

Problematika péče o pacienty s mentální retardací

Aneta Kreuzová

Bakalářská práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Aneta Kreuzová**
Osobní číslo: **H11094**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Problematika péče o pacienty s mentální retardací**

Zásady pro vypracování:

Rešerše, studium odborné literatury k dané problematice.

Vymezení pojmů v oblasti problematiky péče o pacienty s mentální retardací.

Příprava a zhotovení dotazníků.

Realizace průzkumu v péči o pacienty s mentální retardací na interních a chirurgických odděleních v Krajské nemocnici Tomáše Bati, a.s.

Vyhodnocení dotazníkového šetření.

Prezentace výsledků dotazníkového šetření a shrnutí informací o řešení problematiky.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ČERŇANOVÁ, Andrea. Ošetrovanie chorých: s psychickými problémami na somatických oddeleniach: učebnica pre fakultu ošetrovateľstva. Martin: Osveta, 2011. ISBN 978-80-8063-354-7.

EMERSON, Eric. Problémové chování u lidí s mentální retardací. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-390-1.

HOSÁKOVÁ, Jiřina. Ošetrovatelská péče v psychiatrii. Opava: Slezská univerzita, 2007. ISBN 978-80-7248-442-3.

ŠÍŠKA, Jan. Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0992-4.


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

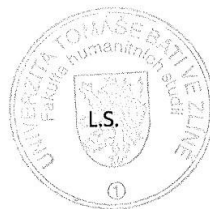
Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Andrea Filová**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **26. ledna 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **22. května 2015**

Ve Zlíně dne 16. ledna 2014


doc. Ing. Anežka Lengálková, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 24. 3. 15

..... 

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užití či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Abstrakt česky:

Bakalářská práce se zabývá problematikou péče o pacienty s mentální retardací. Teoretická část je zaměřena na formy a projevy mentální retardace, poskytování ošetrovatelské péče všeobecnými sestrami a na etický přístup k těmto pacientům. Dále obsahuje komunikaci s jedinci s mentální retardací a vliv rodiny na mentálně retardované jedince.

Praktická část je zaměřena na kvalitu ošetrovatelské péče poskytované všeobecnými sestrami pacientům s mentální retardací. Byla uskutečněna pomocí nestandardizovaného dotazníku.

Klíčová slova: Mentální retardace, ošetrovatelská péče, všeobecné sestry, etika, komunikace

ABSTRACT

Abstrakt ve světovém jazyce:

The bachelor thesis deals with the issue of care of patients with mental retardation. The theoretical part is focused on the forms and manifestations of mental retardation, the provision of nursing care, general nurses and an ethical approach to these patients. Also includes communication with individuals with mental retardation and the influence of the family on the mentally retarded individual.

The practical part is focused on the quality of nursing care provided by general nurses to patients with mental retardation. Was carried out using non-standardized of the questionnaire.

Keywords: Mental retardation, nursing care, nurses, ethics, communication

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Prohlašuji, že práci s názvem Problematika péče o pacienty s mentální retardací jsem vypracovala samostatně a veškeré zdroje jsou uvedeny v seznamu literatury.

Děkuji paní Mgr. Andree Filové za cenné rady, věcné připomínky a vstřícnost při konzultacích a vypracování bakalářské práce. Mé poděkování patří též všeobecným sestřím z interních a chirurgických oddělení z Krajské nemocnice Tomáše Bati a.s. za spolupráci při získávání údajů pro praktickou část práce.

Motto:

„Ať už má člověk postižení jakéhokoliv druhu, vždy se najde mnoho možností, jak mu pomoci.“

Neznámý autor

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 DEFINICE MENTÁLNÍ RETARDACE	12
2 ETIOLOGIE MENTÁLNÍ RETARDACE	13
2.1 VLVY PROSTŘEDÍ	13
2.2 GENETICKÉ PŘÍČINY	13
2.3 POSTANTÁLNÍ POSTIŽENÍ MOZKU	13
3 DIAGNOSTIKA MENTÁLNÍ RETARDACE	14
4 FORMY A PROJEVY MENTÁLNÍCH RETARDACÍ	15
4.1 LEHKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE IQ 50 - 69	15
4.2 STŘEDNĚ TĚŽKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE IQ 35-49.....	15
4.3 TĚŽKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE IQ 20-35.....	15
4.4 HLUBOKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE IQ POD 20.....	16
4.5 JINÁ MENTÁLNÍ RETARDACE.....	16
4.6 NESPECIFIKOVANÁ MENTÁLNÍ RETARDACE.....	16
5 POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE PACIENTŮM S MENTÁLNÍ RETARDACÍ	17
5.1 HLAVNÍ PRINCIPY PÉČE	17
5.2 SPECIFIKA PŘI REALIZACI OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	17
5.3 FAKTORY ZVYŠUJÍCÍ NAPĚTÍ PACIENTA PŘI VSTUPU DO ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ	18
5.4 OŠETŘOVATELSKÝ PŘÍSTUP K NEKLIDNÝM A AGRESIVNÍM PACIENTŮM.....	18
5.5 OMEZENÍ VOLNÉHO POHYBU PACIENTA PŘI POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÉ PÉČE	18
5.6 INFORMOVANÝ SOUHLAS	19
6 ETICKÝ PŘÍSTUP V KOMUNIKACI A OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI O PACIENTA S MENTÁLNÍ RETARDACÍ	20
6.1 PSYCHOLOGICKÉ ZVLÁŠTNOSTI JEDINCŮ S MR	20
7 VLIV RODINY NA JEDINCE S MENTÁLNÍ RETARDACÍ	22
8 LÉČBA	24
II PRAKTICKÁ ČÁST	25
9 FORMULACE PROBLÉMU	26
9.1 CÍLE PRŮZKUMU	26
9.2 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	26
9.3 CHARAKTERISTIKA OTÁZEK V DOTAZNÍKU	26
9.4 METODIKA SBĚRU DAT	27
9.5 ORGANIZACE PRŮZKUMU	28
9.6 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	28
10 VÝSLEDKY PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	29
11 DISKUZE	58

11.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	60
ZÁVĚR	61
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	62
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	64
SEZNAM GRAFŮ	65
SEZNAM TABULEK.....	66
SEZNAM PŘÍLOH.....	67

ÚVOD

Lidé nejen s mentální retardací, ale i jiným psychickým či fyzickým postižením se musí potýkat s odmítnutím, zvláštními pohledy a taky bohužel s neadekvátní ošetrovatelskou péčí. Tito lidé jsou velice křehcí a my sestry, by jsme si to měly uvědomovat, dokázat se do nich vcítit a pomáhat jim v každodenních činnostech. Stejně tak bychom měly zmírňovat negativní reakce na hospitalizaci a aspoň trochu zpříjemnit jejich pobyt v nemocnici.

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit informovanost a znalosti všeobecných sester o mentální retardaci a jak je jimi poskytovaná ošetrovatelská péče kvalitní, zda-li se řídí zásadami, či pečují o pacienty s mentální retardací, tak jako o ostatní pacienty. Dalším cílem bylo zjistit, jaký mají všeobecné sestry názor na doprovod u pacientů s mentální retardací a jak často doprovod s pacientem přijde či zůstane po celou dobu hospitalizace. Dle výsledků bych ráda vypracovala doporučení pro praxi.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala, protože jsem od mala s těmito lidmi v kontaktu, vyzařuje z nich něco nádherného, nikomu záměrně neubližují, a proto by jsme se k nim měli chovat s úctou. Jsou to bytosti jako lidé bez handicapu, troufám si říci, že v některých ohledech i lepší než lidé bez handicapu. Po nástupu na praxi později i v zaměstnání jsem měla možnost vidět na vlastní oči zacházení s pacienty s mentální retardací. I když převažovala péče kvalitní a empatická, vyskytla se i péče bez úcty, dokonce s pošklebky a neempatickým přístupem.

Výsledky tohoto průzkumu by měly přinést lepší rozhled všeobecným sestram v péči o pacienty s mentální retardací, zlepšení ošetrovatelské péče a také komunikace s těmito pacienty.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DEFINICE MENTÁLNÍ RETARDACE

Definice mentální retardace dle MKN (mezinárodní klasifikace nemocí) – 10 (2000)

Mentální retardace (dále jen MR) je stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován především narušením schopností projevujících se v průběhu vývoje a podílející se na celkové úrovni inteligence. Jedná se především o poznávací, řečové, motorické a sociální dovednosti. MR se může vyskytnout s jakoukoliv jinou duševní, tělesnou či smyslovou poruchou anebo bez nich. Jedinci s MR mohou být postižení celou řadou duševních poruch, jejichž prevalence je tři až čtyřikrát častější než v běžné populaci. Adaptivní chování je vždy narušeno, ale v chráněném sociálním prostředí s dostupnou podporou nemusí být toto narušení u jedinců s lehkou MR nápadné (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012, s. 32).

Americká asociace pro mentální postižení (American Association for Mental Retardation) AAMR aktualizovala v roce 2002 definici MR takto:

Mentální retardace je snížená schopnost (=disability) charakterizovaná výraznými omezeními v intelektových funkcích a také v adaptačním chování, což se projevuje v pojmových, sociálních a praktických adaptačních dovednostech.

Dále stanovuje AAMR pět předpokladů pro stanovení definice:

1. Snížení aktuální funkčnosti musí být posuzováno v souvislosti s prostředím komunity typické pro daný věk a kulturu jedince.
2. Bere v úvahu kulturní a jazykovou rozmanitost a také (individuální) rozdíly v komunikaci, vnímání, pohybových možnostech a v chování.
3. U každého jedince se vedle omezení vyskytují i jeho silné stránky.
4. Zjišťování limitů má jít ruku v ruce s vypracováním systému cílené podpory.
5. S vhodnou individuální podporou, dojde k celkovému zlepšení kvality života člověka s MR. Zde autoři desáté revize doplňují – pokud se toto zlepšení nedostaví, je třeba přehodnotit dosavadní profil individuální podpory. Podle nich starý stereotyp, podle kterého u lidí s mentálním postižením k žádnému vývoji tak jako tak nikdy nedojde, je nesprávný (Šiška, 2005, s. 10-11).

2 ETIOLOGIE MENTÁLNÍ RETARDACE

Příčinou MR je postižení CNS, které může vzniknout různým způsobem, její etiologie se projeví kvantitativně i kvalitativně v klinickém obraze, tj. závažností postižení a převažujícími symptomy (Fisher, Škoda, 2008, s. 92).

2.1 Vlivy prostředí

Vlivy prostředí, jež negativně působí na vývoj dítěte v prenatálním období, v průběhu porodu nebo v raném věku přibližně do 1,5 – 2 let:

- Fyzikální (ionizující záření, mechanické poškození plodu, nedostatek kyslíku).
- Chemické (léky, alkohol, drogy).
- Biologické (virové, mikrobiální), (Juklová, Skorunková, 2007, s. 58).

2.2 Genetické příčiny

Dědičně podmíněný mentální defekt, který vzniká na základě poruchy ve struktuře nebo funkci genetického aparátu. K známým patří Downův syndrom, který je důsledkem anomálie chromozomů, trizomie 21. páru, poruchy sex chromozomů – Klinefelterův syndrom (XXY), Turnerův syndrom (XO), apod. (Fisher, Škoda, 2008, s. 92).

2.3 Postantální postižení mozku

Následkem je narušení vývoje rozumových schopností. Dohodou bylo stanoveno, že do diagnostické skupiny MR budou zahrnovány pouze takové defekty, které vznikly v průběhu prvních 18 měsíců věku dítěte. Později vzniklé retardace jsou označovány za získané a v takových případech hovoříme již o demenci (Fisher, Škoda, 2008, s. 93).

V době po narození může způsobit MR mnoho vlivů, mezi něž patří zánět mozku způsobený mikroorganismy (klíšťová encefalitida, meningitida, meningoencefalitida), mechanické vlivy jako traumata, mozkové léze při nádorovém onemocnění a krvácení do mozku.

Snížení intelektových schopností může zapříčinit i sensorická, citová a sociokulturní deprivace dětí vyrůstajících v nepřátelském, odcizeném, nepodnětném rodinném prostředí či dětí v institucionální péči. Pokud ovšem dojde včas k saturaci (nasyčení) těchto potřeb, intelektový deficit se může upravit (proto nelze definovat MR jako trvalou poruchu), (Michalík a kol., 2011, s. 122).

3 DIAGNOSTIKA MENTÁLNÍ RETARDACE

Stanovení diagnózy MR vychází z psychologického vyšetření kognitivních funkcí, posouzení adaptivního chování, klinického posouzení míry zvládnutí běžných sociálně – kulturních nároků. V rámci vyšetření by měl být realizován i podrobnější neuropsychologický rozbor (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012, s. 41).

Hlavní znaky MR jsou:

- Nízká úroveň rozumových schopností, která se projevuje především obtížnější adaptací na běžné životní podmínky.
- Defekt je vrozený, dítě se již od počátku svého života nevyvíjí standartním způsobem (Fisher, Škoda, 2008, s. 91).

Při hodnocení adaptability a sociálních dovedností klienta lze vycházet jednak z anamnézy a klinických nástrojů (pozorování, rozhovor, analýza produktů jakými jsou např.: spontánní a strukturovaná hra), jednak lze využít evaluačních škál (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012, s. 42).

Inteligenci je třeba vymezovat s pomocí množství víceméně specifických dovedností, které se – zvláště u osob s mentální retardací – mohou vyvíjet nesouměrně a pak je těžké osoby s mentálním postižením kategorizovat do skupin. Stanovení intelektuální úrovně musí vycházet ze všech dostupných informací včetně klinických nálezů a adaptačního chování, a to s ohledem na kulturní zázemí jedince a nálezů psychometrických testů (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012, s. 31).

4 FORMY A PROJEVY MENTÁLNÍCH RETARDACÍ

Stupeň MR je určen na základě posouzení struktury inteligence a posouzení schopnosti adaptability (adaptačního chování), orientačně taktéž inteligenčním kvocientem a mírou zvládnutí obvyklých sociálně – kulturních nároků na jedince (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012, s. 31).

Typickým znakem jedinců s MR je omezenější potřeba zvědavosti a preference podnětového stereotypu. Orientace v běžném prostředí je pro ně mnohem náročnější, protože hůře rozlišují významné a nevýznamné znaky jednotlivých objektů a situací a hůře chápou i jejich vzájemné vztahy. Důsledkem toho je silnější závislost na jiném člověku, který se stává prostředníkem mezi mentálně postiženým a vnějším světem (Fisher, Škoda, 2008, s. 95).

4.1 Lehká mentální retardace IQ 50 - 69

Postižení často úspěšně zvládají život podobný zdravým dětem. Může se projevit opožděné osvojení řeči, ale v běžné komunikaci jsou většinou schopni užívat řeč účelně. Psychika se vyznačuje nestálostí, sklony ke zkratkovitým reakcím, sníženou kritičností a zvýšenou suggestibilitou (Petr, Marková a kol., 2014, s. 252).

Lidé s lehkou MR obvykle dosáhnou úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, mytí, oblékání, vyměšování). V dospělosti jsou pracovně začlenitelní, potřebují však dohled a oporu (Juklová, Skorunková, 2007, s. 59).

4.2 Středně těžká mentální retardace IQ 35-49

Charakteristické znaky jsou pomalu se rozvíjející chápání a užívání řeči (někteří se mluvit nenaučí a používají gestikulaci), opožděná schopnost starat se o sebe a malá zručnost. Postižení jedinci jsou zpravidla pohybliví, aktivní, schopni jednoduchých sociálních kontaktů. Mají chudou slovní zásobu, která vyplývá též z minimální schopnosti abstrakce. Školní docházka bývá realizována ve speciálních školách, v dospělosti jsou schopni vykonávat lehkou manuální práci s dohledem (Petr, Marková a kol., 2014, s. 252).

4.3 Těžká mentální retardace IQ 20-35

Je podobná středně těžké MR, ale s výraznějším snížením schopností. Je přítomno značné postižení motoriky, přidružené defekty. Jedinci jsou nevzdělatelní, ale vychovatelní (Petr, Marková a kol., 2014, s. 253).

Uvažují na úrovni batolete a jejich rozumové schopnosti ani v dospělosti nepřesahují úroveň dvouletého dítěte. V dospělosti jsou plně závislí na péči druhých (Juklová, Skorunková, 2007, s. 60).

4.4 Hluboká mentální retardace IQ pod 20

Jedinci jsou těžko schopni porozumět požadavkům nebo instrukcím, často jsou imobilní, inkontinentní a zvládnou pouze základy neverbální komunikace. Mají nevýraznou mimiku, minimální řečové projevy, vydávají spíše jen neartikulované zvuky. Jsou nevzdělatelní a nevychovatelní. Z důvodů nepatrné schopnosti pečovat o sebe vyžadují stálou pomoc a dohled (Petr, Marková a kol., 2014, s. 253).

4.5 Jiná mentální retardace

Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorické nebo somatické poškození, např.: u nevidomých, neslyšících, nemluvících, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob (Švarcová, 2000, s. 30).

4.6 Nespecifikovaná mentální retardace

Užívá se v případech, kdy je MR prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno pacienta zařadit do jedné se shora uvedených kategorií. Zahrnuje: mentální retardaci NS, mentální subnormalitu NS a oligofrenii NS (Švarcová, 2000, s. 30).

5 POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE PACIENTŮM S MENTÁLNÍ RETARDACÍ

Stejně jako v jiných oblastech platí, že občané s MR jsou i při poskytování zdravotních služeb (dříve péče) především občany se stejnými právy (a povinnostmi) jako ostatní občané. Používá se obecného označení „pacient“, jímž se rozumí fyzická osoba, které je zdravotní péče poskytována (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012, s. 89).

5.1 Hlavní principy péče

- Participace a partnerství (zapojení okolí pacienta do péče o něj).
- Integrace.
- Uspokojování individuálních potřeb (vytvoření „péče na míru“ každému pacientovi).
- Decentralizace péče.
- Interprofesionální spolupráce.

Důležité je získat si důvěru pacienta. Zvláště u lidí žijících v úzkém okruhu lidí je těžké navázat kontakt či vztah. Sestra musí volit přístup k pacientovi odpovídající jeho mentálnímu věku (ne kalendářnímu). Při zachování všech etických principů přizpůsobujeme komunikaci i nároky mentálním možnostem pacientů. Získání co největší samostatnosti pacienta je cílem péče. Pokud to stav umožní, nacvičujeme s ním zlepšení sebepéče. Někdy postačí podpora, jindy je potřebná kontrola. U těžších stupňů postižení musí kompletní péči převzít ošetřující tým. Výhodou jsou pravidelné aktivity, na které si pacienti přivyknou. Z praxe víme, jak nespokojeně vnímají zpoždění či změny v denním rytmu. Ochrana zdraví a důstojnosti je úkolem zdravotníků (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 310 – 311).

5.2 Specifika při realizaci ošetřovatelské péče

Specifika při realizaci ošetřovatelské péče jsou:

- Znalost symptomatologie – nevyhnutelný předpoklad pro pochopení příčin pacientova chování a při výběru vhodných ošetřovatelských intervencí.
- Znalost účinků psychofarmak – u pacientů užívajících psychofarmaka je potřebné, aby sestra kontrolovala jejich užití pacientem, taktéž je nutné sledovat nežádoucí účinky léků (extrapyramidové reakce, anticholinergní příznaky, zvyšování hmotnosti, nadměrná sedace s hypotenzí a pády atd.).

- Soustředění se na bezpečnost pacienta i jeho okolí – sestra dohlíží na pacientovo sebeohrožující chování, ovládá postupy při agresi. V těchto souvislostech by měla být orientovaná v právní problematice (znát podmínky nedobrovolné hospitalizace, ochranné léčby).
- Edukace v oblasti duševního zdraví – mimořádně důležitá edukace pacienta i jeho příbuzných o duševní poruše, preventivních a léčebných opatřeních (Čerňanová, 2011, s. 23).

5.3 Faktory zvyšující napětí pacienta při vstupu do zdravotnického zařízení

- Obtížná orientace ve zdr. zařízení – absence vhodného a srozumitelného označení budov.
- Nedostatek informací – personál se nepředstaví, není vybaven jmenovkami, pacient není informován o tom, co se bude dít.
- Neprofesionální přístup personálu – rutinní přístup, nevhodné poznámky, absence empatie, nervozita a stres personálu aj..
- Faktor nového, neznámého prostředí (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 107).

5.4 Ošetřovatelský přístup k neklidným a agresivním pacientům

Hlavním úkolem sestry je signály předznamenávající tyto projevy včas rozpoznat a učinit taková opatření, kterými bude zajištěna bezpečnost, jak pro pacienta samotného, tak i pro jeho okolí. Vhodným profesionálním přístupem se dá řadě nepříjemných konfliktů s pacienty předcházet (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 106).

5.5 Omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotnické péče

Jedná se o tyto prostředky a instituty, případně jejich kombinaci:

- a) Úchop pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými poskytovatelem.
- b) Omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty.

- c) Umístění pacienta v síťovém lůžku.
- d) Umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu.
- e) Ochranný kabátek nebo vesta zamezující pohybu horních končetin pacienta.
- f) Psychofarmaka či jiné léčivé prostředky podávané parenterálně, které jsou vhodné k omezení volného pohybu pacienta, pokud se nejedná o léčbu na žádost pacienta nebo soustavou léčbu psychiatrické poruchy.

Omezovací prostředky lze použít pouze, je-li účelem jejich použití odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob a pouze po dobu, po kterou trvají důvody jejich použití (Valenta, Michalík, Lečbých a kol., 2012, s. 93).

5.6 Informovaný souhlas

Jedná se o právní úkon, a platí tedy, že osoba, jež byla způsobilosti k právním úkonům zcela zbavena, souhlas neposkytuje a ten poskytuje soudem určený opatrovník (Valenta, Michalík, Lečbých a kol., 2012, s. 90).

6 ETICKÝ PŘÍSTUP V KOMUNIKACI A OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI O PACIENTA S MENTÁLNÍ RETARDACÍ

6.1 Psychologické zvláštnosti jedinců s MR

U mentálně postižených se nejčastěji objevuje zpomalená chápavost konkrétních úsudků, snížená schopnost nebo úplná neschopnost vyvozování logických vztahů, snížená mechanická paměť, těkavost pozornosti, nedostatečná slovní zásoba a neobratnost ve vyjadřování, poruchy pohybové koordinace, impulzivita, hyperaktivita, nebo naopak celkové zpomalení chování, vyskytují se nedostatky ve vývoji „já“ a v osobní identifikaci, opožděný psychosexuální vývoj, zvýšená potřeba bezpečí, poruchy v interpersonálních vztazích, komunikaci, snížená přizpůsobivost.

Je nutno si uvědomit, že označení „mentální postižení“ platí jen pro některé schopnosti jedince. Jiné schopnosti mohou být velmi dobré až nadprůměrné. Vhodně vedená komunikace je základním předpokladem, jak si získat klientovu důvěru, nutnost ke spolupráci a jak ho přimět ke spoluúčasti na léčbě (Chrástková, Kojecká, 2011, s. 23).

Při komunikaci je nutné volit jednoduché formulace, podobně jako když mluvíme s malými dětmi – jedinec s MR může být starý např.: 30 let, ale mentálně se jeho vývoj zastavil např.: v šesti letech. Zjednodušeně lze říci, že tak máme dítě v těle dospělého (Veselá, Brečka, 2008, s. 35).

Sestra:

- Respektuje kodex své profese.
- Uplatňuje holistický přístup.
- Respektuje individuální osobnost pacienta.
- Vytváří společně s pacientem terapeutický vztah naplněný vzájemnou důvěrou.
- Vytváří u něho pocit bezpečí.
- Vystupuje taktně a otevřeně.
- Jasný a účinný způsob komunikace.
- Vystupuje jednotně ve verbální i neverbální komunikaci.
- Aktivně naslouchá.
- Zvládá a koriguje u pacienta maladaptivní vzorce chování.
- Vlídlost, trpělivost a empatičnost.

- Respektuje pacienta v jeho vlastnostech a projevech, zvláště v věku, pohlaví, náboženském vyznání, politickém přesvědčení, etnickém původu a socioekonomickém statusu.
- Zvládá vlastní negativní emoce jako je hněv, úzkost.
- Uplatňuje přirozenou autoritu, sebedůvěru (Šlaisová, Hosák, Michálková, 2004, s. 11).
- Stanovení jasných instrukcí, při vstupu na oddělení sestra seznámí pacienta s léčebným režimem, i když jí některé věci připadají samozřejmé. Podobně se chová i při přípravě na vyšetření či výkonu. Instrukce podává co nejjednodušší a srozumitelnou formou, v případě potřeby je zopakuje nebo upřesní.
- Vyžadování aktivní spolupráce pacienta v terapeutickém procesu. Snaží se při péči o pacienta s MR o co nejmenší zásah do jeho sebepéče, vede ho k samostatnosti, samozřejmě s ohledem na závažnost jeho tělesného postižení (Čerňanová, 2011, s. 21).

7 VLIV RODINY NA JEDINCE S MENTÁLNÍ RETARDACÍ

Rodina je pro život a výchovu jedince s MR nejpřirozenějším prostředím. Jeho narození bývá považováno za velmi traumatizující skutečnost. Pro další vývoj je velmi důležité, aby se rodiče dokázali vyrovnat se všemi změněnými okolnostmi a zaujali k němu pozitivní postoj. Nejméně vhodný postoj je odmítání dítěte, druhým extrémem je zaujetí přespříliš ochranného přístupem (Fisher, Škoda, 2008, s. 99).

Velmi těžké je přijetí diagnózy rodiči. Akceptovat fakt, že dítě je mentálně retardované, je pro rodiče dlouhodobý a bolestivý proces. Zpočátku dochází k popření. Rodiče opravdu nevidí odchylnost malého kojence od druhých. Většinou referují, že dítě bylo do dvou let zcela normální. To je vývojová hranice, kdy jsou již rozdíly patrné každému laikovi. Další časový uzlový bod je ve věku šesti let a v době nástupu do školy. Zda se přidružuje sociální tlak na rodinu. Obvykle dojde k odkladu školní docházky, ale v sedmi letech je pak naprosto jasné, že dítě nebude schopno vzdělávání v běžné škole. Rozdíl mezi normálními dětmi a dítětem postiženým se začíná propastně zvětšovat. Pro rodiče je to velice bolestné a náročné období, v němž popření choroby již není možné (Svoboda, Češková, Kučerová, 2012, s. 271).

Obecné zásady pro výchovu dítěte s MR:

- Nerezignovat na výchovu a rozvoj dítěte.
- Snažit se vychovávat své dítě co nejlépe s vědomím odpovědnosti jak k dítěti, tak i k sobě samému a ke společnosti.
- Věnovat pozornost poznatkům o vývoji a výchově těchto dětí.
- Dodržovat zásadu důslednosti při vyžadování požadavků.
- Snažit se o vytrvalost při vyžadování a kontrole požadavků.
- Požadavky mají odpovídat mentální úrovni a unavitelnosti.
- Nesnažit se, aby dítě dosáhlo úrovně vrstevníků „za každou cenu“ (Fisher, Škoda, 2008, s. 99).

Mnoho dětí s mentálním postižením potřebuje pomoc s dovednostmi, které jsou důležité pro život, práci a společnost. Učitelé a rodiče mohou pomoci s těmito dovednostmi jak ve škole, tak doma, mezi tyto dovednosti patří:

- Komunikace s ostatními.
- Uspokojování základních osobních potřeb (oblékání, hygiena).
- Zdraví a bezpečnost.

- Bydlení (prostírání stolu, úklid, vaření).
- Sociální dovednosti (mravy, pravidla rozhovoru, hraní her).
- Čtení, psaní a základní matematika.
- S přibývajícím věkem pomoc s dovednostmi, které jim pomohou na pracovišti.

Hledejte potěšení ve všem krásném. Vaše dítě je poklad. Učte se od Vašeho dítěte. Ti s Mentálním postižením mají uvnitř neobyčejné světlo. Nechte ho zářit¹ (Center for Parents Information and Rescues, 2011 [online]).

¹ Adaptive skills. Many children with intellectual disabilities need help with adaptive skills, which are skills needed to live, work and play in the community. Teachers and parents can help a child work on these skills at both school and home. Some of these skills include:

- Communicating with others.
- Taking care of personal needs (dressing, bathing, going to the bathroom).
- Health and safety.
- Home living (helping to set the table, cleaning the house, or cooking dinner).
- Social skills (manners, knowing the rules of conversation, getting along in a group, playing a game).
- Reading, writing, and basic math.
- As they get older, skills that help them in the workplace.

Take pleasure in your beautiful one. He-she-is a treasure. Learn from your child, too. Those with intellectual disabilities have a special light within-let it shine.

8 LÉČBA

Není známá žádná terapie, která by zvýšila IQ postiženého jedince. Ponechání postiženého dítěte v rodině zabrání citové deprivaci. Zevní projevy mohou být zmírněny pomocí prvků kognitivně – behaviorální terapie, vhodný je nácvik komunikačních dovedností. Nutné jsou specifické pedagogické postupy u vzdělavatelých dětí. Vhodná je integrace postižené osoby do společnosti (denní stacionáře, chráněné bydlení, chráněné dílny). V případě auto – či heteroagresivity je možno podávat antipsychotika nebo thymoprofylaktika. Umístění do ústavu sociální péče nebo psychiatrické léčebny bývá indikováno při auto – či heteroagresivitě, také při závažné neschopnosti péče o své základní biologické potřeby (Hosáková a kol., 2007, s. 96).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

9 FORMULACE PROBLÉMU

V praktické části této bakalářské práce bylo zjišťováno jaká je informovanost a znalosti všeobecných sester při ošetřování pacienta s MR na interních a chirurgických odděleních, jak často je s pacientem doprovod a náhled všeobecných sester na doprovod u pacienta s MR. Dále zde byl zjišťován názor na agresi u pacientů s MR a použití omezovacích prostředků při agresi.

9.1 Cíle průzkumu

Hlavní cíl:

Zjistit informovanost a znalosti všeobecných sester při péči o pacienta s MR.

Dílčí cíle:

Cíl č. 1: *Zjistit, jaká je znalost zásad péče o pacienta s MR při přijetí a hospitalizaci.*

Cíl č. 2: *Zjistit, jak často je s pacientem s MR doprovod, zda-li je přítomen po celou dobu hospitalizace a názor všeobecných sester na přítomnost doprovodu při hospitalizaci.*

Cíl č. 3: *Zjistit názor všeobecných sester na agresi pacientů s MR, její spouštěče a použití omezovacích prostředků.*

9.2 Charakteristika respondentů

Do průzkumného šetření byly zařazeny především všeobecné sestry z interních a chirurgických oddělení z Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně. Z interních oddělení byla část respondentů i z interní JIP. Do chirurgických oborů byla zařazena i gynekologie.

9.3 Charakteristika otázek v dotazníku

Uzavřené otázky

Na tyto otázky respondenti měli označit odpověď, kterou považovali za správnou. V uzavřených otázkách byla pouze jedna s možností více odpovědí správných.

- Pouze jedna odpověď správná – otázky č. 1, 4, 6, 7, 8.
- Více odpovědí správných – Otázka č. 12.

Polouzavřené otázky

Tyto otázky obsahovaly mimo nabízených odpovědí položku jiné s možností dopsání. Dále zde byly otázky s odpověďmi Ano/Ne, kdy při odpovědi ano byl prostor k vyjádření.

- Polouzavřené otázky s položkou jiné – otázky č. 3, 5, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19.
- Polouzavřené otázky s možností doplnění odpovědi – otázky č. 9, 10, 21.

Otevřené otázky

Otevřená otázka byla pouze jedna a to na věk respondenta.

- Otevřená otázka – otázka č. 2.

9.4 Metodika sběru dat

Při zjišťování zvolených cílů byl vypracován nestandardizovaný dotazník jako kvantitativní metoda průzkumu. Dotazník obsahoval úvod, kde bylo podotknuto, že dotazník je zcela anonymní, informace a výsledky práce budou použity jen pro účely této bakalářské práce. Byly zde vysvětleny pokyny pro vyplnění dotazníku a poděkování za jejich spolupráci a čas.

Dotazník měl celkem 21 otázek, kdy se první část zaměřovala na demografické údaje a oddělení na kterém respondent pracuje, další oddíl se zabýval znalostí charakteristiky MR a setkání s jedincem s MR na oddělení. Poté bylo zjišťováno, zda pacienti s MR přicházejí na oddělení s doprovodem, pokud ano s kým, a zda-li doprovod zůstává po celou dobu hospitalizace s pacientem, názor všeobecných sester na doprovod během hospitalizace. Další část se zabývala problémem agresivity pacientů s MR, jaký všeobecné sestry zaujmají přístup k agresivním jedincům s MR. Poslední část zjišťovala pocity všeobecných sester k jedincům s MR, a jestli jsou ovlivněny přítomností jedince s MR v blízkém okolí či absolvovaným kurzem ohledně pacientů s MR.

9.5 Organizace průzkumu

Dotazník jsme s pomocí paní Mgr. Filové vytvořily v Únoru 2015. Byl distribuován do Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně a.s., nejdříve byly osloveny vrchní sestry interny, chirurgie a gynekologie, po jejich souhlasu a povolení dotazníkového šetření byly dotazníky po domluvě se staničnými sestrami předány všeobecným sestram na oddělení. Domluva o délce ponechání dotazníků byla individuální. Na odděleních bylo necháno celkem 100 dotazníků. Všechny dotazníky byly sesbírány v Březnu 2015. Vyhodnocení získaných dat proběhlo v Dubnu 2015.

9.6 Zpracování získaných dat

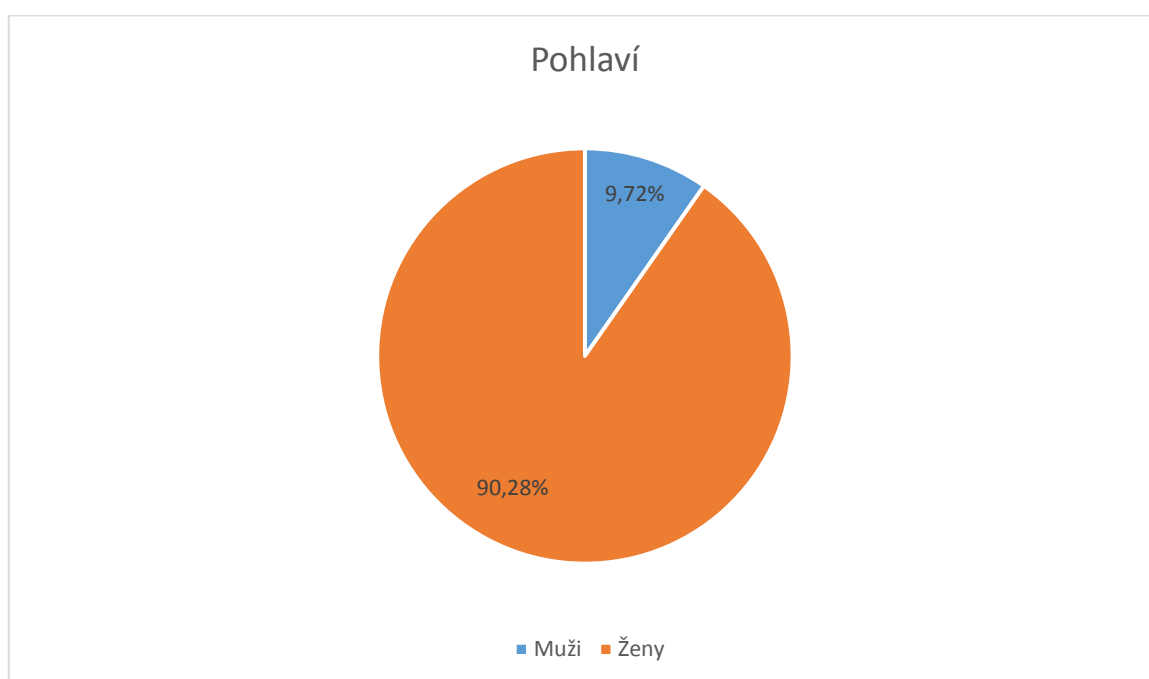
Po sběru všech dotazníků následovalo zpracování všech dat. Data byly zaznamenávány ručně do záznamového archu, poté zpracovávány v programu Microsoft Word 2013 a Microsoft Excel 2013 do tabulek a grafů. Výsledky jsou uvedeny v absolutní četnosti (n), ta udává počet respondentů a odpovědí, relativní četnosti (%) což udává procentuální výsledek absolutní četnosti.

Ze 100 distribuovaných dotazníků byla návratnost 72 použitelných dotazníků pro výzkumné šetření. Procentuální návratnost byla 72%.

10 VÝSLEDKY PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů

Pohlaví	(n)	(%)
Žena	65	90,28
Muž	7	9,72
Celkem respondentů	72	100



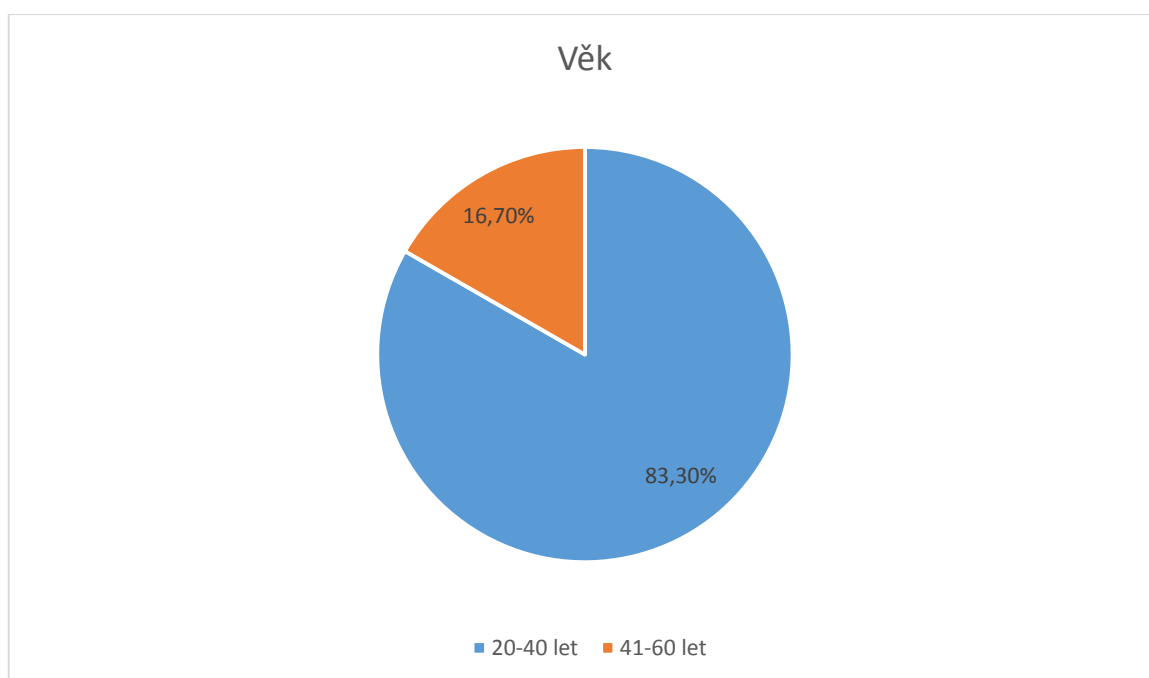
Graf č. 1 Pohlaví respondentů

Komentář:

Průzkumného šetření se zúčastnilo poměrně více žen – 65 (90,28 %), nižší bylo zastoupení mužů – 7 (9,72 %).

Tabulka č. 2 Věk respondentů

Věk	(n)	(%)
20-40 let	60	83,30
41-60 let	12	16,70
Celkem respondentů	72	100



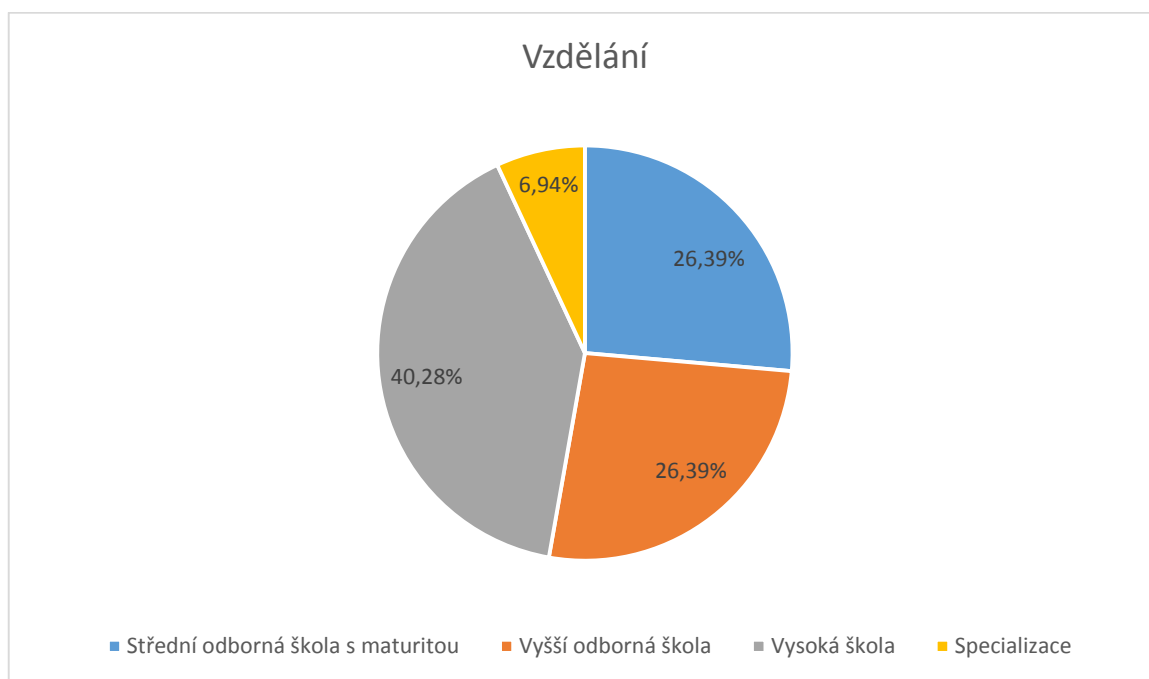
Graf č. 2 Věk respondentů

Komentář:

Otázka na věk byla otevřená, při zpracování výsledků byla rozdělena do dvou skupin a to skupina od 20-40 let, která převažovala počtem 60 respondentů (83,30 %). Druhá skupina byla od 41-60 let, tuto skupinu tvořilo pouze 12 osob (16,70 %).

Tabulka č. 3 Vzdělání respondentů

Vzdělání	(n)	(%)
Střední odborná škola s maturitou	19	26,39
Vyšší odborná škola	19	26,39
Vysoká škola	29	40,28
Specializace	5	6,94
Celkem respondentů	72	100



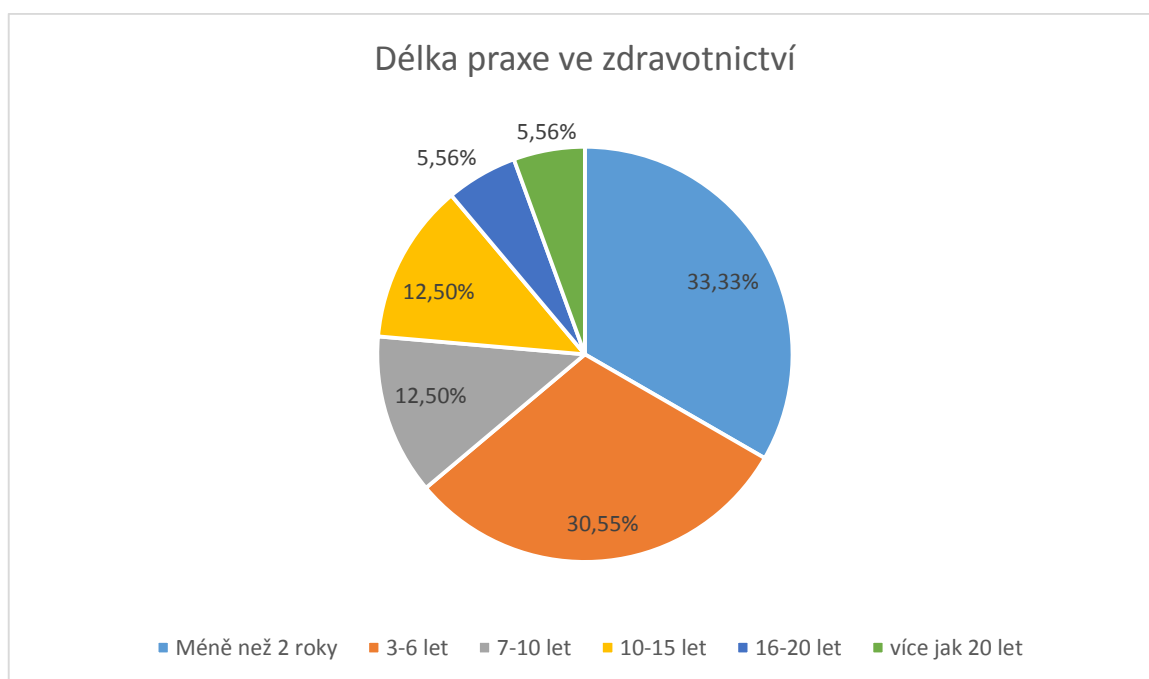
Graf č. 3 Vzdělání respondentů

Komentář:

Nejvíce tázaných respondentů vystudovalo vysokou školu – 29 (40,28 %). Ve shodných číslech vyšel výsledek u osob s vystudovanou střední odbornou školou zakončenou maturitní zkouškou a vyšší odbornou školou – 19 (26,39 %), zbytek tvořil respondenty se specializací - 2x interní, 1x gerontologická, 1x gastroenterologická a 1x ARIP (anestezie – resuscitace – intenzivní péče) – 5 (6,94 %).

Tabulka č. 4 Délka praxe

Délka praxe	(n)	(%)
Méně než 2 roky	24	33,33
3-6 let	22	30,55
7-10 let	9	12,50
10-15 let	9	12,50
16-20 let	4	5,56
Více jak 20 let	4	5,56
Celkem respondentů	72	100



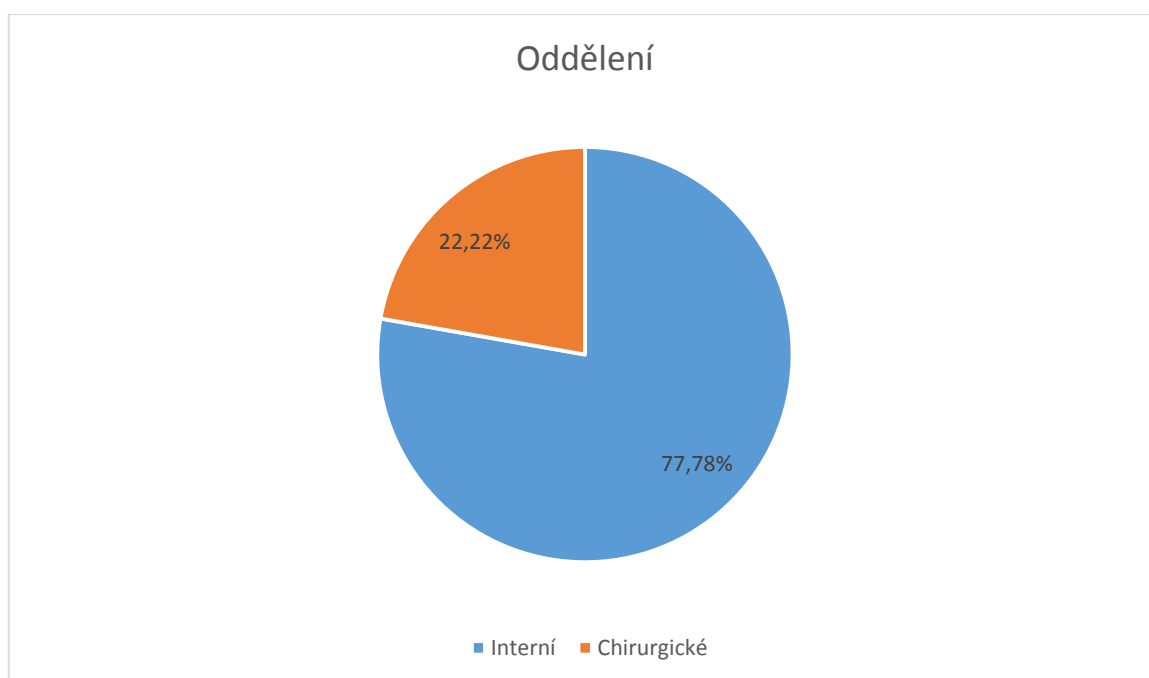
Graf č. 4 Délka praxe

Komentář:

Respondentů bylo nejvíce zastoupeno u odpovědi méně než 2 roky praxe ve zdravotnictví – počtem 24 (33,33 %), o něco méně bylo respondentů s délkou praxe 3-6 let – 22 (30,55 %), ve stejném počtu se pohybovala délka praxe 7-10 let a 10-15 let – u každé možnosti počet 9 (12,50 %), stejné výsledky byly také u možností 16-20let a více než 20 let – jednotlivě počtem 4 (5,56 %).

Tabulka č. 5 Oddělení

Oddělení	(n)	(%)
Chirurgické oddělení	16	77,78
Interní oddělení	56	22,22
Celkem respondentů	72	100



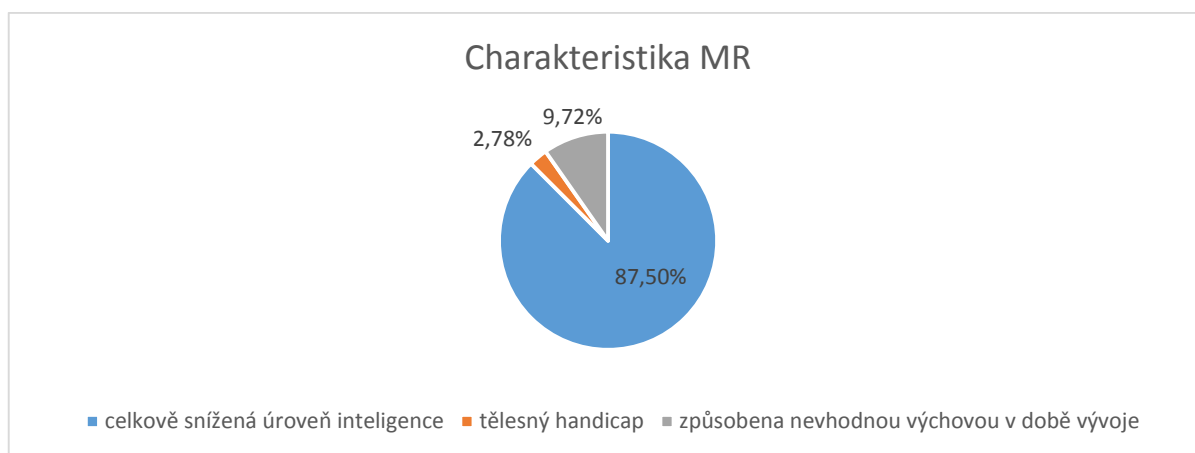
Graf č. 5 Oddělení

Komentář:

Nejvíce respondentů bylo z oddělení interních 56 (77,78 %), méně z oddělení chirurgických 16 (22,22 %).

Tabulka č. 6 Charakteristika MR

Charakteristika MR	(n)	f (%)
Mentální retardace je stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, celkově snížená úroveň inteligence	63	87,50
MR se projevuje především tělesným handicapem	2	2,78
MR je stav bio-psycho-sociálního strádání, většinou způsobené nevhodnou výchovou v době vývoje	7	9,72
Celkem respondentů	72	100



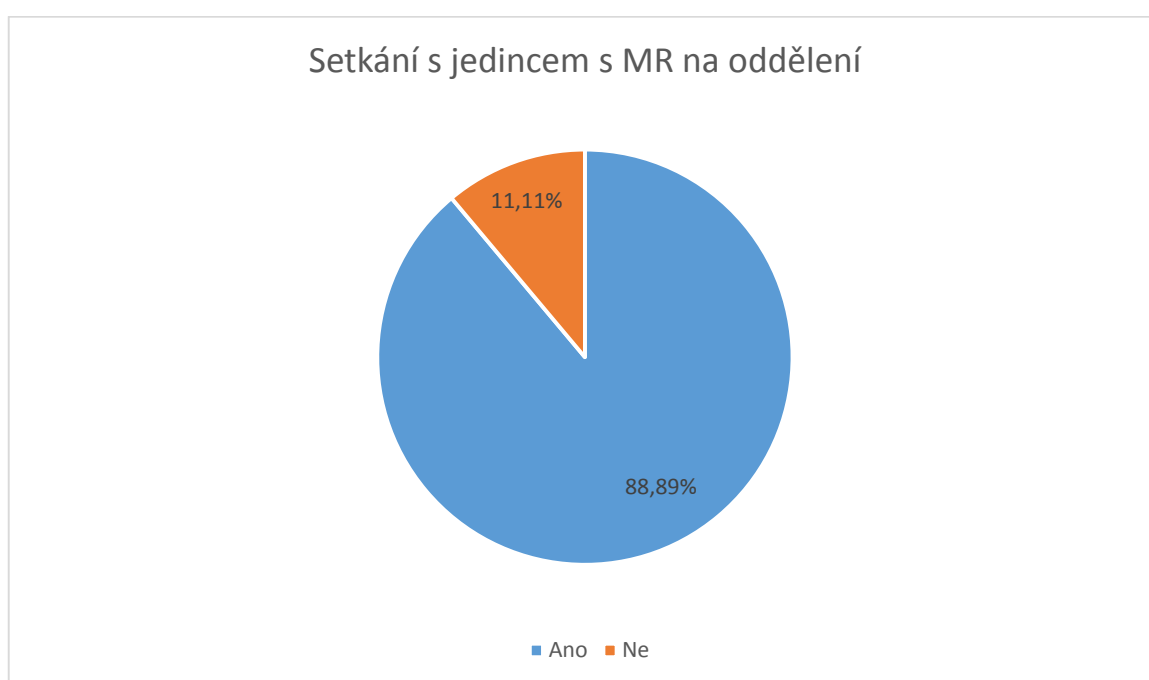
Graf č. 6 Charakteristika MR

Komentář:

Správnou charakteristiku MR (zastavený nebo neúplný duševní vývoj, celkově snížená úroveň inteligence) znalo 63 respondentů (87,50 %), 2 respondenti myslí, že MR se projevuje tělesným handicapem (2,78 %) a 7 respondentů má za to, že MR je způsobená nevhodnou výchovou dítěte v době vývoje (9,72 %)

Tabulka č. 7 Setkání s jedincem s MR na oddělení

Setkání s jedincem s MR na oddělení	(n)	(%)
Ano	64	88,89
Ne	8	11,11
Celkem respondentů	72	100



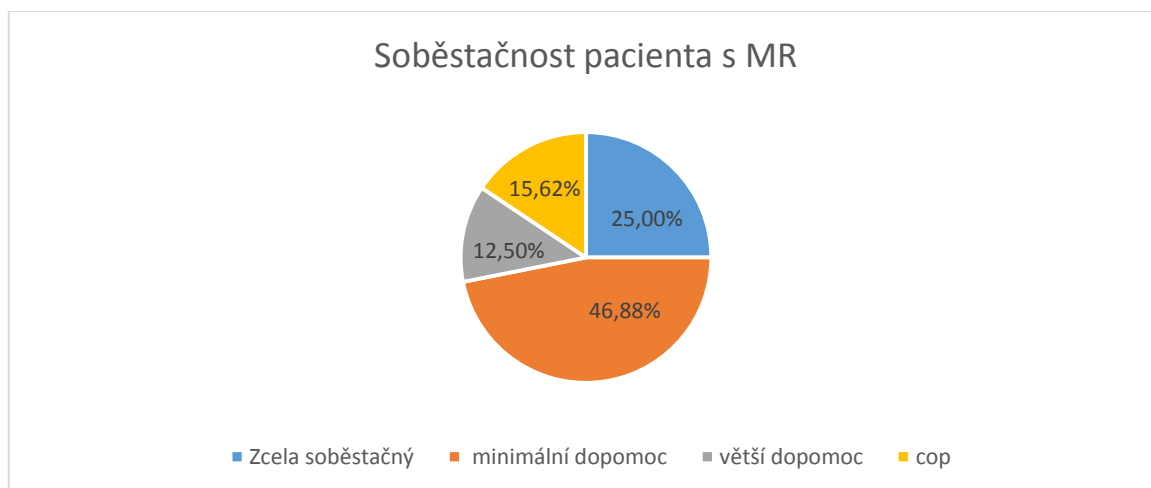
Graf č. 7 Setkání s jedincem s MR na oddělení

Komentář:

S mentálně retardovaným jedincem se setkalo 64 respondentů (88,89 %). Pouze 8 respondentů (11,11 %) se s jedincem s MR neseťkalo.

Tabulka č. 8 Soběstačnost pacienta s MR

Soběstačnost pacienta s MR	(n)	(%)
Zcela soběstačný	16	25,00
Zvládal základní činnosti, potřeba minimální dopomoci	30	46,88
Nesoběstačný, potřeba větší dopomoci	8	12,50
Zcela nesoběstačný, odkázán na COP	10	15,62
Celkem respondentů	64	100



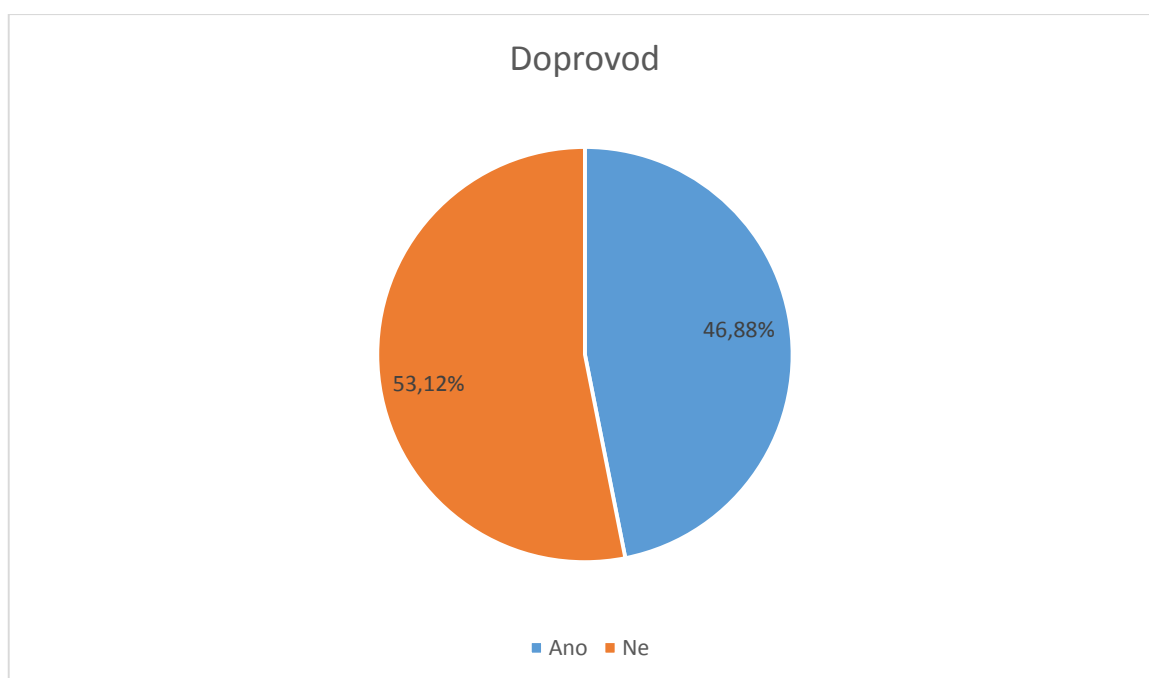
Graf č. 8 Soběstačnost pacienta s MR

Komentář:

Respondenti, kteří na předchozí otázku, zda-li se setkali s jedincem s MR odpověděli ano 64, 88,89%) odpovídali dále na otázku soběstačnosti pacienta. Nejvíce pacientů s MR potřebovalo minimální dopomoc 30 (46,88 %), zcela soběstačných bylo 16 (25,00 %). Větší dopomoc potřebovalo 8 pacientů s MR (12,50 %) a na celkovou ošetrovatelskou péči bylo odkázáno 10 pacientů (15,62 %).

Tabulka č. 9 Doprovod

Doprovod	(n)	(%)
Ano	30	46,88
Ne	34	53,12
Celkem respondentů	64	100



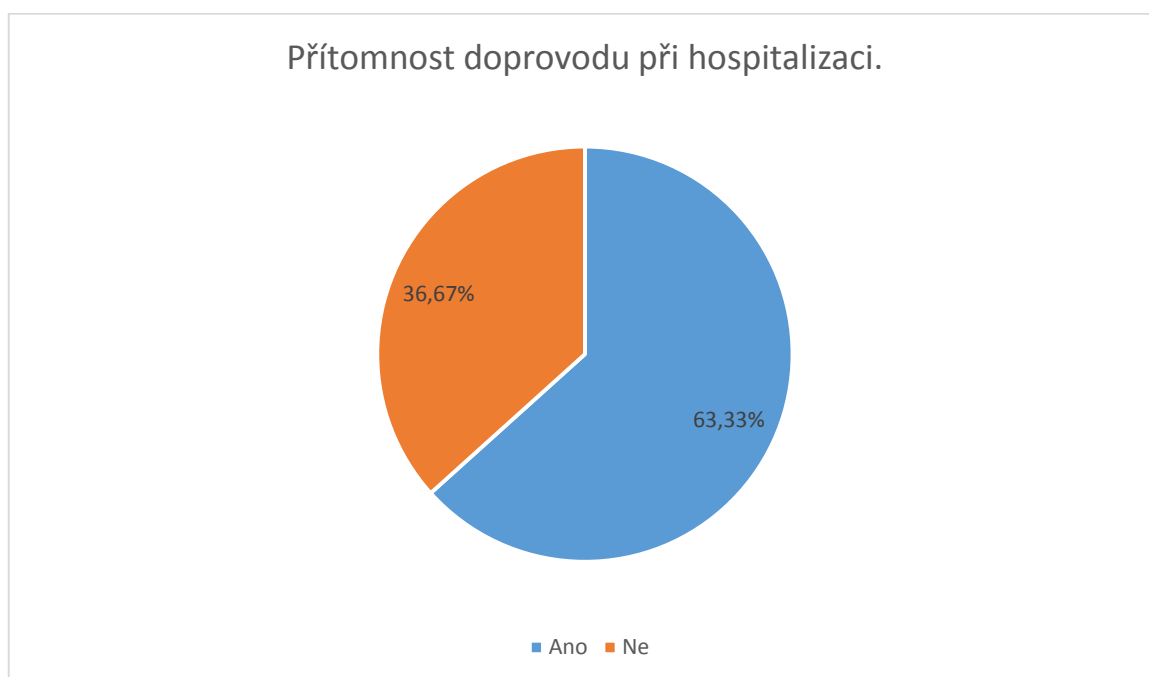
Graf č. 9 Doprovod

Komentář:

K dílčímu cíli č.2 - *Zjistit, jak často je s pacientem s MR doprovod, zda-li je přítomen po celou dobu hospitalizace a názor všeobecných sester na přítomnost doprovodu při hospitalizaci* se vážala položka dotazníku č. 9, která zjišťovala, jestli měl pacient s MR doprovod, jak znázorňuje graf č. 9. Z výsledků vyplynulo, že doprovod mělo 30 pacientů (46,88 %), bez doprovodu přišlo 34 pacientů (53,12 %). Pokud respondenti odpověděli Ano, měli dopsat, kdo byl doprovod. Nejčastější odpověď byla Matka – u 25 pacientů (83,33 %), sociální pracovník byl přítomen u 4 pacientů (13,34 %) a u jednoho pacienta byl prarodič (3,33 %).

Tabulka č. 10 Přítomnost doprovodu při hospitalizaci

Přítomnost doprovodu při hospitalizaci	n	(%)
Ano	19	63,33
Ne	11	36,67
Celkem respondentů	30	100



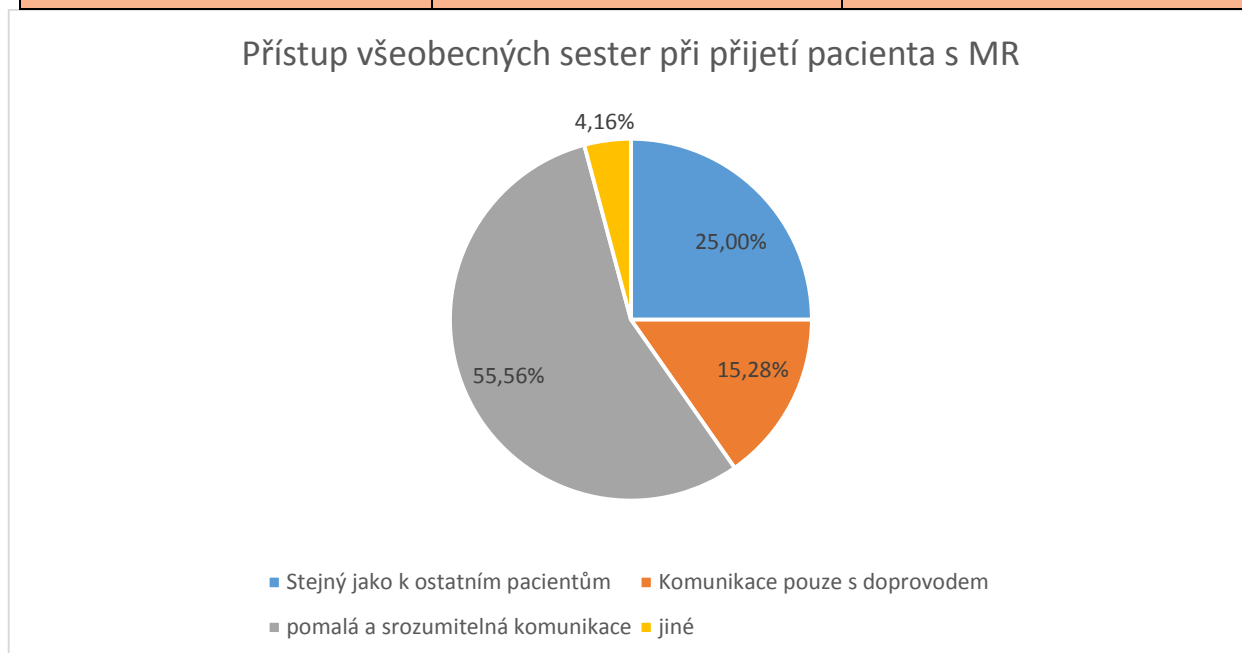
Graf č. 10 Přítomnost doprovodu při hospitalizaci

Komentář:

K dílčímu cíli č.2 - *Zjistit, jak často je s pacientem s MR doprovod, zda-li je přítomen po celou dobu hospitalizace a názor všeobecných sester na přítomnost doprovodu při hospitalizaci* se vázala položka dotazníku č. 10, která zjišťovala, zda doprovod zůstal s pacientem s MR po celou dobu hospitalizace, jak znázorňuje graf č. 10, z výsledků vyplynulo, že pokud měl pacient doprovod v 19 případech zůstal doprovod po celou dobu hospitalizace s pacientem s MR (63,33 %), dalších 11 s pacienty nezůstalo (36,67 %). Bylo zjišťováno, jaký mají sestry názor na doprovod během hospitalizace, všech 19 odpovědí bylo pozitivní (100 %), sestry dopisovaly převážně, že doprovod jim šetří práci, zlepšuje komunikaci mezi nimi a pacienty a pomáhá s péčí.

Tabulka č. 11 Přístup všeobecných sester při přijetí pacienta s MR

Přístup všeobecných sester při přijetí pacienta s MR	(n)	(%)
Stejný jako k ostatním pacientům	18	25,00
Komunikoval/a jsem jen s doprovodem	11	15,28
Mluvil/a jsem pomalu, srozumitelně a ujistil/a se zpětnou vazbou	40	55,56
Jiné	3	4,16
Celkem respondentů	72	100



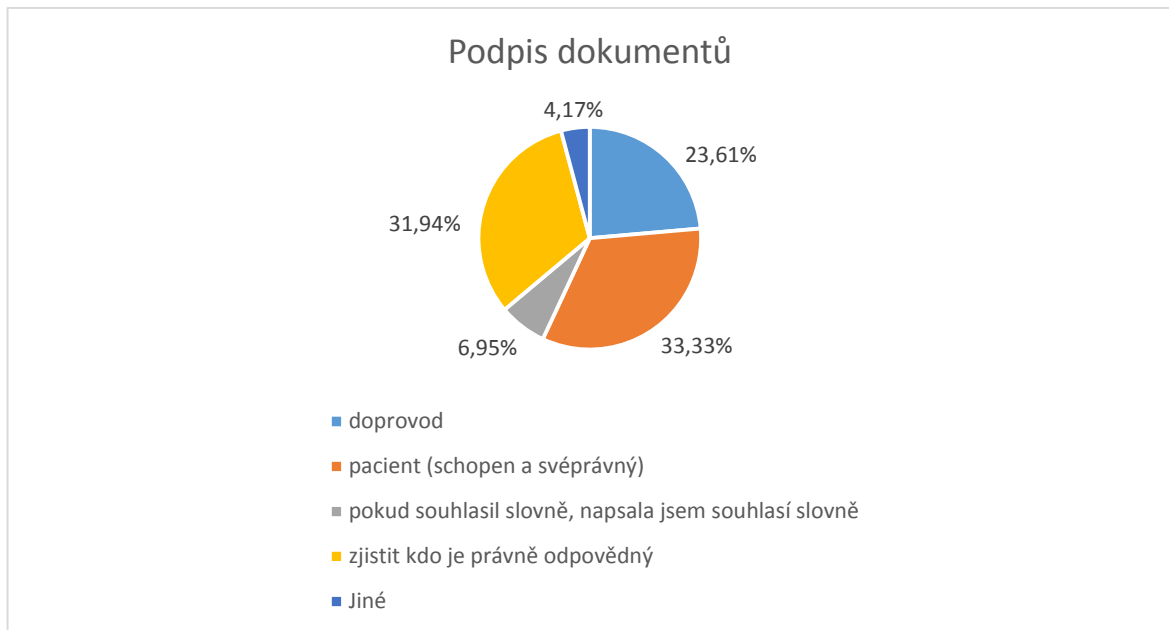
Graf č. 11 Přístup všeobecných sester při přijetí pacienta s MR

Komentář:

K dílčímu cíli č. 1 – *Zjistit, jaká je znalost zásad péče o pacienta s MR při přijetí a hospitalizaci* se vázala položka dotazníku č. 11, která zjišťovala, jaký zaujmají všeobecné sestry přístup k pacientovi s MR při přijetí, jak znázorňuje graf č. 11. Z výsledků vyplynulo, že 40 respondentů (55,56 %) mluvilo pomalu, srozumitelně a ujistilo se zpětnou vazbou, 18 (25,00 %) jich zaujalo stejný přístup jako k ostatním pacientům. S doprovodem komunikovalo 11 respondentů (15,28 %). Jiné odpověděli 3 respondenti (4,16 %), doplnili odpověď – „nevím, jako k dítěti, užívám zdrobněliny, vyjímečný“.

Tabulka č. 12 Podpis dokumentů

Podpis dokumentů	(n)	(%)
Nechal/a jsem podepsat doprovod	17	23,61
Nechal/a jsem podepsat pacienta s MR pokud byl schopen a svéprávný	24	33,33
Pokud nebyl schopen podepsat a souhlasil slovně, napsal/a jsem – souhlasí slovně	5	6,95
Musel/a jsem zjistit (pokud byl MR zbaven svéprávnosti), kdo je za něj právně odpovědný, a tomuto člověku nechal/a podepsat dané dokumenty	23	31,94
Jiné	3	4,17
Celkem respondentů	72	100



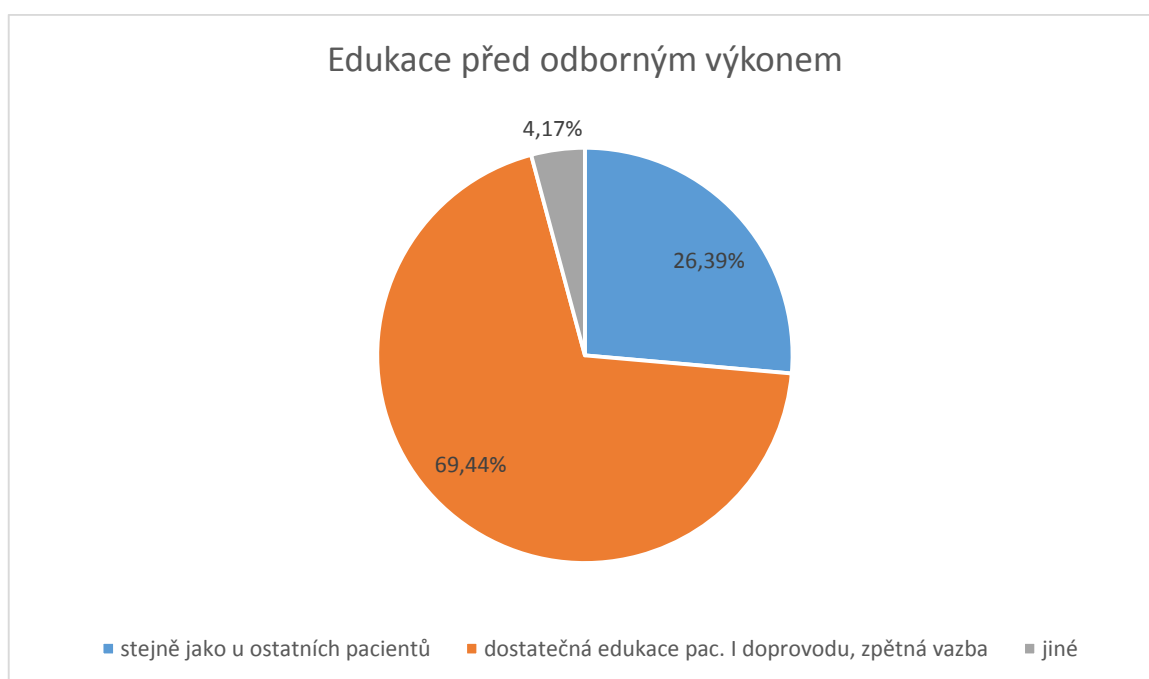
Graf č. 12 Podpis dokumentů

Komentář:

Respondentů, kteří nechali podepsat dokumenty doprovod bylo 17 (23,61 %), při schopnosti a svéprávnosti pacienta by ho nechalo dokumenty podepsat 24 respondentů (33,33 %), Pokud, by pacient souhlasil slovně, napsalo by „souhlasí slovně“ 5 respondentů (6,95 %), 23 respondentů (31,94 %) by nejdříve zjistilo kdo je za pacienta s MR právně zodpovědný (nebo zda je pacient svéprávný) a podle toho by dalo podepsat dokumenty. Odpověď jiné zvolili 3 respondenti s odpověďmi – „nejsem kompetentní, nesetkala jsem se, nevím“.

Tabulka č. 13 Edukace před odborným výkonem

Edukace před odborným výkonem	(n)	(%)
Stejně jako u ostatních pacientů	19	26,39
Dostatečná edukace pac. S MR popř. i jeho doprovod, ujištění zpětnou vazbou, mluvil/a jsem pomalu, srozumitelně přímo k jedinci s MR, pokud bylo potřeba, vše jsem zopakovala	50	69,44
Jiné	3	4,17%
Celkem respondentů	72	100



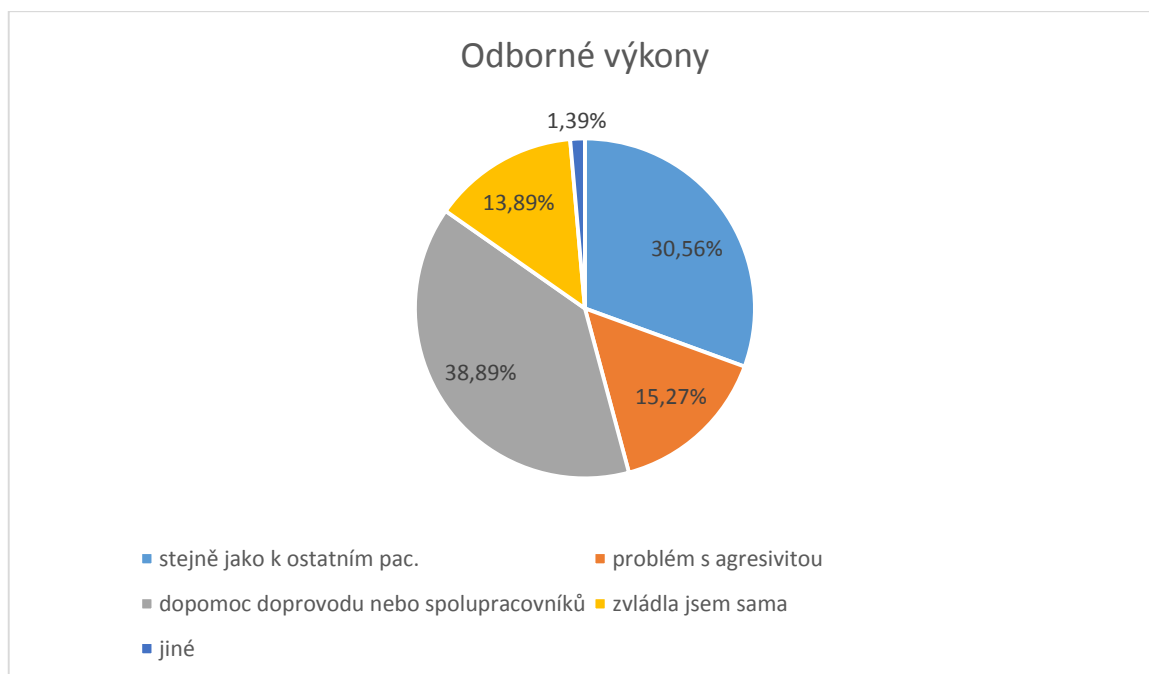
Graf č. 13 Edukace před odborným výkonem

Komentář:

K dílčímu cíli č .1 – *Zjistit, jaká je znalost zásad péče o pacienta s MR při přijetí a hospitalizaci* se vázala položka dotazníku č. 13, která zjišťovala, jak sestry postupují při edukaci u odborných výkonů, jak znázorňuje graf č. 13. Z výsledků vyplynulo, že nejvíce respondentů 50 (69,44 %) dostatečně edukuje pacienta s MR, ujistí se zpětnou vazbou, pokud je potřeba vše zopakuje. 19 respondentů (26,39 %) postupuje stejně jako u ostatních pacientů. Tři respondenti odpověděli možností jiné (4,17 %), kdy dopisovali odpovědi: „pouze doprovod, mluvím jako s dítětem, nevím“.

Tabulka č. 14 Odborné výkony

Odborné výkony	(n)	(%)
Stejně jako u ostatních pacientů	22	30,56
Problém s agresivitou pacienta s MR	11	15,27
Potřeboval/a jsem pomoc spolupracovníků či doprovodu	28	38,89
Zvládl/a jsem výkon sama bez pomoci	10	13,89
Jiné	1	1,39
Celkem respondentů	72	100



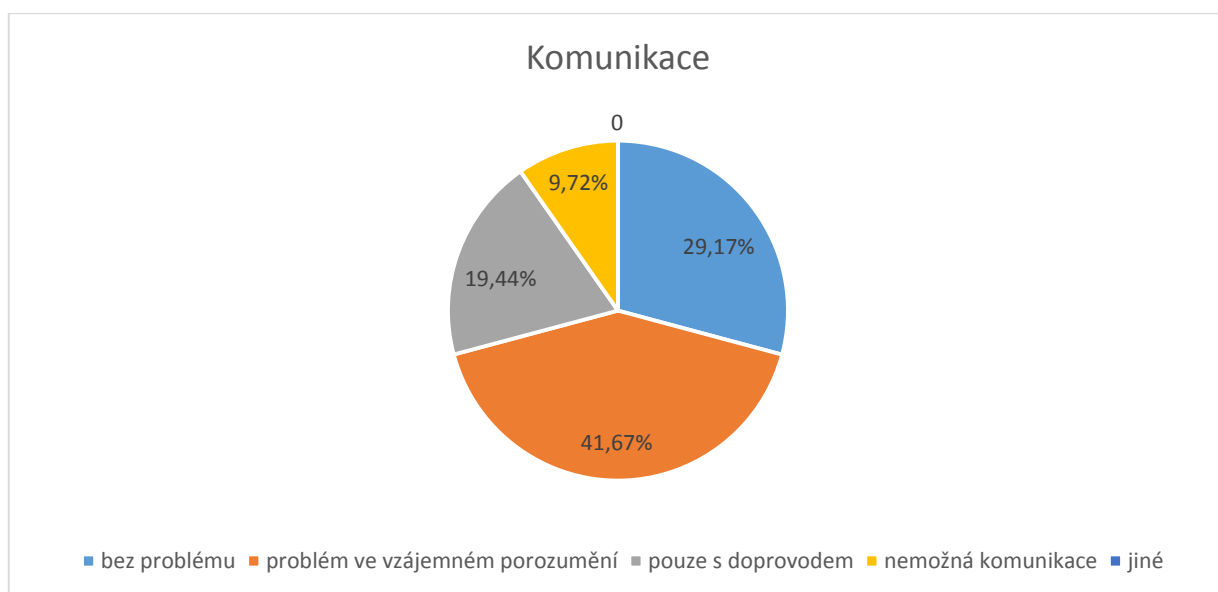
Graf č. 14 Odborné výkony

Komentář:

K dílčímu cíli č. 1 – *Zjistit, jaká je znalost zásad péče o pacienta s MR při přijetí a hospitalizaci* se vážala položka dotazníku č. 14, která zjišťovala, jak všeobecné sestry postupují při odborných výkonech, jak znázorňuje graf č. 14. Z výsledků vyplynulo, že možnost postupují stejně, jako u ostatních pacientů odpovědělo 22 respondentů (30,56 %), 28 (38,89 %) respondentů potřebovalo při odborných výkonech pomoc spolupracovníků či doprovodu. Problém s agresivitou pacienta se vyskytl u 11 tázaných (15,26 %). 10 respondentů (13,89 %) zvládlo výkon bez pomoci. Pouze jeden respondent (1,39 %) odpověděl nevím.

Tabulka č. 15 Komunikace

Komunikace	(n)	(%)
Bez problému	21	29,17
Problém ve vzájemném porozumění	30	41,67
Komunikace jen s doprovodem	14	19,44
Nebyla možná komunikace	7	9,72
Jiné	0	0,00
Celkem respondentů	72	100



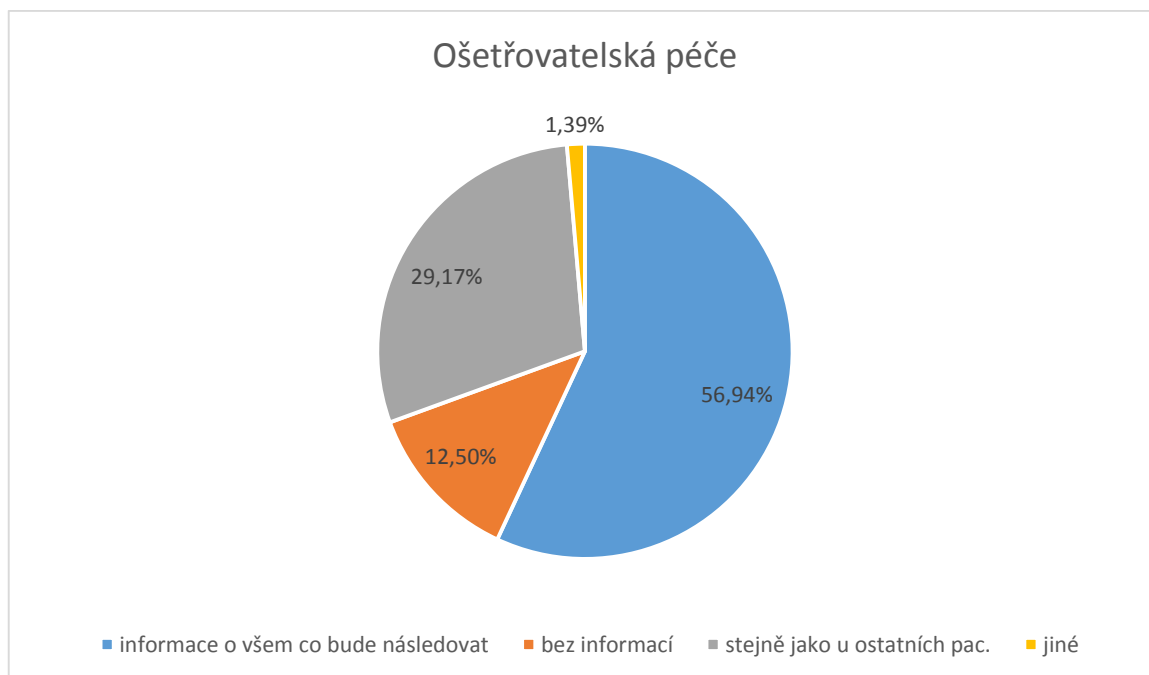
Graf č. 15 Komunikace

Komentář:

K dílčímu cíli č. 1 – Zjistit, jaká je znalost zásad péče o pacienta s MR při přijetí a hospitalizaci se vázala položka dotazníku č. 15, která zjišťovala, jak sestry s pacienty s MR komunikují, jak znázorňuje graf č. 15. Z výsledků vyplynulo, že nejvíce respondentů 30 (41,67 %) mělo problém ve vzájemném porozumění, 21 (29,17 %) nemělo s komunikací problém 14 respondentů (19,44 %) komunikovalo pouze s doprovodem a u sedmi respondentů (9,72 %) nebyla s pacientem komunikace možná. Možnost jiné nezvolil ani jeden respondent.

Tabulka č. 16 Ošetrovatelská péče

Ošetrovatelská péče	(n)	(%)
O všem, co bude následovat, jsem pac. Informoval/a	41	56,94
S pacientem jsem nekomunikoval/a	9	12,50
Stejně jako u ostatních pacientů	21	29,17
Jiné	1	1,39
Celkem respondentů	72	100



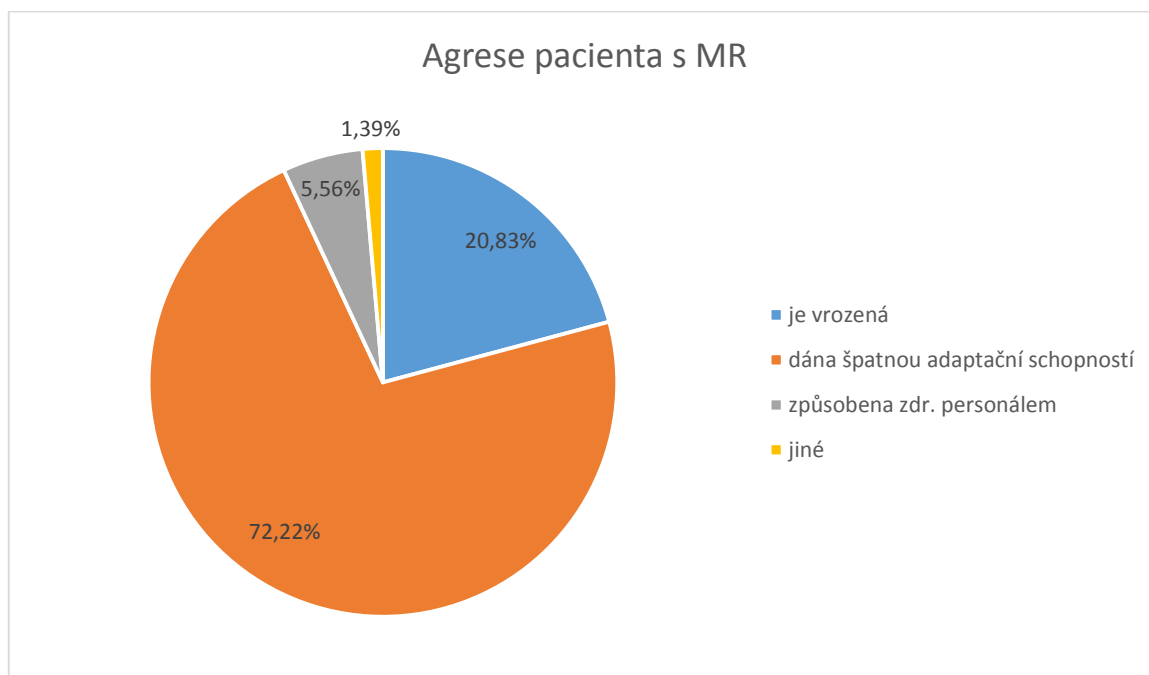
Graf č. 16 Ošetrovatelská péče

Komentář:

K dílčímu cíli č. 1 – *Zjistit, jaká je znalost zásad péče o pacienta s MR při přijetí a hospitalizaci* se vázala položka dotazníku č. 16, která zjišťovala, jak všeobecné sestry provádí ošetrovatelskou péči u pacientů s MR, jak znázorňuje graf č. 16. Z výsledků vyšlo najevo, že nejvíce respondentů 41 (56,94 %) pacienta informovala o všem, co bude následovat, 21 (29,17 %) z tázaných odpovědělo, že ošetrovatelské výkony provedli stejně jako u ostatních pacientů. S pacientem s MR nekomunikovalo 9 respondentů (12,50 %). Jeden s respondentů (1,39 %) odpověděl, že informoval pouze doprovod.

Tabulka č. 17 Agrese

Agrese	(n)	(%)
Agrese je vrozená, nejen při hospitalizaci	15	20,83
Je dána špatnou adaptační schopností, nervozitou a frustrací při hospitalizaci	52	72,22
Způsobena zdravotnickým personálem	4	5,56
Jiné	1	1,39
Celkem respondentů	72	100



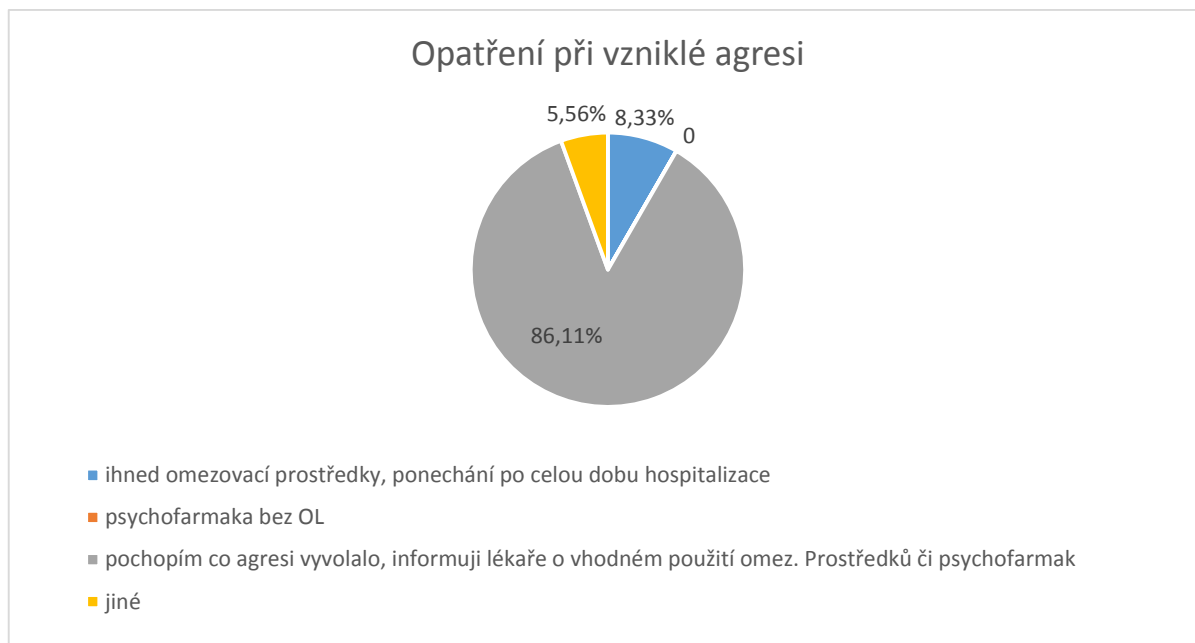
Graf č. 17 Ošetrovatelská péče

Komentář:

K dílčímu cíli č. 3 - *Zjistit názor všeobecných sester na agresi pacientů s MR, její spouštěče a použití omezovacích prostředků* se vázala položka dotazníku č. 17, která zjišťovala, zda všeobecné sestry vědí co je agrese u pacientů s MR, jak znázorňuje graf č. 17. Z výsledků vyplynulo, že si nejvíce respondentů myslí, že agrese u pacientů s MR je dána špatnou adaptační schopností, nervozitou a frustrací při hospitalizaci 52 (72,22 %). Překvapivě 15 respondentů (20,83 %) je zastáncem názoru, že agrese u pacientů s MR je vrozená a jsou agresivní nejen při hospitalizaci. Jen 4 (5,56 %) respondenti odpověděli, že agrese je způsobena zdravotnickým personálem. Jeden tázaný odpověděl možností jiné: „nevím“ (1,39 %).

Tabulka č. 18 Opatření při vzniklé agresi

Opatření při vzniklé agresi	(n)	(%)
ihned použiji omezovací prostředky a ponechám je po celou dobu hospitalizace	6	8,33
Podám psychofarmaka i bez ordinace lékaře	0	0,00
Budu se snažit pochopit co agresi vyvolalo (neuspokojení určité potřeby), potřebu uspokojím a budu sledovat další počínání pac. S MR, pokud se stav nezlepší, informuji lékaře o vhodném použití omezovacích prostředků či psychofarmak	62	86,11
Jiné	4	5,56
Celkem respondentů	72	100



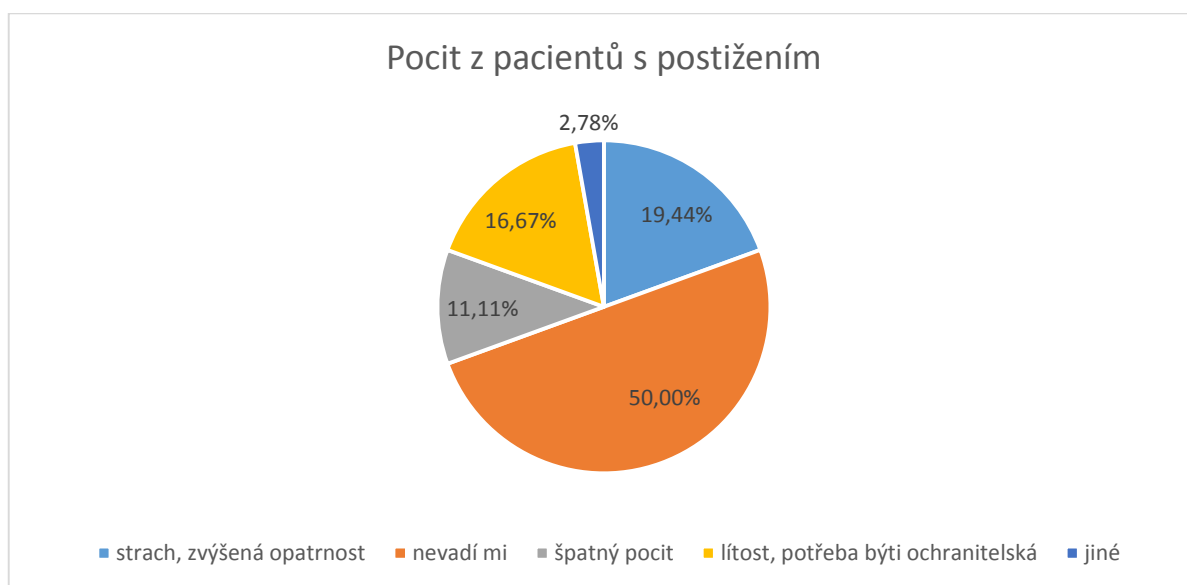
Graf č. 18 Opatření při vzniklé agresi

Komentář:

K dílčímu cíli č. 3 - Zjistit názor všeobecných sester na agresi pacientů s MR, její spouštěče a použití omezovacích prostředků se vážala položka dotazníku č. 18, která zjišťovala, co by všeobecné sestry dělaly při již vzniklé agresi u pacienta s MR, jak znázorňuje graf č. 18. Z výsledků vyplynulo - snažit se pochopit co agresi vyvolalo, uspokojit potřeby a při nezlepšení stavu zavolat lékaře a domluvit se na dalším postupu bude 62 respondentů (86,11 %), neodkladné užití omezovacích prostředků a ponechání těchto prostředků po celou dobu hospitalizace by zvolilo 6 tázaných (8,33 %). Odpověď jiné zvolili 4 respondenti (5,56 %) s odpověďmi: „domluví se s doprovodem“, „podám psychofarmaka dle ordinace lékaře“. Ani jeden by nepodal psychofarmaka bez ordinace lékaře.

Tabulka č. 19 Pocit z pacientů s postižením

Pocit z pacientů s postižením	(n)	(%)
Mám z nich strach, dbám zvýšené opatrnosti	14	19,44
Nevadí mi	36	50,00
Nemám z nich dobrý pocit	8	11,11
Mám potřebu býti k nim ochranná/ý, je mi pac. S MR líto	12	16,67
Jiné	2	2,78
Celkem respondentů	72	100



Graf č. 19 Pocit z pacientů s postižením

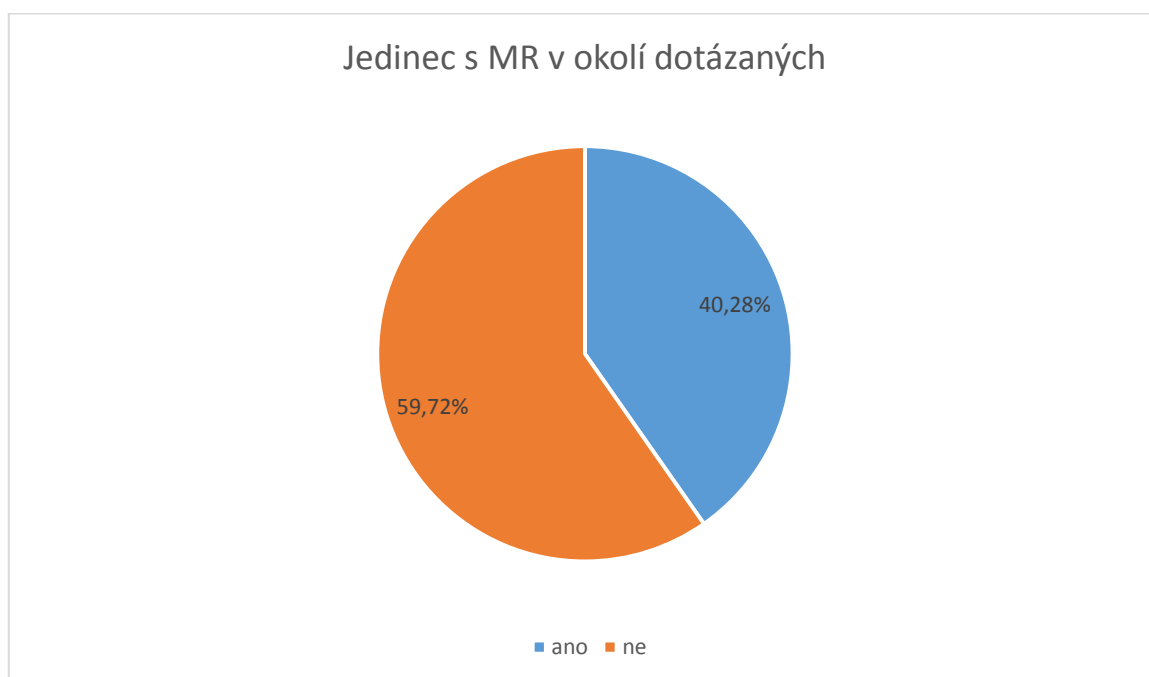
Komentář:

Celé polovině respondentů 36 (50,00 %) lidí s postižením nevadí, 14 (19,44 %) má strach a dbá zvýšené opatrnosti. 12 tázaných (16,67 %) by zaujalo ochranný přístup a tyto jedince litují. Respondentů, kteří odpověděli, že mají z těchto jedinců špatný pocit, bylo 8 (11,11 %).

Možností jiné odpověděli 2 tázání (2,78 %) s dopsáním: „jsem empatická, vstřícná“, „snažím se být trpělivá, ale opatrná“.

Tabulka č. 20 Jedinec s MR v okolí dotázaných

Jedinec s MR v okolí dotázaných	(n)	f (%)
Ano	29	40,28
Ne	43	59,72
Celkem respondentů	72	100



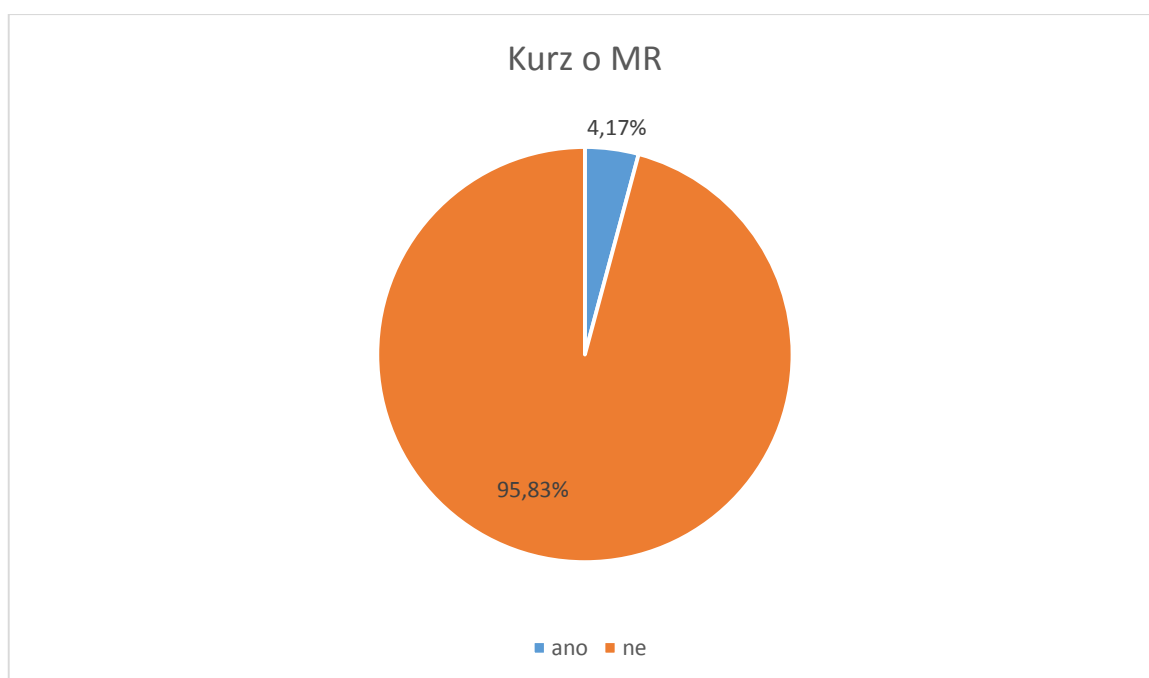
Graf č. 20 Jedince s MR v okolí dotázaných

Komentář:

Více tázaných 43 (59,72 %) nemá ve svém okolí jedince s MR, či fyzickým nebo psychickým postižením, zbylých 29 (40,28 %) odpovědělo ano. Bohužel, nebyla zjištěna žádná návaznost na ostatní otázky.

Tabulka č. 21 Kurz o MR

Kurz o MR	n	(%)
Ano	3	4,17
Ne	69	95,83
Celkem respondentů	72	100



Graf č. 21 Kurz o MR

Komentář:

Pouze 3 respondenti se takového kurzu někdy zúčastnili (4,17 %), při otázce zda jim tento kurz pomohl, odpověděli shodně, že ano. Zbýlých 69 (95,83 %) se nikdy takový kurz neabsolvovali.

11 DISKUZE

Dotazníkovým šetřením byla zjišťována informovanost a znalosti všeobecných sester o péči o pacienty s MR – to bylo zvoleno jako hlavní cíl. V analýze výsledků k hlavnímu cíli bylo zjištěno, že většina všeobecných sester umí pečovat a komunikovat s pacienty s MR, bohužel mezi respondenty byli i takoví, kteří se k pacientům s MR nedokáží chovat individuálně, empaticky, nekomunikují s pacientem s MR. Přesně polovině respondentů pacienti s MR nevadí, špatný pocit jich má až 8 (11,11 %), dokonce 14 respondentů má z pacientů z MR strach (19,44 %).

Analýza otázek k prvnímu dílčímu cíli (znalosti zásad ošetrovatelské péče o pacienty s MR) ukázala, že většina respondentů zná charakteristiku MR (87,50 %), také většina respondentů se s pacientem s MR již na oddělení setkala (88,89 %). Při přijetí pacienta bylo nejvíce uváděno, že sestry mluví pomalu a srozumitelně na pacienta s MR, bohužel jich takto odpovědělo jen 55,56 %, zbytek respondentů zaujímá přístup k MR stejný jako k ostatním pacientům nebo komunikuje jen s doprovodem 11 respondentů - 15,28 % - z tohoto čísla bylo 8 pacientů nekomunikujících, takže 3 respondenti komunikovali s doprovodem i přes to, že pacient s MR komunikoval. Při podpisu dokumentů byly odpovědi různé, ale odpovídaly předešlým otázkám (pokud byl nesoběstačný, podepisoval doprovod atd.). Při odborných výkonech potřebovala až třetina respondentů pomoc doprovodu, či spolupracovníků, druhá třetina provedla výkony stejně jako u ostatních pacientů. Při ošetrovatelské péči většina respondentů pacienta upozornila na nadcházející události, jeden respondent nekomunikoval i přes komunikační schopnosti pacienta s MR.

Druhý dílčí cíl se zaměřoval na doprovod. 30 pacientů doprovod mělo a z toho jich 19 zůstalo s pacienty po celou dobu hospitalizace. U otázky zjišťující přítomnost doprovodu po celou dobu hospitalizace měli respondenti uvádět, zda-li si myslí, že je to dobré či nikoliv. Všichni respondenti, kteří se setkali s doprovodem uváděli pozitivní vliv doprovodu na pacienta a usnadnění práce všeobecné sestry.

Třetí dílčí cíl byl zaměřen na agresi u pacientů s MR. Jeho analýza ukázala že 11 respondentů (15,27 %) mělo problém s agresivitou pacienta při provádění odborných výkonů. Celých 72,22 % (52 respondentů) uvedlo správně, že agrese je způsobena špatnou adaptační schopností, nervozitou a frustrací při hospitalizaci. Bohužel 15 si jich myslí, že agrese je vrozená, což bylo překvapující. Čtyři respondenti uvedli, že agrese je způsobena zdravotnickým personálem a svým způsobem byla i tato odpověď správná, protože pokud zdr. personál neumí

komunikovat a pečovat o pacienta s MR je frustrován ještě více a to má za vznik agrese. Při již vzniklé agresi by 6 respondentů (8,33 %) použilo ihned omezovací prostředky a ponechalo je po celou dobu hospitalizace – šokující. Ostatní by se snažili pochopit, co agresi vyvolalo, a uspokojily případně neuspokojené potřeby, pokud by ani potom agrese nezmiřila, řešili by situaci s lékařem (psychofarmaka, omezovací prostředky).

Myslím si, že postavení duševně nemocných lidí v naší společnosti je znepokojující. Lidé mají špatný náhled na „něco jiného“, odsuzují je a tím jim život určitě nepříjemňují. V dnešní společnosti chybí dostatek empatie a pochopení. Na tuto problematiku bylo vypracováno mnoho bakalářských i diplomových prací, výzkumy hlavně probíhaly mezi společnostmi, kdy výsledky byly znepokojivé, lidé odmítají přijímat jedince s MR takového jaký je. V ošetrovatelství byly prováděny výzkumy zaměřené na komunikaci – kdy ne všechny sestry věděly jak s jedinci s MR komunikovat. Další výzkum byl zaměřen na dítě s MR ve zdravotnickém zařízení – výsledky tohoto šetření byly podstatně lepší, dětské sestry jsou lépe informovány o této problematice. Každopádně ve všech již uskutečněných dotazníkových šetření nebyly výsledky uspokojivé. Ale myslím, že pokud člověk zaujímá odmítavý či štítlivý přístup k lidem s mentálním či fyzickým postižením, bude ho zaujímat nadále.

Návrh na řešení této problematiky: Už od útlého věku dítěti vysvětlovat, že mezi zdravými jedinci a jedinci s postižením není rozdíl. Zřídit lepší osvětu o mentálních a fyzických postiženích a přístupu k těmto lidem, už od základní školy. Samozřejmě tuto osvětu zařadit i do vzdělávacího programu středních zdravotních škol, vyšší a vysoké školy nevyjímaje. Nesnažit se oddělovat jedince s MR od ostatních, dát mu prostor svého vlastního vyjádření.

Bohužel tento problém je celoplošný a zasahuje do všech oblastí ať je to školství, společnost, sociální sféra tak i zdravotnictví.

11.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V praxi by měl být užit následující postup, jak komunikovat a pečovat o pacienta s mentální retardací.

Při přijetí pacienta:

- Seznámit pacienta s MR s oddělením, jeho pokojem, zajistit blízkost signalizačního zařízení a podrobně vysvětlit jeho použití.
- Při podpisu informovaných souhlasů a ostatních dokumentů, zjistit, zda je pacient svéprávný, pokud ne zajistit podpis právně odpovědné osoby.

Během hospitalizace:

- Sestra by měla být k pacientovi s MR (i k ostatním pacientům) – taktní, otevřená, vlídná, empatická a trpělivá.
- Poskytovat dostatek informací o odborných výkonech, vyšetření a ošetrovatelské péči.
- Zaujímat vhodný profesní přístup.
- Zajistit bezpečnost pacienta při hospitalizaci.
- Sestra sleduje nežádoucí účinky léčiv (hlavně psychofarmak).
- Sestra by měla uspokojovat individuální potřeby, u pacientů s MR zvláště důležité, měla by si stanovit cíle a intervence v ošetrovatelské péči.

Edukace

- Srozumitelně, pomalu, v případě potřeby zopakovat a ujistit se zpětnou vazbou.
- Zapojit příbuzné či opatrovníka do péče o pacienta s MR, edukovat i je.
- Poskytnout dostatek informací o případné další léčbě.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou péče o mentálně retardované pacienty, v teoretické části je popsána mentální retardace její formy a projevy, zásady ošetrovatelské péče a komunikace s těmito pacienty.

Praktická část je znázorněna pomocí tabulek a grafů. Hlavním cílem bylo zjistit znalosti a kvalitu péče všeobecných sester v KNTB Zlín a.s. poskytovanou pacientům s mentální retardací. Jsem si vědoma, že těchto pacientů není tolik jako ostatních, ale i přes to se na odděleních čas od času objevují a potřebují kvalitní péči. Hlavní cíl byl splněn, bylo zjištěno, že většina sester má povědomí o mentálně retardovaných pacientech a o specifickém přístupu k nim. Dílčí cíle - znalosti zásad péče o tyto pacienty dopadly uspokojivě, bohužel ne všechny všeobecné sestry tyto zásady znají či používají. Při výzkumu dílčího cíle č.2, kdy byl zkoumán doprovod pacientů byl cíl splněn, doprovod většinou s pacienty chodí a pomáhá zvládat situace při hospitalizaci jak sestrám, tak pacientům. Poslední dílčí cíl byl zaměřen na agresi a používání omezovacích prostředků, ani zde by se všechny sestry nechovaly, tak jak by měly. Každopádně stále je mezi námi většina sester, které jsou empatické, znají zásady péče a chovají se k pacientům uctivě a tak jak by měly.

Myslím, že výsledky průzkumného šetření mají určitý přínos pro praxi, lidé s MR či jiným psychickým nebo fyzickým postižením musejí každodenně snášet nechápavé pohledy od ostatních „normálních“ lidí, pomluvy a špatné zacházení. Proto, by jsme se my sestry měly chovat profesionálně a nečinít těmto lidem ještě větší bolest, naopak probouzet to krásné co mají uvnitř a rozvíjet je i v těch nezákladnějších aktivitách.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ČERŇANOVÁ, Andrea, 2011. *Ošetrovanie chorých: s psychickými problémami na somatických oddeleniach*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-7
- [2] FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA, 2008. *Speciální pedagogika: Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-014-0
- [3] HOSÁKOVÁ, Jiřina et al., 2007. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. Opava: Slezská univerzita v Opavě. ISBN 978-80-7248-442-3
- [4] CHRÁSTKOVÁ, Eva a Renata, KOJECKÁ, 2011. *Komunikace u osob s mentálním postižením*. Sestra, roč. 21, č. 10. ISSN 1210-0404
- [5] JUKLOVÁ, Kateřina a Radka SKORUNKOVÁ, 2007. *Základy psychopatologie*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7041-873-4
- [6] MARKOVÁ, Eva, Martina, VENGLÁŘOVÁ a Mira, BABIAKOVÁ, 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1151-6
- [7] MICHALÍK, Jan a kol., 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-859-3
- [8] PETR, Tomáš, Eva MARKOVÁ et al., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6
- [9] ŠÍŠKA, Jan, 2005. *Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0992-4
- [10] ŠLAISOVÁ, Ivana, Ladislav, HOSÁK a Věra MICHÁLKOVÁ, 2004. *Ošetrovatelství v psychiatrii: pro bakalářské studium*. Nukleus. ISBN 80-86225-51-8
- [11] ŠVARCOVÁ, Iva, 2000. *Mentální retardace: Vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-506-7
- [12] VALENTA, Milan et al., 2012. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3829-1
- [13] VESELÁ, Jitka a Tibor A., BREČKA, 2008. *Komunikace s duševně narušeným jedincem*. Rescue report, roč. 11, č. 6. ISSN 1212-0456
- [14] SVOBODA, Mojmir, Eva, ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ, 2012. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0216-5

- [15] *Center for Parents Information and Resources*, 2011 [online]. *Intellectual Disability* [cit. 11.5. 2015]. Dostupné z: <http://www.parentcenterhub.org/repository/intellectual/>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

kol.	Kolektiv
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
s.	Strana
AAMR	Americká asociace pro mentální retardaci
CNS	Centrální nervový systém (soustava)
Tj.	To je
Apod.	A podobně
IQ	Intelligenční kvocient
NS	Nervová soustava
Atd.	A tak dále
Aj.	A jiné
Et al.	A další
Roč.	Ročník
Mgr.	Magistra
Č.	Číslo
JIP	Jednotka intenzivní péče
N	Absolutní četnost
Zdr.	zdravotnický
MR	Mentální retardace
Např.	Například
ARIP	Anesteziologicko resuscitační intenzivní péče

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf č. 1 Pohlaví respondentů</i>	29
<i>Graf č. 2 Věk respondentů</i>	30
<i>Graf č. 3 Vzdělání respondentů</i>	31
<i>Graf č. 4 Délka praxe</i>	32
<i>Graf č. 5 Oddělení</i>	33
<i>Graf č. 6 Charakteristika MR</i>	34
<i>Graf č. 7 Setkání s jedincem s MR na oddělení</i>	35
<i>Graf č. 8 Soběstačnost pacienta s MR</i>	36
<i>Graf č. 9 Doprovod</i>	37
<i>Graf č. 10 Přítomnost doprovodu při hospitalizaci</i>	38
<i>Graf č. 11 Přístup všeobecných sester při přijetí pacienta s MR</i>	40
<i>Graf č. 12 Podpis dokumentů</i>	43
<i>Graf č. 13 Edukace před odborným výkonem</i>	44
<i>Graf č. 14 Odborné výkony</i>	46
<i>Graf č. 15 Komunikace</i>	48
<i>Graf č. 16 Ošetrovatelská péče</i>	49
<i>Graf č. 17 Ošetrovatelská péče</i>	51
<i>Graf č. 18 Opatření při vzniklé agresi</i>	54
<i>Graf č. 19 Pocit z pacientů s postižením</i>	55
<i>Graf č. 20 Jedince s MR v okolí dotázaných</i>	56
<i>Graf č. 21 Kurz o MR</i>	57

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů</i>	<i>29</i>
<i>Tabulka č. 2 Věk respondentů.....</i>	<i>30</i>
<i>Tabulka č. 3 Vzdělání respondentů.....</i>	<i>31</i>
<i>Tabulka č. 4 Délka praxe</i>	<i>32</i>
<i>Tabulka č. 5 Oddělení</i>	<i>33</i>
<i>Tabulka č. 6 Charakteristika MR.....</i>	<i>34</i>
<i>Tabulka č. 7 Setkání s jedincem s MR na oddělení.....</i>	<i>35</i>
<i>Tabulka č. 8 Soběstačnost pacienta s MR.....</i>	<i>36</i>
<i>Tabulka č. 9 Doprovod</i>	<i>37</i>
<i>Tabulka č. 10 Přítomnost doprovodu při hospitalizaci</i>	<i>38</i>
<i>Tabulka č. 11 Přístup všeobecných sester při přijetí pacienta s MR.....</i>	<i>40</i>
<i>Tabulka č. 12 Podpis dokumentů</i>	<i>42</i>
<i>Tabulka č. 13 Edukace před odborným výkonem</i>	<i>44</i>
<i>Tabulka č. 14 Odborné výkony</i>	<i>46</i>
<i>Tabulka č. 15 Komunikace.....</i>	<i>48</i>
<i>Tabulka č. 16 Ošetrovatelská péče</i>	<i>49</i>
<i>Tabulka č. 17 Agrese</i>	<i>51</i>
<i>Tabulka č. 18 Opatření při vzniklé agresi</i>	<i>53</i>
<i>Tabulka č. 19 Pocit z pacientů s postižením</i>	<i>55</i>
<i>Tabulka č. 20 Jedinec s MR v okolí dotázaných</i>	<i>56</i>
<i>Tabulka č. 21 Kurz o MR.....</i>	<i>57</i>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník k průzkumnému šetření

Příloha P II: Žádost o dotazníkové šetření

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK K PRŮZKUMNÉMU ŠETŘENÍ

Dotazník – Problematika péče o pacienta s mentální retardací

Dobrý den,

jmenuji se Aneta Kreuzová a jsem studentkou fakulty humanitních studií, obor Všeobecná sestra na univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně.

Píši závěrečnou bakalářskou práci na téma: „**Problematika péče o pacienta s mentální retardací**“, obracím se na Vás s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku, pomocí kterého, bych ráda zjistila, jaké mají pracovníci ve zdravotnictví povědomí o mentální retardaci, a jakou poskytují péči pacientům s mentální retardací. Dotazník je zcela anonymní.

Dotazník je určen pro zdravotnické pracovníky z interních a chirurgických oddělení. Získané informace budou použity pouze ve výzkumné části mé bakalářské práce.

V dotazníku prosím zaškrtněte jen jednu možnost, nebo se řiďte dle pokynů u jednotlivých otázek.

Předem děkuji za Váš čas a spolupráci,

Aneta Kreuzová

1. Jste?

- Muž
- Žena

2. Kolik Vám je let? (doplňte)

.....

3. Jaké je Vaše dokončené vzdělání?

- Střední odborná škola s maturitou
- Vyšší odborná škola
- Vysoká škola

- Jiné (doplňte)

4. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- Méně než 2 roky
 3-6 let
 7-10 let
 10-15 let
 16-20 let
 Více jak 20 let

5. Na jakém oddělení pracujete?

- Interní oddělení
 Chirurgické oddělení
 Jiné (doplňte)

6. Znáte charakteristiku mentální retardace?

- Mentální retardace je stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, celkově snížená úroveň inteligence.
 Mentální retardace se projevuje především tělesným handicapem.
 Mentální retardace je stav bio – psycho – sociálního strádání, většinou způsobené nevhodnou výchovou v době vývoje.

7. Setkal/a jste se na oddělení s jedincem s mentální retardací (dále jen MR)?

- Ano
 Ne (pokud ne, vyplňte dotazník podle toho, jak, byste se zachoval/a kromě otázky č. 8, 9, 10)

8. Jak moc byl pacient s MR soběstačný?

- Zcela soběstačný.
 Zvládal základní činnosti (hygiena, stravování apod.). Byla potřeba minimální dopomoci.
 Nesoběstačný v oblasti (hygieny, stravování apod.). Byla potřeba větší dopomoci.
 Zcela nesoběstačný, odkázán na celkovou péči.

9. Měl pacient s MR doprovod?

- Ano (pokud ano doplňte koho – matku, soc. pracovníka, opatrovníka apod.)
.....
 Ne

10. Byl doprovod s pacientem po celou dobu hospitalizace?

- Ano (pokud ano, doplňte prosím, jaký na to máte názor, zda je to dobré, či nikoliv a proč.)

-
.....
- Ne

11. Jaký jste k pacientovi s MR při přijetí zaujal/a přístup?

- Stejný jako k ostatním pacientům
 - Komunikoval/a jsem jen s doprovodem
 - Mluvil/a jsem pomalu, srozumitelně a ujistila se zpětnou vazbou
 - Jiné (dopište)
-
.....
.....

12. Při podpisu informovaných souhlasů a jiných dokumentů:

- Nechal/a jsem je podepsat doprovod
 - Nechal/a jsem je podepsat pacienta s MR pokud byl schopen a svéprávný
 - Pokud nebyl schopen podepsat a souhlasil slovně, napsal/a jsem - souhlasí slovně
 - Musel/a jsem zjistit (pokud byl MR zbaven svéprávnosti), kdo je za něj právně zodpovědný, a tomuto člověku nechal/a podepsat dané dokumenty
 - Jiné (dopište)
-

13. Při edukaci o odborných výkonech:

- Postupoval/a jsem stejně jako u ostatních pacientů
 - Edukoval/a jsem dostatečně pacienta s MR, popř. i jeho doprovod a ujistila se zpětnou vazbou
 - Jiné (dopište)
-

14. Při odborných výkonech u pacienta s MR:

- Jsem přistupoval/a stejně jako u ostatních pacientů
 - Měl/a jsem problém s agresivitou pacienta s MR
 - Potřeboval/a jsem pomoc spolupracovníků či doprovodu
 - Zvládl/a jsem výkon sama, bez pomoci
 - Jiné (dopište)
-

15. Při komunikaci s pacientem s MR:

- Jsem neměl/a problém
 - Vyskytl se problém ve vzájemném porozumění
 - Komunikoval/a jsem jen s doprovodem, a ten už pacientovi vše vysvětlil
 - S pacientem nebyla možná komunikace
 - Jiné (dopište)
-

16. Při ošetrovatelské péči:

- O všem, co bude probíhat, jsem pacienta informoval/a
 - S pacientem jsem nekomunikoval/a
 - Provedl/a jsem ošetrovatelské výkony jako u ostatních pacientů
 - Jiné (dopište)
-

17. Myslíte, že agrese u pacientů MR je:

- Vrozená, agresivní jsou nejen při hospitalizaci
 - Daná špatnou adaptační schopností, nervozitou a frustrací při hospitalizaci
 - Způsobená zdravotnickým personálem
 - Jiné (dopište)
-

18. Pokud by byla agrese natolik vystupňovaná, že by hrozilo, či se již uskutečnilo napadení zdravotnického personálu, tak:

- Ihned pacienta s MR přikurtuji a ponechám kurty po celou dobu hospitalizace
 - Podám pacientovi psychofarmaka i bez ordinace lékaře
 - Budu se snažit pochopit co agresi vyvolalo (neuspokojení určité potřeby), potřebu uspokojím a budu sledovat další počínání pacienta s MR, pokud se stav nezlepší, informuji lékaře o vhodném postupu kurtace a psychofarmak
 - Jiné (dopište)
-

19. Jaký mám pocit z jedinců s MR nebo jiným psychickým či fyzickým postižením?

- Mám strach, dbám zvýšené opatrnosti
 - Beru je jako všechny ostatní
 - Nemám z nich dobrý pocit
 - Mám potřebu být k nim ochranná, je mi těchto lidí líto
 - Jiné (dopište)
-

20. Vyskytuje se ve Vašem rodinném kruhu či u známých jedinec s MR, fyzickým či psychickým postižením?

- Ano

Ne

21. Absolvoval/a jste někdy kurz, školení nebo jiný vzdělávací program ohledně pacientů s MR?

Ano (pokud ano, dopište, zda-li Vám tento kurz pomohl)

.....
.....

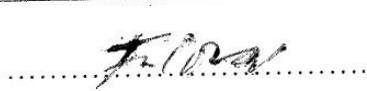
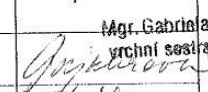
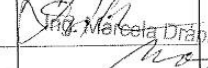
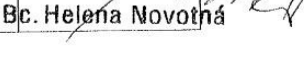
Ne

PŘÍLOHA P II: ŽÁDOST O DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	ANETA KREUZOVÁ		
Téma bakalářské práce	PROBLEMATIKA PÉČE O PACIENTA S MR		
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. ANDREJA FILOVÁ		
	 podpis		
Skupina respondentů	VŠEOBECNÉ SESTRY		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis	
Chirurgická odd.	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		Mgr. Gabriela Gajzlerová vrchní sestra chir. odd.
Interní odd.	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		Mgr. Marcela Drábková
Gynekologické odd.	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		Bc. Helena Novotná

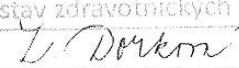
Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Zlín

gynekologicko-porodnické odd.

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Ve Zlíně dne 24.03.2015...


Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Havlíčkové nábřeží 600
782 75 Zlín

.....
razítko a podpis zástupce zařízení