

Psychosociální problematika mentálně postižených klientů při hospitalizaci

Eva Drahá

Bakalářská práce
2008



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických studií

akademický rok: 2007/2008

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Eva DRAHÁ**
Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Psychosociální problematika mentálně postižených klientů při hospitalizaci**

Zásady pro vypracování:

1. TEORETICKÁ ČÁST

Historie problematiky péče o mentálně postižené

Klasifikace mentálního postižení

Psychosociální problematika hospitalizace mentálně postižených klientů

2. PRAKTICKÁ ČÁST

Využití metody dotazníků – skupina respondentů rodičů klientů, skupina zdravotnických pracovníků

Analýza a vyhodnocení získaných informací

Porovnání zjištěných údajů, vyhodnocení psychosociální problematiky

Využití zjištěných poznatků v praxi

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

- 1) KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-01790-0.
- 2) MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
- 3) ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. Dětská klinická psychologie. 4.vydání. Praha: Grada, 2006. 601s. ISBN 80-247-1049-8.
- 4) SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. Psychopatologie a psychiatrie. 1.vydání. Praha: Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.
- 5) SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Praha: Portál, 2001. 791 s. ISBN 80-7178-545-8.
- 6) ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení. Praha: Grada, 2007. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
- 7) ZVOLSKÝ, P. a kol. Speciální psychiatrie. Univerzita Karlova Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-7184-203-6.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Stanislava Kovářová**
Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: **31. ledna 2008**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2008**

Ve Zlíně dne 31. ledna 2008



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



L.S.



MUDr. František Grossmann, CSc.
ředitel ústavu

ABSTRAKT

V závěrečné bakalářské práci se zabývám psychosociální problematikou mentálně postižených klientů při hospitalizaci. Bakalářská práce se skládá ze dvou částí.

V teoretické části popisuji historický vývoj psychiatrického lékařství a ošetrovatelství. Následně se zaměřuji na problematiku mentální retardace, především na vztah členů rodiny k mentálně postiženému a také na překážky, které mohou nastat v průběhu hospitalizace.

Praktickou část tvoří analýza dotazníkového šetření. Dotazovaní byli rodiče, opatrovníci mentálně postižených dětí a zdravotnický personál. Cílem průzkumu bylo zjistit nejčastější problémy při hospitalizaci mentálně retardovaného klienta. Výsledky šetření jsou zpracovány do tabulek, znázorněny graficky a doplněny komentářem.

Klíčová slova:

Mentální retardace, hospitalizace, klient, rodiče, komunikace, práva, dotazníkové šetření

ABSTRACT

In my Bachelor's Diploma Thesis I deal with the psychosocial problems of mentally ill patients during hospitalization. My Bachelor's Diploma Thesis consists of two parts.

In theoretical part I describe historical development of psychiatric medicine and nursing. Then I concern with the problems connected with mental retardation, particularly I am interested in the relationships between the members of family and mentally ill person. I also point at the obstacles that can appear during hospitalization.

Second part is based on a survey via questionnaire. Respondents were the parents, the minders of mentally ill patients and the medical personnel. The aim of my research is finding out the most common problems during hospitalization of mentally ill patients. The results of the survey are compiled into the tables, the graphs and there are added commentaries there.

Keywords:

mental retardation, hospitalization, patient, parents, communication, rights, research via questionnaire

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala a napsala samostatně pod vedením
Mgr. Stanislavy Kovářové a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury.

Ve Zlíně dne 20. května 2008

.....

Motto: „*Komukoli prospěti můžeš, pomáhej rád, možno-li pak celému světu.*“

Sloužiti a prospívati jest vlastností povah vznešených.“

J. A. Komenský

Srdečně děkuji Mgr. Stanislavě Kovářové za cenné rady, podněty, připomínky a odborné vedení mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem, kteří mi byli nápomocni při tvorbě této práce, respondentům z řad rodičů mentálně postižených dětí, zdravotnickému personálu a zejména své rodině.

Ve Zlíně dne 20. května 2008

.....

Souhlasím, aby moje bakalářská práce byla využívána ke studijním účelům a byla citována dle platných norem.

Ve Zlíně dne 20. května 2008

.....

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 ZDRAVÍ A NEMOC	14
1.1 DEFINICE A KONCEPCE ZDRAVÍ.....	14
1.2 DETERMINACE ZDRAVÍ.....	15
1.3 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ.....	15
2 HISTORIE PSYCHIATRICKÉHO OŠETŘOVATELSTVÍ	16
2.1 STAROVĚK.....	16
2.2 STŘEDOVĚK.....	16
2.3 NOVOVĚK.....	17
2.4 ÚSTAVY PRO DUŠEVNĚ CHORÉ.....	17
2.5 HISTORICKÝ VÝVOJ KONCEPCÍ DĚTSKÉ A DOROSTOVÉ PSYCHIATRIE.....	19
2.6 HISTORIE Z HLEDISKA DĚTSKÉ A DOROSTOVÉ PSYCHIATRIE.....	19
2.7 ROZVOJ PEDOPSYCHIATRIE V ČESKÝCH ZEMÍCH	20
3 MENTÁLNÍ RETARDACE	21
3.1 PSYCHOLOGICKÝ PROFIL A ODLIŠNOSTI LIDÍ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ	22
3.2 EPIDEMIOLOGIE MENTÁLNÍ RETARDACE	23
3.3 PŘÍČINY VZNIKU MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ.....	23
3.4 DIAGNOSTIKA MENTÁLNÍ RETARDACE.....	24
3.5 KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE	25
3.5.1 Lehká mentální retardace (IQ 50 - 69), mentální věk 9 - 12 let	25
3.5.2 Středně těžká mentální retardace (IQ 35 - 49), mentální věk 6 - 9 let	25
3.5.3 Těžká mentální retardace (IQ 20 - 34), mentální věk 3 - 6 let	26
3.5.4 Hluboká mentální retardace (IQ < 20), mentální věk < 3 roky	27
3.5.5 Jiná mentální retardace.....	27
3.5.6 Nespecifikovaná mentální retardace	27
3.6 LÉČBA MENTÁLNÍ RETARDACE	28
3.7 MOŽNOSTI PREVENCE MENTÁLNÍ RETARDACE	28
4 RODINA A MENTÁLNĚ POSTIŽENÉ DÍTĚ	30
4.1 PŘIJMUTÍ A VYROVNÁNÍ SE S DIAGNÓZOU MENTÁLNÍ RETARDACE U SVÉHO DÍTĚTE	30
4.2 PROCES AKCEPTACE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ DÍTĚTE RODIČI	32
4.2.1 Fáze šoku a popření.....	32
4.2.2 Fáze bezmocnosti	32
4.2.3 Fáze postupné adaptace a vyrovnávání se s problémem	32
4.2.3.1 Aktivní způsob.....	33

4.2.3.2	Pasivní způsob	33
4.2.4	Fáze smlouvání.....	33
4.2.5	Fáze realistického postoje	33
4.3	PŘIJETÍ DÍTĚTE DO RODINY	34
4.4	VZTAH SOUROZENCŮ K POSTIŽENÉMU DÍTĚTI.....	34
4.5	JAK VYSVĚTLIT MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ SOUROZENCŮM	35
4.5.1	Sourozenec mladší než tři roky	35
4.5.2	Sourozenec ve věku od tří do dvanácti let.....	35
4.5.3	Sourozenec starší než dvanáct let.....	36
4.6	ÚSTAVNÍ PÉČE NEBO DOMOV	36
5	PROBLEMATIKA MENTÁLNĚ POSTIŽENÉHO KLIENTA PŘI HOSPITALIZACI.....	37
5.1	POSUZOVÁNÍ STAVU KLIENTA.....	37
5.2	METODY SBĚRU ÚDAJŮ.....	37
5.2.1	Pozorování.....	37
5.2.2	Rozhovor	38
5.3	ZÁSADY CHOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÉHO PERSONÁLU K MENTÁLNĚ POSTIŽENÉMU KLIENTOVI.....	38
5.4	CHYBNÉ CHOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÉHO PERSONÁLU K MENTÁLNĚ POSTIŽENÉMU KLIENTOVI.....	39
6	KOMUNIKACE S MENTÁLNĚ POSTIŽENÝM KLIENTEM.....	41
6.1	ZÁSADY NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE	42
6.2	METODY ALTERNATIVNÍ, NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE.....	42
6.3	ZÁSADY VERBÁLNÍ KOMUNIKACE.....	45
6.4	NEJČASTĚJŠÍ CHYBY V KOMUNIKACI	46
6.5	KOMUNIKACE NA VHODNÉ ÚROVNI	47
6.5.1	Znaky příjemných pocitů a otevření se okolí:	47
6.5.2	Znaky nepříjemného pocitu a uzavření se do sebe:.....	47
6.6	AGRESIVNÍ CHOVÁNÍ MENTÁLNĚ POSTIŽENÉHO KLIENTA.....	48
6.6.1	Nejčastější příčiny agresivního chování.....	48
6.6.2	Projevy agresivního chování	49
6.6.3	Přístup k neklidnému klientovi	49
6.6.4	Právní předpisy související s omezujícími prostředky	51
7	PRÁVA MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH KLIENTŮ	52
7.1	VZNIK ETICKÉHO KODEXU PRÁV PACIENTŮ	52
7.2	VŠEOBECNÉ A PSYCHIATRICKÉ ETICKÉ KODEXY LIDSKÝCH PRÁV	53
II	PRAKTICKÁ ČÁST	55
8	CÍLE A HYPOTÉZY PRŮZKUMU.....	56

8.1	CÍLE	56
8.2	HYPOTÉZY	56
9	METODIKA PRÁCE.....	57
9.1	CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉHO VZORKU	57
9.2	METODIKA PRŮZKUMU	57
9.3	CHARAKTERISTIKA POLOŽEK.....	58
9.3.1	Dotazník pro rodiče či opatrovníky mentálně postiženého dítěte (Příloha P I, P VIII)	58
9.3.2	Dotazník pro zdravotnické pracovníky (Příloha P II, P IX)	58
9.4	ORGANIZACE ŠETŘENÍ	58
9.5	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	59
9.6	VYHODNOCENÍ ŠETŘENÍ	60
10	DISKUZE	103
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	107
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	111
	SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ	113
	SEZNAM TABULEK.....	115
	SEZNAM PŘÍLOH.....	117

ÚVOD

Duševní poruchy a změny v psychickém stavu jsou v dnešní době velmi často diskutovaným tématem. Významný podíl na jejich navyšování v populaci má uspěchaná doba, stres, nesprávný životní styl a životospráva. Výsledkem důsledků našeho jednání a chování může být i narození mentálně postiženého dítěte. Problematika mentální retardace je ve společnosti zjevná. V přístupu a jednání s postiženým jedincem se lidé zdráhají, ostýchají, prohlížejí si jej a neumějí navázat kontakt jak neverbální, tak i při oslovení. Zdravotnický personál by měl být příkladem široké veřejnosti v navázání prvního kontaktu, v profesionálním chování a v empatickém přístupu k mentálně postiženému člověku.

První zmínky o duševních chorobách a jejich léčbě sahají až do starověku. V tomto období se využívalo lidového léčitelství k zahnání nadpřirozených sil. Významnou osobností této doby se stal Hippokrates, který vycházel z filozofie, že nemoc je přirozený stav a proces. Postupem času, v době středověku, se společnost k duševně nemocným stavěla s opovržením, vyčleňováním, zavržením a nezájmem, s používáním fyzických trestů. Mezníkem v postupném zlepšování kvality psychiatrické péče se stala Velká francouzská revoluce. Začínají se budovat ústavy pro duševně choré s péčí opatrovníků, poté ošetřovatelek. Vycházejí zákony a předpisy, kde i duševně nemocní mají své zastání. Výzkum v ošetřovatelství a medicíně přináší nové terapeutické metody a léčiva.

S vývojem moderního ošetřovatelství se zkvalitňuje péče o klienty v nemocnicích, tím se přispívá ke spokojenosti hospitalizovaných klientů, kteří si zaslouží odbornou péči na vysoké úrovni. Dnešní doba žádá vysokou prestiž zdravotníků, výborné teoretické znalosti a na druhé straně lidskost, pochopení, empatii a vlídné slovo útěchy. Je nám umožněno využívat nejrůznějších druhů léčby, psychoterapie, spolupráci klienta, rodiny a personálu.

Myslím si, že nejčastějšími problémy při hospitalizaci mentálně postiženého klienta v nemocnici jsou komunikační bariéry, nedodržování zásad komunikace a práv duševně nemocných osob. Zdravotnický personál, který pečuje o nemocného s duševní poruchou, musí být odborně vyškolen, jeho způsobilost k povolání by měla být neustále aktualizována, doplňována a rozvíjena. Sestry a lékaři se na oddělení setkávají s různými stupni mentální retardace. Jestliže chceme docílit spokojenosti klienta i našeho vlastního uspokojení, musíme mít dokonalý přehled o člověku, který nás potřebuje, více než kdokoli jiný: ode-

brat podrobnou anamnézu, zjistit přidružená onemocnění, která klienta omezují, jeho obavy, psychické rozpoložení a nálady, chovat se empaticky, vstřícně a s vlídností.

Problematika nedodržování zásad komunikace a práv mentálně postižených klientů na oddělení může vyplývat z chování jedince. Z nového, neznámého prostředí, v němž se nemocný nachází, z bolesti, kterou pociťuje, ale i z charakterových vlastností sestry, spolupráce celého ošetřovatelského týmu a předávání si informací.

Jmenovaná úskalí mohou souviset s rodinou klienta, zda-li je vztah mezi členy rodiny funkční a jestli má nemocný dobré zázemí a podporu. Na toto téma rodiny jsou navazující i nesnáze s přijetím diagnostiky mentální retardace a postiženého dítěte do rodiny. Rodiče se ocitají ve zcela nové, psychicky vysilující situaci. Proces přijetí dítěte do rodiny, vysvětlování dalším sourozencům, že nový, tak dlouho očekávaný člen je postižený a rozhodování se, co bude s naší budoucností nadále, není snadné.

Myslím si, že vhodná spolupráce s klientem a jeho rodinou je „poloviční“ úspěšnost léčby. Pro každého z nás zdravotníků je to získání dobrého pocitu z pomoci potřebnému.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ZDRAVÍ A NEMOC

Dle tradice lidské společnosti chápeme člověka ve všech jeho složkách osobnosti, to znamená fyzické, psychické, duchovní a sociální složce. Zdraví představuje jednu z nejvýznamnějších hodnot veškerých kultur lidstva. Vývoj člověka doprovází celá řada vnějších i vnitřních vlivů, sociální vztahy a činnosti, které současně působí na zdraví i nemoc. Zdraví obecně chápeme v souvislosti s osobností dynamickou, jedinečnou a neopakovatelnou [24].

Slovo nemoc ve svém obsahu skrývá nemohoucnost, problém, který jedince ovlivňuje v neschopnosti zajištění si ať vyšších, tak i nižších potřeb ke své spokojenosti. Obecně je nemoc definována jako stav organismu narušující jeho správné fungování a rovnováhu. Při tomto stavu dochází k poruchám funkce a struktury orgánů, vzniku příznaků nemoci a vyplývajícím důsledkům [24].

Nemoc postihuje i široké okolí jedince, nastává nezbytnost péče, závislost na blízkých i cizích osobách, dochází ke změnám životního rytmu rodiny a v neposlední řadě může vyústit i v ekonomické problémy. Nemoc je odchylka od zdraví, je velmi intenzivně doprovázena subjektivními pocity a individuálními prožitky. Společnost ke vztahu k nemocným zachovává postoj zahrnující pomoc, ohled, empatii a podporu. Zároveň se od nemocných jedinců očekává spolupráce a vůle k uzdravení [24, 8].

1.1 Definice a koncepce zdraví [24, 10]

V současné době je zdraví pojímáno několika definicemi. V oboru ošetřovatelství jsou nejčastěji uváděny definice citované Světovou zdravotnickou organizací (SZO) (World Health Organization- WHO) se sídlem v Ženevě: „Zdraví lze definovat jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, který je výsledkem souladu ve vzájemném působení organismu a prostředí. Zdraví není jen pouhá nepřítomnost nemoci, ale je stavem fyzické, psychické a sociální pohody“ [ŠIMÁNKOVÁ, M. a kol., 2006, s. 22]. Nemoc jedince s sebou přináší i změnu biologickou, sociální a psychologickou. Jde o holistické pojetí zdraví. Toto může jedinec ovlivnit svým přístupem ke své nemoci a touze se uzdravit. Filozofie Florence Nightingalové (1820 - 1910) odpovídá této definici SZO. V souvislosti s celosvětovou kampaní „Zdraví pro všechny“, z roku 1977 se objevuje nová definice zdraví: „Zdraví je

schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život“ [MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. 2006, s.15].

Psychologické zdraví je pojímáno jako pocit klidu, vyrovnanosti, psychické pohody jedince, pozitivních emocí a interakcí jedince v souladu se společností, ve které se jedinec nachází.

Sociologické zdraví znamená kvalitní fyzický a emoční stav, jímž jedinec dosáhne vytoužených hodnot a dovede se z nich radovat. Zdraví je sociology prezentováno jako normální, plnohodnotný a aktivní život dle jedincových individuálních představ a potřeb. Podstata této definice zdraví je ve vzájemném propojení sociálních vztahů s aktivitou a energií.

Veřejné zdraví svou podstatou zahrnuje zdravotní stav obyvatelstva, který je určován způsobem života, souhrnem přírodních, životních a pracovních podmínek jedinců.

1.2 Determinace zdraví

Zdraví je určováno několika základními faktory, které působí na člověka již od početí. Individuálními vlastnostmi jedince, které si člověk přináší po narození do života, jsou somatické a psychické dispozice, dispozice ke zdraví a k nemoci. Dalšími faktory determinující zdraví jsou společenské a sociální podmínky, životní prostředí v němž se jedinec nachází. Posilování zdraví, prevence k onemocnění, celkové klima a ekonomická vyspělost země významně zasahují do výskytu nemocnosti obyvatelstva. Významnou společenskou problematikou v evropských zemích jsou přenosné a nepřenosné choroby, úrazy, komplikace související s těhotenstvím, porodem a poruchy duševního zdraví [24].

1.3 Duševní zdraví

Duševní zdraví je pojímáno jako dobrá kondice celé osobnosti. Zdravý člověk přijímá a zpracovává informace, řeší problémy, logicky myslí. Plánuje a vytváří nové věci, umí komunikovat, adaptuje se na nové situace. Prožívá emoce, udržuje společenský i partnerský vztah. Duševně zdravý jedinec je v těchto oblastech velmi flexibilní a dokáže se jim vyrovnat a přizpůsobit [24].

2 HISTORIE PSYCHIATRICKÉHO OŠETŘOVATELSTVÍ

2.1 Starověk [10]

Neznalost a nevysvětlitelnost některých duševních či tělesných nemocí lidé přisuzovali nadpřirozeným silám, sesláním trestu od bohů a odvrácení jejich náklonnosti. Společnost se bránila nošením ochranných symbolů, vykonávala magické obřady a rituály. O mnoho let později se objevuje lidové léčitelství. Lidé se učí využívat rostliny, kořínky, kůry stromů, vnitřností zvířat k výrobě odvarů, zábalů, koupelí a mastí.

Významný podíl na péči o duševně nemocné má egyptské a řecké lékařství. Prvními útočišti s cílenou péčí o tyto nemocné byly chrámy s kvetoucími zahradami. V léčbě se uplatňovaly hry, tance, zpěv a zábava.

Významnou osobností dějin lékařství byl Hippokrates (460 - 370 př. n. l.), řecký lékař a filozof. Jeho terapie spočívala ve správném stanovení diagnózy na základě příčiny chorob, pocházejících z vnitřního nebo vnějšího prostředí člověka, individuálním přístupem k nemocnému a léčbě pomocí rostlin, nerostných látek, zábalů, úpravou životosprávy, tělocvikem a procházkami. Byl zakladatelem lékařské školy, která vycházela z filozofie, že nemoc je přirozený stav a proces.

2.2 Středověk [10]

Léčba nemocných spočívala v nápravě, izolaci nebo nezájmu. Duševní nemoc byla chápána jako hřích, nečistota, vytržení ze světa pravdy, zbavení rozumu a posednutí zlými duchy nebo d'áblem. Společnost se bránila přijmout těžké duševní poruchy. Nemocní se vyčleňovali ze společnosti do ústraní, například byly vyobcováni do lesů, nebo na „lodě bláznů“, které pluly po říčních cestách. Kroniky také uvádějí stavění „věží bláznů“, které sloužily jako galerie, kde se na tyto nemocné chodilo dívat. Nebyla velká pravděpodobnost, že se tyto nemocní vrátí. K léčbě se využívalo modliteb a zařkávání, ale také pálení kůže rozžhaveným železem, ponořováním do studené vody a svazováním k točícím kůlům, zejména u neklidných nemocných.

Vedoucí postavení ve vyučování medicíny a výkladu duševních chorob měla církev. Do popředí se dostává víra v existenci duševních nemocí způsobených démony a víra v čarodějnictví. Několik set tisíc osob padlo v Evropě, v průběhu 16. a 17. století, čaroděj-

nickým procesům za obět'. V Čechách vznikaly tzv. „hospitály“, které byly v rukách klášterů, špitály řádu alžbětinek nebo milosrdných bratří. Nemocným zde byla poskytnuta nejnutnější opatření. Ostatní nemocní končili v obecních šatlavách, odsouzení i k tělesným trestům. Středověká psychiatrie patří mezi nejčernější v dějinách medicíny.

2.3 Novověk [10]

Velká francouzská revoluce (1789) zasáhla do přebudování veřejné péče a reformy nemocniční léčby. Významný pařížský lékař Phillipe Pinel (1745 - 1826) se snažil odstranit pouťání duševně nemocných a zavést režim bez omezování a zastrahování. Jeho výrok: „*Chovají-li se choromyslní jako zvěř, je tomu tak proto, že se s nimi právě tak zachází*“ [MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. 2006, s.27]. Pinel je považován za zakladatele novodobé ústavní psychiatrie.

2.4 Ústavy pro duševně choré [10]

Samostatné ústavy se začaly objevovat ke konci 18. století. První vznikl v Londýně v roce 1751, v Praze 1. listopadu roku 1790 ve Všeobecné nemocnici nazýván jako Blázinec (Tollhaus). Všechny místnosti měly dřevěnou podlahu, vnitřní zařízení bylo prosté, budova byla určena pro 57 nemocných. Opatrovníci měli za úkol větrání místností, dbali na kázeň, úklid a čistotu v budově. Plat byl fixní, dostávali příděl dřeva a svíček, ve službě nedostávali stravu, bydleli přímo na pokojích, vzdálit se mohli jen se souhlasem nadřízených. Ošetřovatelé většinou pocházeli z nejchudších vrstev obyvatelstva.

Lékař J. T. Helda (1770-1851) psal ve svých pamětech, že ošetřovatele nepřivedla k lůžku láska, ale nouze a bída. Snažil se tedy zlepšit podmínky nemocničního personálu, zlepšit organizaci práce a zajistit stravování pro zaměstnance.

Roku 1826 byl tento „pražský blázinec“ rozšířen do bývalého augustiánského kláštera sv. Kateřiny. Ústav pojal až 260 nemocných, psychiatrie zde byla na takové úrovni, že mohla být budována jako samostatné odvětví medicíny. Roku 1844 byl na tomto pozemku zprovozněn ústav „Nový dům“. Koncem roku 1850 měla tato stavba kapacitu přes 500 lůžek, zejména pro vyléčitelné pacienty.

Ředitelem byl Dr. Joseph Gottfried Riedel (1803 - 1870), jeho snahou byl rozvoj humánní péče o nemocné, byla zde zavedena pracovní terapie, hudební terapie, zábava a hry, léčebný tělocvik, vodoléčba a zdravotní procházky. Na tuto dobu byl významnou osobností, právem se mu říkalo psychiatr nové školy. Byl povýšen do šlechtického rodu.

O zaměstnancích z této doby jsou záznamy v archivní sbírce „Index propuštěných zaměstnanců Zemského ústavu pro choromyslné v Praze“. Ze záznamů vyplývá, že šlo převážně o nekvalifikovaný personál, muže i ženy. Kvalita ošetrovatelské péče sestávala z kvalit a předností daného pečovatele. Pracovní podmínky však nebyly příznivé a personál se často střídal. Nejčastějšími důvody propuštění byl zdravotní stav, nemoci, těhotenství, nástup na vojenskou službu, odejití na vlastní žádost, např. za lepším místem do všeobecných nemocnic, porušení pracovních podmínek a kázně, např. hrubé chování, neposlušnost, spánek ve službě, pozdní příchod z vycházky. V roce 1890 připadlo na jednu ošetrovatelku šest pacientů, šlo o jakousi skupinovou péči. Pro opatrovnice platily stejné zákony jako pro čeledíny.

Na přelomu 80. a 90. let vyšly v Praze nové instrukce pro ošetrovatelky pod názvem „Rukověť o službě opatrovnictva“. V tomto spise byla stanovena práva a povinnosti ošetrovatelek, předpoklady pro přijetí do služby, např. tělesné a duševní zdraví, znalost českého a německého jazyka, čtení, psaní, počítání a popsány učebnicové návody, jak jednat v konkrétních situacích.

Velký vliv na vývoj péče o duševně choré měla první a druhá světová válka, nacistická hnutí a jeho persekuce všech a všeho, co neodpovídalo jeho představám, osvobození v roce 1945 a následná komunistická ideologie. Tyto zásahy do historie změnily systém a organizaci práce, vzdělávání ve zdravotnictví a celkové vnímání života a svobody lidu. V červenci roku 1966 byl schválen zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Pojednával o sjednoceném zdravotnictví, zdravotnická zařízení byla řízena okresními a krajskými národními výbory a začleněná do ústavů národního zdraví. Tyto výbory měly kompetence v rozhodování o oprávnění držet klienta v léčbě bez jeho souhlasu.

V 70. letech se navyšoval počet specializovaných odborníků. Léčebny začaly poskytovat moderní prostředky k uzdravení, např. biologické, farmakologické, psychoterapeutické a rehabilitační. Je realizována protialkoholní, protitoxikomanická, sexuologická, pedopsychiatrická, gerontopsychiatrická péče, budována fyzikální léčba a vodoléčba.

2.5 Historický vývoj koncepcí dětské a dorostové psychiatrie [18]

Koncepce dětské a dorostové psychiatrie lze rozdělit do několika historicko - pediatrických etap pohledu na dítě. Významný podíl na vývoji těchto koncepcí měl přístup společnosti.

První etapa vývoje začíná ve starověku (4. st. př. n. l.), kdy dítě mělo nulovou hodnotu, bylo jej možné obětovat, odložit či dokonce zabít. V dalších etapách mělo významný vliv zejména křesťanství, bylo zakázáno zabíjení dětí, budovaly se nalezince. K ochraně ohrožených a opuštěných dětí se přidávají charitativní organizace. Vlivnou osobností této doby byl J. A. Komenský, kladl důraz na edukativní programy a vývoj v dětství. Další etapa je ovlivněna osvícenstvím, vládou Marie Terezie, společnost i stát se zajímá o potřeby dítěte, je zavedena povinná školní docházka, rozvíjí se nalezenecký systém s pěstounskou péčí. V polovině 20. století se prosazují „dětské zákony“ se zákazem dětské práce. Do tohoto období významně zasáhl Sigmund Freud se svojí psychoanalytickou teorií, obrátil pozornost k dětství, postupně dochází k podpoře a ochraně dětí. Několik let poté byla přijata Ženevská deklarace práv dítěte (1924), jsou vytvořeny statutární práva, podmínky zajišťování péče a výchovy, podpora a začlenění dětí, adolescentů do společnosti. Toto vše je postupem času obsaženo v Chartě práv dítěte (1959) a v Úmluvě o právech dítěte (1989).

2.6 Historie z hlediska dětské a dorostové psychiatrie [18]

Zprávy o duševních poruchách, jako je koktavost, epilepsie a mentální retardace, jsou již popisovány na papyrusech (3000 let př. n. l). Nicméně až v 18. století se zájem společnosti obrací na handicapované děti. V 19. století se rozvíjí péče o mentálně retardované děti a je vydána první učebnice dětské psychiatrie Emminghaus. Roku 1841 je otevřeno první centrum pro mentálně retardované ve Švýcarsku, o několik let později se buduje ústav pro opuštěné a výchovně zanedbané děti a mladistvé. Po vzoru tohoto ústavu se začínají budovat podobné instituce po celé Evropě. Ve 20. století je upraven právní zákon o nezletilých delikventech. Jsou popisovány organické poruchy, psychózy a neurózy u dětí v oboru pedo - psychiatrie.

V první polovině 20. století (1933) se dětská psychiatrie stává novým samostatným oborem, začíná se vydávat první pedopsychiatrický časopis, jsou upřesněna a vytvořena kritéria a klasifikace duševních poruch. V druhé polovině tohoto století je péče více zaměřena na prevenci, zejména na problematiku zanedbávaných, týraných, sexuálně zneužívaných

dětí a problematiku užívání návykových látek. Dětská psychiatrie je rozšířena o využívání moderních psychoterapeutických metod a podávání psychofarmak.

I přes tyto snahy se ve 20. století setkáváme s určitými negativními přístupy k duševně nemocným pacientům. Příkladem může být 2. světová válka, nacistické Německo bylo charakteristické pro hromadné „likvidování“ těchto nemocných. Po 2. světové válce bylo zastáváno heslo: „V nové lepší společnosti nebude bláznů a šílenců“. Posledním příkladem je převrat v roce 1989, který přinesl návrh zrušení psychiatrických léčeben a propuštění pacientů, se snahou zavedení vstřícnějšího a humánnějšího systému.

2.7 Rozvoj pedopsychiatrie v českých zemích [18]

První ústav Ernestinum vzniká na našem území v Praze roku 1871, pečuje zejména o slabomyslné děti. Významnou osobností a prvním profesorem v tomto ústavu se stává K. Herfort, který o několik let později otevírá poradnu pro dětskou psychopatologii a roku 1913 zřizuje pedagogický ústav. Dalším ústavem na našem území je dětská psychiatrická léčebna v Opařanech, vybavená moderní školou, bazénem a pracovními dílnami. Nástupcem se stává J. Fischer, který se podílí na školení a atestacích lékařů v dětské a dorostové psychiatrii a v roce 1971 je otevřena první dětská psychiatrická klinika v Motole. Diferenciální diagnostikou mentální retardace se zabývá V. Vojtík v Opařanech a stává se expertem při WHO. Postupem času vznikají dětská oddělení při psychiatrických klinikách a léčebnách, vytváří se ambulantní síť psychopediatrie [14].

Z těchto poznatků v závěru vyplývá, že se v psychiatrii prolínají dva odlišné proudy. Na jedné straně je vyčlenění duševně nemocných ze společnosti, na straně druhé individuální léčba těchto jedinců v ambulantních ordinacích.

V dnešní době jsou vytvořeny nové podmínky, možnosti a očekávání. Je kladen důraz na zkrácení ošetrovací doby, volnější ošetrovatelský režim, vzdělání sestry, aby poznala problematiku nemocného a znala jeho individuální potřeby. Sestra se podílí na zvýšení efektivnosti terapeutické péče a nese odpovědnost za konkrétního klienta. Dobrý zdravotník by se měl aktivně účastnit péče, být ohleduplný, trpělivý, obětavý, lidský a vzdělaný.

3 MENTÁLNÍ RETARDACE

Mentální retardace je závažná porucha inteligence, která je podmíněna vnitřními, trvalými faktory a vnějšími faktory. Jedná se o závažné postižení vývoje rozumových schopností prenatalní, perinatální nebo časně postnatální etiologie, který ovlivňuje funkce adaptivního chování postiženého dítěte či dospělého v jeho sociálním prostředí. Mentální opoždění diagnostikujeme na základě inteligenčních testů a dítě či dospělí musí současně selhávat v rolích sociálního prostředí, přiměřeného svého věku [21, 31, 34].

Mentální retardaci rozdělujeme podle věku dítěte na oligofrenii a demenci, postihují kvantitativně i kvalitativně celou složku osobnosti, nejen inteligenci. Oligofrenie znamená snížení rozumových schopností, opoždění duševního vývoje do doby asi 18 měsíců věku dítěte, vzniká na podkladě dědičném či vrozeném. Snížení inteligence u oligofrenie je rovnoměrně rozloženo na všechny složky osobnosti. V pozdějším období věku dítěte, během života jedince, tento stav nazýváme demencí. Jedinec si zachová schopnosti, které se rozvinuly do období vzniku mentálního postižení, porušena je převážně funkce v aktuálním vývoji. Demence může být částečná (parciální, ostrůvkovitá), projevující se poruchou jen některých intelektových složek nebo celková (totální, globální), způsobena chronickým difúzním postižením mozku, postihující všechny intelektové schopnosti. S termínem pseudooligofrenie se setkáváme u osob, u kterých došlo ke zpoždění psychického vývoje v důsledku zanedbání jak emocionálního, tak při pozdní či nesprávné diagnostice smyslové poruchy. Tito jedinci nejsou považováni za mentálně retardované [21, 31, 34].

Zařazení dítěte do jednotlivých stupňů klasifikace mentální retardace se neřídí výsledkem jednoho inteligenčního testu, ale vychází se z komplexního posouzení dítěte, z jeho schopností, především z kvality adaptivního chování či sociální zralosti. Rozhodující pro určení pásma mentální retardace musí být kvalita zvládnání nároků dítěte v jeho přirozeném prostředí [21, 31, 37].

Důležitou roli při diagnostice mentální retardace hraje etiologie postižení a přítomnost dalších smyslových a pohybových poruch. Mentální retardace má velký vliv na socializační proces dítěte, např. opožděný úsměv i vokalizace, dítě později rozlišuje matku od okolí.

3.1 Psychologický profil a odlišnosti lidí s mentální retardací [31,18]

Hloubka a míra postižení jednotlivých funkcí je u každého jedince odlišná. Mentálně retardovaná osoba je jedinečná bytost s lidskými potřebami a problémy, s vlastním vývojovým potenciálem, který je třeba podporovat a rozvíjet. Kognitivní procesy jsou individuálně omezeny, ovšem kreativita, emoce a snaha umožňuje těmto lidem vést bohatý a radostný život v široké společnosti.

I přesto najdeme u mentálně handicapovaných jedinců mnoho společných znaků, souvisejících s hloubkou a rozsahem postižení. Mezi individualitu u každého jedince můžeme řadit vnímání, emoce, motivaci a reakci k danému podnětu, zájmy a naučené chování z prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá.

Projevy mentální retardace:

- v myšlení zpomalené chápání, jednoduchost, konkrétnost, těžká výbavnost naučeného, omezená schopnost abstrakce a zobecňování
- potíže s celkovým vnímáním, pomalé zapojení smyslových orgánů (snížená vizuomotorika s pohybovou aktivitou)
- oslabené logické myšlení, častější používání mechanické paměti
- vyjadřování v jednoduchých větách, potíže s vyjadřováním
- pozornost bývá těkavá, jen krátkodobá
- v chování můžeme pozorovat hyperaktivitu nebo naopak rychlou unavitelnost, vyhýbání se všemu novému a neznámému, snížená iniciativa
- nedostatky v osobní identifikaci
- egocentrismus v souvislosti s uspokojováním vlastních potřeb, snížené vytváření morálních citů, např. svědomí, pocit odpovědnosti, soucit
- zvýšená potřeba bezpečí a jistoty
- potíže se zařazením se do kolektivu, navázáním nových vztahů
- snížená přizpůsobivost k základním sociálním požadavkům

3.2 Epidemiologie mentální retardace

Odhad výsledků mentální retardace v populaci se pohybuje mezi 1-5 %, nejpravděpodobnější hodnotou v průměru jsou 3 % populace trpící různými stupni postižení. Výskyt zůstává v průběhu času relativně stejný, některé příčiny lze s rozvojem medicíny eliminovat, ale jiné faktory naopak vzrůstají. Z tohoto celkového počtu potřebuje asi polovina mentálně retardovaných během života sociální či lékařskou pomoc. Větší část jedinců s mentální retardací, většinou ve věku 0-16 let, vyžaduje speciální péči. S narůstajícím věkem toto procento klesá díky sociální adaptaci a dosažení dalšího stupně intelektuálního vývoje. S mentální retardací se pojí další řada psychotických poruch, které jsou častější, než u běžné populace. Výskyt těchto poruch je zvýšený v dětském věku [27, 31].

Počet mentálně retardovaných v České republice na 10 000 obyvatel je 285 postižených, u mužů je výskyt dvakrát častější, než-li u žen. Z tohoto počtu vyžadující ústavní péči je 4,5 dospělých a 10,0 mladistvých. Tělesně postižených s přidruženou mentální retardací je 0,4 dospělého jedince a 0,5 mladistvých [2].

3.3 Příčiny vzniku mentálního postižení [18, 31, 34]

Mentální retardace vzniká na podkladě vrozeném (endogenní faktory) v prenatálním období nebo získaném (exogenní faktory) v časném věku po narození. Příčiny mohou být různé, velkým podílem přispívají i dědičné vlivy. Vnější činitele mohou působit po čas gravidity, ale nemusí vždy způsobit mentální retardaci. Nejčastějšími příčinami mentální retardace se uvádějí poškození mozku v perinatálním období z toxických, metabolických nebo traumatických příčin.

Do výčtu příčin můžeme zařadit následky infekcí a intoxikací, např. prenatální infekce (zarděnková embryopatie, kongenitální syfilis), postnatální infekce (encefalitida), intoxikace (toxémie matky - drogy, otrava), kongenitální toxoplasmózu, dále následky úrazů a fyzikálních vlivů, např. mechanické poškození mozku při porodu, bezprostředně po porodu (novorozenecká hypoxie). Při poruše počtu chromozomů můžeme rozeznávat Downův, Edwardsův a Patauův syndrom. Nicméně do příčin mentální retardace můžeme zařadit i poruchy látkové výměny (např. fenyلكetonurie, kretenismus, glykogenózy), poruchy růstu a výživy, makroskopické léze mozku, nemoci a stavy způsobené jinými, nespecifickými

prenatálními vlivy (např. hydrocefalus, mikrocefalus, kraniostenóza), nezralost nedonošeného dítěte, vážné duševní poruchy rodičů.

3.4 Diagnostika mentální retardace [13, 31]

Při diagnostice mentální retardace se využívá klasického psychiatrického vyšetření, objektivní anamnézy a dalších speciálních vyšetření, tj. laboratorní testy, EEG, CT, MR. V základním vyšetření se nevyužívá pouze inteligenčních testů, hodnoty IQ se vyznačují kolísavostí, při opakovaných testech získáme odlišné výsledky. Inteligenční test je stonásobná hodnota zlomku, jehož čitatelem je zjištěný mentální věk a jmenovatelem kalendářní věk. V první řadě velmi záleží na psychické dispozici vyšetřované osoby, dále na formě a kvalitě používaných testů, vztahu mezi testovanou osobou a vyšetřujícím. Výsledky testů by měly podléhat pravidelným kontrolám z důvodu předcházení chybného rozhodnutí. Nesprávná diagnostika by mohla omezovat jedince v dalším vývoji.

V hodnocení se využívají:

- výsledky inteligenčních testů – zkoušky inteligence (u dětí do osmi let se nejčastěji užívá škála dle Termana a Merrillové, u starších dětí Pražský dětský Wechsler a jeho nové modifikace, umožňuje porovnání verbální a nonverbální složky, funkce intelektové a percepčně - motorické vystihují zkoušky kresebné, z nichž se uplatňuje zejména test Kresba postavy a Obkreslování předloh)
- výsledky zkoušek zaměřených na psychické funkce a osobní vlastnosti
- výsledky výukových zkoušek
- charakteristiky vývoje řeči
- charakteristiky citového vývoje a vývoje sebeovládání, chování

3.5 Klasifikace mentální retardace [13, 18, 31]

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí zpracované Světovou zdravotnickou organizací dělíme mentální retardaci do šesti základních kategorií.

3.5.1 Lehká mentální retardace (IQ 50 - 69), mentální věk 9 - 12 let

Nejčastěji bývá stanovena v předškolním věku nebo až po nástupu do školy, kde není dítě tak úspěšné jako ostatní spolužáci. V prvním roce života jsou základy vývoje, zejména v pohybových dovednostech (sezení, lezení, chůze), mírně opožděny nebo v pásmu normy. Také při mluvení nemusí být první slova významně omezena.

Retardace se u dítěte projevuje až ve vyšších vývojových úrovních, zejména při řešení složitějších úkolů a situací. Nejčastěji bývá postižena schopnost abstrakce a logického uvažování, myšlení bývá stereotypní a méně rozmanité. Na druhé straně je relativně rozvinutá a na dobré úrovni mechanická paměť a vizuálně motorické dovednosti.

Vhodná je pro tyto děti výuka podle osnov speciální praktické školy (dříve zvláštní škola). Někdy mohou tyto děti zvládnout i program základní školy, velký vliv má pomoc ze strany rodiny, dobré mimointelektové schopnosti a kvalitní mechanická paměť. U těchto dětí se mohou častěji vyskytovat specifické vývojové poruchy učení (např. dyslexie a dysgrafie), dokonce jsou častější, než-li v běžné populaci. Zmiňované poruchy mají společný etiologický podklad v časném organickém postižení centrální nervové soustavy (CNS). Většina těchto dětí dokončí školní docházku vyučením z prakticky zaměřených oborů nebo se zaučí jednoduchému zaměstnání. Při dostatečné sociální podpoře a rodinném zázemí dosahují lidé s lehkou mentální retardací v dospělosti úplného osamostatnění.

Často se u těchto dětí projevují i přidružené chorobné stavy jako je autismus, epilepsie, poruchy chování nebo tělesné postižení.

3.5.2 Středně těžká mentální retardace (IQ 35 - 49), mentální věk 6 - 9 let

Středně těžká mentální retardace je diagnostikována většinou v dětském věku nebo nejpozději v batolecím období. Zejména je opožděn vývoj řeči, rozpoznatelný již od prvních slov dítěte a vývoj pohybových dovedností. V průběhu života si děti obvykle osvojí minimální slovní zásobu, která jim vystačí pro základní, jednoduché dorozumění.

Děti, jejichž hranice IQ je spíše při horním okraji středně těžké mentální retardace, zvládají výuku speciálních škol, kde jsou vzdělávány podle programu pomocných škol, naučí se číst, psát i počítat. Je zde umožněno delší přípravné období (tzv. přípravný stupeň) a výuka je zaměřena na praktické dovednosti. Při diagnostice tohoto postižení byly dříve děti osvobozovány od školní docházky. V dnešní době je toto opatření zcela výjimečné, pouze z vážných zdravotních důvodů je dítě zbaveno povinnosti docházet do školy, pokud k tomuto dojde, musí být výuka zajištěna v rodině. Vzdělávání dítěte ve škole je významné z hlediska jeho stimulace osobnosti, nachází si nové kamarády, uplatňuje se v práci a komunikaci v kolektivu, a z hlediska rodičů, kdy jejich dítě přestává být označováno jako „nevzdelatelné“. I rodiče potřebují mít čas sami na sebe, na své koníčky a kamarády. Při kvalitním a cíleném vedení zvládne většina těchto dětí dovednosti sebeobsluhy a osvojí si jednoduché pracovní činnosti. V dospělosti se mohou uplatnit v chráněných dílnách nebo v programech podporovaného zaměstnání.

Kvalita výchovného prostředí nemůže ovlivnit samotné postižení, ale významně ovlivňuje emoční a sociální vyspívání, umožňuje plné využití jejich rozumové kapacity. Bývá velmi zřetelný rozdíl mezi dětmi vyrůstajícími v rodině s kvalitní oporou a dětmi vychovávanými v celoročních ústavech.

3.5.3 Těžká mentální retardace (IQ 20 - 34), mentální věk 3 - 6 let

Těžká mentální retardace se u dětí objevuje již v útlém, časném věku. Většinou jde o kombinované postižení, dochází k omezení rozumových schopností, pohybových dovedností a poruše zraku či sluchu různého stupně. Většina takto postižených dětí se nenaučí nikdy mluvit nebo si osvojí pouze pár jednoduchých slůvek. Velký důraz je zde kladen na stimulaci jedince a výuku zvládnutí základní komunikace, ať již verbální nebo neverbální s pomocí alternativních komunikačních systémů. Dalšími problémy, které jedinec a těžkou mentální retardací nezvládá, jsou základní sebeobslužné dovednosti a porozumění běžným sociálním situacím. Na tyto děti se také dnes vztahuje povinná školní docházka, zařazovány bývají do tzv. rehabilitačních tříd pomocných škol. Kvalitní stimulace a emoční podpora má velmi kladný vliv na psychiku dítěte, jedinec je klidnější, mívá méně přidružených problémů chování a v dospělosti může být pod supervizí dobře zapojen do některých pracovních činností.

3.5.4 Hluboká mentální retardace (IQ < 20), mentální věk < 3 roky

Hluboká mentální retardace se objevuje v časném dětském věku. Spolu s postižením intelektu je vždy velmi těžce postiženo i pohybové ústrojí. Děti jsou často imobilní nebo schopny jen minimálního pohybu, trpí inkontinencí. V řeči si většinou neosvojí ani základy verbální komunikace a porozumění bývá omezeno pouze na některé běžné pokyny. Postižení dovedou diferencovat známé a neznámé podněty a reagovat na ně. Jedinci s hlubokou mentální retardací citlivě reagují především na taktilní podněty a na zvuky, např. emoční tón hlasu. Zpravidla bývá omezeno i zrakové vnímání. Komunikace bývá globální, to znamená, že dávají svoji spokojenost najevo celkovou relaxací a úsměvem, nespokojenost vyjadřují stoupajícím napětím a pláčem. Takto postižení jedinci jsou velmi emočně citliví na veškeré podněty z okolí.

3.5.5 Jiná mentální retardace [40]

Toto označení se používá tehdy, když není možné stanovit míru inteligence pomocí obvyklých metod nebo je to nesnadné či nemožné. Je-li přítomné jiné somatické nebo sensorické onemocnění, např. jedinci nevidomí, s těžkými poruchami řeči, jedinci s poruchami chování, autismem, těžkým tělesným postižením.

3.5.6 Nespecifikovaná mentální retardace [40]

Toto označení používáme tehdy, je-li dokázána mentální retardace, ale nedostatek informací nemůže jedince zařadit do jedné z předcházejících kategorií. Tato kategorie zahrnuje mentální retardaci, mentální subnormalitu a oligofrenii nervového systému.

V dnešní době je diagnostikována kategorie mírné mentální retardace (IQ 85 - 69), ovšem není zahrnuta v Mezinárodní klasifikaci nemocí. Jedinec spadající do této kategorie má opožděný rozumový vývoj z jiných příčin než je organické poškození mozku. Tito lidé s nižším IQ nejsou považováni za mentálně retardované.

Výchova a vzdělávání jedinců s mentální retardací je celoživotní proces. Důraz je kladen na stálé opakování, prohlubování, osvojování si základních znalostí a dovedností. Úspěšné vzdělávání a výchova jsou zakořeněny ve fungující rodině.

3.6 Léčba mentální retardace

Specifická léčba mentální retardace prozatím neexistuje. Podstatné ovlivnění a zlepšení stavu u většiny klientů s mentální retardací však nebylo nikdy dosaženo. Jedná se spíše o vytyčení úkolů, kterých by dítě mělo dosáhnout ve svém vývoji. Posloupnost v navazování léčby začíná u dítěte, adolescenta a jeho ošetřujícího lékaře. Významnou roli hraje rodina s celým týmem odborníků, sociálními pracovníky a v neposlední řadě společnost v okolí postiženého. V léčbě mentální retardace jsou důležité systematické výchovné programy, kvalitně vyškolený personál, farmakoterapie, rehabilitace a informovaná rodina, či opatrovníci. Je velmi důležité rodinu opakovaně informovat, tzv. frakcionované informování rodiny, odpovídat na veškeré dotazy a vše trpělivě vysvětlovat. I jedince s těžším postižením lze vychovat k smysluplnému životu. Spolupráce speciálního školského zařízení a individuální důsledná péče významně ovlivní kvalitu života klienta. Psychoterapie je nejvíce užívaná nonverbální technika, nejrozšířenější je behaviorálně zaměřená psychoterapie, základem je systém odměn a podmiňování klienta v kladném slova smyslu. K léčbě se používají léčiva tlumící příznaky přidružených psychických chorob. Při léčbě psychofarmaky u mentálně retardovaných jedinců je nutné brát zřetel na citlivost centrálního nervového systému, vzniku vedlejších účinků, dyskinéz a epileptických záchvatů. Počáteční dávka léku je ordinována co nejnižší, stoupá pozvolna, až je dosaženo žádoucího účinku, též vysazování léku pobíhá pozvolna. Dávku a aplikaci léku, většinou v kapkové formě, je třeba pečlivě sledovat a měnit, vzhledem k psychickému stavu klienta, věku a možným komplikacím. Nejužívanějšími léčivy jsou skupiny neuroleptik, nootropní psychofarmaka, kde doufáme, že se nějaké kognitivní procesy vyvinou a budou funkční. Užívání vitamínů, zejména skupiny E a C pro schopnost likvidace volných radikálů, vitamíny A, B12, B2, B6, Bepella, Nicoflavin jako podpůrné faktory růstu a vývoje. Do léčby můžeme zahrnout i akupunkturu, směsi aminokyselin a jiné preparáty, ovšem bez očekávaného účinku [31, 21].

3.7 Možnosti prevence mentální retardace [31, 34]

- pravidelné prohlídky u lékaře - žena nejméně tři měsíce před plánovaným otěhotněním navštíví lékaře

- nastávající matky by neměly požívat alkohol, drogy, kouřit, některé léky bez konzultace s lékařem
- žena by měla dodržovat zásady správné výživy, požívat plnohodnotnou stravu, dodržovat pitný režim, pravidelně kontrolovat svoji váhu
- včas se nechat očkovat proti infekčním onemocněním
- pravidelně navštěvovat poradny pro těhotné v gynekologických ambulancích, zde je prováděno ultrazvukové vyšetření, které může odhalit větší anatomické anomálie v prenatálním stádiu vývoje
- navštívit genetickou poradnu (na základě screeningového vyšetření), toto poradenství je nabízeno ženám, v jejichž rodině se vyskytla dědičné onemocnění a jiná vývojová vada
- prenatální diagnostika zahrnuje amniocentézu (v prvním trimestru těhotenství) a choriocentézu (již v prvním měsíci gravidity), tyto metody jsou doporučovány rodičkám starším 40 let věku, častěji rodičkám již od 35 let
- neonatální diagnostika – provedení Guthrieova testu, který odhalí onemocnění fenyلكetonurií

Významným preventivním činitelem je včasné odhalení poruch sekrece štítné žlázy, dokonalá péče o nedonošené novorozence, správná léčba epilepsie a jiných anodických stavů v časném dětství.

4 RODINA A MENTÁLNĚ POSTIŽENÉ DÍTĚ

4.1 Přijetí a vyrovnání se s diagnózou mentální retardace u svého dítěte [19, 34]

V počáteční fázi, kdy se rodiče dozvědí, že jejich dítě bude mentálně postiženo, prožívají šok, tuto reakci popisují jako „zdrčení, otřes a zhroucení“. Radost a neději vystřídá úzkost, strach, obavy, pocity hanby a viny, že jejich dítě není jako ostatní. Většina lidí se domnívá, že mají „právo“ na zdravé dítě, a v narození postiženého dítěte vidí velkou „nespravedlnost“. Právo na zdravé dítě, bohužel, nikdo uzákonit nemůže, příroda bývá mocnější, než-li lidská spravedlnost.

Bez ohledu na to, do jaké míry se rodiče v následujících letech naučí situaci svého potomka zvládat, je pro většinu z nich počáteční fáze nesmírně obtížná. Narození mentálně postiženého dítěte dopadá, většinou negativně, na celou rodinu, ať už na rodiče, zdravé sourozence, prarodiče nebo příbuzné. Určitým způsobem se změní nejen celý životní styl rodiny, který je přizpůsoben potřebám a možnostem dítěte, ale i chování rodiny k široké společnosti, kde se tito lidé mohou v rámci obranných reakcí projevat jiným způsobem než dřív, nebo se od ní dokonce izolovat. Rodiče dospělých mentálně postižených dětí, kteří se smířili s osudem a přijali tuto těžkou úlohu vychovávat mentálně postižené dítě, nebývají nešťastní. Ve svém dítěti často nacházejí tu nejoddanější lidskou bytost, která je nikdy nepustí, nezradí a ani záměrně nebo úmyslně nezarmoutí.

Rodiče na takovouto neobyčejnou situaci reagují srdcem a ne rozumem. Ve svém dítěti už před narozením vidí většina lidí pokračovatele sebe samého, dědice svých dobrých vlastností a schopností. Do dítěte vkládají svoje naděje, očekávání od splnění svých tužeb, přání a naplnění celého smyslu života. V této době se v rodině očekává zdravý potomek, někdy o něm mají rodiče nereálné až zkreslené představy. Oznámení takovéto diagnózy pro ně představuje řadu pocitů, od pocitu selhání po pocity zoufalství, beznaděje a „volání o pomoc“.

Ve fázích porodu, kdy dochází k silné bolesti, nedostatku spánku, nervovému vypětí a po porodu k průběžnému zotavování během šestinedělí s přidruženým poklesem hormonálních hladin a následnými změnami nálad, je žena velmi citlivá a zranitelná.

Další významnou roli hraje způsob sdělení této závažně diagnózy. Mnozí rodiče vyjadřují nespokojenost v době sdělení této zprávy, většina rodičů dává přednost tomu, aby se diagnózu dozvěděli co nejdříve a hlavně společně. Dalšími negativními okolnostmi při sdělování této zprávy považují netaktní, necitlivý přístup, nedostatek času na dotazy a soukromí. Nejde vždy jen o způsob sdělení, ale i obsah sdělení toho, co se rodiče dozvědí. Řídíme se tím, co rodiče musí vědět, co by měli vědět a co vědět mohou.

Na takovéto sdělení většina rodičů reaguje podobnými pocity, od již zmíněného šoku, nedůvěry, pocitů lítosti, méněcennosti a zahanbení, mohou i mimo to prožívat odpor, hněv, provinění a mnoho jiných subjektivních prožitků.

„Čas je nejlepší lékař.“ Pravdivá, několika generacemi používaná fráze, mluví za vše. Postupem času rodiče zvládají zvláštní nároky, které s sebou výchova dítěte přináší, mají radost z každé nové dovednosti, znalosti a úsměvu svého dítěte.

Rodiče by neměly své pocity skrývat, ale podělit se o ně s ostatními, blízkými příbuznými nebo odborníkem, ať už sociální pracovníci, zdravotní sestrou, lékařem nebo psychologem. Je důležité rodiče dostatečně informovat a motivovat, zvláště proto, že možná ani často nevědí, na co se mají ptát.

Mezilidské vztahy sehrávají velmi důležitou úlohu při psychické podpoře rodičů. Velmi cennou zkušeností často bývá kontakt s ostatními rodiči mentálně postižených dětí. Existují tzv. kluby rodičů, které tyto děti podobného postižení sdružují a vyměňují si cenné zkušenosti a rady. Mohou se zde také seznámit se staršími dětmi, jejichž rodiče mnohé problémy již zvládli. Rodiče by se ovšem také měli snažit vrátit do společenského života, zůstat aktivní, najít si čas sami na sebe, například činností, která je baví, umět odpočívat. Postupovat krok za krokem k odpovědím na otázky týkajících se onemocnění jejich dítěte, např.: „Bude moje dítě vzdělavatelné?“ „Zvládneme se o něho sami postarat?“ „Co bude, až bude dospělé?“ Rodiče by neměli předbíhat současnost, ale kdo z nás by na tyto otázky nehledal odpovědi?

4.2 Proces akceptace mentálního postižení dítěte rodiči [19, 34]

4.2.1 Fáze šoku a popření

Představuje první reakci na skutečnost, že dítě není zdravé. Je charakterizováno výrokem: „To není možné, to nemůže být pravda, proč zrovna my?“ V této fázi je popření projevem obrany vlastní psychické rovnováhy, rodiče nechtějí slyšet o možnostech péče a výchovy, protože se ještě nesmířili s existencí jeho postižení. Velkou roli v tomto období hraje již zmiňované sdělení diagnózy.

4.2.2 Fáze bezmocnosti

Rodiče nevědí, co by měli dělat, nikdy se s podobným problémem nesetkali a ještě jej neřešili. V této fázi prožívají pocity viny, vztahující se k dítěti a pocity hanby, vztahující se k reakcím okolí a společnosti. Bývají zvýšeně přecitlivělí, čekají pomoc od okolí, ale nevědí, v čem by měla spočívat a jak ji hledat. Vyjádření jedné dotazované matky: „ Po celou dobu jsme neslyšeli od lékařů nic pozitivního a povzbuzujícího, čekali jsme nějakou pomoc, ale stále nepřicházela. Myslela jsem, že se zblázním, ani jsem si nedovedla představit, že jsou někde lidé, kteří by nám mohli pomoci.“

4.2.3 Fáze postupné adaptace a vyrovnávání se s problémem

Pro toto období je typické zvýšení zájmu o další informace, např. jak onemocnění vzniklo, jaká je jeho podstata, jak by měli rodiče o své dítě pečovat nyní a v budoucnosti. Mohou se zde ještě objevovat negativní emoční reakce, jako jsou: prožitky smutku, deprese, úzkosti a strachu z toho, co ještě přijde, pocity hněvu nad osudem atd.

Způsob, jakým se pár vyrovná se zátěží závisí na mnoha faktorech: na zkušenostech rodičů, na jejich osobních vlastnostech, zdravotním stavu, věku, kvalitě partnerského vztahu, počtu dětí, na hloubce a příčině postižení dítěte. V této fázi nejde jen o postupné vyrovnání se s existencí problému, ale i o hledání jeho řešení. Rodiče sice vědí, že jejich dítě nebude nikdy zdravé, ale často si nedovedou představit, jak se bude vyvíjet, potřebují informace o možnostech péče, další léčbě, speciálně pedagogických postupech a jiných opatřeních napomáhajících ke zlepšení celkové kvality vývoje.

Můžeme se setkat s dvojitým přijetím dané skutečnosti, aktivním a pasivním způsobem.

4.2.3.1 Aktivní způsob

Rodiče se snaží bojovat s touto nevlídnou situací. Hledají pomoc u lékařů, léčitelů, psychologů, odborníků, snaží se snížit psychickou zátěž, např. koníčky, cvičením aj.

4.2.3.2 Pasivní způsob

Jedná se o tzv. únikové varianty, situace, s kterými se rodiče nedokážou vyrovnat nebo je dle svých představ zvládat. Jedním z krajních řešení je umístění dítěte do péče instituce nebo odchod z rodiny. Jinou variantou je přetrvávající popírání situace, eventuálně její bagatelizace, dítě před okolím představují jako zdravé nebo jako dočasně nemocné, nepřipouští si osud, který je potkal.

4.2.4 Fáze smlouvání

Je přechodným obdobím, kdy se rodiče již smířili se skutečností, že je jejich dítě postižené. Hledají alespoň něco, malé zlepšení, naději, jež není zcela nerealistická, když už není možné, aby se jejich potomek zcela uzdravil. Toto je znakem kompromisu, který lze chápat jako signál přijetí dříve odmítané skutečnosti.

V této fázi nejde již o trauma, ale o dlouhodobý stres spojený s únavou a vyčerpáním z náročné péče o dítě, může mít negativní dopad projevující se pocity bezvýchodnosti a marného snažení.

4.2.5 Fáze realistického postoje

Postupem času začnou rodiče přijímat své dítě takové, jaké je. Jejich chování je přiměřenější, plány se stávají reálnějšími a splnitelnějšími. Ke smíření nemusí docházet ve všech případech. Mohou nastat fáze kolísání v postoji rodičů v některých životních meznících dítěte, např. problémy ve školním zařízení. Tyto reakce lze chápat, jsou projevem celkové a dlouhodobé zátěže, s níž se musí rodiče vyrovnávat a ne vždy ji zvládnou tak, jak by bylo žádoucí.

4.3 Přijetí dítěte do rodiny [19, 34]

Skutečnost, že se narodilo postižené dítě, zasáhne většinou oba rodiče nepřipravené. Nevědí a nechápou, co se s jejich dítětem stalo, nevědí, jak bude jeho vývoj pokračovat, co vše ho v životě čeká, nevědí, jak s dítětem zacházet, jak ho vychovávat. Ne nadarmo se říká, že postižené dítě je „postižením“ celé rodiny. Rodina s postiženým dítětem se musí vyrovnat s různými dopředu nepředvídatelnými reakcemi svého okolí.

Někteří známí a přátelé odejdou, možná ne proto, že by byli zlí, mohou být jen zaskočení situací a nevědí, jak reagovat na dítě ani jak se chovat k rodičům. Rodiče postižených dětí bývají přecitlivělí a mohou i nevinnou poznámku nebo otázku pochopit jako netaktní a necitlivou. I na netaktní a necitlivé poznámky si však musí postupem času zvykat, hlavně když je jejich dítě vzhledově odlišné a budí pozornost okolí.

Na druhé straně se však střetávají s chápavými a hodnými lidmi, kteří jim pomohou, ať už milým slovem nebo skutkem v situacích, v kterých se cítí bezradní.

V rodinách, kde postižené dítě odmítá jeden z rodičů (častěji otec, než-li matka), nebývá situace velmi perspektivní a nezřídka vede i k rozpadu rodiny. Rozpad rodiny s mentálně postiženým dítětem má o mnoho závažnější následky než-li rozpad jiné rodiny.

4.4 Vztah sourozenců k postiženému dítěti [19, 34]

Většina dětí, která má mentálně postiženého sourozence, reaguje na tuto situaci velice dobře. Výchova v rodině má významně velký vliv na emocionální a společenský vývoj vnímání takto postiženého jedince. Často se tvoří i silná pouta, kdy se mentálně postižené dítě stává obratnější a vnímavější než jiné děti.

Ve společnosti mohou vzniknout mylné domněnky, že mentálně postižené dítě by mělo být umístěno do ústavu, aby zdraví jedinci byli uchráněni od emočního vypětí. Opak se ale většinou stává pravdou. Bratr nebo sestra se se svým postiženým sourozencem často identifikují, jsou nedílnou součástí v jeho vývoji a utváření emocionálního citění, oni sami se naučí být tolerantní, trpěliví, empatictí a srdeční. Výchova v domácím prostředí má zajisté i negativní dopad na rodinu, ale pokud přijmeme tuto skutečnost, změním svůj život „od základů“, začneme ve velké míře spíše nalézat to pozitivní. Cítit radost, štěstí s každým úsměvem a dovedností svého postiženého dítěte, ať už my jako matky nebo celá rodina.

Pokud je dítě umístěno do ústavu, může nastat i situace, že s přibývajícím věkem začnou sourozenci pociťovat velkou lítost a provinění nad tím, že jejich bratr nebo sestra nemohl být součástí rodiny. Rodiče by měli na příchod postiženého sourozence své děti zavčas připravit. Sourozenci potřebují pochopit podstatu onemocnění, potřebují cítit péči svých rodičů, musejí se vyrovnávat s poznámkami a postoji jiných dětí, musejí mít jistotu, že se nebudou muset o postiženého sourozence do budoucna starat na úkor svých vlastních zájmů a snů.

Rodiče si musejí být vědomi problémů, které budou sourozenci prožívat a najít patřičná opatření, aby se tyto problémy minimalizovaly.

4.5 Jak vysvětlit mentální postižení sourozencům [19, 34]

4.5.1 Sourozenec mladší než tři roky

Dítě do tří let je ještě příliš malé na to, aby tuto diagnózu pochopilo. Je zcela závislé na rodičích a bývá velmi citlivé na změny jejich nálad, často vyslechne i rozhovory mezi rodiči, příbuznými, známými a dovítí se, že něco není v pořádku. I v tomto věku si dítě může myslet, že je příčinou nespokojenosti rodičů. Mohou se u něho projevit změny v chování v podobě přílišné závislosti na rodičích, např. záchvat vzteku, rušivého chování a upoutávání pozornosti.

4.5.2 Sourozenec ve věku od tří do dvanácti let

V tomto věku můžeme dětem podat určité informace o postižení jejich sourozence, ale tak, aby tento fakt pochopily a přijaly ho jako součást rodinného života. Při tomto sdělení by měli být oba rodiče, jedná se o rodinnou zkušenost a mohl by vzniknout nemilý dojem, že se toto jednoho z rodičů netýká.

Snažte se používat jednoduché termíny, které dítě může využít při odpovídání na otázky svých kamarádů. Je velmi důležité, aby mentální retardace nebyla nazývána nemocí. Takové vysvětlení vede k domněnce, že by se nemoc podáváním léků mohla zlepšit nebo vést k infekci, např. jako angína. Termín „trochu jiný“ vede opět ke zkreslení. Vhodným označením je „handicap“, který dítě většinou zná v souvislosti s tělesným postižením a dokáže si jej spojit a různými omezeními. Dítě většinou ví, že handicap je něco, co nezmizí.

4.5.3 Sourozenec starší než dvanáct let

Při sdělení této diagnózy může dítě prožívat podobné pocity jako jejich rodiče. Dospívající a dospělí sourozenci budou vyžadovat podrobnější informace, budou je vyhledávat v odborné literatuře, budou mít mnoho dotazů týkajících se dědičnosti, výchovy a změn v životě rodiny. V tomto případě by měli mít možnost své dotazy prokonzultovat s genetikem, psychologem a dalšími odborníky.

4.6 Ústavní péče nebo domov [18]

Nejpřirozenějším prostředím pro život a výchovu dítěte s mentální retardací je jeho rodina. Žádné jiné prostředí nemůže poskytnout rovnocenný pocit bezpečí, jistoty, emocionální stability ani rovnocenné množství podnětů pro jeho další vývoj. Tato otázka zajisté závisí na individuálních potřebách dítěte, charakteru rodičů, jejich možnostech, ať už sociálních nebo ekonomických a mnoha dalších vlivech. V prvotní fázi je nevyččetně mnoho kladných i záporných faktorů pro nebo proti ústavní péči. Já sama si nedovedu představit, jak bych v takovéto situaci jednala a následně se jí přizpůsobila. Nedokážeme těmto rodičům adekvátně poradit a ani je za jejich rozhodnutí nemůžeme odsuzovat.

Po prvních dnech, měsících po narození dítěte, rodiče ještě nejsou připraveni na to, aby si dítě vzali domů. Potřebují určitý čas bez dítěte, aby přehodnotili své pocity a zvážili všechny možnosti péče o dítě. Při tomto rozhodování mohou využít pomoci v konzultaci s řádně vyškoleným odborníkem, sociální pracovnící a psychologem, kteří jim mohou nabídnout nejlepší možné řešení náhrady péče, např. adopci. I přes zvážení všech možných nabízených variant se rodiče mohou rozhodnout umístit své dítě do domova sociálních služeb, zde ho mohou kdykoli navštívit nebo si ho vzít zpět do vlastní péče (Příloha P VI) .

5 PROBLEMATIKA MENTÁLNĚ POSTIŽENÉHO KLIENTA PŘI HOSPITALIZACI

5.1 Posuzování stavu klienta [10]

Posuzování stavu klienta je prvním krokem v práci sestry na oddělení, zároveň v současném pojetí ošetřovatelství je základem ošetřovatelského procesu, na kterém se staví celková ošetřovatelská péče. Sbírané informace je nutné stále obnovovat a upřesňovat, výsledkem je vytvoření určité databáze, která napomáhá ošetřovatelskému procesu a obsahuje dostupné informace.

Souhrn informací je složen z údajů nasbíraných v anamnéze, z fyzikálních vyšetření, z výsledků laboratorních testů, pozorování, z výsledků zobrazovacích metod, z výsledků psychologických, psychiatrických, neurologických a jiných vyšetření. Zdrojem informací je sám klient, rodinní příslušníci a blízcí přátelé klienta, zdravotníci, jako je obvodní lékař a sestra, sociální pracovnice, personál zařízení, kde je klient umístěn, veškerá zdravotnická dokumentace z předchozí hospitalizace a odborná literatura, kde můžeme vyhledat některé standardy ošetřovatelské péče. Ne vždy jsou informace od klienta důvěryhodné a objektivní, vždy přihlížíme na míru jeho postižení a aktuální zdravotní stav, např. zmatenost, záměrné lhaní. Velmi významné informace nám mohou poskytnout rodinní příslušníci, např. změny v chování v poslední době, stresující faktory, zvyky klienta.

5.2 Metody sběru údajů [10]

5.2.1 Pozorování

Metoda pozorování je základem při sběru dat, provádí jej sestra, při každém kontaktu s klientem i s jeho rodinou a blízkými osobami. Metodou pozorování můžeme provádět všeobecné pozorování, které je potřebné ke zhodnocení somatického stavu a plánování péče. Další specifické pozorování chování slouží jako podklad pro stanovení ošetřovatelské diagnózy. Toto vše většinou realizujeme, když je klient o samotě.

Sledujeme:

- stav vědomí, orientaci v čase, místě, situaci, paměť na dávné i nedávné události

- inteligenci orientačně podle způsobu odpovědí na otázky
- schopnost kontaktu, iniciativu, únavnost, náladu, řeč, psychomotorické tempo, postoj k onemocnění, projevy agrese
- reakce na mimořádné situace, reakci na léky, terapii, personál, ošetrovatelskou péči

5.2.2 Rozhovor

Při získávání informací volíme cílený rozhovor, spíše direktivní, kdy máme předem připravené okruhy dotazování. Nedirektivní rozhovor je vhodný použít na začátku a ke konci rozhovoru, kdy se ptáme na klientova očekávání od léčby a zdravotní péče.

Typy otázek:

- a) Otevřené - klient se může rozprávět, může nám sdělit i údaje, na které se neptáme, při tomto rozhovoru u klienta vyvoláváme pocity důvěry a bezpečí.
- b) Zavřené - otázkami kontrolujeme směr rozhovoru, je méně časově náročný, většinou je dodržován standardní postup, tento rozhovor mohou vést i méně zkušené osoby.

5.3 Zásady chování zdravotnického personálu k mentálně postiženému klientovi [10, 29]

Vždy se snažíme zaujímat klidný a otevřený přístup ke klientovi, dáváme mu najevo, že na něho máme dostatek času. Jednání zdravotníka má velký vliv na zvládnutí vzniklých situací při hospitalizaci. Hospitalizace v nemocnici je velmi psychicky náročná pro klienta i pro jeho rodinu.

Během dne se snažíme klienta zaměstnávat jednoduchými činnostmi, např. kreslením, sledováním TV, videa, přípravou obvazového materiálu, prohlížením a čtením obrázkových knih, na dětských odděleních zaměstnáním ve škole při oddělení. V kontaktu s klientem a rodinou je důležité zdůrazňovat aktivní přístup v léčebném procesu. Při těchto činnostech zpestřujeme klientovi hospitalizaci, krátíme mu čas i odvádíme pozornost od bolesti. Někdy si klient může domů přinést i milou vzpomínku na nemocnici a menší obavy při další hospitalizaci.

Někteří nemocní mají takové projevy chování, které nás popuzují, urážejí, obtížně je zvládneme a zapomínáme na pravidla slušného a empatického chování. Mnohdy může být sníženo vědomí, přítomna agrese a u klienta základy společenského chování téměř vymizí. Pro zdravotnický personál je tato situace psychicky velmi vyčerpávající, sebeovládání a chránění ostatních klientů je v těchto situacích náročný úkol. Je však nezbytně nutné zachovávat pravidla společenského chování ke všem klientům, bez rozdílu inteligence, návyků, rasy aj.

Některé problémy mohou vyplývat i z nedodržování léčebného řádu. Zdánlivě jasné samozřejmosti klient nemusí znát, proto je nutné jej seznámit s léčebnými opatřeními, vše náležitě vysvětlit přizpůsobením jeho inteligenci.

Součástí léčby jsou i vztahy a kolegiálnost celého zdravotnického týmu. Mentálně handicapovaný klient je velmi citlivý na změny nálad personálu, chyby při předávání informací mezi službami, např. nepříjemná mohou být i častá vyšetření nebo jejich náhlé zrušení, netaktní podávání informací, časté kladení stejných otázek. Klient si všímá i důvěrných vztahů mezi personálem, např. lékař a sestra, může pociťovat atmosféru nejistoty, nedůvěry a přebytečné osoby.

Klient v nemocnici zažívá mnoho nepříjemných prožitků, omezení a požadavků. Mezi nejčastější patří soustavné kontrolování, narušení intimity, omezení sociálních kontaktů, rušení spánku noční službou, nedostatek informací, neznalost prostředí, nejistotu. Zdravotnický personál by se měl chovat ohleduplně. Tyto požadavky jsou sice nezbytné pro hladký průběh léčby, ale měly by být redukovány na minimum.

5.4 Chybné chování zdravotnického personálu k mentálně postiženému klientovi [10, 29, 34]

Často se můžeme u klientů se sníženým IQ setkávat s bagatelizací, ironickým chováním a nedostatkem zdvořilosti ze strany zdravotnického personálu. Opakované příznaky, někdy až agresivní chování klientů, mohou u zdravotnického personálu vyvolat podráždění a úmyslné přehlížení příznaků. Nemocní se cítí být nepochopeni a ztrácí důvěru ke zdravotní sestře.

Na tuto situaci může zdravotnický personál reagovat nervozitou a neklidem. Špatná nálada a neochota sestry patří k neprofesionálnímu chování. Přenáší na klienta narušující atmosféru a nejistotu, nemocný se může bát sestru požádat o pomoc.

Extrémním vyústěním situace může být negativní až agresivní postoj ke klientovi, který vzniká na podkladě nepřátelského vystupování jako obranná reakce nemocného. Skrytou agresí, ze strany personálu, může být přehnaná péče, kdy klienta vmanipulujeme do naší závislosti, a tak si dokazujeme svoji potřebnost. Mezi negativní postoj řadíme i nepřiměřené podání zklidňujících farmak. Agrese ve formě brachiálního či verbálního napadení klienta představuje profesionální selhání zdravotníka.

V případě, kdy je klient dlouhodobě hospitalizovaný s chronickým onemocněním, se špatnou prognózou nebo v terminálním stádiu onemocnění a zdravotnický personál neshledává zlepšení stavu, nastává rezignace personálu. Postoj zdravotníků se může jevit jako lhostejný, někdy s dopadem i na ostatní hospitalizované klienty. Neosobní vztah a pouhé vykonávání povinností, byť precizně, poškozují klienta. Kdo víc potřebuje vlídný, vstřícný a srdečný přístup, než-li nemocný člověk. Tento výčet problémů může být projevem počátku syndromu vyhoření.

Někteří klienti mohou svým zevnějškem, chováním nebo osudem vyvolat vztah, až soukromý, který přesahuje rámec profesionality, např. ochranné postoje nemocným dětského věku. V práci sestry je nutné zachovávat odstup a uvědomovat si blízký kontakt ke klientovi. Pokud by při dlouhodobější hospitalizaci takový vztah vznikl, musíme situaci řešit přeložením klienta nebo zdravotníka. Soukromí je velmi důležitá součást psychohygieny personálu.

S tímto problémem souvisí přehnaná péče o nemocného. Klienta svým postojem přivedeme do situace, že sám o sebe přestane pečovat a veškerou zodpovědnost přebírá sestra. Klient se stává pasivním příjemcem ošetrovatelské péče, závislým na sestře i zařízení, ve kterém je hospitalizován. Dnešním současným trendem je zachování, navrácení co největší soběstačnosti

Pro klienta s mentálním postižením nebo autismem nepoužívejte zobecňující nálepkování, např. „postižení“, „retardovaní“, zdůrazňujte lidi, osobnost, nikoli nálepky. Mluvte o dítěti s autismem, ženě, která je postižená, ne o postižené autismem či „autistce“.

6 KOMUNIKACE S MENTÁLNĚ POSTIŽENÝM KLIENTEM [27, 29]

Pro úspěšnou komunikaci s mentálně postiženým klientem je velmi důležitá znalost stádií jeho postižení. Dobrá komunikace je velmi důležitá pro navázání dobrého vztahu s klientem a tím dosažení úspěšné spolupráce. Při hospitalizaci se sestra stává velmi důležitým článkem, kontaktní osobou komunikace. V kontaktu s mentálně postiženým klientem není zdravotník autorita, ale může být kamarád ve hře, náhrada kamaráda. Pro klienta bychom měli být zdrojem jistoty a porozumění.

Hospitalizace je pro klienta nová, složitá situace, klade velký nárok na jeho adaptační chování. Do nemocnice jsou klienti přijímáni pro nějaké onemocnění, velmi často trpí bolestí, dyskomfortem, jsou daleko od svých rodičů, kamarádů, známých, blízkých osob, které mají rádi. Z těchto důvodů je pochopitelné, že zátěž, která je zde na ně kladena, je zvládána jinak, hůře, než bychom očekávali. Zkušení zdravotníci umějí „zachytit signály“, které nemocný vysílá, ale pokud projevují zájem o takto nemocného klienta a snaží se mu porozumět, můžeme očekávat úspěch ve vztahu nemocný – sestra.

Klient s mentálním postižením prochází jiným psychosociálním vývojem, než zdravý jedinec. Při přijetí do nemocnice sledujeme stupeň postižení, postižení smyslů, motoriky, jiných přidružených vad a úroveň sociálních dovedností. Na základě těchto zjištěných informací je velmi důležitý individuální přístup v komunikaci i v péči a přístupu ke klientovi.

Klient může být i přetížen novými poznatky a mohou se u něho projevovat známky úzkosti, paniky a agresivního chování. Toto vše je reakce na nové prostředí. Někdy je udržování kontaktu a komunikace s nemocným velmi náročná. Cenné informace, jak s nemocným mluvit v těchto situacích, nám může poskytnout rodina.

Postižený klient prochází různými sociálními prostředími, učí se chovat a reagovat dle daných norem prostředí, kde je vychováván, např. klient, který je vychováván v ústavu sociální péče, nebude mít tak velké problémy při hospitalizaci, protože je na zdravotníky zvyklý. Naopak klient pocházející z rodinného prostředí bude na zdravotníky reagovat velmi citlivě. Zejména když je vychováván jedním z rodičů, např. pouze matkou, má klient méně zkušeností s ostatními lidmi a společností.

Náš zájem porozumět nemocnému může překonat bariéry.

6.1 Zásady neverbální komunikace [27, 29]

- v oblasti mimiky se snažíme udržovat oční kontakt a úsměv
- u postoje je důležité zvolit stejnou výšku na úrovni klienta, např. si přidřepnout, sednout si vedle něho nebo naproti
- snažíme si všímat gest klienta
- dotykem můžeme klienta zklidnit i rozrušit, je nutné zjistit, jak klient reaguje na dotyk, např. pohlazením, podržením za ruku
- k navázání komunikace můžeme použít hračku, hru, obrázkovou knížku aj.
- v některých případech můžeme použít zrcadlení pohybu, např. když klient chodí po oddělení, přidáme se k němu
- významnou roli hraje i úprava prostředí, bílé stěny a nic neříkající obrazy určitě komunikaci nepodmíní, snažíme se navodit domácí a zábavné prostředí, např. můžeme použít klientovy hračky a obrázky na výzdobu pokoje

6.2 Metody alternativní, neverbální komunikace [32, 38]

Klienti se středně těžkou a těžkou diagnózou mentální retardace mají také potřebu sdělovat svá přání a problémy zdravotnickému personálu. I když je řeč značně omezena, nebo se v některých případech vůbec nevyvine, měli bychom se snažit využít možné dostupné alternativní metody dorozumívání. Mluvená řeč může být nahrazena nevokálními způsoby sdělování. Při užívání nehlasových prostředků komunikace je užíván termín augmentativní a alternativní komunikace (AAK). Augmentativní komunikace označuje doplňkové a rozšiřující užívání nevokálních prostředků dorozumívání, kdy je klient schopen alespoň částečně používat mluvenou řeč. Alternativní formy komunikace užívá klient tehdy, když není schopen mluvené řeči vůbec.

Charakteristika systémů AAK, jejichž užívání je v České Republice zavedeno více než 10 let:

- Piktogramy (PIC- Pictogram Ideogram Communication) - užívají se grafické znaky, mají vzhled bílého obrazu na černém pozadí, jsou převzaty z modelu dorozumívání užívaného v severní Evropě



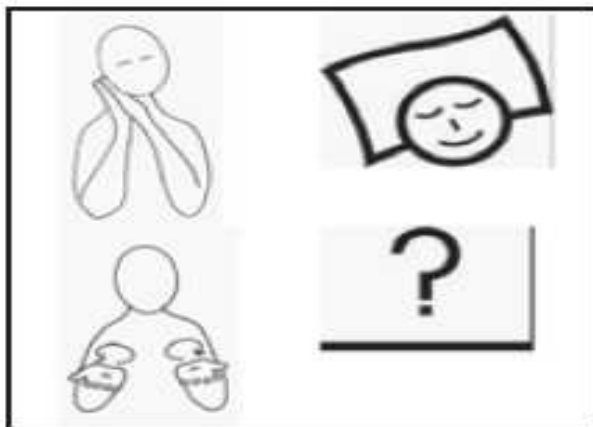
Obrázek 1 – Ukázka grafických znaků systému Piktogramy : Věta: „Babička plete teplý svetr.“

- Znak do řeči (TTT - Teng til tale) - systém se užívá k doplnění mluvené řeči manuálními znaky



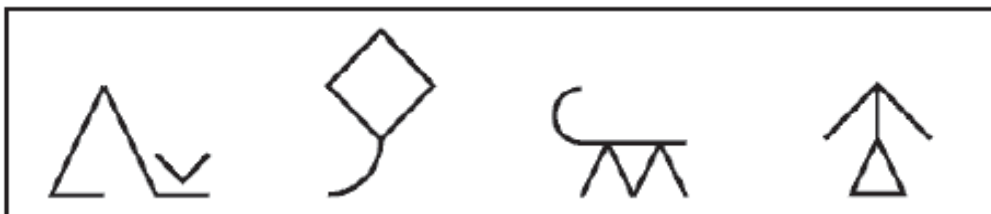
Obrázek 2 – Ukázka manuálních znaků systému Znak do řeči

- Makaton - mezinárodně uznávaný komunikační program, vytvořený pro neslyšící dospělé s mentální retardací, který vznikl na počátku sedmdesátých let 20. století v Anglii, užívá znaků manuálních, mimické i grafické komunikace, grafické znaky jsou jednoduché černobílé kresby



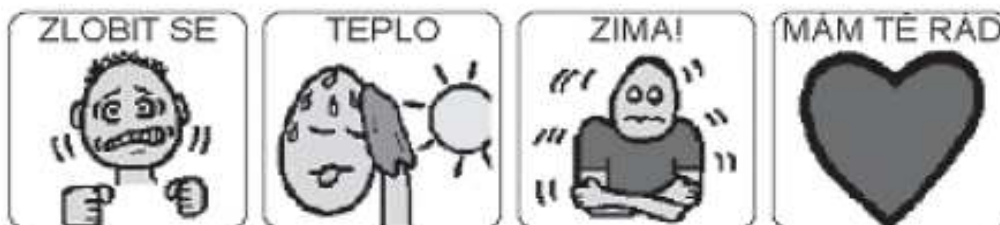
Obrázek 3 – Ukázka manuálních a grafických znaků systému Makaton: „Spát, kde?“

- Systém Bliss - systém grafických znaků byl vytvořen Charlesem Blissem, označuje se jako mezinárodní forma ideografického psaní



Obrázek 4 – Ukázka grafických znaků systému Bliss pro slova chodidlo, drak, pes a matka.

- Obrazové komunikační symboly (PCS - Picture Communication Symbols) - grafickými znaky jsou realistické obrazové kresby v barevné i černobílé formě



Obrázek 5 – Ukázka grafických znaků systému PCS

- Facilitovaná komunikace - jedná se o podpůrnou komunikační metodu pomocí ukazování na písmena či obrázky
- Výměnný obrázkový komunikační systém – VOKS (PECS - The Picture Exchange Communication System) - též využívá obrázků, jako předchozí systémy AAK s tím rozdílem, že na dané obrázky (symboly) neukazuje, nýbrž je přímo vyměňuje za zobrazenou věc či činnost
- Fotografie

Tyto zmiňované metody mohou v mentálně postižených klientech probudit tendenci k aktivitě, rozšířit jejich možnosti a ve zdravotnickém personálu zanechat dobrý pocit s tím, že jsme vyčerpali možné metody komunikace

6.3 Zásady verbální komunikace [27, 29]

- k mentálně postiženému klientovi přistupujeme jako k jiným pacientům, zohledňujeme jeho individuální potřeby
- v komunikaci dodržujeme pravidla společenského chování, během prvních vět se snažíme odhadnout úroveň porozumění a vyjadřování postiženého klienta
- oslovujeme a navazujeme kontakt přímo s klientem, o doplňující informace na závěr požádáme doprovod, při rozhovoru klienta zbytečně nepřerušujeme

- pokud je možnost aktivní spolupráce s rodiči, snažíme se je zapojit do léčebného procesu, konzultujeme s nimi vzniklé potíže, stáváme se partnery při péči o jejich dítě
- naše sdělení, způsob komunikace a používání slov přizpůsobujeme mentální úrovni klienta
- při komunikaci sledujeme neverbální projevy
- při rozhovoru musíme být trpěliví, tolerantní a snažíme se „číst mezi řádky“
- k dospělým klientům se snažíme chovat partnersky, ne jako k dítěti nebo jako autorita
- při sdělování informací volíme krátké, jasné věty, ověřujeme si porozumění, naše sdělení můžeme při nejasnostech i zopakovat
- volíme pomalejší tempo řeči
- klientovi nikdy nelžeme
- klienta připravujeme i na bolest, nikdy neříkáme, že to nebude bolet, ale že to bude nepříjemné
- při bolestivém zákroku dbáme na to, aby klient nebyl sám, snažíme se ho rozptýlit a uklidňujeme ho

6.4 Nejčastější chyby v komunikaci [27, 29]

- většinou hovoříme jen s doprovodem, nepřímo tím dáváme klientovi najevo jeho bezvýznamnost
- používáme zdrobněliny, vypadá to, jako bychom mluvili s dítětem
- ne vždy sdělujeme klientovi další průběh ošetřování, často si zdravotníci myslí, že by nám stejně nerozuměl
- klienta popoháníme v odpovědích, jsme často netrpěliví
- někdy zdravotníci používají nemístný humor, posměch až pohrdání

6.5 Komunikace na vhodné úrovni [6]

Každý člověk vnímá pomocí smyslů a smyslových orgánů. Díky smyslům vnímáme sebe, okolní svět, učíme se pohybovat a komunikovat. Při práci s dětmi s těžkým mentálním postižením a pohybovým omezením může aplikovat bazální stimulaci. Bazální stimulace respektuje všechny vývojové stupně ve kterých se nyní člověk nachází. Podpora je zaměřena na stimulaci vnímání vlastního těla, rozvoj identity, vnímání okolního světa a navázání kontaktu s ním, zvládnutí orientace v čase a prostoru, lokomoční schopnosti a zlepšení funkcí všech orgánů.

Oblast komunikace vyžaduje znalosti dané problematiky, naše osobní city k zaznamenání reakcí klienta, umět vyhodnotit situaci a možnost vést rozhovor na základě momentálního rozpoložení nemocného.

6.5.1 Znaky příjemných pocitů a otevření se okolí:

- hluboké dýchání, vzdychání, bručení
- otevírání očí a úst, mžikání
- posmívání se, až úplný úsměv
- uvolnění svalového tonu, mimiky v obličeji
- pomalé pohyby těla, klidné pohledy po okolí a na stimulační podněty

6.5.2 Znaky nepříjemného pocitu a uzavření se do sebe:

- neklidné a nepravidelné dýchání
- zavírání očí a úst, blednutí v obličeji
- křik, pláč, sténání
- zvýšení svalového tonu, křečovitá mimika obličeje, křečovitě držení těla
- reakce signalizující obranu, rychlá, útočící gesta k osobám a předmětům
- celkový motorický neklid a stereotypní chování
- agresivní manipulace se svým tělem a sebepoškozování se

6.6 Agresivní chování mentálně postiženého klienta [10, 27, 29]

Z dotazníkového šetření, které jsem uskutečnila v Chrudimské nemocnici, a.s., vyplynulo, že se sestry čas od času setkávají s agresivním chování mentálně postižených klientů. Nejčastěji jde o obtížnou spolupráci, nepřiměřené chování, používání vulgarismů, ničení předmětů v blízkosti klienta, křik, ohrožování ostatních spolupacientů a jiné již méně závažné projevy.

Agresivní chování zahrnuje mnoho dalších skutků počínajících chladným jednáním až po projevy násilí vůči věcem - boucháním věcmi, shazováním předmětů, pliváním potravy či léků. Nejzávažnější je násilí vůči druhé osobě, ať už k spolupacientům, zdravotníkům, rodinným příslušníkům, návštěvám nebo k sobě samému.

Dle mého názoru musíme příčinu hledat jinde a ne u klienta samotného. K agresivnímu chování dochází v určitých situacích, vždy můžeme vypozorovat nějaké spouštěče, na které nemocný reaguje určitou, náhlou odezvou. Ne vždy je v silách zdravotníka těmito spouštěčům zamezit, ale mohou je alespoň částečně zmírnit.

6.6.1 Nejčastější příčiny agresivního chování

- pocity ohrožení, strachu, úzkosti (např. strach z vyšetření, injekce, bolesti)
- pocity nespravedlnosti (např. ve skupince více dětí na dětském oddělení)
- neporozumění zdravotníka klientovi (např. špatná verbální komunikace klienta)
- nenaplněné očekávání (např. příslib propuštění domů, ale ze závažných důvodů klient domů propuštěn není)
- zvýšená zátěž na klienta, zejména pokud je vnímána jako zbytečná (např. dlouhé čekání na vyšetření, opakované zbytečné dotazy)
- pocity ponížení, zesměšňování před ostatními
- intenzivní bolest
- nevhodné chování zdravotníka vůči klientovi (např. projevy povrchnosti, nadřazenosti, necitelné chování zdravotníka)

- psychopatické rysy jedince (např. násilně se chová a jedná bez zřejmého důvodu)
- zdánlivé ohrožení klienta (např. z bolestivého výkonu)

6.6.2 Projevy agresivního chování

- Verbální agrese jako jsou křik a nadávky, cílem je prosadit svá přání a dokázat nadvládu nad ostatními.
- Poškozování věcí působí jako přenesená forma agresivního chování, např. již zmiňované bouchání dveří, kopání do lůžka, házení věcmi slouží k vybití, ale může také jít o signály blížícího se fyzického napadení.
- Fyzické napadení lidí, nejvíce jsou ohroženi zdravotníci, spolupacienti, návštěvy a rodinní příslušníci, mohou být použity různé nástroje a pomůcky.
- Sebepoškozování (automutilace) je vážná forma násilí obrácená proti sobě, může jít o lehké projevy např. škrábání, trhání vlasů, až po závažné projevy, např. údery hlavou do zdi, řezání a pálení se. Extrémní formou sebepoškozování je sebevražda.

6.6.3 Přístup k neklidnému klientovi [10]

Všechny výše zmíněné příčiny mohou být doprovázeny psychomotorickým neklidem a násilím ze strany klienta k zdravotnickému personálu. Pokud sestra usoudí, že by mohlo dojít ke konfliktu, klient je neklidný a hrozí riziko napadení, musí zvolit vhodný přístup k nemocnému.

Zásady přístupu:

- při prvním kontaktu se představte a nabídněte klientovi ruku (tento rituál má význam společenský a informační, pokud klient podanou ruku odmítne, může to značit nedůvěru, neochotu spolupracovat, strach ze situace, je to první signál problematického chování)
- seznamte klienta s oddělením, podejte mu stručné informace o denním harmonogramu

- nikdy nehovořte sama s nemocným v uzavřené místnosti, vždy mějte na blízku další členy ošetrovatelského týmu
- svůj postoj volte vždy čelem ke klientovi, pokud možno za zády vždy mějte zeď, stěnu v pokoji, mějte dostatečný odsup od klienta na možnou rychlou reakci
- ke klientovi vždy přistupujte tak, aby vás viděl, nikdy ne zezadu nebo z boku, vyvarujte se náhlých a rychlých pohybů, klient by je mohl vnímat jako ohrožující
- klienta zbytečně nepopuzujte, odsouhlaste mu jeho výroky, mluvíte klidným vyrovnaným hlasem, pokuste se najít společnou konverzaci, nenaléhejte na něj
- používejte krátké a srozumitelné věty, konverzaci si ověřujte zpětnou vazbou, zda-li vám klient rozumí (musí mít základní informace o tom, kde je, kdo je kdo a co se s ním bude dál dít), několikrát informace opakujte
- působte profesionálně a sebejistě (klient se nás bojí ještě víc, než my jeho, naše obavy nejsou nemístě), ale nepovyšujte se nad klienta
- nabízejte jistotu a podporu
- nikdy klientovi nelžete
- na přání klienta umožněte rozhovor s lékařem, bude se cítit jistější

Dojde-li k vyhocení situace, je možno použít uklidňující farmaka. Stává-li se klient nebezpečnější a ohrožuje sebe i své okolí, lze po vyčerpání všech možností použít omezující opatření v lůžku. Po odeznění akutní fáze agrese není vhodné klienta stále omezovat. Nemocný toto subjektivně vnímá velmi negativně, důvěra k personálu a další spolupráce může být ohrožena.

Pokud ani tato opatření nepomohou a dojde k otevřené agresi chraňte bezpečí klienta, bezpečí ostatních spolupacientů a bezpečí personálu, ochrana zařízení je až na posledním místě. Při jakémkoli poranění kohokoli musí být vše podrobně a pečlivě zdokumentováno.

6.6.4 Právní předpisy související s omezujícími prostředky [3, 10]

Použití těchto prostředků zasahuje do osobní svobody klienta. V českém právním řádu omezení osobní svobody klienta upravují následující normy:

- Listina základních práv a svobod
- Úmluva o lidských právech a biomedicíně
- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu
- Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákoník
- Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník
- Zákon č. 99/1963, občanský soudní řád

7 PRÁVA MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH KLIENTŮ

Základní lidská práva zaručují všem lidem svobodně se rozvíjet a naplňovat svůj život. O to více toto platí u lidí s mentálním postižením. Respekt k právům zaručuje žít svůj život svobodně, způsobem, jakým chceme my sami. Rozvíjíme své vlastní schopnosti, dovednosti, vidíme ve svém bytí smysluplnost, rozhodujeme dle své vlastní volby a dosahujeme cílů k naplnění svých vyšších potřeb. Myšlenka lidských práv je jedním z pilířů moderní společnosti. I mentálně postižení jedinci musí respektovat stanovená práva země, aby se začlenili do společnosti [11, 12].

Hlavním znakem kvalitní poskytované služby je naplňování práv lidí s mentálním postižením. Toto téma úzce souvisí i s otázkami bezpečnosti, odpovědnosti, omezeními na nevhodné prostory, nedostatek personálu a jinými diskutovanými nedostatky ve zdravotnictví.

7.1 Vznik etického kodexu Práv pacientů [3, 11, 12]

Nejstarším, nejznámějším pilířem a etickým kodexem je Hippokratova přísaha, která byla napsána již v 5. století př. n. l. Lékař byl v minulosti pojmán jako velice vážená, mravní, vzdělaná a moudrá osoba. V okolí neexistoval člověk, který by se lékaři stal rovnocenným partnerem. Vznikal vztah, kterému říkáme paternalistický. Dnes je ovšem paternalistický vztah dávnou minulostí, novým modelem se stává partnerský vztah. Vědecký a technický pokrok se výrazně změnil po druhé světové válce a tím i přístup společnosti, lékařů a pacientů. Důvody této změny mohou být již specifikovaná lidská práva a svoboda, vzdělávání, rozvoj medicíny, nárůst dlouhodobě a chronicky nemocných. Má-li být člověk v roli nemocného respektován jako partner, musí přijímat svoji odpovědnost za zdraví a mnohdy částečně i za nemoc, spoluúčastnit se na uzdravení a na preventivních opatřeních. Ke zlepšení vztahů zdravotnického personálu a klienta přispěl i rozmach školství, nové vzdělávací systémy a rozvoj osvětové zdravotnické činnosti. Péče o nemocné se stala profesionální, týmová a specializovaná. V náhlosti přetechnizování společnosti, budování nových specializovaných pracovišť, množství lékařů a odborníků na jednoho pacienta, se klient ztrácí jako člověk. Zdravotníci nemají ke klientovi humánní a osobní vztah, poprvé se objevuje termín dehumanizování medicíny. Práva pacientů se v této chvíli stala výzvou ke změně postoje ke klientovi. Je nutné najít nové způsoby komunikace, vzorce chování, potřeby, které je nutno u klienta uspokojovat a ne se soustředit jenom na nemoc, postižení orgánu.

Práva pacientů si vždy spojím s pojmem etika, s naším vlastním svědomím, s dodržováním pravidel určených společností, s pomocí a s individuální potřebou jedinců, pro něž nebyl osud tak příznivý. Obecně lze konstatovat, jak H. Haškovcová publikuje ve své knize: „...etika ustanovuje, co jest právem mravné a co jest nemravné, přičemž někdy platné názory mravní přičí se názorům správným...“ [HAŠKOVCOVÁ, H., 1994, s. 10].

Naději na úspěch v léčbě, má jen taková léčba, která se zakládá na vzájemné spolupráci ošetrovatelského týmu a nemocného. Klient již není jen pasivním příjemcem ošetrovatelské a lékařské péče, ale zaujímá aktivní postoj v této nové, neznámé a nelehké situaci. Klient potřebuje znát základní informace a mezníky pro vzájemnou spolupráci. Práva klientů mohou sehrát velmi důležitou úlohu v prevenci mnohých, byť nechtěných nedorozumění z obou stran. Nemocnému při hospitalizaci má být pobyt zlehčován, zpříjemňován a za žádných okolností komplikován. Práva klientů jsou etickým kodexem, zdůrazňují fakta někdy opomíjená nebo zkreslená.

Snažme se tedy přijmout etický kodex Práva pacientů jako návod, jak se slušně a důstojně chovat k nemocnému. Mějme na paměti i svoji odpovědnost a povinnost k právům klienta a přistupujme k nemocnému s úctou, partnerstvím a ochotou vždy pomoci.

Každé oddělení nemocnice má dostupný etický kodex Práva pacientů, na dětském oddělení je též Charta práv hospitalizovaných dětí. K uvedenému je ještě připojen Domácí řád oddělení. Při nejasnostech nebo při potřebnosti bližších informací se můžou rodiče či opatrovníci obrátit na zdravotnický personál, který jim poskytne potřebné a konkrétní informace.

7.2 Všeobecné a psychiatrické etické kodexy lidských práv [3, 11, 12]

- Ženevská konvence (1948) přizpůsobila Hippokratovu přísahu;
- Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon;
- Helsinská deklarace (1964) pojednávající o pravidlech biomedicíny;
- Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník v platném znění;
- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu;
- Deklarace práv duševně postižených lidí schválená Valným shromážděním OSN dne 20. prosince 1971 (Příloha P IV) [37, 39];

- Havajská deklarace (1977), pojednávající o principech v psychiatrii a zamezení zneužívání psychiatrie;
- Deklarace lisabonská (1981), právo pacienta podrobit se léčení nebo ho po poskytnutí přiměřené informace odmítnout;
- Deklarace lidských práv duševně nemocných (1988, Luxor, Egypt);
- Zákon č. 200/1990 Sb., o přestupcích;
- Ústavní zákon č. 23/1991 Sb., listina základních práv a svobod;
- Zákon č. 220/1991 Sb., o komorách;
- Práva psychiatrických nemocných (1992, Americká psychiatrická asociace - APA a 1993, Světová psychiatrická asociace - WPA);
- Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě (1994, Amsterdam, WHO, Regionální úřadovna pro Evropu);
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění;
- Lidská práva a profesní zodpovědnost lékařů v dokumentech mezinárodních organizací;
- Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny č. 96/2001 Sb.;
- Etický kodex české lékařské komory (ČLK), Disciplinární řád ČLK;
- Etický kodex Práv pacientů byl schválen na základě Práv pacientů vydaných v lednu 1991 Federálním shromážděním ČSFR z Listiny základních práv a svobod. Etický kodex podpořila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví ČR (Příloha P III) [37, 39];
- ICN - Kodex pro zdravotní sestry;
- Charta práv hospitalizovaných dětí, která vychází z textu Charty práv dětských pacientů organizace „National Association for the Welfare of Children in Hospital“ (NAWCH) se sídlem v Londýně. Tento materiál v naší zemi podpořila Centrální etická komise při Ministerstvu zdravotnictví ČR (Příloha P V) [37, 39];

II. PRAKTICKÁ ČÁST

8 CÍLE A HYPOTÉZY PRŮZKUMU

Před začátkem svého průzkumu jsem si stanovila následující cíle a předpoklady.

8.1 Cíle

- 1) Zjistit druhy psychosociálních problémů u mentálně postiženého klienta při hospitalizaci.
- 2) Zjistit zkušenosti rodičů se zdravotnickými pracovníky při ošetrovatelském procesu jejich dítěte s mentálním postižením.
- 3) Zjistit do jaké míry jsou dodržována práva mentálně postižených a přispět ke z kvalitnější péče o ně.

8.2 Hypotézy

- Ad 1) Předpokládám, že nejčastějším problémem při hospitalizaci je zvládnání technik komunikace s mentálně postiženým klientem.
- Ad 2) Domnívám se, že se rodiče věnují svému mentálně postiženému dítěti při hospitalizaci a spolupracují se zdravotnickým personálem.
- Ad 4) Předpokládám, že nejsou dodržována všechna práva mentálně postižených klientů.

Ze stanovených cílů průzkumu vyplývá následující:

- výběr dvou skupin průzkumného vzorku respondentů
- sestavení dotazníku pro rodiče či opatrovníky mentálně postižených dětí a pro zdravotnické pracovníky
- realizace dotazníku ve vybraném průzkumném vzorku respondentů
- rozbor a vyhodnocení vyplněných dotazníků
- zhodnocení a interpretace výsledků dotazníkového šetření

9 METODIKA PRÁCE

9.1 Charakteristika průzkumného vzorku

Na realizaci průzkumu se podílelo celkem 155 respondentů. Z tohoto počtu bylo 55 respondentů rodičů či opatrovníků mentálně postižených dětí a 100 respondentů z řad zdravotnických pracovníků. Průzkum byl realizován v období měsíce ledna až března roku 2008.

Místem výzkumu jsem si určila Domov sociálních služeb a pomoci ve Slatiňanech (Příloha P VII) a Chrudimskou nemocnici a.s. Vybrala jsem si jeden ústav a nemocnici z důvodu promítnutí skutečné, konkrétní situace na tyto zařízení, která se nacházejí ve vzájemné blízkosti a velmi úzce, při potřebě hospitalizace, spolupracují. Dotazníky do domova sociálních služeb a pomoci jsem předala pracovníci pro styk s rodiči a o rozdělení dotazníků pro zdravotnický personál jsem poprosila vrchní sestry jednotlivých oddělení. Spolupráce z obou stran byla velice vstřícná.

9.2 Metodika průzkumu

K získávání informací pro praktickou část, o problematice mentálně postižených klientů při hospitalizaci, jsem zvolila metodu anonymních dotazníků složených z uzavřených (dichotomických, polytomických), otevřených a polouzavřených otázek. Respondenti mohly označit jimi zvolené odpovědi, či vypisovat své zkušenosti a problematiku vlastními slovy. Otázky v dotaznících jsem formulovala tak, aby kladly minimální nároky na čas a přemýšlení.

Dotazníkovou metodu jsem si vybrala z důvodu získání většího množství informací za kratší dobu, dodržení anonymity respondenta a lepším způsobem hodnocení. Nevýhodou dotazníkového šetření je fakt, že odpovědi mohou být zkreslené, záměrně i nezáměrně z důvodu nepochopení otázky. Při sestavování dotazníku jsem se snažila klást otázky jednoznačně, nejlépe polouzavřené, abych respondentům umožnila dostatečné vyjádření se k problematice.

9.3 Charakteristika položek

9.3.1 Dotazník pro rodiče či opatrovníky mentálně postiženého dítěte (Příloha P I, P VIII)

V tomto dotazníku, otázky č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, zjišťují identifikační údaje o rodičích, dítěti, rozsah jeho postižení a četnost hospitalizace. K prvnímu cíli se vztahují otázky č. 15, 16, 17, které zjišťují úroveň komunikačních schopností. K druhému cíli jsem si stanovila otázky č. 9, 10, 11, 12, 18 a 19 vztahující se k informovanosti rodičů, spolupráci a zaměstnání dítěte během dne v nemocnici. K právům mentálně postiženého dítěte jsem si stanovila otázky č. 13 a 14. V dotazníku jsem také zjišťovala, zda-li jsou rodiče informováni o možnosti poskytnutí pomoci nebo rady v okrese Chrudim.

9.3.2 Dotazník pro zdravotnické pracovníky (Příloha P II, P IX)

V úvodu dotazníku jsou otázkami č. 1, 2, 3, 4, 5 zjišťovány identifikační údaje, dosažené vzdělání, délka praxe a oddělení na kterém dotazovaný respondent pracuje. Otázka č. 6 je znalostní. K zjištění průběhu hospitalizace a prostředí, ze kterého jedinec přichází do nemocnice, jsem si stanovila otázky č. 7, 8, 9. K prvnímu cíli se vztahují otázky č. 10, 11, 12, 13, které nastiňují komunikaci s klientem. Otázky č. 14, 15, 19 se vztahují k problematice při hospitalizaci. Dodržování práv mentálně postižených jedinců zjišťují otázky č. 16, 17, 18. I v tomto dotazníku jsem zjišťovala znalosti zdravotníků, o možnosti poskytnutí pomoci či rady rodičům v okrese Chrudim.

9.4 Organizace šetření

Dotazník pro rodiče či opatrovníky mentálně postižených jedinců obsahuje 21 otázek, které jsou dále rozpracovány v další části textu. Rodičům bylo, po domluvě s pracovníci pro styk s rodiči, určeno 60 dotazníků. Návratnost těchto dotazníků byla 91,7 %, tedy 55.

Dotazník pro zdravotnické pracovníky obsahuje 20 otázek, také dále rozpracovaných v následující části práce. Zdravotnickému personálu bylo nabídnuto 120 dotazníků. Návratnost byla 102, bohužel 2 dotazníky nebyly zcela vyplněny, proto pracuji s počtem 100, tedy 83,3 % .

9.5 Zpracování získaných dat

K vyhodnocování jednotlivých otázek jsem použila tabulek absolutní a relativní četnosti, přehledného znázornění ve sloupcových grafech a písemného hodnocení k uzavřeným polytomickým, otevřeným a k polouzavřeným otázkám, kde shrnuji nejčastější odpovědi respondentů. Pro vytvoření tabulek a grafů jsem využila program Microsoft Excel.

Absolutní četnost v tabulce (N) udává počet respondentů, kteří odpovídali v otázce stejnou nabídnutou odpovědí.

Relativní četnost je vyjádřena v %, poskytuje informace o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu.

9.6 Vyhodnocení šetření

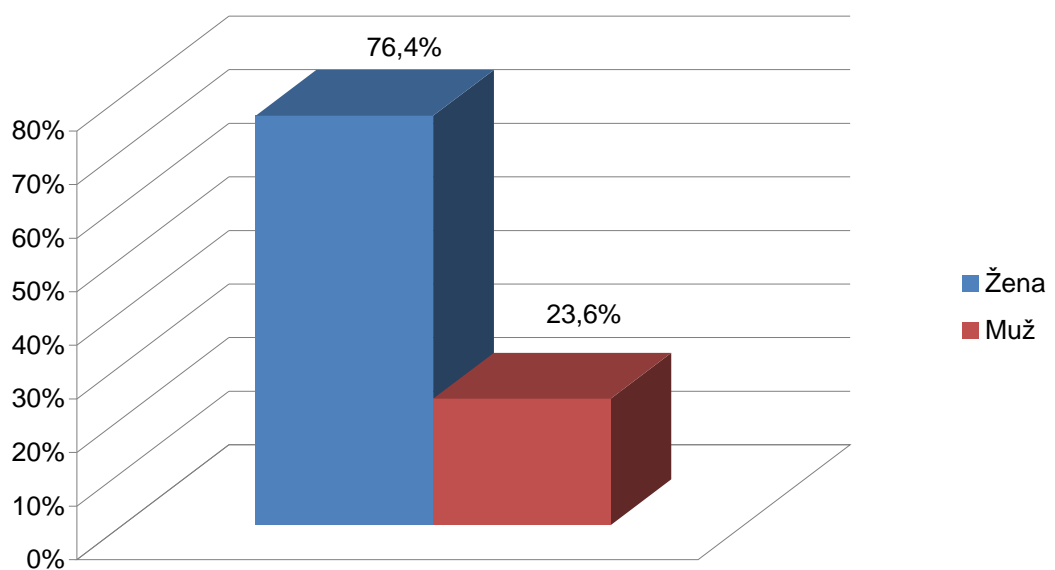
Po ukončení sběru dotazníků se dostávám k hodnocení získaných informací.

Dotazník pro rodiče či opatrovníky mentálně postiženého dítěte

Otázka č. 1: Jakého jste pohlaví?

Tab. 1 - Identifikační údaj- pohlaví respondentů

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
Žena	42	76,4 %
Muž	13	23,6 %
CELKEM	55	100,0 %



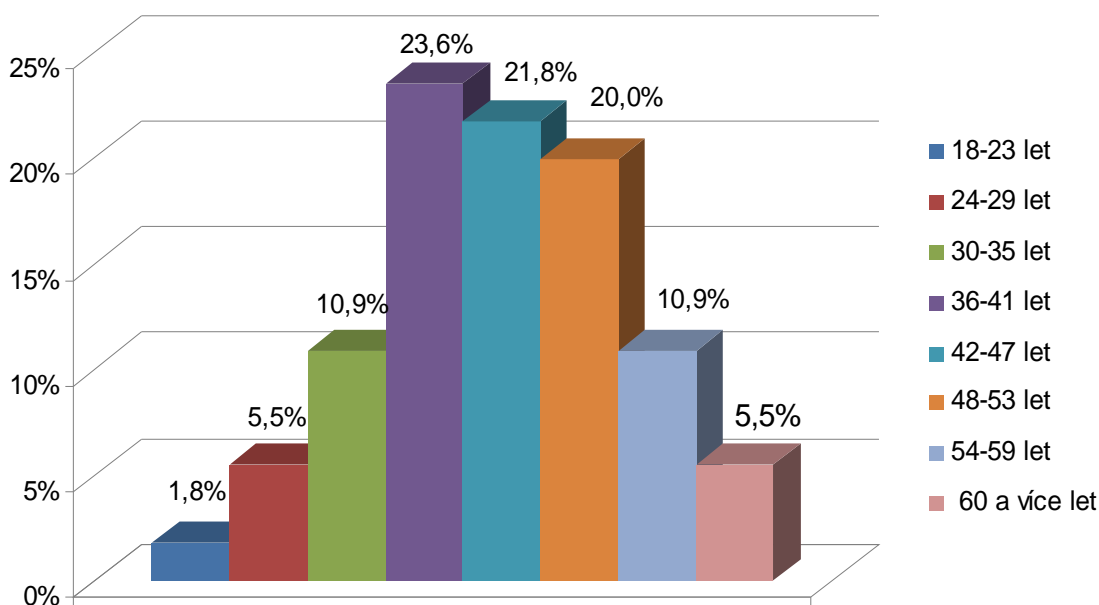
Graf 1 - Identifikační údaj- pohlaví respondentů

Na dotazníkovém šetření se celkem účastnilo 55 respondentů, z tohož bylo 42 žen (tj. 76,4 %) a 13 mužů (tj. 23,6 %).

Otázka č. 2: Kolik je Vám let?

Tab. 2 - Identifikační údaj- věk respondentů

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
18- 23 let	1	1,8 %
24- 29 let	3	5,5 %
30- 35 let	6	10,9 %
36- 41 let	13	23,6 %
42- 47 let	12	21,8 %
48-53 let	11	20,0 %
54- 59 let	6	10,9 %
60 a více let	3	5,5 %
CELKEM	55	100,0 %



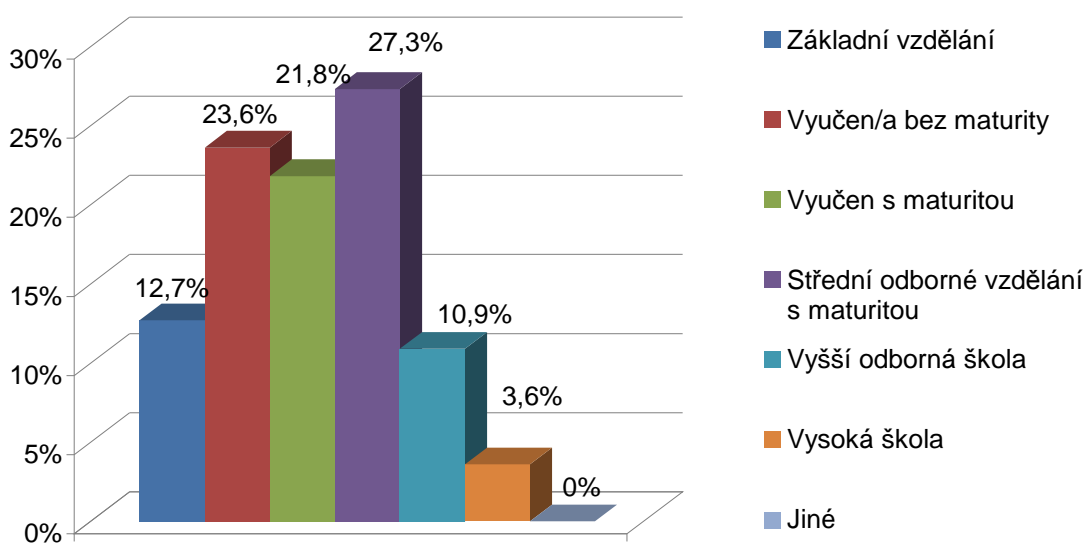
Graf 2 - Identifikační údaj- věk respondentů

V průzkumu je 1 respondent (tj. 1,8 %) ve věku 18-23 let, 3 dotazovaní (tj. 5,5 %) ve věku 24-29 let, 6 respondentů (tj. 10,9 %) ve věku 30-35 let, 13 dotazovaných (tj. 23,6 %) ve věku 36-41 let, 12 respondentů (tj. 21,8 %) ve věku 42-47 let, 11 respondentů (tj. 20,0 %) ve věku 48-53 let, 6 dotazovaných (tj. 10,9 %) ve věku 54-59 let a 3 respondenti (tj. 5,5 %) ve věku 60 a více let.

Otázka č. 3: Jaké máte dokončené vzdělání?

Tab. 3 - Dokončené vzdělání respondentů

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
základní vzdělání	7	12,7 %
vyučen/a bez maturity	13	23,6 %
vyučen s maturitou	12	21,8 %
střední odborné vzdělání s maturitou	15	27,3 %
vyšší odborná škola	6	10,9 %
vysoká škola	2	3,6 %
jiné	0	0,0 %
CELKEM	55	100,0 %



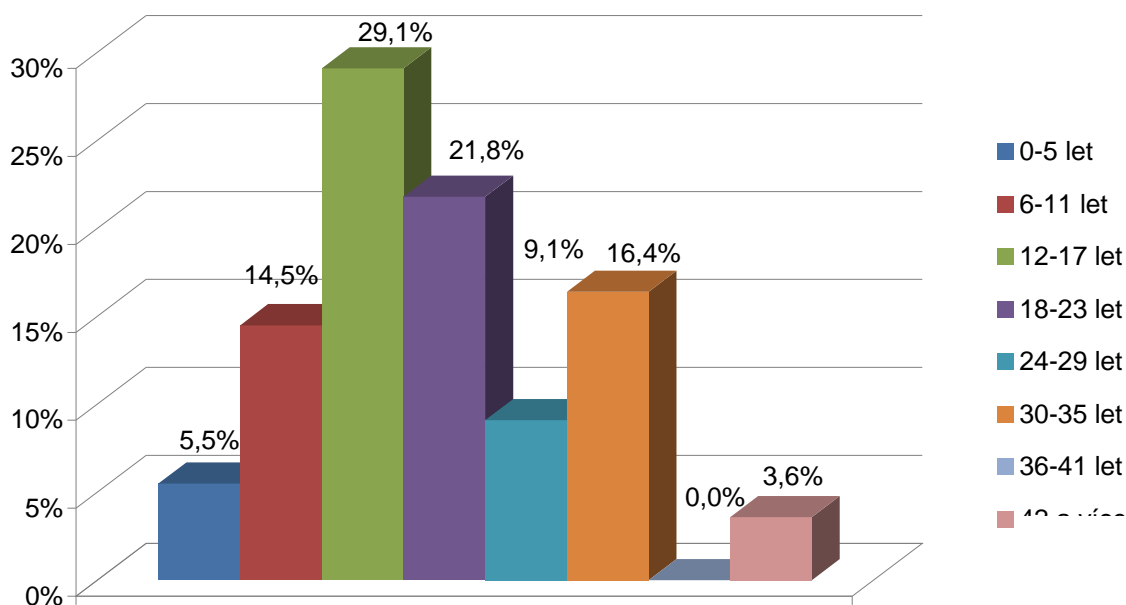
Graf 3 - Dokončené vzdělání respondentů

Z dotazovaných respondentů mělo 7 (tj. 12,7 %) základní vzdělání, 13 (tj. 23,6 %) bylo vyučeno bez maturity, 12 (tj. 21,8 %) bylo vyučeno s maturitou, 15 (tj. 27,3 %) mělo střední odborné vzdělání s maturitou, 6 (tj. 10,9 %) vystudovalo vyšší odbornou školu a 2 dotazovaní (tj. 3,6 %) ukončili vysokou školu.

Otázka č. 4: Kolik let je Vašemu dítěti?

Tab. 4 - Věk dítěte

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
0-5 let	3	5,5 %
6-11 let	8	14,5 %
12-17 let	16	29,1 %
18- 23 let	12	21,8 %
24-29 let	5	9,1 %
30-35 let	9	16,4 %
36- 41 let	0	0,0 %
42 a více let	2	3,6 %
CELKEM	55	100,0 %



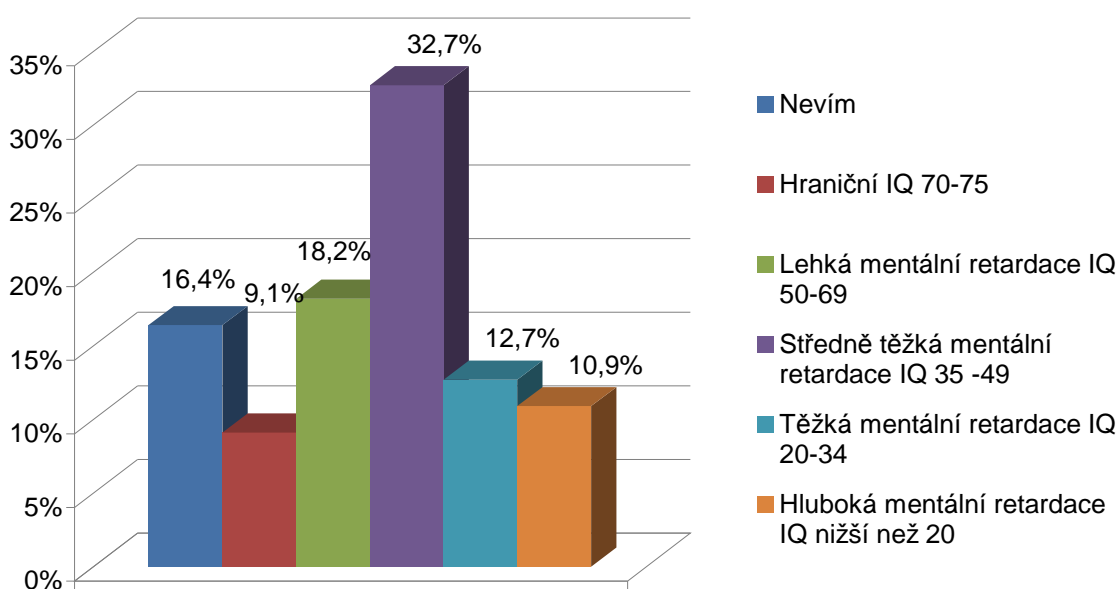
Graf 4 - Věk dítěte

Každý z dotazovaných rodičů má jedno mentálně postižené dítě. Na otázku věku jejich dítěte odpověděli respondenti takto: 3 (tj. 5,5 %) respondenti mají dítě ve věku 0-5 let, 8 (tj. 14,5 %) dotazovaných má dítě ve věku 6-11 let, 16 respondentů (tj. 29,1 %) má dítě ve věku 12-17 let, 12 (tj. 21,8 %) rodičů má dítě ve věku 18-23 let, 5 (tj. 9,1 %) dotazovaných má dítě ve věku 24-29 let, 9 respondentů (tj. 16,4 %) má dítě ve věku 30-35 let a 2 rodiče (tj. 3,6 %) má dítě ve věku 42 a více let. Z uvedeného grafu vyplývá, že věk mentálně postižených dětí respondentů se nejčastěji pohybuje mezi 12. a 23. rokem.

Otázka č. 5: Víte v jakém rozsahu je postižení Vašeho dítěte?

Tab. 5 - Rozsah postižení dítěte

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
nevím	9	16,4 %
hraniční IQ 70-75	5	9,1 %
lehká mentální retardace IQ 50-69	10	18,2 %
středně těžká mentální retardace IQ 35-49	18	32,7 %
těžká mentální retardace IQ 20-34	7	12,7 %
hluboká mentální retardace IQ nižší než 20	6	10,9 %
CELKEM	55	100,0 %



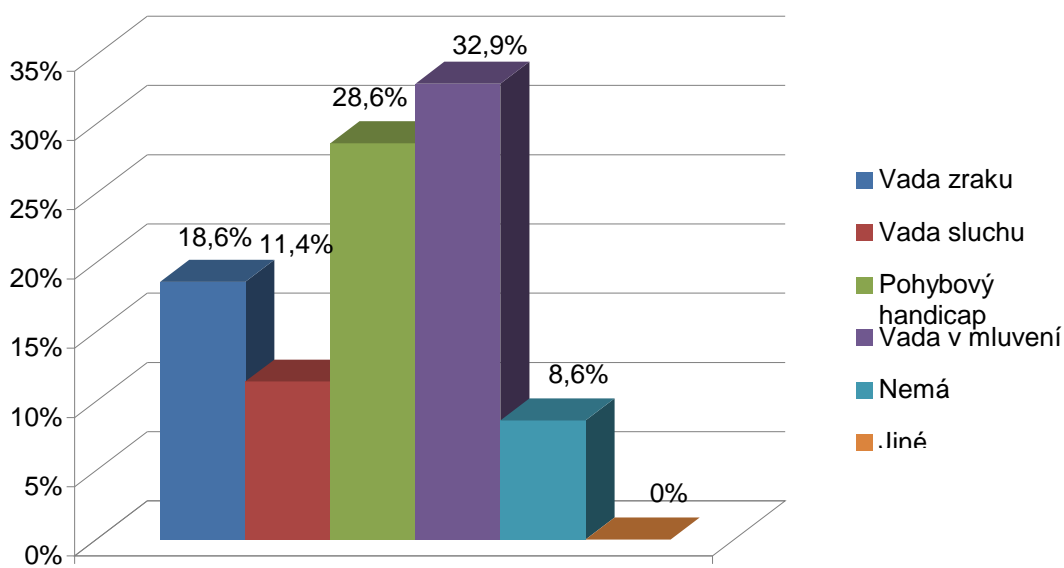
Graf 5 - Rozsah postižení dítěte

Na tuto otázku mi odpovědělo 9 respondentů (tj. 16,4 %), že neznají rozsah postižení u svého dítěte. Z tohoto můžeme usuzovat, že rodiče nejsou dostatečně informováni, ovšem nevědomost rozsahu postižení, může být způsobena i jinými faktory ovlivňující fungující rodinu. U 9,1 % (uvedlo 5 respondentů) dětí je diagnostikována hraniční mentální retardace, u 18,2 % (uvedlo 10 dotazovaných) lehká mentální retardace, u 32,7 % (uvedlo 18 dotazovaných) středně těžká mentální retardace, u 12,7 % (uvedlo 7 respondentů) diagnostikovaná těžká mentální retardace a u 10,9 % (uvedlo 6 dotazovaných) hluboká mentální retardace. Z tohoto grafu vyplývá, že je nejčastěji diagnostikována lehká a středně těžká mentální retardace, což obnáší i vysokou úroveň ošetrovatelské péče.

Otázka č. 6: Má Vaše dítě jiná přidružená omezení? (možnost více odpovědí)

Tab. 6 - Přidružená onemocnění dítěte

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
vada zraku	13	18,6 %
vada sluchu	8	11,4 %
pohybový handicap	20	28,6 %
vada v mluvení	23	32,9 %
nemá	6	8,6 %
jiné:	0	0,0 %
CELKEM	70	100,0 %



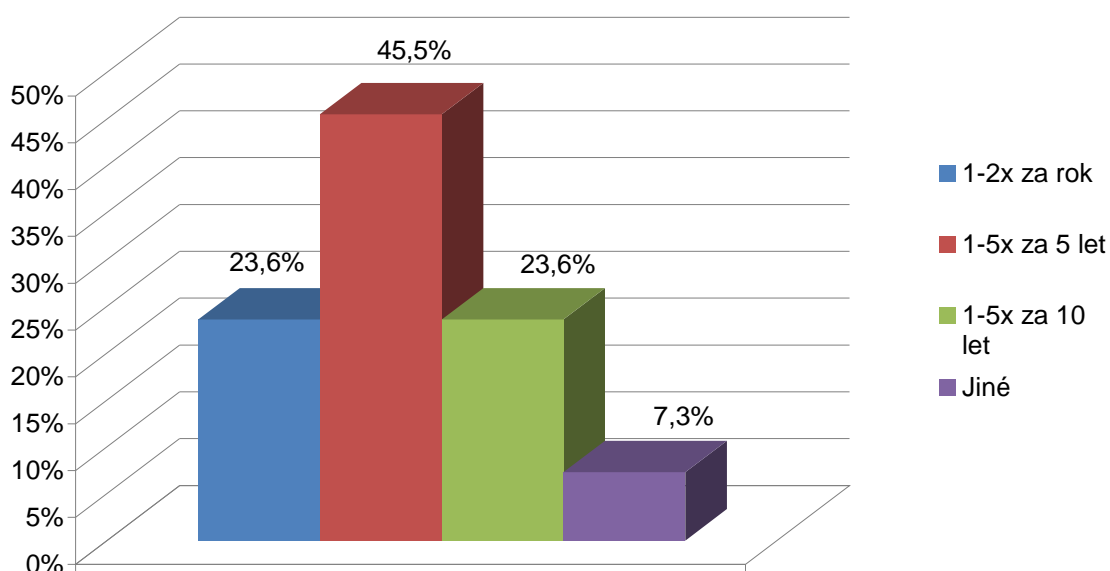
Graf 6 - Přidružená onemocnění dítěte

U této otázky jsem umožnila respondentům možnosti více odpovědí, z důvodu kombinace přidružených omezení, zejména u těžké a hluboké mentální retardace. Odpovědí bylo celkem 70. Ke sníženému IQ se připojují také vady zraku 18,6 %, vady sluchu 11,4 %, pohybový handicap 28,6 %, vada mluvení 32,9 % a dětí, kteří nemají žádná omezení bylo 8,6 %. Nejčastější odpovědi byly vady mluvení a pohybový handicap, z čehož vyplývá potřeba kvalitních komunikačních schopností a náročná fyzická zátěž na zdravotnický personál.

Otázka č. 7: Jak často je Vaše dítě hospitalizováno v nemocnici?

Tab. 7. - Častost hospitalizace dítěte

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
1-2x za rok	13	23,6 %
1-5x za 5 let	25	45,5 %
1-5x za 10 let	13	23,6 %
jiné:	4	7,3 %
CELKEM	55	100,0 %



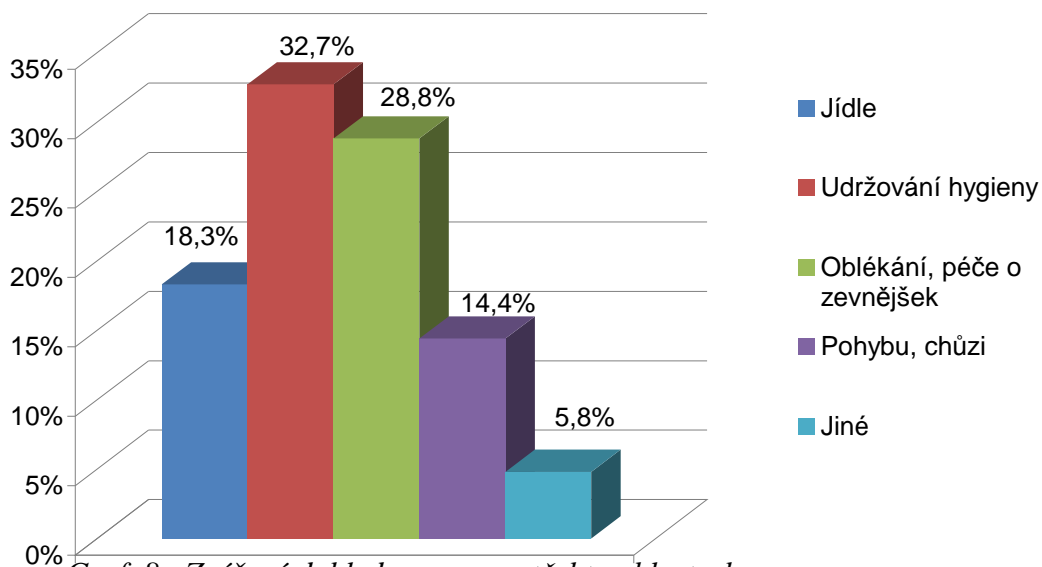
Graf 7 - Častost hospitalizace dítěte

Na otázku častosti hospitalizace mentálně postiženého dítěte odpověděli rodiče takto: 1-2x do roka odpovědělo 13 dotazovaných (tj. 23,6 %), 25 (tj. 45,5 %) respondentů odpovědělo 1-5x za 5 let, 1-5x za 10 let uvedlo 13 dotazovaných (tj. 23,6 %) a jinou odpověď využili 4 respondenti (tj. 7,3 %). V jiné odpovědi bylo uvedeno, že respondent si již nepamatuje na hospitalizaci svého dítěte a méně častá hospitalizace, než-li bylo nabídnuto v možnostech. Zdravotničtí pracovníci se tedy často setkávají s mentálně postiženým jedincem.

Otázka č. 8: V jakých oblastech vyžaduje Vaše dítě zvýšený dohled a pomoc? (možnost více odpovědí)

Tab. 8 - Zvýšený dohled a pomoc v těchto oblastech

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
jídle	19	18,3 %
udržování hygieny	34	32,7 %
oblékání, péče o zevnějšek	30	28,8 %
pohybu, chůzi	15	14,4 %
jiné	6	5,8 %
CELKEM	104	100,0 %

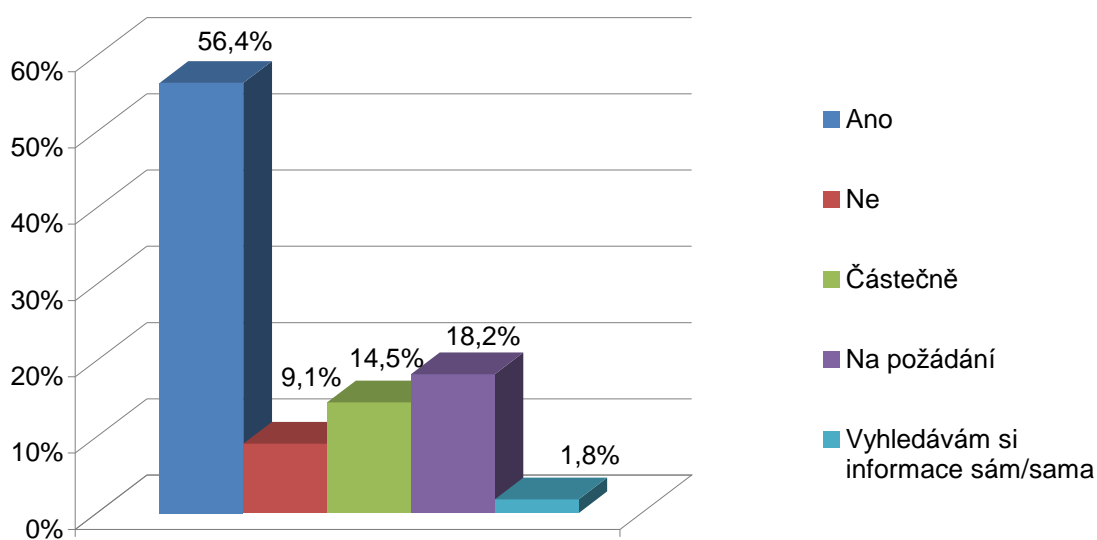


U této otázky jsem umožnila dotazovaným možnosti více odpovědí, z důvodu omezení v určitých činnostech, které se většinou kombinují, nejčastěji na podkladě pohybového handicapu. Odpovědí bylo celkem 104. Pomoc a zvýšený dohled je v oblasti příjmu potravy zastoupen 18,3 %, v oblasti udržování hygieny 32,7 %, v oblékání a péči o zevnějšek 28,8 %, v pohybu a chůzi 14,4 % a možnost jiné odpovědi uvedlo 5,8 % respondentů. Z vypsání odpovědí bylo uvedeno, že dítě nepotřebuje pomoc, potřeba zvýšeného dohledu je třeba při návštěvě lékaře, rehabilitaci, přípravě léků, doprovodu na invalidním vozíku, při nákupu, úklidu, cestování a správě financí.

Otázka č. 9: Myslíte si, že jste dostatečně informováni o zdravotním stavu a ošetrovatelské péči Vašeho dítěte od zdravotnického personálu?

Tab. 9 – Míra informovanosti o zdravotním stavu dítěte

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
ano	31	56,4 %
ne	5	9,1 %
částečně	8	14,5 %
na požádání	10	18,2 %
vyhledávám si informace sám/sama	1	1,8 %
CELKEM	55	100,0 %



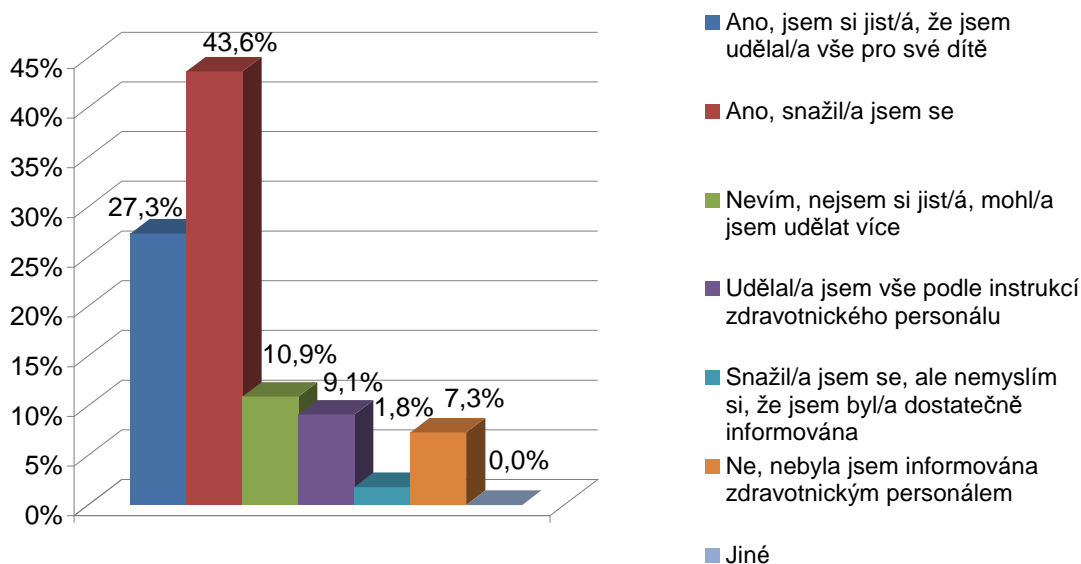
Graf 9 - Míra informovanosti o zdravotním stavu dítěte

Při zjišťování informovanosti rodičů o zdravotním stavu jejich dítěte uvedlo 31 respondentů (tj. 56,4 %) dostatečnou informovanost, 5 dotazovaných (tj. 9,1 %) nedostatečnou informovanost, 8 respondentů (tj. 14,5 %) částečnou informovanost, 10 dotazovaných (tj. 18,2 %) uvedlo, že jim byly informace poskytnuty na požádání a 1 respondent (tj. 1,8 %) si vyhledal informace sám. Z uvedených odpovědí celkově vyplývá, že rodiče mentálně postižených dětí mají dostačující informace.

Otázka č. 10: Myslíte si, že jste se dostatečně zapojili do péče o své dítě při hospitalizaci?

Tab. 10 - Spoluúčast na péči o své dítě

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
ano, jsem si jist/á, že jsem udělala vše pro své dítě	15	27,3 %
ano, snažil/a jsem se	24	43,6 %
nevím, nejsem si jist/á, mohl/a jsem udělat více	6	10,9 %
dělal/a jsem vše podle instrukcí zdravotnického personálu	5	9,1 %
snažila jsem se, ale nemyslím si, že jsem byl/a dostatečně informována	1	1,8 %
ne, nebyla jsem informována zdravotnickým personálem	4	7,3 %
jiné	0	0,0 %
CELKEM	55	100,0 %



Graf 10 - Spoluúčast na péči o své dítě

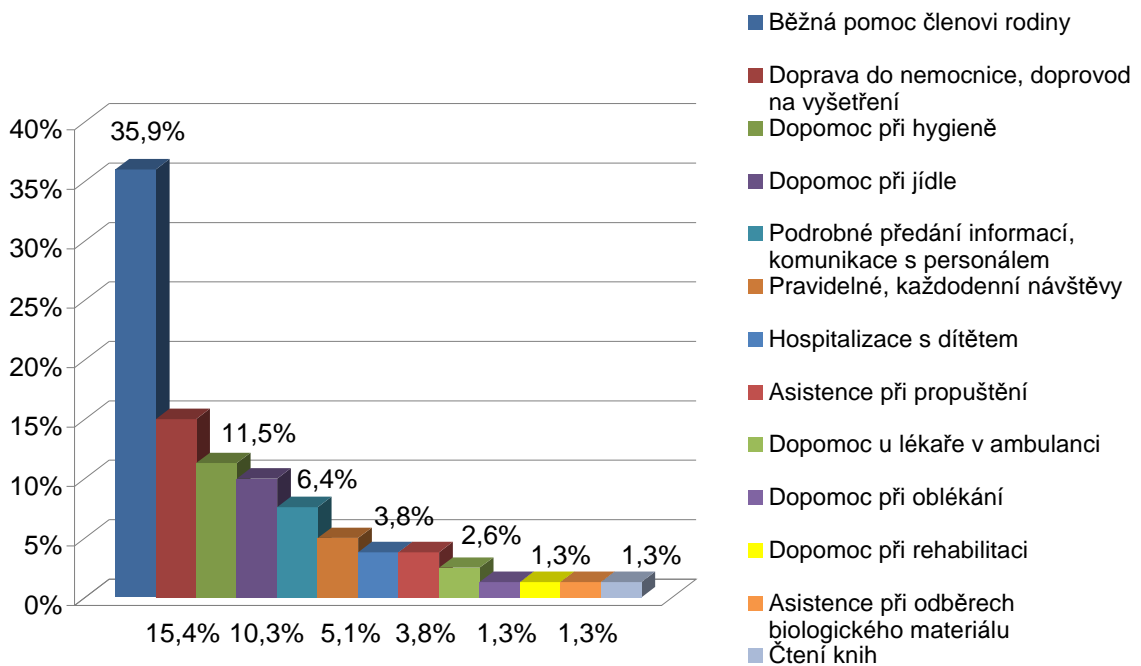
Z uvedených odpovědí vyplývá, že se rodiče snaží vycházet zdravotnickému personálu co nejvíce vstříc, být nápomocni v péči o své dítě a velice úzce se zdravotníky spolupracovat. 15 respondentů (tj. 27,3 %) odpovědělo, že si jsou jisti v tom, že udělali maximum pro své dítě, 24 dotazovaných (tj. 43,6%) se snažilo účastnit na péči, 6 respondentů (tj. 10,9 %) si není jisto o zapojení do péče, mohli udělat více, 5 dotazovaných (tj. 9,1 %) se řídilo in-

strukcemi zdravotnického personálu, 1 respondent (tj. 1,8 %) se snažil, ale nebyl dostatečně informován a 4 dotazovaní (tj. 7,3 %) nebyli vůbec informováni.

Otázka č. 11: Vypište, jak jste se nejčastěji účastnili na péči o své dítě při hospitalizaci?

Tab. 11 - Nejčastější účast na péči o své dítě

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
Běžná pomoc členovi rodiny	28	35,6 %
Doprava do nemocnice, doprovod na vyšetření	12	15,4 %
Dopomoc při hygieně	9	11,5 %
Dopomoc při jídle	8	10,3 %
Podrobné předání informací, komunikace s personálem	5	6,4 %
Pravidelné, každodenní návštěvy	4	5,1 %
Hospitalizace s dítětem	3	3,8 %
Asistence při propuštění	3	3,8 %
Dopomoc u lékaře v ambulanci	2	2,6 %
Dopomoc při oblékání	1	1,3 %
Dopomoc při rehabilitaci	1	1,3 %
Asistence při odběrech biologického materiálu	1	1,3 %
Čtení knih	1	1,3 %
CELKEM	78	100,0 %

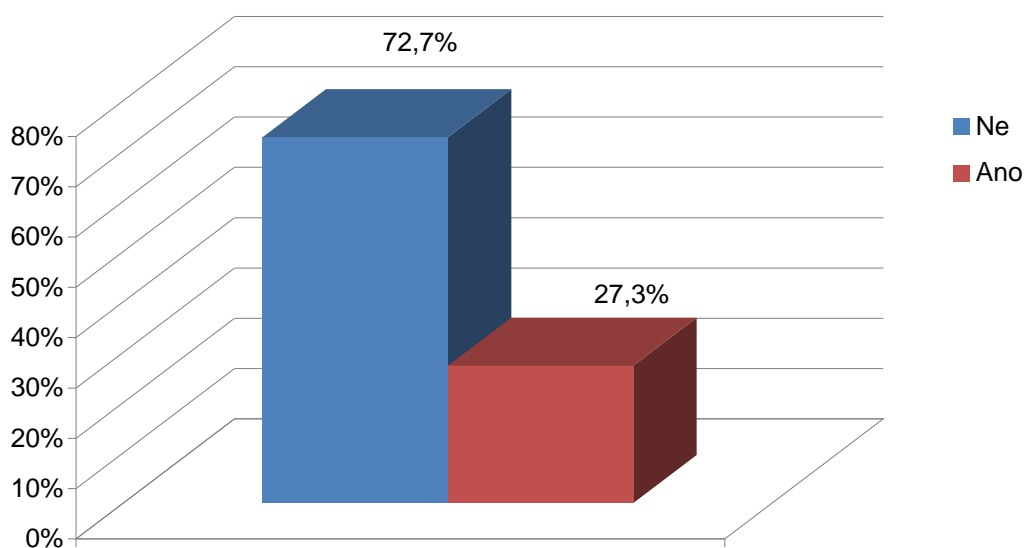


Graf 11 - Nejčastější účast na péči o své dítě

Tato otázka v dotazníku byla otevřená, rodiče měly možnost vyjádřit se bez omezení nebo nabídnutých odpovědí. Odpovědí bylo celkem 78, každý z dotazovaných uvedl odpověď. Nejčastěji byla zastoupena odpověď běžná pomoc členovi rodiny 36,3 %, doprava do nemocnice, doprovod na vyšetření 15,0 %, dopomoc při hygieně 11,3 %, dopomoc při jídle 10,0 %, předávání informací a komunikace s personálem 7,6 %, pravidelné každodenní návštěvy 5,0 %, hospitalizace s dítětem 3,8 %, asistence při propuštění 3,8 %, dopomoc u lékaře v ambulanci 2,5 %, dopomoc při oblékání, rehabilitaci, asistence při odběrech biologického materiálu a čtení knih 1,3 %.

Otázka č. 12. Víte, jak je Vaše dítě zaměstnáváno během dne na oddělení?*Tab. 12 - Víím, jak je mé dítě zaměstnááno během dne?*

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
ne	40	72,7 %
ano	15	27,3 %
CELKEM	55	100,0 %

*Graf 12 - Víím, jak je mé dítě zaměstnááno během dne?*

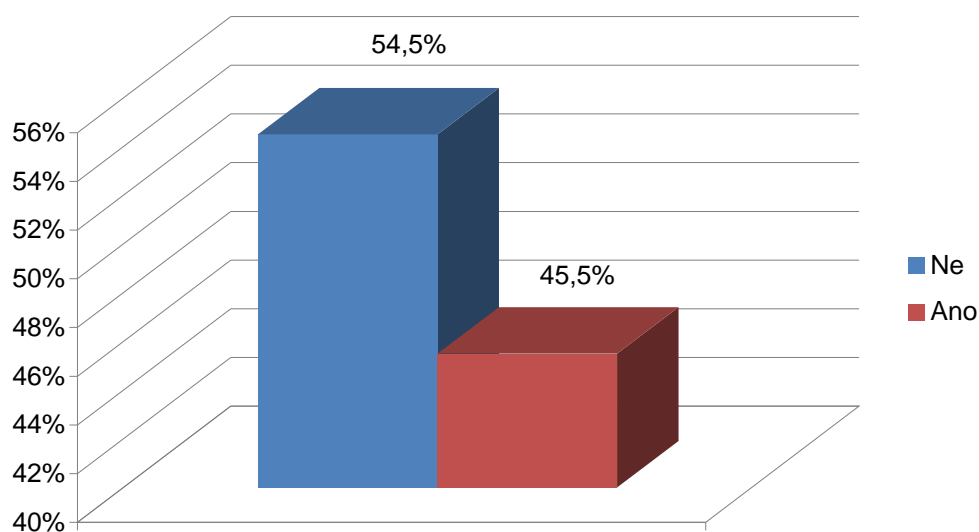
Zaměstnání dítěte na oddělení během hospitalizace: 40 dotazovaných (tj. 72,7 %) neví, jak je jejich dítě zaměstnááno během dne a 15 dotazovaných (tj. 27,3 %) si myslí, že ví, jak jsou děti zaměstnávány od zdravotnického personálu.

Nejčastějšími odpověďmi byly: při hospitalizaci na dětském oddělení dochází do školy v nemocnici, hrají společenské hry, sledují TV, DVD, poslouchají hudbu, zpívají, kreslí si, cvičí, čtou si, rehabilitují a povídají si s personálem. Myslím si, že by rodiče měli být v této oblasti více informováni. Je důležité, aby věděli, co jejich potomek dělá během dne.

Otázka č. 13. Znáte práva svého mentálně postiženého dítěte?

Tab. 13 a) - Znáám práva svého dítěte?

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
ne	30	54,5 %
ano	25	45,5 %
CELKEM	55	100,0 %

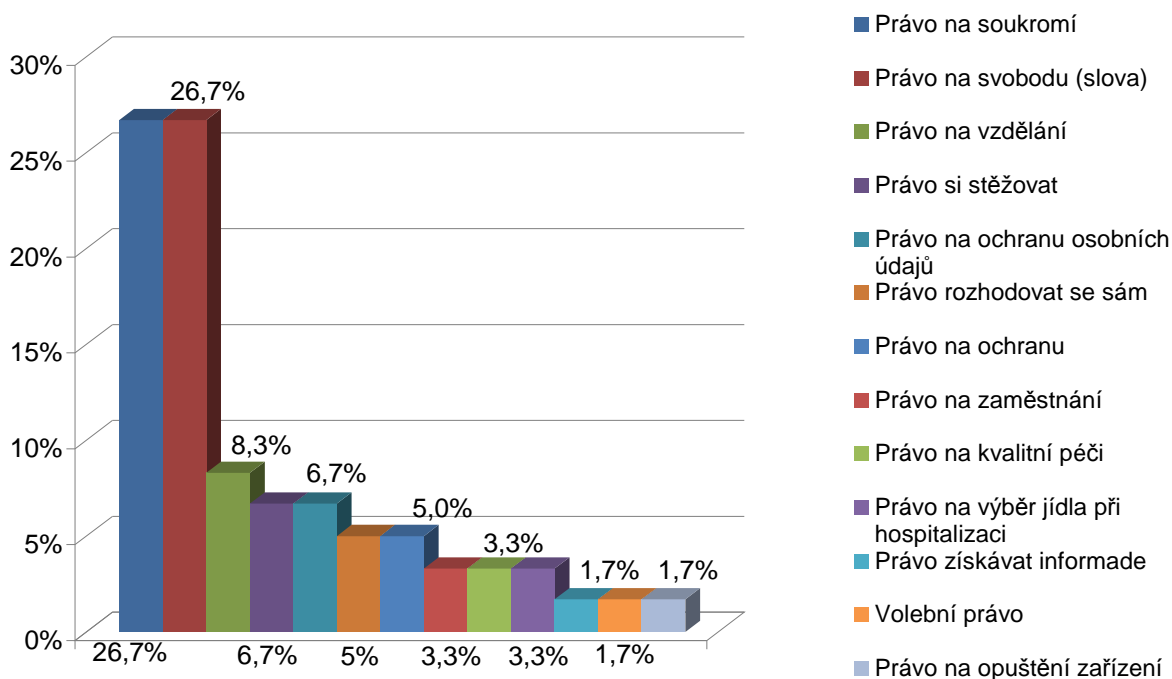


Graf 13 a) - Znáám práva svého dítěte?

Z uvedené tabulky vyplývá, že 30 respondentů (tj. 54,5 %) nezná práva svého dítěte a 25 dotazovaných (tj. 45,5 %) zná tato práva. Rodiče měli možnost některá uvést: právo na soukromí, právo na svobodu, právo na vzdělání, právo si stěžovat, právo na ochranu osobních údajů, právo rozhodovat se sám, právo na ochranu (např. před zneužíváním), právo na zaměstnání, právo na kvalitní péči, právo získávat informace, volební právo (dle svéprávnosti, míry postižení).

Tab. 13 b) – Známa práva svého dítěte?

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
Právo na soukromí	16	26,7 %
Právo na svobodu (slova)	16	26,7 %
Právo na vzdělání	5	8,3 %
Právo si stěžovat	4	6,7 %
Právo na ochranu osobních údajů	4	6,7 %
Právo rozhodovat se sám	3	5,0 %
Právo na ochranu (např. před zneužíváním)	3	5,0 %
Právo na zaměstnání	2	3,3 %
Právo na kvalitní péči	2	3,3 %
Právo na výběr jídla při hospitalizaci	2	3,3 %
Právo získávat informace	1	1,7 %
Volební právo	1	1,7 %
Právo na opuštění zařízení (např. na vycházku)	1	1,7 %
CELKEM	60	100,0 %

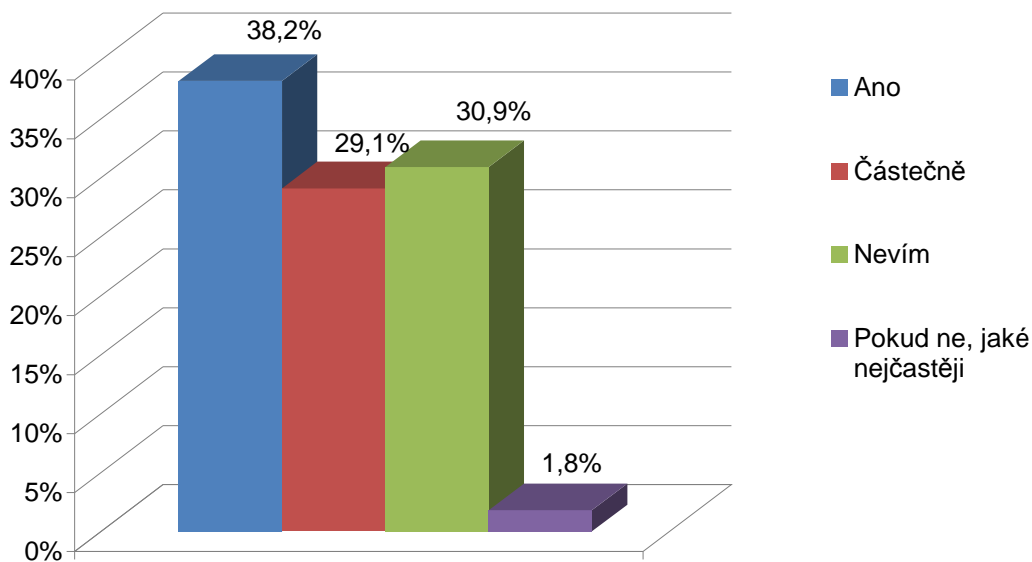


Graf 13 b) – Známa práva svého dítěte?

Otázka č. 14. Myslíte si, že jsou při hospitalizaci dodržována tato práva mentálně postižených klientů?

Tab. 14 - Dodržování práv mentálně postižených klientů

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
ano	21	38,2 %
částečně	16	29,1 %
nevím	17	30,9 %
pokud ne, jaké nejčastěji:	1	1,8 %
CELKEM	55	100,00%



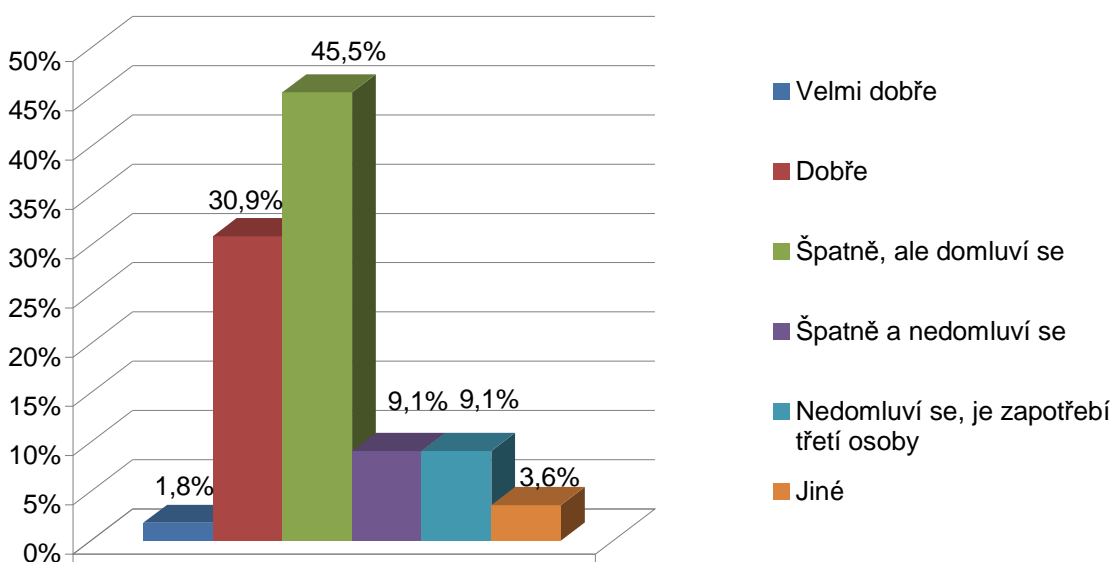
Graf 14 - Dodržování práv mentálně postižených klientů

Na otázku o dodržování práv během hospitalizace odpovědělo 21 respondentů (tj. 38,2 %), že jsou práva dodržována, 16 dotazovaných (tj. 29,1 %), že jsou částečně dodržována, 17 respondentů (tj. 30,9 %), že neví, zda-li jsou dodržována. 1 dotazovaný (tj. 1,8 %) uvedl, že nejsou práva dodržována vůbec, a to právo na kvalitní a odbornou péči.

Otázka č. 15. Jak Vaše dítě komunikuje?

Tab. 15 - Komunikace

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
velmi dobře	1	1,8 %
dobře	17	30,9 %
špatně, ale domluví se	25	45,5 %
špatně a nedomluví se	5	9,1 %
nedomluví se, je zapotřebí třetí osoby	5	9,1 %
jiné	2	3,6 %
CELKEM	55	100,0 %



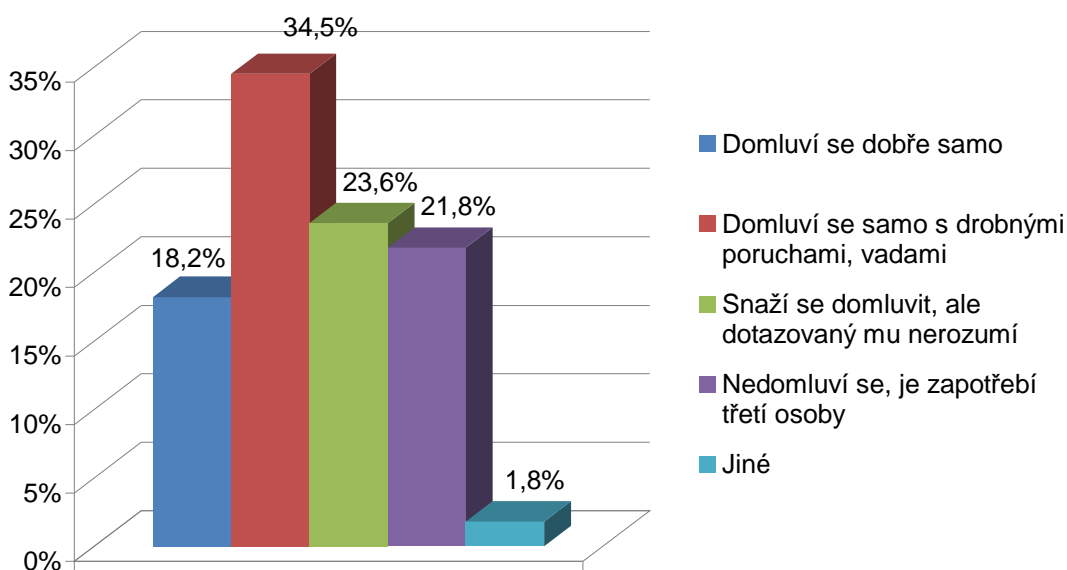
Graf 15 – Komunikace

Při zjišťování komunikačních schopností jedince uvedli rodiče: 1 respondent (tj. 1,8 %), že jejich dítě komunikuje velmi dobře, 17 dotazovaných (tj. 30,9 %), že jejich dítě komunikuje dobře, 25 respondentů (tj. 45,5 %), že jejich dítě komunikuje špatně, ale domluví se. 5 respondentů (tj. 9,1 %) označilo komunikaci za špatnou s tím, že se dítě nedomluví, 5 dotazovaných (tj. 9,1 %) uvedlo, že se dítě nedomluví, je zapotřebí třetí osoby a 2 respondenti (tj. 3,6 %) označili jinou odpověď. Dva dotazovaní odpověděli takto: reaguje na hudbu, kolektiv, přírodu a nemluví se vůbec, ale kýve hlavou ano- ne. Z těchto odpovědí se domnívám, že jsou kladeny opravdu velké nároky na komunikační schopnosti zdravotnického personálu a vedení rozhovoru s mentálně postiženým.

Otázka č. 16. Jaká je úroveň komunikačních schopností Vašeho dítěte?

Tab. 16 - Úroveň komunikačních schopností

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
domluví se dobře samo	10	18,2 %
domluví se samo s drobnými poruchami, vadami	19	34,5 %
snaží se domluvit, ale dotazovaný mu nerozumí	13	23,6 %
nedomluví se, je zapotřebí třetí osoby	12	21,8 %
jiné:	1	1,8 %
CELKEM	55	100,0 %



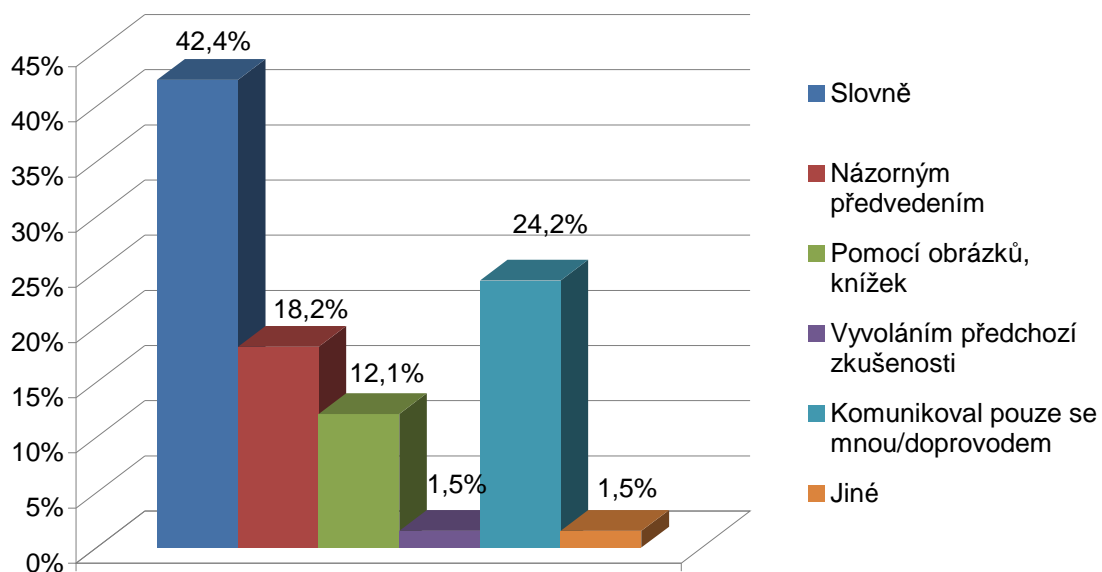
Graf 16 - Úroveň komunikačních schopností

Další otázka se týká úrovně komunikačních schopností. 10 dotazovaných (tj. 18,2 %) se vyjádřilo, že se jejich dítě domluví dobře a samo, 19 respondentů (tj. 34,5 %) odpovědělo, že se dítě domluví samo s drobnými poruchami, vadami, 13 respondentů (tj. 23,6 %) uvedlo, že se dítě snaží domluvit, ale dotazovaný mu nerozumí. 12 dotazovaných (tj. 21,8 %) označilo odpověď - dítě se nedomluví a je zapotřebí třetí osoby a 1 respondent (tj. 1,8 %) uvedl možnost jiné odpovědi a to, že jejich dítě reaguje jen na známé hlasy, proto komunikace není téměř žádná.

Otázka č. 17. Jakým způsobem se zdravotnický personál snažil při příjmu a během pobytu v nemocnici komunikovat s Vaším dítětem? (možnost více odpovědí)

Tab. 17 - Komunikace s personálem

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
slovně	28	42,4 %
názorným předvedením	12	18,2 %
pomocí obrázků, knížek	8	12,1 %
vyvoláním předchozí zkušenosti	1	1,5 %
komunikoval pouze se mnou/ doprovodem	16	24,2 %
jiné	1	1,5 %
CELKEM	66	100,0 %



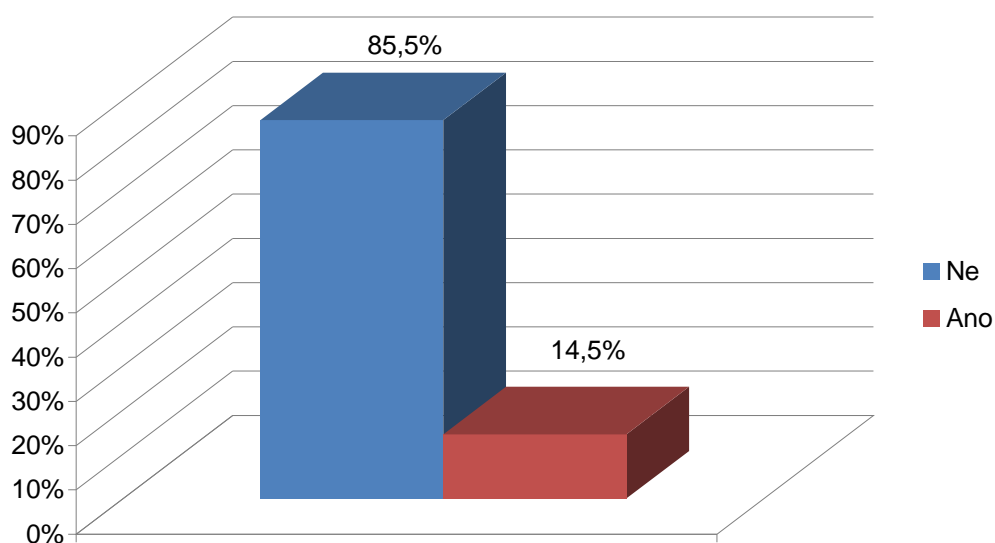
Graf 17 - Komunikace s personálem

Na tuto otázku měli respondenti možnost uvést více odpovědí. Odpovědí bylo celkem 66. Zdravotnický personál se při příjmu dítěte snažil nejčastěji dorozumívat slovně 42,4 %, názorným předvedením 18,2 %, pomocí obrázků, knížek 12,1 %, vyvoláním předchozí zkušenosti 1,5 %, komunikoval pouze s doprovodem 24,2 % a v možnosti jiné odpovědi 1,5 % bylo uvedeno, že si respondent již nepamatuje. V největším rozsahu je označeno slovní dorozumívání a poté komunikace pouze s doprovodem.

Otázka č. 18. Máte negativní zkušenosti s hospitalizací svého dítěte?

Tab. 18 - Negativní zkušenosti

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
ne	47	85,5 %
ano	8	14,5 %
CELKEM	55	100,0 %

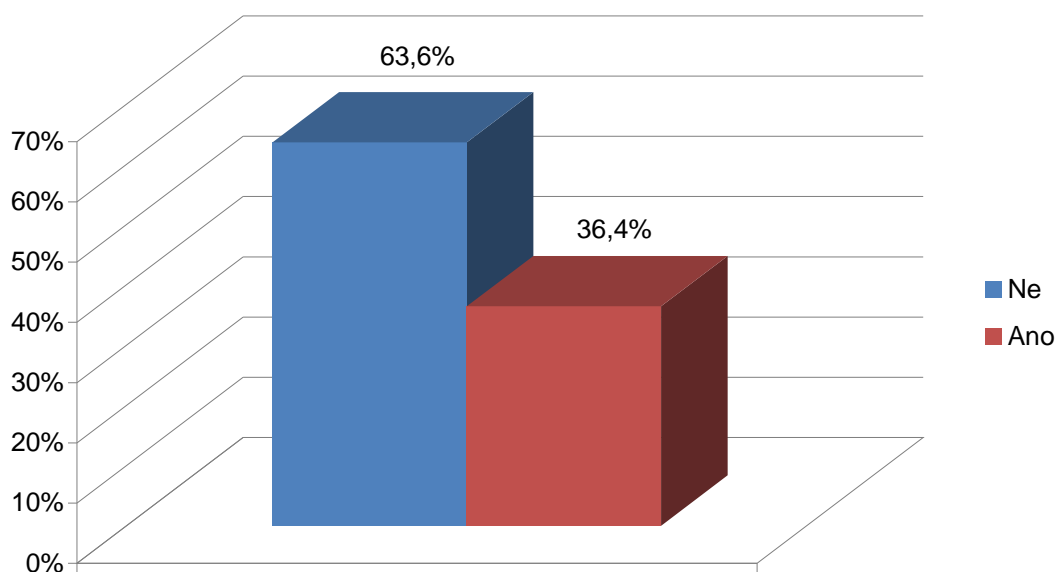


Graf 18 - Negativní zkušenosti

Negativní zkušenosti s hospitalizací svého dítěte nemá 47 respondentů (tj. 85,5 %) a opačné zkušenosti má 8 dotazovaných (tj. 14,5 %). Nejčastějším důvodem nespokojenosti byla špatná informovanost, nevhodné zacházení a jednání, celkový přístup k nemocnému, strach zdravotnického personálu, požadování informací od postiženého (zejména souhlas k vyšetření), jednání jako se zdravým klientem, žádná snaha v komunikaci, nedostatek jídla z důvodu netrpělivosti v krmení.

Otázka č. 19. Máte pozitivní zkušenosti s hospitalizací Vašeho dítěte?*Tab. 19 - Pozitivní zkušenosti*

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
ne	35	63,6 %
ano	20	36,4 %
CELKEM	55	100,0 %

*Graf 19 - Pozitivní zkušenosti*

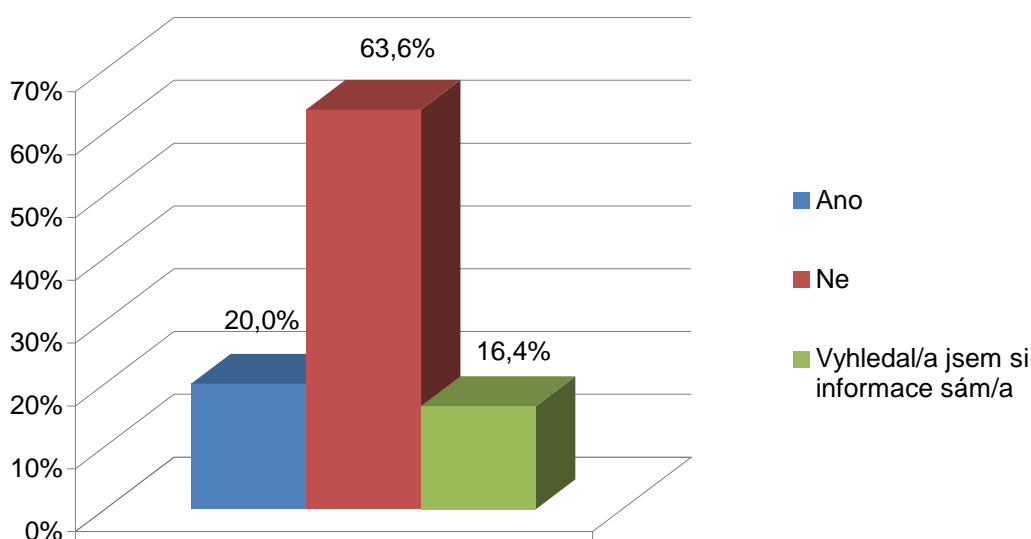
Pozitivní zkušenosti s hospitalizací svého dítěte má 20 dotazovaných rodičů (tj. 36,5 %). Nejčastější odpovědí ve spokojenosti s péčí bylo: vstřícnost personálu, vhodné zacházení a jednání, spokojenost rodičů s poskytnutou péčí, slušnost a kladný přístup, příjemná atmosféra na oddělení, profesionalita a kvalitní péče.

Otázka č. 20. Sdělil Vám zdravotnický personál, kde můžete požádat o radu nebo pomoc v okrese Chrudim?

Kde mohu zažádat o radu a pomoc?.....

Tab. 20 - Vím, kde mohu požádat o pomoc a radu

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
ano	11	20,0 %
ne	35	63,6 %
vyhledal/a jsem si informace sám/sama	9	16,4 %
CELKEM	55	100,0 %



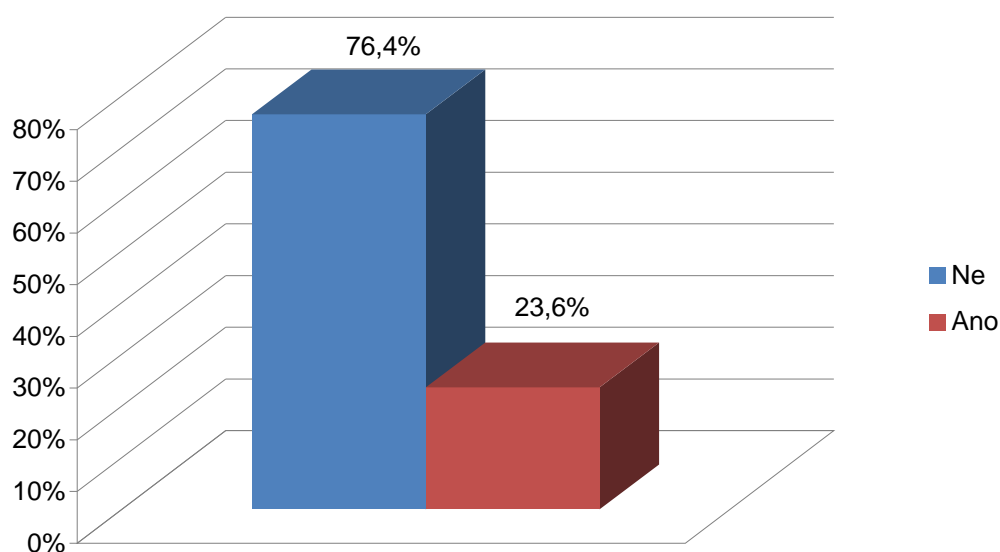
Graf 20 - Vím, kde mohu požádat o pomoc a radu

Na tuto otázku jsem se ptala z důvodu zjištění informovanosti rodičů od zdravotnického personálu. 35 dotazovaných (tj. 63,6 %) odpovědělo, že neví kde naleznou potřebnou pomoc, 11 respondentů (tj. 20,0 %) uvedlo, že jim zdravotnický personál sdělil tyto informace a 9 dotazovaných (tj. 16,4 %) si vyhledalo informace samo. V požadované odpovědi na možnost získání informací či pomoci bylo nejčastěji uvedeno: dětský lékař, nemocniční zařízení, správa sociálního zabezpečení, Všeobecná zdravotní pojišťovna, stacionář, domov sociální péče a pomoci, středisko ranné péče a různá centra, která pracují s mentálně postiženými jedinci.

Otázka č. 21. Navštěvuje Vaše dítě jiné výukové programy, stacionáře, speciální školy a jiné?

Tab. 21 - Jiné vzdělávání mého dítěte

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
ne	42	76,4 %
ano	13	23,6 %
CELKEM	55	100,0 %



Graf 21 - Jiné vzdělávání mého dítěte

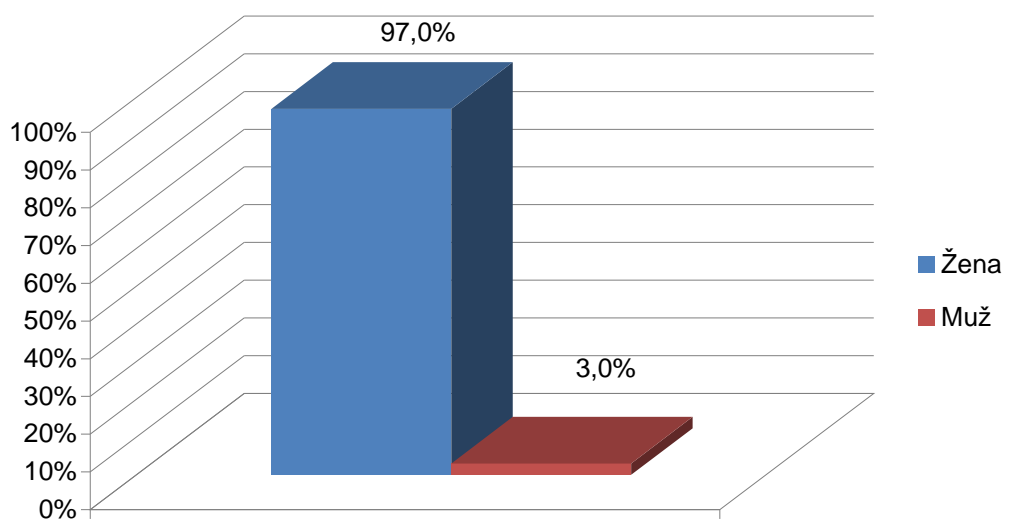
Rozvíjení osobnosti mentálně postiženého dítěte je nedílnou součástí zlepšování kvality jeho života a má vliv i na postupné začleňování do společnosti. V uvedené otázce odpovědělo 42 rodičů (tj. 76,4 %), že jejich dítě nenavštěvuje jiné výukové programy, speciální školy a stacionáře. Musíme však brát zřetel na to, že děti dotazovaných rodičů denně navštěvují Domov sociálních služeb a pomoci ve Slatiňanech. 13 respondentů (tj. 23,6 %) nejčastěji uvedly zájmové kroužky (tanec, zpěv, sport).

Dotazník pro zdravotnické pracovníky

Otázka č. 1: Jakého jste pohlaví?

Tab. 22 - Identifikační údaj- pohlaví respondentů

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
žena	97	97,0 %
muž	3	3,0 %
CELKEM	100	100,0 %



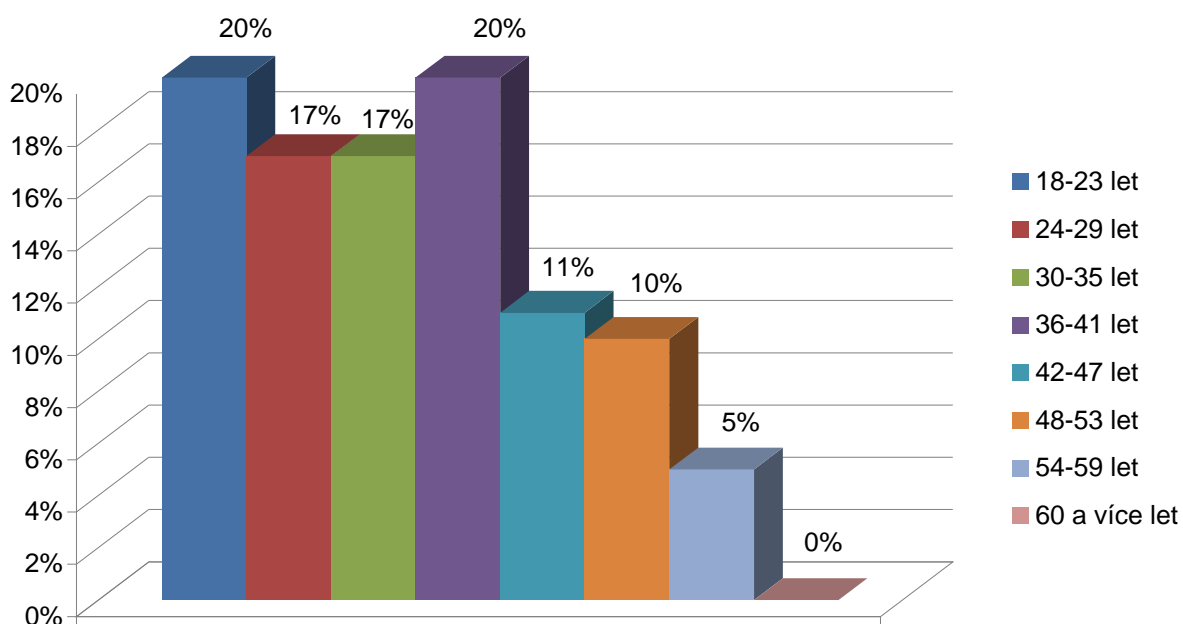
Graf 22 – Identifikační údaj- pohlaví respondentů

Z celkového počtu 100 respondentů byla převážná většina žen 97 (tj. 97 %). Mužské pohlaví zastoupili 3 respondenti (tj. 3 %).

Otázka č. 2: Kolik je Vám let?

Tab. 23 - Identifikační údaj- věk respondentů

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
18- 23	20	20,0 %
24- 29	17	17,0 %
30- 35	17	17,0 %
36- 41	20	20,0 %
42- 47	11	11,0 %
48-53	10	10,0 %
54- 59	5	5,0 %
60 a více let	0	0,0 %
CELKEM	100	100,0 %



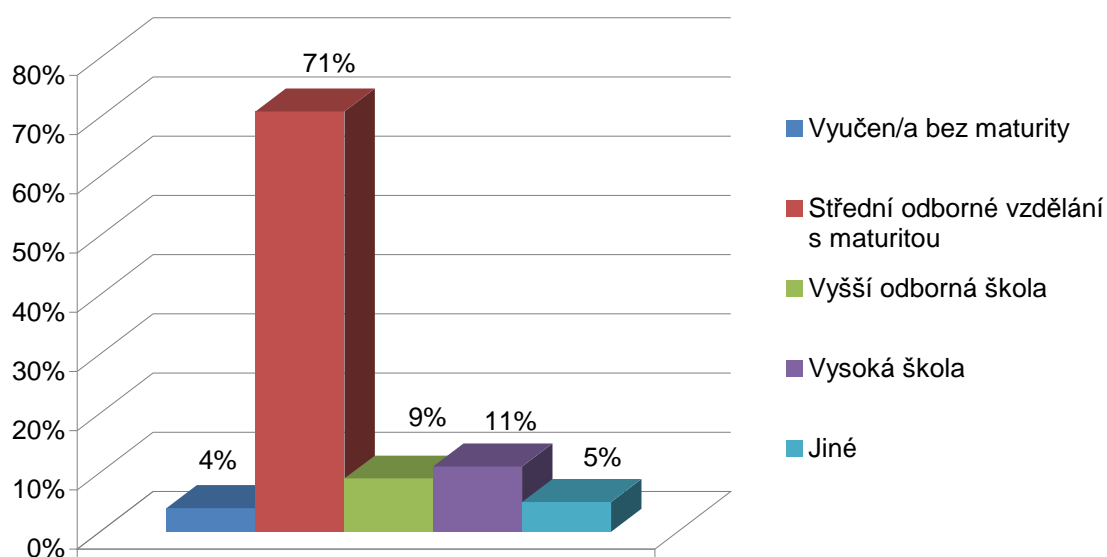
Graf 23 – Identifikační údaj- věk respondentů

V průzkumu je 20 respondentů (tj. 20 %) ve věku 18-23 let, 17 dotazovaných (tj. 17 %) ve věku 24-29 let, 17 respondentů (tj. 17 %) mezi 30-35 lety, 20 dotazovaných (tj. 20 %) ve věku 36-41 let, 11 respondentů (tj. 11 %) ve věku 42-47 let, 10 dotazovaných (tj. 10 %) ve věku 48-53 let, 5 respondentů (tj. 5 %) ve věku 54-59 let a na dotazovaný vyšší věk nebyla uvedena žádná odpověď.

Otázka č. 3: Jaké máte dokončené vzdělání?

Tab. 24 - Dokončené vzdělání respondentů

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
vyučen/a bez maturity	4	4,0 %
střední odborné vzdělání s maturitou	71	71,0 %
vyšší odborná škola	9	9,0 %
vysoká škola	11	11,0 %
jiné	5	5,0 %
CELKEM	100	100,0 %



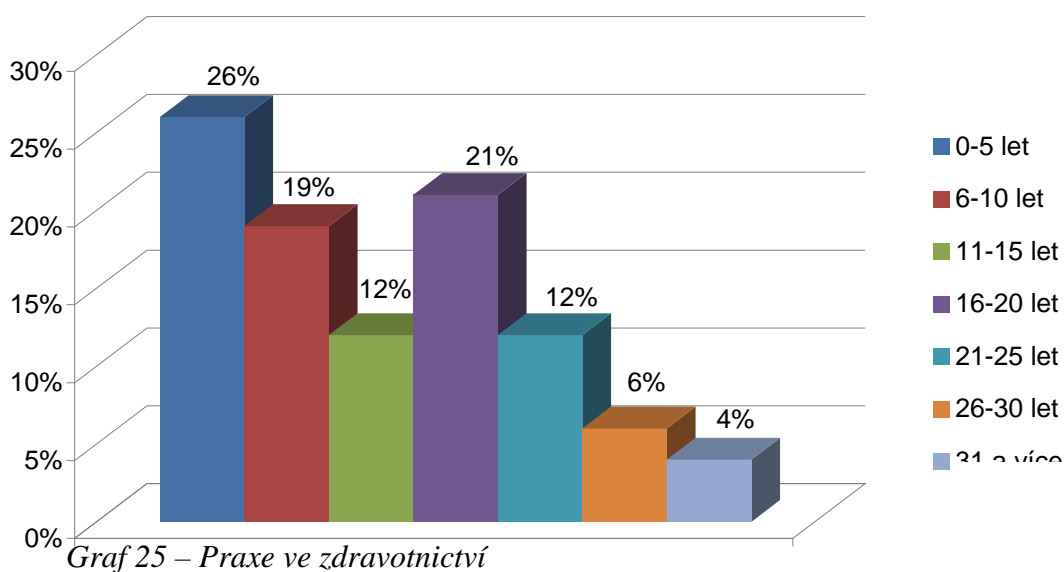
Graf 24 – Dokončené vzdělání respondentů

Z dotazovaných zdravotnických pracovníků byli vyučeni bez maturity 4 (tj. 4,0 %), střední odborné vzdělání s maturitou mělo 71 respondentů (tj. 71,0 %), vyšší odbornou školu 9 dotazovaných (tj. 9,0 %), vysokou školu ukončilo 11 respondentů (tj. 11,0 %) a 5 dotazovaných (tj. 5,0 %) v odpovědi jiné uvedli pomaturitní specializační studium (PSS) 3 respondenti (tj. 3,0 %), kurz všeobecný sanitář 1 respondent (tj. 1,0 %) a sestra pro intenzivní péči (ARJIP) 1 dotazovaný (tj. 1,0 %).

Otázka č. 4: Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

Tab. 25 - Praxe ve zdravotnictví

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
0-5 let	26	26,0 %
6-10 let	19	19,0 %
11-15 let	12	12,0 %
16-20 let	21	21,0 %
21- 25 let	12	12,0 %
26- 30 let	6	6,0 %
31 a více let	4	4,0 %
CELKEM	100	100,0 %

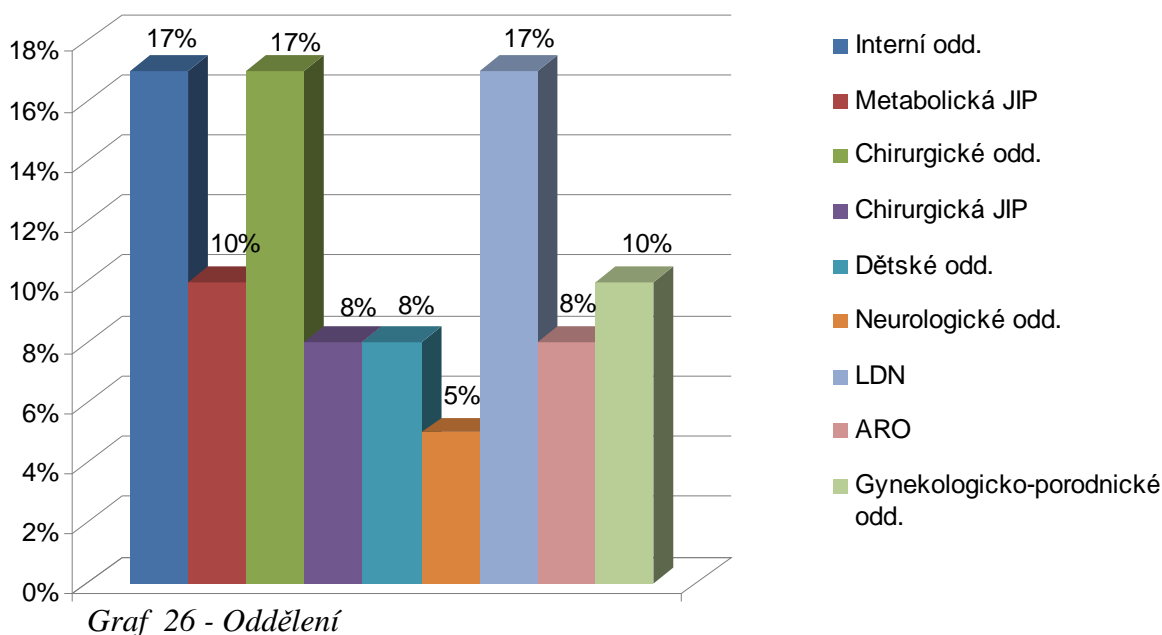


Na otázku délky praxe ve zdravotnictví dotazovaní odpověděli: 0-5 let pracuje 26 respondentů (tj. 26,0 %), 6-10 let 19 dotazovaných (tj. 19,0 %), 11-15 let praxe uvedlo 12 dotazovaných (tj. 12,0 %), 16-20 let označilo 21 respondentů (tj. 21,0 %), 21- 25 let praxe má 12 dotazovaných (tj. 12,0 %), 26- 30 let ve zdravotnictví pracuje 6 respondentů (tj. 6,0 %) a 31 a více let uvedli 4 dotazovaní (tj. 4,0 %). Z délky praxe vyplývá, že je přijímán nový zdravotnický personál. Praxe a teorie jsou dvě odlišné věci, nabytí zkušeností a dovedností získáme pouze praxí.

Otázka č. 5: Na kterém oddělení pracujete? (uved'te prosím přesný název)

Tab. 26 - Oddělení

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
Interní odd.	17	17,0 %
Metabolická JIP	10	10,0 %
Chirurgické odd.	17	17,0 %
Chirurgická JIP	8	8,0 %
Dětské odd.	8	8,0 %
Neurologické odd.	5	5,0 %
LDN	17	17,0 %
ARO	8	8,0 %
Gynekologicko-porodnické odd.	10	10,0 %
CELKEM	100	100,0 %

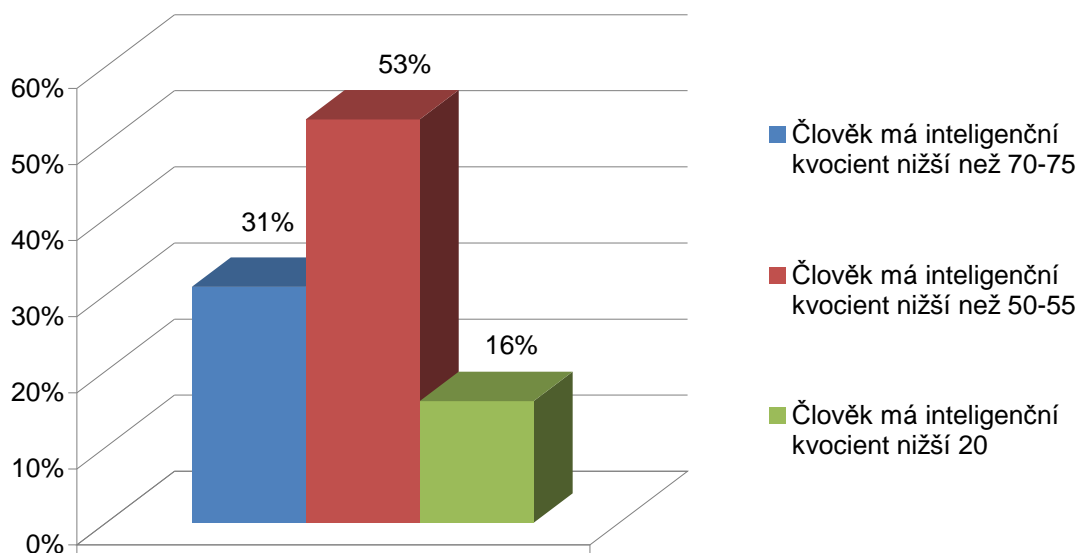


Z celkového počtu dotazovaného zdravotnického personálu pracuje 17 respondentů (tj. 17,0 %) na interním odd., 10 dotazovaných (tj. 10,0 %) na metabolické jednotce intenzivní péče, 17 respondentů (tj. 17,0 %) na chirurgickém odd., 8 dotazovaných (tj. 8,0 %) na chirurgické jednotce intenzivní péče, 8 respondentů (tj. 8,0 %) na dětském odd., 5 dotazovaných (tj. 5,0 %) na neurologickém odd., 17 respondentů (tj. 17,0 %) v léčebně dlouhodobě nemocných (LDN), 8 dotazovaných (tj. 8,0 %) na anesteziologicko-resuscitační jednotce (ARO) a 10 respondentů (tj. 10,0 %) na gynekologicko-porodnickém oddělení.

Otázka č. 6: Víte, co označuje pojem „mentální retardace“?

Tab. 27 - Mentální retardace je ...

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
člověk má inteligenční kvocient nižší než 70-75	31	31,0 %
člověk má inteligenční kvocient nižší než 50- 55,	53	53,0 %
člověk má inteligenční kvocient nižší než 20	16	16,0 %
CELKEM	100	100,0 %



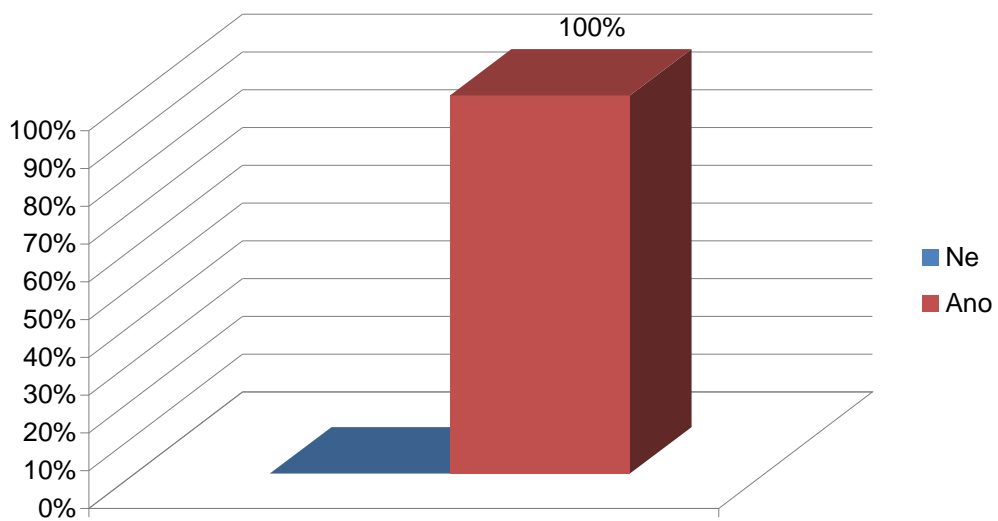
Graf 27 – Mentální retardace je ...

Ve znalostní otázce byly nabídnuty tři odpovědi, správnou odpovědí byla hodnota inteligenčního kvocientu nižší než 70-75. Správně odpovědělo 31,0 % respondentů.

Otázka č. 7: Setkal/a jste se po dobu Vaší praxe ve zdravotnictví s mentálně postiženým klientem?

Tab. 28 - Hospitalizace mentálně postiženého klienta

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
ne	0	0,0 %
ano	100	100,0 %
CELKEM	100	100,0 %



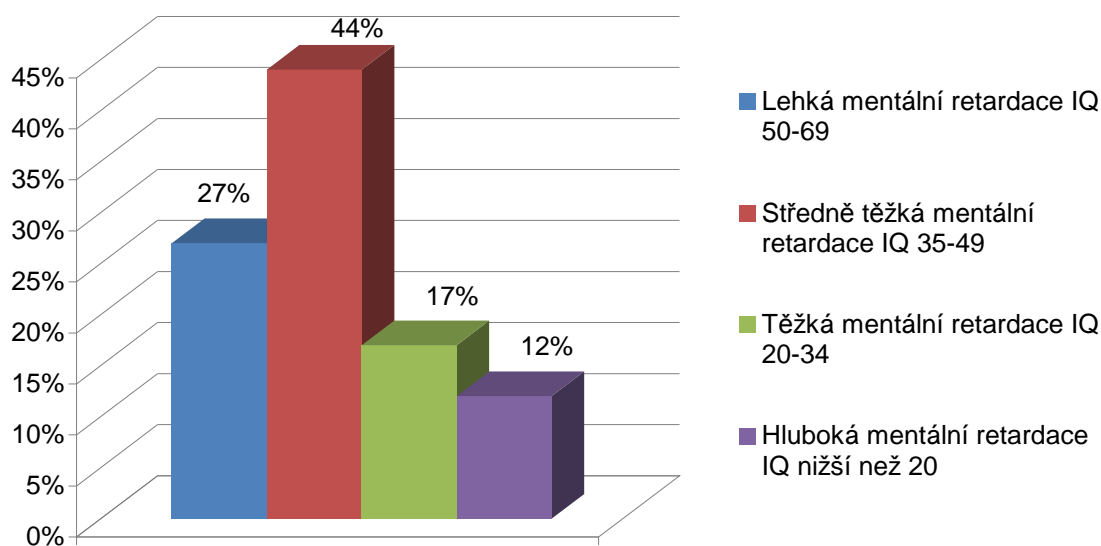
Graf 28 - Hospitalizace mentálně postiženého klienta

S mentálně postiženým klientem se při hospitalizaci v nemocnici setkali všichni dotazovaní respondenti, tedy 100,0 %. Četnost hospitalizace byla nejčastěji uvedena v rozmezí 5 - 20x za dobu praxe ve zdravotnictví. Uvedené odpovědi byly v závislosti na době praxe.

Otázka č. 8: V jakém rozsahu bylo nejčastěji mentální postižení klienta?

Tab. 29 - Nejčastější rozsah mentálního postižení

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
lehká mentální retardace IQ 50-69	27	27,0 %
středně těžká mentální retardace IQ 35-49	44	44,0 %
těžká mentální retardace IQ 20-34	17	17,0 %
hluboká mentální retardace IQ nižší než 20	12	12,0 %
CELKEM	100	100,0 %



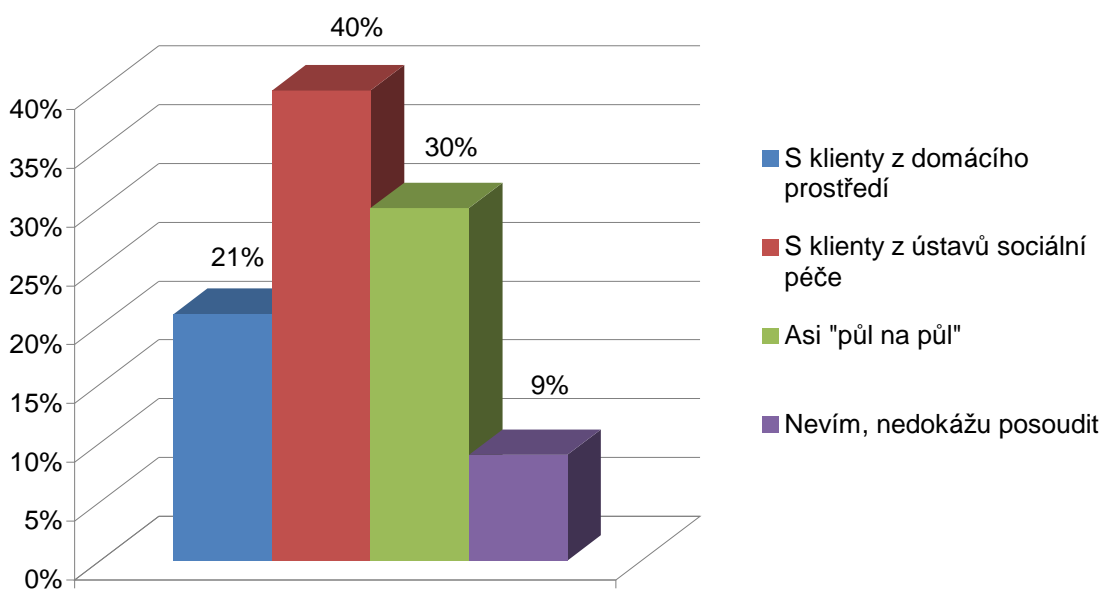
Graf 29 – Nejčastější rozsah mentálního postižení

Během své praxe se zdravotnický personál nejčastěji setkává s klienty se středně těžkou mentální retardací, odpovědělo 44 respondentů (tj. 44,0 %), 27 (tj. 27,0 %) dotazovaných se často setkávalo s lehkou mentální retardací, 17 (tj. 17 %) s klienty s těžkou mentální retardací a nejméně zdravotnický personál, 12 dotazovaných (tj. 12 %), prováděl ošetrovatelskou péči u klientů s hlubokou mentální retardací. Ošetrovatelská péče je při tomto rozsahu postižení velice náročná, jak po fyzické tak i psychické stránce. Míru postižení ještě stupňují přidružená omezení v různých kombinacích.

Otázka č. 9: Setkával/a jste se při hospitalizaci častěji s klienty z domácího prostředí nebo s klienty z ústavů sociální péče?

Tab. 30 - Domácí prostředí versus ústavy sociální péče

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
s klienty z domácího prostředí	21	21,0 %
s klienty z ústavů sociální péče	40	40,0 %
asi „půl na půl“	30	30,0 %
nevím, nedokážu posoudit	9	9,0 %
CELKEM	100	100,0 %



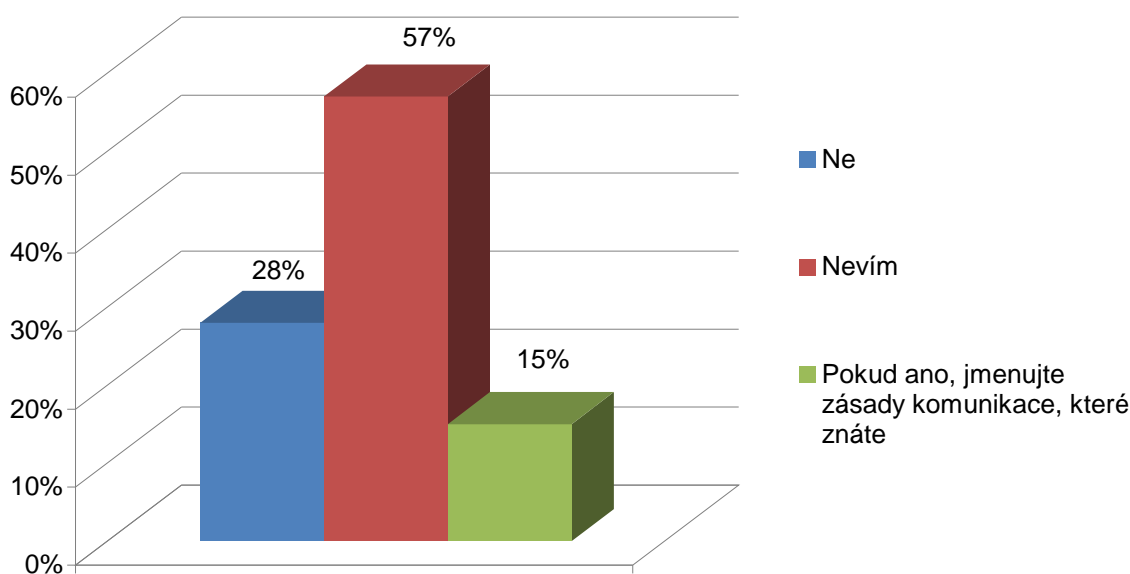
Graf 30 – Domácí prostředí versus ústavy sociální péče

Zdravotnický personál se nejčastěji setkává s klienty z ústavů sociální péče, takto odpovědělo 40 dotazovaných (tj. 40,0 %), 30 respondentů (tj. 30,0 %) uvedlo, že se setkávají i s klienty z ústavů i z domácího prostředí, asi „půl-napůl“, 21 dotazovaných (tj. 21,0 %) uvedlo péči o klienty z domácího prostředí a 9 respondentů (tj. 9,0 %) neví, nedokáže posoudit.

Otázka č. 10: Snažil/a jste se při komunikaci s klientem dodržovat zásady komunikace s mentálně postiženým?

Tab. 31 - Dodržování zásad komunikace

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
ne	28	28,0 %
nevím	57	57,0 %
pokud ano, jmenujte zásady komunikace, které znáte	15	15,0 %
CELKEM	100	100,0 %



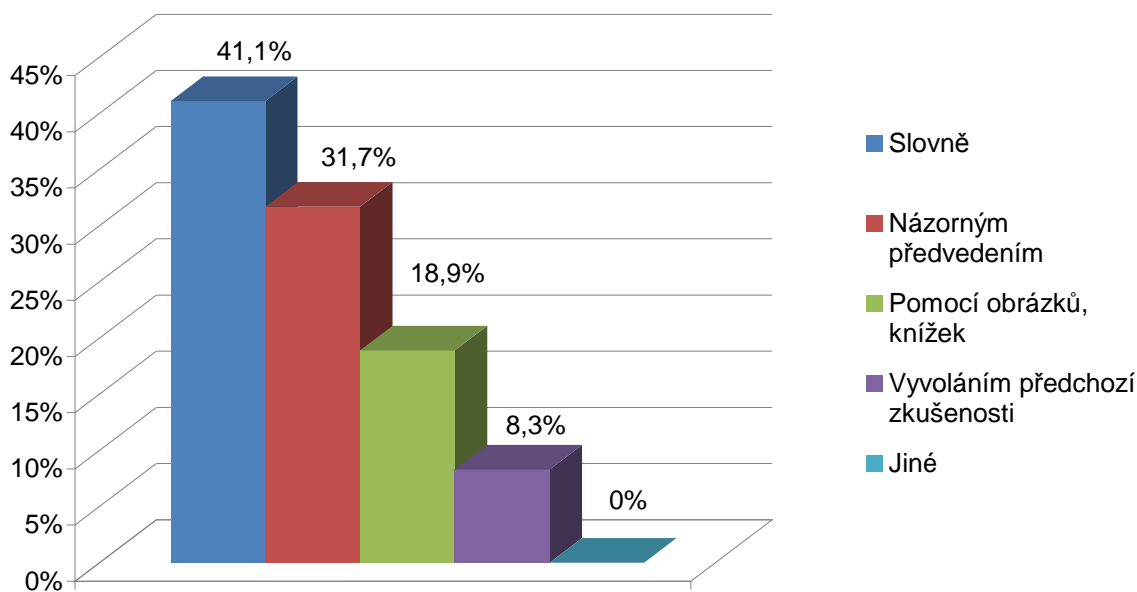
Graf 31 – Dodržování zásad komunikace

Odpovědi na tuto otázku mě značně překvapily. 28 dotazovaných (tj. 28,0 %) se nesnaží dodržovat zásady komunikace, 57 respondentů (tj. 57,0 %) neví, zda-li jim mentálně postižený klient rozuměl a zda-li dodržovali zásady komunikace, 15 dotazovaných (tj. 15,0 %) se snažilo dodržovat zásady komunikace a uvedly ty, které znají: pomalá řeč, výrazná artikulace, používání jednoduchých vět v komunikaci, nepoužívat odborné výrazy, opakování požadavku, klidné vystupování a jednání, názorné předvedení činnosti či úkonu, tělesný kontakt s postiženým, dodržovat společenské konvence (např. netykat), ověřovat si komunikaci pomocí zpětné vazby, podávat informace dle rozsahu mentálního postižení a zajistit klidné a harmonické prostředí.

Otázka č. 11: Jakým způsobem jste se nejčastěji dorozumíval/a s mentálně postiženým? (možnost více odpovědí)

Tab. 32 - Nejčastější dorozumívání

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
slovně	74	41,1 %
názorným předvedením	57	31,7 %
pomocí obrázků, knížek	34	18,9 %
vyvoláním předchozí zkušenosti	15	8,3 %
jiné	0	0,0 %
CELKEM	180	100,0 %



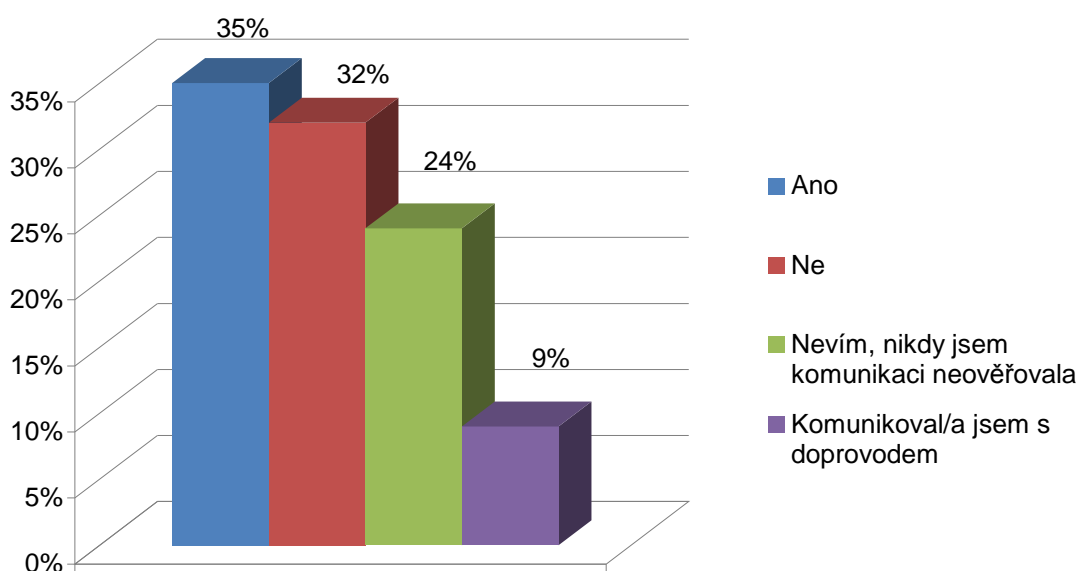
Graf 32 – Nejčastější dorozumívání

Na tento dotaz respondenti uvedli 180 odpovědí, byla zde možnost rozsáhlejšího vyjádření a kombinace způsobu dorozumívání. Slovní komunikace je nejčastější, uvedlo 74 respondentů (tj. 41,1 %), názorné předvedení požadované činnosti či sdělení uvedlo 57 respondentů (tj. 31,7 %), komunikace pomocí obrázků a knížek označilo 34 dotazovaných (tj. 18,9 %) a vyvolání předchozí zkušenosti použilo 15 respondentů (tj. 8,3 %).

Otázka č. 12: Rozuměl Vám vždy mentálně postižený klient (kontrola pomocí zpětné vazby)?

Tab. 33 - Rozuměl mi klient?

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
ano	35	35,0 %
ne	32	32,0 %
nevím, nikdy jsem komunikaci neověřovala	24	24,0 %
komunikoval/a jsem s doprovodem	9	9,0 %
CELKEM	100	100,0 %



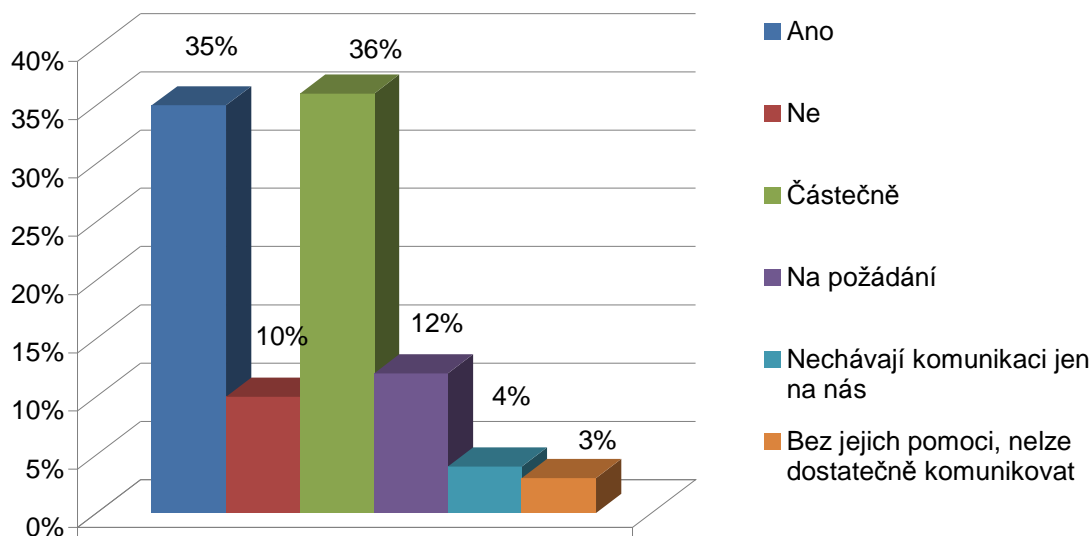
Graf 33 – Rozuměl mi klient?

Komunikaci pomocí zpětné vazby ověřuje 35 respondentů (tj. 35,0 %), 32 dotazovaných (tj. 32,0 %) komunikaci neověřuje a klient jim nerozuměl, 24 respondentů (tj. 24,0 %) neví, zda-li jim klient rozuměl a komunikaci nikdy neověřovali a 9 zdravotníků (tj. 9,0 %) komunikovalo pouze s doprovodem.

Otázka č. 13: Usnadňují Vám rodiče mentálně postiženého klienta komunikaci?

Tab. 34 - Zapojení rodičů do komunikace

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
ano	35	35,0 %
ne	10	10,0 %
částečně	36	36,0 %
na požádání	12	12,0 %
nechávají komunikaci jen na nás	4	4,0 %
bez jejich pomoci, nelze dostatečně komunikovat	3	3,0 %
CELKEM	100	100,0 %



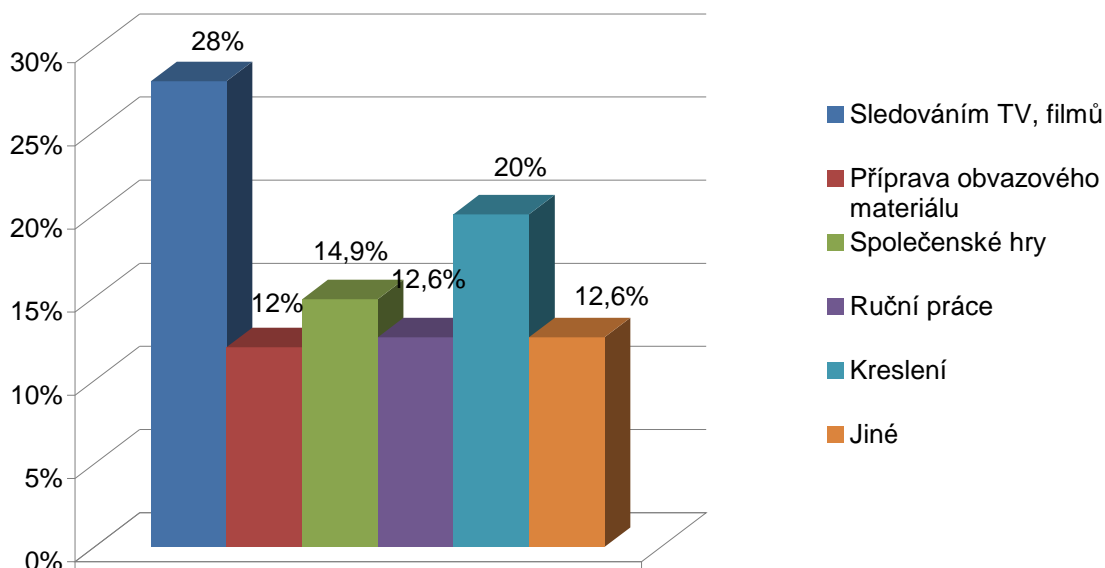
Graf 34 – Zapojení rodičů do komunikace

Na spolupráci rodičů se zdravotníky při komunikaci jsem se ptala touto otázkou. 35 dotazovaných (tj. 35,0 %) uvedlo, že jim rodiče usnadňují komunikaci, 10 respondentů (tj. 10,0 %) odpovědělo, že jim rodiče neusnadňují komunikaci, 36 dotazovaných (tj. 36,0 %) uvedlo částečné usnadňování v dorozumívání, 4 respondenti (tj. 4,0 %) odpověděli, že rodiče nechávají komunikaci na zdravotnickém personálu a 3 dotazovaní (tj. 3,0 %) zvýraznilo odpověď, že bez pomoci rodičů by nešlo dostatečně komunikovat.

Otázka č. 14: Jakým způsobem jste se snažil/a zaměstnat během dne mentálně postiženého klienta? (možnost více odpovědí)

Tab. 35 - Zaměstnání mentálně postiženého klienta během dne

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
sledováním TV, filmů	49	28,0 %
příprava ob vazového materiálu	21	12,0 %
společenské hry	26	14,9 %
ruční práce	22	12,6 %
kreslení	35	20,0 %
jiné	22	12,6 %
CELKEM	175	100,0 %



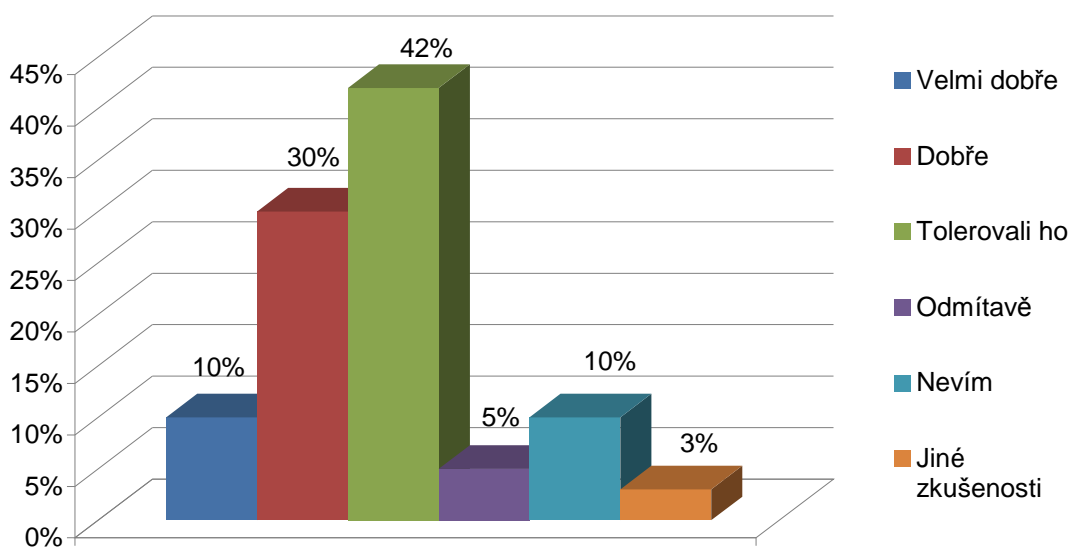
Graf 35 – Zaměstnání mentálně postiženého klienta během dne

Na tuto otázku respondenti uvedli 175 odpovědí, byla zde možnost kombinace více zaměstnání a zabavení času klientů během dne. V 28,0 % je zastoupeno sledování TV, filmů, ve 12,0 % příprava ob vazového materiálu, ve 14,9 % společenské hry, ve 12,6 % ruční práce, ve 20,0 % kreslení a ve 12,6 % byly uvedeny jiné odpovědi. Nejčastější odpovědi byly: vyprávění pohádek, prohlížení knížek, obrázků, prohlížení fotografií – známých osobností, rodiny, hra s míčkem, účast na mši svaté. 2 dotazovaní uvedli odpověď, že při jejich pracovní vytíženosti není možné ještě zaměstnávat klienta. Myslím si, že uvedené odpovědi jsou časově nenáročné, ba naopak zaměstnáním a zkrácením času při hospitalizaci přispějeme ke spokojenosti klienta.

Otázka č. 15: Jak přistupovali ostatní hospitalizovaní klienti k mentálně postiženému?

Tab. 36 - Přístup hospitalizovaných klientů k mentálně postiženému

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
velmi dobře	10	10,0 %
dobře	30	30,0 %
tolerovali ho	42	42,0 %
odmítavě	5	5,0 %
nevím	10	10,0 %
jiné zkušenosti	3	3,0 %
CELKEM	100	100,0 %



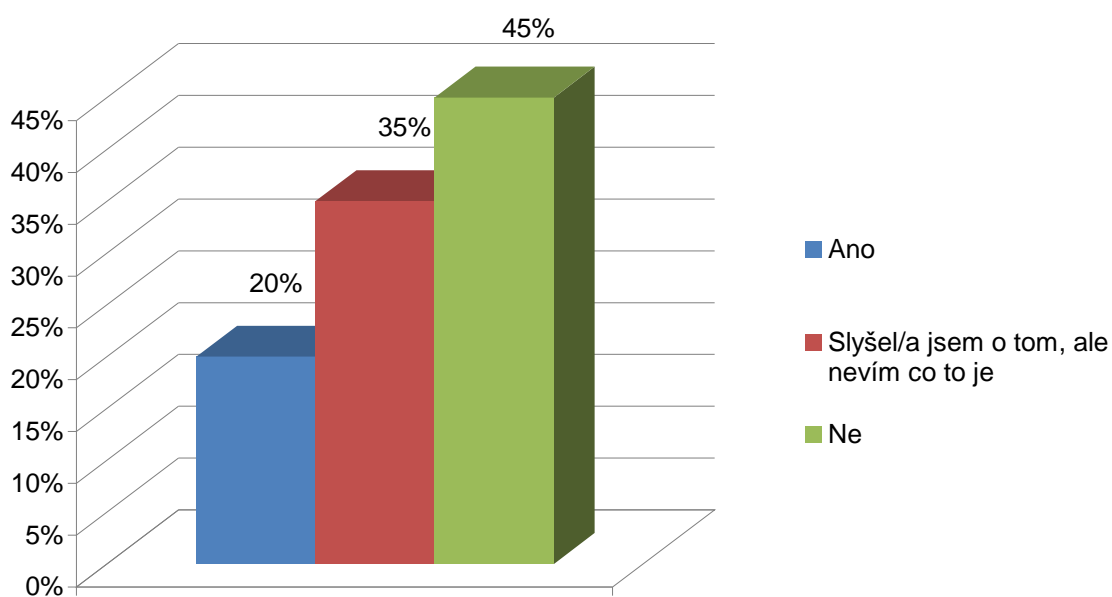
Graf 36 - Přístup hospitalizovaných klientů k mentálně postiženému

Pro objasnění klima na pracovišti a přístupu ostatních klientů k mentálně postiženému jsem se ptala touto otázkou. 10 (tj. 10,0 %) zdravotníků uvedlo, že ostatní spolupacienti přistupují k postiženému velmi kladně, 30 (tj. 30,0 %) respondentů uvádějí celkem dobrý přístup, 42 (tj. 42,0 %) dotazovaných odpovědělo, že ostatní klienti jej tolerovali, 5 (tj. 5,0 %) respondentů uvedlo, že spolupacienti zaujali odmítavý přístup, 10 (tj. 10,0 %) dotazovaných neví, jak ostatní klienti přistupovali k postiženému jedinci a 3 (tj. 3,0 %) respondenti mají jiné zkušenosti. Jiné zkušenosti: ve 2 případech byl klient umístěn na jednolůžkový pokoj, z důvodu náročné péče a v 1 případě je uvedeno, že klient byl velice problémový, hlučný a ostatní pacienti se jej báli.

Otázka č. 16: Víte, co je to Deklarace OSN o právech lidí s mentálním postižením ?

Tab. 37 - Deklarace OSN

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
ano	20	20,0 %
slyšel/a jsem o tom, ale nevím co to je	35	35,0 %
ne	45	45,0 %
CELKEM	100	100,0 %



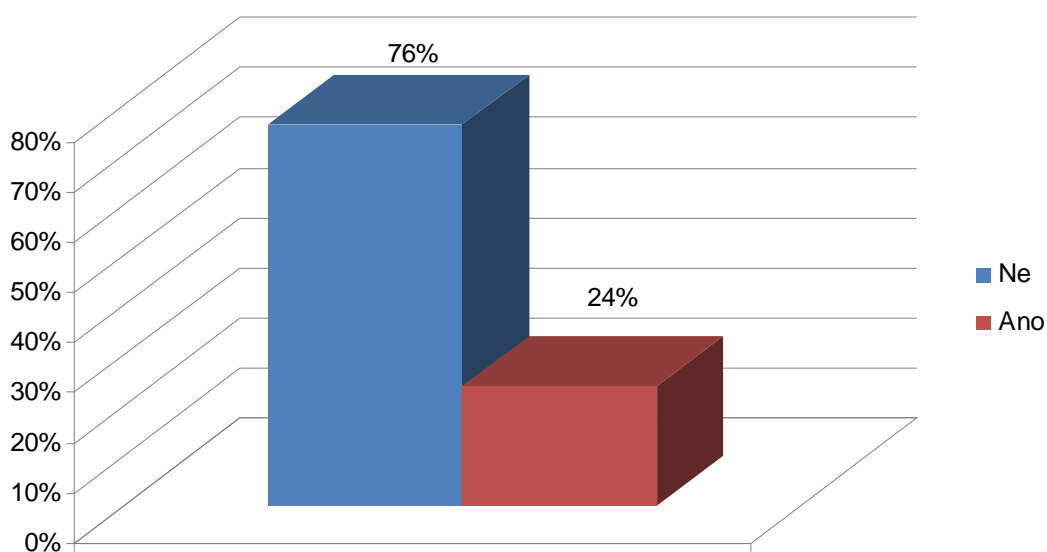
Graf 37 – Deklarace OSN

Deklarace OSN o právech lidí s duševním postižením vychází ze základního etického kodexu Práva pacientů. 20 dotazovaných (tj. 20,0 %) ví, co obsahuje tato deklarace a vypsali některá práva do další otázky, která se týká znalostí těchto práv. 35 respondentů (tj. 35,0 %) slyšelo o této deklaraci, ale neví o čem pojednává a 45 dotazovaných (tj. 45,0 %) nezná tuto deklaraci, neví o čem pojednává a co obsahuje.

Otázka č. 17: Znáte práva mentálně postižených klientů?

Tab. 38 a) - Znalost práv mentálně postižených klientů

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
ne	76	76,0 %
ano	24	24,0 %
CELKEM	100	100,0 %



Graf 38 – Znalost práv mentálně postižených klientů

Z uvedeného grafu vyplývá, že 76 dotazovaných (tj. 76,0 %) nezná práva mentálně postižených klientů, 24 dotazovaných (tj. 24,0 %) uvedlo nejčastěji tato práva:

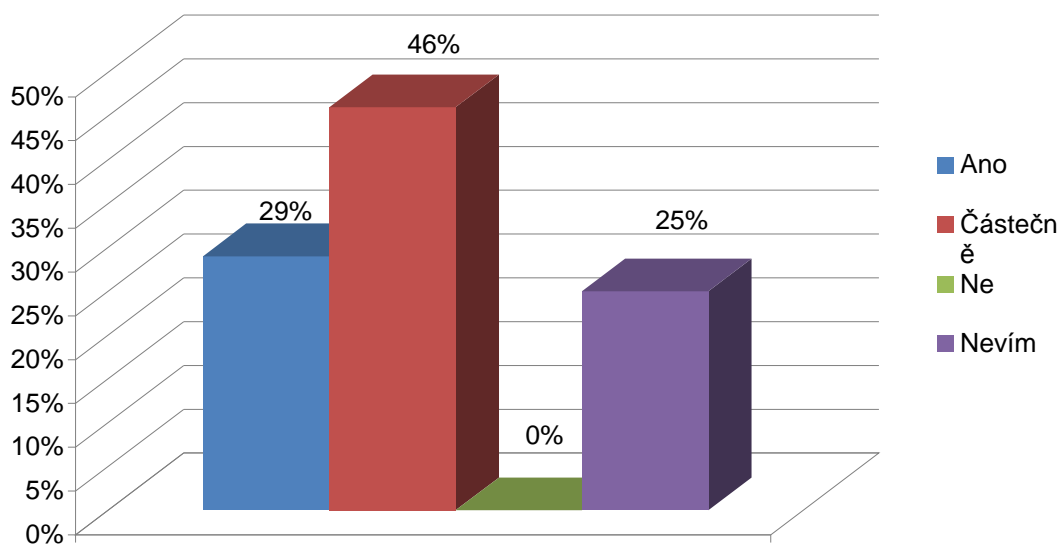
Tab. 38 b) - Znalost práv mentálně postižených klientů

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
Právo na kvalitní péči, opatrovníka	18	45,0 %
Právo na svobodu (slova)	5	12,5 %
Právo na vzdělání	5	12,5 %
Mají stejná práva, jako "zdraví" lidé	5	12,5 %
Právo na soukromí	4	10,0 %
Právo na dostatečné informace	3	7,5 %
CELKEM	40	100,0 %

Otázka č. 18: Myslíte si, že jsou při hospitalizaci dodržována práva mentálně postižených klientů?

Tab. 39 - Jsou dodržována práva mentálně postižených klientů?

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
ano	29	29,0 %
částečně	46	46,0 %
ne	0	0,0 %
nevím	25	25,0 %
CELKEM	100	100,0 %



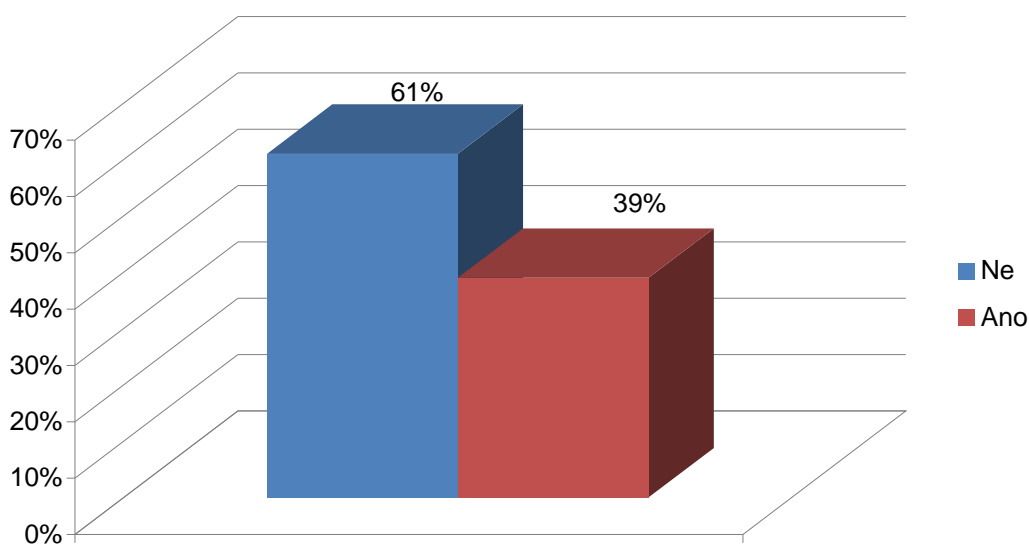
Graf 39 - Jsou dodržována práva mentálně postižených klientů?

Dodržování práv mentálně postižených jedinců vystihuje tato otázka: 29 dotazovaných (tj. 29,0 %) si myslí, že jsou dodržována práva mentálně postižených klientů, 46 respondentů (tj. 46,0 %) uvádí, že jsou práva dodržována částečně, 25 dotazovaných (tj. 25,0 %) odpovědělo, že neví, zda-li jsou tato práva dodržována. Možnost nedodržování práv nebyla uvedena.

Otázka č. 19: Máte negativní zkušenosti s hospitalizací mentálně postiženého klienta (vulgarismy, agresivní chování, atd.)?

Tab. 40 - Negativní zkušenosti s mentálně postiženým klientem

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
ne	61	61,0 %
ano	39	39,0 %
CELKEM	100	100,0 %



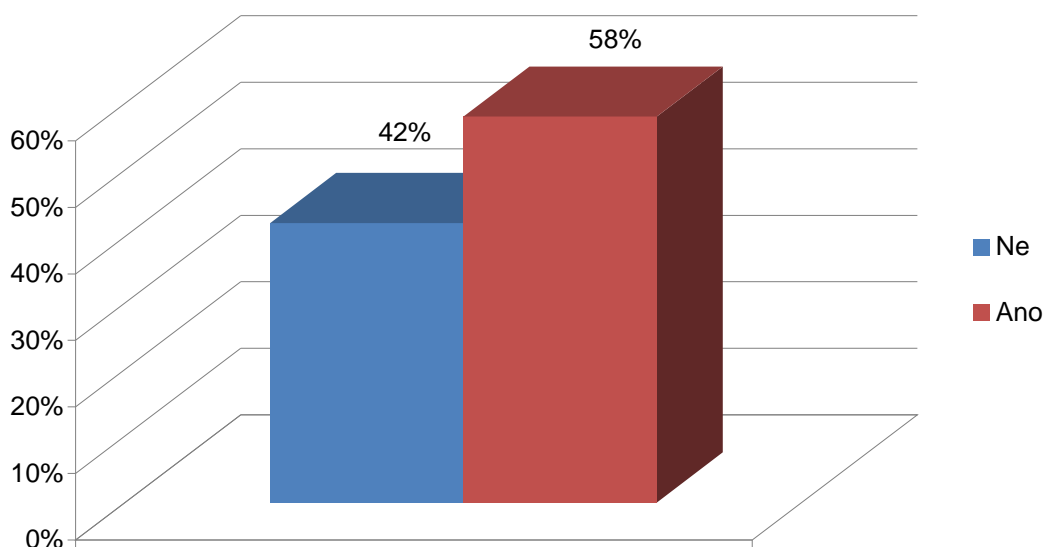
Graf 40 - Negativní zkušenosti s mentálně postiženým klientem

Z tabulky lze vyčíst, že 61 dotazovaných (tj. 61,0 %) nemá negativní zkušenosti s mentálně postiženým klientem, 39 zdravotníků (tj. 39,0 %) uvedlo nejčastěji tyto problémy: obtížná spolupráce, nepřiměřené chování, používání vulgarismů, ničení předmětů v blízkosti klienta, křik, svlékání se, ohrožování ostatních spolupacientů a jiné již méně závažné projevy.

Otázka č. 20: Víte, kde můžou rodiče mentálně postiženého dítěte v okrese Chrudim požádat o radu, pomoc? (stacionář, ústav)

Tab. 41 - Víím, kde rodiče mohou požádat o radu, pomoc?

	<i>absolutní četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
ne	42	42,0 %
ano	58	58,0 %
CELKEM	100	100,0 %



Graf 41 - Víím, kde mohou rodiče požádat o radu, pomoc?

Tato otázka se týká okresu Chrudim, kde jsem dotazníkové šetření prováděla. 42 respondentů (tj. 42,0 %) neví, kde by rodiče mentálně postižených dětí mohli požádat o radu či pomoc. 58 respondentů (tj. 58,0 %) se v této problematice orientovalo a nejčastěji uvedlo: Domov sociálních služeb a pomoci Slatiňany, Stacionář Jitřenka v Chrudimi, Nadace Svítání Pardubice, Správa sociálního zabezpečení Chrudim, Charita Chrudim, Domov s pečovatelskou službou ve Slatiňanech a mateřské školky.

10 DISKUZE

Hypotéza č. 1 - Předpokládám, že nejčastějším problémem při hospitalizaci je zvládnání technik komunikace s mentálně postiženým klientem.

Na základě získaných výsledků se mi potvrdilo, že zvládnání technik komunikace je značným problémem při hospitalizaci mentálně postiženého klienta. Zdravotnický personál z větší části neví 57,0 %, zda-li dodržuje zásady komunikace a 28,0 % se nesnažilo užívat jakékoli prvky komunikace. V dorozumívání s postiženým klientem zdravotnický personál nejčastěji užívá způsob slovní metody 41,1 % a názorného předvedení 31,7 %. Komunikaci pomocí zpětné vazby neověřuje 24,0 % zdravotníků a 32,0 % dotazovaných ví, že jim klient nerozuměl.

Rodiče uvádějí, že jejich dítě komunikuje dobře (ve 30,9 %) a 45,5 % uvádí špatnou komunikaci, ale i přesto se handicapované dítě domluví. V komunikačních schopnostech dítěte (v 34,5 %) se dotazovaný domluví sám s drobnými vadami či poruchami a ve 23,6 % se snaží domluvit, ale dotazovaný mu téměř nerozumí. Během příjmu a pobytu dítěte v nemocnici se zdravotnický personál, dle informací od rodičů, dorozumíval slovně 42,4 % a pomocí třetí osoby 24,2 %.

I přes toto věřím, že se zdravotníci snaží pochopit problémy související s handicapem klienta a patřičně s ním také tak komunikují.

Hypotéza č. 2 Domnívám se, že se rodiče věnují svému mentálně postiženému dítěti při hospitalizaci a spolupracují se zdravotnickým personálem.

Většina rodičů 56,4 % si myslí, že je dostatečně informována a 18,2 % získalo informace na požádání. Spolupráce mezi zdravotnickým personálem a rodiči byla také úspěšná, 43,6 % se snažilo být nápomocných a 27,3 % respondentů si je jisto, že udělalo vše pro blaho svého dítěte. Pozitivní zkušenosti s hospitalizací má 36,4 % dotazovaných, negativní zkušenosti má 14,5 % rodičů a své odpovědi uvedli v dotazníku.

Negativní zkušenosti s mentálně handicapovaným má 39,0 % zdravotníků. Nejčastější odpovědí byla agresivita a nespolupracování při vyšetření.

Z uvedených odpovědí bylo potvrzeno, že rodiče spolupracují se zdravotnickým personálem a snaží se být nápomocni.

Hypotéza č. 3 Předpokládám, že nejsou dodržována všechna práva mentálně postižených klientů.

Z výsledků šetření vyplynulo, že převážná většina respondentů z řad zdravotnických pracovníků nezná (76,0 %) a tím i nedodržuje práva mentálně postižených klientů. 46,0 % dotazovaných zdravotníků si myslí, že práva jsou dodržována částečně. Deklaraci OSN o právech lidí s mentálním postižením nezná 45,0 % dotazovaných a 35,0 % zdravotníků o této deklaraci slyšeno, ale neví, co obsahuje. 54,5 % dotazovaných rodičů nezná práva svého mentálně postiženého dítěte a 32,8 % si myslí, že jsou tato práva při hospitalizaci dodržována.

Dále jsem pomocí dotazníkového šetření zjišťovala nejčastější rozsah mentálního postižení a věk u hospitalizovaných klientů. Rodiče i zdravotníci uvedli lehkou a středně těžkou mentální retardaci, věk se pohyboval mezi 12. až 23. rokem. Mentální postižení se pojí s mnoha dalšími omezeními, jak fyzickými, tak smyslovými. Nejčastějším přidruženým onemocněním byla vada mluvení (32,9 %), pohybový handicap (28,6 %) a vada zraku (18,6 %). Náročnost ošetrovatelské péče jsem zjišťovala otázkou týkající se na oblasti zvýšeného dohledu a pomoci v základních lidských potřebách. Převážnou většinu tvořila péče o udržování hygieny (32,7 %), oblékání a péče o zevnějšek (28,8 %) a pomoc při jídle (18,3 %). Častost hospitalizace byla nejvíce uváděna 1– 5x za 5 let (ve 45,5 %).

Další otázka byla věnována zaměstnání mentálně postiženého během dne a zda-li rodiče vědí, jak dítě tráví volné chvíle v nemocnici, pokud to jeho zdravotní stav dovoluje. Nejčastější aktivitou během dne je pro postižené děti sledování TV, DVD (28,0 %), kreslení (20,0 %) a společenské hry (14,9 %). 72,7 % rodičů neví, jak je jejich dítě zaměstnáno během dne.

Při zjišťování informací jsem mezi otázky zařadila i přístup ostatních pacientů k mentálně postiženému. Očekávaným výsledkem byl tolerantní (42,0 %) a dobrý přístup (30,0 %).

Otázku týkající se možné rady a pomoci rodičům mentálně postižených dětí v okrese Chrudim jsem zjišťovala z důvodu informovanosti zdravotnického personálu a následného předání těchto informací rodičům. Většina dotazovaných zdravotníků tyto informace zná a ví, kam odkázat rodiče postiženého dítěte (58,0 %). Bohužel rodičům tyto možnosti rady či pomoci nepředávají při poskytování informací. 63,6 % dotazovaných rodičů uvedlo tuto možnost.

NÁVRHY PRO PRAXI

Z výše uvedené problematiky jsem návrhy pro praxi shrnula do třech oblastí, které by měly být nápomocny k vyřešení negativního dopadu na mentálně postižené klienty během hospitalizace.

Výstupem mé bakalářské práce bude sestavení informační brožury pro zdravotnické pracovníky a rodiče mentálně postižených klientů. Brožura bude zaměřena na zjištěnou problematiku, zejména na oblast komunikace, práva mentálně postižených jedinců při hospitalizaci a možnost poskytovaných služeb pro rodiče s mentálně postiženým dítětem.

Myslím si, že pro takto postižené klienty by byl vhodný tzv. herní specialista. Pracovník by měl možnost zaměstnávat klienty během dne, věnovat se jim a rozvíjet jejich kognitivní myšlení a kreativitu. Přípravoval by nemocného na vyšetření a zákroky, individuálně edukoval klienta dle rozsahu jeho postižení. Zároveň by byl nápomocen zdravotnickému personálu např. v komunikaci. Úzce by spolupracoval s rodiči dítěte a poskytoval jim informace o možnostech dalšího rozvoje jejich potomka. Herní specialista se nejčastěji objevuje na dětských odděleních, jeho kompetence by se rozšířily i na standardní oddělení a spolupracoval by s mentálně postiženým klientem.

Nedostatek financí ve zdravotnictví nelze adekvátně ovlivnit, ale má významný vliv na materiální stránku oddělení. Nákup pomůcek znázorňující dané vyšetření, či zákrok, může zlepšit představitelost klienta o daném výkonu a zamezit tak nežádoucím reakcím nemocného. Tyto pomůcky, např. panenka, medvídek by se daly použít i pro hru a navázání přátelštějšího vztahu s klientem.

Za dobu své praxe ve zdravotnictví jsem si povšimla, že na mnoha odděleních chybí kvalitní informační a edukační letáky pro klienty a rodiče. Při příjmu nemocného by měl každý rodič dostat písemně zpracované stručné informace, např. v brožuře, o hospitalizaci, potřebných pomůckách, které bude jejich dítě potřebovat, telefonní číslo, jméno ošetřujícího lékaře, informace o vyšetření či zákroku, které nemocný podstoupí a mnoho dalších nezbytných sdělení. Rodiče musí svého potomka dostatečně připravit na tak náhlý vstup do jeho života, který bývá často stereotypní a nemocného může rozladit.

ZÁVĚR

Problematika mentální retardace je v naší společnosti stále velmi často diskutovaným tématem. Dobrý zdravotní stav je pro každého z nás velmi důležitý a od něho kvalita našeho bytí. Úraz či závažná nemoc, kterou je potřeba léčit hospitalizací v nemocnici je vždy psychicky i fyzicky vysilující a negativně ovlivňuje naše okolí i blízké příbuzné. Narození mentálně postiženého dítěte sebou přináší nemalá úskalí, pocity bezmocnosti, strachu a poslední kousky naděje.

V bakalářské práci jsem se snažila zjistit nejčastější problematiku vyplývající z hospitalizace mentálně postiženého klienta. Zaměřovala jsem se zejména na spolupráci rodičů a zdravotnických pracovníků, na dodržování zásad komunikace a na znalosti práv lidí s duševním onemocněním. Domnívám se, že mnou stanovené cíle jsem splnila.

Zdravotnický personál představuje pro nemocného klienta pomoc, útěchu a zmírnění negativního prožívání z cizího prostředí, z bolesti, z nepříjemných vyšetřovacích metod a z dalších individuálních problémů souvisejících s hospitalizací.

Dnes asi již všichni víme, jak jsou pro nás důležité informace a s tím související předávání pomocí komunikace mezi klientem a zdravotníkem. Komunikace s klientem s mentální retardací je o to složitější, avšak sestra musí vyhledávat možnosti náhradního dorozumívání z důvodu spokojenosti nemocného a jeho rodiny. Z průzkumu, který jsem provedla vyplývá, že jsou nejčastěji hospitalizováni klienti s lehkou a středně těžkou mentální retardací.

Zvládání a znalost technik komunikace je velký problém. Zdravotníci z větší části neznají a ani nedodržují správné zásady komunikace. Z tohoto poznatku lze odvodit i případné negativní až agresivní chování handicapovaných jedinců. Rodiče postižených dětí se snaží vycházet zdravotnickému personálu vstříc, být nápomocní ve všech úkonech, týkajících se jeho potřeb. Práva mentálně postižených klientů nejsou stále aktuální. Převážná většina zdravotnického personálu tato práva nezná, proto zcela všechna nemůže dodržovat. Rodiče postižených dětí nejsou o těchto právech informováni, ale myslí si, že jsou dodržována.

Celkově mohu konstatovat, že komunikační bariéry a znalost práv jsou velice aktuálním problémem, i přes toto vše se domnívám, že se zdravotníci snaží pojímat mentálně postiženého jako bio-psycho-sociální jednotku a patřičně se k němu tak chovají.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY*Monografie:*

- [1] ANDRLOVÁ, M. *Současné směry v české psychoterapii: Rozhovory s významnými psychoterapeuty*. Praha: Nakladatelství Triton, 2005. 222 s. ISBN 80-7254-603-1.
- [2] BAUDIŠ, P. *Psychiatrie v číslech*. 1. vydání. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. 32 s. ISBN 80-85121-35-2.
- [3] BAUDIŠ, P., LIBIGER, J. *Psychiatrie a etika*. 1. vydání. Praha: Galén, 2002. 160 s. ISBN 80-7262-104-1.
- [4] BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
- [5] FIŠEROVÁ, J. *Etika v ošetrovatelství: Pomocný učební text*. 3. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1995. 60 s. ISBN nevedeno.
- [6] FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči: Skriptum pro základní kurz bazální stimulaci*. 4. vydání. Frýdek Místek: Institut bazální stimulace s. r. o., 2005. 32 s. ISBN nevedeno.
- [7] JOBÁNKOVÁ, M. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 2. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 225 s. ISBN 80-7013-365-1.
- [8] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247 01790-0.
- [9] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 280 s. ISBN 80-7178-551-2.
- [10] MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
- [11] HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 1. vydání. Praha: Galén, 1994. 232 s. ISBN 80-85824-03-5.

- [12] HAŠKOVCOVÁ, H. *Práva pacientů*. Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové, 1996. 176 s. ISBN 80-902163-0-7.
- [13] HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. 496 s. ISBN 80-7178-472-9.
- [14] HUČÍN, J. a kol. *Hovory o psychoterapii: Péče o duši současného člověka*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 192 s. ISBN 80-7178-525-3.
- [15] LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 392 s. ISBN 80-7178-961-5.
- [16] LINHART, J. a kol. *Slovník cizích slov pro nové století*. 1. vydání. Litvínov: Dialog, 2003. 413 s. ISBN 80-85843-61-7.
- [17] RAHN, E., MAHNKOPF, A. *Psychiatrie: Učebnice pro studium i praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2000. 468 s. ISBN 80-7169-964-0.
- [18] ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4. vydání. Praha: Grada, 2006. 601 s. ISBN 80-247-1049-8.
- [19] SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 200 s. ISBN 80-7178-973-9.
- [20] STRUSKOVÁ, O. *Děti z planety D. S.* 1. vydání. Praha: G plus G, 2000. 165 s. ISBN 80-86103-31-5.
- [21] SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.
- [22] SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 792 s. ISBN 80-7178-545-8.
- [23] SVOBODA, M. *Psychologická diagnostika dospělých*. 2. vydání. Praha: Portál, 1999. 344 s. ISBN 80-7178-327-7.
- [24] ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
- [25] TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8.

- [26] TRÍSKOVÁ, H. a kol. *Vybrané otázky péče o děti ve zvláštních dětských zařízeních II. díl*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1991. 204 s. ISBN 80-7013-067-9.
- [27] VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
- [28] VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. 6. vydání. Praha: Maxdorf, 2000. 490 s. ISBN 80-85912-38-4.
- [29] ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
- [30] ZÁBRANSKÁ, A. *Ošetrovatelský proces u nemocných na psychiatrickém oddělení*, 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 59 s. ISBN neuvedeno.
- [31] ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2005. 206 s. ISBN 80-7184-203-6.

Internetové zdroje:

- [32] *Augmentativní a alternativní komunikace: Metody a postupy AAK* [online]. [cit. 2008-05-13] URL: <<http://www.alternativnikomunikace.cz/index.php?page=metody>>
- [33] *Česká lékařská komora: Legislativa ČLK* [online]. [cit. 2008-05-13] URL: <[http://www.lkcr.cz/dokumenty.php?dokId=131&do\[list\]=1&filterCategory.id=6](http://www.lkcr.cz/dokumenty.php?dokId=131&do[list]=1&filterCategory.id=6)>
- [34] *Dobromysl. cz* [online]. [cit. 2008-05-13] URL: <<http://www.dobromysl.cz/citarna/pravo.htm>>
<<http://www.dobromysl.cz/citarna/socialni-sluzby.htm>>
- [35] *Domov sociálních služeb Slatiňany: Informace* [online]. [cit. 2008-05-13] URL: <http://www.dss.cz/informace/>
- [36] *I My: Kampaň za práva lidí s mentálním postižením* [online]. [cit. 2008-05-13] URL: <<http://www.imy.cz/>>

- [37] *Střípky: Chronické onemocnění vrozené vady* [online]. [cit. 2008-05-13]
URL: <<http://www.stripky.cz/nemoci/chronicita/seznam.html>>
<<http://www.stripky.cz/nemoci/seznam.html>>
- [38] *Univerzita Palackého v Olomouci: e. Pedagogium II/ 2005* [online]. [cit. 2008-05-13] URL: <http://www.upol.cz/fileadmin/user_upload/PdF/e-pedagogium/e-ped_2-2005.pdf>
- [39] *Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky: Základní zdravotnické zákony* [online]. [cit. 2008-05-13]
URL: <<http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/legislativa/>>
- [40] *Wikipedia The free encyklopedia: mentální retardace* [online]. [cit. 2008-05-13]
URL: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD_retardace>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AAK – Augmentativní a alternativní komunikace

APA – Americká psychiatrická společnost

apod. – a podobně

ARJIP- anesteziologicko-resuscitační jednotka intenzivní péče

ARO- anesteziologicko- resuscitační jednotka

a.s. – akciová společnost

atd. – a tak dále

CNS – centrální nervová soustava

CT – computerová tomografie

ČLK – Česká lékařská komora

ČR – Česká republika

ČSFR – Československá federativní republika

EEG – elektroencefalograf

ICN – International Company Nursing

IQ – inteligenční kvocient

LDN- léčebna dlouhodobě nemocných

Mgr. – Magistr

MR – magnetická rezonance

N – absolutní četnost

např. – například

NAWCH- National Association for the Welfare of Children in Hospital

OSN – Organizace spojených národů

PCS - Picture Communication Symbols

PECS - The Picture Exchange Communication System

PIC - Pictogram Ideogram Communication

př. n. l. – před naším letopočtem

PSS- Pomaturitní specializační studium

Sb. – sbírka zákonů

SZO – Světová zdravotnická organizace

tj. – to je

TTT - Teng til tale

tzv. – tak zvaný

VOKS - Výměnný obrázkový komunikační systém

WHO – World Health Organization

WPA - Světová psychiatrická asociace

SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ

Obr. 1. - Ukázka grafických znaků systému piktogramy:

Věta: „Babička plete teplý svetr.“	43
Obr. 2. - Ukázka manuálních znaků systému Znak do řeči	43
Obr. 3. - Ukázka manuálních a grafických znaků systému Makaton: „Spát, kde?“	44
Obr. 4. - Ukázka grafických znaků systému Bliss pro slova chodidlo, drak, pes a matka..	44
Obr. 5. - Ukázka grafických znaků systému PCS	45
Graf 1 - Identifikační údaj- pohlaví respondentů.....	61
Graf 2 - Identifikační údaj- věk respondentů	62
Graf 3 - Dokončené vzdělání respondentů.....	63
Graf 4 - Věk dítěte	64
Graf 5 - Rozsah postižení dítěte.....	65
Graf 6 - Přidružená onemocnění dítěte	66
Graf 7 - Častost hospitalizace dítěte	67
Graf 8 - Zvýšený dohled a pomoc v těchto oblastech.....	68
Graf 9 - Míra informovanosti o zdravotním stavu dítěte	69
Graf 10 - Spoluúčast na péči o své dítě.....	70
Graf 11 - Nejčastější účast na péči o své dítě	72
Graf 12 - Víím, jak je mé dítě zaměstnáno během dne?	73
Graf 13 a) - Znáím práva svého dítěte?.....	74
Graf 13 b) – Znáím práva svého dítěte?.....	75
Graf 14 - Dodržování práv mentálně postižených klientů	76
Graf 15 – Komunikace.....	77
Graf 16 - Úroveň komunikačních schopností	78
Graf 17 - Komunikace s personálem	79

Graf 18 - Negativní zkušenosti	80
Graf 19 - Pozitivní zkušenosti	81
Graf 20 - Víím, kde mohu požádat o pomoc a radu.....	82
Graf 21 - Jiné vzdělávání mého dítěte	83
Graf 22 – Identifikační údaj- pohlaví respondentů	84
Graf 23 – Identifikační údaj- věk respondentů	85
Graf 24 – Dokončené vzdělání respondentů	86
Graf 25 – Praxe ve zdravotnictví	87
Graf 26 – Oddělení.....	88
Graf 27 – Mentální retardace je	89
Graf 28 - Hospitalizace mentálně postiženého klienta	90
Graf 29 – Nejčastější rozsah mentálního postižení.....	91
Graf 30 – Domácí prostředí versus ústavy sociální péče	92
Graf 31 – Dodržování zásad komunikace.....	93
Graf 32 – Nejčastější dorozumívání	94
Graf 33 – Rozuměl mi klient?	95
Graf 34 – Zapojení rodičů do komunikace	96
Graf 35 – Zaměstnání mentálně postiženého klienta během dne.....	97
Graf 36 - Přístup hospitalizovaných klientů k mentálně postiženému	98
Graf 37 – Deklarace OSN	99
Graf 38 – Znalost práv mentálně postižených klientů	100
Graf 39 - Jsou dodržována práva mentálně postižených klientů?.....	101
Graf 40 - Negativní zkušenosti s mentálně postiženým klientem.....	102
Graf 41 - Víím, kde mohou rodiče požádat o radu, pomoc?.....	103

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 - Identifikační údaj- pohlaví respondentů.....	61
Tab. 2 - Identifikační údaj- věk respondentů	62
Tab. 3 - Dokončené vzdělání respondentů.....	63
Tab. 4 - Věk dítěte	64
Tab. 5 - Rozsah postižení dítěte.....	65
Tab. 6 - Přidružená onemocnění dítěte	66
Tab. 7. - Častost hospitalizace dítěte	67
Tab. 8 - Zvýšený dohled a pomoc v těchto oblastech	68
Tab. 9 – Míra informovanosti o zdravotním stavu dítěte	69
Tab. 10 - Spoluúčast na péči o své dítě.....	70
Tab. 11 - Nejčastější účast na péči o své dítě	71
Tab. 12 - Vím, jak je mé dítě zaměstnáno během dne?	73
Tab. 13 a) - Zním práva svého dítěte?.....	74
Tab. 13 b) – Zním práva svého dítěte?.....	75
Tab. 14 - Dodržování práv mentálně postižených klientů	76
Tab. 15 – Komunikace.....	77
Tab. 16 - Úroveň komunikačních schopností	78
Tab. 17 - Komunikace s personálem.....	79
Tab. 18 - Negativní zkušenosti	80
Tab. 19 - Pozitivní zkušenosti	81
Tab. 20 - Vím, kde mohu požádat o pomoc a radu.....	82
Tab. 21 - Jiné vzdělávání mého dítěte	83
Tab. 22 - Identifikační údaj- pohlaví respondentů.....	84
Tab. 23 - Identifikační údaj- věk respondentů	85

Tab. 24 - Dokončené vzdělání respondentů.....	86
Tab. 25 - Praxe ve zdravotnictví.....	87
Tab. 26 – Oddělení.....	88
Tab. 27 - Mentální retardace je	89
Tab. 28 - Hospitalizace mentálně postiženého klienta.....	90
Tab. 29 - Nejčastější rozsah mentálního postižení	91
Tab. 30 - Domácí prostředí versus ústavy sociální péče.....	92
Tab. 31 - Dodržování zásad komunikace.....	93
Tab. 32 - Nejčastější dorozumívání	94
Tab. 33 - Rozuměl mi klient?	95
Tab. 34 - Zapojení rodičů do komunikace	96
Tab. 35 - Zaměstnání mentálně postiženého klienta během dne	97
Tab. 36 - Přístup hospitalizovaných klientů k mentálně postiženému.....	98
Tab. 37 - Deklarace OSN.....	99
Tab. 38 a) - Znalost práv mentálně postižených klientů.....	100
Tab. 38 b) - Znalost práv mentálně postižených klientů.....	101
Tab. 39 - Jsou dodržována práva mentálně postižených klientů?.....	102
Tab. 40 - Negativní zkušenosti s mentálně postiženým klientem.....	103
Tab. 41 - Víím, kde rodiče mohou požádat o radu, pomoc?.....	104

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník pro rodiče či opatrovníky mentálně postižených dětí

Příloha P II: Dotazník pro zdravotnické pracovníky

Příloha P III: Etický kodex Práva pacientů

Příloha P IV: Deklarace práv duševně postižených lidí

Příloha P V: Charta práv dětí v nemocnici

Příloha P VI: Psychologické služby pro rodinu s mentálně postiženým dítětem

Příloha P VII: Ze života klientů Domova sociálních služeb Slatiňany

Příloha P VIII: Žádost o umožnění dotazníkového šetření (Domov sociálních služeb Slatiňany)

Příloha P IX: Žádost o umožnění dotazníkového šetření (Chrudimská nemocnice a. s.)

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK PRO RODIČE ČI OPATROVNÍKY MENTÁLNĚ POSTIŽENÉHO DÍTĚTE

Dobrý den,

jmenuji se Eva Drahá a jsem studentka třetího ročníku Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, obor - všeobecná sestra.

Do rukou se Vám dostal dotazník, který se zabývá psychosociální problematikou mentálně postižených klientů při hospitalizaci. V současné společnosti je problematika mentálně postižených velmi často diskutovaným tématem.

Dotazník je anonymní a dobrovolný. Veškeré informace, které mi poskytnete, budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce. Výsledky z dotazníků mohou přispět ke zkvalitnění péče s handicapovanými jedinci.

Prosím Vás o co nejobjektivnější vyplnění.

Za Vaši vstřícnost při vyplňování dotazníku předem děkuji.

Eva Drahá

Část A

Pokyny pro vyplnění: Vždy zaškrtněte pouze jednu zvolenou odpověď (☐), popřípadě doplňte slovně.

1. Jakého jste pohlaví?

- žena muž

2. Kolik je Vám let?

- 18- 23 24- 29 30- 35 36- 41 42- 47
 48-53 54- 59 60 a více let

3. Jaké máte dokončené vzdělání?

- základní vzdělání vyučen(a) bez maturity
 vyučen s maturitou střední odborné vzdělání s maturitou
 vyšší odborná škola vysoká škola
 jiné

Část B

4. Kolik let je Vašemu dítěti?

- 0-5 let 6-11 let 12-17 let 18- 23 let
 24-29 let 30-35 let 36- 41 let 42 a více let

5. Víte v jakém rozsahu je postižení Vašeho dítěte?

- nevím
 hraniční IQ 70-75
 lehká mentální retardace IQ 50-69 (nezávislost v osobní péči, pomalejší chápání)
 středně těžká mentální retardace IQ 35-49 (omezena schopnost sebeobsluhy, zručnosti, opožděn rozvoj chápání a užívání řeči, schopnost jednoduchých sociálních kontaktů)
 těžká mentální retardace IQ 20-34 (podobná středně těžké mentální retardaci, výrazně snížená schopnost sebeobsluhy, motoriky)
 hluboká mentální retardace IQ nižší než 20 (imobilní, inkontinentní, vyžadují stálou pomoc a dohled, pouze základy neverbální komunikace)

6. Má Vaše dítě jiná přidružená omezení?

- vada zraku vada sluchu pohybový handicap
 vada v mluvení nemá jiné:.....

7. Jak často je Vaše dítě hospitalizováno v nemocnici?

- 1-2x do roka 1-5x za 5 let 1-5x za 10 let
 jiné:

8. V jakých oblastech vyžaduje Vaše dítě zvýšený dohled a pomoc? (možnost více odpovědí)

- Při: jídle udržování hygieny oblékání, péče i zevnějšek
 pohybu, chůzi jiné:.....

9. Myslíte si, že jste dostatečně informováni o zdravotním stavu a ošetrovatelské péči Vašeho dítěte od zdravotnického personálu?

- ano ne částečně
 na požádání vyhledávám si informace sám/sama

10. Myslíte si, že jste se dostatečně zapojili do péče o své dítě při hospitalizaci?

- ano, jsem si jist/á, že jsem udělala vše pro své dítě
 ano, snažil/a jsem se
 nevím, nejsem si jist/á, mohl/a jsem udělat více
 dělal/a jsem vše podle instrukcí zdravotnického personálu
 snažila/a jsem se, ale nemyslím si, že jsem byla dostatečně informován/a
 ne, nebyl/a jsem informován/a zdravotnickým personálem
 jiné

11. Vypište, jak jste se nejčastěji účastnili na péči o své dítě při hospitalizaci?

.....
.....
.....
.....

12. Víte, jak je Vaše dítě zaměstnáváno během dne na oddělení?

- ne pokud ano, jak:
-
.....
.....

13. Znáte práva svého mentálně postiženého dítěte?

- ne pokud ano, uveďte některá:
-
.....
.....
.....

14. Myslíte si, že jsou při hospitalizaci dodržována tato práva mentálně postižených klientů?

- ano částečně nevím
- pokud ne, jaké nejčastěji:
-
-

15. Jak Vaše dítě komunikuje?

- velmi dobře dobře špatně, ale domluví se špatně a nedomluví se
- nedomluví se, je zapotřebí třetí osoby jiné:.....
-

16. Jaká je úroveň komunikačních schopností Vašeho dítěte?

- domluví se dobře samo domluví se samo s drobnými poruchami, vadami
- snaží se domluvit, ale dotazovaný mu nerozumí
- nedomluví se, je zapotřebí třetí osoby
- jiné:.....

17. Jakým způsobem se zdravotnický personál snažil při příjmu a během pobytu v nemocnici komunikovat s Vaším dítětem? (možnost více odpovědí)

- slovně názorným předvedením
- pomocí obrázků, knížek vyvoláním předchozí zkušenosti
- komunikoval pouze se mnou/ s doprovodem
- jiné.....
-

18. Máte negativní zkušenosti s hospitalizací svého dítěte?

- ne pokud ano, jaké.....
-
-
-

19. Máte pozitivní zkušenosti s hospitalizací Vašeho dítěte?

ne pokud ano, jaké.....

.....
.....
.....

20. Sděлил Vám zdravotnický personál, kde můžete požádat o radu nebo pomoc v okrese Chrudim?

ano ne vyhledal/a jsem si informace sám/sama

Kde mohu zažádat o radu a pomoc?.....

.....

21. Navštěvuje Vaše dítě jiné výukové programy, stacionáře, speciální školy a jiné?

ne ano, jaké:

.....

Prostor pro Vaše vyjádření a jiná sdělení:.....

.....
.....
.....
.....
.....

Děkuji za spolupráci při vyplňování dotazníku

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK PRO ZDRAVOTNICKÉ PRACOVNÍKY

Dobrý den,

jmenuji se Eva Drahá a jsem studentka třetího ročníku Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, obor - všeobecná sestra.

Do rukou se Vám dostal dotazník, který se zabývá psychosociální problematikou mentálně postižených klientů při hospitalizaci. V současné společnosti je problematika mentálně postižených velmi často diskutovaným tématem.

Dotazník je anonymní a dobrovolný. Veškeré informace, které mi poskytnete budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce. Výsledky dotazníků mohou přispět ke zkvalitnění péče s handicapovanými jedinci.

Prosím Vás o co nejobjektivnější vyplnění.

Za Vaši vstřícnost při vyplňování dotazníku předem děkuji.

Eva Drahá

Část A

Pokyny pro vyplnění: Vždy zaškrtněte pouze jednu zvolenou odpověď (☐), popřípadě doplňte slovně.

1. Jakého jste pohlaví?

- žena muž

2. Kolik je Vám let?

- 18- 23 24- 29 30- 35 36- 41 42- 47
 48-53 54- 59 60 a více let

3. Jaké máte dokončené vzdělání?

- vyučen(a) bez maturity střední odborné vzdělání s maturitou
 vyšší odborná škola vysoká škola
 jiné

4. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- 0-5 let 6-10 let 11-15 let 16-20 let 21- 25 let
 26- 30 let 31 a více let

5. Na kterém oddělení pracujete? (uved'te prosím přesný název)

.....

Část B

6. Víte, co označuje pojem „mentální retardace“?

- člověk má inteligenční kvocient nižší než 70-75, má vážná omezení ve dvou a více oblastech adaptivních schopností potřebných v každodenním životě, tento stav trvá od dětství
- člověk má inteligenční kvocient nižší než 50- 55, má vážná omezení ve všech oblastech adaptivních schopností potřebných v každodenním životě, tento stav trvá od dětství
- člověk má inteligenční kvocient nižší než 20, má vážná omezení ve všech oblastech adaptivních schopností potřebných v každodenním životě, tento stav trvá od dětství

7. Setkal/a jste se po dobu Vaší praxe ve zdravotnictví s mentálně postiženým klientem?

- ne
- pokud ano, přibližně kolikrát

8. V jakém rozsahu bylo nejčastěji mentální postižení klienta? (možnost více odpovědí)

- lehká mentální retardace IQ 50-69 (nezávislost v osobní péči, pomalejší chápání)
- středně těžká mentální retardace IQ 35-49 (omezena schopnost sebeobsluhy, zručnosti, opožděn rozvoj chápání a užívání řeči, schopnost jednoduchých sociálních kontaktů)
- těžká mentální retardace IQ 20-34 (podobná středně těžké mentální retardaci, výrazně snížená schopnost sebeobsluhy, motoriky)
- hluboká mentální retardace IQ nižší než 20 (imobilní, inkontinentní, vyžadují stálou pomoc a dohled, pouze základy neverbální komunikace)

9. Setkával/a jste se při hospitalizaci častěji s klienty z domácího prostředí nebo s klienty z ústavů sociální péče?

- s klienty z domácího prostředí
- s klienty z ústavů sociální péče
- asi „půl- napůl“
- nevím, nedokážu posoudit

10. Snažil/a jste se při komunikaci s klientem dodržovat zásady komunikace s mentálně postiženým?

ne nevím

pokud ano, jmenujte zásady komunikace, které znáte:

.....
.....
.....

11. Jakým způsobem jste se nejčastěji dorozumíval/a s mentálně postiženým?

(možnost více odpovědí)

slovně názorným předvedením

pomocí obrázků, knížek vyvoláním předchozí zkušenosti

jiné.....

.....

12. Rozuměl Vám vždy mentálně postižený klient (kontrola pomocí zpětné vazby)?

ano ne

nevím, nikdy jsem komunikaci neověřovala

komunikoval/a jsem s doprovodem

13. Usnadňují Vám rodiče mentálně postiženého klienta komunikaci?

ano ne částečně

na požádání nechávají komunikaci jen na nás

bez jejich pomoci, nelze dostatečně komunikovat

14. Jakým způsobem jste se snažil/a zaměstnat během dne mentálně postiženého klienta? (možnost více odpovědí)

sledováním TV, filmů příprava obvazového materiálu

společenské hry ruční práce kreslení

jiné.....

15. Jak přistupovali ostatní hospitalizovaní klienti k mentálně postiženému?

- velmi dobře dobře tolerovali ho
 odmítavě nevím
 jiné zkušenosti.....

16. Víte, co je to Deklarace OSN o právech lidí s mentálním postižením ?

- ano slyšel(a) jsem o tom, ale nevím co to je ne

17. Znáte práva mentálně postižených klientů?

- ne pokud ano, uveďte některá:

.....
.....
.....
.....

18. Myslíte si, že jsou při hospitalizaci dodržována práva mentálně postižených klientů?

- ano částečně ne nevím

19. Máte negativní zkušenosti s hospitalizací mentálně postiženého klienta (vulgarity, agresivní chování, atd.)?

- ne pokud ano, jaké.....

.....
.....
.....

20. Víte, kde můžou rodiče mentálně postiženého dítěte v okrese Chrudim požádat o radu, pomoc? (stacionář, ústav)

- ne pokud ano, kde.....

.....
.....

Děkuji za vyplnění dotazníku

PŘÍLOHA P III: ETICKÝ KODEX PRÁVA PACIENTŮ

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 či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i 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 účastní.
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 a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedena 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 po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o ne-

zbytnosti 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 ordinčních 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 kdykoliv, a to 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 musí 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 má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

PŘÍLOHA P IV: DEKLARACE PRÁV DUŠEVNĚ POSTIŽENÝCH LIDÍ

Deklarace práv mentálně postižených osob vyhlášená na Valném shromáždění OSN dne 20. prosince 1971.

1. Duševně postižený občan má nárok na přiměřené lékařské ošetření a terapii odpovídající jeho potřebám, jakož i nárok na takové vzdělání, trénink, rehabilitaci a podporu, které co nejvíce mohou rozvinout jeho možný potenciál a schopnosti.
2. Duševně postižený občan má právo na hospodářské zajištění a přiměřený životní standard. Má také právo na produktivní práci nebo odpovídající zaměstnání, které odpovídá pokud možno jeho schopnostem.
3. Tam, kde je možné, měl by duševně postižený žít se svojí vlastní nebo opatrovnickou rodinou a s ní společně sdílet život. Rodina, ve které žije, by měla ke společnému životu obdržet podporu. Pokud je nutný pobyt v zařízení, pak by se způsob života v tomto zařízení a podmínky v něm měly přiblížit normálnímu životu, jak je to jen možné.
4. Duševně postižený občan má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud je to k jeho blahu a zájmům žádoucí.
5. Duševně postižený občan má právo na ochranu před zneužíváním, pohrdáním a ponižujícím jednáním. Pokud je obžalován za přečin, pak má právo na řádné soudní vyšetřování a posouzení jeho míry odpovědnosti se zřetelem na jeho postižení.
6. Pokud duševně postižený občan není v důsledku svého postižení schopen v plném rozsahu využít všechna svá práva, nebo pokud by bylo nutné některá nebo všechna práva omezit či odejmout, musí se při průběhu omezení nebo odejmutí práv prokázat příslušná právní jistota proti jakékoliv formě zneužití. Tento proces musí vycházet z odborného posouzení sociálních schopností duševně postižené osoby a musí podléhat pravidelné kontrole jakož i právu se odvolat k vyšší instituci.

PŘÍLOHA P V: 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.

PŘÍLOHA P VI: PSYCHOLOGICKÉ SLUŽBY PRO RODINU S MENTÁLNĚ POSTIŽENÝM DÍTĚTEM

Psychologické služby patří mezi celou řadu služeb, které rodiny s mentálně postiženým dítětem potřebují.

Služby zdravotnické:

- běžná pediatrická a stomatologická péče
- odborní lékaři (neurolog, oční lékař, foniatr, alergolog, psychiatr, klinický psycholog, genetické poradenství a další)
- speciální terapie pro dítě (rehabilitace, zraková stimulace, psychoterapie)
- alternativní terapie (hipoterapie, rehabilitační plavání apod.)

Služby poradenské:

- vývojové a anticipační poradenství (očekávaná vývojová úskalí a změny potřeb dítěte a rodiny, otázky budoucího zaměstnání, případné rodičovství dítěte, příprava na reakce okolí)
- sociální a právní poradenství
- pedagogické a pedagogicko-psychologické poradenství

Služby pedagogické:

- časná stimulace
- předškolní a školní zařízení

Služby sociální a komunitní:

- chráněné bydlení, specializované domovy
- kojenecké ústavy a ústavy sociální péče

- podporované zaměstnání a chráněné dílny
- asistenční a respitní péče
- doprava
- rekreace, zájmové a sportovní aktivity

Služby po rodiče a sourozence:

- rodičovské skupiny
- rodinná a individuální psychoterapie
- sourozenecké skupiny
- svépomocné a rodičovské organizace (emoční podpora, sdílení zkušeností a problémů, odpočinek a rekreační programy, informace)

Koordinátor péče:

- zejména pokud nejsou služby soustředěny v jediném centru, je důležité je zorganizovat tak, aby se navzájem doplňovaly a byly zaměřeny ke společné pomoci

PŘÍLOHA P VII: ZE ŽIVOTA KLIENTŮ DOMOVA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB SLATIŇANY

Domov sociálních služeb ve Slatiňanech vznikl roku 1926 má bohatou historii vývoje, stále se zlepšujících a moderních výstaveb. V roce 1996 otevření tzv. Slunečního domu, kde je realizován projekt chráněného bydlení a pracovního uplatnění klientů v chráněných dílnách. Sluneční dům je celoročně vytápěn sluneční energií, včetně ohřevu teplé vody. Roku 2004 byl tento projekt rozšířen o 3 nové byty a zkvalitněno bydlení. V roce 2006 byl slavnostně otevřen nový areál čtyř podlažních domků rodinného typu s bezbariérovým zařízením. V každém domku bydlí devět klient v jednolůžkových nebo dvoulůžkových pokojích. Otevření plavecko-rehabilitačního vyhřívaného bazénu v roce 2006 byl výrazným krokem k integraci obyvatel domova.



Obrázek 1 - Nový podlažní domek rodinného typu

Domov zajišťuje denní a celoroční pobyty pro 300 klientů, pro děti, mládež a dospělé s mentálním postižením a pro osoby s mentálním postižením v kombinaci s tělesným nebo smyslovým postižením. Bydlení je podobně jako v běžných rodinách uzpůsobeno do rodinných buněk. Členové odcházejí do „školy“ (třída pomocné školy, výchovné, pracovní výchovné a pracovní skupiny), jiní do „práce“ (chráněné dílny, závěšovací pracoviště).

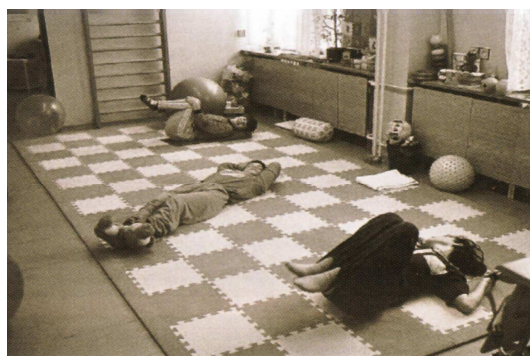


Obrázek 2 - Třída pomocné školy

V rodinné buňce zůstávají jen ti nejvíce postižení, kteří vyžadují individuální péči. Poskytuje svým obyvatelům stálou zdravotní péči prostřednictvím kvalifikovaného zdravotního personálu pod vedením odborných lékařů- pediatra, praktického lékaře, stomatologa, pedopsychiatra, neurologa, dermatologa a kvalifikovaných rehabilitačních pracovníků.



Obrázek 3 – Návštěva u lékaře



Obrázek 4 – Rehabilitační cvičení

V terapeutickém centru klienti využívají kuličkový bazén, účastní se muzikoterapie, ergoterapie v keramické dílně, vyrábějí parafínové svíčky, pečují o dva koně, které aktivně využívají k rekreační jízdě.



Obrázek 5 - Rekreační jízda na koni



Obrázek 6 - Canisterapie



Obrázek 7 – Koupání v kuličkovém bazénu



Obrázek 8 - Muzikoterapie

Ústav spolupracuje s odbornými pracovišti: pedagogickou-psychologickou poradnou, agenturou pro podporované zaměstnávání Rytmus, Hamzovou dětskou léčebnou apod. Klienti mají úspěchy v regionálních i celostátních soutěžích, zejména členové sportovního klubu POHODA, tanečního kroužku STEP, pěveckého a výtvarného kroužku. Pro klienty jsou organizovány tábory a rekreační pobyty v rámci ČR i v zahraničí, účastní se kulturních pořadů, sportovních soutěží, divadelních představení, plesů, diskoték, výletů a karnevalů.

PŘÍLOHA P VIII: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

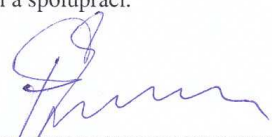
ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, oboru Všeobecná sestra.

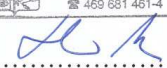
Jméno a příjmení studenta	Eva Drahá
Téma bakalářské práce	Psychosociální problematika mentálně postižených klientů při hospitalizaci
Skupina respondentů	Rodiče mentálně postiženého klienta
Pracoviště	Domov sociálních služeb Slatiňany

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 21. 1. 2008


.....
MUDr. František Grossmann, CSc.
ředitel ústavu zdravotnických studií




.....
Razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P IX: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

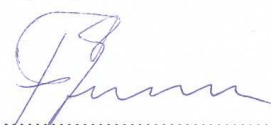
ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

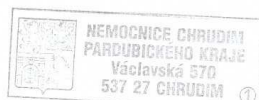
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Eva Drahá
Téma bakalářské práce	Psychosociální problematika mentálně postižených klientů při hospitalizaci
Skupina respondentů	Zdravotnický personál
Pracoviště	Chrudimská nemocnice, a.s.

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 21. 1. 2008


.....
MUDr. František Grossmann, CSc.
ředitel ústavu zdravotnických studií



Razítko a podpis zástupce zařízení

Chrudimská nemocnice, a.s.
IČ: 275 20 561
Václavská 570
537 27 Chrudim

Vyřizuje: Navrátilová
tel: +420 577 008 137, e-mail: jnavratilova@fhs.utb.cz