce bylo zmapovat problémové chování mentálně postižených nemocných v nemocnici. Po prostudování literatury s touto tematikou jsem získala dojem, že toto chování je velkým problémem v péči o mentálně postižené. Nicméně dva z mých respondentů uvedli, že jejich svěřenci žádné problémové chování nemají. Podobnou otázku jsem položila i sestřím a byla jsem mile překvapena jejich odpověďmi. Sestry přiznaly výskyt problémového chování, nejčastěji to byla zvýšená agresivita, ale toto chování přičítají druhu postižení a berou je jako součást osoby postiženého. Díky tomu jej ve většině případů neberou jako problém. I v práci Evy Drahé se objevuje otázka negativních zkušeností s hospitalizací mentálně retardovaných, kde se ale uvádí, že 39 % zdravotníků má negativní zkušenosti s hospitalizací mentálně postiženého pacienta. Nejčastějším důvodem této negativní zkušenosti byla nespolupráce při vyšetření a agresivita.

Poslední otázkou, kterou jsem si kladla před zahájením výzkumného šetření, bylo, zda se při péči o mentálně retardované pacienty používá metoda ošetřovatelského procesu. Z odpovědí vyplývá, že nikoliv. Ošetřovatelský proces se většinou omezuje na vypsání ošetřovatelské anamnézy a zaškrťování nespecifických políček v ošetřovatelském plánu. Myslím si, že tento závěr je poměrně alarmující. Proč se používání ošetřovatelského procesu v praxi změnilo na vyplňování často nesmyslných formulářů? I tento problém by stál za bližší prozkoumání v některých z budoucích prací.

Ve chvíli, kdy jsem začala s přípravnou fází mého kvalitativního výzkumného šetření, jsem očekávala mnohem negativnější výsledky. V otázkách komunikace a používání ošetřovatelského procesu v praxi jsem se bohužel nezmýlila. Přesto právě tyto předpokládané výsledky byly impulsem k prováděnému šetření. Naopak velmi překvapená jsem byla postojem sester k problémovému chování mentálně postižených. Přesto si myslím, že by se problémové chování mentálně retardovaných dalo ještě více prozkoumat. A i mě by konkrétní výsledky velice zajímaly.

Ráda bych ještě uvedla jeden problém, na který stále hledám odpověď. Je jím oslovení mentálně postižených nemocných. V literatuře zabývající se komunikací s pacienty je doporučeno striktní oslovení pacientů titulem či příjmením. Situace s mentálně postiženými nemocnými je ale jiná. Ze svých vlastních zkušeností vím, že tyto pacienti obvykle na příjmení nereagují, neboť ani v ústavní péči je příjmením neoslovují. V mém výzkumném šetření odpověděly na tuto otázku všechny tři sestry z praxe stejně: „Oslovujeme je křestním jménem“. A tím se dostáváme k dilematu, jak tedy zachovat důstojnost mentálně retardovaného pacienta a zároveň umožnit takovému nemocnému příjemnější způsob komunikace? Já osobně oslovuji mentálně postižené nemocné křestním jménem a vykám jim. Jsem přesvědčena, že tato alternativa oslovení dodržuje pravidla komunikace s nemocným, ale zároveň mi i pomáhá ve vztahu s postiženým.

Jako poslední téma pro diskuzi bych ráda uvedla důvody, proč jsem publikovala i poslední dva rozhovory, byť jsem je nezahrnula do analýzy dat. Jak jsem již uvedla, moje mladší sestra je mentálně retardovaná. I to mě částečně ovlivnilo při výběru povolání. Přesto jsem svou sestru ani rodinu do výzkumného šetření nezahrnula. V rámci zachování objektivity jsem však našla kolegyni, všeobecnou sestru, která pomáhá s péčí o svého postiženého bratra. Její odpovědi jsou mi velice blízké a sama se v nich poznávám. Je to proto, že než jsem začala psát tuto práci, nevěděla jsem téměř nic o teorii mentálního

postižení, výuky či zvládání problémového chování. Všechny rodiny, které mají mentálně retardovaného člena, se o něj starají, jak nejlépe umí. 24 hodin denně. A to je možná právě důvod, proč mně i mé kolegyni chyběly teoretické znalosti o lidech s mentální retardací.

Díky své mladší sestře jsem se dostala do komunity mentálně a tělesně postižených. Poznala jsem mnoho jedinců s různým typem a stupněm postižení i jejich rodiny, přátele a známé. Nejvíce však mám na kontaktu s mentálně postiženými ráda jejich bezpodmínečnou radost a lásku, o kterou se s námi dělí, a pomáhají nám tak vyrovnat se se životem s mentálně postiženým dítětem, dospělým, bratrem či sestrou.

Jsem ráda, že jsem si pro svou bakalářskou práci zvolila právě téma mentálně retardovaných nemocných ve zdravotnickém zařízení. Studium literatury a následné rozhovory mě velice obohatily co do znalostí, tak i komunikačních dovedností. Velice ráda bych navázala na tuto práci některou z dalších prací, více specifikovanou na problémové oblasti.

Výsledky mého výzkumného šetření bych ráda po ukončení studia publikovala v některém z odborných časopisů pro sestry. Tím bych alespoň částečně přispěla ke zlepšení znalosti sester o této problematice. V praxi je další vzdělávání zdravotníků pouze na vůli sester a jejich zaměstnavatelů. A tak bych ráda apelovala na všechny čtenáře, že oblastí, kde se sestra může dále vzdělávat, je velice mnoho, a je jen na nich samotných, zda se rozhodnou zlepšit svou kvalifikaci, dozvědět se něco nového a přinést něco užitečného do praxe.

IV ZÁVĚR

Bakalářská práce na téma hospitalizace mentálně postižených nemocných měla jako hlavní cíl zmapovat názory opatrovníků a všeobecných sester na tuto problematiku. Myslím si, že tohoto cíle se mi podařilo dosáhnout. Zároveň se mi podařilo dosáhnout i dílčích cílů, kterými byla problematika komunikace, problémového chování a ošetrovatelského procesu.

Zjistila jsem, že největším problémem při hospitalizaci mentálně postiženého nemocného je komunikace. Problémy přináší jak komunikace s konkrétním postiženým, tak i s rodinou. Otázka problémového chování byla zodpovězena velmi překvapivě. Problémové chování není tak velkým problémem, za jaký jsem ho při psaní teoretické části považovala. Sestry jej berou jako součást osobnosti postiženého a nevidí v něm překážku při poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Poslední otázkou, kterou jsem si při výzkumném šetření kladla, bylo používání ošetrovatelského procesu v péči o mentálně retardované pacienty. Dle mých předpokladů je použití ošetrovatelského procesu v praxi velice omezené. Hledání důvodů, proč tomu tak je, by mohlo být tématem na samostatnou práci.

Jak jsem již uvedla v diskuzi, jsem přesvědčená, že kontinuální vzdělávání všeobecných sester je nejlepší cestou ke zvýšení kvality péče o nemocné. Proto jsem do příloh zařadila fiktivní pozvánku na odbornou konferenci s tématem hospitalizace mentálně postižených nemocných. Myslím si, že konferenci na toto téma by uvítali všichni, kteří se při své práci s mentálně postiženými setkávají. (Příloha č. 11)

Závěrem lze říci, že mentálně postižených pacientů v různých zdravotnických zařízeních je velmi mnoho a je jen na nás zdravotnících, jak se k péči o tyto postižené postavíme. Protože ze všeho nejvíc při péči o nemocné záleží právě na nás, na našich znalostech, dovednostech a osobnostních vlastnostech.

SEZNAM ZDROJŮ

- (1) SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 160 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4717-333.
- (2) VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 1. vyd. Praha: Parta, 2003, 443 s. ISBN 80-732-0039-2.
- (3) VITÁSKOVÁ, Kateřina. *Využívání metody Snoezelen u osob s mentálním postižením*. V Ostravě: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta, 2010, 189 s. ISBN 978-80-7368-915-5.
- (4) LANGER, Stanislav. *Mentální retardace: etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova*. 3. přepracované vyd. Hradec Králové: Kotva, 1996, 273 p. ISBN 80-900-2548-X.
- (5) ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2003, 187 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-717-8821-X.
- (6) VÁGNEROVÁ, Marie, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Stanislav ŠTECH. *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2000, 230 s. ISBN 80-718-4929-4.
- (7) BIRCKHEAD, Loretta M. *Instructors manual for Psychiatric/mental health nursing: the therapeutic use of self*. Philadelphia: Lippincott, 1989. ISBN 03-975-4784-6.
- (8) ČADILOVÁ, Věra, Hynek JŮN a Kateřina THOROVÁ. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 243 s. ISBN 978-807-3673-192.
- (9) SELIKOWITZ, Mark. *Downův syndrom: definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělání, dospělost*. Vyd. 2. Překlad Dagmar Tomková. Praha: Portál, 2011, 197 s. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-7367-882-1.
- (10) MUMENTHALER, Marco a Heinrich MATTLE. *Neurologie*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2001, 649 s. ISBN 80-716-9545-9.
- (11) *Specifika komunikace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, 48 s. ISBN 978-80-244-1935-0.

- (12) KUBOVÁ, Libuše. *Alternativní komunikace, cesta ke vzdělávání těžce zdravotně postižených dětí*. Praha: Tech-Market, 1996, 45 s., [17] s. obr. příloh. ISBN 80-902-1341-3.
- (13) JANOVCOVÁ, Zora. *Alternativní a augmentativní komunikace: učební text*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010, 52 s. ISBN 978-802-1051-867.
- (14) EMERSON, Eric. *Problémové chování u lidí s mentální retardací*. Vyd. 1. Překlad Hana Kašparovská. Praha: Portál, 2008, 166 s. ISBN 978-807-3673-901.
- (15) KUBOVÁ, Libuše. *Piktogramy: učebnice*. Praha: Tech-Market, 1997, 49 l. ISBN 80-861-1400-7.
- (16) KUBOVÁ, Libuše, Zuzana PAVELOVÁ a Ivana RÁDKOVÁ. *Znak do řeči*. Praha: Tech-Market, 1999, 87 s. ISBN 80-861-1423-6.
- (17) ŠÍŠKA, Jan. *Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2005, 100 s. ISBN 80-246-0992-4.
- (18) VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
- (19) LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 152 s. ISBN 978-802-4717-845.
- (20) HONZÁK, Radkin. *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. 2. dopl. vyd. Praha: Galén, 1999, 165 s. ISBN 80-726-2032-0.
- (21) ŠVARCOVÁ, Iva. *Komplexní systém vzdělávání dětí, mládeže a dospělých s těžším mentálním postižením*. 2. vyd. Praha: Septima, 1995, 62 s. ISBN 80-858-0154-X.
- (22) VIGOTSKIJ, Lev Semenovič. *Vývoj vyšších psychických funkcí*. 1. vyd. Praha: SPN, 1976.
- (23) POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. přepr. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007, 100 s. ISBN 978-807-0134-665.

(24) *Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením: monografie.* 1. vyd. Editor Vanda Hájková. Praha: Somatopedická společnost, 2009, 159 s. ISBN 978-809-0446-403.

(25) NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním.* Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 159 s. ISBN 80-717-8197-5.

(26) GRIMOVÁ, B. *Právo a lidé s postižením. Máme otevřeno?* o.s.: Dobromysl.cz [online]. 2002-2013 [cit. 2013-02-06]. ISSN 1214-2107. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=481&tmplid=45>

(27) HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Práva pacientů.* Havířov: Nakl. Aleny Krtilové, 1996, 176 p. ISBN 80-902-1630-7.

(28) MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče.* 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

(29) TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu.* 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001, 185 s. ISBN 80-701-3324-4.

(30) JIŘÍ SOBEK A KOLEKTIV. *Můžete si vybrat: Příručka o lidských právech pro lidi s mentálním postižením.* 2. vydání. Praha: Portus Praha, a.s., 2009, 23 s.

(31) KVAPILÍK, Josef a Marie ČERNÁ. *Zdravý způsob života mentálně postižených.* Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0019-9.

(32) MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí.* 3., přeprac. vyd. Jinočany: H, 2001. ISBN 80-860-2292-7.

(33) PÖRTNER, Marlis. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči.* Vyd. 1. Překlad Petr Babka. Praha: Portál, 2009, 175 s. ISBN 978-807-3675-820.

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

(35) VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sexualita lidí s mentálním postižením.* Florence. 2006, č. 10, s. 2. ISSN 1801-464X.

- (36) MATULAY, Karol. *Ošetrovanie mentálne poškodených*. Martin: Osveta, 1989.
- (37) KRAUS, Vratislav. *Je personál zdravotnických zařízení schopen komunikovat s handicapovanými pacienty na odpovídající úrovni?: Záleží na individuálních schopnostech*. Zdravotnické noviny. 2006, č. 5. ISSN 0044-1996.
- (38) DRAHÁ, Eva. *Psychosociální problematika mentálně postižených klientů při hospitalizaci* [online]. Zlín, 2008 [cit. 2013-02-04]. Dostupné z: <http://www.theses.cz/id/p4ny1p?info=1;isslret=Psychosoci%C3%A1ln%C3%AD%3Bproblematika%Bment%C3%A1ln%C4%9B%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3DPsychosoci%C3%A1ln%C3%AD%20problematika%20ment%C3%A1ln%C4%9B%20posti%C5%BEen%C3%BDch%20klient%C5%AF%20p%C5%99i%20hospitalizaci%26start%3D1>. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Mgr. Stanislava Kolářová.
- (39) CHRÁSTKOVÁ, Eva. *Problematika komunikace u osob s mentálním postižením ve zdravotnickém zařízení* [online]. Olomouc, 2011 [cit. 2013-02-04]. Dostupné z: <http://www.theses.cz/id/7qwj1y?info=1;isslret=Problematika%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3DProblematika%20komunikace%20osob%20s%20ment%C3%A1ln%C3%ADm%20posti%C5%BEen%C3%ADm%20ve%20zdravotnick%C3%A9m%20za%C5%99%C3%ADzen%C3%AD%26start%3D1>. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Mgr. Bc. Renata Kojecová.

SEZNAM ZKRATEK

AAK - Alternativní a augmentativní komunikace

ADD - Attention deficit disorder

ADHD – Attention deficit hyperaktion disorder

aj. – a jiné

apod. – a podobně

atd. – a tak dále

cca - přibližně

CNS – centrální nervová soustava

č. - číslo

ČR – Česká republika

DMO – dětská mozková obrna

EEG - elektroencefalograf

IQ – inteligenční kvocient

Mgr. – Magistr

NANDA – the North American Nursing Diagnosis Association

např. – například

OSN – Organizace spojených národů

PCS – Picture Communication Symbols

s. - strana

Sb. – sbírka

tab. - tabulka

tj. – to je

tzn. – to znamená

tzv. – takzvaný

WHO – The World Health Organization

SEZNAM TABULEK


Tabulka 1 Klíčové oblasti – opatrovníci

Tabulka 2 Klíčové oblasti – sestry





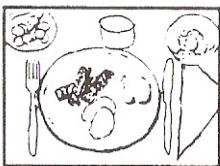
SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1 Piktogramy
- Příloha 2 Znak do řeči
- Příloha 3 Komunikační systém Makaton
- Příloha 4 Komunikační systém Bliss
- Příloha 5 Práva pacientů
- Příloha 6 Charta práv dětí v nemocnici
- Příloha 7 Deklarace OSN o právech lidí s mentálním postižením
- Příloha 8 Maslowova pyramida potřeb
- Příloha 9 Barthelův test základních všedních dovedností
- Příloha 10 Ošetrovatelské diagnózy u mentálně postižených dle NANDA domén
- Příloha 11 Pozvánka na odbornou konferenci





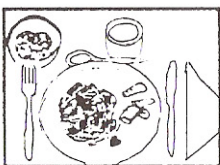
Příloha 1 Piktogramy







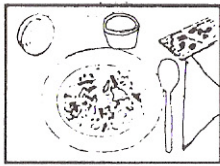
PONDĚLÍ





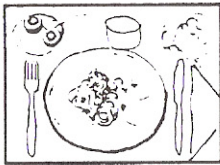
ÚTERÝ







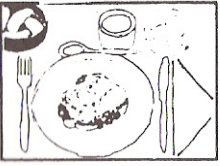
STŘEDA





ČTVRTEK




PÁTEK



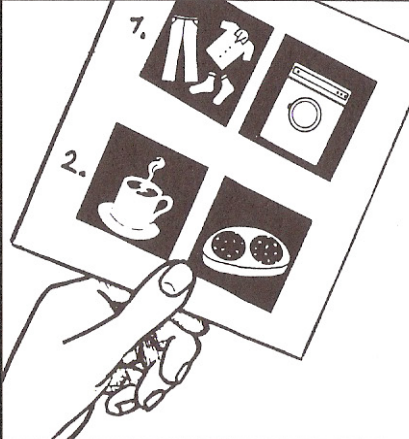
Jídelníček



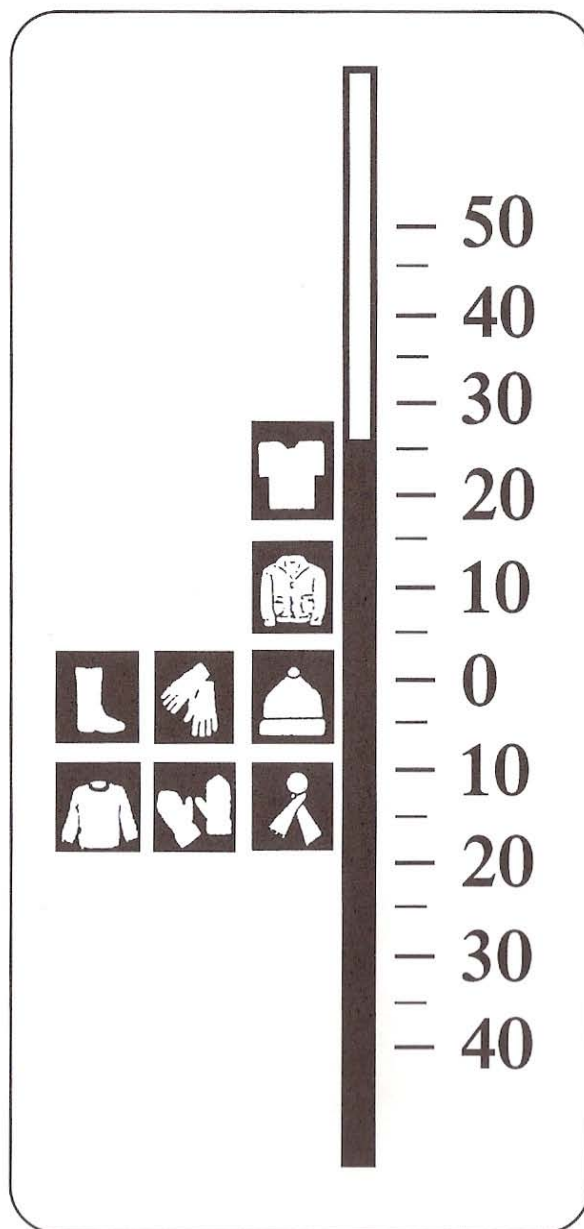
Pátek 4.10. 17 hod.



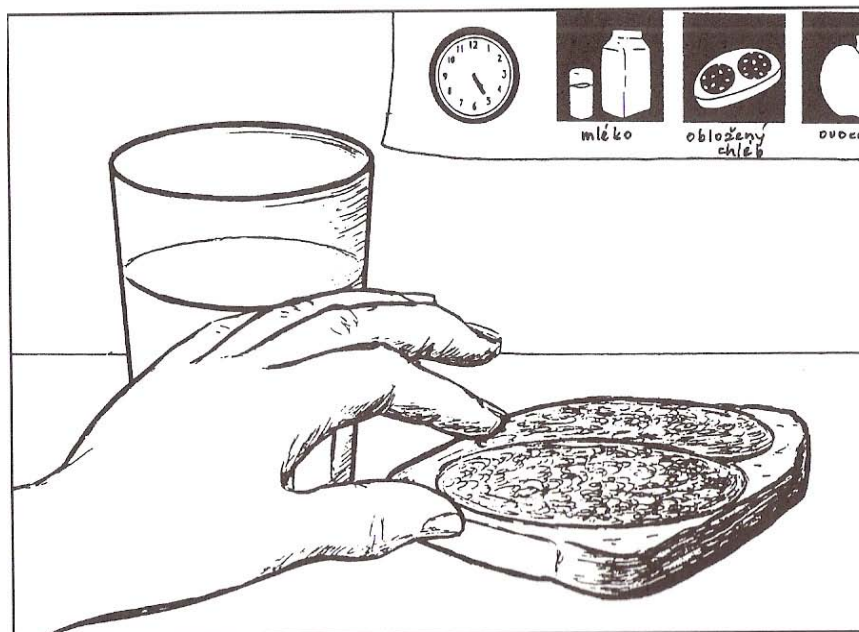
Pozvání na kávu



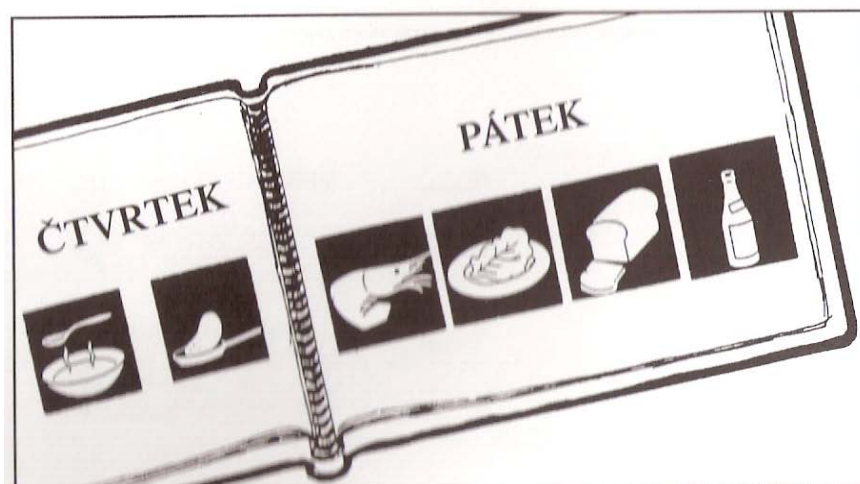
Sled činností



Jak se obléci podle počasí









Večeře















Zdroj: KUBOVÁ, Libuše. *Piktogramy: učebnice*. Praha: Tech-Market, 1997, 49 l. ISBN 80-861-1400-7.

Příloha 2 Znak do řeči

 <p>MÍT STRACH, SCHOVÁVAT SE ruce s roztaženými prsty před obličejem</p>	 <p>POTŘEBOVAT obě ruce s 2 nataženými prsty dělají kruhy před tělem</p>	 <p>SMUTNÝ palcem a ukazováčkem náznak obráceného oblouku</p>	 <p>SKÁKAT dva prsty pohyb do dlaně</p>	 <p>PADAT dva prsty na vnější straně druhé ruky, náznak padání</p>	 <p>SPADNOUT rukou mávnout dolů</p>
 <p>DIVIT SE krotit rukou</p>	 <p>RŮST jedna ruka se vztyčuje z dlaně druhé ruky</p>	 <p>NĚST něco nesu v ruce</p>	 <p>VYSKOČIT dva prsty z dlaně druhé ruky</p>	 <p>PŘESKOČIT dva prsty z dlaně druhé ruky</p>	 <p>DÁVAT natažená dlaň</p>
 <p>JÍT ukazováček a prostředníček kmitají</p>	 <p>BĚŽET oběma rukama rychle znak jít</p>	 <p>STÁT 2 natažené prsty kolmo do dlaně 2. ruky</p>	 <p>CHRÁNIT překřížené ruce na těle</p>	 <p>MLUVIT kmitání ukazováčkem a prostředníkem před ústy</p>	 <p>POSLOUCHAT obě ruce u uší</p>

Příloha 3 Komunikační systém Makaton

Komunikační systém MAKATON (symboly) 1. ETAPA

záchod		domov	
postel		dům	
židle		auto	
židle		autobus	
stůl		já/mně	
stůl		ty	

Zdroj: KUBOVÁ, Libuše. *Alternativní komunikace, cesta ke vzdělávání těžce zdravotně postižených dětí*. Praha: Tech-Market, 1996, 45 s., [17] s. obr. příloh.

Příloha 4 Komunikační systém Bliss

Základní tabulka symbolů Bliss

Tvoření vět pomocí symbolů Bliss

Muž se dívá na televizi



Holčička jde domů



Kůň skáče



Zdroj: KUBOVÁ, Libuše. *Alternativní komunikace, cesta ke vzdělávání těžce zdravotně postižených dětí*. Praha: Tech-Market, 1996, 45 s., [17] s. obr. příloh.

Příloha 5 Práva pacientů

Etický kodex "Práva pacientů" navrhla a po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky. Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná dnem 25. února 1992.

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případu akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich zúčastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření a léčba jsou věcí důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému

ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou, má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoli, a to i bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musejí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Příloha 6 Charta práv dětí v nemocnici

1. Děti musejí být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.
2. Děti v nemocnici musejí mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, mělo by se rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.
3. Děti a/nebo jejich rodiče musejí mít právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Musejí mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.
4. Děti a/nebo jejich rodiče musejí mít právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě musí být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.
5. S dětmi se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.
6. Dětem se musí dostávat péče náležitě školeného personálu, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.
7. Děti musejí mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.
8. O děti musí být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.
9. Děti musejí být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.
10. Děti musejí mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu.

Zdroj: HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Práva pacientů*. Havířov: Nakl. Aleny Krtilové, 1996, 176 p. ISBN 80-902-1630-7.

Příloha 7 Deklarace OSN o právech lidí s mentálním postižením

Deklarace byla vyhlášena na Valném shromáždění OSN dne 20. prosince 1971.

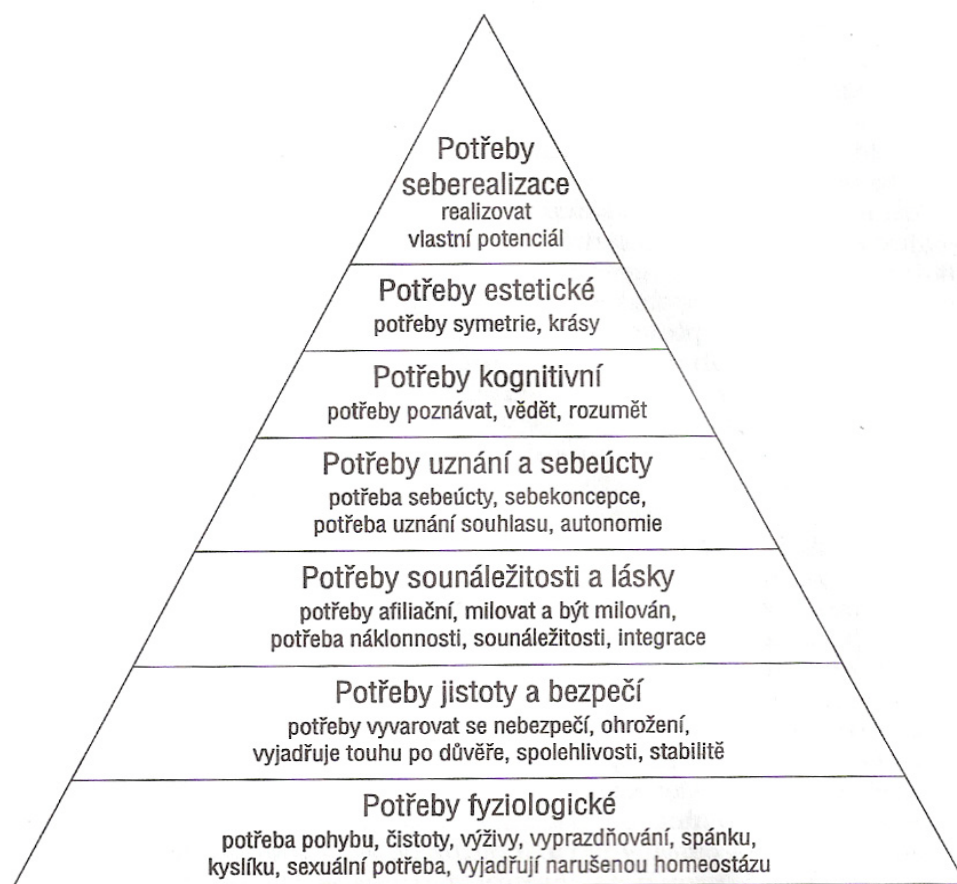
Valné shromáždění vyhlašuje tuto deklaraci o mentálně retardovaných a současně žádá národní a mezinárodní organizace, aby zabezpečily, že tato deklarace bude sloužit na ochranu těchto práv:

1. Mentálně postižený má mít v nejvyšší možné míře stejná práva jako ostatní lidské bytosti.
2. Mentálně postižený má právo na zdravotní péči a vhodnou fyzikální terapii, jakož i na takovou výchovu, readaptaci a vedení, které mu umožní rozvinout v maximální možné míře jeho možnosti a schopnosti.
3. Mentálně postižený má právo na ekonomické zabezpečení a slušnou životní úroveň. Má plné právo podle svých možností produktivně pracovat nebo se zabývat jinou užitečnou činností.
4. Pokud je to možné, má mentálně postižený žít v kruhu své vlastní rodiny nebo v rodině opatrovníka a účastnit se různých forem společenského života. Proto má být rodině, ve které žije, poskytována pomoc. Je-li jeho umístění do specializovaného zařízení potřebné, mají být prostředí a podmínky života v něm tak blízké normálním podmínkám života, jak je to jen možné.
5. Mentálně postižený má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud to vyžaduje ochrana jeho dobra a zájmů.
6. Mentálně postižený má právo na ochranu před jakýmkoli vykořisťováním, zneužíváním nebo ponižujícím zacházením. Je-li předmětem soudního stíhání, má mít právo na zákonný proces s plným uznáním svého stupně odpovědnosti, který vyplývá z jeho mentálního stavu.
7. Jestliže někteří postižení nejsou schopni účinně využívat souhrnu svých práv v důsledku hloubky svého postižení a jestliže se ukáže potřeba omezit tato práva buď částečně, nebo úplně, pak musí postup používaný za účelem omezení nebo zrušení těchto práv chránit

postiženého zákonně proti jakékoli formě zneužití. Tento postup by měl být založen na hodnocení kvalifikovaných znalců, kteří by posoudili sociální způsobilost postiženého. Omezení nebo zrušení práv má být podrobena periodickým revizím a musí být odvolatelné u vyšších institucí.

Zdroj: GRIMOVÁ, B. *Právo a lidé s postižením. Máme otevřeno?* o.s.: Dobromysl.cz [online]. 2002-2013 [cit. 2013-02-06]. ISSN 1214-2107. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=481&tmplid=45>

Příloha 8 Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001, 185 s. ISBN 80-701-3324-4.

Příloha 9 Barthelův test základních všedních činností

Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)		
Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinence	5
	inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinence	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50m	15
	s pomocí 50m	10
	na vozíku 50m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech	
0 - 40 bodů	vysoce závislý
45 - 60 bodů	závislost středního stupně
65 - 95 bodů	lehká závislost
100 bodů	nezávislý

Zdroj: TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001, 185 s. ISBN 80-701-3324-4.

Příloha 10 Ošetrovatelské diagnózy u mentálně postižených

dle NANDA domén

Podpora zdraví	
00078	Neefektivní léčebný režim
00099	Neefektivní podpora zdraví
Výživa	
00001	Nadměrná výživa
00002	Nedostatečná výživa
00025	Riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin
00103	Porušené polykání
Vylučování a výměna	
00011	Zácpa
00014	Inkontinence stolice
00015	Riziko zácpy
00016	Porušené vyprazdňování moči
00021	Úplná inkontinence moči
Aktivita – odpočinek	
00040	Riziko imobilizačního syndromu
00085	Zhoršená pohyblivost
00088	Porušená chůze
00089	Zhoršené ovládání pojízdného vozíku
00090	Zhoršená schopnost přemístit se
00091	Zhoršená pohyblivost na lůžku
00095	Porušený spánek
00097	Nedostatek zájmových aktivit
00102	Deficit sebeděče při jídle
00108	Deficit sebeděče při koupání a hygieně
00109	Deficit sebeděče při oblékání a úpravě zevnějšku
00110	Deficit sebeděče při vyprazdňování
Vnímání – poznávání	
00051	Zhoršená verbální komunikace
00122	Porucha smyslového vnímání
00126	Deficitní znalost
00128	Akutní zmatenost
00130	Porušené myšlení
Vnímání sebe sama	
00054	Riziko osamělosti
00119	Chronicky snížená sebeúcta
00121	Porušená osobní identita
00125	Bezmocnost
Vztahy	
00052	Poškozená sociální interakce
00061	Přetížení pečovatele
00062	Riziko přetížení pečovatele

Sexualita	
00065	Neefektivní sexuální život
Zvládání zátěže, odolnost vůči stresu	
00069	Neefektivní zvládání zátěže
00070	Oslabené přizpůsobování
00146	Úzkost
00148	Strach
00149	Riziko stresového syndromu po přemístění
Životní princip	
00083	Konflikt v rozhodování
Bezpečnost a ochrana	
00048	Porušená dentice
00138	Riziko násilí vůči jiným
00139	Riziko sebepoškození
00140	Riziko násilí vůči sobě
00151	Sebepoškození
00155	Riziko pádů
Komfort	
00053	Sociální izolace
Růst a vývoj	
00111	Opožděný růst a vývoj

Zdroj: MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

Příloha 11 Pozvánka na odbornou konferenci
Rokycanská nemocnice, a.s.

pořádá

ODBORNOU KONFERENCI

SPECIFIKA HOSPITALIZACE MENTÁLNĚ POSTIŽENÉHO NEMOCNÉHO

Termín konání: 30.5.2013 od 9:00

Místo konání akce: Zasedací místnost, I. patro R.N., a.s.

Předpokládané ukončení akce: 15:00

Akce je pořádána v rámci celoživotního vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků. Účastníci obdrží certifikát o účasti s kreditní hodnotou dle vyhlášky 423/2004Sb.

Konference je určena pro následující odbornosti: všeobecná sestra, dětská sestra, porodní asistentka, fyzioterapeut, zdravotnický záchranář

Garant akce: primář interního oddělení, R.N., a.s.

Účastnický poplatek: 100 Kč

Přihlášky na konferenci možno zaslat poštou nebo prostřednictvím emailu na následující kontakty:

Rokycanská nemocnice, a.s.
Sekretárka interního odd.
Voldušská 750/II
337 22 Rokycany

intsekretar@nemocnice-ro.cz

Termín podání přihlášek k pasivní účasti nejpozději do 20.4.2013

V případě dotazu se můžete obrátit také telefonicky na paní Ušatou, sekretárku interního odd. na tel. č. 371 762 204

Poplatek možno uhradit na č. ú. 123 456 789 / 0123 nebo osobně v pokladně R.N., a.s. /přízemí polikliniky/. Potvrzení o zaplacení předložte před zahájením konference.

V hodnotě účastnického poplatku je zahrnuto občerstvení v době přestávky / káva, čaj, voda, chlebiček/ a oběd dle aktuálního výběru v jídelně R.N., a.s.

PROGRAM KONFERENCE

I.blok

9:00 – 9:15

Zahájení

Staniční sestra, int.odd., R.N.,a.s.

9:15 – 10:00

Úvod do problematiky mentální retardace
*Speciální pedagog, dětská klinika FN
Plzeň*

10:00 – 10:45

Psychologie mentálně postižených
*Klinický psycholog, psychiatrická klinika
FN Plzeň*

10:45 – 11:00 Přestávka

11:00 – 11:30

Potřeby mentálně postiženého
nemocného v ošetrovatelském procesu
Staniční sestra, int. odd., R.N.,a.s.

11:30 – 12:00

Pravidla komunikace s mentálně
retardovaným nemocným
Odb. as., FZS ZČU Plzeň

12:00 – 13:00 Oběd

Doprava z centra

Linka MHD 475010

Odjezd z aut. nádraží,
nástupiště č. 11 v 8:37

Příjezd - zast. Nemocnice
v 8:44

Doprava do centra

Linka MHD 475010

Odjezd - zast. Nemocnice
v 15:15

Příjezd na aut. nádraží,
nástupiště č. 11 v 15:20

II.blok

13:00 – 13:45

Problémové chování

Psychiatr, psychiatrická klinika FN Plzeň

13:45 – 14:30

Praktický trénink komunikace s mentálně
postiženým
Odb. as., FZS ZČU Plzeň

14:30 – 14:40

Ověření získaných znalostí testem

14:40 – 15:00 Diskuze

15:00

Zakončení konference, předání certifikátů



Zdroj: vlastní