



Středoškolská technika 2010

Setkání a prezentace prací středoškolských studentů na ČVUT

Aplikace ošetrovatelského modelu Hildegard Peplau u mentálně postížených klientů v praxi.

Martina Poláková

SZŠ a VOŠ zdravotnická Příbram

**Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická,
Příbram I, Jiráskovy sady 113**

**APLIKACE OŠETŘOVATELSKÉHO MODELU HILDEGARD
PEPLAU U MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH KLIENTŮ V PRAXI**

Absolventská práce

Martina Poláková

Příbram 2009

**Aplikace ošetrovatelského modelu Hildegard Peplau
u mentálně postižených klientů v praxi**

Absolventská práce

Martina Poláková

SZŠ a VOŠ zdravotnická, Příbram I,
Jiráskovy sady 113

Studijní obor : Diplomovaná všeobecná sestra

Vedoucí práce : doc. PhDr. Gabriela Sedláková, PhD., R.N

Datum odevzdání práce : 7. 12. 2009

Datum obhajoby :

Příbram, 2009

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem absolventskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla podle platného autorského zákona v seznamu použité literatury a zdrojů informací. Zároveň souhlasím s případným použitím mé práce pro potřeby SZŠ a VOŠ zdravotnické.

Příbram dne :

.....

Podpis autorky

Poděkování

Děkuji doc. PhDr. Gabriele Sedlákové, PhD., R.N za odborné vedení absolventské práce.
Také děkuji Mgr. Lucii Sirotkové jazykovou korekturu při zpracování této absolventské práce.

Abstrakt

Martina Poláková : Aplikace ošetrovatelského modelu Hildegard Peplau u mentálně postížených klientů v praxi.

Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická Příbram I,

Jiráskovy Sady 113

Vedoucí práce: doc. PhDr. Gabriela Sedláková, PhD., R.N

Absolventská práce, Příbram: SZŠ a VOŠ zdravotnická 2009, 62 stran

Absolventská práce se skládá ze dvou částí, a to teoretické a praktické. Tématem práce bylo mentální postižení a ošetrovatelský model Hildegard Peplau. Teoretická část obsahuje současný stav mentálně postížených, historii, klasifikaci, nejčastější příčiny tohoto onemocnění. Dále obsahuje psychické zvláštnosti, které se vyskytují v tomto stavu, diagnostické metody prováděné u klientů a multidisciplinární tým.

Léčbu: socioterapie, biologická léčba, psychoterapie, režimová terapie, péče o každodenní chod zařízení a ergoterapie, volnočasové aktivity, sport a zátěžové programy. Také obsahuje interakci a komunikaci, možnosti prevence, práva lidí s mentálním postižením a humánní přístup.

Dále obsahuje ošetrovatelský model Hildegard Peplau - jeho vývoj, hlavní jednotky, koncepci a obsah.

V praktické části byla použita metoda kazuistiky a pozorování. Pozorovali jsme mentálně postížené klienty a práci sester v Domově Domino a Domově Leontýn. Hlavní body kazuistiky a pozorování byly tyto: zvládání zátěžových situací, uspokojování potřeb klientů, vytvoření profesionální blízkosti, komunikace s klienty, integrace klientů mezi ostatní lidi, plnění přání a nároků, přebírání odpovědnosti za své jednání.

Výsledky byly tyto: Sestry se dostatečně věnují přáním a nárokům klientů. Integrace mentálně postížených klientů je v Domově Domino dostatečná. Sestry vedou klienty k přebírání odpovědnosti za své jednání. Sestry si dobře vytvořily profesionální blízkost. Sestry umí řešit zátěžové situace do 3. stupně agrese. Domov Leontýn má dostatek pomůcek pro zvládání zátěžových situací. Sestry dostatečně řeší ošetrovatelské problémy klientů. V Domově Domino nemají klienti uspokojenou potřebu partnerských a rodinných vztahů. V Domově

Leontýn by se měli více zabývat neverbální komunikací. V Domově Leontýn u většiny klientů, z důvodu špatné komunikace, neprobíhá vztah mezi sestrami a klienty ve 4 fázích podle Hildegard Peplau.

Domov Domino uspěl v kazuistice na 95% a v pozorování na 96%. Domov Leontýn uspěl v kazuistice na 98% a v pozorování na 95%.

Klíčová slova: klient, mentální postižení, ošetrovatelský model, potřeby, zátěžové situace

Abstract

Martina Poláková

Application of the Hildegard Peplau nursing care model in mentally affected in practice.

The Secondary School of Nursing and Higher Vocational School of Nursing, Příbram I.,
Jiráskovy Sady 113

Tutor: doc. PhDr. Gabriela Sedláková, PhD., R.N

Graduation work, Příbram: SZŠ a VOŠ zdravotnická 2009, 62 pages

This graduation work consists of two parts, theoretical and practical. The subject of the work is mental disability and Hildegard Peplau nursing care model. The theoretical part contains present state of mentally affected, history, classification, the most frequent causes of this disorder. Next it contains mental specialities which are occurring in this state, the diagnostic methods implemented in clients and a multidisciplinary team. Also contains the treatment: sociotherapy, biological treatment, psychotherapy, regimen treatment, care for day-to-day running of the institution and occupational therapy, free time activities, sport and load programs. Also it contains an interaction and communication, possibilities of prevention, rights of mentally affected people and human access. Next it contains the Hildegard Peplau nursing care model, its emergence, main units, conception and contents.

In practical parts there was applied a method of casuistry and observation. We have observed mentally affected clients and nurses in the Home Domino and the Home Leontýn. Main articles of casuistry and observation were these: coping with stress situations, satisfaction of needs of clients, creation of professional proximity, communication to clients, intergration of clients among other people, fullfilling their desire and pretensions, sorting responsibility for their discretion.

The results were the following: The nurses attend to wishes and pretensions of clients enough. The integration of mentally affected clients is ample in Home Domino. The nurse lead clients to sorting responsibility for their behaviour. The nurses created professional affinity. The nurses can solve stress situations to the third level of agression. The Home Leontýn is sufficiently iquipped for stress situations managemant. The nurses soft sufficiently the nursing problems of the clients. The Home Leontýn they should consider nonverbal communication more. In the Home Leontýn there is not relation ship in majority of clients between nurses and clients for the reason of wrong communication. The Home Domino succeeded in casuistry on ninety five per cent and in observation on ninety five per cent.

The Home Leontýn succeeded in casuistry on ninety eight per cent and in abservation on ninety five per cent.

Key words: client, mental disability, nursing care model, needs, stress situations.

Obsah

Úvod	10
Teoretická část	
1 Pojem mentální postižení a jeho současný stav	11
1. 1 Historie mentálně postižených	11
1. 2 Klasifikace mentálního postižení	13
1. 2. 1 Lehká mentální retardace	13
1. 2. 2 Středně těžká mentální retardace.....	14
1. 2. 3 Těžká mentální retardace	15
1. 2. 4 Hluboká mentální retardace	15
1. 3 Nejčastější příčiny mentálního postižení	16
1. 4 Psychologické zvláštnosti mentálně postižených jedinců	18
1. 5 Diagnostika mentální retardace	19
1. 6 Multidisciplinární tým	19
1. 7 Multidisciplinární přístup v terapii duševních nemocí	20
1. 8 Interakce a komunikace s mentálně postiženým klientem	24
1. 9 Možnosti prevence mentálního postižení	25
1. 10 Práva lidí s mentální retardací	27
1. 11 Humánní přístup v péči o mentálně retardované	30
2 Ošetřovatelský model Hildegard Peplau	32
2. 1 Hildegard E. Peplau	32
2. 2 Vývoj modelu interpersonálních vztahů	33
2. 3 Hlavní jednotky modelu	33
2. 4 Metaparadigmatické koncepce podle H. Peplau u mentálně postižených klientů	35
2. 5 Koncepce modelu	35
2. 6 Obsah modelu	37

Praktická část

3 Problém průzkumu	39
3. 1 Cíle průzkumu	39
3. 2 Metoda a průzkumný vzorek	39
3. 3 Charakteristika výzkumného vzorku	40
3. 4 Diskuse	58
3. 5 Závěr pro praxi	59

Závěr

Použitá literatura

Přílohy

Úvod

Představy lidí o mentálně postižených bývají často zkreslené. Někteří se dokonce domnívají, že všichni postižení by měli být umístěni do specializovaných zařízení. S podobným názorem se dokonce setkáme i u některých zdravotnických pracovníků.

Mentální postižení (= retardace) je trvalý stav způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku. Dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, odlišnému vývoji určitých vlastností a k poruchám adaptačního chování.

Znakem mentálního postižení je trvalé snížení rozumových schopností, vzniklé v důsledku organického poškození. Může vzniknout ve třech obdobích: prenatálním, perinatálním a postnatálním. Mentální postižení se dělí do šesti základních kategorií: Lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace a nespecifická mentální retardace. Projevuje se společnými znaky, jejichž obměna závisí na druhu mentálního postižení.

Lidé s mentálním postižením mají stejné základní potřeby a práva jako lidé bez postižení. Pro naplnění přání a potřeb potřebují podporu společnosti.

Ošetrovatelský model Hildegard Peplau je interakčním modelem zdůrazňující vztahy mezi lidmi, zjišťuje sociální problémy v mezilidských vztazích a určuje postup vedoucí ke zlepšení vzájemných vztahů.

Tato problematika je autorovi práce velmi blízká. Zajímal nás jejich růst a vývoj. To zda je péče o tyto lidi dostačující, zda mají dostatek pomůcek a prostředků, jak jsou integrováni do společnosti a jakých chyb se sestry dopouštějí v péči o mentálně postižené.

Péče o mentálně postižené je na vysoké úrovni. Sestry se dostatečně věnují přáním a nárokům klientů, pomáhají jim v růstu, vývoji a sebedůvěře. Snaží se je integrovat do společnosti. Hlavním nedostatkem je málo proškoleného personálu a pomůcek pro zvládnání zátěžových situací.

TEORETICKÁ ČÁST

1 POJEM MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ A JEHO SOUČASNÝ STAV

Mentálně postižení (=retardování), jsou tací jedinci, u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji určitých vlastností a k poruchám adaptačního chování.

Hloubka a míra postižení jednotlivých funkcí je individuálně odlišná.

Příčinou mentálního postižení je organické poškození mozku.

Podle vývojového období, ve kterém k mentálnímu poškození došlo, rozeznáváme **OLIGOFRENI** – opoždění duševního vývoje na podkladě dědičném a vrozeném, **DEMENCI** – důsledek poškození mozku různého druhu v průběhu života jedince.

Znakem mentálního postižení je trvalé snížení rozumových schopností, vzniklé v důsledku organického poškození mozku.

Nejedná se o nemoc, ale trvalý stav, který je způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku (Švarcová, I., 2000).

1. 1 HISTORIE MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH

Popis mentální retardace najdeme již na egyptských papyrových svitcích v Thébách kolem roku 1500 před Kristem. Svitky popisují postižení těla i mysli, které se vztahují k úrazům hlavy a mozku, kdy vzniká obvyklá infanticida. Přístup k postiženým jedincům byl ovlivněn dobou a převládajícím dobovým názorem. Ve starověkém Římě topili tyto děti v řece Tibeře, zatímco Řekové ve Spartě je vrhali dolů ze spartských skal. Na počátku 2. století po Kristu bylo praktikou prodávat děti s postižením kočovným společenstvem pro zábavné účely a pro pobavení. V období středověku dochází k úbytku infanticidy a přístup k osobám s postižením se začíná více diferencovat. V roce 1690 představuje John Lock své učení a publikuje své Eseje o lidském rozumu. John Locke se kriticky postavil proti učení Reného

Descarta a tvrdí, že člověk na svět přichází bez vrozených idejí a jeho mysl je nepopsaná deska

(tabula rasa), na kterou až lidská zkušenost zapisuje dojmy a informace o světě. Je zastáncem individuální výchovy a vzdělávání, které bere ohled na jedinečnost jedince. Pro psychologii má také velký význam jeho teoretické rozlišení mezi nedostatkem rozumu (mentální retardací) a šílenstvím (duševním onemocněním). Podle Locka u osob s duševním onemocněním dochází k chybnému spojování a mylnému zdůvodňování jednotlivých idejí, zatímco osoby s mentální retardací mají omezenou samotnou schopnost ideje spojovat a zdůvodňovat.

Dalším významným historickým milníkem je v 18. století případ dvanáctiletého Viktora, který se stal celosvětově známý jako chlapec z Aveyronu. Viktor byl nalezen přibližně ve věku dvanácti let ve francouzských horách v okolí Aveyronu, kde žil divokým životem bez většího kontaktu s lidskou civilizací. Po zadržení byl Viktor předán do ústavu pro hluchoněmé, ve kterém byl ředitelem Jean-Marc-Gaspard Itard. Itard byl velkým zastáncem učení Johna Locka a zdůrazňoval roli smyslové výchovy ve výuce a vzdělávání. Vypracoval pro Viktora rozsáhlý vzdělávací a výchovný program, podle kterého dokázal za pět let intenzivního tréninku udělat velké pokroky. I když měl v dospělosti problémy s řečí a se sociálním chováním, přesto jeho pokroky předčily očekávání mnoha vychovatelů.

Itard byl také učitelem Eduarda Seguina, který pracoval s lidmi s mentální retardací, který vyvinul komplexní systém výchovy a vzdělávání pro osoby s postižením intelektu a zasloužil se tak o rozvoj psychopedie. Jeho postupy byly založeny na smyslové výchově a rozvoji činnosti jednotlivých receptorů. V roce 1850 se odstěhoval do USA a roku 1876 zde zakládá společnost, která je dnes známá jako Americká asociace pro mentální retardaci.

Ve 20. století vytváří Alfred Binet škály na měření inteligence umožňující rozlišovat mezi mírou intelektového nadání a postižením intelektu. V roce 1910 vzniká klasifikace slabomyslnosti (oligofrenie) a vznikají tři stupně mentálního postižení – idiocie, imbecilita, debilita. Původní klasifikace oligofrenie byla revidována až po čtyřiceti letech pod tendencí nahradit zastaralé pojmy, které postupem času získaly vulgární konotaci a vzbuzovaly pedagogický pesimismus. Pojem mentální retardace vzniká v padesátých letech 20. století v USA, kdy revidovaná klasifikace tehdy rozlišovala pět stupňů postižení intelektu: hraniční pásmo (67-83 bodů IQ), lehké (50-66 bodů IQ), střední (33-49 bodů IQ), těžké (16-32 bodů IQ) a hluboké (pod 16 bodů IQ). Vzhledem k tomu, že kvůli této klasifikaci byla řada osob z etnických menšin chybně klasifikována pod kategorii mentální retardace, byla klasifikace v sedmdesátých letech upravena. Hraniční pásmo nebylo hodnoceno jako

postižení intelektu, ale jako subnorma. Hranice mentální retardace se posunula směrem dolů k hodnotě 70 bodů IQ a vzniká tak rozlišení lehké mentální retardace (50-69 bodů IQ), středně těžké mentální retardace (35-49 bodů IQ), těžké mentální retardace (20-34 bodů IQ) a hluboké mentální retardace (pod 20 bodů IQ). Takto upravená klasifikace se stala součástí Mezinárodní klasifikace nemocí používané v Evropě i Diagnostického a statistického manuálu používaného v USA ([http: //www.dobromysl.cz/scripts/detail/.php?id=1303](http://www.dobromysl.cz/scripts/detail/.php?id=1303)).

1. 2 KLASIFIKACE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ

(RETARDACE)

Od roku 1992 vstoupila v platnost nová klasifikace – 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě.

Dělí se do šesti základních kategorií:

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

1. 2. 1 LEHKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE (IQ 50-69)

Je charakterizována schopností užívat účelnou řeč v každodenním životě, udržovat konverzaci, podrobit se klinickému rozhovoru, i když si osvojí mluvu opožděně. Tito lidé dosáhnou úplné nezávislosti v osobní péči (hygiena, oblékání, mytí, strava) i v praktických domácích dovednostech, ale vývoj je oproti normě pomalejší. Mají specifické problémy se čtením a psaním. Velmi jim prospívá výchova a vzdělávání zaměřené na rozvíjení jejich dovedností a kompenzování nedostatků. Jedince na horní hranici lehké mentální retardace lze pracovním zaměstnat. Práce musí být spíše manuální.

„Důsledky retardace se však projeví, pokud je postižený emočně a sociálně nezralý např. špatná přizpůsobivost tradicím, neschopnost řešit samostatně problémy plynoucí z nezávislého života“ (Švarcová, I., 2000, s. 28).

U osob s lehkou mentální retardací se mohou projevit v různé míře přidružené chorobné stavy – autismus, epilepsie, poruchy chování nebo tělesné postižení.

1. 2. 2 STŘEDNĚ TĚŽKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE (IQ 35 – 49)

Do této kategorie se řadí jedinci s výrazně opožděným rozvojem chápání, užívání řeči, schopností sebeobsluhy a zručnosti.

Ve škole si někteří žáci s tímto postižením při kvalifikovaném pedagogickém vedení osvojí základy čtení, psaní a počítání.

Speciální vzdělávací programy poskytují postiženým příležitost, jak rozvíjet omezený potenciál a získat základní vědomosti a dovednosti.

V dospělosti jsou schopni vykonávat jednoduchou práci, pokud jsou úkoly pečlivě strukturovány a je zajištěn odborný dohled.

Málokdy je možný úplně samostatný život.

Většinou bývají plně mobilní a fyzicky aktivní a prokazují schopnost k navazování kontaktů, komunikaci s druhými a zájem se o jednoduché sociální aktivity.

V této skupině jsou velké rozdíly v povaze schopností. Někteří jedinci dosahují vyšší úrovně v senzomotorických dovednostech než v úkolech závislých na verbálních schopnostech, jiní jsou značně neobratní, ale schopní sociální integrace a komunikace.

Úroveň rozvoje řeči je různá. Někteří jsou schopni jednoduché konverzace, zatímco jiní se sotva domluví o svých základních potřebách. Někdo se dokonce nenaučí mluvit nikdy, ale může porozumět jednoduchým verbálním instrukcím a používat nonverbální komunikaci (Švarcová, I., 2000).

U většiny lidí se středně těžkou mentální retardací lze zjistit organickou etiologii. U značné části je přítomen dětský autismus, který velmi ovlivní klinický obraz a způsob, jak s postiženým jednat.

U takto postižených jedinců se mohou vyskytovat různá tělesná postižení, neurologická postižení (epilepsie) a různá psychiatrická onemocnění.

Vzhledem k omezení schopnosti verbálního projevu je diagnóza obtížná a závisí na informacích od blízké osoby.

1. 2. 3 TĚŽKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE (IQ 20 – 34)

Tato kategorie je velmi podobná středně těžké mentální retardaci, jak v klinickém obrazu, přítomnosti organické etiologie i přidružených stavech. Jen úroveň schopností je výrazněji snižena.

Většina jedinců trpí značným stupněm poruchy motoriky či jinými přidruženými vadami, které prokazují vadný vývoj ústředního nervového systému.

I přes značně omezené možnosti výchovy a vzdělání, zkušenosti ukazují, že včasná kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikaci, soběstačnosti a celkovému zlepšení kvality života.

1. 2. 4 HLUBOKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE (IQ je nižší než 20)

Postižení jedinci jsou těžce omezeni ve schopnosti porozumět požadavkům nebo instrukcím. Větší část osob je imobilní či velice omezená v pohybu. Postižení bývají inkontinentní a jsou schopni pouze neverbální komunikace. Nemají schopnost pečovat o své potřeby a vyžadují stálý dohled a pomoc. Výchova a vzdělávání jsou velmi omezené. Chápání a používání řeči je omezeno na vyhovění jednoduchých požadavků.

Lze dosáhnout, při vhodném vedení a dohledu, jednoduchých zrakově prostorových orientačních dovedností a podílet se na praktických úkonech v sebeobsluze. Ve většině případů má toto postižení organickou etiologii. Velmi časté jsou těžké neurologické či tělesné nedostatky hybnosti, epilepsie, zrakové a sluchové postižení, autismus

(Švarcová, I., 2000).

JINÁ MENTÁLNÍ RETARDACE

Tato kategorie se používá pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené sensorické či somatické poškození např.: u nevidomých, neslyšících, nemluvících, u lidí s těžkými poruchami chování, u těžce tělesně postižených a autistů.

NESPECIFIKOVANÁ MENTÁLNÍ RETARDACE

Tato kategorie je používána v případě, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací a pacienta nelze zařadit do výše uvedených kategorií.

1.3 NEJČASTĚJŠÍ PŘÍČINY MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ

K mentální retardaci vede celá řada různých příčin, které se prolínají a spolupůsobí. Ve výzkumu příčin existují dvě rozdílná hlediska. Hledisko *dědičnosti a vlivu prostředí a výchovy na člověka* (vliv prostředí na utváření osobnosti člověka a jeho schopností).

Mentální retardace může být způsobena jak **ENDOGENNÍMI** (vnitřními), tak **EXOGENNÍMI** (vnějšími) příčinami.

Vnitřní příčiny (= příčiny genetické) jsou zakódovány v systémech pohlavních buněk, kdy při jejich spojení vzniká nový jedinec.

Vnější činitele působí od početí, během celého těhotenství, porodu, poporodního období až do raného dětství. Mohou, ale také nemusí, být příčinnou poškození mozku plodu nebo dítěte. Hrají zde roli i činitele, kteří spouštějí projevy zakódované v patologii dědičnosti.

Exogenní faktory se dělí podle období na - prenatální (od početí do narození dítěte)

- perinatální (před, během a těsně po porodu)

- postnatální (po narození).

Nejčastější příčiny mentální retardace dle Švarcové v roce 2000:

Infekce a intoxikace:

- prenatální infekce: zarděnková embryopatie, kongenitální syfilis
- postnatální infekce: zánět mozku
- intoxikace: otrava olovem
- kongenitální toxoplasmóza

Úrazy a fyzikální vlivy:

- novorozenecká hypoxie
- postnatální poranění mozku

Poruchy výměny látek, růstu, výživy:

- hypotyreóza – kretenismus
- glykogenóza
- mozková lipoidóza

Makroskopické léze mozku (novotvarem, degenerací)

Nemoci a stavy způsobené jinými a nespecifickými prenatálními vlivy: mikrocefalie, vrozený hydrocefalus

Anomálie chromozomů: Downův syndrom

Nezralost plodu

Psychosociální deprivace – stavy se sníženým intelektem způsobené vlivem nepříznivých sociokulturních podmínek.

Mentální postižení často vzniká kombinací podmíněného nižšího nadání a výchovné nepodnětnosti či zanedbanosti. Jedná se obvykle o děti podobně postižených rodičů s nízkou intelektovou a vzdělanostní úrovní (předávají jim horší genetické předpoklady a nejsou jim schopni poskytnout přiměřenou výchovu).

Výzkum příčin mentální retardace není zdaleka ukončen, nachází se spíše na počátku svého vývoje (Švarcová, I., 2000).

1.4 PSYCHOLOGICKÉ ZVLÁŠTNOSTI MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH JEDINCŮ

„Každý mentálně postižený je svébytný subjekt s charakteristickými osobnostními rysy“ (Švarcová, I., 2000, s. 33).

U značné části z nich se projevují společné znaky, jejichž obměna závisí na druhu mentální retardace, její hloubce, rozsahu, nebo zda jsou výrazněji postiženy některé psychické funkce a duševní vývoj je nerovnoměrný.

Mentální retardace se projevuje:

- zpomalenou chápavostí, jednoduchostí
- sníženou schopností porovnávat a vyvozovat logické vztahy
- nedostatečnou slovní zásobou a špatným vyjadřováním
- poruchami pohybové koordinace
- impulsivností, hyperaktivitou či zpomaleným chováním
- výraznou citlivostí
- rigiditou chování
- opožděným psychosexuálním vývojem
- zvýšenou potřebou bezpečí
- poruchami interpersonálních vztahů a komunikaci
- sníženou přizpůsobivostí k sociálním požadavkům atd.(Švarcová, I., 2000).

1.5 DIAGNOSTIKA MENTÁLNÍ RETARDACE

Přesné vymezení hodnot IQ je podle diagnostických zkušeností značně problematické. Při opakovaných vyšetření hodnoty IQ často kolísají, proto lze získat i dosti odlišné výsledky. Záleží na časovém odstupu, formě kladení otázek, kvalitě testu, momentální psychické

dispozici a vhodnosti testu pro osobu s mentální retardací. Výsledky testů by měli podléhat pravidelným kontrolám, aby neomezovaly děti v dalším rozvoji.

K diagnostice opožděného duševního vývoje nestačí pouhé testování inteligence, ale i další soubor zkoušek: podrobné klinické zhodnocení chování a osobnosti jedince, anamnéza a životní podmínky, emoční a depriváční činitelé.

Psychologická kritéria pro určování mentální retardace:

- celkové výsledky inteligenčních zkoušek vyjádřených IQ či mentálním věkem
- profil výsledků v jednotlivých testech
- zhodnocení výsledků specifických zkoušek
- výsledky výukových zkoušek
- charakteristika vývoje řeči
- charakteristika citového vývoje a regulace chování
- výsledky psychologického, somatického a neurologického vyšetření

Jen takhle lze analyzovat individuální zvláštnosti, odchylky a poruchy v jednotlivých složkách vývoje jedince. Tento klinický a multidimenzionální přístup má význam v diagnostickém rozboru, nápravných opatření a prognózách (Švarcová, I., 2000).

1.6 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM

Multidisciplinární tým je skupina lidí s charakterizovaným přístupem spolupráce více vědních oborů při realizaci odborné a vědecko-výzkumné činnosti.

Mentálně postižený by se měl v průběhu terapie dostat do styku s těmito odborníky:

Praktický lékař, který by měl posoudit stav klienta, doporučit mu odborníka a poskytnout informace o příznacích možné nemoci.

Odborník – psycholog, ke kterému se klient dostane jako první. Psycholog je nemedicínský odborník, který pracuje s klientem a bude se angažovat v dalších fázích onemocnění. Omezení je v tom, že nepředepisuje léky.

Odborný lékař – psychiatr je lékař pracující s duševním onemocněním v rámci medicínského vzdělání. Navrhuje postup léčby, otevřeně diskutuje s klientem ohledně jeho stavu a možného postupu léčby.

V současné době může poskytovat i odbornou psychoterapii, která je nedílnou součástí léčby. Psychiatr provede diagnostiku a zahájí odbornou medikamentózní péči.

Dále musí umět srozumitelně vysvětlit celou problematiku duševního onemocnění a poradit si s emocemi klienta a povzbudit ho ve fázích ztráty víry. Zároveň musí udržet vtať plný důvěry, který sám o sobě léčí.

Sestry hrají velkou úlohu na cestě k zvládnání nemoci, protože jsou součástí jakékoliv zdravotní péče. Jsou zárukou dobrého vztahu mezi lékařem a klientem.

Terapeuti, kteří pracují v rámci individuální nebo skupinové terapie – muzikoterapeuti, arteterapeuti, dramaterapeuti, rehabilitační pracovníci, ergoterapeuti atd...

Sociální pracovník, který klientovi poskytne dostatek informací o systému zdravotní a sociální péče a o finančních možnostech (invalidní důchod, nemocenské dávky...).

Psychiatrické sestry s klientem sepisují plán péče podle aktuálního zdravotního a sociálního vztahu. Jsou průvodci na cestě k léčbě dlouhodobé nemoci a pomáhají zvládat situace a stavy klienta, které by je mohli přemoci.

Součástí týmu je i *rodina* a jeho blízcí, se kterými žije. Dávají klientovi pozitivní stimuly, které mu pomáhají v opětovném zařazení do života.

Multidisciplinární práce spočívá v nutnosti pokrýt množství různých potřeb klienta. Proto je nutná provázanost a součinnost mnoha odborníků (Mahrová, G., Vengrářová, M., 2008).

1.7 MULTIDISCIPLINÁRNÍ PŘÍSTUP K TERAPII DUŠEVNÍCH NEMOCÍ

Nejúčinnější je komplexní multidisciplinární přístup uskutečňovaný spoluprací klienta s odborným týmem.

Socioterapie a sociální práce

Socioterapie podporuje normální, zdravé, pravidelné, obecné, svobodné stránky individuality klienta.

Terapeuti mají vystavovat klienta aspektům obecnosti, zdraví všednosti, normality a učí ho získávat zkušenosti.

Socioterapeutický kontext léčby vytváří sociální pracovník a všichni členové terapeutického týmu.

Psychoterapie klienta může tedy tvořit jen ohraničenou část všedního dne. Pokud by klient byl vnímán jen psychoterapeuticky, vytvářel by situace, které se v běžném životě

nenachází. Byl by veden k regresi a hospitalizmu. Tvořil by velkou propast mezi nemocí a realitou.

Socioterapie se zaměřuje na konkrétní svět (pošta, práce) a sociální jednání klienta v tomto světě. Zjišťuje, jak klient získává sociální kontakty (restaurace, doprava), jak ve své nemoci přistupuje k normám společnosti a kde je přesahuje. Snaží se ovlivnit to, aby ho nemoc ze společnosti nevyčleňovala a mohl si tak udržet běžné sociální dovednosti.

Socioterapie se také zabývá zacházením s vlastními potřebami- potřeba jíst, spát, bydlet, pracovat, potřeba soukromí, společnosti, vztahů a sexu. Stává se, že klient se ve svém uvažování neshoduje se společností v tom, jak se má s těmito potřebami zacházet.

Ve všech případech je potřeba stanovit jasná a přesná pravidla. Nezbytností a povinností pro všechny je ohleduplnost a tolerance.

Cílem snažení je, aby klient byl schopen žít a jednat v sociálním a politickém prostoru dané společnosti. Dále aby vyzkoušel, ve kterých oblastech jsou pro něj aspekty nemoci skutečnou překážkou a kde si je způsobuje sám.

Díky socioterapii má klient možnost na jednom místě získávat zkušenosti a současně o nich hovořit.

Biologická léčba

Tato terapie představuje medikaci, aplikaci léčebných metod a postupů.

Je v kompetenci lékaře- psychiatra. Úkolem ostatních členů týmu je pomoci klientovi překonat možné obtíže s užíváním léků nebo strach z některých lékařských výkonů. Významné jsou zde zdravotní sestry, v rámci socioterapeutického přístupu vedou klienta k odpovědnému přístupu a samostatnosti v péči o zdraví, ke zdravému životnímu stylu.

Psychoterapie

Je nedílnou součástí léčby duševně nemocných. Je v kompetenci psychiatra, psychologa nebo psychoterapeuta. I sociální pracovníci vstupují do psychoterapeutických výcviků, aby si rozšířili vzdělání a získali lepší spolupráci s klienty.

Psychoterapeutických systémů je velmi mnoho. Dnes se nejvíce využívá *eklekticko – integrovaný přístup*, který hledá na každém směru to cenné a užitečné. Z tohoto pohledu vychází Norcrossova definice psychoterapie: „Psychoterapie je odborná

a záměrná aplikace klinických metod a interpersonálních postojů vycházejících z uznávaných psychologických principů se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce nebo osobní charakteristiky směrem, který obě strany považují za žádoucí“ (Mahrová, G., Vengrářová, M., 2008, s. 94).

Další příklady u nás používaných psychoterapeutických systémů: dynamická psychoterapie, regersovský přístup, behaviorální psychoterapie, komunikační psychoterapie, hlubinná psychoterapie atd.

Společným faktorem pro psychoterapii je vznik pevného terapeutického vztahu. Je jedním z hlavních činitelů ovlivňujících psychoterapii.

Režimová terapie

Zdůrazňuje nutnost strukturovaného uspořádání, které nabízí bezpečí a jistotu. Je to organizace zdravého prostředí umožňující dělat chyby a napravovat je s rostoucí mírou odpovědnosti. Obsahuje srozumitelně vymezený denní program s platnými pravidly pro všechny zúčastněné.

Denní program a pravidla určují jasný, pevný řád. Dodávají jasnou představu o tom, co právě probíhá a co bude následovat. Jde o rozložení dne do jednotlivých časových úseků a pojmenování jejich obsahu. Klient se pohybuje v pevně stanovených hranicích a učí se je dodržovat. Všechny činnosti a pravidla v denním řádu mají stejnou důležitost a jsou rovnocennou součástí terapie. Důležitá je návaznost, obsahové propojení a soulad. Díky tomu má klient příležitost uvědomit si, že všechno, co dělá, ovlivňuje život ostatních.

Jedná se o součást terapie, která je postavena na základech teorie sociálního učení. Dobře sestavený denní program odráží realitu všedního dne a respektuje potřeby všech členů.

Cílem je dosažení schopnosti klienta vytvořit si vlastní denní režim, který bude dodržovat a upravovat ho podle svých potřeb tak, aby zůstaly zachovány zásady zdravého způsobu života. Měl by vědět, jak upřednostňovat povinnosti před zábavou, a přitom nezapomínat na odpočinek a činnosti, které jsou pro něj zdrojem energie. Důležité je vytvářet si vlastní jistotu, být schopen plánovat a plány plnit.

Dalším cílem je možnost vidět a zpracovávat události všedního dne a poučit se ze svých chyb. Tyto získané dovednosti dávají možnost zachovat si vlastní strukturu a vývojovou kontinuitu.

Péče o každodenní chod zařízení a ergoterapie

Prostředkem k dosažení lepší životní situace je společná práce na úkolech ve prospěch ostatních.

Ergoterapie má velký význam v péči o duševně nemocné a obsahuje péči o každodenní chod zařízení. Obsahuje jednotlivé činnosti a práce, které jsou rozloženy do specifických rolí. Klient v nich získává oprávnění a důvěru.

Každá role obsahuje prvky sociálního učení prostřednictvím interakce. Odráží sociální role se stejným obsahem. Klient se aktivně podílí na životě a získává reflexe na své chování. Díky této zpětné vazbě se učí rozumět svému chování v určitých životních rolích. Každá funkce má zároveň klientovi říkat, jak se ve skupině důležitý a prospěšný.

Péče o běžný chod komunity se tak stává zdrojem pozitivní identifikace klienta. Učí ho sounáležitosti, schopnosti udělat něco pro druhé a plánovat budoucnost. Klient se ve veřejných funkcích učí přijímat pochvalu a kritiku.

Významnou složkou ergoterapie je plánování. Tým i klienti si společně organizují práci, povinnosti i zábavu tak, aby plnila svůj účel a neohrozili fungování zařízení.

Klient je veden ke zlepšení sebepéče.

Cílem zapojení klientů do každodenní péče o chod zařízení je získání vlastních kompetencí s uvědoměním si svých schopností.

Ergoterapeutický program je v kompetenci pracovního ergoterapeuta, který za něj odpovídá.

Péče o chod zařízení je náplní práce celého týmu s jasnou spoluprací s klienty.

Volnočasové aktivity, sport, zátěžové programy

Aktivní a smysluplné vyplnění volného času je pro klienty s duševním onemocněním velmi problematické a je nedílnou součástí jejich terapie.

Je zdrojem spolupráce, plánování a následného zpracování společných zážitků.

Volný čas má část individuální, kde klient realizuje své zájmy a dovednosti, druhá část obsahuje skupinové a společenské akce. Důležitý je vlastní prožitek a poznání sounáležitosti, možnost podpořit ostatní, přijmout nebo poskytnout pomoc. Objevují se i krizové situace, které jsou reálné a posilují klienta. Do těchto součástí programu lze velmi dobře zapojit rodinu a přátele klienta a tím upevnit vzájemné vazby.

Zátěžové a zážitkové programy dávají příležitost zjistit, kde jsou hranice klientových sil, kdy je možné se spoléhat na ostatní a posilují sebevědomí.

Získané prožitky bývají nezapomenutelné a emocionální.

Tato forma terapie dává možnost všem členům týmu přispět svými vlastními zájmy a dovednostmi (Mahrová, G., Vengrářová, M., 2008).

1.8 INTERAKCE A KOMUNIKACE S MENTÁLNĚ POSTIŽENÝM KLIENTEM

Vztah, je pole na kterém se odehrává sama práce. Je motivující a dodává zkušenosti s jinými lidmi. Nástrojem k utváření vztahu je komunikace.

Principy podporující dobrý vztah:

Respekt – vzájemná úcta, která je nutná pro spolupráci. Znamená akceptovat klienta takového, jaký je. Má snahu klienta pochopit, nikoli odsouhlasit vše, co udělá.

Dobrý úmysl – je stálé dotazování se, zda to, co dělám, je s dobrým úmyslem a ve prospěch klienta.

Flexibilita – zdůrazňuje aktuální situaci klienta a jeho potřebu spolupráce.

Důvěra – důležitým předpokladem pro důvěru ve vztahu a spolupráci je zacházení s informacemi.

Partnerství – klient a sociální pracovník spolu vytváří plán spolupráce, hledají příčiny potíží a možností jejich řešení. Partnerství je možnost všech zúčastněných přinášet své nápady, nabídky a řešení.

Práce s klientem je založena na vztahu. Klienti hledající pomoc jsou zpravidla v těžké situaci. Sociální pracovník má za úkol vytvořit si ke klientovi dobrý profesionální vztah.

Komunikace musí být vedena v jazyce srozumitelném pro klienta a s dostatečným respektem. Je přizpůsobena aktuální situaci klienta, jeho možnostem a projevům. Poskytované informace jsou vždy pravdivé.

Jinak jednáme s klientem, který je adaptovaný, jinak s klientem, který přichází v akutní krizi. Lze říci, že projevy mentálně postižených lidí jsou velmi pestré. Někdy je těžké s nimi

navázat kontakt, mohou být nedůvěřiví a vztahovační. Jindy navazují kontakt až přehnaně ochotně, zahlcují komunikaci proudem slov, ve kterém je obtížné zorientovat se, v takových případech bývá těžké držet se v rozhovoru věci. Klient odbíhá k nepodstatným podrobnostem, má svou logiku vyprávění a neumí odlišit podstatné od nepodstatného. Častým projevem v komunikaci je fixace na některé věty, které klient do omrzení opakuje. Sociální pracovník se musí obrnit „slovní trpělivostí“ a vědomostí, že klient komunikuje, jak nejlépe může.

Je třeba mít na paměti, že klientům je v jejich situaci většinou nepříjemně, prožívají úzkost, strach a napětí. To bychom měli být schopni v rámci rozhovoru zmírnit tím, že dáme najevo zájem o pochopení jeho situace (Mahrová, G., Venglářová, M., 2008).

1.9 MOŽNOSTI PREVENCE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ

Prevence je zaměřená činnost na zamezení vzniku fyzické, intelektové, psychické či smyslové vady (primární prevence) nebo zabránění tomu, aby vada způsobila trvalé funkční omezení či postižení (sekundární prevence).

Prevence zahrnuje různé typy činností – primární zdravotní péče, prenatalní a postnatální péče o dítě, výchova ve výživě, bezpečnostní pravidla, adaptace pracovního prostředí k prevenci nemocí atd.

Spektrum příčin vzniku mentálního postižení je velmi široké, proto je obtížné najít konkrétní účinnou prevenci.

Prevenci mentálního postižení prosazuje *Mezinárodní liga společností pro mentálně postižené*, která stanovila *desatero zásad*, při jejichž dodržování lze vznik mentálního postižení omezit:

- Žena by měla navštívit svého lékaře alespoň tři měsíce před plánovaným otěhotněním. Na základě jejího zdravotního stavu jí může lékař doporučit určitá opatření podporující na rození zdravého dítěte – očkování, vitamíny, dietu, cvičení atd.
- Žena by měla jíst správnou stravu. Dobrá strava je důležitá jak pro matku, tak pro její dítě. Strava matky by měla být pestrá, měla by obsahovat maso, ryby, zeleninu, ovoce, mléčné výrobky, obiloviny a vitamíny.
- V průběhu těhotenství by se matka měla úplně vyvarovat pití alkoholických nápojů, chce-li se vyvarovat postižení plodu způsobené alkoholem.

- Včas se chránit očkováním proti zarděnkám a hepatitidě typu B, které mohou dítě ohrozit. Je dobré i přeočkování proti spalničkám, pokud nebylo u matky provedeno v dětském věku.
- Přestat kouřit. Může zabránit normálnímu růstu dítěte již v děloze, omezit vývoj, snížit porodní váhu a vyvolat náchylnost k onemocnění.
- Navštívit genetickou poradnu pokud je nastávající matce více než 35 let, nebo má-li některý z partnerů genetický defekt v rodinné anamnéze. Také v případě, že matka měla několik potratů či mrtvě narozené dítě.
- Vyvarovat se užívání léků, kromě těch, které předepíše lékař. Všechny předepsané léky před započatím těhotenstvím je nutné konzultovat s ošetřujícím lékařem.
- Vyvarovat se RTG záření, které by mohlo v případě těhotenství poškodit plod.
- Vyhýbat se infekčním chorobám. Jsou-li infekční choroby získány v těhotenství, mohou způsobit dítěti vážnou ujmu. Choroby přenosné sexuálním stykem mohou poškodit mozek dítěte nebo způsobit jeho smrt.
- Pravidelně navštěvovat lékaře, protože odbornou lékařskou péči nelze ničím nahradit. Je možné včas odhalit abnormality a upravit nebo alespoň snížit jejich výskyt.

1.10 PRÁVA LIDÍ S MENTÁLNÍ RETARTACÍ

„ Na lidi s mentálním postižením se vztahují veškerá lidská práva stejně jako na všechny ostatní lidské bytosti“ (Švarcová, I., 2000, s.14).

Lidská práva dovolují lidem rozvíjet se a využívat jejich možnosti, schopnosti a uspokojovat základní materiální a duchovní potřeby. Vycházejí z potřeby lidí žít takovým způsobem, v němž bude respektována a chráněna důstojnost každé lidské bytosti. Respektování lidských práv a svobod je základem každé společnosti.

Zájem o lidská práva se začal rozvíjet po první světové válce v době přijetí versailleské dohody. Součástí této dohody bylo založení Společnosti národů a Mezinárodní organizace práce a stanovení podmínek míru. Dále dohoda vyjádřila obavu o zdraví a blaho dětí na celém světě (Procházka, L., 2001).

ŽENEVSKÁ DEKLARACE – byla přijata v roce 1924 Versailleským shromážděním Společnosti národů. K této deklaraci práva dítěte se připojilo mnoho zemí.

VŠEOBECNÁ DEKLARACE LIDSKÝCH PRÁV – byla přijata po druhé světové válce byla Organizací spojených národů (OSN) se základní myšlenkou – uznání základní důstojnosti, rovnosti a práv všech členů lidské rodiny.

DEKLARACE PRÁV DÍTĚTE – byla vyhlášena a přijata v roce 1959 na zasedání OSN.

ORGANIZACE RODIČŮ DĚTÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM – byla založena v 60. letech zastánci mezinárodních lidských práv. Byla ustanovena Evropská liga společností mentálně hendikepovaných, která měla za cíl hájit zájmy mentálně hendikepovaných bez ohledu na národnost, rasu nebo přesvědčení. Vytvářením vzájemného porozumění mezi rodiči a lidmi se zájmem o problémy mentálně hendikepovaných se bude Liga snažit zabezpečovat v jejich prospěch dostatečnou péči v oblasti léčebné, bytové, vzdělávací, přípravy na povolání, zaměstnání a sociální služby. Hlavním požadavkem Ligy bylo, aby společnost poskytovala mentálně postiženým lidem potřebné služby nikoli na bázi dobročinnosti, ale na základě jejich práv.

EVROPSKÁ SOCIÁLNÍ CHARTA - byla přijata roku 1961. Byla jedinou mezinárodní smlouvou o lidských právech zmiňující postižené osoby jako nositele lidských práv. V tomto dokumentu pojetí postižení vycházelo z představy, že handicapovaní potřebují péči a pomoc svých spoluobčanů. Z tohoto konceptu vyplynul i požadavek budování speciálních zařízení pro lidi s postižením.

Je zde úmysl zabezpečit efektivní uplatňování práv postižených osob na odbornou přípravu na povolání a rehabilitaci.

Tento koncept politiky postižení byl kritizován mnohými členy hnutí postižených v západní Evropě. Ti uváděli, že dokument vychází z představy, že lidé s mentálním postižením nejsou schopni samostatného a nezávislého života. Oproti tomu jiní členové hnutí postižených zastávají názor, že speciální potřeby postižených nemají být žádným způsobem vyčleňovány.

V tomto střetu názorů se projevuje nedostatečné rozlišování lidí s postižením a jejich potřeb ani respektování rozdílů v mentální úrovni jedinců s mentálním postižením.

DEKLARACE PRÁV MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH OSOB – byla přijata OSN v prosinci 1971. Ve stejné době se ve Švédsku zaktivizovala skupina mladých lidí s mentálním postižením, aby zveřejnila své právo na sebeurčení, možnost činit vlastní rozhodnutí a větší míru nezávislosti. Tak vznikly základy hnutí sebeobhájců z řad osob s mentálním postižením, kteří se účastnili kongresů Ligy a mohli se zabývat řešením svých záležitostí.

EVROPSKÁ KONVENCE O PREVENCI TÝRÁNÍ NELIDSKÉHO NEBO PONIŽUJÍCÍHO ZACHÁZENÍ NEBO TRESTÁNÍ - byla přijata v roce 1987 v rámci Rady Evropy, která umožňuje zkoumat, jak se zachází s lidmi, kteří byli zbaveni svobody s cílem posílit jejich ochranu před týráním a ponižujícím chováním. Na základě této konvence byl založen *Evropský výbor pro prevenci týrání*, který má sledovat dodržování lidských práv v nápravných zařízeních, psychiatrických léčebnách a dalších institucích, kde jsou osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům, tzn. i mentálně postižení.

ÚMLUVA O PRÁVECH DÍTĚTE – se vztahuje i na děti a mládež s mentálním postižením, která vstoupila v platnost v únoru 1991. Úmluva navazuje na předcházející dokumenty a stala se prvním mezinárodním dokumentem, který uzákonil práva dítěte formou smlouvy.

STANDARDNÍ PRAVIDLA PRO VYROVNÁNÍ PŘÍLEŽITOSTÍ PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM – byla schválena OSN v prosinci 1993. Je to důležitý dokument, který mohou organizace zdravotně postižených osob využít ve svých kampaních pro rovnoprávnost. Nemají platnost mezinárodního práva, ale znamenají silný morální a politický závazek států podnikat akce pro vyrovnání příležitostí lidí se zdravotním postižením. Jsou v nich zahrnuty velmi důležité principy odpovědnosti, aktivity a spolupráce. Upozorňují na kvalitu života zdravotně postižených osob a dosažení plného zapojení a rovnosti. Pravidla nabízejí nástroj v rozhodování a činnosti zdravotně postižených osob a jejich organizací. Jsou základem pro odbornou spolupráci mezi státy, OSN a mezinárodními organizacemi. U nás tato pravidla byla vydána roku 1997 *Sdružením zdravotně postižených v ČR*.

K 97 LIDSKÁ PRÁVA PRO OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM – tato konference se konala v září 1997 v Praze, které se zúčastnilo mnoho představitelů různých světových organizací zabývajících se právem lidí s postižením. Z příspěvků na konferenci vznikl obsáhlý sborník, kde je shromážděno velké množství rozmanitých názorů a cenných zkušeností účastníků z mnoha zemí světa.

I na této konferenci jeden z účastníků, nizozemský speciální pedagog A. J. M. van Unnik, upozornil na skutečnost, že každá diskuse o právech mentálně postižených osob je ovlivněna způsobem používání termínu „lidé s mentálním handicapem“ pro různé typy postižených osob, jako by byli homogenní společenství místo veliké skupiny rozličných individualit. Tato terminologie spojuje osoby s lehkým mentálním postižením i osoby s hlubokým mentálním

postižením. Přičemž první kategorie potřebuje pouze lehkou formu potřeby a asistence, zatímco osoby s hlubokým mentálním postižením vyžadují léčení, péči i často fyzickou pomoc a to v kterékoli fázi života. Mezi těmito hraničními kategoriemi leží mnoho dalších podskupin. Přesto se velmi často používá stejný termín pro všechny tyto osoby. Co je prospěšné či dokonce nezbytné pro jednoho jedince nebo skupinu, může být škodlivé pro lidi s jinými potřebami. Tento přístup vede k mnoha nedorozumění i faktickým škodám.

V současné době se ozývají různé spolky a skupiny občanů, kteří zastávají militantní názory usilující o potlačení práv společenských menšin. Tyto hlasy představují pro lidi s mentálním postižením určité ohrožení. Nebezpečí představují i lidé zastávající výhradně tržní přístup k životu a ke společnosti, pro něž jsou lidé s mentálním postižením pouhou přítěží. Tito lidé mohou mít své zástupce i v některých státních orgánech, kde se mohou podílet např. na snižování výdajů na péči o lidi s postižením, redukování činnosti jejich organizací a institucí. Tato opatření mohou mít i různá demokratická zdůvodnění, za kterými může stát pouhá snaha o úsporná opatření. Proto je nutné, aby moudří lidé dokázali včas rozpoznat, která opatření jsou lidem s mentálním postižením prospěšná a která jim budou škodit. Na druhé straně ovšem platí, že společnost si může dovolit jen takové výdaje, které jí její ekonomická situace umožní. Některé současné představy organizací zdravotně postižených jsou zatím nerealistické (Švarcová, I., 2000).

1.11 HUMÁNNÍ PŘÍSTUP V PÉČI O MENTÁLNĚ RETARDOVANÉ

Představy lidí o mentálně postižených bývají zkreslené nejasnostmi, záhadami, předsudky a neopodstatněnými obavami. Z toho vyplývá rozpačitý a někdy nepřátelský postoj společnosti k lidem s mentálním postižením.

Někteří lidé se domnívají, že všichni postižení by měli být umístěni do specializovaných zařízení, aby nebyli ostatním na očích.

S podobným názorem se dokonce setkáme i u některých zdravotnických pracovníků.

V těchto přístupech je zásadní nepochopení potřeb mentálně postižených, ale i nedostatečná diferenciací těchto lidí. Rozdíly v mentální úrovni jednotlivců s mentální retardací jsou větší než rozdíly mezi nepostiženou populací. Osoby s lehkou mentální retardací, mnoho z nich dokončí školu, vyučí se učebním oboru a často si založí i vlastní rodinu. Na druhé straně jsou lidé s hlubokým postižením, kteří jsou prakticky ve svých potřebách odkázáni na cizí pomoc. Nejsou schopni se sami najíst, jsou inkontinentní a nejsou schopni volného pohybu či komunikace s okolím. Mezi těmito dvěma krajními skupinami leží celá řada odlišných

variant, ale přesto se o mentálně postižených mluví jako o samostatném homogenním druhu. Toto tvrzení přináší mnoho nesnází v dorozumívání i ve formulaci skutečných práv lidí s postižením. Lidé s lehkou mentální retardací by měli mít právo na samostatný život, jsou-li samostatného života schopni, a lidé s hlubokým postižením by měli mít právo na všestrannou ochranu a pomoc, pokud jí vzhledem k závažnosti svého postižení potřebují.

Bude ještě nějaký čas trvat, než určitá část společnosti pochopí, že je běžné, že určitá část populace je odlišná od společenského průměru. I s odlišnými jedinci se musí společnost naučit komunikovat a žít. Tento přístup se označuje pojmem integrace.

Integrace je postoj společnosti k hendikepovaným občanům, který je neodmítá, nedegraduje, ale naopak se snaží vytvářet optimální podmínky pro jejich začlenění do společenského života.

Normalizace je další přístup vyjadřující skutečnost, že lidé s mentálním postižením, pokud je to možné, mají žít normálním životem, tak jako ostatní spoluobčané. To znamená žít v rodině, kde jsou uspokojovány jejich přirozené potřeby lásky, pozornosti, zájmu, bezpečí a mít možnost navštěvovat školu či školské zařízení, které umožní maximální rozvoj jejich schopností. Je to také možnost zabývat se zájmovou, kulturní a sportovní činností, připravovat se na určité profesní uplatnění a v dospělosti mít odpovídající zaměstnání, které bude vytvářet určité hodnoty pro společnost nebo vlastní uspokojení.

Humanizace bude ve svých postižených spoluobčanech vidět a respektovat rovnoprávné členy, vyžadující více pozornosti a péče, a pomůže jim do určité míry kompenzovat jejich odlišnost. Humanizace společnosti se projevuje v jednání a zacházení s mentálně postiženými a ve vytváření adekvátních podmínek pro jejich život. Takže při jakémkoli rozhodování o lidech s postižením je nutné brát v potaz jejich zájmy a potřeby, a pokud jsou schopni, umožnit jim, aby se na rozhodování o sobě v co nejvyšší možné míře podíleli.

I na osoby s mentální retardací se vztahuje Listina základních práv a svobod. Každý sociální systém by měl respektovat lidskou svobodu, důstojnost a práva mentálně postiženého stejně jako každého jiného občana naší společnosti.

Humanizace se také týká procesu výchovy a vzdělávání lidí s mentálním postižením. Nevztahuje se jen k cílům, ale i k prostředkům a metodám výchovy a vzdělávání. To znamená, že nelze při výchově postižených používat nehumánních prostředků, zejména tělesných trestů, fyzického nebo psychického týrání či omezování osobní svobody

(Švarcová, I., 2000).

2 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL DLE HILDEGARD

PEPLAU

2. 1 HILDEGARD E. PEPLAU

Bibliografické údaje:

- narozena 19.9.1909 v Pensylvánii
- v roce 1931 získala základní ošetřovatelské vzdělání
- pracovala jako sestra, hlavní sestra a vedoucí ošetřovatelství
- roku 1943 dosáhla bakalářského vzdělání v oblasti interpersonální psychologie
- během 2. světové války pracovala jako členka armádního sesterského oddílu v neuropsychiatrické nemocnici v Anglii
- také pracovala jako psychiatrická sestra
- roku 1947 dosáhla magisterského vzdělání v psychiatrickém ošetřovatelství
- v roce 1947 – 1952 pracovala na univerzitě v New Yorku
- 1952 publikovala knihu Interpersonální vztahy v ošetřovatelství
- 1969 – 1974 byla prezidentkou a později výkonnou ředitelkou Americké asociace sester
- byla spolupracovnicí Světové zdravotnické organizace v Národním institutu pro mentální zdraví
- založila a vydávala časopis – Properties in Psychiatric Care
- v roce 1974 odešla do penze
- roku 1999 v Kalifornii zemřela (Pavlíková, S., 2006).

Hildegard Peplauová definuje ošetřovatelství jako interpersonální proces zahrnující interakci mezi dvěma a více osobami se společným cílem.

Sestra a pacient mezi sebou vytváří terapeutický vztah. Sestra ve své činnosti uplatňuje flexibilitu v posuzování, používání technických zručností a třídění rolí.

Peplauová označuje pacienta, jako jedince, který potřebuje zdravotnickou péči.

Sestra spolu s pacientem identifikují jeho problém a zaměří se na jeho řešení. Řešení problému je u obou odlišný. Odlišnost je dána osobností a jejich odlišnou zkušeností. Lidé

mají být respektováni jako biologicko-psychologicko-sociálně-spirituální celek, který reaguje rozdílně. Každý člověk je ovlivněn kulturou, zvyky, prostředím, hodnotami a přichází s myšlenkami, které ovlivňují jeho vnímání, a tak vznikají rozdíly, které jsou důležité pro interpersonální procesy. Sestra spolu s pacientem při budování vztahu poznávají vzájemně svoji roli a faktory předcházející problém. Vzájemnou spoluprací a komunikací směřují k vyřešení problému.

Peplauová chápe ošetřovatelství jako edukační nástroj a sílu na prohlubování pokroku v tvůrčím životě. Ošetřovatelství je zkušenost, která umožňuje poznávat sebe i ostatní, kteří jsou součástí interpersonální činnosti (Farkašová, D., 2005).

2. 2 VÝVOJ MODELU INTERPERSONÁLNÍCH VZTAHŮ

Během své sesterské praxe a studování ošetřovatelství se Hildegard Peplau seznámila s pracemi a myšlenkami významných osobností psychiatrie a psychologie. Vypůjčila si poznatky z jiných vědních oblastí a použila je pro rozvoj ošetřovatelství.

Model Hildegard Peplau je výrazně ovlivněn Sullivanovým modelem mezilidských vztahů. V roce 1952 uvedla, že ošetřovatelství je významná interpersonálně-terapeutická činnost, která umožňuje navracet lidem zdraví. Svůj model vyvíjela postupně popisem struktur interpersonálního procesu a jeho čtyř fází ve vztahu sestra- klient. Následně definovala role sestry ve vztahu, které podle autorky tvoří psychodynamické ošetřovatelství (Pavlíková, S., 2006).

2. 3 HLAVNÍ JEDNOTKY MODELU

Ošetřovatelský cíl:

- dosažení adekvátní komunikace
- mít dobré interpersonální vztahy umožňující růst a rozvoj klienta
- zvládání zátěžových situací
- uspokojení potřeb klienta

Klient/pacient:

- klient má své biologické, psychologické a sociální kvality, které ho motivují k sebezáchově a růstu
- klient má vytvořený vlastní systém, který mu pomáhá překonat obavy či strach

Role sestry:

Důraz je kladen na vztah vytvářející se mezi sestrou a klientem. Sestra může přijmout jednu ze šesti rolí ve vztahu s klientem.

Šest základních rolí sestry – klient podle Peplauové:

1. Sestra vystupuje jako neznámá osoba
2. jako osoba – zdroj
3. jako učitel
4. jako vedoucí
5. jako obhájce
6. jako poradce (Archalousová, A., 2003).

Role neznámé osoby:

Sestra a klient se setkávají poprvé jako dva neznámí lidé. Sestra přistupuje ke klientovi zdvořile, bez předpokladů a akceptuje ho takového, jaký je. Výkon role neznámé osoby souvisí s úvodní etapou terapeutického vztahu, kdy se sestra musí věnovat každému jedinci, i když nesdílí své pocity. Sestra spolupracuje i s rodinou klienta.

Role zdroje:

Sestra poskytuje specifické informace, které pomáhají pochopit příčinu jeho stavu a podstatu medicínského plánu léčby.

Role učitelky:

Je kombinací všech rolí. Sestra vychází z toho, co klient ví a učí ho to, co neví a o co má zájem.

Role vedoucí:

Představuje demokratický proces, kdy sestra vede klienta ke splnění jeho povinností prostřednictvím vztahů složených ze spolupráce a aktivní účasti klienta.

Role obhájce:

Sestra zastává postoj někoho jiného. Jeho rozsah záleží na míře závislosti ve vztahu sestry – klient.

Role poradce:

Je nejdůležitější v psychiatrickém ošetřovatelství. Sestra prostřednictvím určitých zručností a postojů pomáhá klientovi poznat, čelit, akceptovat a řešit problémy (Pavlíková, S., 2006).

2. 4 METAPARADIGMATICKÉ KONCEPCE PODLE H. PEPLAU U MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH KLIENTŮ

OSOBA - definuje ji jako člověka, který se údivně snaží redukovat napětí vyplývající z potřeb.

Mentálně postižený jedinec chápe osobu jako kamaráda, se kterým si popovídá nebo člověka, kterého se bojí.

ZDRAVÍ – je pojem vyjadřující úsilí směřující k rozvoji osobnosti směrem k tvořivému, konstruktivnímu a produktivnímu osobnímu i společenskému životu.

Mentálně postižený jedinec vnímá zdraví jako stav, kdy není nemocný, může si hrát a jezdit na výlety.

PROSTŘEDÍ – je kulturní, domácí a pracovní. Zaměřuje se na osvojení si zvyků, které vedou ke zdraví.

Pro mentálně postiženého jedince je prostředí domov, ve kterém žije.

OŠETŘOVATELSTVÍ – je významný interpersonální proces. Definuje ho jako humanistický vztah mezi jednotlivcem, který je nemocný, nebo potřebuje vyhledat zdravotní služby a sestru, která pomáhá jednotlivcům v procesu interakce k rozvoji osobnosti, kreativitě a produktivně v osobním i společenském životě (Farkašová, D., 2005). Mentálně postižený jedinec vnímá ošetřovatelství jako pomoc sestry nemocným lidem.

2. 5 KONCEPCE MODELU

Psychodynamické ošetřovatelství pomáhá jedinci porozumět vlastnímu chování.

Sestra, která porozumí chování lidí, rozpozná jejich problémy a následně je prostřednictvím principů interpersonálních vztahů urovná či odstraní. Využívá k tomu svoje zkušenosti. V interpersonální vztahu sestra – klient jsou důležité role sestry tvořící jádro psychodynamické péče.

Vztah sestry – klient

Vzniká v období vzájemné interakce klienta a sestry, kdy u obou dochází k učení a rozvoji osobnosti. Komunikace a vyvážené interpersonální vztahy posilují vývoj, růst a snižují úzkost klienta.

Interpersonální terapeutický vztah mezi sestrou a klientem probíhá ve čtyřech fázích:

- ORIENTAČNÍ
- IDENTIFIKAČNÍ
- EXPLOATAČNÍ (VYUŽITÍ)
- REZOLUČNÍ (UKONČENÍ)

Orientační fáze:

Sestra a klient se setkávají poprvé. Klient má potřebu vyhledat profesionální pomoc, v této době se začíná vytvářet terapeutický vztah mezi ním a sestrou. Sestra společně s klientem a jeho rodinou poznávají, definují a objasňují existující problém a stresové situace.

Identifikační fáze:

V této fázi si musí sestra a klient vzájemně ujasnit svá očekávání a představy. Tento postup vede k vytvoření pracovního vztahu mezi nimi, identifikaci problémů i jejich řešení. Klient může být buď pasivní – úplně závislý na sestře, nebo autonomní – nezávislý na sestře, nebo aktivně spolupracující – částečně závislý na sestře.

Exploatační fáze (fáze využití):

Klient začíná kontrolovat situaci a očekávání, využívá dostupné služby podle potřeb a možností. Sestra podporuje klienta v poznávání citů, emocí, myšlení a chování s cílem zapojení do sebekvěty. Hlavní činnost v této fázi vykonává klient.

Rezoluční fáze (fáze ukončení):

Klientovy potřeby jsou splněné, je schopný existovat nezávisle a sestra se může zaměřit na nové cíle (Pavlíková. S., 2006).

ČTYŘI FÁZE VE VZTAHU SESTRA – KLIENT U PACIENTŮ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM DLE HILDEGARD PEPLAU

Orientační fáze: Při této fázi velmi záleží na sestře. Podle jejího chování bude mentálně postižený klient spolupracovat a vytvářet terapeutický vztah.

Mentálně postižený klient má velkou potřebu vyhledávat ošetrovatelskou pomoc a aktivně definuje a objasňuje svůj problém.

Identifikační fáze: Mentálně postižený klient je aktivní v identifikaci problémů a jejich řešení. Velká část klientů aktivně spolupracuje se sestrou – jsou částečně závislí na sestře.

Exploatační fáze: Mentálně postižený klient nadměrně využívá dostupných služeb, protože je rád nemocný – je středem pozornosti a je rád, když o něho sestra zvýšeně pečuje.

Nácviku sebepěče se nebrání.

Rezoluční fáze: Pokud jsou splněny cíle a požadavky, klient je velmi spokojený.

2. 6 OBSAH MODELU

Psychodynamické ošetrovatelství Hildegard Peplau vychází ze Sullivanovy teorie. Podle ní je lidské chování motivováno dvěma základními hnacími silami: snahou po uspokojení a touhou po bezpečí. Pokud nejsou uspokojené, vzniká stav tenze.

Tenze se dělí na:

1. ***Tenze spojené s potřebami*** – vznikají tehdy, když je flustrované jejich uspokojování.

2. *Tenze spojené s úzkostí* – vznikají tehdy, když není možné naplnit snahu o bezpečí.

Podle Hildegard Peplau mají jedinci bio-psycho-sociální kvality, které motivují k sebezachování, reprodukci a růstu. Chování jedince je motivováno tenzemi – jedinec vykonává určité činnosti, aby tenze eliminoval nebo alespoň snížil. Tyto činnosti jsou označovány jako *transformace energie*. Tenze se prolínají do chování i interpersonálních vztahů a vedou každého jedince k vytvoření určitých vzorců chování – *sérii dynamizmů*, které používá při eliminaci tenzí vyvolaných neuspokojenými potřebami či úzkostí.

Příčiny, pro které klient vyhledává zdravotnickou a ošetrovatelskou pomoc, mohou mít fyzický, psychologický nebo sociální charakter a jsou spojené s obtížemi v oblasti interpersonálních vztahů.

Při kontaktu klienta se sestrou se postupně vytváří terapeutický vztah probíhající ve čtyřech fázích, během kterých sestra zastává různé role.

Výsledek ošetrovatelské činnosti:

Klient:

- má zvýšenou sebedůvěru
- umí řešit své problémy
- má sníženou či vymizelou tenzi
- má obnovu pocitu sebekontroly (Pavlíková. S., 2006).

PRAKTICKÁ ČÁST

Průzkum o vztahu sester k mentálně postiženým klientům dle ošetrovatelského modelu Hildegard Peplau.

3 PROBLÉM PRŮZKUMU

Odhalit chyby a nedostatky sester v interpersonálním vztahu a uspokojení potřeb bez projevů úzkosti mentálně postižených jedinců dle Hildegard Peplau.

3.1 CÍLE:

1. Analyzovat terapeuticko-meziosobní vztah mezi sestrou a mentálně postiženým klientem.
2. Posoudit požadovanou úroveň péče mentálně postižených klientů dle ošetrovatelského modelu Hildegard Peplau
3. Zjistit, zda jestli sestra dostatečně pomáhá mentálně postiženým klientům zvládnout zátěžové situace.
4. Porovnat alespoň dvě sociální zařízení v péči o mentálně postižené klienty dle ošetrovatelského modelu Hildegard Peplau.

3.2 METODA A PRŮZKUMNÝ VZOREK

Metodou našeho průzkumu bude kazuistika a metoda pozorování.

Náš výzkumný vzorek budou tvořit sestry a klienti v sociálních zařízeních.

3. 3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU

Pozorování a kazuistika byly prováděny v Domově Domino a Domově Leontýn u mentálně postižených klientů.

KAZUISTIKA I.

Kazuistika: Průzkum o vztahu sester k mentálně postiženým klientům dle ošetrovatelského modelu Hildegard Peplau v Domově Domino, poskytovatelem sociálních služeb se sídlem Zavidov.

Výběr metody

Jako metodu jsme zvolili kazuistiku, která umožňuje studium, rozhovor případu a zpracování jeho historie.

Předností kazuistiky je možnost ucelené a podrobné studie, interpretace případu a opatření do praxe.

Způsob získávání informací

Primárním zdrojem informací je mentálně postižený klient, kdy jsme informace získali nestrukturovaným rozhovorem.

Sekundárním zdrojem na získání doplňujících informací byla zdravotnická dokumentace.

Terciálním zdrojem informací byli pracovníci Domova Leontýn.

Všechny informace získané pro zpracování kazuistiky byly použité se souhlasem klientova opatrovníka.

Opis struktury kazuistiky

Kazuistika obsahuje tuto strukturu:

- Anamnéza
- Katamnéza
- Interpretace výsledků

ANAMNÉZA

42 letý mentálně postižený klient, který byl přijat do Domova Domino pro středně těžkou mentální retardaci a epilepsii.

Rozumí slovnímu sdělení, odpovídá holou větou. Je zcela mobilní. Hygienu, stravu a oblékání zvládá samostatně. Přeje si být osločován jménem. Je milý, kamarádský a citlivý. Velmi často řeší svůj zdravotní stav a zátěžové situace.

KATAMNÉZA

42 letý mentálně postižený klient pobýval do roku 1987 v ÚSP Tloskov, tam se mu nelíbilo. Od svých 20 let žije v Domově Domino. Velmi rád vzpomíná na svého otce a bratra. Velmi ho mrzí, že se o něho rodina nezajímá.

Bydlí na třílůžkovém pokoji. Podle svých možností a nálady se zapojuje do aktivit běžného dne. Má rád společnost a chodí nakupovat do místního obchodu za podpory personálu. Pomáhá při úklidu pokojů a společných prostor v domově.

Ví, že mívá epileptické záchvaty, po kterých bývá unavený, spavý a má špatnou náladu. V Domově se cítí bezpečně. Většinou se chová dobře, občas provokuje slovně i gesty ostatní klienty. Mezi jeho koníčky patří TV, hudba a prohlížení časopisů. Jeho přáním je samostatně si uvařit kávu, naučit se hrát na kytaru a navštěvovat rodinu.

Ošetřovatelská diagnóza:

7. Doména: VZTAHY

Třída: RODINNÉ VZTAHY

00060 Přerušovaný život rodiny v souvislosti se změnou zdravotního stavu člena rodiny projevující se odmítáním klienta, nekomunikováním a nenavštěvováním klienta.

Cíl:

Klient se uvidí se svojí rodinou alespoň dvakrát ročně.

Výsledná kritéria:

Klient zatelefonuje své rodině alespoň jednou do měsíce.

Klient vyjádří rodině své city a přání.

Klient pozve 18.12.09 svoji rodinu na Vánoční zábavu.

Intervence:

Pomoc klientovi zatelefonovat jeho rodině alespoň jednou do měsíce.

Umožni klientovi, aby vyjádřil rodině své city a přání.

Dohlédni, aby klient pozval svoji rodinu 18.12.09 na Vánoční zábavu.

Vysvětli rodině, jak je pro klienta důležitý kontakt s nimi.

Jednej s rodinou laskavě a s respektem.

Doporuč rodině častý a pravidelný kontakt s klientem.

Poskytni rodině informace o klientově stavu.

Realizace:

Pomohla jsem klientovi zatelefonovat jeho rodině alespoň jednou do měsíce.

Umožnila jsem klientovi, aby vyjádřil rodině své city a přání.

Napsala jsem klientovi pozvánku na Vánoční zábavu.

Vysvětlila jsem rodině, jak je pro klienta důležitý kontakt s nimi.

Jednala jsem s rodinou laskavě a s respektem.

Doporučila jsem rodině pravidelný kontakt s klientem.

Poskytla jsem rodině informace o klientově stavu.

Hodnocení:

Klienta 1.11.09 navštívila rodina po 6 letech.

Klient od rodiny dostal mobilní telefon a volá si s rodinou dvakrát do měsíce.

Cíl částečně splněn pokračovat v dosavadním plánu.

INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Klient je v Domově Domino velmi spokojený. Jeho klíčový pracovník mu pomáhá plnit jeho přání a nároky. Všechny zaměstnance má moc rád.

Pokud poruší domácí řád, nese za to zodpovědnost. Často řeší spory s ostatními klienty, rád je provokuje. Všechny potřeby má uspokojené kromě rodinných vztahů. Velmi rád by jezdil domů, ale rodina o něj nestojí. Díky sestřám spolu udržují telefonní kontakt a 1.11.09 ho rodina po šesti letech navštívila.

Všichni se k němu chovají čestně.

KAZUISTIKA II.

Kazuistika: Průzkum o vztahu sester k mentálně postiženým klientům dle ošetrovatelského modelu Hildegard Peplau v Domově se zdravotním postižením Leontýn.

ANAMNÉZA

54 letý mentálně postižený klient byl přijat do Domova Leontýn s těžkou mentální retardací. Je diabetik na inzulínu. Rozumí mluvenému slovu, odpovídá jednoduchou holou větou nebo jedním slovem, nečte. K pohybu používá invalidní vozík, přesun z lůžka na invalidní vozík nezvládá, vyprazdňuje se do plen, hygienu zvládá s dopomocí, po přípravě stravy jí sám, po přípravě oblečení se sám oblékne. Klient je ohrožený pádem. Přeje si být oslovován jménem. Je velmi citlivý a kamarádský.

KATAMNÉZA

54 letý mentálně postižený klient přišel do Domova Leontýn ve 48 letech z domova důchodců. Bydlí na čtyřlůžkovém pokoji. Pohybuje se pomocí invalidního vozíku od doby, co do domova přišel. Péči o sebe zvládá s výraznou pomocí. Má velmi rád plyšové hračky, tašky a časopisy – hlavně Květy. Mezi jeho nároky patří: zvýšení samostatnosti v hygieně, naučit se používat ovladač na televizi a fotografovat. Má velký zájem o vzdělávání. Své rozhodnutí si umí zdůvodnit.

Nároky na sestry – pomoc při vysazování na toaletní vozík, poskytnutí bažanta, výměna plen, oblékání a přesun na invalidní vozík.

Ošetrovatelská diagnóza:

5. Doména: AKTIVITA – ODPOČINEK

Třída: AKTIVITA A POHYB

00090 Zhoršená schopnost přemístit se v souvislosti s poraněním míchy projevující se neschopností přesunu z lůžka na invalidní vozík a obavou o své zdraví.

Cíl:

Klient se s minimální pomocí přesune z lůžka na invalidní vozík do čtrnácti dnů.

Výsledná kritéria:

Klient umí slovně vyjádřit pochopení situace.

Klient zná bezpečnostní opatření k přesunu z lůžka na invalidní vozík.

Klient zná způsoby přesunu z lůžka na invalidní vozík.

Klient potřebné přesuny provádí bezpečně.

Intervence:

Informuj klienta o situaci, ve které se nachází.

Pouč klienta o přiměřených bezpečnostních opatřeních k přesunu z lůžka na invalidní vozík.

Informuj klienta o způsobech přesunu z lůžka na invalidní vozík.

Dohlédni, aby klient potřebné přesuny prováděl bezpečně.

Uprav klientovi prostředí pro bezpečný přesun z lůžka na invalidní vozík.

Realizace:

Informovala jsem klienta o situaci, ve které se nachází.

Poučila jsem klienta o bezpečnostních opatřeních k přesunu z lůžka na invalidní vozík.

Informovala jsme klienta o způsobech přesunu z lůžka na invalidní vozík.

Dohlédla jsem, aby klient potřebné přesuny prováděl bezpečně.

Upravila jsem klientovi prostředí pro bezpečný přesun z lůžka na invalidní vozík.

Hodnocení:

Klient se s větší pomocí přesune z lůžka na invalidní vozík.

Cíl částečně splněn, pokračovat v dosavadním plánu.

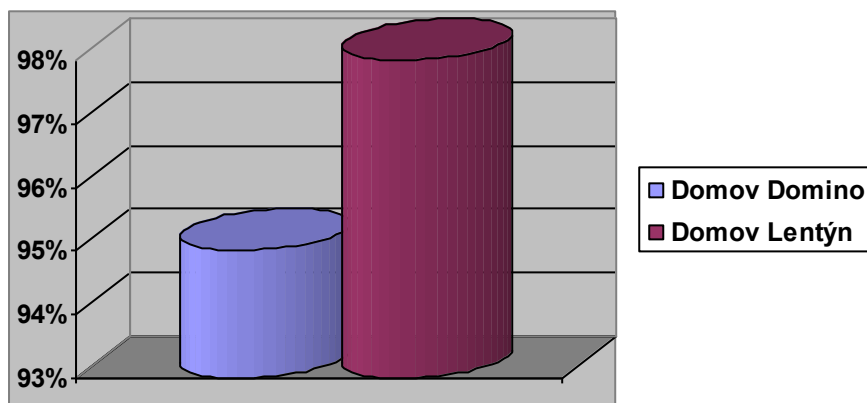
INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Klient je v Domově Leontýn velmi spokojený. Jeho klíčový pracovník mu pomáhá plnit jeho přání a nároky. Bydlí v krásném a dobře vybaveném pokoji. Má rád všechny zaměstnance. Rád si povídá a vyjadřuje své pocity. Pokud je plačtivý, sestry ho vždy přivedou na jiné myšlenky tím, že změní jeho prostředí a popovídají si s ním. Všichni se k němu chovají čestně.

Klient má uspokojené všechny potřeby. I přes jeho imobilitu nemá porušenou integritu kůže.

ANALÝZA VÝSLEDKŮ

Graf č. 1 Celkové vyhodnocení kasuistiky v Domově Domino a Domově Leontýn



Domov Domino získal v kasuistice 95% úspěšnosti.

Domov Leontýn získal v kasuistice 98% úspěšnosti.

POZOROVÁNÍ I.

- a. Pozorovali jsme sestry a mentálně postižené klienty v Domově Domino
- b. V Domově Domino jsme pozorovali:
 - terapeuticko-meziosobní vztah
 - ošetrovatelskou péči o mentálně postižené klienty ve všech oblastí
 - jestli sestra dostatečně pomáhá zvládnout mentálně postiženým klientům zátěžové situace
- c. Zaznamenávali jsme tyto projevy:
 - stav a vlastnosti jednotlivce
 - verbální a neverbální komunikaci
 - aktivity
 - znaky prostředí a situační děje
 - potřeby klientů
 - problémy

- city a emoce

d. Pozorování probíhalo od 6:00 do 18:00 hod, v každé situaci

Druh pozorování – nestrukturované pozorování

Pozorování :

- z hlediska zúčastněnosti – zúčastněné
- z hlediska místa – terénní
- podle informovanosti – skryté
- na základě aktuálnosti – přímé
- podle počti objektů – skupinové
- podle času – dlouhotrvající, opakované

Průběh pozorování

Domov Domino má v současné době 33 stálých klientů a 2 klienty na odlehčovací pobyt. Zařízení je rozděleno do 3 skupin podle mentálního postižení a schopností klientů. Pozorování jsme uskutečnili u 3. skupiny na zdravotním úseku. Pokojů je zde sedm: 1 jednolůžkový, 2 dvojlůžkové, 3 třílůžkové a 1 čtyřlůžkový.

O klienty z 1. a 2. skupiny se starají instruktorky sociálních služeb a sociální pracovníce a o 3. skupinu sestry a sociální pracovníce.

Domov domino nabízí spoustu aktivit – keramickou dílnu, výtvarnou dílnu, rehabilitaci, hudební kroužek, miniškolu atd...

Denní záznam pozorování

1. Pozoruj, zdali sestry dostatečně pomáhají klientům plnit jejich přání a nároky.
2. Pozoruj, jestli sestry pomáhají klientům k růstu, vývoji a sebedůvěře.
3. Pozoruj, zdali sestry dostatečně integrují klienty mezi ostatní lidi.
4. Pozoruj, zdali sestry jsou ke klientům čestné.
5. Pozoruj, zdali sestry mají dostatek vědomostí o dané problematice.
6. Pozoruj, zdali sestry umí zdůvodnit svoje rozhodnutí.
7. Pozoruj, zdali sestry vedou klienty k přebírání zodpovědnosti za jejich činy a chování.

8. Pozoruj, jestli si sestry vytvořili profesionální blízkost ke klientům v každé situaci
 - zájem o klienty
 - obava o klienty
 - ovládat se v každé situaci
 - ovládat vlastní reakce v různých situacích.
9. Pozoruj, zdali sestry umí řešit zátěžové situace
 - zdali jsou proškolené
 - zdali je dostatek personálu na službě
 - je-li dostatek pomůcek.
10. Pozoruj, jestli sestry dostatečně řeší ošetrovatelské problémy klientů
 - zjišťují jejich příčiny.
11. Pozoruj, zdali sestry uspokojují potřeby klientů ve všech oblastech
 - dýchání
 - stravování
 - vylučování
 - spánek
 - bezpečí a jistoty
 - aktivity a odpočinku
 - komunikace
 - hygieny
 - oblékání
 - udržování tělesné teploty
 - poznávání a učení
 - partnerské a rodinné vztahy
 - víry
12. Pozoruj, jestli sestry dostatečně komunikují s klienty
 - verbální a neverbální komunikace
 - verbální a neverbální nedorozumění
 - zásah do soukromí
 - neadekvátní požadavky
 - dostatek vybavení.
13. Pozoruj, zdali sestry respektují stud klientů.

14. Pozoruj, zdali vztah mezi sestrami a klienty probíhá ve čtyřech fázích podle Hildegard Peplau.

15. Pozoruj, zdali sestry pomáhají a naslouchají klientům ve vyjadřování pocitů.

Tabulka č. 1 Souhrn denního záznamu pozorování Domova Domino

1.	Pozoruj, zdali sestry dostatečně pomáhají klientům plnit jejich přání a nároky.
2.	Pozoruj, jestli sestry pomáhají klientům k růstu, vývoji a sebedůvěře.
3.	Pozoruj, zdali sestry dostatečně integrují klienty mezi ostatní lidi.
4.	Pozoruj, zdali sestry jsou ke klientům čestné.
5.	Pozoruj, zdali sestry mají dostatek vědomostí o dané problematice.
6.	Pozoruj, zdali sestry umí zdůvodnit svoje rozhodnutí.
7.	Pozoruj, zdali sestry vedou klienty k přebírání zodpovědnosti za jejich činy a chování.
8.	Pozoruj, jestli si sestry vytvořili profesionální blízkost ke klientům v každé situaci: zájem o klienty, obava o klienty, ovládat se v každé situaci, ovládat vlastní reakce v různých situacích.
9.	Pozoruj, zdali sestry umí řešit zátěžové situace: zdali jsou proškolené, zdali je dostatek personálu na službě, je-li dostatek pomůcek.
10.	Pozoruj, jestli sestry dostatečně řeší ošetrovatelské problémy klientů - zjišťují jejich příčiny.
11.	Pozoruj, zdali sestry uspokojují potřeby klientů ve všech oblastech: dýchání, stravování, vylučování, spánek, bezpečí a jistoty, aktivity a odpočinku, komunikace, hygieny, oblékání, udržování tělesné teploty, poznávání a učení, partnerské a rodinné vztahy, víry
12.	Pozoruj, jestli sestry dostatečně komunikují s klienty: verbální a neverbální komunikace, verbální a neverbální nedorozumění, zásah do soukromí, neadekvátní požadavky, dostatek vybavení.
13.	Pozoruj, zdali sestry respektují stud klientů.
14.	Pozoruj, zdali vztah mezi sestrami a klienty probíhá ve čtyřech fázích podle Hildegard Peplau.
15.	Pozoruj, zdali sestry pomáhají a naslouchají klientům ve vyjadřování pocitů.

Vyhodnocení pozorování

1. Sestry se velmi věnují přáním a nárokům klientů v podobě individuálních plánů, kde tyto přání zaznamenávají a vyhodnocují.
2. Sestry v roli klíčových pracovníků pomáhají klientům k růstu, vývoji a sebedůvěře. Opět k tomu napomáhá výše zmiňovaný individuální plán.
3. Integrace klientů mezi ostatní lidi je v Domově Domino velmi preferovaná – v podobě výletů, nákupů, kulturních akcí, návštěvy kadeřnictví a pedikúry, návštěvy lékaře, brigády atd... Je zde výhodou, že Domov Domino je umístěn ve středu obce Zavidov.
4. Sestry se snaží být ke klientům čestné, ale určitým „milosrdným lžím“ se nevyhnou – hlavně ve využívání placeb či při zátěžových situacích, kdy klienta potřebují zklidnit.
5. Sestry jsou velmi informované o dané problematice. Podstupují spoustu školení.
6. Sestry umí dostatečně zdůvodnit své rozhodnutí.
7. Ano, vedou, pokud něco klienti schválně rozbijí či zničí uhradí tuto škodu z vlastních financí. Při porušení domácího řádu se sestry s klientem domluví na určitém omezení.
8. Sestry si dobře vytvořily profesionální blízkost. Zájem o klienty je velký, v některých případech až přehnaný. Velká je i obava o ně. Díky svým vědomostem se sestry umí dobře ovládat v různých situacích.
9. Sestry umí řešit zátěžové situace do 3. stupně agrese
 - všechny sestry nejsou proškolené
 - není dostatek proškolených pracovníků na jedné směně
 - není zde dostatek pomůcek – chybí zde Místnost bezpečného pohybuSestry řeší zátěžové situace - odpoutáním pozornosti
 - zaměstnání klienta
 - změny prostředíPoslední stupeň tzv. úchopy nezvládají, kvůli nedostatku proškoleného personálu na směně. V této fázi se musí zavolat lékař, který provede chemickou restrikcí nebo nechá převézt klienty do jiného zařízení.
10. Sestry dostatečně řeší ošetrovatelské problémy klientů. Postupují metodou ošetrovatelského procesu.

11. Na základě pozorování mají klienti uspokojené všechny potřeby kromě partnerských a rodinných vztahů.

12. Komunikace s klienty je na vysoké úrovni, hlavně co se týká neverbální komunikace

- klienti mají obrázkové karty, pomocí kterých komunikují
- obrázkový jídelníček
- obrázkový záznam stížností

Vybavení je dostatečné.

K neadekvátním požadavkům nedošlo, všechny sestry ví, co klienti zvládnou.

Sestry do soukromí klientů zasahují, jinak by nesplnily jejich přání a potřeby.

K neverbálnímu nedorozumění občas dojde, z důvodu nekomunikativnosti jednoho klienta.

13. Všechny sestry respektují stud klienta.

14. Kromě jednoho klienta probíhá vztah mezi sestrami a klienty ve 4 fázích podle Hildegard Peplau.

Tento klient nekomunikuje, nevyhledává pomoc při problému a často nespolupracuje.

15. Sestry velmi naslouchají klienty ve vyjadřování pocitů.

Mentálně postižení klienti dávají své city více najevo nežli ostatní.

POZOROVÁNÍ II.

a) Pozorovali jsme sestry a mentálně postižené klienty v Domově Leontýn

b) V Domově Leontýn jsme pozorovali

- terapeuticko-meziosobní vztah
- ošetrovatelskou péči o mentálně postižené klienty ve všech oblastech
- jestli sestra dostatečně pomáhá zvládnout mentálně postiženým klientům zátěžové situace

c) Zaznamenávali jsme tyto projevy:

- stav a vlastnosti jednotlivce

- verbální a neverbální komunikaci
- aktivity
- znaky prostředí a situační děje
- potřeby klientů
- problémy
- city a emoce

d) Pozorování probíhalo od 7:00 do 13:00 hod, v každé situaci

Druh pozorování – nestrukturované pozorování

Pozorování :

- z hlediska zúčastněnosti – zúčastněné
- z hlediska místa – terénní
- podle informovanosti – skryté
- na základě aktuálnosti – přímé
- podle počti objektů – skupinové
- podle času – dlouhotrvající, opakované

Průběh pozorování

Domov Leontýn má v současné době 62 stálých klientů. Je rozdělen do 7 skupin podle mentálního postižení a schopností klientů.

Své pozorování jsme uskutečnili u 5. skupiny, kde jsou ležící klienti a klienti na invalidních vozících. Pokoje jsou zde čtyři: 3 čtyřlůžkové a 1 jednolůžkový. Jsou velmi dobře vybavené.

O klienty se starají sestry, bratr a sociální pracovníci.

Domov Leontýn nabízí pro 5 skupinu – snoozelend

- kanestherapii
- perličkovou vanu
- bazální stimulaci atd...

Denní záznam pozorování

1. Pozoruj, zdali sestry dostatečně pomáhají klientům plnit jejich přání a nároky.
2. Pozoruj, jestli sestry pomáhají klientům k růstu, vývoji a sebedůvěře.
3. Pozoruj, zdali sestry dostatečně integrují klienty mezi ostatní lidi.
4. Pozoruj, zdali sestry jsou ke klientům čestné.
5. Pozoruj, zdali sestry mají dostatek vědomostí o dané problematice.
6. Pozoruj, zdali sestry umí zdůvodnit svoje rozhodnutí.
7. Pozoruj, zdali sestry vedou klienty k přebírání zodpovědnosti za jejich činy a chování.
8. Pozoruj, jestli si sestry vytvořili profesionální blízkost ke klientům v každé situaci
 - zájem o klienty
 - obava o klienty
 - ovládat se v každé situaci
 - ovládat vlastní reakce v různých situacích.
9. Pozoruj, zdali sestry umí řešit zátěžové situace
 - zdali jsou proškolené
 - zdali je dostatek personálu na službě
 - je-li dostatek pomůcek.
10. Pozoruj, jestli sestry dostatečně řeší ošetrovatelské problémy klientů
 - zjišťují jejich příčiny.
11. Pozoruj, zdali sestry uspokojují potřeby klientů ve všech oblastech
 - dýchání
 - stravování
 - vylučování
 - spánek
 - bezpečí a jistoty
 - aktivity a odpočinku
 - komunikace
 - hygieny
 - oblékání
 - udržování tělesné teploty

- poznávání a učení
 - partnerské a rodinné vztahy
 - víry
12. Pozoruj, jestli sestry dostatečně komunikují s klienty
- verbální a neverbální komunikace
 - verbální a neverbální nedorozumění
 - zásah do soukromí
 - neadekvátní požadavky
 - dostatek vybavení.
13. Pozoruj, zdali sestry respektují stud klientů.
14. Pozoruj, zdali vztah mezi sestrami a klienty probíhá ve čtyřech fázích podle Hildegard Peplau.
15. Pozoruj, zdali sestry pomáhají a naslouchají klientům ve vyjadřování pocitů.

Tabulka č. 2 Souhrn denního záznamu pozorování Domova Leontýn

1.	Pozoruj, zdali sestry dostatečně pomáhají klientům plnit jejich přání a nároky.
2.	Pozoruj, jestli sestry pomáhají klientům k růstu, vývoji a sebedůvěře.
3.	Pozoruj, zdali sestry dostatečně integrují klienty mezi ostatní lidi.
4.	Pozoruj, zdali sestry jsou ke klientům čestné.
5.	Pozoruj, zdali sestry mají dostatek vědomostí o dané problematice.
6.	Pozoruj, zdali sestry umí zdůvodnit svoje rozhodnutí.
7.	Pozoruj, zdali sestry vedou klienty k přebírání zodpovědnosti za jejich činy a chování.
8.	Pozoruj, jestli si sestry vytvořili profesionální blízkost ke klientům v každé situaci: zájem o klienty, obava o klienty, ovládat se v každé situaci, ovládat vlastní reakce v různých situacích.
9.	Pozoruj, zdali sestry umí řešit zátěžové situace: zdali jsou proškolené, zdali je dostatek personálu na službě, je-li dostatek pomůcek.
10.	Pozoruj, jestli sestry dostatečně řeší ošetrovatelské problémy klientů - zjišťují jejich příčiny.
11.	Pozoruj, zdali sestry uspokojují potřeby klientů ve všech oblastech:

	dýchání, stravování, vylučování, spánek, bezpečí a jistoty, aktivity a odpočinku, komunikace, hygieny, oblékání, oblékání, udržování tělesné teploty, poznávání a učení, partnerské a rodinné vztahy, víry
12.	Pozoruj, jestli sestry dostatečně komunikují s klienty: verbální a neverbální komunikace, verbální a neverbální nedorozumění, zásah do soukromí, neadekvátní požadavky, dostatek vybavení.
13.	Pozoruj, zdali sestry respektují stud klientů.
14.	Pozoruj, zdali vztah mezi sestrami a klienty probíhá ve čtyřech fázích podle Hildegard Peplau.
15.	Pozoruj, zdali sestry pomáhají a naslouchají klientům ve vyjadřování pocitů.

Vyhodnocení pozorování

1. Sestry se velmi věnují přáním a nárokům klientů v podobě individuálních plánů.
2. Sestry v podobě klíčových pracovníků pomáhají klientům k růstu, vývoji a sebedůvěře. Opět k tomu napomáhá výše zmiňovaný individuální plán.
3. O integraci klientů se snaží, ale z důvodu zdravotního postižení to na 5. skupině nejde. Je zde nevýhoda, že Domov Leontýn je umístěný na samotě mimo obec Roztoky.
4. Sestry jsou ke klientům čestné. Zde jsem se nesetkala s „milosrdnou lží“.
5. Sestry jsou velmi informované o dané problematice. Podstupují spoustu školení.
6. Sestry umí dostatečně zdůvodnit své rozhodnutí.
7. Ano, vedou, při porušení domácího řádu se sestry s klientem domluví na určitém omezení.
8. Sestry si dobře vytvořily profesionální blízkost. Zájem o klienty je velký. Velká je i obava o ně. Díky svým vědomostem se sestry umí dobře ovládat v různých situacích.
9. Sestry umí řešit zátěžové situace do 3. stupně agrese
 - sestry jsou proškolené
 - není dostatek proškolených pracovníků na jedné směně

– je zde dostatek pomůcek – mají zde Místnost bezpečného pohybu

Sestry řeší zátěžové situace - odpoutáním pozornosti

- zaměstnání klienta

- změny prostředí

Poslední stupeň tzv. úchopy nezvládají, kvůli nedostatku proškoleného personálu na směně. V této fázi se musí zavolat lékař, který provede chemickou restrikcí nebo nechá převézt klienty do jiného zařízení.

10. Sestry dostatečně řeší ošetrovatelské problémy klientů. Postupují metodou ošetrovatelského procesu.

11. Podle našeho pozorování mají klienti uspokojené všechny potřeby.

12. Komunikace s klienty je dobrá, sestry na klienty stále hovoří, i když jim někteří neodpovídají, ale chybí nám zde obrázkové karty, obrázkový jídelníček, obrázkové stížnosti pro neverbální komunikaci.

Vybavení je nedostatečné.

K neadekvátním požadavkům nedošlo, všechny sestry ví, co klienti zvládnou.

Sestry do soukromí klientů zasahují, jinak by nesplnily jejich přání a potřeby.

K neverbálnímu nedorozumění občas dojde, z důvodu nekomunikativnosti klientů.

13. Všechny sestry respektují stud klienta.

14. U většiny klientů, z důvodu špatné komunikace, neprobíhá vztah mezi sestrami a klienty ve 4 fázích podle Hildegard Peplau.

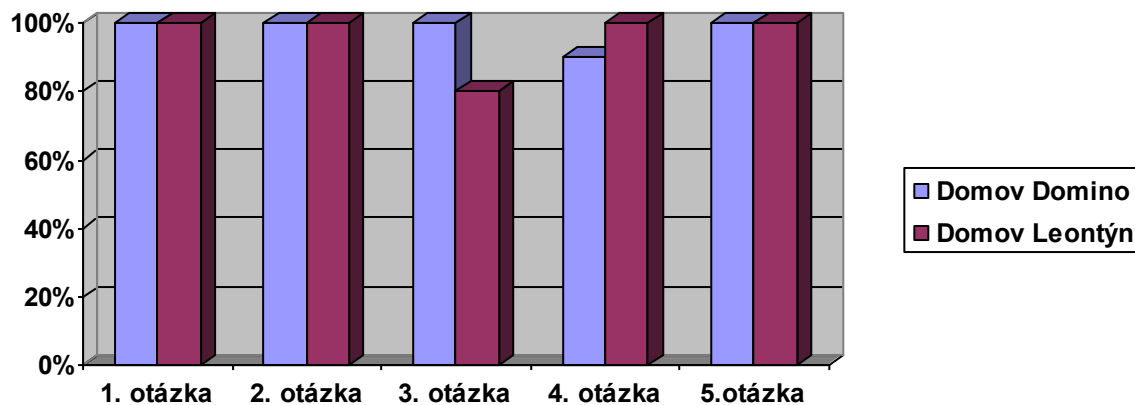
Tito klienti nekomunikují a nevyhledávají pomoc při problémech.

15. Sestry velmi naslouchají klientům ve vyjadřování pocitů.

Mentálně postižení klienti dávají své city více najevo nežli ostatní.

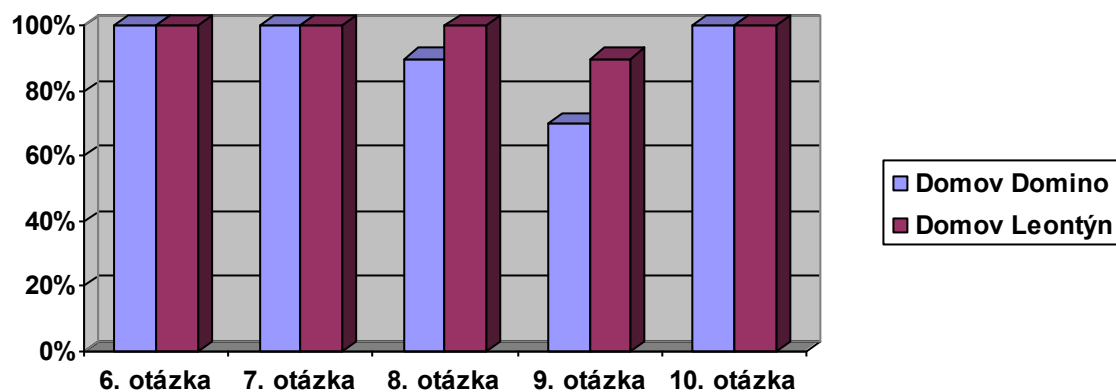
ANALÝZA VÝSLEDKŮ

Graf č. 1 Vyhodnocení otázek 1-5



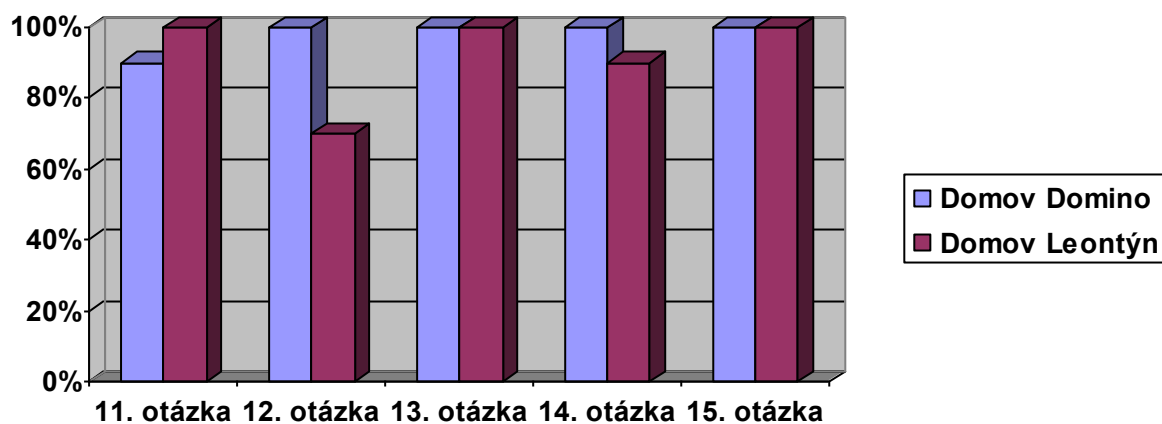
Domov Domino v první pěti otázek uspěl lépe.

Graf č. 2 Vyhodnocení otázek 6 – 10



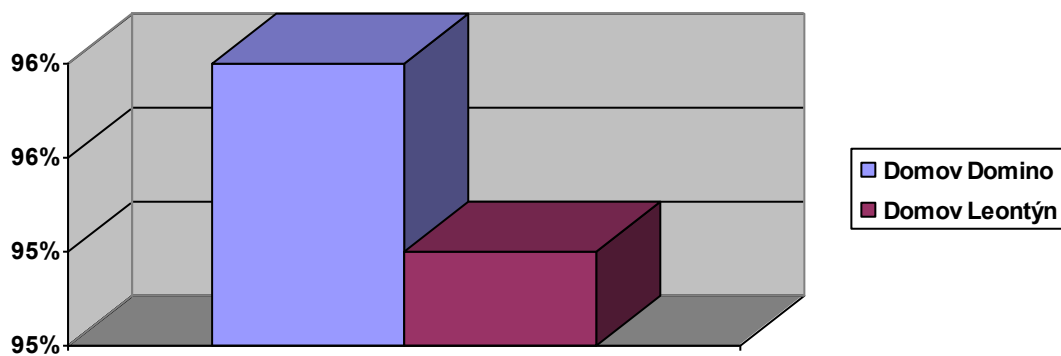
Domov Leontýn v druhé pěti otázek uspěl lépe.

Graf č. 3 Vyhodnocení otázek 11 – 15



Domov Domino v třetí pěti otázek uspěl lépe.

Graf č. 4 Celkové vyhodnocení otázek 1 – 15



Domov Domino získal v pozorování 96% úspěšnosti.

Domov Leontýn získal v pozorování 95% úspěšnosti.

3. 4 DISKUSE

Problematika mentálního postižení je velmi zajímavá.

Spolupráce s mentálně postiženými klienty a sestrami byla dobrá. Klienti i sestry s ochotou odpovídali na naše otázky v době pozorování a tvorbě kazuistiky.

Pozorování: ke grafu č. 1 se vztahovaly otázky 1, 2, 3, 4, 5.

Jak vyplynulo z analýzy grafu č. 1: Sestry se na 100% věnují přáním a nárokům klientů. Sestry na 100% v roli klíčových pracovníků pomáhají klientům k růstu, vývoji a sebedůvěře. Sestry v Domově Domino na 100% integrují klienty mezi ostatní společnost. Sestry v Domově Leontýn na 80% integrují klienty mezi ostatní společnost. Sestry v Domově Domino jsou na 90% ke klientům čestné, občas se nevyhnou „milosrdné lži“. Sestry v Domově Leontýn jsou na 100% ke klientům čestné. Sestry jsou na 100% informované o dané problematice.

Ke grafu č. 2 se vztahovaly otázky 6, 7, 8, 9, 10.

Graf č. 2 říká: Sestry na 100% umí zdůvodnit své rozhodnutí. Sestry na 100% vedou klienty k přebírání odpovědnosti za své jednání. Sestry si v Domově Domino na 90% vytvořily profesionální blízkost. Zájem o klienty je velký, v některých případech až přehnaný. Sestry si v Domově Leontýn na 100% vytvořily profesionální blízkost. Sestry v Domově Domino na 70% umí řešit zátěžové situace. Umí řešit zátěžové situace do 3. stupně agrese: všechny sestry nejsou proškolené, nemají dostatek proškoleného personálu na směně, nemají dostatek pomůcek. Sestry v Domově Leontýn na 90% umí řešit zátěžové situace. Umí řešit zátěžové situace do 3. stupně agrese: má dostatek pomůcek pro zvládnání zátěžových situací, nemá dostatek proškoleného personálu na směně. Sestry na 100% řeší ošetrovatelské problémy klientů.

Ke grafu č. 3 se vztahovaly otázky 11, 12, 13, 14, 15.

Z grafu č. 3 je zřejmé, že: V Domově Domino mají klienti uspokojené potřeby na 90%. Nemají uspokojenou potřebu partnerských a rodinných vztahů. V Domově Leontýn mají klienti uspokojené potřeby na 100%. Sestry v Domově Domino na 100% komunikují s klienty. Sestry v Domově Leontýn na 70% komunikují s klienty. Sestry by se měly více zabývat neverbální komunikací. Všechny sestry na 100% respektují stud klientů. V Domově Domino probíhá na 100% vztah mezi sestrami a klienty ve 4 fázích podle Hildegard Peplau. V Domově Leontýn probíhá na 90% vztah mezi sestrami a klienty ve 4 fázích podle Hildegard Peplau z důvodu špatné komunikace. Sestry na 100% naslouchají klientům ve vyjadřování pocitů.

Graf č. 4 poukazuje na celkové vyhodnocení otázek 1 – 15.

Domov Domino získal v pozorování 96% úspěšnosti.

Domov Leontýn získal v pozorování 95% úspěšnosti.

Kazuistika: graf č. 1 poukazuje na celkové vyhodnocení kazuistiky.

Domov Domino získal v kazuistice 95% úspěšnosti.

Domov Leontýn získal v kazuistice 98% úspěšnosti.

3. 5 ZÁVĚR PRO PRAXI

Domov Domino: Zvládání zátěžových situací by mělo být lepší – všechny sestry by měly být proškoleny, dostatek proškoleného personálu na směně a dostatek pomůcek – místnost bezpečného pobytu.

Sestry by se měly více věnovat klientům v oblasti potřeb - rodinným vztahům, například s klientem navštívit rodinu, udržovat telefonní kontakt.

Domov Leontýn: Sestry by měly zlepšit neverbální komunikaci, například vyrobou obrázkových karet, obrázkových jídelníčků, obrázkových stížností.

Větší integrace klientů 5. skupiny, například větší návštěvnost kulturních akcí pro vozičkáře, návštěva kadeřníka či pedikérky atd..

ZÁVĚR

V naší práci jsme pozorovali: terapeuticko-meziosobní vztahy mezi sestrami a mentálně postiženými klienty, požadovanou úroveň péče mentálně postižených klientů dle ošetrovatelského modelu Hildegard Peplau, dostatečnou pomoc sester mentálně postiženým klientům zvládnout zátěžové situace, dvě sociální zařízení v péči o mentálně postižené klienty dle ošetrovatelského modelu Hildegard Peplau.

Cíl č.1 byl částečně splněn: Sestry si dobře vytvořily profesionální blízkost. Zájem o klienty mají velký, v některých případech až přehnaný. Díky svým vědomostem se sestry umí ovládat v různých situacích. V Domově Leontýn u většiny klientů, z důvodu špatné komunikace, neprobíhá vztah mezi sestrami a klienty ve 4 fázích podle Hildegard Peplau.

Cíl č. 2 byl částečně splněn: Péče o mentálně postižené je na vysoké úrovni. Sestry se dostatečně věnují přáním a nárokům klientů. Sestry v rolích klíčových pracovníků pomáhají klientům k růstu, vývoji a sebedůvěře. Integrace mentálně postižených klientů je v Domově Domino dostatečná. Sestry jsou ke klientům čestné, občas se však nevyhnou „milosrdné lži“. Sestry jsou velmi informované o dané problematice. Sestry umí dostatečně zdůvodnit své rozhodnutí. Sestry vedou klienty k přebírání odpovědnosti za své jednání. Sestry dostatečně řeší ošetrovatelské problémy klientů. V Domově Domino nemají klienti uspokojenou potřebu partnerských a rodinných vztahů. V Domově Leontýn by se sestry měly více zabývat neverbální komunikací. Všechny sestry respektují stud klienta. Sestry velmi naslouchají klientům ve vyjadřování pocitů.

Cíl č. 3 byl částečně splněn: Sestry umí řešit zátěžové situace do 3. stupně agrese. Domov Leontýn má dostatek pomůcek pro zvládnání zátěžových situací.

Domov Domino nemá dostatek proškolených pracovníků ne jedné směně, není zde dostatek pomůcek – chybí zde Místnost bezpečného pobytu.

Cíl č. 4: Domov Domino uspěl v kasuistice na 95% a v pozorování na 96%.

Domov Leontýn uspěl v kasuistice na 98% a v pozorování na 95%.

Ošetrovatelský model Hildegard Peplau je u mentálně postižených jedinců aplikovatelný do praxe.

POUŽITÁ LITERATURA

ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1. vydání, Nukleus HK, 2003, 104 stran. ISBN 80-86225-33-X

BLAŽEK, B., OLMROVÁ, J., *Světy postižených*. 1. vydání, Praha: Avicenum, 1988, 181 stran. ISBN 08-083-88

FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatel'stvo – teória*. 1. vydání, Martin: Osveta, 2005, 216 stran. ISBN 80-8063-182-4

LEČBYCH, M., *K historii pojmu mentální retardace*. <http://www.dobromysl.cz/>, 2002, ISSN 1214-2107

LEHOVSKÝ, M. a kol. *Pečujeme o nervově nemocné dítě*. 1. vydání, Praha: Avicenum, 1989, 208 stran. ISBN 08-040-89

MAHROVÁ, G. VENGRÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vydání, Praha: Grada, 2008, 181 stran. ISBN 978-80-247-2138-5

PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vydání, Praha: Grada, 2006, 152 stran. ISBN 80-247-1211-3

PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světě současných trendů*. 1. vydání, Brno: MSD, 2006, 2005 stran. ISBN 80-86633-40-3

POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. vydání, Brno: Národní centrum ošetrovatelských a nelékařských zdravotnických oborů, 2008, 102 stran. ISBN 978-80-7013-466-5

PROCHÁZKA, L. *Psychiatrie a právo*. Postgraduální medicína, roč. III. 2001, str. 464 – 469. ISSN 1212-4184

ŠIŠKA, J. *Mimořádná dospělost – Edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. Praha: Karolinum, 2005, 100 stran. ISBN 80-246-0992-4

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 1. vydání, Praha: Portál, 2000, 184 stran. ISBN 80-7178-506-7

TOMÁŠ, P. *Rizika násilí na oddělení akutní psychiatrické péče*. Sestra, roč. XIII. 2003, str. 69 – 71. ISSN 1210-0404

UHLÍKOVÁ, P. *Diferenciální diagnostika u psychických poruch v adolescenci*. Postgraduální medicína, roč. VIII. 2003, str. 52 – 56. ISSN 1212-4184

ŽIAKOVÁ, K. a kol. *Ošetrovatel'stvo teória a vedecký výskum*. 1. vydání, Martin: Osveta, 2003, 319 stran. ISBN 80-8063-131-X

**Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická, Příbram I,
Jiráskovy sady 113**

Aplikace ošetrovatelského modelu Hildegard Peplau u mentálně postižených klientů v praxi

Martina Poláková

MOTIVACE

- vývoj mentálně postižených
- zda je péče o tyto lidi dostačující
- mají-li dostatek pomůcek a prostředků
- jestli jsou integrováni do společnosti
- jakých chyb se setry dopouštějí v péči o ně

Teoretická část

- Charakteristika mentálního postižení
- Charakteristika ošetrovatelského modelu
- Práva mentálně postižených

Současný stav

- Mentální postižení je trvalý stav způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku.
- Dochází k zaostávání vývoje, rozumových schopností, odlišnému vývoji určitých vlastností a k poruchám adaptivního chování.

Praktická část

Výzkumný problém:

Odhalit chyby a nedostatky sester v interpersonálním vztahu a uspokojování potřeb bez projevů úzkosti mentálně postižených jedinců dle Hildegard Peplau.

Cíle:

1. Analyzovat terapeuticko-meziosobní vztah mezi sestrou a mentálně postiženým klientem.
2. Posoudit požadovanou úroveň péče mentálně postižených klientů dle ošetrovatelského modelu Hildegar Peplau.

Cíle:

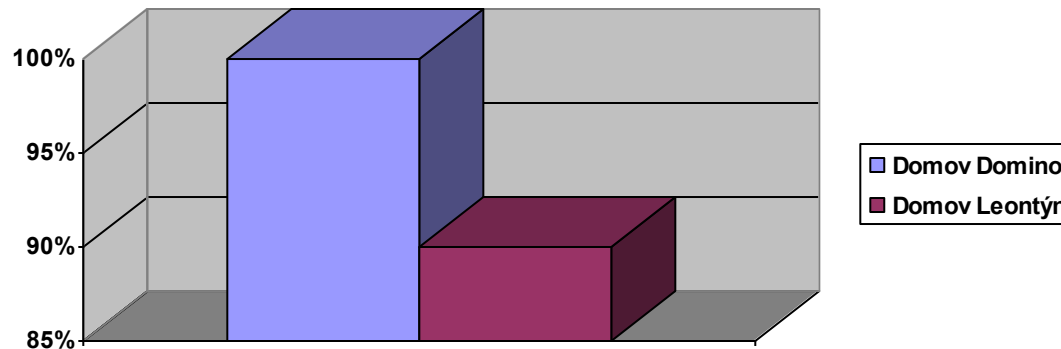
3. Zjistit, jestli sestra dostatečně pomáhá mentálně postiženým klientům zvládnout zátěžové situace.
4. Porovnat alespoň dvě sociální zařízení v péči o mentálně postižené klienty dle ošetrovatelského modelu Hildegard Peplau.

Metoda a průzkumný vzorek

- **Metoda:** kazuistika a pozorování
- **Výzkumný vzorek:** sestry a klienti v sociálních zařízeních

Cíl č.1 Analyzovat terapeuticko-meziosobní vztah mezi sestrou a mentálně postiženým klientem.

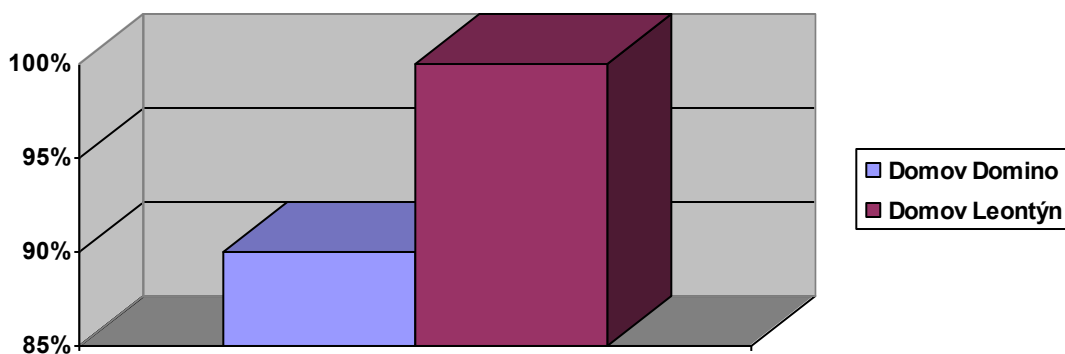
Cíl byl částečně splněn.



V Domově Leontýn probíhá na 90% vztah mezi sestrami a klienty ve 4 fázích podle Hlidgegard Peplau, kvůli špatné komunikaci.

Cíl č. 2 Posoudit požadovanou úroveň péče mentálně postižených klientů dle ošetřovatelského modelu Hildegard Peplau.

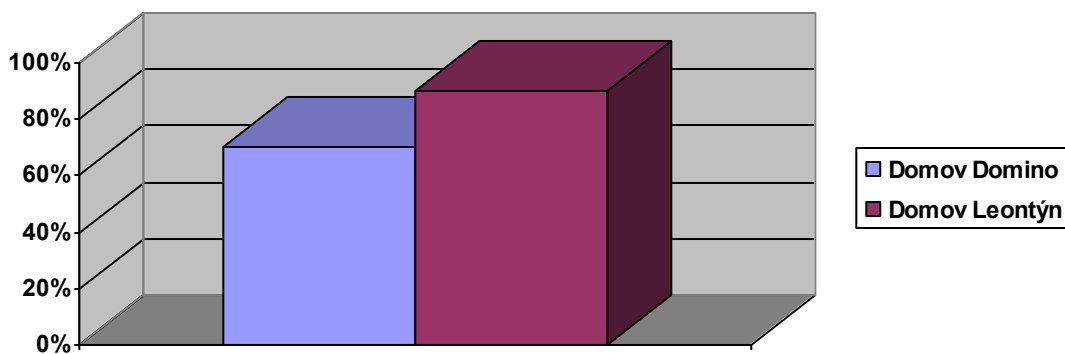
- Cíl byl částečně splněn.



- V Domově Domino mají klienti uspokojené potřeby na 90%. Nemají uspokojenou potřebu partnerských a rodinných vztahů.

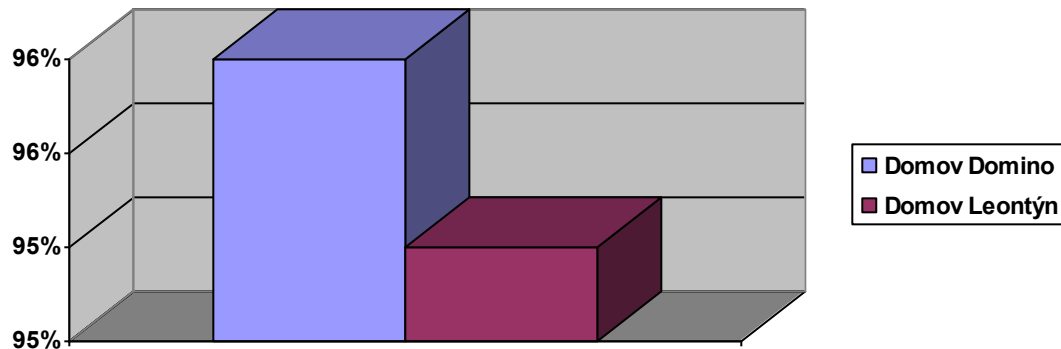
Cíl č. 3 Zjistit, jestli sestra dostatečně pomáhá mentálně postiženým klientům zvládnout zátěžové situace.

- Cíl byl částečně splněn.



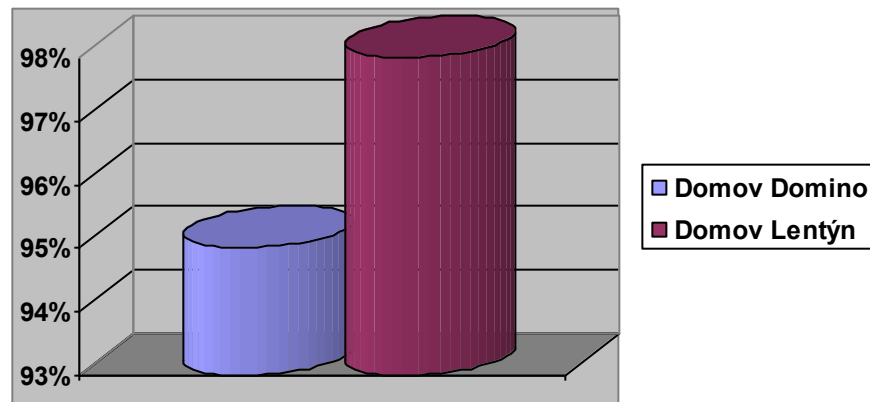
- V Domově Domino umí sestry řešit zátěžové situace na 70%. Nemají dostatek pomůcek a vyškoleného personálu.

Cíl č.4 Porovnat alespoň dvě zařízení v péči o mentálně postižené klienty dle ošetřovatelského modelu Hildegard Peplau



- Domov Domino získal v pozorování 96% úspěšnosti.
- Domov Leontýn získal v pozorování 95% úspěšnosti.

Celkové vyhodnocení kazuistiky



- Domov Domino získal v kazuistice 95% úspěšnosti.
- Domov Leontýn získal v kazuistice 98% úspěšnosti.

Závěr pro praxi

Domov Domino:

- Lepší zvládání zátěžových situací – proškolení všech sester, dostatek proškoleného personálu na směně, dostatek pomůcek.
- Sestry by se měli klientům více věnovat v oblasti potřeb - rodinným vztahům – návštěvy rodiny, telefonní kontakt.

Závěr pro praxi

Domov Leontýn:

- Sestry by měly zlepšit neverbální komunikaci – vyrobení obrázkových karet, jídelníčku a stížností.
- Větší integrace klientů 5. skupiny – návštěva kulturních akcí, kadeřnictví, pedikúra.

Děkuji za pozornost

