



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Pacient s mentálním znevýhodněním na standardním  
oddělení nemocnice**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program:

**OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Monika Kolářová

**Vedoucí práce:** Mgr. Dita Nováková, Ph.D.

České Budějovice 2019

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Pacient s mentálním znevýhodněním na standardním oddělení nemocnice*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2019

.....

Monika Kolářová

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucí bakalářské práce paní Mgr. Ditě Novákové, Ph.D., za ochotu, trpělivost, cenné rady a čas, který mi věnovala při konzultacích. Díky ní mohla tato práce vzniknout.

# **Pacient s mentálním znevýhodněním na standardním oddělení nemocnice**

## **Abstrakt**

Tato bakalářská práce se zabývá specifickými ošetrovatelskými péčemi u pacienta s mentálním znevýhodněním na standardním oddělení. Práce je rozdělena na část teoretickou, kde jsou uvedeny základní informace o mentálním znevýhodnění včetně ošetrovatelské péče, a na část empirickou, která zkoumá zkušenosti a znalosti sester pracujících s těmito pacienty a další aspekty, které ošetrovatelskou péči ovlivňují.

Cílem této práce bylo zmapovat možné problémy vyskytující se během hospitalizace. V rámci empirické části bylo provedeno kvalitativní výzkumné šetření formou polostrukturovaných rozhovorů, které bylo doplněno o přímé, skryté, zúčastněné pozorování. Výzkumný vzorek pro rozhovory byl zvolen záměrným výběrem a tvořilo ho jedenáct respondentů pracujících na různých standardních odděleních různých nemocnic. Získané rozhovory byly zpracovány technikou otevřeného kódování metodou tužka a papír. Dále bylo vytvořeno 7 kategorií a několik podkategorií dle zaměření. Pozorování bylo prováděno na interním oddělení a sledováno bylo sedm sester. Analýzu pozorování jsme provedly pomocí popisu jednotlivých záznamových archů a situací a jejich srovnáním.

Z výsledků vyplývá, že ošetrovatelská péče o pacienty s mentálním znevýhodněním je náročná a musí být vždy individualizovaná. Nejčastější problémy představuje zhoršená adaptace pacientů, deficit sebepéče, narušená verbální komunikace, inkontinence, riziko násilí a narušená sociální interakce. Sestry se setkávají se všemi stupni znevýhodnění. Stupeň znevýhodnění je jedním z aspektů, které velmi ovlivňují ošetrovatelskou péči. Pro tu je nezbytná kvalitní komunikace a dostatek informací o pacientovi.

Výsledky práce mohou sloužit jako studijní materiál pro sestry či studenty oboru ošetrovatelství a dále jako informační materiál pro každého, kdo se chce dozvědět více o pacientech s mentálním znevýhodněním.

## **Klíčová slova**

mentální znevýhodnění; pacient; komunikace; hospitalizace; sestra; ošetrovatelství; standardní oddělení

# **A patient with mental disability on a standard hospital ward**

## **Abstract**

This bachelor thesis deals with specifics of nursing care of patient with mental disability on a standard hospital ward. The thesis is divided into theoretical part where the basic information about mental disability are described including nursing care. The analytical part is aimed on experiences and knowledge of nurses who are caring of this patients and the other aspects which influence nursing care.

The aim of the bachelor thesis is find out possible problems which occur during the hospitalization. Qualitative research using semi-structured interviews was selected for the analytical part. It was supplemented by direct, hidden, participant observation. Ten nurses working at different standard wards in different hospitals were intentionally selected for the research. The given interviews were processed by the open coding technique using pencil and paper. 7 categories and some subcategories were created and were further elaborated according to their specialization. Observation was performed on the Internal Department in one South Bohemian hospital. Seven nurses were observed. The analysis of observation was made by describing the individual record sheets and the situations and their comparison.

The research shows that nursing care of patients with mental disability is difficult and have to be individualized. The most common problems in these patients are impaired adaptability, self-care deficit, disturbed verbal communication, incontinence, the risk of a violence and impaired social interactions. Nurses encounter all degrees of mental disability. The grade of mental disability is one of the aspects that greatly affects nursing care. Quality communication and sufficient patient information are essential for proper nursing care.

The results of this bachelor thesis could be used for nurses or nursing students. The results can serve as an information material for anyone who wants to learn more about mentally handicapped patients.

## **Key words**

mental disability; patient; communication; hospitalization; nurse; nursing care; standard ward

## Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav.....	9
1.1 Historie péče o pacienty s mentálním znevýhodněním .....	9
1.2 Mentální znevýhodnění .....	10
1.2.1 Definice .....	10
1.2.2 Klasifikace mentálního znevýhodnění .....	12
1.2.3 Etiologie .....	15
1.2.4 Diagnostika.....	16
1.3 Přidružená onemocnění .....	17
1.4 Specifika ošetrovatelské péče.....	18
1.4.1 Obecné zásady ošetrovatelské péče.....	18
1.4.2 Potřeby pacientů s mentálním znevýhodněním.....	19
1.4.3 Komunikace s pacienty s mentálním znevýhodněním .....	22
1.4.4 Problémové chování během hospitalizace.....	26
2 Cíl práce, výzkumné otázky .....	30
2.1 Cíl práce.....	30
2.2 Výzkumné otázky .....	30
3 Metodika.....	31
3.1 Použitá metodika a technika sběru dat .....	31
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	32
4 Výsledky.....	33
4.1 Identifikace respondentů pro rozhovor.....	33
4.2 Analýza výsledků rozhovorů .....	33
4.3 Identifikace ošetřovaných pacientů .....	49
4.4 Analýza výsledků pozorování .....	49
5 Diskuze .....	53

Závěr .....	62
Seznam literatury .....	64
Seznam příloh .....	69
Seznam zkratek .....	70

## Úvod

Téma týkající se pacientů s mentálním znevýhodněním jsem si vybrala, protože jsem se během své praxe ve zdravotnictví s těmito pacienty mnohokrát setkala. Považuji ho za velmi aktuální, a i přestože postupně přestává být tabuizováno, je stále mnoho lidí, kteří o něm nic nevědí. Tato nevědomost se netýká pouze laiků, ale také odborníků. Velkou roli ve výběru tohoto tématu hrály i mé negativní zkušenosti s přístupem sester k pacientům s mentálním znevýhodněním.

Mentální znevýhodnění bývá rozdělováno do několika kategorií dle stupně postižení. Toto onemocnění má rozličnou etiologii, která zahrnuje prenatální, perinatální a postnatální příčiny. Péče o pacienty s mentálním znevýhodněním je mnohdy náročnější vzhledem k jejich přidruženým onemocněním. Často se vyskytuje přidružená epilepsie, diabetes mellitus, autismus či poruchy zraku a sluchu. Další komplikací mohou být poruchy autistického spektra a celkově zhoršené sociální interakce.

Sestra může mnohdy svým přístupem a schopností řešit problémy ovlivnit pacientovo chování, které je častou reakcí na změnu prostředí, a jeho přístup k léčbě. Nezbytnou součástí správné ošetrovatelské péče o pacienty s mentálním znevýhodněním je vhodná komunikace a vysoce individuální přístup s ohledem na pacientovy aktuální potřeby. Sestra by měla mít o pacientovi dostatek informací a své postupy by měla přizpůsobit jeho změněným potřebám. Je tedy vyžadován vysoce profesionální přístup, hlavně dostatek času na práci s pacientem.

Cílem této bakalářské práce je zmapovat možné problémy, které se vyskytují během hospitalizace pacienta s mentálním znevýhodněním na standardním oddělení. Účelem práce je zjistit, jaké problémy sestra řeší nejčastěji a jaké aspekty ze strany pacienta ovlivňují poskytování ošetrovatelské péče.



## 1 Současný stav

Na standardní oddělení nemocnic jsou v dnešní době běžně přijímáni pacienti s mentálním znevýhodněním a s některým z přidružených onemocnění či onemocněním akutním.

### 1.1 Historie péče o pacienty s mentálním znevýhodněním

Po celou dobu historie lidstva jsou popisovány případy lidí s mentálním znevýhodněním. Už v Bibli je slabomyslnost chápána jako trest boží za hříchy rodičů. Tento názor přetrvával ještě po staletí (Kysučan, 1982). Ve starověku se slabé nebo defektní spartánské dítě pohodilo v horách nebo v pustině. V Athénách dávali znevýhodněné děti do hliněných hrnců a v Římě je ukládali do košíků a nechávali je u cesty, nebo je hodili do moře. Některé defektní děti byly naopak ponechány naživu jako otroci (Sovák, 1980).

Středověk byl pro lidi s mentálním znevýhodněním také velmi nepříznivý, protože postoj společnosti k nim nebyl vůbec tolerantní. V raném středověku byli tito lidé stále chápáni jako omyl, hřích, plody ďábla či nečistota. Jedinci byli vyčleňováni do ústraní, někdy mučeni, či dokonce zabíjeni (Rajmová, 2006). Setkání s takovým pacientem se považovalo za zlé znamení (Vančová, 2005). V pokusech o léčbu se využívalo hlavně zařívání a exorcismu. Postupem času začala církev sehrávat pozitivní roli v této oblasti a začaly se budovat začátky charitativní činnosti (Vančová, 2005). Základního ošetření se pacientům dostalo v některých klášterních špitálech, ale osudy nepřijatých pacientů končily v obecních šatlavách nebo ve vězení. Rajmová (2006) zmiňuje, že podle dřívějších názorů nebyli hodni ani péče, ani ochrany.

Během osvícenství a Velké francouzské revoluce se začínají lékaři stavět pozitivně k humanistickým myšlenkám a k sociálním ideálům. Tato revoluce začala proces základního přebudování veřejné péče a nemocniční léčby (Rajmová, 2006). Postižení začínají být chápáni jako nemocní, kterým je potřeba pomáhat. Na základě vědeckých poznatků se začala realizovat první speciálně pedagogická opatření. Slabomyslnost – neboli mentální znevýhodnění se dostalo do popředí všech oborů a primárně do zájmu lékařů (Vančová, 2005).

Na konci 18. století začaly vznikat zdravotní ústavy pro slabomyslné, které fungovaly jako nemocnice. Ošetřovatelé bydleli na pokojích přímo s pacienty a jejich práce nespočívala pouze v ošetřovatelské péči o ně, ale také v předcházení zraněním,

jejichž příčinou by mohla být agresivita. Starali se i o úklid a čistotu budovy. Personál se skládal z chudé a nevzdělané vrstvy obyvatel a zaučoval se pouhou praxí v nemocnici. Kvalita ošetrovatelské péče byla postavena na osobních přednostech (Rajmová, 2006). Pipeková (2006) uvádí jako vznik prvního zařízení pro mentálně retardované u nás rok 1871. Na konci 19. století se situace zlepšovala a ošetrovatelky již musely splňovat jisté požadavky. Zlepšily se také pracovní podmínky a nemocnice se postupně měnila do podoby, jak ji známe dnes (Rajmová, 2006). Neutěšená situace nastala opět během 2. světové války v Německu. Všichni duševně či mentálně nemocní byli hromadně likvidováni jako nepotřebné osoby. Po konci druhé světové války nezájem o psychiatrii v Německu přetrvává (Rajmová a Petr, 2006).

Během 20. století byla v Čechách vybudována celá řada zařízení. Primárně šlo o ústavy sociální péče vybudované v opuštěných zámeckých objektech. O pacienty se starali hlavně řádové a zdravotní sestry, lékaři a instruktoři pracovní činnosti. Práce byla převážně ošetrovatelská a sociální. Dnes dochází k velkému odklonu od institucionální péče a nastávají snahy o humánnější formy v zařízeních rodinného typu. Hovoříme o principech integrace, normalizace a humanizace. Jedná se o začlenění jedince mezi zdravou populaci, do běžného života a o kvalitní rozvoj a přijetí postižených občanů za rovnocenné partnery (Pipeková, 2006). Tyto pacienty dnes nacházíme v nemocnicích na standardních odděleních pouze při zhoršení stavu nebo při potřebě diagnostiky (Rajmová a Petr, 2006).

## ***1.2 Mentální znevýhodnění***

Mentální znevýhodnění má jako každé onemocnění svoji etiologii a diagnostiku, kterou je třeba znát pro pochopení souvislostí tohoto onemocnění a ošetrovatelské péče. V našem textu se přidržíme možnosti používat přesněji vymezený termín mentální znevýhodnění (dále MZ).

### ***1.2.1 Definice***

Mentální znevýhodnění je nejběžnější porucha vyskytující se v populaci, a to bez ohledu na kontinent, ekonomický a kulturní okruh či rasu. V porovnání s minulostí nastává v současnosti jistý nárůst počtu osob s MZ (Valenta, 2011).

Při snaze vymezit pojem mentální znevýhodnění se uplatňuje více přístupů (Zezulková, 2013). Model, který má i u nás dlouholetou tradici a lze ho označit jako

limitující a klasifikační, je model medicínský (Lečbych, 2012). Tento model byl aktuální v době ústavní péče a je postaven na odbornosti. Handicap je v tomto modelu považován za záležitost odbornosti a tragédie pro jednotlivce (Černá et al., 2015). Zaměřuje se primárně na etiologii a diagnostiku (Lečbych, 2012). Lékař stanoví diagnózu a výsledkem by měl být vyléčený pacient (Černá et al., 2015). Medicínský přístup je v současnosti kritizován, protože člověku s mentálním znevýhodněním ovlivňuje životní cestu, čímž omlouvá jeho sociální vyloučení (Zezulková, 2013). Lečbych (2012) charakterizuje ještě model ústavní sociální péče, který je obdobný a je založen na soucitu ke slabším osobám. Jako alternativu udává model popisný, který se snaží předcházet negativnímu vnímání lidí s MZ. Následkem toho mohou ale vznikat nepřesné a zavádějící definice.

Další je model podpory nazývaný také ekologický model, který je postaven na třech pilířích. Prvním z nich jsou možnosti zaměřené na to, co jedinec dokáže. Druhým je prostředí určující podmínky. A třetím pilířem je fungování definované jako stupeň podpory (Lečbych, 2012). Model je založen na prvcích chápání hloubky MZ a fungování jednotlivce. Novější definice nejsou vztaženy pouze na osobu, ale popisují MZ jako výsledek interakce člověka s vnějším prostředím (Černá et al., 2015).

Model sociální chápe MZ jako důsledek znevýhodňujících vlivů ze strany společnosti. Život člověka se znevýhodněním závisí na postojích společnosti. Toto pojetí nezohledňuje inteligenční úroveň, ale míru podpory, kterou člověk potřebuje k životu v daném prostředí (Zezulková, 2013). Model byl vytvořen jako důsledek kritiky modelu medicínského. Jeho základem je holismus a celostnost (Černá et al., 2015).

Lečbych (2012) uvádí ještě model spirituální, který je postaven na komplexním vnímání každé lidské bytosti. Základním předpokladem je naplňování duchovního účelu každé osoby, tedy i té se znevýhodněním, protože duchovní stránka nepodléhá nemocem. Zdůrazňuje rovnost, partnerství a podporu a klade důraz na lidské možnosti.

Pro srovnání modelů je představeno několik definic.

Janotová (2012) definuje MZ jako stav, kdy došlo v prvních letech dítěte k zastavení nebo neúplnému duševnímu vývoji. Pokud dojde k narušení intelektových schopností po třetím roce, stanovuje se diagnóza demence. Zezulková (2013) cituje definici Vágnerové z roku 2004, která říká, že MZ je neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje, přestože byl jedinec vhodně výchovně stimulován. Češková (2015) ve své publikaci popisuje MZ jako nedostatečně vyvinutý

intelekt, se kterým souvisí narušené chování, stupeň soběstačnosti a nutnost péče. Tato porucha představuje globální poškození intelektových funkcí s narušeným vývojem celé osobnosti a společenskou nedostačivostí od počátku duševního vývoje jedince. Poslední definice z Mezinárodní klasifikace nemocí dle WHO zní následovně. „*Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami*“ (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 2014).

Pro potřebu naší práce budeme používat definici dle Americké asociace pro intelektová a vývojová postižení z roku 2002. Ta vysvětluje MZ jako sníženou schopnost s výraznými omezeními v intelektových funkcích a také v adaptačním chování. To se projevuje ve schopnosti myslet v abstraktních pojmech a dále v sociálních a praktických adaptačních dovednostech. Toto postižení vzniká před dovršením věku 18 let (Shalock et al., 2010).

V literatuře je mnoho definic, které jsou paralelně se změnami v chápání mentálního znevýhodnění aktualizovány. Nelze však vybrat pouze jednu a tu považovat za správnou a v průběhu času obecně platnou (Zezulková, 2013). Přes rozdílné zaměření a jiný úhel pohledu ale popisují všechny jako základ MZ snížení intelektových schopností, popřípadě snížení adaptace na prostředí (Lejčarová, 2012). Člověk se znevýhodněním ale musí být vždy chápán jako svébytný subjekt s charakteristickými osobními rysy (Kursová, 2009). Valenta (2011) upozorňuje, jak důležité je jedince chápat jako lidskou bytost a teprve na druhém místě by mělo být samotné znevýhodnění.

### ***1.2.2 Klasifikace mentálního znevýhodnění***

Klasifikace a terminologie prochází postupem času velkou změnou. Toto zdravotní postižení má problémy etického rázu s vlastním označením, které vyplývá z charakteru poruchy. Dříve používané termíny pro stupně mentální retardace (debilita, imbecilita, idiocie, idioimbecilita) se staly z důvodu humanizace a pro své pejorativní zabarvení společensky nepřijatelné. Z původních terminus technicus se nyní stávají nadávky (Valenta, 2011). Aktuální klasifikační systémy pracují s hloubkou postižení, etiologií

a symptomatikou. Berou v potaz dobu vzniku, chování, stupeň podpory a vývoj. Byly vypracovány pro lepší stanovení míry finanční podpory a charakteru péče (Lejčarová, 2012). Mentální znevýhodnění můžeme kategorizovat podle výše IQ a dle výsledků přiřadit přibližný mentální věk (Češková, 2015). V ČR se využívá od 90. let 20. století klasifikace dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (Bendová, 2015).

**Lehká mentální retardace** (kód F70) je charakteristická zpomaleným rozvojem sociálních dovedností a řeči (Janotová, 2012). Diagnóza bývá stanovena až v předškolním věku na základě zpomalení psychomotorického vývoje. Vyskytují se problémy se čtením, psaním a ani výslovnost nebývá bezchybná (Lejčarová, 2012). Tyto osoby mají problém zpracovávat teoretické informace, ale často studují na odborných učilištích (Bendová, 2015). Je možné je zaměstnat nekvalifikovanou nebo méně kvalifikovanou prací. Jsou emočně a sociálně nezralí a v náročnějších situacích potřebují sociální vedení (Češková, 2015). Bývají více sugestibilní, impulzivní a může se vyskytovat afektivní labilita (Bendová, 2015). Zpravidla ale dosahují plné soběstačnosti a nezávislosti v osobní péči (Lejčarová, 2012). Tento stupeň má přibližně 85 % lidí s mentálním znevýhodněním (Janotová, 2012).

**Středně těžká mentální retardace** (kód F71) se vyskytuje v 10–12 % případů (Janotová, 2012). Jedinci s tímto stupněm MZ mají chudou slovní zásobu, převládají u nich agramatismy a nesprávná artikulace (Češková, 2015). Do dospělosti u nich přetrvává dyslalie a někteří se nenaučí mluvit nikdy. Myšlenkové procesy jsou nepřesné a stereotypní. Opětovně ulpívají na nepodstatných, ale nápadných detailech (Lejčarová, 2012). Vzdělání je přibližně na úrovni druhé třídy. Seběpěči zvládají, ale s pomocí a dohledem (Češková, 2015). U těchto jedinců se objevuje zkratkové a impulzivní jednání, nestálé nálady a obvykle je přidružená epilepsie nebo jiné somatické handicap (Bendová, 2015). U mnohých z nich je přítomný i dětský autismus (Lejčarová, 2012).

**Těžká mentální retardace** (kód F72) zahrnuje různé stupně poruch motoriky a dalších přidružených onemocnění. Diagnóza se stanovuje už v útlém věku, protože jsou patrné různé somatické odchylky, neurologické potíže a postižení smyslových orgánů (Češková, 2015). Většinou se jedná o kombinované postižení. Rozdíly mezi středně těžkou a těžkou mentální retardací jsou hlavně v mluvních výkonech (Lejčarová, 2012). Řeč je omezena pouze na jednotlivá slova či skřeky (Janotová, 2012). V případě této formy MZ je vhodné ke komunikaci využít prvky alternativní komunikace. Vyskytuje se omezení v hrubé i jemné motorice (Bendová, 2015). Jednotlivci mohou mít tupý výraz a provádět automatické kývavé pohyby celého těla

(Češková, 2015). Často se u nich objevují poruchy chování obsahující sebepoškozování, afekty, agrese či hry s fekáliemi (Lejčarová, 2012). Takřka polovina pacientů s touto formou trpí epilepsií (Janotová, 2012). Bývají plně závislí na podpoře okolí (Bendová, 2015). Zvládají ale mechanické plnění základních úkonů a několika příkazů, pokud jsou v podnětném prostředí a mají kvalitní péči (Lejčarová, 2012). Tento stupeň má 3–5 % osob s MZ (Janotová, 2012).

**Hluboká mentální retardace** (kód F73) je většinou organické etiologie. Provázejí ji epilepsie, poškození zraku, sluchu a další tělesné handicapy postihující hybnost (Češková, 2015). Jedinci jsou plně závislí na péči druhých. Bývají imobilní a inkontinentní. Komunikace je pouze na elementární úrovni (Bendová, 2015). Jsou schopni odlišit známé podněty od neznámých a reagovat na libost, či nelibost. Spokojenost projevují celkovou relaxací a úsměvem. Nespokojenost projevují stoupajícím napětím, křikem či pláčem. Jedinci s tímto stupněm MZ jsou obvykle umístěni v zařízeních sociálních služeb a vyžadují stálou péči a dohled (Lejčarová, 2012). Tento stupeň se vyskytuje zhruba u 1–2 % lidí s MZ (Janotová, 2012).

Existují ještě další dva typy. Jiná mentální retardace (kód F78) se užívá v případě, kdy je mentální retardace zřejmá, ale vzhledem k těžkému kombinovanému postižení není reálné pacienta spolehlivě vyšetřit a určit stupeň pomocí obvyklých metod. Nеспециfikovaná mentální retardace (kód F79) je stanovena v případě, kdy je deficit prokazatelný, ale nemůžeme jedince zařadit pro nedostatek potřebných informací (Slowík, 2016).

Třetí číslo diagnostického kódu vyjadřuje přítomnost narušeného chování nebo emocí vyžadujících léčbu (Janotová, 2012). Číslo 0 popisuje žádné nebo minimální postižení chování. Číslo 1 označuje výrazné postižení chování vyžadující intervenci. Číslo 8 zahrnuje jiná postižení chování a číslo 9 je v diagnóze, pokud nejsou zmínky o postižení chování (Valenta, 2012).

Lejčarová (2012) rozlišuje dva typy osobnosti na základě temperamentu. Prvním je typ instabilní (eretický). Projevuje se velkým psychomotorickým neklidem. Osoba neustále pobíhá, mění činnosti, je nesoustředěná. Má sklon k impulzivnímu jednání, vznětlivosti a útočnosti. Druhým typem je typ interní (torpidní). Jedinec je pomalý, apatický, strnulý. Jsou u něj projevy pohodlnosti, sklony k nečinnosti a loudavosti. Patrný je nezájem o jakoukoli změnu. U nevyhraněného typu jsou procesy vzruchu a útlumu relativně v rovnováze. Češková (2015) zmiňuje toto dělení pouze u těžké formy mentální retardace.

### 1.2.3 *Etiologie*

Mentální znevýhodnění má velmi rozmanitou etiologii. Hraje zde roli mnoho vlivů, a to vlivy biologické, sociální a vlivy dědičnosti. Ve většině případů nelze přesně určit, který vliv a do jaké míry způsobil dané poškození (Černá, 2015). Vzhledem k velké rozmanitosti je velmi složité zjistit podíl vlivu genetiky a prostředí. Etiologie je stejně různorodá a variabilní jako symptomatologie (Valenta a Müller, 2012). Z důvodu velkého množství potenciálních příčin a často multifaktoriální příčiny neexistuje ani jednotný klinický obraz (Lejčarová, 2012). Stejně tak neexistují dva jedinci se stejným počátkem této poruchy. Je tedy obtížné vytvářet adekvátní etiologické kategorie (Valenta a Müller, 2012). Černá (2015) doplňuje, že je známa pouze polovina etiologických faktorů a mnoho příčin je i přes kvalitní diagnostiku neznámých. Roli zde hraje i časový faktor, tedy kdy a v jakých souvislostech k poškození došlo.

V průběhu let se klasifikační etiologické systémy postupně měnily. V roce 1983 byla etiologie rozdělena do 10 kategorií, které obsahovaly například intoxikaci, infekce, traumata, psychiatrické poruchy, chromozomové aberace či vliv prostředí. Od roku 2002 rozlišujeme etiologii podle časového faktoru na prenatální, perinatální a postnatální (Černá, 2015). Dále se dělí podle různých hledisek na vnitřní (endogenní) příčiny, které jsou podmíněné geneticky, a příčiny vnější (exogenní), které se dále rozlišují podle zmíněného časového hlediska (Bendová, 2015).

Janotová (2012) specifikuje některé faktory, které mají vliv na vznik MZ. Hereditární faktory běžné se nejvíce objevují u lehké mentální retardace. Zde bývá intelekt podobný intelektu rodičů, kteří neposkytují dítěti dostatečně podnětné prostředí. Lejčarová (2012) doplňuje, že v případě specifických hereditárních faktorů se jedná o specifické genetické příčiny, které jsou autozomálně recesivně podmíněné a dochází k poškození obou genů, kdy rodiče jsou přenašeči. Toto poškození pojme většinu vrozených poruch metabolismu bílkovin, sacharidů, tuků, vitamínů, hormonů a minerálů. Janotová (2012) dále objasňuje ostatní faktory. Do sociálních faktorů spadá deprivace v útlém dětství a těžké zanedbání výchovné péče. Environmentální faktory jsou těhotenské a perinatální problémy, DMO, infekce, alkoholismus matek. Nespecificky podmíněné poruchy se týkají 15–30 % případů a příčina mentální retardace zůstává neobjasněna.

Současná literatura používá rozdělení dle časové osy na prenatální, perinatální a postnatální příčiny.

**Prenatální příčiny** zahrnují vrozené vady metabolismu nebo chromozomové aberace. Patří sem také prenatální toxické postižení jako je FAS – fetální alkoholický syndrom (Češková, 2015). FAS se může projevovat poškozením vnitřních orgánů, mikrocefalií, strabismem, pokleslým víčkem, mentální a psychomotorickou retardací a poruchami kognitivních funkcí (Valenta, 2011). Černá (2015) zmiňuje také infekce matky v době těhotenství (zarděnky, kongenitální syfilis, toxoplazmóza, otrava olovem, HIV, Rh inkompatibilita), metabolické výživové poruchy (fenyلكetonurie, galaktosemie) a intrauterinní poškození. Největší skupinu mentálních znevýhodnění tvoří právě numerické chromozomální aberace (trizomie, monozomie), které vznikají v době buněčného dělení a jsou častější než chromozomální aberace strukturální (Valenta, 2011).

**Perinatální příčiny** obsahují mechanické poškození mozku, nízkou porodní hmotnost, nezralost, překotný nebo protražovaný porod, následky klešťového porodu, a hypoxii či asfyxii mozku (Černá, 2015). Valenta (2011) doplňuje perinatální encefalopatii, která způsobuje mentální znevýhodnění přibližně z 10–20 %.

**Postnatální příčiny** jsou somatické poruchy a poruchy se vznikem v raném dětství, kam spadají zevní vlivy prostředí, psychosociální vlivy a psychické poruchy (Češková, 2015). Řadí se sem různé záněty mozku (klíšťová encefalitida, meningitida a meningoencefalitida), mechanické vlivy jako traumata, mozkové léze při nádorovém onemocnění či krvácení do mozku (Valenta, 2011). Dále do postnatálních příčin spadá intoxikace a otravy, špatné zacházení či zanedbávání, podvýživa, deprivaci a onemocnění mozku (neurofibromatóza, tuberkulózní skleróza) (Černá, 2015).

#### **1.2.4 Diagnostika**

V diagnostice mentálního znevýhodnění se využívá klasické psychiatrické vyšetření, doplněné o speciální vyšetření jako EEG, CT, MR, základní laboratorní vyšetření a genetické vyšetření s genealogickou rozvahou (Češková, 2015). Je podstatné zařadit i podrobnou anamnézu zaměřenou na dosavadní vývoj, psychologické vyšetření kognitivních funkcí a posouzení adaptivního chování. K hodnocení adaptivního chování je možno využít právě anamnézy či pozorování a evaluačních škál. Nejpoužívanější jsou Vinelandská škála sociální zralosti a Günsburgova škála (Lečbych, 2012). Další diagnostickou metodou u pacientů je určení intelektu. Zde se využívají jednoduché početní výkony, psaní čtení a kresba (Janotová, 2012). Češková (2015) popisuje určení



hloubky intelektového postižení, strukturu inteligence a adaptační možnosti jako hlavní pilíře. Naopak Valenta (2011) a Zezulková (2013) uvádí, že hodnota inteligence by měla v diagnostice představovat pouze orientační parametr a testy inteligence jsou jen vodítkem, nikoli stěžejní diagnostickou metodou. Lečbych (2012) doplňuje, že je důležité při stanovení úrovně intelektu vycházet ze všech dostupných informací, využít klinické nálezy i míru schopnosti adaptace. Diagnostiku nám mnohdy ztěžují nerovnoměrně se vyvíjející některé specifické dovednosti.

Pro úplné stanovení diagnózy musí být přítomna snížená úroveň intelektových funkcí do věku 18 let života a deficit v oblasti adaptability jedince. Pokud není v diagnostice použito standardizovaných prostředků, je závěr považován pouze za provizorní odhad (Valenta, 2012).

U diferenciální diagnostiky je potřeba odlišit stavy, které mohou mentální znevýhodnění simulovat. Řadí se sem nepoznané smyslové postižení, poruchy řeči, emoční deprivace, dětský autismus a demence (Češková, 2015). Zanedbávané či deprivované dítě se učí rychleji, než se očekává, a demence se na rozdíl od MZ postupně zhoršuje, ale některé schopnosti mohou být zachovány. U MZ je postižení intelektu rovnoměrně rozloženo (Lečbych, 2012). Co se týká dalších psychiatrických onemocnění, je jejich diagnostika složitější. Může se objevovat schizofrenie nebo schizofrenní epizody, sebepoškozování, stereotypní pohyby nebo autistický syndrom, který je u závažnějších forem mentálního znevýhodnění hojnou komorbidní diagnózou (Janotová, 2012). V praxi se využívá klinický popis „Mentální znevýhodnění s autistickými rysy“. Spolu s MZ se může objevovat jakákoli jiná duševní, tělesná nebo organická porucha (Lečbych., 2012).

### ***1.3 Přidružená onemocnění***

Poškození intelektu se objevuje samostatně velmi vzácně. Běžně jsou přidruženy další poruchy a vady, nebo je MZ součástí klinických syndromů (Lejčarová, 2012). Lidé s MZ jsou také mnohem náchylnější k dalším nemocem. Dvě třetiny z nich trpí chronickým onemocněním, a čím hlubší je MZ, tím více somatických onemocnění se u nich objevuje (Thorová, 2007). Nejčastější jsou poruchy zraku (Lejčarová, 2012). Je popisována katarakta, nystagmus či myopie (Černá, 2015). Tyto poruchy se vyskytují hlavně u lidí s Downovým syndromem a u dětí s FAS. U těchto dvou syndromů je typické i postižení sluchu a vrozené srdeční vady. Srdeční nemoci jsou také jednou

z nejčastějších příčin úmrtí těchto pacientů (Thorová, 2007). Bezmála polovina lidí se středně těžkým a těžkým typem MZ trpí epilepsií (Janotová, 2012). Epilepsie je porucha postihující mozek, projevující se různým typem záchvatů. Mimo záchvaty se objevují poruchy nálad a emotivity či poruchy chování. Je třeba věnovat výskytu pozornost. Epilepsie se vyskytuje u Downova syndromu, dále u nemocí jako tuberózní skleróza, Rettův syndrom či Angelmanův syndrom. Mentální znevýhodnění a pervazivní vývojové poruchy se mnohdy vyskytují společně. Autismus se objevuje spíše u těžšího typu MZ. Od této poruchy se odvíjí potíže v sociální interakci, které ale nejsou tak výrazné jako při samotném autismu. Výraznější jsou pohybové stereotypie (Thorová, 2007). Motorické postižení je možné pozorovat u syndromů, jako jsou Rettův, Angelmanův či Prader-Williho. Nutno podotknout, že se většinou jedná o těžkou až hlubokou formu mentálního znevýhodnění (Černá, 2015).

Významný problém představují emoční poruchy a poruchy chování. U mentálního znevýhodnění je zvýšená citlivost na stresové situace a konflikty. Někdy i nepatrné zatížení může vyvolat stres a přetížení, čímž nám roste riziko změny chování či vzniku psychické poruchy (Lejčarová, 2012). U některých syndromů se vyskytuje sebezraňující chování. Pro Leschův-Nyhanův syndrom a De Lange syndrom je to přímo typické. Změna chování bývá signálem pro nějaké onemocnění. Projevem bývá například agrese, ale také agitovanost, emoční výbuchy nebo další dramatické změny. Objevují se izolované psychotické syndromy, schizofrenie, úzkostné a afektivní poruchy či kompulzivní jednání (Thorová, 2007).

#### ***1.4 Specifika ošetrovatelské péče***

Ošetrovatelská péče o pacienty s MZ může být pro sestru velmi komplikovaná a v některých oblastech rozdílná. V této kapitole jsou uvedeny prvky ošetrovatelské péče a jejich modifikace, které jsou pro kvalitní péči o tyto pacienty zásadní.

##### ***1.4.1 Obecné zásady ošetrovatelské péče***

Teoretické znalosti pomáhají sestře v pochopení jedinců a jejich odlišnosti od jiných lidí, o které pečuje (Sikorová, 2011). Diagnostické znalosti mohou ale znemožnit nezaujatý pohled na pacientovy schopnosti. Může dojít k přehlížení vývojového potenciálu a vše negativní se dává za vinu symptomům jejich nemoci (Pörtner, 2009). Pro naplnění potřeb je nezbytné, aby sestra zmapovala, jaký byl pacient před

vypuknutím onemocnění (Šamánková, 2011). V ošetřování lidí s MZ je o to důležitější nevycházet z představ o tom, jací by měli být, ale z toho, jací jsou a jaké jsou jejich možnosti (Pörtner, 2009). Sestra musí zohlednit změny v motorice a brát v potaz možné poruchy koordinace a stereotypní pohyby. Stejně tak musí mít na paměti změny v emocích a nezřídka přítomnou afektivní labilitu. Pacienti mají omezenou přizpůsobivost a nízkou frustrační toleranci. To vede k neklidu, impulzivnímu jednání nebo netečnosti. Nezřídka se vyskytuje i nízká sebekontrola a vysoká sugestibilita (Petr et al., 2014). Sestra nemusí porozumět světu pacienta, ale vědomí, že jeho chování má pro něj smysl, zahrnuje postoj, který má sám o sobě pozitivní účinky. Sám pokus o vcítění se do jeho vnímání a cítění mění kvalitu vztahu (Pörtner, 2009).

Sestry musí vždy přizpůsobit své postupy tak, aby vyhovovaly změněným potřebám jedince (Cleary a Doody, 2017). Potřeby pacientů musí být jejich prioritou a názory pacienta musí být začleněny do všech úrovní poskytování péče. Čím jsou pacientovy potřeby složitější, tím se stávají neviditelnějšími (Outlon et al., 2018). U středně těžkého a těžkého stupně MZ je hlavní podpora sebekpěče a samostatnosti v oblasti denních činností a také v získání důvěry a ochoty spolupracovat. Pacient musí co nejvíce činností dělat sám, aby nepociťoval stres (Petr a Marková, 2014). Tendence pomáhat pro jejich urychlení tedy nejsou na místě (Čadilová, 2007). Starost o bezpečí, pořádek a klid bývá v nemocnicích na prvním místě. Následně dochází k potlačení potřeb pacientů a čas je pouze na tělesnou péči, nikoli na rozhovor (Pörtner, 2009). Pro kvalitní ošetřovatelství je ze strany sester vyžadována kvalitní komunikace. Někdy pacient neumí přesně pojmenovat, co mu chybí. Sestra by měla nabídnout vějíř potřeb a vybrat z nich tu správnou. Také musí umět povzbudit, přiměřeně emočně reagovat, zeptat se na pacientovy pocity během rozhovoru, navodit stav uvolnění, udržet oční kontakt s pacientem a sladit své neverbální a verbální projevy (Šamánková, 2011). Během komunikace je potřeba citlivě reagovat na potřeby pacienta. Vzhledem k omezené schopnosti komunikace je porozumění jejich potřebám mnohdy velmi komplikované (Plevová a Slowik, 2010).

#### ***1.4.2 Potřeby pacientů s mentálním znevýhodněním***

Lidská potřeba je stav, který vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní (Šamánková, 2011). Potřeby jsou určité motivy a hybná síla našeho jednání. K uspokojování potřeb využíváme motivaci

(Sikorová, 2011). Cílem ošetrovatelství je systematické a komplexní uspokojování potřeb pacienta. To vede k udržení nebo navrácení zdraví (Slowik et al., 2011). Naplnění potřeb je závislé na odborné připravenosti poskytovatele péče, na morální úrovni, asertivním jednání a empatickém citění (Šamánková, 2011). „*Metodou moderního ošetrovatelství je ošetrovatelský proces, což znamená způsob, jakým sestra péči o člověka vykonává. Tato péče nesmí být intuitivní, ale založená na uváženém a organizovaném uspokojování potřeb a řešení problémů*“ (Tóthová et al., 2009, s. 15). Pomocí ošetrovatelského procesu sestra problémy identifikuje, stanoví příčinu a závažnost a následně řešení (Slowik et al., 2011). Je to účinná metoda, která usnadňuje klinické rozhodování a řešení problémů. Znat potřeb, umět posoudit změny a hodnotit problémy je v péči o pacienty nevyhnutelné (Šamánková, 2011).

Potřeby se dají dělit mnoha způsoby: podle četnosti výskytu na trvalé, občasné a výjimečné; podle naléhavosti na nezbytné a zbytné; podle podstaty člověka na biologické, psychické, estetické, sociální, sociálně kulturní, duchovní a potřebu sebevyjádření (Šamánková, 2011). Nejvýznamnější a nejpobulárnější teorie v této oblasti je pyramida potřeb, jejímž autorem je Abraham Maslow (Příloha 3). Jedná se o schematizaci nejtypičtějších potřeb, které jsou rozděleny na nižší a vyšší (Sikorová, 2011). K dosažení uspokojení vyšších potřeb musí být nejdříve uspokojeny potřeby nižší (Šamánková, 2011), poté má jedinec potřebu růstu a sebezdokonalení. Identifikace potřeb jedince v praxi vyžaduje vždy komplexní přístup (Sikorová, 2011).

Existují faktory, které znemožňují nebo narušují způsob uspokojování potřeb člověka. Jedním z nich je nemoc (Trachtová et al., 2013). Potřeby se průběhem onemocnění mění, jiné vznikají a další zanikají (Šamánková, 2011). Lidé s MZ mají stejné základní i vyšší potřeby jako zdraví jedinci, jen jejich naplnění je někdy odlišné (Nováková, 2011).

**Fyziologické potřeby** jsou u pacienta během nemoci dlouho na prvním místě. Postupně ale mizí a jejich naplnění závisí na personálu (Šamánková, 2011). Jsou to potřeby nutné pro zachování života – potřeba vzduchu, potravin, tekutin, odpočinku a spánku, sexuální potřeby, potřeba pohybu, hygieny a vylučování a potřeba být bez bolesti (Sikorová, 2011). Tyto potřeby sestra u pacienta s MZ naplní, pokud se pacient může napít a najíst nejen v předem určený čas, ale také pokud má hlad nebo na něco chuť (Jún, 2007a). Jídlo je pro tyto pacienty většinou příjemný zážitek. Je proto vhodné stolovat v příjemném prostředí a hlavně dát pacientovi na stolování dostatek času (Čadilová, 2007). Pro spánek je zásadní klidné prostředí (Jún, 2007a). Situace v oblasti

sexuality osob s MZ je složitá. Sexualita je různá u každého jedince, tím spíše u lidí s MZ. Je nutno respektovat jejich individualitu, protože mají stejné touhy jako ostatní, pouze si se svou sexualitou zpravidla neví rady. Nahromaděná sexuální energie může být prožívána jako napětí a následují pokusy o její ventilaci. Dochází ke změnám chování, agresi, kousání se, pláči, ke změnám nálad nebo například tikům (Lištiak Mandzáková, 2013). Je ale nezbytné, aby i tito lidé svoji sexuální potřebu naplňovali sociálně přijatelným způsobem (Jůn, 2007a). Pohyb je základní biologická potřeba, ale každý člověk má jiné individuální nároky na pohyb. Pohyblivost je základ nezavislosti (Trachtová et al., 2013). Aktivizace během hospitalizace je stejně důležitá u pacientů s MZ jako u ostatních jedinců a je prevencí imobilizačního syndromu (Petr a Marková, 2014). Schopnost pohybu ovlivňuje také péči o čistotu těla a oblékání. Hygiena je další základní biologická potřeba, která je zcela individuální. Ovlivňuje ji věk, pohlaví, tělesné funkce, hygienické návyky, emocionální ladění nebo například sebekoncepce. Potřeba vyprazdňování úzce souvisí s potřebou hygieny. Je vhodné znát individuální zvláštnosti vyprazdňování každého jedince, protože pro každého je jiná optimální norma pro uspokojení této potřeby (Trachtová et al., 2013). Potřeba být bez bolesti je jednou z nejdůležitějších (Šamánková, 2011). Pokud pacient popisuje bolest, vždy mu ji sestra musí věřit, protože se jedná o subjektivní pocit (Trachtová et al., 2013). Mnohdy pomůže, pokud pacient zná příčinu své bolesti. Pokud sestra pacienta informuje o tom, co ho čeká, snáší bolest lépe (Šamánková, 2011).

**Potřeba jistoty a bezpečí** patří podle Šamánkové (2011) během nemoci na první příčku. Nemoc provází různé nepříjemné pocity, nejistota, strach či úzkost. Jde tedy o potřebu vyhnout se ohrožení a nebezpečí (Trachtová et al., 2013). Nejedná se jen o fyzické bezpečí. Pacient musí mít jistotu kvality péče a vidět připravenost personálu. K naplnění této potřeby dochází, pokud sestra respektuje pacientovu individualitu a autonomii, plní sliby a včlení ho do ošetrovatelského procesu (Šamánková, 2011). U pacienta s MZ je tato potřeba naplněna, pokud ví, kdy, kde, co a s kým má dělat. Potřebuje vědět, že se personál chová předvídatelně (Jůn, 2007a). Určitá míra předvídatelnosti je pro práci s pacienty s MZ nezbytná. Pokud je pacient na něco zvyklý a my to změním, cítí se podveden. To může vést k agresi (Čadilová, 2007). Je vhodné, když má pacient volný přístup k předmětům, které mu pocit jistoty navozují (Jůn, 2007a). Stejně žádoucí také je, aby pacient věděl, že ho sestra neopustí, že se mu dostane od ní pomoci (Šamánková, 2011).

**Potřeba lásky a sounáležitosti** zahrnuje právo na laskavost, empatii a porozumění. Pacient by ale od sester neměl a ani nemůže očekávat lásku. Tuto potřebu by měla plnit rodina a přátelé (Šamánková, 2011). Pro pacienta s MZ je podstatný sociální kontakt i mimo situace, kdy personál dává pokyny. Sestra nesmí klást pouze požadavky, ale musí dát najevo také porozumění (Jún, 2007a). Měla by být tolerantní a zajímat se o pacienta (Šamánková, 2011).

**Sebeúcta a uznání** stojí v Maslowově pyramidě na další příčce. Sestra ji podpoří například vyjádřením, že jí nevádí o pacienta pečovat, a dopřeje mu dostatek soukromí (Šamánková, 2011). Je nutné jednat s pacientem s MZ společensky vhodně s ohledem na fyzický věk, nezlehčovat a nezesměšňovat citové prožívání, požadavky, připomínky či přání, i když nejsou reálná (Jún, 2007a).

**Potřeba seberealizace** během nemoci téměř zaniká (Šamánková, 2011). Pacient by se ale měl samostatně, úměrně svým možnostem a schopnostem rozhodnout, kdy se nají, půjde spát, vstane nebo kdy se bude bavit s ostatními (Jún, 2007a).

Při nenaplnění potřeb dochází ke stresu. Pokud se stres dále stupňuje, eskaluje do frustrace. Organismus je připraven k boji a je potřeba energii vybit. Může proto docházet k agresi. Pokud frustrace přetrvává dále, vzniká deprivace, která může vyústit v depresi, a hrozí riziko tělesného a duševního selhání (Šamánková, 2011).

Pro snazší stanovení ošetrovatelského problému slouží sestřím klasifikační systémy. Ty usnadňují i předávání informací mezi personálem. Nejznámější a nejpoužívanější systém v dnešní době je Klasifikace ošetrovatelských diagnóz NANDA International (Zeleníková, 2011). Diagnózy jsou zde strukturované podle domén (Sikorová, 2011). „*Sestra se zaměřuje zejména na tyto ošetrovatelské problémy: verbální komunikace, deficit sebepěče, poruchy sociální interakce, sociální izolace, riziko zranění, dohled nad příjmem tekutin a stravy, riziko sebepoškozování, zhoršená adaptace, poruchy přizpůsobení, úzkost*“ (Petr a Marková, 2014, s. 272).

### **1.4.3 Komunikace s pacienty s mentálním znevýhodněním**

Jedním z největších problémů v ošetrovatelské péči o pacienta s MZ a zároveň nejsložitější oblastí pro sestru je komunikace s pacientem, jež je obtížná, nedostatečná nebo zcela chybí (Slowík, 2010). Podstatou komunikace je sdělování a sdílení informací mezi lidmi. Nutno tedy hledat chybu vždy na obou stranách (Valenta, 2011). U pacientů s MZ jsou některé potíže způsobeny mentálním handicapem, někdy se jedná

o kombinované postižení s dalšími vadami (Zeleníková, 2011). Postižení zasahuje celou osobnost, ale vždy záleží na individuálních zvláštностech (Slowík, 2010). Pacienti s MZ mívají omezenou slovní zásobu, sníženou schopnost porozumění a často se u nich vyskytují agramatismy (Zeleníková, 2011). Hlavním determinantem v komunikačních dovednostech není pouze mentální věk, ale i psychický stav. Základem pro kvalitní komunikaci mezi sestrou a pacientem je důkladná anamnéza a analýza dat od nejbližších. Je nutné, aby sestry znaly oslovení, zvyklosti, rituály, denní režim, oblíbené předměty, oblíbené jídlo a nápoje a další podstatné údaje o pacientovi (Pokorná, 2008).

Zeleníková (2011) a Valenta (2011) se shodují v tom, že v komunikaci s pacientem s MZ má sestra přistupovat stejně jako k ostatním pacientům, ale jen s větší tolerancí, taktem a trpělivostí. Bendová et al. (2015) dodávají, že s člověkem s postižením se musí jednat s úctou. Je nezbytné vždy respektovat mentální úroveň a další psychické schopnosti současně s fyzickým věkem pacienta (Slowík, 2010). Je vhodné od mateřské osoby předem zjistit míru soběstačnosti a sebeobsluhy, následně stanovit zásady individuálního přístupu k jedinci a při osobním kontaktu komunikovat již přímo s pacientem s MZ. Stěžejní faktor představuje oslovení. Některé zdroje doporučují tykat, jiné vykat. Neexistuje však obecné pravidlo, ale je potřeba akceptovat individuální potřeby a zvyklosti (Pokorná, 2008).

Během komunikace je žádoucí dodržovat některé zásady, a to myšlenky vždy formulovat jasně a výstižně, vyhnout se cizím slovům, zkratkám, ironii či nadsázce (Bendová et al., 2015). Humor sice do komunikace patří, ale ironie a dvojsmyslné poznámky mohou být na škodu (Vyšejnová, 2016). Použití abstraktních pojmů, jako jsou zítra, brzy, někde či jinde, vede k pocitu nejistoty, nepochopení a ztrátě důvěry (Pokorná, 2008). Vytvořit bezpečnou atmosféru a budovat důvěru je základ komunikace. Při rozhovoru by sestra měla nejdříve využít otevřené otázky a při neporozumění nabídnout možnosti (Valenta, 2011). Není vhodné pacientovi klást sugestibilní otázky. Vždy však musí sestra poskytnout dostatečný čas na odpověď a ověřit si, zda pacient rozuměl (Bendová et al., 2015). Souhlasné přikyvování a podobné projevy porozumění nezaručí (Slowík, 2010). Po položení otázky je nutné být trpělivý a vždy vyčkat na odpověď. Pokud pacient odpověď nezná, nijak to nekomentovat a informaci zopakovat. Pro snazší porozumění může sestra některé informace názorně ukázat pomocí obrázků či fotografií (Vyšejnová, 2016). Personál musí také pozorně naslouchat, protože neporozumění personálem vede k pacientově frustraci (Slowík, 2010). Je nezbytné ochotně naslouchat i rozporuplným sdělením

a reagovat také na jeho emocionální stránku (Zeleníková, 2011). Pro zaměření pozornosti či zklidnění je možné využít doteků. Pokud upadá pozornost, sestra by měla ukončit rozhovor se shrnutím doposud řečeného. Vždy však je třeba vysílat jasné signály o ukončení konverzace a odchodu z místnosti (Valenta, 2011).

Pokorná (2008), Valenta (2011) i Vyštejnová (2016) se shodují, jak zásadní jsou v komunikaci neverbální projevy. Pacienti s MZ jsou velmi citliví na neverbální projevy a bezprostředně na ně reagují (Pokorná, 2008). Sestry si musí kromě svých neverbálních projevů všimnout i projevů pacienta, tzn. sledovat pohyby očí, úsměv, mimiku či gesta (Vyštejnová, 2016), vždy se vyhnout infantilním komunikačním prostředkům a projevům zloby a v případě neústupnosti pacienta nevyvracet mu jeho názor, nepřesvědčovat a spíše odvést pozornost jinam (Pokorná, 2008). Pokud bude sestra při práci s pacientem reagovat podrážděně nebo agresivně, znemožní si další komunikaci, protože se osoba stáhne do sebe. Pokud chce kritizovat pacienta, musí vždy činit konstruktivně a kritizovat chování, nikoli osobu (Valenta, 2011).

Podstatná je motivace. Někdy stačí slovně podpořit nebo nabídnout pomoc. Jindy pomůže, pokud si zažije pacient důsledek na vlastní kůži (Vyštejnová, 2016). Slowík (2010) a Valenta (2011) uvádí, že pomoc a podporu má sestra vždy nejprve nabídnout, ale nevnucovat, dále vyčkat, než bude návrh přijat, a nedělat vše za pacienta. Slowík (2010) doplňuje, že by se sestra měla vždy zaměřit na podporu samostatnosti pacienta, protože tendence rozhodovat za ně prohlubují handicap. Pacienta může sestra chválit za jakýkoli pokrok i snahu, ocenit zapálení a chuť. Vždy musí ale chválit konkrétně a adresně (Valenta, 2011).

Nejčastější chybou sester bývá, že hovoří s dospělým pacientem jako s dítětem (Valenta, 2011). Nevhodné je také neakceptování zvyklostí jedince, komunikace se třetí stranou místo s pacientem, nedodržování očního kontaktu, použití abstraktních pojmů, infantilní řečové projevy a devalvační chování (Pokorná, 2008). Sestry mnohdy nerespektují pacientovu důstojnost a neprojevují mu stejnou úctu jako zdravému člověku (Valenta, 2011). Problémem je také neplnění slibů a závazků, přílišná přísnost, nebo naopak volnost či nedůslednost v dodržování režimu. To vede k situaci, že pacient neví, na čem je. Velký problém přináší také nejednotnost v postupech mezi sestrami (Pokorná, 2008).

*„Komunikační dovednosti a postupy užívané u jedinců s mentálním znevýhodněním jsou zaměřeny na předání základních informací a pochopení jednouchých instrukcí“* (Pokorná, 2008, s. 77). Pokud je komunikace zásadním způsobem narušena,



lze využít alternativní a augmentativní komunikaci (AAK), tím zajistit funkční komunikaci mezi jedinci a okolím (Bendová et al., 2015). AAK by měla být dekódovatelná, jasná, měla by se vyhýbat přílišné abstrakci a používat užitečnou slovní zásobu. Důležitá je správná volba komunikačního systému. Nevýhodou je malý okruh lidí, který dorozumívání ovládá (Slowík, 2010). Techniky AAK mohou redukovat frustraci a jsou prevencí problémového chování, které z frustrace pramení (Bondi a Frost, 2007). Na základě motivace a slovní zásoby je podstatná volba pojmů, které se budou používat. Primární je umět v odpovědích pacienta číst. Základ pro využívání AAK je diagnostika komunikačních kompetencí, kterou provádí multidisciplinární tým. Ten vyhodnotí pacientův zrak, sluch, neurologický stav a úroveň jemné a hrubé motoriky. Dále se vyhodnotí pomocí pozorování dosavadní komunikace pacienta a zvolí se nejvhodnější metoda (Potměšil, 2014).

Některé techniky nevyžadují žádné vybavení. Jedná se o přirozená gesta a řeč těla (Bondi a Frost, 2007). Běžně se vyskytuje komunikace motorická. Pacient dovede personál na místo, ukáže nebo sám chodí na konkrétní místo spojené s nějakou činností. Pokud si sestry nevšimnou této komunikace, nebo ji špatně vyhodnotí, podpoří tím problémové chování. Pokud se tato situace opakuje, pacient zjistí, že uspokojí potřebu tímto způsobem rychleji než komunikací. Následně se začne vyskytovat problémové chování častěji (Čadilová, 2007).

Další techniky AAK využívají pomůcky jako komunikační tabulky, piktogramy, obrázky a fotografie (Potměšil, 2014). Pacient může ke komunikaci využívat i skutečné předměty. Například pokud má žízeň, přinese hrneček (Bondi a Frost, 2007). Mnohdy se využívají také upravené spínače či ovladače klávesnic. Ty jsou upravené tak, aby pacient mohl s jejich pomocí realizovat komunikaci (Potměšil, 2014).

S osobami s lehkou formou MZ sestra komunikuje obvykle bez větších problémů běžnou řečí. U středně těžké formy bývá velmi omezená slovní zásoba a další vady, ale lze pochopit podstatu sdělení. Pro lepší srozumitelnost je vhodné využít některou z metod AAK, například gestikulaci či obrázky (Slowík, 2010). Technika zvaná Makaton je založena na znakování klíčových slov ve větě, které je doplněné řečí a mimickými prvky. Znak do řeči je vizuálně motorický systém využívající upravené znaky a gesta (Potměšil, 2014). U těžké formy MZ se domluvíme běžnou řečí jen stěží. Zde je AAK zcela na místě (Slowík, 2010). Je možno využít piktogramy, které ale mívají abstraktní charakter a vysokou náročnost na zobecnění. Vhodné jsou i obrázkové systémy. Známý je například VOKS, kdy pacient mění obrázek za požadovaný předmět

(Potměšil, 2014). U hluboké formy MZ je i přes závažný stav komunikace možná. Je ale vyžadována individuální, intenzivní a dlouhodobá práce s pacientem. S využitím nonverbálních projevů, jako jsou srdeční rytmus, dech, napětí svalstva, pohyby očí či končetin, nám pacient může dát najevo své aktuální pocity a potřeby (Slowík, 2010). Zde je přijatelné využít facilitovanou komunikaci, kdy pečující pracovník mechanicky podporuje pacientovu ruku. Změnou svalového napětí v ruce dá pacient facilitátorovi odpověď a ten zaznamená zvolené písmeno či slovo (Potměšil, 2014).

Vhodná je také metoda bazální stimulace (Slowík, 2010). „*Koncept bazální stimulace je komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který je chápán jako strategie myšlení poskytovatelů péče s cílem přiblížit se vnímání a potřebám těch, o které pečují. Základními prvky, se kterými koncept pracuje, jsou pohyb, komunikace a vnímání. Cílem je podpořit rozvoj pohybových schopností člověka, a tím jeho možnost sebeobslužných činností, aktivit potřebných k sebeaktualizaci a komunikačních schopností v kontextu sociálních vztahů*“ (Friedlová, 2010a, s. 12). Přisun podnětů je základní podmínka k psychickému vývoji, a to včetně komunikace (Potměšil, 2014). Tato metoda využívá somatické podněty, které rozvíjí pozitivní zkušenost s vlastním tělem, vibrační podněty navozující pocity v nosných částech těla a vestibulární podněty, které působí na stabilitu držení těla a normalizují tonus. V neposlední řadě jsou zde také podněty čichové a chuťové a podněty sluchové a zrakové (Vítková, 2014). V ošetrovatelských činnostech využíváme somatickou stimulaci pomocí polohování, dechové gymnastiky, celkové koupele a korekcí polohy (Friedlová, 2010b).

#### **1.4.4 Problémové chování během hospitalizace**

Problémové je takové chování, které se kulturně odlišuje svojí intenzitou, frekvencí či trváním a může ohrozit bezpečí dané osoby či druhých. Zda označíme chování za problémové a neadekvátní, určují naše společenské normy (Emerson, 2008). Neexistuje však žádné univerzální problémové chování. V nemocnici posuzuje přijatelnost chování personál v přímé péči a problémové chování je jakékoli chování, které personál jako problémové vyhodnocuje. V tomto případě platí jednoduché pravidlo. Kde není personál, není ani problémový pacient (Jůn, 2010). V praxi se obvykle považuje problémové chování za přirozený příznak mentálního znevýhodnění (Durecová, 2007). Lidem s MZ bývají připisovány deviantní nebo abnormální sociální role nebo jsou

považováni za věčné děti. Není jim tedy přisuzována ani odpovědnost a z toho vyplývají různé důsledky, například zvýšená tolerance okolí k odchylnému chování jedince (Emerson, 2008).

V péči o pacienty s MZ je pro sestru připravenost na možnost nevhodného až agresivního chování klíčová (Petr a Marková, 2014). Studie o pacientech s MZ ukazují časté sebezraňování, záchvaty vzteku a agrese. U některých jedinců se vyskytuje hned několik forem problémového chování. Četnější výskyt můžeme pozorovat také u pacientů s vážnějšími formami MZ (Emerson, 2008). To dokazuje i australský výzkum, který zkoumá psychopatologii hospitalizovaných pacientů s MZ. Výzkum uvádí, že adolescenti se závažnějším stupněm MZ měli vyšší pravděpodobnost výskytu problémového chování (Theodoratos et al., 2017).

Příčinou problémového chování jsou většinou nenaplněné potřeby, které následně vyvolávají frustraci. Pacienti s MZ nemusí být plně soběstační při naplňování svých potřeb a je zde nutná naše asistence. U některých pacientů sestra nemusí správně potřeby rozpoznat, a tak se jí je nepodaří ani naplnit. Pokud nejsou základní potřeby naplněny, roste riziko výskytu problémového chování (Jůn, 2007a). „*Obecně řečeno platí úměra, že čím má klient větší možnost naplnit své základní potřeby sám, tím se u něj pravděpodobnost výskytu problémového chování snižuje*“ (Jůn, 2007a, s. 107). Pacienti s MZ jsou impulzivní a s frustrací se vyrovnávají hůře. Většinu agresivního chování ale vyprovokuje zdravotnický personál, který například brání pacientovi vykonávat určitou činnost, nebo mu poskytuje péči proti jeho vůli (Petr a Marková, 2014). Pokud je pacient samotář a snažíme se ho začlenit do kolektivu, může to také vést k problémovému chování. Mnohdy stačí, aby se dostal do složité situace, které nerozumí nebo ji neumí zvládnout. Reakcí bude bezdůvodný křik, válení se po zemi nebo agrese. Sestry se mylně domnívají, že jde o tvrdohlavost a neochotu (Čadilová, 2007).

Někdy lze pozorované problémové chování vysvětlit i psychickou poruchou. Tyto poruchy jsou těžko rozpoznatelné, jsou často diagnostikovány špatně, nebo vůbec. Následně dochází ke zbytečné antipsychotické léčbě (Durecová, 2007). Sestry by se do diagnostického procesu psychických poruch měly zapojit také, a to díky své schopnosti provádět přímé pozorování (Pruijssers, 2011). I zvládnání epizod problémového chování může vést k nepřiměřeným reakcím personálu, jako jsou fyzické tresty či zbytečné dávky farmak (Emerson, 2008).

Nejčastější typy poruch, které mohou podmiňovat problémové chování typu agrese, jsou afektivní poruchy. Deprese se u pacientů s MZ vyskytuje hojně a riziko propuknutí roste s kumulací stresorů. Pacient s těžší formou MZ není schopen popsat subjektivní prožívání a porucha se může projevit atypickými symptomy, jako jsou podrážděnost, agrese, autoagrese nebo nespavost. I u ostatních poruch, jako jsou mánie, schizofrenie nebo obsedantně kompulzivní porucha, mohou být projevy atypické. Vyskytnout se může bizarní chování, agrese či autoagrese, destruktivní chování, agitovanost nebo apatie (Durecová, 2007).

Průběh epizody problémového chování má několik fází. První fáze je rozčilující. Pacient je rozladěný, v nepohodě, zrychluje se dech, tep, může nadávat či více gestikulovat. Zde je cílem sestry pacienta uklidnit, aby nedošlo k druhé fázi. Může využít metodu ignorace, vyřešení problému nebo převedení pozornosti. Tyto metody jsou vhodné pouze při nižší intenzitě negativní emoce. Verbální a neverbální zklidňování může sestra využít u vyšší intenzity negativní emoce. Neverbální zklidňování zahrnující objetí a doteky by měla využít pouze tehdy, má-li je pacient rád a není-li sestra zdrojem vzteku. Druhá fáze je agresivní. Pacient kouše, křičí, kope, bije pěstmi. Cílem je, aby pacient nikoho nezranil. Možnou obranou je omezení pohybu pacienta. Zklidňující fáze přichází ve chvíli, kdy už pacient není fyzicky agresivní, ale stále není emočně klidný. Sestra má usilovat o to, aby se nevrátil zpět do agresivní fáze (Jůn, 2010).

Existují dvě základní strategie řešení problémového chování. Nejdříve se vyhodnotí, zda bude vhodná behaviorální terapie zaměřená na vnější chování, nebo kognitivně behaviorální terapie zaměřená na změnu myšlení a vnějšího chování. Toto rozhodnutí se provádí vždy s ohledem na dovednosti pacienta (Jůn, 2007a).

Prevence je stěžejní i u problémového chování. Je postavená na motivaci k vhodnému chování a vždy je zaměřená na pacienta, personál i organizaci. Mnohdy problémové chování mizí právě změnou postoje personálu. Chování se může nadále vyskytovat, jen ho personál nepovažuje za problémové (Jůn, 2010). Při práci s pacientem je třeba, aby sestra přiměřeně vysvětlila záměry a důvody svého počínání a hledala příčinu pacientovy agrese, protože ta je vždy projevem jeho obrany nebo nespokojenosti (Petr a Marková, 2014).

Lidé s MZ hojně užívají psychofarmaka, a to i ti, kteří nemají v anamnéze poruchu chování nebo jiné duševní onemocnění (Petišková, 2007). Nejčastěji podávaná farmaka u pacientů s MZ a s psychiatrickou diagnózou jsou antipsychotika a stabilizátory

nálady, a to bez ohledu na komorbidní psychiatrické poruchy (Bobiňska et al., 2009). Za problémovým chováním mohou stát tedy vedlejší účinky léků stejně jako nenaplnění potřeb a psychické poruchy (Durecová, 2007). Psychofarmaka využívaná k terapii problémového chování lze rozdělit do tří skupin dle účinku. První skupina jsou neuroleptika, které se u pacientů s MZ využívají pro jejich pacifikující účinek vedoucí ke zvládnutí problémového chování, agresivity a neklidu (Schmidtová, 2007). Ve vyšších dávkách ale dochází k útlumu psychické výkonnosti, apatii a snížení iniciativy pacienta. Známým zástupcem je například Haloperidol, Risperidon, nebo Chlorprothixen (Valenta, 2011). Do druhé skupiny se řadí antidepresiva, anxiolytika a thymostabilizátory, které se využívají pro změnu afektivity, pro zvládnutí úzkostí a agrese (Schmidtová, 2007). Příkladem používaných antidepresiv je Zoloft, Asentra, Prozac nebo Deprex. Anxiolytika odstraňují návaly úzkosti a fobie. Využívá se Rivotril nebo Diazepam. Thymoprofylaktika nezpůsobují útlum a ospalost. Typický zástupce je Lithium nebo Timonil a Neurotop (Valenta, 2011). Třetí skupina jsou psychostimulancia, hypnotika a nootropika ovlivňující vigilitu (Schmidtová, 2007). Příkladem nootropik je Piracetam a Pyritinol (Valenta, 2011). Vždy by ale měla být na prvním místě analýza chování nebo psychiatrické vyšetření. Následné řešení agrese tlumivými léky nemusí léčit příčinu, ale pouze potlačit problematické chování a s ním i neproblematické projevy (Durecová, 2007).

V uvažování sester se objevují dvě typické chyby. Tvorba těchto chybných přesvědčení a následně chybného chování může být spouštěcím faktorem pro problémové chování (Jůn, 2007b). První chybou je efekt pořadí. První informace se nejvíce vryjí do paměti a primárně se jimi člověk řídí (Jůn, 2010). K této chybě dochází nejčastěji po přečtení dokumentace, aniž by sestry pacienta viděly. Podobná situace je při předání informací mezi sestrami, kdy jedna strana popíše té druhé pacienta negativně a z tohoto popisu se automaticky vychází. Podstatné je, aby sestra ověřila, které informace jsou pravdivé, a nejprve předávat ty kladné (Jůn, 2007b). Druhou chybou je základní atribuční chyba. Během problémového chování dochází k prisuzování příčin na základě předechozí zkušenosti (Jůn, 2010). Podceňováním situační příčiny dochází k unáhleným závěrům. Změna chování pacienta má konkrétní příčinu, pacient se nám snaží něco sdělit (Jůn, 2007b). Vždy je důležité udělat rozbor incidentu a snažit se zjistit jeho příčinu a na základě jejího rozboru pak provádět prevenci. Stejná situace vyvolá u každého rozdílné emoce a rozdílnou reakci (Jůn, 2010).

## **2 Cíl práce, výzkumné otázky**

### **2.1 Cíl práce**

Zmapovat možné problémy objevující se při hospitalizaci pacienta s mentálním znevýhodněním na standardním oddělení.

### **2.2 Výzkumné otázky**

Výzkumná otázka č. 1: Jaké problémy sestra řeší nejčastěji u pacienta s mentálním znevýhodněním na standardním oddělení?

Výzkumná otázka č. 2: Jaké aspekty ze strany pacienta s mentálním znevýhodněním ovlivňují poskytování ošetrovatelské péče?

## 3 Metodika

### 3.1 Použitá metodika a technika sběru dat

Pro empirickou část bakalářské práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumného šetření pomocí polostrukturovaného rozhovoru, která byla dále doplněna o přímé, skryté, zúčastněné pozorování.

Cílem kvalitativního výzkumu je získání integrovaného pohledu na danou problematiku. Výhodou je získání hloubkového popisu a podrobných informací (Hendl, 2016). Metoda polostrukturovaného rozhovoru je postavena na připraveném seznamu témat a otázek, přičemž hlavní otázky vycházejí z výzkumných otázek. Další navazující otázky jsou pokládány podle odpovědi účastníka a slouží k dosažení hloubky informací a jednotlivých rozdílů mezi účastníky (Švaříček et al., 2014). Pozorování pomáhá doplnit výzkumné šetření o popis prostředí a toho, co se skutečně děje (Hendl, 2016). Výsledkem pozorování by měl být objektivní popis jevu a jeho následná analýza. Přímé pozorování provádí sám výzkumník podle sestaveného plánu a bez jakéhokoli ovlivňování pozorovaného objektu. U skrytého pozorování objekt neví, že je pozorován, a při zúčastněném pozorování se stává výzkumník na určitou dobu součástí zkoumaného prostředí (Kutnohorská, 2009). Rozhovory byly prováděny se všeobecnými sestrami, jež mají zkušenost s péčí o pacienty s mentálním znevýhodněním. Byly získávány během měsíce června a července roku 2018. Rozhovory byly realizovány osobně s respondenty mimo nemocnici a také pomocí komunikační technologie Skype. Všichni respondenti byli seznámeni se zachováním anonymity a s využitím informací pouze pro účel bakalářské práce. Po souhlasu se zvukovým záznamem byl proveden rozhovor, který byl následně přepsán do programu Microsoft Word. Rozhovor se skládá ze základních otázek (Příloha 1), které byly dále rozšířeny o doplňující otázky na základě odpovědí respondentů. Zjištěná data byla rozdělena do kategorií a analyzována pomocí otevřeného kódování metodou „tužka a papír“.

Pozorování bylo prováděno na interním oddělení nemocnice během měsíce června roku 2018. Před jeho zahájením byla podána a hlavní sestrou schválena žádost o možnost provádět pozorování. Pro udržení anonymity nemocnice není souhlas přílohou této práce. K nahlédnutí je v tištěné formě u autora práce. Před začátkem pozorování byl pro něj vypracován záznamový arch (Příloha 2), do kterého byly

pozorované jevy zaznamenávány. Výsledky jsou analyzovány pomocí popisu záznamových archů a situací a jejich následného porovnání.

Při vyhodnocování výzkumné části práce budou formulace vycházet z toho, že autorka i vedoucí bakalářské práce jsou ženy, proto bude v koncovkách přísudku používáno „y“.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný vzorek pro rozhovory byl vybrán technikou záměrného výběru. Kritériem byly zkušenosti sester s ošetřováním pacienta s mentálním znevýhodněním. Celkem se jednalo o 11 respondentů různého pohlaví. V práci jsou označeni „S1“ až „S11“. Respondenti pracují na různých standardních odděleních.

Pro pozorování bylo vybráno interní oddělení. Zde byl výzkumný vzorek složen ze 7 sester. Ty jsou v práci označeny „P1“ až „P7“. Všechny sestry pracují na zmiňovaném interním oddělení s minimální délkou praxe 3 roky. Ostatní údaje o respondentech nebyly zjišťovány, protože se jednalo o skryté pozorování.



## 4 Výsledky

### 4.1 Identifikace respondentů pro rozhovor

Rozhovory byly provedeny s jedenácti respondenty různého pohlaví a věku. Jednalo se o 10 žen a jednoho muže. Respondenti pracují na různých standardních odděleních v různých nemocnicích. Jejich věk se pohybuje od 22 do 52 let. Délka praxe respondentů je od jednoho roku do 30 let a mají různý stupeň vzdělání od střední zdravotnické školy až po vysokou školu s magisterským titulem.

### 4.2 Analýza výsledků rozhovorů

K analýze bylo vytvořeno 7 kategorií a některé podkategorie. Níže jsou všechny kategorie i podkategorie vypsány:

- Kategorie 1 Četnost výskytu pacientů v nemocnicích:
  - Četnost výskytu jednotlivých forem mentálního znevýhodnění;
  - Důvody k hospitalizaci;
- Kategorie 2 Přístup respondentů k pacientům s mentálním znevýhodněním:
  - Informovanost respondentů o vhodné ošetrovatelské péči;
  - Prožívání respondentů během ošetrování pacientů;
  - Postoj respondentů k ošetrování pacientů;
- Kategorie 3 Ošetrovatelská anamnéza u pacienta s mentálním znevýhodněním;
- Kategorie 4 Ošetrovatelské péče u pacientů s mentálním znevýhodněním:
  - Specifika ošetrovatelské péče;
  - Komplikace související s ošetrováním pacientů;
  - Nejčastěji používané ošetrovatelské diagnózy;
- Kategorie 5 Problémové chování;
- Kategorie 6 Způsob komunikace mezi sestrou a pacienty;
- Kategorie 7 Možnosti úpravy prostředí s ohledem na nároky pacienta během hospitalizace.

## Kategorie 1 Četnost výskytu pacientů v nemocnicích

V této kategorii jsme se zaměřily na četnost výskytu pacientů s MZ v nemocnicích a do podkategorie jsme zařadily četnost výskytu jednotlivých forem mentálního znevýhodnění a důvody, pro které jsou pacienti s MZ hospitalizováni. Všichni respondenti uvedli, že se setkávají s pacientem s MZ minimálně jednou ročně. Respondent S1 řekl, že se u nich na oddělení pacienti s MZ vyskytují průměrně jednou za měsíc. S2 uvedl, že se s pacientem s MZ ve své práci setkává pouze výjimečně, a to přibližně jednou za čtvrt až půl roku. S3 odpověděl následovně: „*V současné době občas. Přibližně jednou za půl roku až rok. Dříve to bylo o něco častěji.*“ S4 sdělil, že se také setkává s pacienty s MZ velmi málo. „*Nejčastěji k nám chodí pacientky z psychiatrické léčebny, které přijdou na vyšetření, a to je tak dvakrát za měsíc. Jinak pokud se jedná o hospitalizaci, tak je to nejčastěji k provedení malého gynekologického zákroku, jako je kyretáž či hysteroskopie. Většinou jsou to pacientky nad 40 let věku. V průměru máme takovou jednou až dvakrát za rok*“ (S4). Respondent S5 uvedl, že se někteří pacienti opakovaně vrací, proto je četnost 3–4× do roka. S6 se setkává s těmito pacienty 4–6× do roka. S7 řekl: „*Nepravidelně, asi tak 10× za rok.*“ S8 ošetřuje pacienta s MZ jednou až dvakrát do roka. S9 má na oddělení hospitalizovaného pacienta s MZ jednou za měsíc. S10 se setkává s pacienty s MZ denně. Respondent S11 uvedl četnost několikrát do roka, přibližně jednou za měsíc.

### *Četnost výskytu jednotlivých forem mentálního znevýhodnění*

S1 a S7 se setkávají se všemi formami MZ. S6 a S10 také uvedli, že stupeň MZ bývá v různém poměru, nejvíce se však jedná o lehkou a středně těžkou formu. S4, S5 a S8 se také nejvíce setkávají s lehkou a středně těžkou formou MZ. S9 odpověděl stejně, ale doplnil také těžkou formu MZ. „*Občas se objeví někdo s hlubokou formou, ale pacienti s hlubokou formou se nedožívají příliš vysokého věku, takže se neobjevují ani moc v nemocnicích*“ (S9). S2 uvedl, že nejčastěji se u nich vyskytuje lehký stupeň MZ. S11 zařadil jako nejčastější středně těžký stupeň MZ a S3 se nejčastěji setkává s těžkou formou MZ. Četnost výskytu je pro lepší orientaci uvedena v tabulce 1.

**Tabulka 1 – Četnost výskytu jednotlivých forem MZ**

Lehká forma MZ	S2, S4, S5, S6, S9, S10
Středně těžká forma MZ	S4, S5, S6, S9, S10, S11
Těžká forma MZ	S3, S9
Hluboká forma MZ	–
Všechny formy	S1, S6, S7, S10

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

### *Důvody k hospitalizaci*

Důvody hospitalizace jsou různé a liší se v závislosti na typu daného oddělení. Zmiňované byly důvody jako vytvoření tracheostomie, odstranění hrtanu a pro různé formy nádorového onemocnění, dále také různé formy CMP, odstranění dělohy nebo nádoru, zhoršení stavu či observace pacienta a nastavení medikace.

### **Kategorie 2 Přístup respondentů k pacientům**

V kategorii 2 jsme mapovaly přístup respondentů. Tuto kategorii jsme rozdělily do dalších tří podkategorií, jež zahrnují informovanost respondentů v oblasti vhodné ošetrovatelské péče o pacienta s MZ, prožívání respondentů a jejich postoj k pacientovi s MZ.

#### *Informovanost respondentů o vhodné ošetrovatelské péči*

V této podkategorii jsme se dotazovaly respondentů, zda a kde se setkali s informacemi, jak pacienta s MZ ošetrovat. Respondenti odpovídali většinou stejně. S1 se setkal s problematikou péče o pacienty s MZ ve škole, ale dodává, že informací nebylo mnoho. S2, S3 a S5 se v odpovědi shodují a setkali se s informacemi na střední zdravotnické škole. S4 jako jediný uvádí, že se musel naučit vše za pochodu. S6 svou odpověď rozvedl: „Setkal/a jsem se s těmito informacemi již na střední zdravotnické škole, tam jsme spíše získávali informace o zařízeních, kde se starají o MZ, a něco málo například při psychologii a ošetrovatelství, ale to bylo okrajové. Nejvíce jsem se ale dozvěděl/a na vysoké škole, a to při hodinách komunikace. Také jsem se s pacienty s tímto znevýhodněním setkal/a při svých praxích, kde mi jisté informace podaly sestřičky, to ale spíše například domovy pro seniory, kde jsou tito klienti dlouhodobě.“ S7 uvádí, že se učil ošetrovat pacienta s MZ na vysoké škole v rámci

výuky. S8 odpověděl, že tuto tematiku probírali na střední škole v psychologii a ošetrovatelství. Jinak se k těmto informacím dostal až díky stacionáři, ve kterém pracoval. S9 uvedl: „*S tím, jak se o pacienta s MZ starat, jsem se setkal/a už na střední škole, ale těch informací nebylo moc. No a potom na vysoké jsme se učili ve stručnosti o tom, co to je za onemocnění a jak s těmito pacienty komunikovat. Myslím si ale, že by těch informací mohlo být během studia mnohem více.*“ Odpověď respondenta S10 zní: „*Učili jsme se to jen zběžně v rámci ošetrovatelství a psychologie. V rámci praxe jsme na psychiatrické oddělení z bezpečnostních důvodů nechodili.*“ S11 se o pacientech s MZ také učil na střední škole a v práci mají zavedené standardy na péči pacientů s MZ. Na otázku, zda znají jednotlivé stupně MZ, odpovídali různě. S1 a S2 si nejsou jisti, zda patří do mentálního znevýhodnění také stařecká demence a Alzheimerova choroba. S7 si též není jist, zda je zná. S6 uvedl: „*Nedokáži vyjmenovat úplně přesně. Vím, že se asi dělí podle hloubky a míry postižení do určitých stupňů. Dle IQ? Nejsem si jist/á.*“ Ostatní respondenti (S3, S4, S5, S8, S9, S10, S11) jednotlivé stupně znají dobře.

#### *Prožívání respondentů během ošetřování pacientů*

V této podkategorii nás zajímalo prožívání respondentů během péče o pacienta s MZ. Otázky se týkaly hlavně emočního prožívání a toho, zda se v průběhu jejich praxe nějak změnilo. S1 a S2 se shodli na odpovědi, že prožívají stejné pocity jako u ostatních pacientů. S3 zmínil, že prožívá hlavně soudružnost a ohleduplnost a snaží se pacienty pochopit. S4 uvedl jako nejčastější pocit lítost a také bezmoc při vzájemném neporozumění si. S5 odpověděl následovně: „*Lítost, naděje, úžas. Snažím se s každou hospitalizací těchto pacientů chápat více z jejich potřeb. Přijímám to jako proces učení.*“ S6 svou odpověď rozvedl takto: „*Také záleží na hloubce mentálního znevýhodnění. Pacientů s horším stupněm postižení je mi někdy líto. Snažím se k nim ale přistupovat stejně jako k ostatním pacientům a získat co nejdříve informace.*“ Dále dodal: „*Pocity vesměs ale nijak zvláštní nejsou. Možná se občas obávám, aby se pacient tolik nebál.*“ S7 uvedl: „*Je mi těchto klientů líto, když vidím, jak se někdy k nim chová okolí a někdy i mé kolegyně. V tomto případě je mi za ně hanba.*“ S8 prožívá pocity neutrální. Respondent S9 popsal své pocity tímto způsobem: „*Dříve to byly hodně pocity lítosti a smutku. Dnes už to tak neprožívám jako dříve. Člověk si na ně tak nějak zvykne. Práce s nimi je jiná, ale člověk je nemůže litovat. Musí je brát jako ostatní pacienty jen s určitým znevýhodněním. Každý máme něco.*“ S10 neprožívá téměř žádné pocity. Dále dodal, že si nemůže jejich onemocnění připouštět moc k srdci, protože by

se objevil syndrom vyhoření. S11 řekl: „*Někdy mi jich bývá hodně líto. Záleží, v jaké životní situaci se ocitají. Pokud jdou k nám z fungující rodiny, je to jiné než z ústavu.*“ Poté doplnil, že má občas pocit beznaděje, a to hlavně v případech, pokud nemůže pacientovi pomoci nebo se s ním domluvit.

#### *Postoj respondentů k ošetřování pacientů*

Do této podkategorie jsme zařadily odpovědi týkající se postoje respondentů. Také nás zajímalo, zda je pro respondenty péče o pacienta s MZ náročnější než o běžné pacienty. Pro S1 je péče stejně náročná jako o ostatní pacienty. S2 odpověděl podobně, ale doplnil, že péče je náročnější pouze v tom, že musí vše více vysvětlovat a úkony provádět pomaleji. Také dodal: „*Myslím si, že mám v této oblasti málo zkušeností. Spíš bych byl/a ráda, kdyby se někdo s těmito zkušenostmi podělil se mnou.*“ S3 uvedl, že je péče více náročná, protože je třeba individuální přístup a stálá péče, a proto je mnohdy komplikovanější. Doplnil: „*Každý se stále učíme a je potřeba být milý a vstřícný ke každému pacientovi, ať je postižený, anebo jen nerudný. Práce s těmito pacienty je náročná, ale zároveň obohacující o nové zkušenosti v přístupech k lidem. Někdy je péče o tyto pacienty více inspirující.*“ Pro S4 je péče náročná, a to hlavně po psychické stránce. Na závěr uvedl: „*Jsou to dospělé děti a podle toho bychom se k nim měli chovat.*“ S5 uvedl, že je péče náročná hlavně na čas a energii kvůli neutuchajícímu vodopádu otázek. Jako důležité v přístupu vypíchl trpělivost, empatii a dostatek komunikace. S6 se snaží k pacientům s MZ přistupovat stejně jako k ostatním. Dodal: „*Náročná asi je. Například vyžaduje více času a trpělivost. Neříkám, že tohle u zdravých pacientů není třeba, ale asi je to trochu jiné. Takže určitě náročné po psychické stránce.*“ Také uvedl, že péče o takového pacienta vyžaduje určité znalosti o mentálním znevýhodnění, trpělivost, čas, pochopení a jednání na odborné výši. Dále je podle respondenta důležité udělat maximum pro to, aby měl pacient co nejpříznivější podmínky a personál mohl poskytovat co nejefektivnější péči. S7 řekl, že je péče o tyto pacienty vždy náročnější, musí jim být věnována zvýšená pozornost a na ošetřovatelskou péči jsou kladeny větší nároky. Na závěr uvedl: „*Apeluji zejména na ošetřovatelský personál. Vždy s klienty s MZ jednat jako se sobě rovným, snažit se jim vyjít vstříc, zjistit jejich přání a potřeby.*“ V tomto se S7 rozchází v názoru s respondentem S4, který považuje pacienty s MZ za dospělé děti a tomu přizpůsobuje svoje chování k nim. S8 popisuje, že záleží na typu postižení, od něj se odráží náročnost péče. U ležícího a nekomunikujícího pacienta je dle S8 péče vždy náročnější. S9 se

s respondentem S8 v tomto shoduje a dodává: „Náročná je pro mě hlavně péče o neklidného nebo agresivního pacienta. A nejhorsí je to, pokud je ten pacient neklidný, a ještě se s ním nedá normálním způsobem komunikovat. To je pak hodně náročné psychicky a mnohdy i fyzicky.“ Také na závěr dodal: „Hlavně na ně mít dostatek času a brát je jako sobě rovné. Snažit se jim vyjít vstříc stejně jako ostatním pacientům. Jsou trochu jiní, ale nejsou to přerostlé děti.“ Tím se S9 shoduje s názorem S7 a oponuje názoru S4. Respondent S10 rozvedl náročnost péče takto: „Péče o ně bývá mnohdy velmi náročná jak psychicky, tak i fyzicky. Fyzicky, protože bývají často agresivní a v ten moment musí být člověk schopen pacienta znehybnit, aby bylo možné aplikovat medikaci sedativní. Což je upřímně řečeno fuška, když sám držíte stokilového psychotického člověka. Psychicky je to náročné, protože pacienti jsou mnohdy mimo realitu a bombardují personál nereálnými požadavky, v nichž jsou neodklonitelní. Případně jsou tak paranoidní, že na nás svádějí krádeže majetku, který nemají. Případně produkují tak zvaný slovní salát, a když do vás hučí cca třicet lidí naproste nesmysly celý den, tak to unaví. A to se týká jak lidí s MZ, tak i s jiným psychiatrickým onemocněním.“ S11 uvedl stejně jako S8 a S9, že náročnost péče záleží na druhu postižení. Také dodal, že pokud se dá s pacientem nějak komunikovat a domluvit, je radost se o ně starat. Má na nich rád, jak jsou bezprostřední a pacienti s MZ jsou pro něj zpestřením jinak rutinní práce.

### **Kategorie 3 Ošetřovatelská anamnéza u pacienta s mentálním znevýhodněním**

Do této kategorie jsou zařazeny všechny informace týkající se ošetřovatelské anamnézy, a to její získávání a pro ni nezbytné informace. Většina odpovědí o získávání anamnézy se shoduje. S1 uvedl, že informace získávají nejčastěji od rodiny a personálu z ústavů při překlada. Také využívají pozorování, a to hlavně v případech, kdy není přítomen doprovod. S4 staví na první místo také doprovod. Dodal: „Těch informací máme dost. Vždy někdo přijde s pacientem. Nějaká pečovatelka nebo jiný doprovod a ten nám vše vysvětlí. A hlavně máme kontakt, takže když je problém, můžeme si zavolat.“ S2, S8 a S10 řekli, že na prvním místě jsou otázky směřované na pacienta a doprovod. S2 dále dodal: „Stupeň znevýhodnění by měl být dostupný v naší zdravotnické dokumentaci nebo v lékařské zprávě, kterou pacient má s sebou při příjmu. Dále tyto informace mohu získat od pacienta či doprovodu. Stejně tak informace ohledně pacientových návyků a zvládnání odloučení od rodiny mohu získat přímo od pacienta nebo jeho doprovodu.“ S3 získává informace od ošetřujícího lékaře a rodiny.

Dostatek informací mají také od praktického lékaře. S6 na začátku rozhovoru uvedl: „*Je dobré, když mám o pacientovi dostatek informací, které mohu získat hlavně od doprovodu, který pacienta dobře zná.*“ Dále během rozhovoru svou odpověď částečně vyvrací a zmiňuje na prvním místě pacienta, pokud je toho schopný, dále teprve doprovod a poté telefonicky. Také má k dispozici pacientovu dokumentaci. S7, S9 a S11 zjišťují anamnézu od pacienta, doprovodu a z překladové zprávy, v případě potřeby telefonicky. Odpověď S5 se shoduje, pouze nezařadil informace od pacienta. S7 doplnil nemocniční systém AMIS a S11 dodal: „*Někteří pacienti se k nám vrací a leží u nás opakovaně, takže už je známe.*“

Pro S1, S4 a S7 jsou zásadní rituály a zvyklosti pacienta. S1 dodal, že ne vždy tyto informace má, péče se pak stává náročnější. S7 návyky rozvedl na stravovací, spánkové, hygienické a způsob vyprazdňování. S2 uvedl jako zásadní všechny informace jako u ostatních pacientů. Dodal k tomu také stupeň MZ, návyky a zvládnutí odloučení a změnu prostředí. S3 považuje za zásadní informace o osobnosti pacienta, stupeň postižení a další handicap. Odpověď S5 zní: „*Jak komunikuje a zda ví, proč u nás musí být. Co mu rodiče všechno řekli. A jak je schopen spolupracovat, zda je možné zapojit ho do léčebného procesu.*“ S6, S8 a S10 zajímají hlavně zdravotní potíže a úroveň sebepéče. S6 a S10 doplnili schopnost adaptace a případnou agresivitu. S10 zařadil také oslovení a další návyky. S8 dodal mentální úroveň. S9 uvedl celou ošetrovatelskou anamnézu, kterou dále rozvedl na stupeň soběstačnosti, způsob stravování a vyprazdňování, dále pak informace o dalších onemocněních jako epilepsie nebo diabetes. Odpověď také zahrnuje reakce na změnu prostředí, jestli už někdy v nemocnici pacient ležel a jak to snášel a výskyt problémového chování a řešení. Uvedl: „*Problém je, že například informace o problémovém chování nebo schopnosti adaptace chybí. Nevím, zda je to proto, že chybí v překladové zprávě kolonka pro tyto informace, nebo proto, že ošetřující personál nenapadne, že by mě to mohlo zajímat. Hodně by mi tyto informace pomohly.*“ S11 zajímají zvyky a návyky, co dělá přes den a jak ho zabavit. Uvedl že: „*Jak jsem zmiňoval/a, změnu prostředí snáší špatně a všechny tyto informace mi umožní alespoň částečně přiblížit naše prostředí a chování tomu, na co je zvyklý.*“

#### **Kategorie 4 Ošetrovatelské péče u pacientů s mentálním znevýhodněním**

Tuto kategorii jsme rozdělily na další tři podkategorie, protože je péče o pacienta s MZ rozsáhlá a zahrnuje mnoho úskalí. Je zaměřena na běžnou ošetrovatelskou péči a dále na vyskytující se komplikace a ošetrovatelské diagnózy.

##### *Specifika ošetrovatelské péče*

Do této podkategorie jsou zařazeny všechny odpovědi týkající se ošetrovatelské péče o pacienta s MZ a popis jejich sebezpečí. Většina odpovědí se shoduje – péče je zabezpečena individuálně dle schopností a zvyklostí pacienta. S1 uvedl, že péče je zabezpečena personálem, protože jsou pacienti většinou po operacích a sami nejsou schopni sebezpečí zvládnout. Jinak probíhá péče dle zvyklostí z domova. S3 také řekl, že je veškerá péče na ošetrovatelském personálu. Dodal: *„Málokterý pacient je schopný některou z těchto činností obstarat sám.“* Také doplnil, že je důležité si získat u pacientů důvěru. Odpovědi S4, S6, S7 a S8 se shodují a uvádí, že je to individuální. S2, S5 a S8 dodávají, že se ošetrovatelská péče odvíjí od stupně znevýhodnění. S4 dále řekl, že by všem poradil hlavně nespěchat. S5 dále doplnil: *„Pokud je toho pacient schopen a já mám čas, což je občas problém, беру si pacienta k sobě a hledám pro něj zpestření. Ať už se jedná o razítkování nebo třeba skládání dokumentace. Do ničeho pacienta ale netlačím, je to na jeho rozhodnutí.“* S9 popisuje, že je vše dle zvyklostí pacienta. S10 řekl: *„Většinou je to na základě domluvy. Takové to: Pojd'te do sprchy, abyste byl hezky čistý a slušelo vám to, až přijde návštěva. No a po provedení pochvala, nebo to nějak jinak ocenit. Většinou nějaký ten základ v sebezpečí mají, takže stačí třeba upozornit a dohlédnout. Samozřejmě občas přijde někdo, kdo potřebuje dopomoci. Ať už se jedná o celkovou koupel nebo ostrihání nehtů, oholení nebo například zapnutí košile. To není problém a člověk rád pomůže. Snažíme se ale, aby pacient tyhle věci zvládal sám a po propuštění byl méně odkázaný na okolí. Aby si i zkusil ustlat postel po sobě, i když to pak v 90 % případů musím předělat. Ale aby alespoň ta snaha byla a postupně ustele i lépe, když se mu to ukáže a člověk se snaží u něj zlepšovat soběstačnost. Personál prostě nesmí dělat všechno za něj. I když je to pro něj rychlejší a asi i pohodlnější.“* S11 také uvedl, že je to individuální, ale snaží se o co největší samostatnost pacienta. Dodal: *„Jde nám hlavně o to, aby pacient nestagnoval, nebo se naopak nezhoršil. Musí se s ním pracovat více. Pokud budete dělat všechno za něj, zvykne si a bude trvat dlouhou dobu, než se to zas naučí.“*



### *Komplikace související s ošetřováním pacientů*

Do této podkategorie jsme zařadily problémové situace, se kterými se respondenti setkají a jež považují za komplikaci ošetrovatelské péče. Dále nás zajímala další přidružená onemocnění, která se u pacientů s MZ vyskytují a zvyšují náročnost péče. S1 uvedl, že je pro pacienta s MZ nejhorší změna stereotypu, na který jsou fixováni. S6 stejně jako S1 zmínil fixaci na známé prostředí a problém při jeho změně. S9 uvedl jako problém, že pacienti někdy odmítají stravu či tekutiny, nebo jsou vybíraví v jídle. Také řekl: „*Zase si člověk musí dát občas pozor. Jsou vyčůraní a zkoušejí, co si mohou dovolit.*“ S10 uvedl, že tito pacienti dokážou ostatní pacienty rozrušit, také zmínil, že špatně reagují na změny a vykání mnohdy odstartuje bouřlivou agresivní reakci. S11 uvedl jako problém výrazný projev negativních emocí, které mohou přejít až do afektu.

S1 a S2 se nejvíce setkali u těchto pacientů s epilepsií a DM. S1 uvedl také kožní problémy. S3 zmiňuje srdeční problémy, DM, poruchy štítné žlázy, dále pak opakované infekce dýchacích a močových cest. S4 uvedl, že přidružených onemocnění je mnoho a široká škála. Jde hlavně o srdeční vady, obezitu, psychiatrické onemocnění. S5 do přidružených nemocí zahrnul obezitu, nechutenství a nemoci pohybového aparátu. S6 si přidruženými nemocemi nebyl jistý, nakonec ale uvedl epilepsii, inkontinenci a psychické poruchy. S7 tam zařadil alergie, astma, DM, Huntingtonovu chorobu, artrózu a další kloubní deformace a další nemoci pohybového aparátu. S8 uvedl DMO, autismus, epilepsii, srdeční vady, DM, obezitu či hypertenzi. S9 jmenoval epilepsii, nemoci srdce a poruchy zraku a sluchu, DM a obezitu. Dodal: „*Také záleží, zda má pacient nějaký specifický syndrom, ke kterému jsou zase specifická další onemocnění.*“ S10 do onemocnění zařadil bolesti kloubů, narušení kožní integrity jako různé vyrážky, poté parazitické onemocnění a zhoršený sluch. S11 jako přidružené nemoci označil srdeční onemocnění, DM a CHOPN.

### *Nejčastěji používané ošetrovatelské diagnózy*

Součástí rozhovoru byl seznam ošetrovatelských diagnóz, který byl respondentům předložen. Z nich mohli vybírat a případně je doplnit o další. O vlastní diagnózy rozšířil seznam pouze respondent S10. Uvedené diagnózy byly vybrány na základě literárních zdrojů, které popisují problematiku mentálního znevýhodnění. Zajímalo nás, které ošetrovatelské diagnózy se u pacientů s MZ nejvíce vyskytují a které respondenti nejčastěji uvádí v ošetrovatelské dokumentaci. S1 uvedl, že jsou aktuální všechny

zmíněné diagnózy. S3 řekl, že záleží na stupni postižení a u vážnějších případů budou platné téměř všechny. S9 zmiňuje také využití všech diagnóz, ale oba i navzdory tomu nejčastější diagnózy označili. Stejně tak S7 opověděl, že by mohl přiřadit všechny zmíněné diagnózy a že záleží na druhu znevýhodnění. Diagnózy, které respondenti vybrali, jsou zaneseny pro přehlednost do tabulky 2. Odpovědi, které se neobjevily, jsou z tabulky vyřazeny. Ostatní odpovědi jsou seřazeny podle četnosti.

**Tabulka 2 – Ošetřovatelské diagnózy**

Zhoršená adaptace	S2, S3, S4, S5, S6, S8, S9, S10, S11
Deficit sebek péče	S2, S3, S4, S5, S9, S10, S11
Narušená verbální komunikace	S2, S4, S5, S6, S8, S9, S11
Inkontinence moči	S2, S3, S4, S5, S9, S11
Poruchy přizpůsobení	S2, S4, S6, S8, S9, S11
Riziko násilí vůči sobě	S2, S4, S6, S8, S9, S11
Strach	S2, S4, S5, S6, S8, S11
Úzkost	S2, S4, S5, S6, S8, S11
Dehydratace / Riziko dehydratace	S3, S4, S5, S9, S11
Inkontinence stolice	S3, S4, S5, S9, S11
Neefektivní zvládnání zátěže	S2, S4, S6, S8, S11
Porucha sociální interakce	S2, S4, S6, S8, S11
Riziko násilí vůči druhým	S2, S4, S8, S9, S11
Riziko pádu	S3, S4, S8, S9, S11
Akutní / chronická zmatenost	S2, S8, S10, S11
Dohled nad příjmem tekutin a stravy	S4, S5, S11
Sociální izolace	S2, S6, S11
Nedostatek zájmových aktivit	S4, S8
Porušená integrita kůže	S4, S10
Riziko aspirace	S4, S11
Riziko zranění	S8, S11
Sebepoškozování / riziko	S8, S11
Beznaděj	S10
Narušený vzorec spánku, nespavost	S10
Narušený život rodiny	S10
Neefektivní popírání	S10
Nevyvážená strava	S3
Porucha polykání	S11
Porušená integrita tkáně	S4
Riziko agrese	S10
Zácpa / riziko zácpy	S4
Zhoršená pohyblivost	S4

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

## Kategorie 5 Problémové chování

Do této kategorie jsou zařazeny odpovědi, jež se týkají vyskytujícího se problémového chování. S1 a S2 zmiňují agresi vůči sobě a okolí. S1 uvedl, že určitý typ problémového chování je u každého druhého pacienta. Za příčinu považuje změnu prostředí. Příčinou podle S2 je strach z cizího prostředí nebo lidí a dále strach z výkonu. S3 uvedl agresi, nedůtklivost a sebepoškozování. Většina jejich pacientů ale spolupracuje. Stejně jako S1 uvádí změnu prostředí jako příčinu. S4 se setkal s křikem a agresi, přičemž vyvolávajícím faktorem byl strach a změna stereotypu. K příčinám dodal: *„Dále nedostatečné pochopení informací, informace podané neadekvátně stavu klientky, nepříjemná vyšetření nebo ztráta osoby, na kterou je zvyklá.“* S5 uvedl, že po jisté době se objevuje vzdor. Jako příklad popisuje pacientku, která je hospitalizovaná dlouhodobě a je vybíravá v jídle. Popsal situace takto: *„Je paličatá a umí být i ošklivá. Navíc už nás zná a má své oblíbené, které ji nekomandují. Otrkala se a má to na salámu.“* Jako příčinu tohoto chování uvedl zdravotní stav a psychiku. S6 odpověděl následovně: *„Pacienti jsou velice často vyděšení, mají strach. Odmítají být ošetřeni, hospitalizováni. Výjimečně jsem se setkal/a s agresi, ale to spíše s takovou, že pacient házel například láhev s pitím a různé předměty anebo křik. Ten je asi nejčastější. Něco se nelíbí, tak křičí. Něco je bolí, tak křičí. Často křičí jen proto, aby se jim dostalo pozornosti. Také často stagnují a odmítají jakoukoli spolupráci.“* Příčinou je podle S6 změna prostředí a personálu, omezení v denních zvyklostech, strach, nedůvěra. S7 popisuje nerespektování nemocničního řádu a pooperačního režimu. Jako příklad uvádí opouštění oddělení a kouření. Uvedl: *„Pacienti po operaci mívají velké změny chování.“* Tuto odpověď vysvětluje při popisu příčin, kam zařadil změnu prostředí, narkózu, úpravu medikace a personál. S8 jmenoval záchvaty vzteku, jejichž příčinou je nejistota, strach a nepochopení. S9 zmiňuje vytrhávání kanyl, agresivitu vůči sobě a druhým. Příčinu rozvedl následovně: *„Jakákoli změna nebo cokoli nečekaného pro pacienta. Jsou zvyklí na řád, těžko nesou změny. Už se mi stalo, že pacienta naštvalo to, že dostal jiný hrneček, než na který byl zvyklý. U dalšího pacienta mě personál upozorňoval na to, že je pacient agresivní, pokud vidí, že dostává někdo jiné jídlo před ním. Byl totiž na jídlo tak fixovaný, že musel mít vše jako první.“* S10 uvedl, že jsou problémy s chováním velmi časté. Nejvíce se jedná o agresivitu vyvolanou porušenou schopností adaptace. Úzkosti jsou spíše vzácné. Příčinou je změna prostředí a personálu. Další část odpovědi je podobná odpovědi S9: *„Dále ale jakákoli pro ně*

*nečekaná reakce. Potřebují mít předvídatelné situace. Musí vědět, co přijde.“* Také zmínil, že si pacienti mnohdy dovolují a zkouší, co všechno si nechá personál líbit. S11 popisuje hlavně fyzickou agresi a házení věcmi. Do příčin zahrnul nečekané situace a různé stresory. Dodal: *„U každého může být příčina jiná. Někdy to může být jen špatný tón hlasu, který ho rozruší a vyprovokuje. Obecně mají ale horší schopnost adaptace a změna prostředí udělá hodně.“* Uvedl také příklad z praxe: *„Měl/a jsem ale i pacienta, který ve stresové situaci ubližoval sám sobě. Neměl rád společnost cizích lidí, takže byl na pokoji sám. Tím jsme se snažili jeho stres eliminovat a docela to pomáhalo. Pokud ten stres ale eskaloval do určité míry, pacient se začal fackovat a dával si pěstí do brady.“*

S1 řeší problémové chování nejvíce kurty, postranicemi a medikamenty. S2 a S5 uvedli, že řešením je uklidnění pacienta a vysvětlení průběhu výkonu, trpělivost a komunikace. S5 na doplňující otázku odpověděl, že restrikcí ani medikamenty u pacienta s MZ nikdy nevyužil. S3 popisuje jako primární řešení domluvu a milé chování, dále dle ordinace lékaře medikamenty a omezovací prostředky. S4 uvedl zklidňující preparáty, někdy kurty. Za samozřejmost považuje postranice. Pouze S6 zahrnul do řešení prevenci, do níž zařadil navázání důvěrného vztahu a zájem o pacientovy zvyky a potřeby. Svou odpověď rozvedl: *„Snažím se zjistit, co tuto pacientovu reakci vyvolalo. Ve škole nás učili, že každá taková změna chování má nějakou příčinu, kterou pokud zjistíme, máme napůl vyhráno. Také někdy pomůže kontakt s rodinou nebo asistentem a zjištění dalších informací o pacientovi. Zda se tak chová i doma, jak to řeší oni, co pomáhá na uklidnění.“* S7 uvedl jako řešení opakovanou edukaci, medikaci dle ordinace a porozumění a vstřícné chování. S8 uvedl jako řešení také komunikaci s blízkými a získání dalších informací o zvyklostech a vhodné komunikaci. Restrikcí nevyužívají a při nočním neklidu se orientují na medikaci dle ordinace lékaře, například Tiapridal či Haloperidol. S9 staví na první místo domluvu s pacientem. Někdy je podle něj lepší nechat pacienta o samotě. Dále pak uvedl medikaci a případně restrikcí. Odpověď S10 byla nejrozsáhlejší a nejpodrobnější. Primární řešení je pro respondenta domluva a pozitivní motivace s pochvalou. Pokud tyto metody selžou, využívají se farmakologické řešení a terapeutická izolační místnost. Dodal: *„Vyloženě provokativní chování se nevyřeší křikem, ale maximálně autoritativním přístupem, zavánějícím až výraznou dominancí. Ale ne agresivně. Jednoduše řečeno, musíte dát najevo, kdo je šéf už v počátku pobytu. Musíte si vytyčit hranice, co si k vám může tento člověk dovolit. Když to neuděláte, tak*

*budete chudák. Trvalo mi to, naučit se tento přístup a pacienti si ke mně velmi dovovali. Nakonec to vyvrcholilo fyzickým napadením. Postupně se však i submisivní člověk naučí působit jako dominantní. Tím nemyslím frajírek, abyste mě špatně nepochopila. Ale spíše jako důstojná autorita, která respektuje a vyhoví, je-li pacient vůči němu slušný.*“ S11 nejprve posuzuje příčinu agrese a tu se snaží minimalizovat a následně jí předcházet. Dále využívá komunikaci a někdy i farmakologické řešení.

## **Kategorie 6 Způsob komunikace mezi sestrou a pacienty**

V této kategorii nás zajímalo, jakým způsobem respondenti komunikují v praxi s pacientem s MZ. S1 uvedl, že komunikace probíhá podle zvyklostí z domova nebo ústavu a záleží na stupni postižení. Zmiňuje, že někteří pacienti nekomunikují vůbec. Jedinou metodou AAK, kterou uvedl, je psaní pacienta na papír. Tu ale využívá pouze u pacientů bez MZ. S2 uvádí, že je komunikace komplikovanější, protože musí vše mnohem srozumitelněji vysvětlovat a mluvit pomaleji. Využívá jako u ostatních pacientů verbální a neverbální komunikaci. Častěji kontroluje zpětnou vazbu, oslovuje příjmením a vyká. Po domluvě s pacientem nebo opatrovníkem tyká. Metody AAK nezná. S3 komunikuje velmi pomalu a zřetelně. Stejně jako S1 dodává, že někteří pacienti nekomunikují vůbec, nebo vydávají jen různé zvuky a skřeky. K oslovení většinou používají křestní jméno a mladším pacientům tyká, starším vyká. Občas z metod AAK využívá obrázky. S4 komunikuje jednoduchými slovy a větami, pokud pacient rozumí. Někdy využívá obrázky. Oslovení domlouvají s doprovodem, ale nejčastěji oslovují křestním jménem a k tomu vykají. S5 uvedl: „*Mluvím s nimi tak, jak mi dovoluje jejich mentální úroveň. Nešišlám na ně.*“ S6 řekl, že je dobré, pokud se podaří navázat důvěru a dobrý kontakt. Pokračoval: „*Snažím se být trpělivá/ý, chápavá/ý a hlavně ujistit se, zda pacient rozumí.*“ Setkal se s obrázkovou komunikační tabulkou, na které pacient ukazoval, co chce. Pacientům vykají a po domluvě používají křestní jméno. Dodal: „*Pacienti na něj lépe reagují. Na oslovení příjmením mnohdy nereagují vůbec.*“ S7 zmiňuje, že záleží na druhu postižení a zvyklostech. Podle toho pacienta oslovují většinou křestním jménem, komunikují pomocí psaní na papír nebo formou obrázků. Dále řekl: „*U jednoho klienta jsme komunikovali pouze přes maminku. Důležité je komunikovat v klidu a vždy se zeptat doprovodu, jakou formu komunikace volit.*“ S8 popsal, že komunikuje na úrovni pacientových rozumových schopností. Dodal, že s ním ale nemluví jako s dítětem, spíše vysvětluje a kontroluje porozumění. S9 uvádí také komunikaci na základě zvyklostí. Dále odpověď rozvedl: „*S pacienty*

*s lehkou formou je domluva většinou bez obtíží. Jen se na ně musí trochu pomaleji. Horší je to u pacientů s těžkou formou, pokud neumí mluvit a vydávají jen skřeky a různé zvuky. Často ale umí ukázat na to, co chtějí. Nebo se ptám a pacient mi kývne, zda je to ta věc, kterou chce. Nejčastěji oslovuji pacienta křestním jménem, protože jsou na to zvyklí, ale vše je o domluvě. No a vykám.“ S10 s pacienty komunikuje dle zvyklostí a radí se s doprovodem. Oslovuje většinou křestním jménem a vyká. Setkal se i s komunikační tabulkou, kterou donesl doprovod a na niž byl pacient zvyklý. Dodává: „Bylo to pro nás určitě snazší, než kdybychom ji neměli.“ Příznává, že na pacienta někdy zvýší hlas. Obhajuje to následovně: „Pacienta často zaskočí, když převážně klidný člověk najednou zakřičí. Mnohdy se zarazí a pak je přístupný domluvě a vysvětlení, proč se křičelo.“ S11 popisuje, že pacienti s MZ nejsou falešní a vše dávají najevo. Většinou nějakým způsobem komunikují. Snaží se jim vše vysvětlit, aby předešel jejich strachu. Po domluvě s doprovodem nejčastěji vyká a oslovuje křestním jménem. Dále uvádí, že pacienti s lehkou formou MZ většinou komunikují bez problémů a pacientům se středně těžkou formou MZ musí dát více času na vyjádření. O metodách AAK řekl následující: „V práci jsme měli školení o tom, jak s nimi komunikovat. Vysvětlovali nám některé metody alternativní komunikace. Moc se tím ale neřídíme. Pacient by to musel mít naučené z domova, a to běžně nemá. Někdy umí komunikovat pomocí obrázků, nebo že ukáží, co chtějí.“*

### **Kategorie 7 Možnosti úpravy prostředí s ohledem na nároky pacienta během hospitalizace**

V této kategorii jsme zjišťovaly, zda mají pacienti možnost být hospitalizováni s doprovodem a jaké zvyklosti a rituály je možné během hospitalizace dodržovat. Dále jsme se zaměřily na možnosti, které respondenti mají, aby pacientovi s MZ zpříjemnili pobyt v nemocnici. S1, S3, S5, S6, S7 a S9 uvedli, že je možnost hospitalizovat pacienta i s doprovodem. S2, S4, S8, a S10 možnost hospitalizovat doprovod nemají. S1 dále uvádí, že je poté spolupráce snazší a pacient více spolupracuje. Chování pacienta během návštěvy je většinou radostné. Pacienti mohou také mít různé hračky, ale pohyb je většinou omezen. S2 se domnívá, že by byl pacient klidnější, více by spolupracoval a měl by větší pocit bezpečí. Dále u sebe pacienti mohou mít věci, na které jsou zvyklí, a pokud to jejich stav umožňuje, mohou se volně pohybovat po pokoji. Na oddělení, kde pracuje S3, v rutinním chování pacientům nebrání a dovolují jim mít u sebe oblíbené věci. Uvedl, že jim to usnadňuje péči, protože je pacient klidnější a spolupracuje. S4 si

je jistý, že by bylo lepší hospitalizovat pacienta s doprovodem. Pacient by lépe zvládal zátěž. Pacientům umožňují mít vlastní oblečení. S5 uvedl, že mu při hospitalizaci s doprovodem odpadá základní péče o pacienta a může se plně věnovat léčebné péči, jako je plnění ordinací, kontrola operační rány nebo například edukace doprovodu. Pokud je pacient bez doprovodu, dohlíží i na pitný režim a výživu. Rozdíl vidí hlavně v čase, který musí jinak pacientovi věnovat. Snaží se ale akceptovat všechny rutinní činnosti, pokud je to možné. Také uvedl, že je chování pacientů v přítomnosti doprovodu individuální. Někdo je plačtivý, někdo naopak klidnější. S6 uvedl, že je hospitalizace doprovodu výhodná, protože má přístup k informacím o pacientovi a doprovod také obstará určitou péči. Rutinní činnosti závisí na stavu pacienta, ale oblečení ani hračka není problém. Pokud přijde za pacientem návštěva, je většinou velmi šťastný a cítí se v bezpečí. S7 říká, že ukládají pacienty na nejklidnější pokoj, aby nebyli rušeni. Mají možnost si donést osobní věci a přizpůsobit si prostředí. Uvádí, že pokud je hospitalizovaný pacient s doprovodem, nejsou kladeny takové nároky na personál, je s pacientem lepší komunikace a je neustále pod dozorem. Během návštěvy někoho známého se pacient většinou uklidní. S8 možnost hospitalizace doprovodu nemá, ale řekl, že by to bylo určitě lepší. Usnadnilo by to komunikaci a eliminovalo by to pocity nejistoty a úzkosti. Pacientům je umožněno mít u sebe oblíbenou hračku i osobní prádlo a další věci. Omezení na pohybu také nejsou. S9 řekl, že rozdíl s doprovodem a bez něj by byl v ošetrovatelské péči, kterou by mohl obstarat doprovod, jenž pacienta zná a ví, jak s ním jednat. Na oddělení S9 nemají problém s hračkami ani s oblečením. Dále uvedl: *„Pokud nám doprovod předá tyto věci, já osobně toho rád/a využiji. Víím, že některé mé kolegyně nechápou, proč by měl mít pacient své věci, ale mně to nevadí. Naopak jsem rád/a, protože víím, že je pak pacient klidnější. Už jsem zažil/a, jakou scénu umí udělat, pokud nemá, co chce a na co je zvyklý.“* S10 odpověděl následovně: *„Pobyt je zakázán z bezpečnostních důvodů.“* Svou odpovědí oponuje ostatním: *„Jinak hypoteticky péče v přítomnosti toho doprovodu by byla naprosto stejná. Jen pro nás komplikovanější, protože by mnohdy narušoval námi stanovený režim.“* Vzhledem k typu oddělení je pacientům umožněno po určité době observace mít vlastní oblečení a některé věci, ale nesmí to být nic ostrého nebo život ohrožujícího. Dále uvedl, že chování pacienta během návštěvy záleží na vztazích v rodině. Někdy je pacient po ukončení návštěvy agresivní a řešením je konejšení a uklidnění slovní nebo pomocí sedativ. Někdy je pacient plačtivý, ale stačí přenést jeho pozornost na něco jiného. S10 dodal: *„Mnohdy stačí, pokud je emočně uplacen.“* S11 jako jediný neví, zda



je možnost hospitalizovat doprovod. Odpověď dále rozvedl: „*Péče by asi rozdílná nebyla, nevidím důvod, proč by měla být rozdílná. Možná by se do pár aktivit mohl doprovod zapojit, ale určitě bych nehodil veškerou péči na doprovod.*“ Na konci rozhovoru ale S11 uvádí, že je pacient v přítomnosti někoho známého klidnější, veselejší a spokojenější. V dodržování zvyklostí není v ničem problém. Sice mají určitý režim oddělení, ale vše se dá různě pozměnit podle potřeb pacienta.

### **4.3 Identifikace ošetřovaných pacientů**

Respondenti se setkali během pozorovaného období s dvěma pacienty s MZ. Pro lepší představivost pozorovaných situací je zde uveden jejich popis.

N1 je muž ve věku 30 let. Má těžkou formu mentálního znevýhodnění. Komunikace probíhá formou zvuků, skřeků a dvouslabičných slov, např. „hamu“ jako jídlo. Během komunikace ale vše pozorně sleduje, občas souhlasně přikývne. Pravidelně za pacientem dochází rodina, která je ochotná se vším pomoci. Téměř veškerou péči ale musí vykonávat personál. Pacient se s lehkou dopomocí zvládne najíst, někdy je potřeba jen dohled. Pacient je inkontinentní a má zhoršenou pohyblivost, takže je během hospitalizace umístěn pouze na lůžko. V anamnéze má popisované epileptické záchvaty. Pacient bývá někdy neklidný a křičí, pokud se dožaduje pozornosti, nebo se mu něco nelíbí. Opakovaně si vytrhává kanylu.

N2 je žena ve věku 35 let, která je na oddělení hospitalizovaná opakovaně. Má lehkou formu mentálního znevýhodnění a sestry ji dobře znají. Komunikace je bez problémů a pacientka zvládá dobře slovně komunikovat. Má oční vadu, ale sebedpěči zvládá s dohledem a lehkou dopomocí sama. Pacientka je dlouhodobě v dialyzačním programu a má nestabilní DM 1. typu. Glykémie se jí kontroluje většinou třikrát denně a často má hypoglykémii. Pacientka je velmi vybíravá v jídle, je náladová a rychle mění názory. Vzhledem k selhávání ledvin má restrikcii tekutin na 500 ml denně, což ale běžně porušuje.

### **4.4 Analýza výsledků pozorování**

Analýzu pozorování jsme provedly pomocí popisu jednotlivých záznamových archů a situací a jejich porovnáním.

Sestra P1 ošetřovala dva pacienty s MZ a její chování bylo různé. V případě komplikovanějšího pacienta sestra spěchala a nepodpořila pacientovu samostatnost.

U druhé pacientky s lehkou formou MZ nespěchala a samostatnost podpořila. Pacient N1 se dožadoval sladkého pití, které mu sestra slíbila a také přinesla. V případě N2 sestra žádný slib nedala. U pacienta N1 se setkala sestra s problémem, kdy si pacient několikrát za den vytrhl kanylu a byl neklidný. U pacientky N2 řešila situaci, kdy se nemohla rozhodnout, zda si dá chleba nebo rohlíky, nakonec stravu odmítla úplně. Ani v jednom z případů sestra nepátrala po příčině chování. Chování pacienta N1 řešila křikem a zklidňujícími léky. Chování N2 řešila křikem a následnou domluvou. Pacienta N1 oslovovala příjmením a vykala, pacientku N2 křestním jménem a tykala, ovšem bez předchozí domluvy. U obou pacientů bylo oslovení doprovázeno očním kontaktem. Pacientku N2 na rozdíl od N1 informovala o chystané intervenci, ale už si neověřila, zda pacientka informacím rozuměla. Také po dobu intervence s pacienty nekomunikovala. Při dalších manipulacích využívala zdvořiliny a abstraktní pojmy. Ani jednou neinformovala pacienta, že odchází z místnosti. O N2 mluvila před kolegyněmi velmi negativně a hanlivě. Z chování bylo patrné, že se sestře přiči starat se o pacienta s horším stupněm MZ.

Sestra P2 také ošetřovala oba pacienty. U obou podpořila jejich samostatnost a pomoc nejprve nabídla. Ovšem u N1 při práci nespěchala a u N2 ano. Pacientovi N1 dala sestra slib, že donese plyšového medvěda, který je v prádelně, a slibu také dostala. Pacientce N2 slíbila, že jí donese jídlo, které jí matka uložila v lednici, ale svému slibu bez vysvětlení nedostala. Ani u jednoho z pacientů nemusela sestra řešit žádnou problémovou situaci. Oba oslovovala křestním jménem, ale po celou dobu jim vykala. U N1 bylo oslovení podpořeno dotykem a očním kontaktem, u N2 nikoli. O chystané intervenci oba pacienty informovala, zkontrolovala si porozumění a komunikovala s nimi po celou dobu. U N1 sestra na konci rozhovoru shrnula vše řečené a pacient přikývl. Dále u pacienta N1 používala zdvořiliny a u obou používala abstraktní pojmy. Svůj odchod z místnosti pacientům neohlásila. Stejně jako P1 mluvila o N2 hanlivě, o N1 nikoli.

Sestra P3 se k oběma pacientům chovala téměř stejně. U obou spěchala, nepodpořila samostatnost a pomoc rovnou vykonala a nenabídla. Žádný slib ani jednomu z nich nedala, ale u obou se setkala s problémovým chováním. U pacienta N1 se jednalo o vytržení kanyly a řešením byl úchyt horních končetin. U pacientky N2 se jednalo o vypití většího množství tekutin, než měla povolené. Nejprve sestra zvýšila hlas, následně se snažila situaci uklidnit a opětovně vysvětlit pacientce důvod omezení tekutin. Na závěr při odchodu z pokoje odnesla láhev s pitím s sebou. V komunikaci

s pacienty dělala jen minimální rozdíly. Pacienta N1 sestra oslovuje příjmením a vykává. Pacientku N2 oslovuje křestním jménem, ale také vykává. U obou pacientů doprovází oslovení očním kontaktem. Pacienta N1 o chystané intervenci neinformovala, ale pacientku N2 ano. Ani u jednoho z pacientů si sestra neověřila, zda informacím rozuměl, během intervencí nekomunikovala. Při komunikaci ale používala abstraktní pojmy a o odchodu z pokoje pacienty neinformovala. O obou pacientech mluvila velmi negativně.

U pacienta N1 ani N2 sestra P4 nespěchala. Ovšem u N2 samostatnost podpořila, u N1 nikoli. Takže pacientovi N1 ani nenabídla svou pomoc a rovnou ji vykonala. U N2 se snažila pomoc nabízet před jejím vykonáním. Pacientovi N1 žádný slib nedala a také se nesešla s žádným problémovým chováním. Pacientce N2 sestra slíbila, že až bude mít čas, přijde a pomůže jí zapnout telefon a vytočit číslo matky. Po hodině se sestra vrátila na pokoj a pacientce pomohla. P4 se také setkala u N2 s odmítáním jídla stejně jako P1. Situaci řešila domluvou a opětovným vysvětlením, že vzhledem k DM by měla N2 něco sníst. Sestra P4 oslovovala pacientku N2 křestním jménem, pacienta N1 nikoli, ani jednomu z nich ale netykala. Oslovení podpořila v obou případech dotykem. O chystané intervenci informovala, ale nikdy si neověřila porozumění informacím. U N2 komunikovala po celou dobu, u N1 nikoli. Při manipulaci s N1 používala zdvořiliny částí těla, ale vyhnula se abstraktním výrazům, které nahradila za pojmy jako „po obědě“ a „až se vyspíš“. U N2 se naopak vyhnula zdvořilinám, ale abstraktní pojmy používala. Při odchodu z místnosti oba pacienty o svém odchodu informovala a před kolegyněmi mluvila o pacientech kladně.

Sestra P5 ošetřovala pouze pacienta N1. Při práci s ním nespěchala, podpořila jeho samostatnost a nejprve svou pomoc nabídla. Pacient se dožadoval odpoledne jídla. Do večere zbývaly ještě 2 hodiny a sestra pacientovi slíbila, že mu něco dobrého donese. Sestra dala během deseti minut pacientovi přesnídávku. S problémovým chováním se nesešla. Pacienta oslovovala křestním jménem a vykáním. Oslovení podpořila dotykem a pacienta o všem informovala. Také si ověřila porozumění informacím a komunikovala po celou dobu intervence. Nepoužívala během rozhovoru ani zdvořiliny, ani abstraktní pojmy. Při odchodu pacienta informovala, že odchází a s kolegyněmi o N1 mluvila velmi kladně. Bylo na ní vidět, že se o pacienta stará ráda.

Sestra P6 při práci s pacientem N1 spěchala, samostatnost nepodpořila a stejně tak svou pomoc nenabízela, ale aktivně vykonávala. Pacientovi žádný slib nedala, ale setkala se s problémovým chováním. Jednalo se o křik, kopání, odmítání jídla a plivání

léků. Sestra začala s pacientem v klidu komunikovat. Zjistla, že se pouze dožaduje pozornosti a nechutná mu jídlo. Vyřešeno to bylo rozhovorem a změnou stravy. Pacient byl poté klidný a spolupracoval. Sestra pacienta oslovovala křestním jménem a vykala mu. Oslovení podpořila očním kontaktem, výjimečně dotekem. O všem pacienta informovala, komunikovala po celou dobu a porozumění informacím si ověřovala. Při manipulaci se vyskytovaly v komunikaci zdvořiliny, ale vynechávala abstraktní pojmy. Při odchodu pacienta informovala o svém odchodu a s kolegyněmi mluvila o pacientovi kladně.

Poslední pozorovaná sestra P7 při práci s pacientem N1 nespěchala. Také podpořila jeho samostatnost a svou pomoc nejprve nabídla. Slib pacientovi žádný nedala, ale setkala se se stejnou problémovou situací jako P6. Pacient byl neklidný, vytrhl si kanylu, křičel a odmítal jídlo. P7 řešila situace křikem a následným utlumením pacienta a restrikcí horních končetin. Po celou dobu hospitalizace pacientovi tykala a oslovovala ho křestním jménem. Oslovení nebylo nijak doprovázeno. O intervencích pacienta neinformovala, neověřovala si porozumění a po dobu intervence s ním nekomunikovala. Hojně využívala zdvořiliny a abstraktní pojmy. O odchodu z pokoje pacienta neinformovala a před ostatními o pacientovi mluvila hanlivě. Na sestře bylo patrné, jak se její přístup k pacientovi po problémové situaci změnil k horšímu.

## 5 Diskuze

Mentální znevýhodnění je nejběžnější porucha, jež se vyskytuje v populaci bez ohledu na kontinent, ekonomický a kulturní okruh či rasu. V porovnání s minulostí je v současnosti zaznamenán určitý nárůst počtu osob s MZ (Valenta, 2011). Vzhledem k četnosti výskytu tohoto onemocnění a jeho přidružených onemocnění je patrné, že s pacienty s MZ je možné se běžně setkat také v nemocnicích. Při analýze sebraných dat jsme stanovily sedm kategorií, část z nich jsme dále rozdělily na podkategorie. Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat možné problémy objevující se během hospitalizace pacienta s MZ.

Jedním z problémů, který může komplikovat efektivitu ošetrovatelské péče a vzniká ze strany sester, je jejich nedostatečná informovanost a různý stupeň znalostí o vhodné ošetrovatelské péči o pacienta s mentálním znevýhodněním. Jak uvádí Sikorová (2011), teoretické znalosti pomáhají sestře v pochopení jedinců a v pochopení rozdílů mezi lidmi, o které pečuje. Nicméně dle Pörtnera (2009) mohou i znemožnit nezaujatý pohled na pacientovy schopnosti. Většina respondentů se setkala s informacemi o mentálním znevýhodnění v rámci studia na střední zdravotnické škole či na vysoké škole. Pouze S4 uvedl, že se musel naučit vše až během své praxe. Lze tedy předpokládat, že by sestry měly být v rámci svého studia dostatečně informované o mentálním znevýhodnění. Z odpovědí je patrný rozdílný stupeň informovanosti respondentů. Dva respondenti si nejsou jisti, zda mezi MZ patří také stařecká demence a Alzheimerova choroba, jeden respondent si není vůbec jist, zda stupně MZ zná. Další si uvědomuje rozdělení na základě hloubky a míry postižení, ale vyjmenovat je nedokáže. Zbylých sedm respondentů zná jednotlivé stupně dobře a jsou schopni je rozlišit. Většina respondentů nebyla schopna zmínit některý ze způsobů AAK, ale o přidružených onemocněních hovořili s jistotou. Iacono et al. (2014) ve své studii popisují, že největší problém při hospitalizaci pacientů s MZ představují právě omezené znalosti personálu nemocnice a postoj personálu. Jako řešení doporučuje využívat kontaktní modely péče a zlepšení komunikace. Za nejčastější problém označují nedostatek informací o pacientovi, neschopnost řešit rozdílné či problémové chování, nedostatek odborné přípravy a nedostatek informací v oblasti potřeb pacientů s MZ.

Stejně jako je patrný rozdíl v informovanosti respondentů, je z odpovědí znát také odlišný přístup k pacientům s MZ. Z odpovědi respondenta S7 je patrné, že se liší přístup sester i v rámci jednoho oddělení a respondent má jiný postoj než okolí. „*Je mi*

*těchto klientů líto, když vidím, jak se někdy k nim chová okolí a někdy i mé kolegyně. V tomto případě je mi za ně hanba“ (S7). Z odpovědi S6 je patrný vliv stupně mentálního znevýhodnění na jeho postoj: „Také záleží na hloubce mentálního znevýhodnění. Pacientů s horším stupněm postižení je mi někdy líto. Snažím se k nim ale přistupovat stejně jako k ostatním pacientům a získat co nejdříve informace.“ S10 uvedl, že si nemůže jejich onemocnění připouštět moc k srdci, protože by se objevil syndrom vyhoření. V oblasti prožívání byla během ošetřování pacienta s MZ zmiňovaná hlavně lítost, obavy a bezmoc, dále pak neutrální pocity nebo stejné emoční prožívání jako u ostatních pacientů. Z vlastní zkušenosti vím, že při vzniku postoje k pacientovi je zásadní také předávání informací mezi sestrami. Z pozorování je patrné, že pět sester z jedenácti hovořilo o pacientech před ostatními sestrami negativně až hanlivě. Dalším problémem je podle Pokorné (2008) neplnění slibů a závazků, přílišná přísnost, nebo naopak volnost, benevolence či nedůslednost v dodržování režimu a nejednotnost v postupech mezi sestrami. V pozorování jsme se zaměřily na situace, kdy sestra dávala pacientovi nějaký slib. Nastalo šest situací, kdy dala sestra pacientovi slib. Ve dvou případech ho nesplnila a ve zbylých čtyřech ano.*

Na základě odpovědí respondentů bylo zjištěno, že dalším z problémů, který ovlivňuje efektivitu poskytované ošetrovatelské péče, je vyšší náročnost ošetrovatelské péče u pacientů s MZ. Pouze dva respondenti uvedli, že je pro ně ošetrovatelská péče o pacienta s MZ stejně náročná jako o ostatní pacienty. Zbylých devět respondentů ji naopak považuje za náročnější. Zmiňovaná byla fyzická i psychická náročnost. Dle respondentů je ošetrovatelská péče u pacientů s MZ náročná na čas, vyžaduje dostatek trpělivosti a empatie. Nezbytné jsou také odborné znalosti a jednání na odborné výši. Je nutná také zvýšená pozornost a nevyhneme se ztížené komunikaci s pacienty. Jako nejzásadnější prvek pro sestru uvedli respondenti nutnost vysoce individualizované péče. Respektování individuality popisuje například Lištiak Mandzáková (2013) v oblasti uspokojování potřeb. Pokorná (2008) uvádí jako nezbytné stanovení zásad individuálního přístupu v komunikaci i v oblasti potřeb a zvyklostí pacienta. Také Cleary a Doody (2017) jsou toho názoru, že sestry musí vždy přizpůsobit své postupy tak, aby vyhovovaly změněným potřebám jedince. Tím opět poukazují na nutnost individuálního přístupu.

Slowík (2010) popisuje jako největší problém v ošetrovatelské péči o pacienta s MZ a zároveň nejsložitější oblast pro sestru komunikaci s pacientem. Šamánková (2011) připomíná, jak zásadní je pro efektivní ošetrovatelství kvalitní komunikace

ze strany sester. Respondenti často zmiňovali, že komunikace probíhá dle zvyklostí z domova a záleží na typu postižení. Tím se shodují s míněním Pokorné (2008), která jako základ pro kvalitní komunikaci mezi sestrou a pacientem uvádí důkladnou anamnézu a analýzu dat od nejbližších. Také zmiňují nutnost mluvit pomalu, v klidu, zřetelně, jednoduchými slovy či větami a kontrolovat porozumění. Respondenti tak popsali zásady komunikace s pacientem s MZ, které zmiňují také Bendová et al. (2015), Slowík (2010), Valenta (2011) a Zeleníková (2011). Z pozorování jsme zjistily, že v osmi případech z jedenácti sestra oznámila svůj záměr pacientovi. Ovšem pouze ve čtyřech případech si ověřila, zda pacient informacím rozuměl. Komunikace probíhala v šesti případech z jedenácti po celou dobu intervence. Valenta (2011) upozorňuje, že je však třeba vysílat jasné signály o ukončení konverzace a odchodu z místnosti. Po ukončení intervence pouze ve čtyřech případech z jedenácti sestra informovala pacienta o svém odchodu z pokoje. Zmíněno bylo i doplnění verbální komunikace o neverbální prvky. Tuto zásady potvrzují Pokorná (2008), Valenta (2011) i Vyšejnová (2016). Z pozorování je patrné, že v sedmi případech z jedenácti podpořily sestry oslovení také očním kontaktem nebo dotekem. Někteří respondenti popsali snazší komunikaci s pacientem za přítomnosti doprovodu. Otázkou ale zůstává, zda by potom nekomunikovali spíše s doprovodem než s pacientem. Bendová et al. (2015) uvádí, že je žádoucí vyhnout se cizím slovům a zkratkám. Pokorná (2008) to doplňuje o nevhodné použití abstraktních pojmů, které mohou vést k pocitům nejistoty a nepochopení. Tuto zásadu respondenti vůbec nevedli. V pozorování jsme se na užití zdrobnělin, abstraktních pojmů a cizích slov zaměřily. Zdrobněliny byly použity v komunikaci s pacientem v pěti případech z jedenácti, abstraktní pojmy a cizí slova v osmi případech z jedenácti. Vzhledem k důležitosti a náročnosti komunikace s pacienty s MZ jsme předpokládaly, že respondenti budou znát a případně budou využívat některé z prvků AAK, protože – jak uvádí Bondi a Frost (2007) – techniky AAK mohou redukovat frustraci a jsou prevencí problémového chování. Nicméně jak jsem již zmiňovala, respondenti techniky AAK neznají, nebo neví, že je tento název pro některé techniky zastřešující. Tři respondenti zmínili, že občas využívají obrázky a jeden dodal, že se setkal s obrázkovou komunikační tabulkou.

Nezbytnou součástí ošetrovatelské péče je pro sestru komplexní anamnéza. Tóthová (2009) uvádí, že sběr dat je také první fází ošetrovatelského procesu, od něhož se odvíjí ostatní fáze a kvalitní ošetrovatelská péče. Stejně tak Pátková (2013) v bakalářské práci popisuje nutnost získání anamnézy a zhodnocení schopnosti

sebepečce pacienta ve všech oblastech ošetrovatelské péče. Dále uvádí, že na základě posouzení aktuálního stavu hybnosti a schopnosti sebepečce a soběstačnosti lze vhodně naplánovat ošetrovatelskou péči. Neúplná ošetrovatelská anamnéza může tedy sestře zkomplikovat ošetrovatelskou péči o pacienta s MZ. Jak ze zdrojů, tak i od respondentů víme, že komunikace s pacientem s mentálním znevýhodněním je náročná a komplikovaná. Většina našich respondentů ale uvedla, že informace získávají od rodiny a personálu z ústavu, ze kterého pacienta odeslali. Dále respondenti k získání informací využívají doprovod. Pouze tři respondenti směřují otázky hlavně na pacienta a poté až na doprovod. Jako další možnost k získání informací byla uváděna lékařská dokumentace, překladové zprávy či případně telefonická komunikace s ústavem či rodinou. Všichni respondenti uvedli, že informací o pacientovi mají dostatek. To se ale neslučuje s výzkumem Iacono et al. (2014), kteří uvádějí jako velký problém nedostatek informací o pacientovi. Pouze S9 uvedla jako zásadní nedostatek často chybějící informace o schopnosti adaptace a problémového chování. Podle Pokorné (2008) je nutné, aby sestry znaly oslovení, zvyklosti, rituály, denní režim, oblíbené předměty, oblíbené jídlo a nápoje a další podstatné věci o pacientovi. Za zásadní informace respondenti považují zvyklosti a rituály pacienta, návyky, zvládnání odloučení a změnu prostředí, stupeň postižení a další handicap, způsob komunikace, schopnost sebepečce a adaptace, oslovení, případnou agresivitu a její zvládnání. Tím se s informací Pokorné (2008) shodují.

V další části jsou popsány problémy, které sestra u pacienta s mentálním znevýhodněním řeší nejčastěji a vznikají převážně ze strany pacienta. Během rozhovorů byl respondentům předložen seznam ošetrovatelských diagnóz, ze kterých měli zvolit nejčastěji používané, případně je doplnit o vlastní. Petr a Marková (2014) uvádějí jako nejčastější ošetrovatelské problémy verbální komunikaci, deficit sebepečce, poruchy sociální interakce, sociální izolace, riziko zranění, dohled nad příjmem tekutin a stravy, riziko sebepoškozování, zhoršenou adaptaci, poruchy přizpůsobení a úzkost. Escalada-Hernández et al. (2015) ve své studii popsali nejčastější ošetrovatelské diagnózy dle NANDA. Na prvních třech pozicích je deficit sebepečce, a to konkrétně v koupání, oblékání a dále ve stravování, dále zácpa a nedostatečná aktivita. Jako další se vyskytují diagnózy jako narušený myšlenkový proces, narušená sociální interakce, zhoršená verbální komunikace, nedostatečná volnočasová aktivita a úzkost. Respondenti vybrali ze seznamu diagnóz následovně. Devět respondentů zvolilo dg. zhoršená adaptace, dále se sedmkrát vyskytl deficit sebepečce a narušená verbální komunikace. Šestkrát byla



zvolena dg. inkontinence moči, poruchy přizpůsobení, riziko násilí vůči sobě, strach a úzkost. Pětkrát zazněla dehydratace, inkontinence stolice, neefektivní zvládnání zátěže, porucha sociální interakce, riziko násilí vůči druhým a riziko pádu. Čtyřikrát byla označena akutní či chronická zmatenost. Ostatní dg. zazněly pouze třikrát a méně.

Nejčastěji zvolená diagnóza byla zhoršená adaptace. O té hovoří také některé definice, v nichž je snížená schopnost adaptace nutná pro diagnostiku mentálního znevýhodnění. Shodují se Lejčarová (2012), Lečbych (2012) i Shalock et al. (2010). Stejně zmiňovali respondenti problém se zhoršenou adaptací ve svých ostatních odpovědích. Například S11: „*Obecně mají ale horší schopnost adaptace a změna prostředí udělá hodně.*“ Dále respondenti upozorňují, že pacienti zkouší, co si mohou k personálu dovolit, že dokáží ostatní pacienty rozrušit, špatně reagují na změny, i banalita dokáže odstartovat agresivní reakci. Problém dle respondentů také nastává při změně stereotypu pacienta, na který je fixován. Například S9 uvedl: „*Jakákoli změna nebo cokoli nečekaného pro pacienta. Jsou zvyklí na řád, těžko nesou změny. Už se mi stalo, že pacienta naštvalo to, že dostal jiný hrneček, než na který byl zvyklý.*“ Další zmíněné diagnózy (poruchy přizpůsobení, riziko násilí vůči sobě, strach a úzkost, neefektivní zvládnání zátěže, porucha sociální interakce, riziko násilí vůči druhým a riziko pádu) souvisí s afektivní labilitou a omezenou přizpůsobivostí, kterou popisují Bendová et al. (2015) a Petr a Marková (2014). Také dodávají, že to vše vede k neklidu, impulzivnímu jednání nebo netečnosti. Papachristou a Anagnostopoulos (2014) uvádějí, že poruchy chování patří mezi nejčastější typy psychopatologie u mentálně znevýhodněných. Respondenti popsali problémové chování také jako časté. Většina zmínila jako hlavní příčinu právě zhoršenou schopnost adaptace a následnou změnu prostředí, dále strach a nejistotu. Čadilová (2007) to jasně vysvětluje. Pokud je pacient na něco zvyklý a my to změníme, cítí se podveden. To může vést k agresi. S11 uvedl jako problém výrazný projev negativních emocí, které mohou přejít až do afektu.

Nejčastější typ problémového chování byla agrese vůči sobě a okolí, nedůtklivost, křik, odmítání spolupráce, nerespektování nemocničního řádu, vytrhávání kanyl, odmítání stravy a tekutin. Emerson (2008) popisuje, že studie u pacientů s MZ ukazují časté sebezraňování, záchvaty vzteku a agresi. Lejčarová (2012) uvádí, že se u jedinců s MZ často objevují poruchy chování obsahující sebepoškozování, afekty, agrese či hry s fekáliemi. Z pozorování také vyplývá, že problémové chování je poměrně častý problém. V sedmi případech z jedenácti se s ním sestry setkaly. Jednalo se o odmítání stravy, neklid, křik, vytrhávání kanyl, nedodržování restriktce tekutin a fyzickou agresi.

Pouze v jediném případě se sestra snažila zjistit příčinu problémového chování. Ve čtyřech případech sestry využily jako řešení domluvu, ve čtyřech případech na pacienta křičely, ve dvou případech použily restriktivní opatření a ve dvou případech tlumicí léky.

Často volená diagnóza deficit sebekpěče souvisí s ostatními jmenovanými, jako jsou inkontinence moči a stolice a dehydratace. Stejně jako se liší komunikace v závislosti na stupni znevýhodnění, ovlivňuje stupeň znevýhodnění také schopnost sebekpěče. To nám potvrzuje i Češková (2015) nebo Lejčarová (2012). U středně těžkého a těžkého stupně MZ je hlavní podpora sebekpěče a samostatnosti v oblasti denních činností, v získání důvěry a ochoty spolupracovat. Pacient musí co nejvíce činností dělat sám, aby nepociťoval stres (Petr a Marková, 2014). S1 a S3 ale uvádí, že péče je zabezpečena převážně personálem. Z pozorování jsme zjistily, že podpora samostatnosti proběhla v šesti případech z jedenácti. Slowík (2010) a Valenta (2011) doporučují pomoc a podporu nejprve nabídnout a nevnucovat, dále vyčkat, zda bude návrh přijat, a poté pacientovi pomoci. Z výsledků pozorování ale vyplývá, že pomoc byla pacientovi nabídnuta pouze v pěti případech. Ve zbylých šesti sestry požadovanou činnost rovnou vykonaly. Dle Pörtnera (2009) musí sestra vycházet z toho, jaký pacient je a jaké jsou jeho možnosti. S tím souhlasí S4, S6, S7 a S8, kteří odkazují na individualitu pacienta, ze které dále vychází. Stejně tak S2, S5 a S8 vycházejí ze stupně znevýhodnění a schopnosti sebekpěče. Tím souhlasí s informací Petra a Markové (2014), kteří uvádí, že sestra musí brát v potaz změny v motorice, možné poruchy koordinace a stereotypní pohyby.

Problém v komunikaci není zapříčiněný pouze ze strany sestry, ale také ze strany pacienta. Respondenti uznali, že je komunikace s pacientem s MZ náročná, protože někteří pacienti nekomunikují vůbec, nebo vydávají jen zvuky a skřeky. S9 rozvedl komunikaci s pacientem na základně stupně znevýhodnění a zvyklosti. „*S pacienty s lehkou formou je domluva většinou bez obtíží. Jen se na ně musí trochu pomaleji. Horší je to u pacientů s těžkou formou, pokud neumí mluvit a vydávají jen skřeky a různé zvuky. Často ale umí ukázat na to, co chtějí. Nebo se ptám a pacient mi kývne, zda je to ta věc, kterou chce*“ (S9). Stejně tak S7 a S11 uvádí, že pacienti s lehkou formou MZ většinou komunikují bez problémů a pacientům se středně těžkou formou MZ musí dát více času na vyjádření. Rozdíly v komunikaci na základě stupně postižení popisují i Bendová et al. (2015), Janotová (2012) nebo například Lejčarová (2012).

V neposlední řadě nás zajímaly aspekty ze strany pacienta, které ovlivňují poskytování ošetrovatelské péče. Některé tyto aspekty jsou patrné z již zmiňovaných problémů. Většina se odvíjí od stupně mentálního znevýhodnění. Plevová a Slowik (2010) uvádí, že vzhledem k omezené schopnosti komunikace je porozumění jejich potřebám mnohdy velmi komplikované. Outlon et al. (2018) také uvádí, že čím jsou potřeby složitější, tím se stávají neviditelnějšími. Tím se vracíme zpět k problémovému chování. Jůn (2007a) uvádí, že pokud nejsou základní potřeby naplněny, roste riziko výskytu problémového chování. Escalada-Hernández et al. (2015) ve studii také tvrdí, že stupeň závažnosti problémů pacienta má dopad na požadavky ošetrovatelské péče. To nám potvrzuje informaci, že se náročnost péče liší podle stupně mentálního znevýhodnění, jak uváděli respondenti. Ze stupně mentálního znevýhodnění dále vychází schopnost sebez péče, komunikace a částečně také schopnost adaptace. Dalším aspektem je možnost dodržování určitých rituálů a stereotypů, na které je pacient zvyklý, a následná podpora adaptace a zpříjemnění hospitalizace. Jedním ze způsobů, jak usnadnit adaptaci a tím ovlivnit ošetrovatelskou péči, je hospitalizace doprovodu pacienta. Iacono et al. (2014) uvádí, že přítomnost kontaktní osoby v nemocnici posiluje zkušenosti a pozitivní přístup osob s MZ. Šest respondentů má možnost hospitalizovat doprovod pacienta a čtyři nikoli. Poslední respondent si není touto možností jistý. Většina respondentů se shoduje, že je ošetrovatelská péče o pacienta s mentálním znevýhodněním poté snazší a pacient více spolupracuje. Většina respondentů také pacientům umožňuje mít u sebe svoje oblečení, hračky a ostatní oblíbené věci. Respondenti se snaží, aby bylo zachováno co nejvíce zvyklostí a stereotypů, na které je pacient zvyklý. Dále dodali, že pokud je pacient hospitalizovaný s doprovodem, nejsou na sestry kladeny takové nároky, protože část péče obstará doprovod. Iacono et al. (2014) ale ve svém výzkumu uvádí, že nadměrné spoléhání zdravotníků na rodinu či doprovod během péče vedly k selhání kvalitní ošetrovatelské péče. Ze své zkušenosti ale vím, že pacient většinou doprovod dobře zná a snáze se pak s pacientem komunikuje a vychází. Jaký vliv mají tyto maličkosti, popisuje S9: *„Pokud nám doprovod předá tyto věci, já osobně toho rád/a využiji. Vím, že některé mé kolegyně nechápou, proč by měl mít pacient své věci, ale mně to nevadí. Naopak jsem rád/a, protože vím, že je pak pacient klidnější. Už jsem zažil/a, jakou scénu umí udělat, pokud nemá, co chce a na co je zvyklý.“*

Posledním zjištěným aspektem jsou přidružená onemocnění, která se vyskytují u pacientů s MZ. Thorová (2007) uvádí, že dvě třetiny pacientů s MZ mají chronické onemocnění a čím hlubší je forma MZ, tím více somatických onemocnění pacient má. Jako příklad uvádí srdeční vady a postižení sluchu, dále psychiatrické onemocnění a různé poruchy chování. Janotová (2012) uvádí epilepsii, poruchy nálad a chování a autismus. Respondenti nejvíce zmiňovali DM, chronické infekce dýchacích a močových cest, epilepsii, srdeční vady, obezitu, psychiatrické onemocnění, nemoci pohybového aparátu, DMO, autismus a vady očí a uší. Ze zmiňovaných onemocnění je patrné, že čím více přidružených onemocnění pacient s MZ má, tím náročnější bude pro sestru ošetrovatelská péče.

Při zpracování mě zarazily rozdílné informace o četnosti výskytu pacientů v nemocnicích. Ailey et al. (2014) ve své studii zmiňují, že osoby s mentálním postižením jsou sice malá, ale důležitá skupina hospitalizovaných pacientů. Dále popisují, že pacienti s MZ mají vysokou míru výskytu na ambulancích, ale i vysokou míru hospitalizace. Iacono et al. (2014) ve své studii uvedli, že pacienti s MZ jsou častými uživateli nemocničních služeb. Naopak Amor-Salamanca a Menchon (2018) popisují, že o četnosti hospitalizace dospělých pacientů s těžkou formou MZ se ví velmi málo. Také uvádějí, že se tito jedinci nevyskytují na pohotovosti častěji než zdravá populace. Jak uvádí Janotová (2012), těžkou formu MZ má 3–5 % osob s MZ a hlubokou formu 1–2 % osob s MZ. Naproti tomu lehkou formu MZ má 85 % osob s MZ. Lze tedy předpokládat, že pacienti s lehkou formou MZ se budou v nemocnici vyskytovat častěji. Naši respondenti uváděli výskyt těchto pacientů na odděleních od jednoho pacienta za rok až po denní kontakt s nimi.

Co mě velmi překvapilo, byly zkušenosti a přístup jednoho z respondentů, který uvedl: *„Péče o ně bývá mnohdy velmi náročná jak psychicky, tak i fyzicky. Fyzicky, protože bývají často agresivní a v ten moment musí být člověk schopen pacienta znehybnit, aby bylo možné aplikovat medikaci sedativní. Což je upřímně řečeno fuška, když sám držíte stokilového psychotického člověka. Psychicky je to náročné, protože pacienti jsou mnohdy mimo realitu a bombardují personál nereálnými požadavky, v nichž jsou neodklonitelní. Případně jsou tak paranoidní, že na nás svádějí krádeže majetku, který nemají. Případně produkují tak zvaný slovní salát, a když do vás hučí cca třicet lidí naprosté nesmysly celý den, tak to unaví. A to se týká jak lidí s MZ, tak i s jiným psychiatrickým onemocněním“* (S11). Překvapením také bylo, že se rozcházel názor některých respondentů na to, jak přistupovat k pacientovi s MZ. Někteří

respondenti považují dospělého pacienta s MZ stále za dítě, a podle toho k němu také přistupují, jiní je berou jako ostatní pacienty, a hlavně jako dospělé osoby pouze se změněnými potřebami. Celkově pro mne byly ale výsledky výzkumného šetření poměrně příjemným překvapením. Po poslední osobní zkušenosti, kdy jsem viděla, jak nevhodně se umí chovat sestry k pacientům s MZ, jsem měla pocit, že je stejná situace všude. Výsledky naštěstí ukázaly opak.

## Závěr

V naší práci jsme se zaměřily na specifika ošetrovatelské péče o pacienty s mentálním znevýhodněním. Toto téma je v posledních letech stále zanedbávané a převažují zdroje ze sociální sféry a informace z ošetrovatelského pohledu téměř chybí.

Cílem práce bylo zmapovat možné problémy objevující se při hospitalizaci u pacienta s mentálním znevýhodněním na standardním oddělení. K uskutečnění tohoto cíle byly stanoveny výzkumné otázky: „Jaké problémy sestra řeší nejčastěji u pacienta s mentálním znevýhodněním na standardním oddělení? Jaké aspekty ze strany pacienta s mentálním znevýhodněním ovlivňují poskytování ošetrovatelské péče?“ Na základě těchto výzkumných otázek jsme sestavily otázky do polostrukturovaného rozhovoru. Dále jsme na základě literárních zdrojů a výzkumných otázek sestavily záznamový arch pro pozorování, kterým jsme empirickou část doplnily.

Výsledky rozhovorů jsme rozdělily do sedmi kategorií a u dvou kategorií dále do podkategorií. Nejprve jsme si ověřily, že četnost výskytu pacientů s mentálním znevýhodněním je velká a důvody k hospitalizaci různé. Dále jsme zjistily, že respondenti informace o pacientech s MZ mají a že je získali během studia, ale také až přímo v rámci praxe. Vztah a postoje respondentů k pacientům se během péče různí, vyvíjí a mění. Převažoval ale názor, že je péče o pacienty s MZ náročnější než o jiné pacienty. Dále byl zmapován způsob získávání anamnézy. Nejzásadnější je ta část práce, která se zaměřuje na ošetrovatelskou péči a její specifika. Pozitivním zjištěním bylo, že respondenti kladou důraz na individualizovanou ošetrovatelskou péči a podporu samostatnosti pacienta. Jejich odpovědi se shodují s doporučeními z literárních zdrojů. Častou komplikací je zhoršená schopnost adaptace, změna stereotypu a negativní reakce na tuto změnu. I tyto informace korespondují s poznatky autorů literárních zdrojů. Důležitým aspektem ze strany pacienta je stupeň mentálního znevýhodnění, komplexní anamnéza a schopnost komunikace. Nejčastěji uváděné ošetrovatelské diagnózy u pacientů s MZ jsou právě zhoršená adaptace, deficit sebepéče, narušená verbální komunikace, inkontinence moči a poruchy přizpůsobení. Problémové chování bylo také uvedeno jako velmi častý problém. Další zásadní oblastí byla komunikace. Sestry se sice snaží dodržovat zásady komunikace s pacienty s MZ, ale metody alternativní a augmentativní komunikace nejsou téměř vůbec využívány. V neposlední řadě jsme se snažily zmapovat, zda je možné hospitalizovat pacienty s MZ s doprovodem a jaké další možnosti mají.

Skryté pozorování nám ukázalo, že se přístupy sester opravdu různí. Některé sestry přistupovaly ke každému pacientovi jinak, některé měly negativní přístup k oběma pacientům s MZ, jiné byly naopak velmi ochotné a snažily se o oba pacienty se postarat, jak nejlépe uměly. Tyto rozdíly byly patrné ve všech pozorovaných situacích mezi sestrou a pacientem.

Výsledky této práce mohou sloužit jako studijní materiál pro sestry či studenty oboru ošetřovatelství. Práce může být také využita jako informační materiál pro každého, kdo se chce dozvědět více o pacientech s mentálním znevýhodněním, zejména pak o specifikách ošetřovatelské péče a jejích zásadách.

## Seznam literatury

1. AILEY, S. et al., 2014. Hospitalizations of adults with intellectual disability in academic medical centers. *Intellectual and Developmental Disabilities*. 52(3), 187–192, doi: 10.1352/1934-9556-52.3.187.
2. AMOR-SALAMANCA, A., MENCHON, J., 2018. Rate and characteristics of urgent hospitalisation in persons with profound intellectual disabilities compared with general population. *Journal of Intellectual Disability Research*. 62(3). 179–186, doi: 10.1111/jir.12436.
3. BENDOŤÁ, P. et al., 2015. *Základy speciální pedagogiky nejen pro speciální pedagogy*. Hradec Králové: Gaudeamus. 225 s. ISBN 978-80-7435-422-9.
4. BENDOŤÁ, P., 2015. Psychopedie. In: BENDOŤÁ, P. et al. *Základy speciální pedagogiky nejen pro speciální pedagogy*. Hradec Králové: Gaudeamus, s. 212. ISBN 978-80-7435-422-9.
5. BOBIŇSKA, K. et al., 2009. Pharmacotherapy of patients with mental retardation during psychiatric hospitalization. *Polski Merkurusz Lekarski*. 27(161), 381–387. ISSN 14269686.
6. BONDI, A., FROST, L., 2007. *Vizuální komunikační strategie v autismu*. Praha: Grada. 132 s. ISBN 978-80-247-2053-1.
7. CLEARY, J., DOODY, O., 2007. Nurse's experience of caring for people with intellectual disability and dementia. *Journal of Clinical Nursing*. 26(5-6), 620–631, doi: 10.1111/jocn.13431.
8. ČADILOVÁ, V., 2007. Specifické přístupy k lidem s autismem a s mentální retardací. In: ČADILOVÁ, V. et al. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. Praha: Portál, s. 248. ISBN 978-80-7367-319-2.
9. ČERNÁ, M. et al. 2015. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 2. vydání. Praha: Karolinum. 222 s. ISBN 978-80-246-3071-7.
10. ČEŠKOVÁ, E., 2015. Mentální retardace. In: SVOBODA, M. et al. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. 3. vydání. Praha: Portál, s. 320. ISBN 978-80-262-0976-8.
11. DURECOVÁ, K., 2007. *Problémové chování u lidí s mentální retardací a psychické poruchy*. In: ČADILOVÁ, V. et al. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. Praha: Portál, s. 205. ISBN 978-80-7367-319-2.



12. EMERSON, E., 2008. *Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-7367-390-1.
13. ESCALADA-HEDNÁNDEZ, P. et al., 2015. A retrospective study of nursing diagnoses, outcomes, and interventions for patients with mental disorders. *Applied Nursing Research*. 28(2). 92–98, doi: 10.1016/j.apnr.2014.05.006.
14. FRIEDLOVÁ, K., 2010a. Koncept Bazální stimulace. *Sociální služby*. 12(3), 12–13. ISSN 1803-7348.
15. FRIEDLOVÁ, K., 2010b. Somatická stimulace v konceptu Bazální stimulace. *Sociální služby*. 12(6–7), 30-31. ISSN 1803-7348.
16. HEDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. vydání. Praha: Portál. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
17. IACONO, T. et al., 2014. A systematic review of hospital experiences of people with intellectual disability. *BMC Health Services Research*. 14(505), doi: 10.1186/s12913-014-0505-5.
18. JANOTOVÁ, D., 2012. Mentální retardace. In: RABOCH, J. et al. *Psychiatrie – minimum pro praxi*. 5. vydání. Praha: Triton, s. 239. ISBN 978-80-7387-582-4.
19. JŮN, H., 2007a. Co spouští problémové chování klientů v ústavech sociální péče. In: ČADILOVÁ, V. et al. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. Praha: Portál, s. 193. ISBN 978-80-7367-319-2.
20. JŮN, H., 2007b. Nejčastější chyby personálu ve vnímání klientů s problémovým chováním. In: ČADILOVÁ, V. et al. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. Praha: Portál, s. 211. ISBN 978-80-7367-319-2.
21. JŮN, H. 2010. *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví*. Praha: Portál. 144 s. ISBN 978-80-7367-590-5.
22. KURSOVÁ, V., 2009. *Rozvoj zdraví a integrace osob s mentálním postižením pomocí cílených pohybových aktivit: Ověřený intervenční pohybový program*. České Budějovice: PF JU. 225 s. ISBN 978-80-7394-198-7.
23. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
24. KYSUČAN, J., 1982. *Úvod do psychopedie*. Olomouc: UP. 135 s.
25. LEČBYCH, M., 2012. Diagnostika mentální retardace. In: VALENTA, M. et al. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada, s. 309. ISBN 978-80-247-3829-1.

26. LEJČAROVÁ, A., 2012. Intelektové postižení. In: TILINGER, M. et al. *Sport osob s intelektovým postižením*. Praha: Karolinum, s. 112. ISBN 978-80-246-2037-4.
27. LIŠTIAK MANDZÁKOVÁ, S., 2013. *Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením*. Praha: Portál. 184 s. ISBN 978-80-262-0502-9.
28. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*, 2014. [online]. ÚZIS. [cit. 2017-11-27]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
29. NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost. 2. díl*. Praha: Grada. 204 s. ISBN 978-80-247-3709-6.
30. OUTLON, K. et al., 2018. „LEARN“ing what is important to children and young people with intellectual disabilities when they are in hospital. *Journey od Applied Research in Intellectual Disabilities*. 31(5), 792–803, doi: 10.1111/jar.12433.
31. PAPACHRISTOU, E., ANAGNOSTOPOULOS, D., 2014. Behavioral disorders and substance abuse in adolescents with mental retardation. *Psychiatriki*. 25(2). 139–150. ISSN 11052333.
32. PÁTKOVÁ, M., 2013. *Hospitalizace mentálně postiženého nemocného z pohledu všeobecné sestry*. Plzeň. Bakalářská práce. FZS ZČU.
33. PETIŠKOVÁ, M., 2007. Farmakoterapie problémového chování. In: ČADILOVÁ, V. et al. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. Praha: Portál, s. 113. ISBN 978-80-7367-319-2.
34. PETR, T., MARKOVÁ, E., 2014. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. 275 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
35. PIPEKOVÁ, J., 2006. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vydání. Brno: Paido. 408 s. ISBN 80-7315-120-0.
36. PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R., 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-2968-8.
37. POKORNÁ, A., 2008. *Efektivní komunikační techniky v ošetřovatelství*. 2. vydání. Brno: NCO NZO. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.
38. PÖRTNER, M., 2009. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: Portál. 176 s. ISBN 978-80-7367-582-0.
39. POTMĚŠIL, M., 2014. Alternativní a augmentativní komunikace ve speciální pedagogice. In: VALENTA, M. et al. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál, s. 117. ISBN 978-80-262-0602-6.

40. PRUIJSSERS, A. et al., 2011. A case report for diagnosing anxiety in people with intellectual disability: the role of nurses in the application of multidimensional diagnostic guideline. *Perspect Psychiatr Care*. 47(4), 204–212, doi: 10.1111/j.1744-6163.2010.00294.x.
41. RAJMOVÁ, E., 2006. Historie psychiatrického ošetrovatelství a vývoj vzdělávání ošetrovatelského personálu v psychiatrii. In: MARKOVÁ, E. et al. 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, s. 257. ISBN 80-247-1151-6.
42. RAJMOVÁ, E., PETR, T. 2006. Dvacáté století až do současnosti. In: MARKOVÁ, E. et al. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, s. 347. ISBN 80-247-1151-6.
43. SHALOCK, R. L. et al., 2010. *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports*. 11. Issue. Washington: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. 259 p. ISBN 978-1-935304-04-3.
44. SCHMIDTOVÁ, J., 2007. Vlastní farmakoterapie problémového chování. In: ČADILOVÁ, V. et al. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. Praha: Portál. 248 s. ISBN 978-80-7367-319-2.
45. SIKOROVÁ, L., 2011. Člověk, jeho motivace a potřeby. In: PLEVOVÁ, I. et al. 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
46. SLOWÍK, J., 2010. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál. 160 s. ISBN 978-80-7367-691-9.
47. SLOWÍK, J., 2016. *Speciální pedagogika*. 2. vydání. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-271-0095-8.
48. SLOWIK, R. et al., 2011. Současné ošetrovatelství. In: PLEVOVÁ, I. et al. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
49. SOVÁK, M., 1980. *Nárys speciální pedagogiky*. 4. vydání. Praha: SPN. 231 s. ISBN 14-628-80.
50. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
51. ŠVARŤÍČEK, R. et al., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách 2*. 2. vydání. Praha: Portál. 377 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
52. THEODORATOS, O. et al., 2017. Psychopathology of adolescents with an intellectual disability who present to general hospital services. *Australas Psychiatry*. 25(5), 481–485, doi: 10.1177/1039856217706820.

53. THOROVÁ, K., 2007. Pervazivní vývojové poruchy, mentální retardace a syndromy pojící se s mentální retardací. In: ČADILOVÁ, V. et al. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. Praha: Portál, s. 167. ISBN 978-80-7367-319-2.
54. TÓTHOVÁ, V. et al., 2009. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton. 160 s. ISBN 978-80-7387-286-1.
55. TRACHTOVÁ, E. et al., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCO NZO. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
56. VALENTA, M., 2011. Lidé s mentálním postižením a jinou duševní poruchou. In: MICHALÍK, J. et al. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, s. 413. ISBN 978-80-7367-859-3.
57. VALENTA, M., 2012. Koncept mentálního postižení a terminologie. In: VALENTA, M. et al. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada, s. 157. ISBN 978-80-247-3829-1.
58. VALENTA, M., MÜLLER, O., 2012. Etiologie mentální retardace. In: VALENTA, M. et al. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada, s. 305. ISBN 978-80-247-3829-1.
59. VANČOVÁ, A., 2005., *Základy pedagogiky mentálně postihnutých*. Bratislava: Sapienta. 332 s. ISBN 80-96897-6-6.
60. VÍTKOVÁ, M., 2014. Bazální stimulace. In: VALENTA, M. et al. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál, s. 211. ISBN 978-80-262-0602-6.
61. VYŠTEJNOVÁ, M., 2016. Komunikace s člověkem s mentálním znevýhodněním. *Sociální služby*. 18(5), 10–11. ISSN 1803-7348.
62. ZELENÍKOVÁ, R., 2011. Klasifikační systémy v ošetrovatelství. In: PLEVOVÁ, I. et al. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, s. 224. ISBN 978-80-247-3557-3.
63. ZEZULKOVÁ, E., 2013. *Rozvoj komunikační kompetence žáků s lehkým mentálním postižením*. Ostrava: PF OU. 174 s. ISBN 978-80-7464-395-8.

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1: Otázky pro polostrukturovaný rozhovor .....	71
Příloha č. 2: Záznamový arch pro pozorování .....	73
Příloha č. 3: Maslowova pyramida potřeb .....	74

## Seznam zkratk

AAK	alternativní a augmentativní komunikace
CMP	cévní mozková příhoda
CT	počítačová tomografie
CHOPN	chronická obstrukční plicní nemoc
DG	diagnóza
DM	diabetes mellitus
DMO	dětská mozková obrna
EEG	elektroencefalografie
FAS	fetální alkoholový syndrom
HIV	virus způsobující syndrom získaného selhání imunity
MR	magnetická rezonance
MZ	mentální znevýhodnění
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association – Severoamerická asociace pro sesterské diagnózy
ODD	oddělení
VOKS	výměnný obrázkový komunikační systém
WHO	Světová zdravotnická organizace

## **Příloha č. 1: Otázky pro polostrukturovaný rozhovor**

### **Soubor základních otázek pro polostrukturovaný rozhovor**

#### **Identifikační údaje**

1. Pohlaví:
2. Věk:
3. Na jakém oddělení pracujete?
4. Jak dlouhou pracujete jako zdravotní sestra?
5. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
6. Učil vás někdy někdo, jak se o pacienta s MZ starat? Pokud ano, kde jste se s těmito informacemi setkal/a?
7. Jak často se ve své práci setkáváte s pacientem s MZ?
8. Jaké pocity prožíváte během péče o pacienta s MZ?
9. Jak náročná je pro vás péče o takového pacienta?
10. Znáte jednotlivé stupně MZ? Který stupeň MZ se u vás vyskytuje nejčastěji?
11. Jakým způsobem komunikujete s pacientem s MZ?
12. Setkáváte se u pacientů s problémovým chováním? Pokud ano, s jakým a jak často?
13. Jakými intervencemi problémové chování řešíte?
14. Co si myslíte, že může být příčinou problémového chování?
15. Jakým způsobem jsou zabezpečeny oblasti sebepéče u těchto pacientů?
16. Vyberte nejčastější ošetrovatelské diagnózy, které byste pacientům přiřadil/a:
  - Akutní / chronická zmatenost
  - Akutní / chronická bolest
  - Deficit sebepéče při koupání, stravování, oblékání, vyprazdňování
  - Dehydratace / Riziko dehydratace
  - Dohled nad příjmem tekutin a stravy
  - Inkontinence stolice
  - Inkontinence moči
  - Narušená verbální komunikace
  - Narušený vzorec spánku, nespavost
  - Nedostatek zájmových aktivit
  - Neefektivní zvládnání zátěže
  - Nevyvážená strava / Riziko nevyvážené stravy
  - Porucha polykání
  - Porucha sociální interakce
  - Poruchy přizpůsobení
  - Porušená integrita kůže
  - Porušená integrita tkáně
  - Průjem
  - Riziko aspirace
  - Riziko násilí vůči druhým
  - Riziko násilí vůči sobě
  - Riziko pádu
  - Riziko sebepoškození
  - Riziko zranění

- Sebeпоškozování / riziko sebeпоškozování
- Sociální izolace
- Strach
- Zácpa / riziko zácpy
- Zhoršená adaptace
- Zhoršená pohyblivost
- Úzkost

17. Je u vás možnost hospitalizovat pacienta i s doprovodem?

- Pokud ano, byl u vás pacient s MZ někdy hospitalizován s doprovodem? Jak hospitalizace probíhala?
- Pokud ne, myslíte, že by byla péče v něčem rozdílná? Pokud ano, v čem a proč?

18. Jaké informace jsou pro vás u pacienta s MZ zásadní, abyste mohl/a provádět kvalitní ošetrovatelskou péči?

19. Jakým způsobem získáváte ošetrovatelskou anamnézu?

20. Vyskytují se u pacientů nějaká přidružená onemocnění? Pokud ano, jaká?

21. Mohou pacienti dodržovat některé rutinní činnosti a mít u sebe věci, které jsou pro ně zásadní?

22. Jaké je chování pacienta během přítomnosti někoho známého / příbuzného?

23. Máte nějaké zkušenosti v této oblasti, o které byste se chtěli podělit s ostatními?

(Zdroj: Vlastní výzkum, 2018)

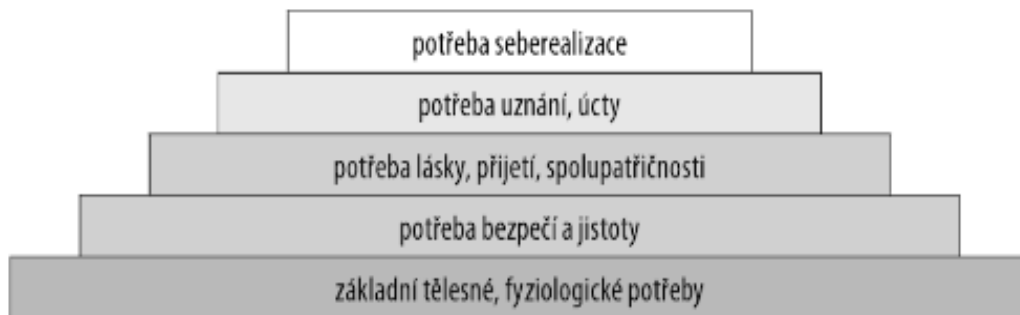


**Příloha č. 2: Záznamový arch pro pozorování**

KATEGORIE	POZOROVACÍ KRITÉRIA	HODNOCENÍ Ano / Ne	
Práce s pacientem	Při práci s pacientem sestra spěchala		
	Sestra podpořila pacientovu samostatnost v oblasti denních činností		
	Sestra nejprve svou pomoc nabídla a teprve poté pomoc vykonala		
	Sestra splnila slib, který pacientovi dala		
	Sestra se setkala u pacienta s problémovým chováním		
	Sestra hledala příčinu problémového chování		
	Sestra toto chování řešila způsobem:	domluva	
	přehlížení		
	křik		
	farmaka		
	restrikce		
	jiné		
Komunikace	Sestra oslovuje pacienta křestním jménem		
	Oslovení doprovází oční kontakt, případně je vizuální kontakt podpořen dotekem		
	Sestra pacientovi během rozhovoru tyká		
	Sestra informovala pacienta o chystané intervenci		
	Sestra si ověřila, zda pacient informaci rozuměl		
	Sestra komunikovala s pacientem po celou dobu intervence		
	Při manipulaci s pacientem byly často používány zdrobněliny částí těla (ručička, nožka, zadeček)		
	Sestra během komunikace používala abstraktní pojmy jako zítra, brzy, někde...		
	Při odchodu z místnosti sestra informovala pacienta, že odchází		
	Předávání informací	Sestra o pacientovi mluvila před dalšími sestrami spíše negativně	

Zdroj: Vlastní výzkum 2018

### Příloha č. 3: Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.