



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Péče o pacienta s mentálním znevýhodněním
z pohledu zdravotního pracovníka v sociálním
zařízení

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Denisa Hrádková

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Doležalová, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Péče o pacienta s mentálním znevýhodněním z pohledu zdravotního pracovníka v sociálním zařízení*“ jsem vypracoval/a 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/diplomové 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/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2.5. 2023

.....

Denisa Hrádková

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Jitce Doležalové, Ph.D. za její cenné rady a trpělivost. Dále velké poděkování patří sestřám, které se zúčastnily výzkumného šetření a ochotně se podělily o své zkušenosti. V neposlední řadě bych chtěla věnovat poděkování své rodině za podporu v průběhu celého studia.

Péče o pacienta s mentálním znevýhodněním z pohledu zdravotního pracovníka v sociálním zařízení

Abstrakt

Bakalářská práce nese název „*Péče o pacienta s mentálním znevýhodněním z pohledu zdravotního pracovníka v sociálním zařízení*“. Prvním cílem bylo zmapovat uplatnění kompetencí zdravotních pracovníků v rámci sociálního zařízení. Druhým cílem bylo zjistit potřeby pacientů s mentálním znevýhodněním ve vybraném sociálním zařízení. Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část.

V teoretické části je popsána definice, etiologie, symptomy, diagnostika a stupně mentálního znevýhodnění. Dále tato část práce obsahuje bio-psycho-socio-spirituální potřeby pacientů. Zabývá se také poskytováním zdravotní péče, náplní práce zdravotnického personálu a samotným sociálním zařízením.

Empirická část byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumu prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný soubor byl tvořen celkem devíti sestrami pracujícími ve vybraných sociálních zařízeních. Pro dosažení stanovených cílů bylo vytvořeno celkem sedm výzkumných otázek.

V rámci kvalitativního výzkumného šetření této bakalářské práce bylo zjištěno, že sestry v sociálním zařízení nemají kompetence k provádění terapie intravenózní cestou. Své kompetence uplatňují při podávání léků per os a ošetřování ran. Dále z uskutečněných rozhovorů se sestrami vyplynulo, že jsou v sociálním zařízení dostatečně uspokojovány všechny bio-psycho-socio-spirituální potřeby pacientů. Výstupem práce je informační materiál určený pro širokou veřejnost, sestry pracující s mentálně znevýhodněnými jedinci, výuku studentů a rodinné příslušníky osob s handicapem. Dále bude práce sloužit jako základ pro další možné výzkumy kvantitativního charakteru, které by ověřovaly zjištěná data nebo jako zdroj informací při rekonstrukci standardů zdravotně-sociálních zařízení.

Klíčová slova:

Mentální znevýhodnění; potřeby pacientů; role sester; zdravotní péče; sociální zařízení

Care for patient with mental disabilities from the perspective of healthcare worker in a social care facility

Abstract

The bachelor thesis is titled "Care for patient with mental disabilities from the perspective of healthcare worker in a social care facility". The first aim was to map the application of healthcare workers' competencies within social facilities. The second aim was to identify the needs of patients with mental disabilities in a selected social facility. The thesis is divided into a theoretical and an empirical part.

In the theoretical part, the definition, etiology, symptoms, diagnosis, and degrees of mental disability are described. This part also includes the bio-psycho-social-spiritual needs of patients and addresses the provision of healthcare, the duties of healthcare personnel, and the social facility itself.

The empirical part was processed through qualitative research using semi-structured interviews. The research sample consisted of nine nurses working in selected social facilities. To achieve the set objectives, seven research questions were created.

In the qualitative research investigation of this bachelor thesis, it was found that nurses in social facilities do not have the competence to perform intravenous therapy. Their competencies are applied in administering oral medications and wound care. Furthermore, from the conducted interviews with the nurses, it was revealed that all of the bio-psycho-social-spiritual needs of patients are adequately met in social facilities. The output of the study is an informational material intended for the general public, nurses working with mentally disabled individuals, student education, and family members of persons with disabilities. Additionally, the thesis will serve as a basis for further possible quantitative research that would verify the data obtained or as a source of information in the reconstruction of health and social facility standards.

Key words

Mental disability; patient needs; nurses' roles; healthcare; social care facilities

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav	9
1.1 Definice mentálního znevýhodnění.....	9
1.1.1 Etiologie mentálního znevýhodnění	10
1.1.3 Diagnostika mentálního znevýhodnění	14
1.2 Symptomy mentálního znevýhodnění.....	15
1.2.1 Objektivní příznaky	15
1.2.2 Subjektivní příznaky.....	15
1.3 Potřeby pacientů s mentálním znevýhodněním.....	16
1.3.1 Biologické potřeby	17
1.3.2 Psychologické potřeby.....	17
1.3.3 Sociální potřeby	18
1.3.4 Spirituální potřeby	19
1.4 Péče o pacienta s mentálním znevýhodněním.....	20
1.4.1 Zdravotní péče	20
1.4.2 Terapie a aktivity	22
1.4.3 Vzdělávání osob s mentálním znevýhodněním	24
1.4.4 Kvalita života osob s mentálním znevýhodněním.....	25
1.5 Zdravotnický personál.....	26
1.5.1 Náplň práce a kompetence zdravotnických pracovníků v sociálním zařízení	27
1.5.2 Komunikace mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem s mentálním znevýhodněním.....	28
1.6 Sociální zařízení	29
1.6.1 Vhodné prostředí a potřebné vybavení k poskytování péče klientovi s mentálním znevýhodněním.....	30

2 Cíle práce a výzkumné otázky	31
2.1 Cíle práce	31
2.2 Výzkumné otázky.....	31
3 Metodika	32
3.1 Použité metody.....	32
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	32
3.3 Zpracování dat.....	33
4 Výsledky.....	34
4.1 Charakteristika informantů.....	34
4.2 Charakteristika pacientů s mentálním znevýhodněním.....	36
4.3 Kategorizace výsledků rozhovorů.....	37
5 Diskuze.....	58
6 Závěr	70
7 Seznam použité literatury	73
8 Seznam příloh.....	79
9 Seznam zkratk	83

Úvod

Mentální znevýhodnění je snížená schopnost charakterizována výraznými omezeními při vykonávání běžných denních aktivit. Výsledkem je omezení pojmové, praktické, sociální inteligence a adaptační schopnosti. Mentálně znevýhodnění jsou jednou z nejpočetnějších skupin mezi všemi zdravotně znevýhodněnými. Rozlišujeme několik stupňů mentálního postižení – lehká, středně těžká, těžká a hluboká mentální retardace. Dále dělíme na jinou a nespecifickou mentální retardaci. U jedinců s mentálním znevýhodněním dochází k trvalému snížení inteligence, a to většinou v důsledku organického poškození mozku. Jejich inteligenční kvocient (IQ) je nižší než sedmdesát. S vhodnou individuální podporou dojde po určité době k celkovému zlepšení kvality života. Základem této péče a podpory je zejména ošetrovatelská, lékařská, rehabilitační, terapeutická, vzdělávací a výchovná péče poskytovaná v sociálním zařízení. V rámci péče o pacienta je také velkým přínosem pomoc a podpora ze strany jeho rodiny. Nejedná se o nemoc jako takovou, ale o trvalý fyziologický stav. Nejčastější onemocnění pojící se s mentálním postižením může být například autismus, Aspergerův syndrom či Downův syndrom.

Toto téma jsem si vybrala z důvodu častého výskytu jakéhokoliv zdravotního znevýhodnění. Konkrétně jsem zvolila mentální znevýhodnění, jelikož se jedná o jednu z nejpočetnějších skupin mezi zdravotně znevýhodněnými, jak jsem již zmiňovala. Okolí má občas nutkání hledět na osoby s mentálním postižením jinak. Bakalářskou prací bych ráda lidem přiblížila tuto problematiku. Chtěla bych okolí dokázat, že lidé trpící tímto problémem mohou vést podobný život jako my, přestože jsou nějakým způsobem v určitých aktivitách omezeni. Dále bych ráda poznala náplň práce zdravotnických pracovníků v sociálním zařízení, kteří se starají o osoby s mentálním postižením. Je mi jasné, že není jednoduché vykonávat toto zaměstnání. Jedná se o fyzicky i psychicky náročnou práci, a je potřeba se naučit, jak správně přistupovat k těmto pacientům.

Cílem šetření bude zjistit potřeby pacientů s mentálním znevýhodněním a zmapovat uplatnění kompetencí zdravotnických pracovníků v rámci sociálního zařízení.

1 Současný stav

1.1 Definice mentálního znevýhodnění

„Mentální retardaci lze vymezit jako vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i časně postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince“ (Valenta et al., 2018, s. 34). Mentální znevýhodnění lze tedy chápat jako narušení vývoje rozumových schopností. U osob s mentálním postižením také dochází ke snížení řečových či adaptačních schopností v sociálním prostředí. Mají oslabené kognitivní funkce, a to je znevýhodňuje především v oblasti vzdělávání. Dále jsou omezeni ve vykonávání pohybových aktivit. Jedná se o duševní poruchu, kdy je inteligence daného jedince snížena. Od stupně mentálního postižení se odvíjí možnosti osob s mentálním handicapem (Valenta et al., 2018).

Čím těžší je stupeň mentálního znevýhodnění, tím více je narušené vnímání, myšlení či paměť. Je zpomalena zraková a sluchová percepce. Dochází k narušení vnímání prostoru a času nebo ke snížení kvality hmatových vjemů. Osoby s mentálním postižením se nedokáží věnovat více činnostem najednou a jejich pozornost je nestálá (Bendová a Zikl, 2011). U těžkého nebo hlubokého stupně může docházet až k imobilizačnímu syndromu. Ačkoliv není pojem mentální postižení zcela jednoznačný, tak v dnešní době v podstatě nahrazuje termín mentální retardace. Vyskytují se však stále oba termíny a můžeme je považovat za synonyma. Jedná se o druh zdravotního postižení (Zikl, 2022).

Dochází k trvalému organickému poškození mozku a jedná se o ireverzibilní stav (Švarcová-Slabinová, 2011). Termín sociální znevýhodnění neboli handicap se užívá na základě postojů společnosti k osobám s mentálním postižením (Lečbych, 2008). U jedinců se v průběhu vzdělávání projevuje snadná unavitelnost nebo naopak hyperaktivita. Vždy volíme jednoduchou komunikaci (Uzlová, 2010). V problematice zdravotního postižení, vytváří nejpočetnější skupinu právě osoby s mentálním znevýhodněním, konkrétně převažuje stupeň lehkého mentálního postižení (Cimrmannová a Wágner, 2020).

1.1.1 Etiologie mentálního znevýhodnění

V některých případech se může jednat o mentální postižení neznámé etiologie (Švarcová-Slabinová, 2011). Rozlišujeme endogenní (vnitřní) a exogenní (vnější) faktory. Postižení může být vrozené (primární) či získané. Dále se příčiny dělí dle časového hlediska (Valenta et al., 2018).

Prenatálním obdobím se rozumí faktory působící před porodem. V tomto období působí dědičné neboli hereditární faktory. K mentálnímu postižení mohou vést například infekce matky nebo Downův syndrom. Jedná se o jeden z nejčastějších vrozených syndromů a vzniká na základě trizomie 21. chromozomu. To znamená, že místo dvou chromozomů jsou přítomny tři. V tomto případě má osoba 47 chromozomů místo 46. Za normálních okolností získáváme jeden chromozom od matky a jeden od otce, kdy se tedy jedná o takzvanou dizomii. Infekční onemocnění matky zahrnují chřipku, syfilis či neštovice (Valenta et al., 2018). K mentálnímu postižení mohou vést tedy chromozomální odchylky, které jsou založené na genetice. Rozlišujeme autosomální a gonosomální chromozomy. Pokud dojde k odchylkám autosomálních chromozomů, tak se jedná o již zmiňovaný Downův syndrom. Odchylky gonosomálních chromozomů vedou k takzvanému Syndromu fragilního X-chromozomu, Turnerovu syndromu a Klinefelterovu syndromu (Lečbych, 2008). Syndrom fragilního X-chromozomu lze pozorovat na vzhledu jedince, který má podlouhlou tvář s vystouplou bradou a čelem. Typickým znakem mohou být také odstáté a velké uši. Může se objevovat hypotonie či zhoršená motorická koordinace. Během pubescence dochází u chlapců ke zvětšení varlat. Tento syndrom se z velké části projevuje u mužů a ženy mohou být takzvaným přenašečem. Klinefelterův syndrom postihuje také spíše muže, u kterých se projevuje většinou v období dospívání, a to sterilitou či hypogonadismem. Sterilitou se rozumí neplodnost. Hypogonadismus znamená porucha funkce pohlavních žláz, tedy varlat, která vede k nedostatečné produkci pohlavních hormonů a neplodnosti. U tohoto syndromu se týká porucha pohlavních chromozomů. Muži jsou většinou vyššího vzrůstu. Turnerův syndrom postihuje naopak ženy, u kterých ovaria neprodukují estrogen. Jedná se o gonádovou dysgenezi, kdy je narušen vývoj genitálu, nástup a samotný průběh puberty. Nejsou vyvinuty sekundární pohlavní znaky, tedy poprsí. Ženy s tímto syndromem nejsou příliš vysoké (Černá et al., 2015). Dále rozlišujeme Rettův syndrom, pro který jsou specifické neurologické poruchy. Do těchto poruch řadíme tremor, afázii, hyperventilaci či progresivní skoliózu. Ve většině případů postihuje ženy. Soubor

příznaků jako je například obsedantně kompulzivní porucha chování, malý vzrůst, hypogonadismus nebo hypotonie se vyskytují u Prader-Willyho syndromu (Lečbych, 2008). Spontánní a hlasitý smích, ke kterému dochází často společně se strabismem a absencí řeči, je příznakem Angelmanova syndromu. Existuje také Syndrom Kočičího křiku, jehož název souvisí s brekem novorozence či kojence. K tomuto hlasovému projevu dochází na základě nedostatečného vývoje hlasivek, který po nějakém čase zanikne. Dochází ke zpomalení růstu a osoby mají oči daleko od sebe (Zámečnicková, 2018). Dále do faktorů působících před porodem řadíme endokrinní poruchy matky jako například hypofunkci štítné žlázy nebo závislost matky na nikotinu (Lečbych, 2008). Častou příčinou jsou následky intoxikací alkoholem a drogami (Pivarč, 2017).

Faktory působící těsně před narozením dítěte, během samotného porodu a krátký čas po narození dítěte označujeme jako perinatální vlivy. Postnatální období nastává po narození dítěte a trvá do dvou let věku dítěte. Příčinou mentálního postižení je narušení centrální nervové soustavy, kdy tedy došlo k organickému poškození mozku. Další příčinou mohou být psychiatrická onemocnění, dětský autismus či epilepsie. Epilepsie se řadí k neurologickým onemocněním (Pivarč, 2017). V důsledku předčasného porodu a nízké porodní hmotnosti novorozence dochází k narušení psychického vývoje. V případě zanedbávání výchovné či sociální péče ze strany rodičů jsou sníženy rozumové schopnosti, ale nejedná se přímo o mentální postižení. Příčiny v perinatálním období zahrnují úrazy, důsledky operací, zánětlivá a nádorová onemocnění dítěte (Pugnerová a Kvintová, 2016). Následkem úrazů je poškození centrální nervové soustavy (Lečbych, 2008). Poranění hlavy dítěte během porodu způsobí tedy mechanické poškození mozku. Perinatální poškození plodu zahrnuje také hypoxii neboli nedostatek kyslíku ve tkáních (Švarcová-Slabinová, 2011).

1.1.2 Stupně mentálního znehodnění

Německý psycholog William Stern roku 1912 přišel s konceptem inteligenčního kvocientu, jehož zkratka je IQ. Definoval podíl mentálního věku ku chronologickému (kalendářnímu) věku, a to je násobeno koeficientem 100. U jedinců se posuzuje míra inteligence. Mentálním věkem se rozumí úroveň inteligence pro osobu určitého věku (Nováková, 2011).

Dle WHO – World Health Organization (Světové zdravotnické organizace) se revidují klasifikace nemocí včetně duševních poruch. Obsaženy jsou v Mezinárodní klasifikaci

nemocí (MKN-10). Světová zdravotnická organizace v Ženevě přijala název MKN-10 s účinností od roku 1992. V České republice je však v platnosti od roku 1993. Je využívána 10. revize této Mezinárodní klasifikace nemocí, proto je pojmenována právě MKN-10. Zahrnuje diagnózy F70-F79. Mezinárodní označení se nazývá ICD-10 (International Classification of Diseases). V současné době je v platnosti 11. revize, která je označována jako ICD-11. Dále existuje tzv. DSM-5 neboli Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition, American Psychiatric Association. V překladu to tedy znamená Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické společnosti, který vznikl roku 2013. Zahrnuje ID – intellectual disability tedy poruchu intelektu. Tento termín nahrazuje mentální retardaci. V již zmiňované 11. revizi (ICD-11) je synonymem ID tzv. IDD – intellectual developmental disability neboli vývojová porucha intelektu. Dle DSM-5 a předchozí revize jsou stupně postižení podobné. Mentální retardaci je možné vymezit i podle AAMR (American Association for Mental Retardation), která byla změněna na AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities – Americká asociace pro intelektová a vývojová postižení) (Valenta et al., 2018). Rozlišujeme několik stupňů mentálního postižení. Prvním stupněm je diagnóza F70 Lehká mentální retardace (mild mental retardation), u které je IQ 50-69. Dříve se užíval termín debilita. F71 označuje Středně těžkou mentální retardaci (moderate mental retardation), kde se IQ pohybuje v rozmezí 35-49. V minulosti se nazývala imbecilitou. Dále se dělí na F72 Těžká mentální retardace (severe mental retardation). IQ u tohoto stupně je 20-34 a dříve jsme ho mohli znát pod pojmem idioimbecilita. Čtvrtým stupněm je F73 Hluboká mentální retardace (profound mental retardation) – dříve idiocie, u které se IQ udává do 19. Dále rozlišujeme F78 Jiná mentální retardace a F79 Nespecifická mentální retardace. Dřívější termíny se užívaly od 19. století (Zikl, 2022).

Osoby s lehkou mentální retardací jsou schopni komunikovat, přestože je u nich rozvoj řeči opožděn. Ve většině případů se zvládnou sami obléknout, najíst se nebo provést osobní hygienu. Občas se mohou projevovat přidružená onemocnění jako například autismus či epilepsie (Bendová a Zikl, 2011). Tyto osoby se mohou vzdělávat ve speciální škole nebo běžné základní škole. V té však musí spolupracovat s asistentem pedagoga, který jim s učivem pomáhá. Jedinci jsou schopni se adaptovat v sociálním prostředí. Jejich mentální věk v dospělosti odpovídá střednímu školnímu věku dítěte (Pugnerová a Kvintová, 2016). Základní školu mohou navštěvovat v případě, kdy nedošlo

k organickému poškození mozku (Švarcová-Slabinová, 2011). Pro mentálně znevýhodněné jedince jsou k dispozici i mateřské školy nebo střední odborná učiliště (Michalík et al., 2011). Lehké mentální postižení se dále může projevat antisociálním či rušivým chováním například ve školním prostředí (Hassiotis a Turk, 2012).

Jedinci se středně těžkou mentální retardací vyžadují péči od ostatních osob. Pečovat o tyto jedince mohou rodinní příslušníci. Existují však speciální ústavy, ve kterých je pro klienty zajištěna celodenní péče zdravotnického personálu. V ústavní péči mají možnost být zaměstnáni, ale práce nesmí být příliš náročná. Většinou se jedná o jednoduchou manuální práci například v chráněných dílnách. Je to však individuální a záleží na schopnostech daného klienta. Mentální věk v dospělosti odpovídá předškolnímu věku (Pugnerová a Kvintová, 2016). Jelikož nedošlo ke správnému rozvoji řeči, tak je komunikace s nimi velice omezena. Omezení soběstačnosti, manuální zručnosti a snížená pozornost se samozřejmě odráží i v oblasti vzdělávání. U tohoto stupně postižení může být přidružené například tělesné postižení nebo psychiatrická onemocnění (Bendová a Zikl, 2011). Většina těchto klientů je mobilních (Švarcová-Slabinová, 2011).

U diagnózy F72 Těžké mentální retardace je charakteristickým znakem porucha motoriky, což mohou představovat stereotypní a kývavé pohyby. Většinou je zde využívána ústavní péče. Mentální věk těchto osob v dospělosti odpovídá mladšímu batolecímu věku (Pugnerová a Kvintová, 2016). Obvykle nejsou schopni komunikovat. Vydávají pouze zvuky, které běžně slychávají od ostatních osob. Vzdělávání u osob s těžkou mentální retardací je náročné. Uplatňuje se rehabilitační, vzdělávací a výchovná péče, která vede ke zlepšení rozumových schopností, motoriky či komunikace (Bendová a Zikl, 2011).

Mentální věk u osob s hlubokou mentální retardací v dospělosti lze přirovnat k věku tříletého dítěte. Jedná se o jedince s kombinovaným postižením. Zahrnuje tedy mentální, tělesné i smyslové znevýhodnění. Tyto osoby často trpí imobilitou a inkontinencí. Jsou vysoce závislé na péči poskytující od ostatních osob. Vzdělávání těchto jedinců je velice omezené. Ve většině případů nejsou schopni upozornit na své potřeby. Pocity vyjadřují pomocí neartikulovaných zvuků. U tohoto stupně se mohou objevovat poruchy zrakového a sluchového vnímání. Dochází také k omezení hybnosti z důvodu tělesných poruch. Dále zahrnuje neurologická onemocnění jako například epilepsii (Bendová a Zikl, 2011). Mentální věk jedinců ve školním věku odpovídá novorozeneckému období. Uplatňuje

se zde bazální stimulace, díky které dochází k podpoře vnímání, pohybových nebo komunikačních schopností (Pivarč, 2017).

U diagnózy F78 Jiné mentální retardace se neudává hodnota IQ, jelikož se nedá určit stupeň mentálního postižení. Rozumové schopnosti jedince jsou sniženy. Jsou přítomny jiná přidružená postižení. Může se jednat například o zrakově či sluchově postižené osoby. Také se objevují poruchy chování a projevy autismu (Švarcová-Slabinová, 2011).

Nespecifickou mentální retardací (F79) se rozumí, že jedince není možné zařadit do jedné z již zmíněných kategorií. V tomto případě je tedy mentální postižení prokázáno, ale není k dispozici dostatek informací k bližší specifikaci (Bendová a Zikl, 2011).

1.1.3 Diagnostika mentálního znevýhodnění

Jedná se o dlouhodobý proces, při kterém se pozoruje vývoj dané osoby a provádí se řada vyšetření. Dochází k posouzení biologických, psychologických a sociálních faktorů. Sleduje se chování jedince v sociálním prostředí. Testuje se inteligence. Při opakovaných vyšetřeních se mohou hodnoty IQ lišit. Provádí se psychiatrické a neurologické vyšetření (Švarcová-Slabinová, 2011). Hodnotí se úroveň motoriky, sebeobsluhy, adaptační, komunikační a rozumové schopnosti, rodinné prostředí, poruchy zrakového a sluchového vnímání (Bendová a Zikl, 2011).

Na diagnostice se podílí psycholog, speciální pedagog, lékař, ale také rodiče dítěte. Provádí se ve speciálně pedagogických centrech či pedagogicko-psychologických poradnách. Nezaměřují se pouze na nedostatky, ale poukazují i na silné stránky jedince (Švarcová-Slabinová, 2011).

Dále se uplatňuje diferenciální diagnostika. Jejím cílem je odlišit opožděný vývoj způsobený jinými příčinami od mentálního postižení. Jedná se například o autismus, poruchy řeči či chování, tělesné postižení, duševní poruchy nebo z důvodu zanedbané péče ze strany rodičů. Toto se posuzuje především pozorováním. Při diferenciální diagnostice se využívají informace získané od rodinných příslušníků a pedagogů, anamnéza, lékařská zpráva, psychologické či speciálněpedagogické vyšetření, didaktické zkoušky a rozhovor. Psychologické vyšetření zahrnuje stanovení hodnoty IQ, zhodnocení pozornosti, komunikace, paměti a chování jedince v sociálním prostředí. Do speciálněpedagogického vyšetření spadá vnímání času a prostoru, sluchové i zrakové

vnímání. Vyšetření školního věku a zjištění znalostí jedince v určitých vzdělávacích oblastech se provádí pomocí didaktických zkoušek (Valenta et al., 2018).

1.2 Symptomy mentálního znevýhodnění

Projevující se symptomy se řadí k mentálnímu postižení, ale i k přidruženým onemocněním. Osobu s mentálním znevýhodněním ovlivňují ve vykonávání běžných denních aktivit (Čadilová et al., 2007).

1.2.1 Objektivní příznaky

U osob s mentálním postižením lze pozorovat poruchy chování a řeči. Může se jednat například o hyperaktivitu nebo naopak sníženou úroveň aktivity. Nemají dostatečnou slovní zásobu a nejsou schopni pořádně artikulovat. Je narušena jejich pohybová koordinace a může docházet až k imobilitě. Mají problém se přizpůsobovat okolí. Poměrně často u nich dochází ke změnám nálad. Dále se u těchto osob může objevovat agresivita (Michalík et al., 2011). Jejich reakce na okolní podněty mohou být zpomalené. Nejsou schopni uspokojit základní lidské potřeby jako například dodržování hygienických návyků, dále vyžadují dopomoc při oblékání či stravování (Pipeková et al., 2017). Také se u jedinců projevuje zvýšená závislost na rodičích či nevyspělé chování. Nedokážou příliš dlouho udržet pozornost, jelikož jsou lehce unavitelní nebo je dokáže rozptýlit každá maličkost. V období dospívání se může projevit porucha růstu, mutace či vývoje sekundárních pohlavních znaků. Ačkoliv k těmto změnám dochází vždy přirozeně v období dospívání u zdravých jedinců, tak u osob s mentálním postižením může být vývoj zpomalen (Lečbych, 2008).

1.2.2 Subjektivní příznaky

U jedinců se vyskytuje zvýšená emocionalita. Stres může způsobovat právě omezování jedinců ve vykonávání běžných denních aktivit, jakékoliv náhle vzniklé změny, osamělost, nedostatek soukromí nebo odmítání jedinců od okolí v sociálním prostředí (Pipeková et al., 2017). Osoba s mentálním znevýhodněním má narušené vnímání prostoru a času. Dochází ke snížení citlivosti hmatových vjemů, kdy nedokážou rozeznat například materiál oblečení. Nejsou schopni vnímat barvy či tvary, jelikož nemají cit pro detail. Mají zpomalené sluchové a zrakové vnímání. Myšlení mentálně znevýhodněných je nesystematické. Nedokážou rozeznat jednotlivé hlásky. Nové informace si osvojují pomalu a v paměti je příliš dlouho neuchovají. Jejich touha po pohlavním styku je zvýšena nebo naopak sexuální potřeby vůbec nemají. Někdy se

u nich mohou projevovat úzkostné stavy (Michalík et al., 2011). Dochází k nim z důvodu strachu, který u jedinců nastává v případě, když se ocitnou v cizím prostředí. Úzkosti mohou vznikat také ve chvíli, kdy jsou jedinci sami v místnosti a zároveň potmě (Švarcová-Slabinová, 2011). Emoce projevují spontánně. Vždy vyhledávají prostředí, ve kterém se cítí bezpečně. Osobám s mentálním postižením je bližší mechanické učení na rozdíl od logického (Lečbych, 2008). Zejména v průběhu dospívání je pro ně problematické sebepojetí. Sebpoejetí lze chápat jako vnímání sebe sama. Přijetí vlastního těla může být komplikováno snížením jejich kognitivních schopností. Sebehodnocení u osob s mentální retardací je většinou nevyspělé a nekritické (Pipeková et al., 2017). Nesprávné sebepojetí může mít za následek problematiku související s návykovými látkami. Jedinci mají tendenci vyzkoušet alkohol, drogy nebo se mohou stát závislí na nikotinu v období puberty. Sebehodnocení může být ovlivňováno ostatními jedinci, stejnými věkovými skupinami a školním prostředím (Lečbych, 2008). Většinou se řídí názory druhých lidí (Pugnerová a Kvintová, 2016). Michael Lee Wehmeyer, Kathy Kelchner a Sandy Richards roku 1996 přišli s konceptem seburčení zaměřené na osoby s mentálním znevýhodněním za pomoci funkční charakteristiky chování. Rozlišujeme čtyři charakteristiky. První byla vymezena autonomie, kterou lze chápat tak, že osoba jedná samostatně. Následuje sebeovládání, kdy jedince dokáže usměrňovat své chování. Třetí charakteristikou je psychologické zplnomocnění, tedy že osoba má důvěru sama v sebe. Posledním bodem je seberealizace. Cílem seburčení je samostatně provádět rozhodnutí, a zlepšit tak kvalitu života (Lečbych, 2008).

1.3 Potřeby pacientů s mentálním znevýhodněním

V ošetrovatelské péči je důležité o klienta pečovat s holistickým přístupem. Holistický model člověka zahrnuje biologické, psychologické, sociální a spirituální potřeby klienta (Sovářiová Soósová, 2022). Je potřeba podporovat duševní zdraví, a tím tedy předcházet duševním poruchám. Nemělo by docházet k sociálnímu stigmatu. Stigmatizací se rozumí, že osoba s mentálním postižením ve společnosti není žádaná. Okolí ji na základě postižení jednoduše nepřijme mezi sebe. Je nezbytná sociální podpora a pevné rodinné vazby. Během poskytování péče se uplatňuje bio-psycho-sociální model. Tento přístup je zaměřen nejen na samotného klienta, ale také na jeho rodinu (Skorunka, 2019). Problémovému chování jedince lze předcházet právě uspokojením jeho potřeb (Švarcová-Slabinová, 2011).

1.3.1 Biologické potřeby

Biologické potřeby zahrnují stravování, oblékání, dostatek kvalitního spánku nebo provádění hygienických návyků. Je to však hodně individuální a odvíjí se to od stupně postižení. Někdo je schopen si tyto potřeby uspokojit sám a někdo naopak vyžaduje při těchto činnostech pomoc od ostatních osob (Bendová a Zikl, 2011). Klient by měl mít právo se najíst či napít kdykoliv potřebuje, a nejen v určitou dobu podle zvyklostí sociálního zařízení. Pokud je unaven, tak by mu měl být dopřán spánek. Jestliže má sexuální potřeby, tak by i ty měly být uspokojeny, jelikož se jedná o přirozenou potřebu (Švarcová-Slabinová, 2011). Biologické neboli tělesné potřeby zahrnují také potřebu vylučování, zmírnění bolesti či předcházení dekubitů (Cimrmannová, 2020c). Pečující osoby by měli přimět jedince s mentálním postižením, aby sami zjistili, jaký mají vkus. Konkrétně jaký styl oblékání se jim líbí (Pörtner, 2009). Nutností je osobám věnovat dostatek času a prostoru v oblasti sebeobsluhy (Pipeková et al., 2017).

Důležitá je oblast vzdělávání. V základní či speciální škole je povinná školní docházka jako u ostatních dětí, a to po dobu devíti let. Školu však mohou navštěvovat jen do dovršení sedmnáctého roku života. Vzdělávání je přizpůsobené fyzickému i psychickému rozvoji klienta (Zezulková, 2014).

Ve většině případů mají stejné sexuální potřeby jako ostatní lidé. Může docházet k incestu, kdy se tedy jedná o člena rodiny a jedince s mentálním postižením. Sexuální znásilnění může přijít i ze strany pečovatелů. Jedná se o trestný čin. V oblasti sexuality se může vyskytovat problém v podobě masturbace na veřejnosti. Sexuální potřeby je možné uspokojit tím způsobem, že dojde k separaci dvou odlišných pohlaví. Dále je možné utlumit sexuální potřeby fyzicky náročnou prací (Michalík et al., 2011). Sexuální potřeby se budují již během vzniku pohlavních orgánů, kdy tedy probíhá vývoj plodu. Sexuální orientace je určena vlivem hormonů. Osobám s mentálním postižením je potřeba předat dostatek informací o sexualitě a upozornit je na nebezpečí sexuálního zneužívání. Jestliže mají klienti zájem uspokojovat své sexuální potřeby, tak se u ženy využívá jako ochrana také antikoncepce (Švarcová-Slabinová, 2011).

1.3.2 Psychologické potřeby

Emocionalita je nezralá. Často dochází ke změnám nálad a projevům bezmocnosti. Vyskytují se u nich záchvaty vzteku. Abychom tomuto předcházeli, tak je zapotřebí jedince umět pochválit za jakoukoli snahu. Ocenit například to, že jsou úspěšní ve škole

či v zaměstnání. Neměli by se trestat za neúspěchy, jelikož to poté může vést k úzkostným poruchám. Je důležité jedincům dát dostatečný prostor v sebeobsluze, v ničem je neomezovat, dopřát jim dostatek soukromí, trávit s nimi co nejvíce času a zamezit náhlému vzniku životních změn (Pípekova et al., 2017). Narušení duševního i fyzického zdraví způsobuje fyzické násilí či sexuální zneužívání. Uplatňuje se zde například psychoterapie, která napomáhá k slovnímu vyjádření o způsobeném traumatu (Skorunka, 2019). Švarcová-Slabinová (2011) ve své knize uvádí poruchy psychiky, které od sebe lze odlišit dle stupně mentálního postižení. U lehké mentální retardace jsou zpomaleny psychické procesy. Středně těžký stupeň mentálního znevýhodnění společně s narušením psychiky vede ke snížení pozornosti, je omezeno chápání a vykonávání sebeobslužných činností. Těžká mentální retardace způsobuje narušení všech schopností. Pokud mají jedinci omezeny všechny své funkce, tak se jedná o hluboký stupeň postižení. Jedinec potřebuje pocit jistoty a bezpečí. V dnešní době je psychologie týkající se mentálně znevýhodněných osob založena na specifických zvláštностech psychiky. Poznávací funkce jsou jednou z hlavních oblastí lidské psychiky, které kvůli těmto zvláštностem bývají značně omezovány. Agresivitu mohou způsobovat nežádoucí účinky léků, psychické poruchy, nevhodné prostředí, zhoršený zdravotní stav a nespokojení běžných potřeb klienta. Psychické poruchy u osob s mentálním znevýhodněním zahrnují schizofrenii, demenci, poruchy osobnosti, afektivní či neurotické poruchy (Švarcová-Slabinová, 2011).

1.3.3 Sociální potřeby

Duševní zdraví je značně ovlivňováno již od raného dětství. Důležitá je také prevence v průběhu dospívání. Je zapotřebí snížit jakékoliv rizikové faktory zejména ve školách či v zaměstnáních. Často se setkáváme s tím, že viníkem za narušení duševního zdraví daného jedince, je právě společnost. Okolí má občas potřebu na osoby s mentálním postižením hledět jinak. Může to eskalovat až k šikaně, kdy jsou jedinci zesměšňováni nebo úplně vyloučeni ze společnosti. Spouštěčem duševních poruch mohou být také těžké životní situace (Skorunka, 2019). Většinou dávají najevo jen pozitivní pocity, jelikož se chtějí přizpůsobit společnosti, a zapadnout tak mezi ostatní. Úlohou pečovatелů je vysvětlit osobám s mentálním postižením, že je naprosto v pořádku projevovat své emoce, ať už se jedná o negativní či pozitivní emoce. Musí své emoce vnímat a následně je vyjadřovat navenek, protože to tak v běžném životě zkrátka chodí (Pörtner, 2009). Rodinné prostředí považují za bezpečné sociální zázemí. Upřednostňují konverzace

s osobami, které již znají. Neradi si zvykají na nové osoby a věci (Pipeková et al., 2017). Osoby s mentálním postižením mají stejné možnosti jako ostatní. Je jim umožněno navštěvovat mateřskou školu, klasickou či speciální základní školu nebo dokonce střední odborné učiliště. To jedincům usnadňuje sociální adaptaci, jelikož jsou zvyklí trávit čas ve společnosti (Michalík et al., 2011). Mají možnost být zaměstnaní, což je důležité nejen pro dané osoby, ale i pro celou společnost. Okolí má možnost ukázat, jak dokáže mezi sebe přijímat osoby s handicapem (Pipeková et al., 2017).

1.3.4 Spirituální potřeby

Význam slova spirituální lze také chápat jako duchovní či nadsmyslové. Někteří jedinci pojem spiritualita přirovnávají k náboženství. Dále naopak rozlišujeme takzvaný sekulární neboli nenáboženský přístup. Spiritualita se uplatňuje v ošetrovatelství i ve zdravotní péči. V poslední době se s tímto termínem setkáváme čím dál tím častěji. Dále tento pojem můžeme považovat za posvátno, podstatu bytí, lásku, naději či harmonii. V průběhu života se spiritualita člověka neustále mění a ovlivňuje to dané prostředí jedince. Jedná se zejména o zaměstnání, náboženství, etniku a kulturu. U klienta je důležité uspokojit spirituální potřeby, které můžeme považovat za určité požadavky a očekávání jedince. Zahrnují potřebu lásky, smyslu života, víry a důvěry v sebe samého i v Boha, naděje, odpuštění, úcty, modlitby, radosti, opory, vnitřního klidu, kreativity, plnohodnotného života a zajištění klidného umírání (Sovářiová Soósová, 2022).

Duševní zdraví je mimo jiné spojováno právě se spiritualitou a náboženstvím. Spiritualita a náboženství napomáhá jedincům k zvládnutí náročných životních situací nebo v přítomnosti nějakého onemocnění. Může tak dojít ke zlepšení jejich zdravotního stavu, zkrátí se doba hospitalizace a nedochází tak často k úmrtí. Pokud nejsou uspokojovány spirituální potřeby, tak dochází k narušení zdraví (Sovářiová Soósová, 2022). Klientům je umožněno zúčastnit se mše v kostele, jsou-li věřící (Švarcová-Slabinová, 2011). V souvislosti se spirituálními potřebami by měli jedinci také dostat možnost kdykoliv vyjádřit vztek, zdolat strach z okolního světa, bolesti či trestu. Je potřeba klienty postupně připravovat na umírání a smrt. Pokud osoby s mentálním znevýhodněním přehnaně vyžadují pozornost a projev lásky od druhých osob, tak to může značit příznak spirituální bolesti, který vychází z náhle vzniklých změn nebo těžkých životních situací. Spirituální potřeby v sociálním zařízení uspokojuje takzvaný koordinátor duchovní péče (Biňovcová a Cimrmanová, 2020).

1.4 Péče o pacienta s mentálním znevýhodněním

Jedinci se zdravotním znevýhodněním vyžadují většinou trvalou péči poskytovanou od ostatních osob. Nejčastěji je komplexní a nepřetržitá péče o klienta zajištěna v pobytových zařízeních sociálních služeb. Ke každému klientovi musí být přístup a následná podpora individuální (Maštaliř, 2012). Péči v sociálním zařízení poskytuje multidisciplinární tým (Švarcová-Slabinová, 2011). Obecně se uvádí, že osoby s mentálním znevýhodněním jsou více náchylné k různým onemocněním, a dožívají se nižšího věku (Balogh et. al, 2016).

Zejména u dospívajících jedinců dochází k funkčnímu narušení související s poruchou duševního zdraví. Tento problém však nemusí být vždy zjevný, tudíž nedojde k zahájení léčby. Míra poruchy duševního zdraví se rozvíjí v průběhu života. Závisí tedy na věku a pohlaví související s psychopatologií. U dospívajících slečen se mohou spíše objevovat poruchy příjmu potravy, úzkosti či deprese. Naopak u dospívajících chlapců se projevují převážně poruchy chování. Skupinu, která je nejvíce ohrožena vznikem duševních poruch, tvoří právě děti a mladé osoby s mentálním znevýhodněním. Se zdravotním postižením úzce souvisí duševní zdraví, na které je důležité se zaměřit v rámci poskytování péče. Již zmiňované poskytování komplexní péče vede ke zvýšení kvality života, a dále se tímto předchází vyloučení ze společnosti (Hassiotis a Turk, 2012). S mentálním znevýhodněním souvisí zejména diagnostika dalších duševních poruch. Vše je úzce spojené také s tělesnými a organickými poruchami, proto se může vyskytovat více onemocnění najednou (Valenta et al., 2018). Stanovení diagnózy a plánování následného léčebného procesu provádí vždy lékař (Černá et al., 2015).

1.4.1 Zdravotní péče

„Zdravotní péče je soubor zdravotnických postupů a činností směřujících k udržení a prodloužení života, k udržení nebo zlepšení zdravotního stavu fyzických osob, ochraně, upevnění a rozvoji jejich zdraví a k zdravému vývoji nových generací“ (Arnoldová, 2016, s. 66). Zdravotní péče se skládá z preventivní, diagnostické, dispenzární, léčebné, posudkové, léčebně rehabilitační, ošetrovatelské a paliativní péče. Dispenzární péče spočívá ve sledování pacienta a jeho zdravotního stavu. Jejím cílem je případně řešit vyskytující se problém, a působit tak na vývoj daného onemocnění. S ošetrovatelskou péčí souvisí biologické, sociální a psychologické potřeby. Dále podporuje zdraví a má pozitivní vliv také na soběstačnost dané osoby. Kladené nároky na jedince mohou

negativně působit na jeho zdravotní stav, proto se v tomto případě využívá posudková péče. U osob s mentálním znevýhodněním se uplatňuje dlouhodobá péče, jejíž cílem je kompenzovat nesoběstačnost (Arnoldová, 2016). Poskytování zdravotní péče vede ke zlepšení zdravotního stavu a osoby s mentálním postižením tak mohou vykonávat běžné každodenní aktivity. Zlepšení zdravotních výsledků a provádění běžných činností mohou uplatňovat v zaměstnání, ve škole či v domácím prostředí. Pokud má jedinec zdravotní potíže je velice omezován v mnoha aktivitách, a především v sebeobsluze (Maštalíř, 2012). Osoby s mentálním znevýhodněním mají větší náchylnost k různým onemocněním (Tulcová, 2008). V rámci poskytování zdravotní péče závisí na několika faktorech, aby bylo dosaženo maximální kvality. Prvním krokem je organizace péče, dále se jedná o samotný průběh, následují výsledky, se kterými souvisí také spokojenost klientů. Důležitou roli hraje dostupnost zdravotní péče (Tulcová, 2008).

U starších osob s mentálním znevýhodněním se může objevovat zvýšené riziko vzniku nádorových onemocnění, epilepsie a obezity. Dále jsou častá respirační či kardiovaskulární onemocnění. Díky zlepšení kvality zdravotní péče se jedinci dožívají vyššího věku (Cimrmanová a Wágner, 2020). V průběhu stárnutí dochází u osob k rozvoji osteoporózy. Zdravotní potíže může také způsobovat diabetes mellitus, hypertenze či vysoká hladina cholesterolu. Osoby, kteří trpí Downovým syndromem společně s mentálním znevýhodněním se obecně dožívají nižšího věku. V některých případech dochází k projevům demence nebo Alzheimerovy choroby (Černá et al., 2015). U Downova syndromu se vyskytuje zvýšené riziko vzniku právě Alzheimerovy choroby (Tulcová, 2008).

Umírající jedinci musí být většinou hospitalizováni v nemocničním prostředí, přestože je v sociálních zařízeních poskytována zdravotní péče (Biňovcová a Cimrmanová, 2020). Za účelem zlepšení výsledků zdravotního stavu u jedinců s mentálním znevýhodněním se provádí v některých zemích pravidelné zdravotní prohlídky. Při poskytování zdravotní péče je potřeba se zaměřit na fyzické i duševní zdraví, a zajistit tedy komplexní péči (McCausland et al., 2021). Pokud osoba s mentálním znevýhodněním trpí vážným onemocněním, které je nevléčitelné a zdravotní stav dané osoby je velice zhoršený, tak je potřeba zajistit paliativní péči. Jedná se o druh péče, jejímž cílem je zvýšit kvalitu života. Dle zdravotního stavu jedince se odvíjí délka poskytování této péče. Může být poskytována v průběhu několika měsíců až let. V rámci této péče je důležité se zaměřit na oblast biologických, psychosociálních i spirituálních potřeb (Cimrmanová, 2020c).

Uplatňuje se zde tedy holistický přístup (Jennifer a Jinsook, 2020). Mezi časté příčiny úmrtí lze zahrnout ta onemocnění, která postihují kardiovaskulární, nervovou a dýchací soustavu. Za úmrtím klienta často stojí také nádorová onemocnění (Balogh et. al, 2016).

U osob s mentálním znevýhodněním, které zároveň trpí psychiatrickým onemocněním se podává řada léků různých indikačních skupin. Projevy agresivního chování lze utlumit podáním neuroleptik. Léky snižující úzkostné stavy se nazývají anxiolytika. Antidepresiva se užívají při depresi či poruchách spánku. Léková skupina nootropika působí na kvantitativní i kvalitativní poruchy vědomí a zlepšují vigilitu. Léky ovlivňující agresivní chování, popřípadě sebepoškozování, zahrnujeme do skupiny thymoprofylaktik (Michalík et al., 2011). U osob se může projevit bipolární afektivní porucha, při které se střídají fáze depresivní a manické poruchy. Jedinci při manické poruše jednájí bez rozmýšlení a neuvažují nad následky. V tomto případě bývá snížena potřeba spánku. Mánie může vést k rozvoji psychotických poruch, kterou je například schizofrenie. Často se vykytují zdravotní komplikace spojené s poruchami příjmu potravy. Takzvaná ruminace neboli přežvykování je jedna z nejčastějších poruch u osob s mentálním znevýhodněním. Ruminací rozumíme mimovolný návrat potravy ze žaludku do dutiny ústní. Jedinci potravu znovu přežvykují a následně spolknou. Tímto způsobem mohou lépe zvládat stresovou zátěž. Pojídání nestravitelných předmětů se nazývá pika. Tato porucha se vykytuje u jedinců se středně těžkým a těžkým mentálním znevýhodněním. Dále se může jednat o mentální bulimii nebo mentální anorexii, která souvisí s endokrinními poruchami (Valenta et al., 2018). Přidružené duševní poruchy je potřeba léčit, ale především samozřejmě předcházet jejich vzniku. Indikace léků, v tomto případě psychofarmak, musí být určena na základě přesného stanovení diagnózy. Dlouhodobě se užívají například u schizofrenie. Hlavním kritériem probíhající léčby a podávání medikamentů je pozitivní účinek na zdravotní stav jedince (Tulcová, 2008). Přidružené duševní onemocnění společně s mentálním znevýhodněním lze také nazývat jako duální diagnózu, tedy dvojí diagnózu (Balogh et. al, 2016).

1.4.2 Terapie a aktivity

Existuje řada terapií, které jsou využívány v sociálních zařízeních při poskytování péče klientům. V chráněných dílnách se uplatňuje pracovní terapie. Do této terapie lze zahrnout práci v kuchyni, prádelně, pomoc při úklidu nebo také zahradničení. Za pomoci ergoterapie dochází k rozvoji motoriky a zlepšení soběstačnosti jedince. Pojem

ergoterapie lze chápat jako léčba prací. Cílem je zlepšení kvality života. Klienti si mohou většinou vybrat z mnoha druhů chráněných dílen. K dispozici jsou například dílny, ve kterých se pracuje se dřevem, textilem či keramikou. Vzniklé výrobky si má možnost veřejnost zakoupit, a podpořit tak klienty. V sociálních zařízeních se pořádají různé kulturní akce, dodržují se zvyky a tradice (Švarcová-Slabinová, 2011).

Při uplatňování psychoterapie dochází k léčebnému procesu za pomoci psychologických prostředků. Problémy související s daným onemocněním se zmírní či úplně odstraní, také dochází ke změně chování osob. Tanec nebo jakákoliv pohybová činnost ovlivňuje duševní stránku osobnosti. Jedná se o takzvanou psychomotorickou terapii. Myšlení lze ovlivnit s použitím arteterapie či muzikoterapie. Uplatňují se zde umělecké prostředky. Hra na hudební nástroje ovlivňuje smyslové vnímání, pozornost a motoriku. U těchto terapií se užívá souhrnný název Expresivní terapie. Terapie dále zahrnují orofaciální stimulaci, která se využívá za účelem zlepšení smyslových funkcí. Soustředí se tedy na zrakové, sluchové, chuťové, čichové i hmatové vnímání. Dochází k rozvoji pohybu a komunikace (Franiok, 2015).

Synergická reflexní terapie se zprostředkovává za pomoci masážních prvků či akupunktury. Soustředí se na centrální nervovou soustavu, periferní nervový systém, orgánové či mentální funkce. Výsledkem je zlepšení v oblasti držení těla, rovnováhy, dýchací soustavy a trávicího ústrojí. Zmírní se nespavost a strach (Franiok, 2015). Často se užívá bazální stimulace. Její úděl je podporovat vnímání, pohyb a komunikaci. Zahrnuje somatickou stimulaci, při které je cílem vnímat sebe samého i okolí, za využití dotyků. Prostorové orientaci a vnímání samotného pohybu napomáhá vestibulární stimulace. Vnímat vlastní tělo pomocí vibrací umožňuje takzvaná vibrační stimulace. Při optické stimulaci hraje hlavní roli zrak, který je důležitý při orientaci. Ke zprostředkování řeči a komunikace je potřeba sluch, tedy auditivní stimulace. Orální stimulace, prostřednictvím úst, zajišťuje příjem potravy, chuťové vnímání, dýchání a komunikaci. Pomocí ruky a hmatu rozeznáváme různé předměty, a jedná se o taktilně-haptickou stimulaci. Olfaktorická stimulace se provádí za účelem vyvolání vzpomínek s použitím různých vůní (Kapounová, 2020).

Při řešení sociálních problémů a psychických poruch se uplatňuje dramaterapie. Souvisí s tím teatroterapie, která se zaměřuje na divadelní představení s obecnstvem. Biblioterapie ovlivňuje citové rozpoložení jedince (Michalík et al., 2011). Terapie hrou

napomáhá klientům svévolně projevovat emoce a dochází ke zlepšení komunikace. Terapie za účasti zvířete je další vhodnou terapií, která napomáhá lidské psychice. Konkrétně se může jednat o canisterapii a hipoterapii. V rámci canisterapie probíhá léčebný proces s přítomností psa, o kterého klienti pečují. Hipoterapie využívá léčebné působení koně. Terapie zahrnuje jízdu na koni, kdy jeho pohyb působí na klienta (Franiok, 2015).

1.4.3 Vzdělávání osob s mentálním znevýhodněním

Nejčastěji navštěvují speciální školu, po které většinou nenásleduje nějaké další studium. Dále mohou absolvovat praktické školy. Po dokončení střední školy získají formální dokument a osvědčení, ve kterém je popsána osobnost a chování daného jedince. Také jsou zde zmíněny jeho potřeby při procesu vzdělávání a samotné informace o vzdělávání. Tyto dokumenty jsou poté využívány v sociálním zařízení k zaměření se na individuální přístup ke klientovi a jeho osobní rozvoj. Je potřeba se soustředit na jejich budoucnost a úspěšnost v dospělosti. Mělo by být však poukázáno na jejich schopnosti, dovednosti a také vysněná přání. To může ovlivnit právě zájem o další vzdělávání (Maštalíř, 2012). Ve všech sociálních zařízeních by se mělo prosazovat vzdělávání (Švarcová-Slabinová, 2011). Napomáhá zejména k rozvoji tělesných i duševních schopností. Další výhodou vzdělávání je zlepšení komunikace a obecně jednání jedinců (Franiok, 2015). Efektivní vzdělávání může probíhat jen v případě, zda jsou dodržena následující opatření. Osobám je potřeba předávat pouze zřetelné pokyny, a vždy se následně ujistit pokládáním stručných otázek, zda zadání porozuměli. Dále zde hraje roli motivace, avšak záleží na jejím druhu. Může se jednat o negativní motivaci, ke které vede strach z neúspěchu, zklamání rodičů, zákaz oblíbeného předmětu nebo činnosti. Za pozitivní motivaci považujeme uznání, pohlazení či nějakou odměnu. Cíle je důležité navyšovat postupně, aby mohly být splnitelné. Při osvojování si nových informací a předmětů se uplatňuje názornost. Dochází k zapojení všech smyslových vjemů. Nové vědomosti je potřeba často opakovat, aby si je osoby lépe zapamatovaly. Střídání činností se provádí za účelem snadnějšího udržení pozornosti. Výsledky, které se od jedinců očekávají, mohou lépe pochopit za pomoci strukturovaného učení. Intelektové schopnosti lze rozvíjet procvičováním hrubé i jemné motoriky. Hrubá motorika se rozvíjí pohyby celého těla, například tancem, a jemná motorika drobnými pohyby ruky a prstů (Uzlová, 2010).

1.4.4 Kvalita života osob s mentálním znevýhodněním

Osoby s mentálním znevýhodněním by měly mít stejná práva jako ostatní lidé. Pro tyto jedince je jakákoliv změna v jejich životě velice náročnou událostí. Není pro ně jednoduché například přejít ze sociálního zařízení určené pro děti do sociálního zařízení soustředěné na dospělé jedince (Maštalíř, 2012).

Organizace spojených národů přijala 20. prosince 1971 Deklaraci práv mentálně postižených osob. Ve společnosti se začala podporovat rovnoprávnost a samostatnost osob s mentálním znevýhodněním (Pipeková et al., 2017). Přesto jedince spíše omezovalo sociální prostředí nežli jejich handicap. Teprve po roce 1989 se v České republice začali lidé s postižením více zahrnovat do společnosti a objevovali se v běžném životě (Lečbych, 2008).

Existuje takzvané podporované zaměstnání, které osobám umožňuje vykonávat povolání v prostředí společně se zdravými jedinci. Případně mohou využít podporu ze strany pracovního asistenta, různé kompenzační pomůcky či úpravu provozu v daném zaměstnání. Cílem je zařazení se do společnosti, získání sebevědomí a financí. Dále mají k dispozici chráněné zaměstnání, které vykonávají v chráněných dílnách. Využívají to hlavně jedinci, kteří potřebují více podpory a nejsou schopni vykonávat běžná povolání. Většinou se chráněné dílny nachází v sociálních zařízeních. Výhodou je klidné prostředí a také zde dochází k rozvoji dovedností (Lečbych, 2008).

Komunitní bydlení jedince podporuje v soběstačnosti. Chtějí se osamostatnit a odloučit tak od rodinných příslušníků. Podpora se jim dostává ze strany personálu. Podobá se tomu podporované bydlení, při kterém lze využít pomoc poskytovanou od osobního asistenta. Další sociální službou jsou takzvaná centra denních služeb, ve kterých například dochází k realizaci výletů, rozvíjí se schopnosti osob. Chráněná bydlení využívají ti klienti, kteří chtějí žít samostatně, přestože nejsou schopni pečovat o domácnost či o sebe samého. Často jsou využívány ústavy sociální péče (Lečbych, 2008).

Po úspěšném dokončení studia následuje zaměstnání, tedy bývá tomu tak za normálních okolností, avšak zaměstnanost u osob s mentálním postižením je nižší na rozdíl od zdravé populace. Problém může vycházet ze strany zaměstnavatele, který jednoduše nemá zájem zaměstnat osobu se zdravotním znevýhodněním. Absolvování střední školy může napomáhat těmto jedincům při shánění jejich budoucího povolání. Danou pracovní pozici tak získají snadněji. Pokud se tak nestane, stávají se závislí na možnosti využití sociálních

služeb, se kterými souvisí také finanční příspěvky (Gustavsson et al., 2021). Nezaměstnanost v dospělosti může zapříčinit nízká hodnota IQ, oslabené kognitivní funkce či nedostatečné vzdělání (Lečbych, 2008).

V sociálních zařízeních by měli mít klienti zaopatřený plnohodnotný život. Ke zvýšení kvality péče o osoby s mentálním postižením napomáhají Standardy kvality sociálních služeb. K jedincům je potřeba se chovat naprosto přirozeně a dodávat jim sebevědomí. Důležité je umožnit klientům kdykoliv návštěvu někoho z blízkých přátel či z rodinných příslušníků. Ve sdílených pokojích by mělo být co nejméně klientů, nicméně nejlepší variantou jsou pokoje určené jen pro jednoho klienta. Musí pravidelně docházet k aktivizaci klienta a předcházet trvalému upoutání na lůžko (Švarcová-Slabinová, 2011). Při stárnutí osob s mentálním postižením v sociálním zařízení je potřeba zajistit přirozené prostředí, aby klientům navodilo domácí atmosféru. Klienty je nutné po celou dobu podporovat a zajistit dostatek soukromí (Cimrmannová a Wágner, 2020).

1.5 Zdravotnický personál

Zdravotnický personál v sociálních zařízeních vykonává velice náročnou práci po psychické i fyzické stránce. Klienty je potřeba respektovat a za žádných okolností by se neměly zesměšňovat. Zdravotní pracovníci by měli být empatičtí a pomáhat klientům řešit jejich problémy. Při práci s mentálně znevýhodněnými jedinci je velice důležitá trpělivost a vždy je potřeba si na ně vyhradit dostatek času (Švarcová-Slabinová, 2011). Zdravotnický pracovník musí ke svému zaměstnání přistupovat profesionálně a udržovat si určitý odstup. Zároveň je důležité, aby mezi sebou měli pracovníci a klienti dobré vztahy, vzájemně se respektovali a důvěřovali si. Je potřeba oddělit osobní a pracovní život (Bušová, 2018). V rámci poskytování péče klientům by se nemělo opomíjet na potřeby pracovníků, kteří zde hrají velice důležitou roli. Měli by se neustále vzdělávat v průběhu života, zejména během jejich pracovní kariéry, tudíž se účastnit různých školení. Následně dochází k posouzení získaných zkušeností a dovedností v praxi. Proškolení by se mělo týkat například efektivní komunikace či právních záležitostí, a to nejen v souvislosti s paliativní péčí. Cimrmannová (2020a) ve své knize uvádí potřeby pracovníků v sociálním zařízení. Je potřeba je vyslechnout a podporovat. Péče o osoby s mentálním znevýhodněním není jednoduchá, zejména v průběhu stárnutí a následného umírání jedinců. Zdravotnický personál se může účastnit seminářů, na kterých mají možnost vyjádřit své pocity. Pracovníci by měli vědět, jak správně

komunikovat s nemocným či umírajícím klientem. Měli by zvládat zdravotní péči u těchto jedinců, popřípadě se správně zachovat při úmrtí klienta. Zdravotnické výkony může provádět pouze zdravotní pracovník (Cimrmanová, 2020a). Fyzicky náročná práce se odráží na zdraví pracovníků, kteří často trpí přetížením a bolestivostí pohybového aparátu. Z důvodu poskytování dlouhodobé péče může docházet u zdravotnických pracovníků k syndromu vyhoření. Tento syndrom se projevuje nespavostí, únavou, bolestmi hlavy či zimomřivostí (Lusková, 2018).

1.5.1 Náplň práce a kompetence zdravotnických pracovníků v sociálním zařízení

Je potřeba oddělit náplň práce zdravotnických a sociálních pracovníků. Uspokojeny musí být všechny potřeby klienta, každý obor se tak zaměřuje na jiné oblasti při poskytování péče. Společně vytváří multidisciplinární tým. Jejich vzdělávání je odlišné. Hlavním kritériem pro vykonávání této profese je dostatek znalostí a dovedností související s mentálním znevýhodněním. Jedná se o kognitivní, motorické a v neposlední řadě sociální dovednosti. Důležitá vlastnost zdravotnických pracovníků je komunikativnost, psychická vyrovnanost, profesionální přístup a úspěšné uplatňování time managementu. Tím se tedy rozumí, že pracovníci jsou schopni si vše předem naplánovat a efektivně využít svůj strávený čas v zaměstnání. Vždy by práce měla mít určitý systém a pracovníci by měli mít o všem dostatečný přehled. Měli by se neustále vzdělávat a navzájem si vypomáhat. V sociálním zařízení je cílem zdravotnických pracovníků zlepšení zdraví klienta, předcházení onemocnění, popřípadě zmírnění jakéhokoliv utrpení. Právě prostředí a společnost ovlivňuje zdraví jedince (Kangasniemi et al., 2022).

Zákon č. 96/2004 Sb. nabyl účinnosti roku 2004 po vstupu do Evropské unie a týkal se změny systému v oblasti vzdělávání všeobecných sester. Přesněji řečeno se jedná o zákon, který se nazývá Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních. V současné době je vyžadováno vysokoškolské studium a následné získání bakalářského či magisterského titulu. Vzdělávání souvisí s uplatňováním kompetencí v budoucím zaměstnání. Působení všeobecných sester s určitými specializacemi, v tomto případě hovoříme konkrétně o jejich působení v sociálním zařízení, bylo poprvé vymezeno roku 1986. Dne 25. března roku 2011 nabyl účinnosti zákon č. 105/2011 Sb., který měl v podstatě obměnit již zmiňovaný zákon z roku 2004. K rozšíření kompetencí ovšem nedošlo, jen se tak zajistila možnost nelékařským pracovníkům do získání specializace vykonávat činnost pod dohledem nelékařských pracovníků s kompetencí provádět výkon

bez odborného dohledu. Do budoucnosti by se měly kompetence zdravotnických pracovníků rozšířit. Všeobecné sestry by se měly řídit dle svých kompetencí a opravdu je dodržovat (Sehnalová, 2015). Pokud klient trpí bolestmi, tak má zdravotnický pracovník právo podat léky tlumící bolest, ovšem pouze dle ordinace lékaře. Zdravotnický personál má v kompetenci klientovi doporučit vhodné cvičení, masáže, úlevovou polohu či uklidňující hudbu za účelem zmírnění bolesti (Jennifer a Jinsook, 2020).

1.5.2 Komunikace mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem s mentálním znevýhodněním

Při komunikaci s osobami s mentálním postižením je potřeba používat jednoduché věty, hovořit pomalu a srozumitelně. Zdravotnický pracovník by se měl vždy ujistit, zda všemu klient porozuměl. Je důležité věnovat jedincům dostatek prostoru k vyjádření jejich vlastních pocitů. Za pomoci různých obrázků, fotografií, oblíbených předmětů či hudby lze využívat i neverbální komunikaci. Správný způsob komunikace může fungovat jen tehdy, pokud se klient s mentálním znevýhodněním cítí bezpečně a důvěřuje zdravotnickému pracovníkovi. U osob s hlubokou mentální retardací se uplatňuje takzvaná metoda bazálního dialogu. V průběhu tohoto dialogu dochází k pozorování dechu, pohybu očí a svalového tonu. Vždy je potřeba s jedincem jednat na rovinu (Cimrmannová, 2020b). Zdravotní pracovníci by neměli klientům tykat bez jeho svolení a oslovení musí být vždy slušné (Švarcová-Slabinová, 2011). Z důvodu narušené hybnosti v oblasti obličeje nedokážou pořádně artikulovat, tudíž může být někdy obtížné jedincům porozumět. Je třeba si uvědomit, že někteří klienti, mohou být při konverzaci omezováni v důsledku narušeného sluchového vnímání. Porucha sluchu však nemusí být hlavním problémem, jelikož jsou schopni pochytit informace, přestože zdravotnický pracovník mluví potichu. Spíše se jedná o delší časový interval v oblasti osvojování si slov. Nejsou schopni se soustředit na detaily a nemají dostatečnou představivost, což vede k narušení rozvoje řeči. Tento problém se týká komunikace související se zrakovým vnímáním (Zezulková, 2014). Při procesu získávání informací dochází často k opakování slov, aniž by pochopili jejich samotný význam. Po celou dobu konverzace je důležité udržovat správné tempo a stejný tón řeči. Musí být vhodně zvolená slova a je potřeba dodržovat mezi nimi přestávky. Jedná se o takzvané modulační faktory řeči. Za neverbální komunikaci považujeme řeč těla. Zahrnuje výraz tváře, gestikulaci, postoj, doteky, oční kontakt a vzdálenost osob během rozhovoru. Za žádných okolností

by zdravotní pracovníci s dospělými jedinci neměli jednat jako s dítětem, jelikož se pak cítí ponížně (Michalík et al., 2011).

1.6 Sociální zařízení

V dřívějších dobách přetrvával názor takový, že by jedinci se zdravotním postižením měli být vyhubeni. Ve společnosti nebyli uznáváni a převažovala zde nenávist. Změna však nastala na přelomu 17. a 18. století, kdy došlo k vybudování zcela nových ústavů, do kterých byly následně přesunuty osoby s mentálním znevýhodněním. Přestože se tyto ústavy podobaly věznicím, tak jedinci byli ochráněni před smrtí, a to pro ně bylo v tu chvíli nejdůležitější. Philip Pinel se snažil docílit toho, aby osoba s handicapem byla vnímána jako někdo, komu by měla být poskytována péče. V první polovině 19. století založil první ústav Guggenbühl v Interlaken. Ústavní péče se uchytila a začaly vznikat další ústavy. Tento druh péče dominoval do poloviny 20. století. Po roce 1989 s postupným zahrnováním jedinců s mentálním postižením do společnosti narůstá zájem o nové způsoby podpory (Lečbych, 2008).

Ústavy sociální péče jsou určeny pro mentálně znevýhodněné osoby. Rozdělujeme je dle věku klientů. Mohou je tedy využívat mladí jedinci, kdy je věková hranice stanovena od tří let až do dvaceti šesti let. Dále jsou poskytnuty ústavy dospělým jedincům, kterým je nad dvacet šest let. Věkové skupiny se ale také mohou prolínat. Pobyt může být denní, týdenní i celoroční. Formou stacionáře jsou vedené denní ústavy. V ústavech sociální péče je poskytována komplexní péče. Jedná se tedy o zdravotnickou, rehabilitační, terapeutickou a edukační péči. Nevýhodou však může být stereotyp, odloučení od okolního světa či závislost na péči poskytované od ostatních osob (Lečbych, 2008). Ústavy sociální péče jsou spíše využívány osobami, u kterých je diagnostikován těžší stupeň mentálního postižení. Osobám s lehkým stupněm mentálního postižení je doporučeno chráněné bydlení. Denní ústavy jsou směřovány dětem, mladistvým i dospělým jedincům. Občas nahrazují mateřské či speciální základní školy. Uplatňuje se zde výchovná a rehabilitační péče. V týdenních zařízeních je nakombinována domácí a ústavní péče. V ústavech sociální péče s celoročním pobytem je poskytována již zmiňovaná komplexní péče. V některých sociálních zařízeních může být péče poskytována pouze ženám nebo naopak jen mužům. Preferují se spíše sociální zařízení, kde jsou klienti obou pohlaví. Dále rozlišujeme pobytové sociální služby, které jsou poskytovány právě v sociálních zařízeních. Do ambulantních pobytových služeb osoba

dochází a terénní služby jsou naopak umožněny v domácím prostředí jedince. Osoby se zdravotním postižením mohou využívat služby sociální prevence, které předcházejí k jejich vyloučení ze společnosti. Klienti získávají finanční příspěvky na péči. Ústavy sociální péče by se měly spíše přejmenovat na Domovy pro osoby se zdravotním postižením (Švarcová-Slabinová, 2011).

Lečbych (2008) ve své knize uvádí Zákon č. 108/2006 Sb., § 2, tedy zákon o sociálních službách, který zní: *„Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob“* (Lečbych, 2008, s. 70). Tento zákon nabyl účinnosti dne 1.1. 2007 (Švarcová-Slabinová, 2011).

1.6.1 Vhodné prostředí a potřebné vybavení k poskytování péče klientovi s mentálním znevýhodněním

V sociálních zařízeních musí být zajištěna zdravotní i sociální péče. Úprava prostředí hraje zásadní roli při poskytování péče. Klienti se musí cítit bezpečně a dané prostředí by jim mělo připomínat domov. Záleží na zdravotním stavu jedince. Vhodné prostředí a potřebné vybavení ovlivňuje kvalitu života osob. Závisí konkrétně na pohyblivosti a sebeobsluze. Upřednostňuje se bezbariérový přístup a univerzální design s ohledem na snížení zrakové percepce či imobilitu. Usnadňuje to tedy pohyb osobám, které používají invalidní vozík. Klient by měl mít dostatek prostoru a soukromí (Hanáková et al., 2020). Při poskytování rehabilitační péče se využívá v sociálních zařízeních například bazén. Důležité jsou pomůcky, které napomáhají k rozvoji pohyblivosti. Využívány jsou také pracovní sloužící k různým terapiím (Švarcová-Slabinová, 2011). V sociálním zařízení fungují takzvaná sociální poradenství. Rozlišujeme základní a odborné. Vypůjčování různých kompenzačních pomůcek zajistí právě odborné sociální poradenství. V ústavech sociální péče jsou k dispozici finanční příspěvky na lůžka pro klienty (Pipeková et al., 2017).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat uplatnění kompetencí zdravotních pracovníků v rámci sociálního zařízení.

Cíl 2: Zjistit potřeby pacientů s mentálním znevýhodněním ve vybraném sociálním zařízení.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jak sestry uplatňují své kompetence při provádění terapie i.v. cestou?

Výzkumná otázka 2: Jak sestry uplatňují své kompetence při ošetřování ran?

Výzkumná otázka 3: Jak sestry uplatňují své kompetence při podávání léků?

Výzkumná otázka 4: Jaké biologické potřeby mají pacienti s mentálním znevýhodněním?

Výzkumná otázka 5: Jaké psychologické potřeby mají pacienti s mentálním znevýhodněním?

Výzkumná otázka 6: Jaké sociální potřeby mají pacienti s mentálním znevýhodněním?

Výzkumná otázka 7: Jaké spirituální potřeby mají pacienti s mentálním znevýhodněním?

3 Metodika

3.1 Použité metody

Výzkumné šetření této bakalářské práce bylo zpracováno pomocí kvalitativní výzkumné strategie. Technika sběru dat probíhala prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumné šetření bylo zrealizováno v Jihočeském kraji, konkrétně tedy ve dvou domovech určených pro osoby se zdravotním znevýhodněním. Výzkum byl proveden s písemným souhlasem ředitelů vybraných zařízení a také ústním souhlasem vrchních sester. Osnova polostrukturovaného rozhovoru byla zpracována před zrealizováním výzkumného šetření. Samotný výzkum proběhl v březnu roku 2023. Rozhovory byly uskutečněny se sestrami pracujícími ve vybraných zařízeních. Nejprve byly sestry seznámeny se stanovenými cíli bakalářské práce a výzkumnými otázkami. Sestry byly také ujištěny, že rozhovory proběhnou v naprosté anonymitě a odpovědi budou použity pouze pro účely bakalářské práce. Otázky byly zaměřeny na péči o pacienty s mentálním znevýhodněním z pohledu sester pracujících ve vybraných zařízeních. Účelem rozhovoru bylo zjistit kompetence sester a potřeby pacientů. K sedmi výzkumným otázkám bylo stanoveno vždy několik jednotlivých otázek. Rozhovor obsahoval celkem třicet osm otázek, z nichž se devět otázek týkalo identifikačních údajů sester a pacientů. Tyto otázky byly tedy zaměřeny na věk, pohlaví, vzdělání, celkovou dobu praxe ve zdravotnictví, zaměstnání a stupeň mentálního znevýhodnění. Některé otázky nebyly zodpovězeny, jelikož sestry v sociálním zařízení například nemají kompetence k provádění terapie i.v. cestou, a pacienti musí být v těchto případech hospitalizováni v nemocničním zařízení. Některé předem stanovené otázky byly během rozhovoru rozšířeny o doplňující otázky. Uskutečněné rozhovory trvaly v průměru třicet až čtyřicet minut. Byly zaznamenány pomocí diktafonu a následně písemně zpracovány do programu Microsoft Word. Nahrané rozhovory nejsou součástí bakalářské práce z důvodu zachování anonymity. Předpokládané ukončení sběru dat bylo plánováno po teoretickém nasycení.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumné šetření bylo prováděno ve dvou vybraných domovech určených pro osoby se zdravotním znevýhodněním v Jihočeském kraji. Výzkumný soubor byl tvořen celkem devíti sestrami pracujícími ve vybraných sociálních zařízeních. V prvním zařízení byl rozhovor zrealizován s pěti sestrami, ve druhém zařízení se třemi sestrami a jedním bratrem. Sestry dosáhly středoškolského či vyššího odborného vzdělání. Jedna ze sester

dosáhla vysokoškolského magisterského vzdělání. Před zahájením výzkumného šetření byly seznámeny se stanovenými cíli bakalářské práce a výzkumnými otázkami.

3.3 Zpracování dat

Zdravotní pracovníci byli ujisti, že rozhovory proběhnou v naprosté anonymitě a odpovědi budou použity pouze pro účely bakalářské práce. S ústním souhlasem informantů byly rozhovory zaznamenány pomocí diktafonu a následně písemně zpracovány. Nahrané rozhovory nejsou součástí bakalářské práce právě z důvodu zachování anonymity. Rozhovory byly zpracovány technikou „tužka a papír“ a rozděleny do jednotlivých kategorií a podkategorií metodou otevřeného kódování. Předpokládané ukončení sběru dat bylo plánováno po teoretickém nasycení.

4 Výsledky

4.1 Charakteristika informantů

Tabulka 1 – Charakteristika informantů

Sestra	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Celková praxe	Praxe v tomto zařízení	Předchozí zaměstnání
S1	Žena	45 let	Středoškolské s maturitou	18 let	15 let	Gynekologicko-porodnické oddělení
S2	Žena	42 let	Vyšší odborné	15 let	13 let	Gynekologicko-porodnické oddělení
S3	Žena	39 let	Vyšší odborné	13 let	7 let	Domov pro seniory
S4	Žena	57 let	Středoškolské s maturitou	35 let	23 let	Gynekologická ambulance
S5	Žena	48 let	Středoškolské s maturitou	25 let	25 let	Žádné
S6	Žena	49 let	Vysokoškolské magisterské	30 let	15 let	Domov pro seniory
S7	Žena	60 let	Středoškolské s maturitou	35 let	35 let	Žádné
S8	Muž	61 let	Středoškolské s maturitou	40 let	1,5 roku	Alzheimer centrum
S9	Žena	55 let	Středoškolské s maturitou	37 let	6 let	Agentura domácí péče

Zdroj: Vlastní výzkum

S1: Žena ve věku 45 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské zakončené maturitní zkouškou. Celková doba praxe ve zdravotnictví trvá 18 let. V zařízení pro osoby se zdravotním znevýhodněním je zaměstnaná 15 let. Dříve pracovala na gynekologicko-porodnickém oddělení.

S2: Žena ve věku 42 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborné. Celková doba praxe ve zdravotnictví trvá 15 let. V domově pro osoby se zdravotním znevýhodněním je zaměstnaná 13 let. Dříve pracovala na gynekologicko-porodnickém oddělení.

S3: Žena ve věku 39 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborné. Celková doba praxe ve zdravotnictví trvá 13 let. V zařízení pro osoby se zdravotním znevýhodněním je zaměstnaná 7 let. Dříve pracovala v domově pro seniory.

S4: Žena ve věku 57 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské zakončené maturitní zkouškou. Celková doba praxe ve zdravotnictví trvá 35 let. V domově pro osoby se zdravotním znevýhodněním je zaměstnaná 23 let. Dříve pracovala v gynekologické ambulanci.

S5: Žena ve věku 48 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské zakončené maturitní zkouškou. Celková doba praxe ve zdravotnictví trvá 25 let. V domově pro osoby se zdravotním znevýhodněním je zaměstnaná 25 let a začala zde pracovat po dokončení studia.

S6: Žena ve věku 49 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské magisterské. Celková doba praxe ve zdravotnictví trvá 30 let. V domově pro osoby se zdravotním znevýhodněním je zaměstnaná 15 let. Dříve pracovala v domově pro seniory.

S7: Žena ve věku 60 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské zakončené maturitní zkouškou. Celková doba praxe ve zdravotnictví trvá 35 let. V domově pro osoby se zdravotním znevýhodněním je zaměstnaná 35 let a začala zde pracovat po dokončení studia.

S8: Muž ve věku 61 let. Jeho nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské zakončené maturitní zkouškou. Celková doba praxe ve zdravotnictví trvá 40 let. V domově pro osoby se zdravotním znevýhodněním je zaměstnaný rok a půl. Dříve pracoval v Alzheimer centru.

S9: Žena ve věku 55 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské zakončené maturitní zkouškou. Celková doba praxe ve zdravotnictví trvá 37 let. V domově pro osoby se zdravotním znevýhodněním je zaměstnaná 6 let. Dříve pracovala jako vrchní sestra v agentuře domácí péče.

4.2 Charakteristika pacientů s mentálním znevýhodněním

V prvním zařízení pro osoby se zdravotním znevýhodněním se nachází pacienti obou pohlaví. Zařízení je určeno pro osoby od tří let věku a horní věková kategorie není určena. Jedná se převážně o středně těžké mentální znevýhodnění a těžké mentální znevýhodnění, ale jsou zde přítomny všechny stupně znevýhodnění. Druhé zařízení pro osoby se zdravotním znevýhodněním bylo ještě do nedávna určeno pouze pro mužské pohlaví, ale momentálně se v zařízení nachází i dvě ženy. Zařízení je určeno pro osoby od osmnácti let věku a horní věková kategorie také není určena. Nejčastěji se jedná o středně těžké mentální znevýhodnění, ale jsou zde opět přítomny všechny stupně znevýhodnění.

4.3 Kategorizace výsledků rozhovorů

Výsledky rozhovorů jsou rozděleny do tří kategorií a následně do několika podkategorií.

Kategorie 1 – Podávání léků

Podkategorie: Podávání léků intravenózní cestou

Podávání léků per os

Kategorie 2 – Ošetřování ran

Podkategorie: Péče o rány

Prevence vzniku ran

Kategorie 3 – Potřeby pacientů

Podkategorie: Biologické potřeby

Psychologické potřeby

Sociální potřeby

Spirituální potřeby

Kategorie 1 – Podávání léků

První kategorie je zaměřena na podávání léků v sociálním zařízení.

Úvodní otázka zní, jakou cestou jsou nejčastěji aplikovány léky. Jelikož v sociálním zařízení nepodávají terapii i.v. cestou, tak odpověděli všichni probandi shodně, že jsou léky nejčastěji podávány per os. S3 doplnila: „*Máme tady pár pacientů, kterým je potřeba podávat léky do PEGu, v tom případě se tedy léky nepodávají ústně.*“ S8 dodala: „*Při silnějším epileptickém záchvatu musí být podán Diazepam per rectum.*“

Podávání léků intravenózní cestou

První podkategorie je zaměřena na to, zda je terapie i.v. cestou podávána v sociálním zařízení nebo musí být pacienti hospitalizováni v nemocnici, popřípadě v jakých případech dochází k hospitalizaci.

Na otázku, zda je terapie i.v. cestou podávána v sociálním zařízení odpověděly všechny sestry shodně. S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8 i S9 uvádí, že pokud pacienti potřebují terapii i.v. cestou, tak musí být hospitalizováni v nemocnici. Na otázku, v jakých případech tedy dochází k hospitalizaci, S2 odpověděla: „*Záleží na tom, o jaký zdravotní problém se v danou chvíli jedná. Může se jednat o náhlou příhodu břišní nebo infarkt myokardu.*“

S1: „Záchrannou službu je potřeba zavolat v případě, že má pacient například zvýšenou teplotu nebo zvrací, zkrátka není v pořádku.“ S4 uvádí: „Infuzní terapii zde nepodáváme a závažnější zdravotní problémy je potřeba řešit v nemocnici.“ S3: „Jelikož je zde přítomný praktický lékař jen jednou týdně, musíme většinou jednat sami a popřípadě přivolat záchrannou službu.“ S9 uvádí: „Pokud dojde ke zhoršení zdravotního stavu pacienta, a je potřeba co nejrychleji vyhledat lékařskou pomoc, tak se ihned zavolá záchranná služba.“ S6 dodala: „Záchrannou službu přivoláme v případě, že pacient nepřijímá stravu a tekutiny. Dále například při bolestech břicha, zvracení krve či při podezření na náhlou příhodu břišní.“ Otázka, jaké léky jsou podávány i.v. cestou a jaký postup sestry uplatňují při provádění terapie i.v. cestou nebyly položeny, jelikož tuto terapii v zařízení neprovádí.

Podávání léků per os

Druhá podkategorie je zaměřena na podávání léků per os. Obsahuje otázky týkající se toho, v jakých časových intervalech jsou léky podávány, jaká léková skupina je nejčastěji užívána pacienty s mentálním znevýhodněním a jaký postup uplatňují sestry při podávání léků.

První otázka zní, v jakých časových intervalech jsou podávány léky dle ordinace lékaře. S2 odpověděla: „Podávání léků je individuální a záleží na zdravotním stavu pacienta. V průběhu dne mohou být podávány léky proti bolesti, pokud je pacient potřebuje, ale vždy jen po konzultaci s lékařem.“ S5: „Ranní medikace se podává mezi půl sedmou až osmou hodinou. Pro polední léky je časové rozmezí mezi půl jedenáctou až dvanáctou hodinou. Večerní léky mezi půl čtvrtou až pátou hodinou. Léky na noc, konkrétně léky navozující spánek, jsou podávány kolem deváté hodiny večer.“ S1 uvádí: „Praktický lékař dochází do zařízení pravidelně jedenkrát týdně, v případě potřeby je možné se s pacientem dopravit přímo do ordinace lékaře. Vždy zkontroluje zdravotní stav pacientů a naordinuje léky. Neurolog, psychiatr či zubař zařízení navštěvují jedenkrát do měsíce nebo dle potřeby.“ S6: „Vždy se řídíme dle ordinace lékaře. Léky podáváme pacientům ráno, v poledne, večer a na noc. Čas podání je odlišný u antibiotik nebo antivirotik. Antibiotika podáváme například v pět hodin ráno, v jednu hodinu odpoledne a v devět hodin večer. Většinou tedy po osmi hodinách. Také je to občas přizpůsobené tomu, abychom zbytečně nebudili pacienty.“ S8: „Ranní léky standardně podáváme kolem sedmé hodiny se snídaní, v poledne kolem půl dvanácté a večer v půl

šesté.“ S7 dodala: „Některé léky je potřeba podávat půl hodiny před jídlem, například Omeprazol. U antibiotik musíme dodržovat přesně určené časy podání.“

Následující otázka je zaměřena na to, která léková skupina je nejčastěji užívána pacienty s mentálním znevýhodněním. S4 uvádí, že se často jedná o neurologické léky či antipsychotika. S3 odpověděla: „Léky ovlivňující krevní tlak jsou jedny z nejvíce podávaných léků. Jako zástupce můžeme zmínit například Tezeo či Bisoprolol. Dále podáváme léky jako je například Helicid, Emanera nebo Omeprazol“ S9: „Léky tlumící bolest příliš často nepodáváme, jelikož si klienti většinou na žádnou bolest nestěžují.“ S2: „Často pacienti užívají léky na štítnou žlázu nebo diabetes mellitus.“ S5: „Důležité je zmínit antikoncepci, kterou některé klientky užívají.“ S6: „Nejčastěji užívaná léková skupina u pacientů s mentálním znevýhodněním jsou psychofarmaka. Jako zástupce bych uvedla Tisercin.“ S7: „Nejvíce se jedná o psychiatrické a neurologické léky. Často podáváme také antiepileptika.“ S1 a S8 odpověděly obdobně, že jsou nejčastěji podávány psychofarmaka.

Na otázku, jaký postup sestry preferují při podávání léků osobám s mentálním znevýhodněním, odpověděla S6: „Je to hodně individuální. Způsob podání léků a přístup k jednotlivým pacientům je vždy rozdílný. S někým si musíte chvíli popovídat, aby si léky vzal. Jestliže pacient léky odmítá, tak se vystřídají sestřičky a zkusí to po chvíli jiná. Většina klientů si ale léky vezme bez problému. Žádný klient není schopen si léky připravit a vzít sám, proto podává léky vždy zdravotnický personál.“ S1 dodala: „My už víme, jakým klientům dělá problém si vzít léky a podle toho pak přizpůsobujeme způsob podání.“ S7: „Pacientům léky podáváme standardně na lžici, u těžkého mentálního postižení léky drtíme.“ S8: „Hodně záleží na zabarvení hlasu a vlídném přístupu. Pacienti tohle vnímají a negativní přístup může ovlivnit jejich chování.“ S4: „Záleží na tom, o jaký stupeň postižení se jedná. Pacientům většinou podáváme léky na lžici přímo do úst, ale někteří chtějí léky do ruky. Musíme vždy zkontrolovat, zda léky opravdu spolkli. Některým pacientům je potřeba léky předem rozdrtit nebo přepulit.“

Následující otázka zní, zda vždy dochází ke kontrole pacienta, léku, času a způsobu podání léku. Všichni probandi se shodli, že ke kontrole dochází vždy při každé aplikaci léků. S9 dodala: „Ano, kolikrát dochází i ke dvoji až trojí kontrole při chystání léků.“

Další otázka je zaměřena na to, v jaké formě jsou léky nejčastěji podávány. S1, S3, S4, S5, S6, S7, S8 i S9 uvádí, že se jedná převážně o tablety. Dále byly zmiňovány sirupy

či kapky. S2 odpověděla: „*Nejvíce se jedná o tablety. Dále jsou užívány Vigantol kapky, které se aplikují jedenkrát týdně. Z důvodu ušního mazu jsou podávány ušní kapky. Používáme také sprej na dýchání Ventolin a pacientům jsou často aplikovány oční kapky.*“

Následující otázka zní, zda mají v sociálním zařízení takzvanou SOS medikaci při zdravotních komplikacích pacienta bez přítomnosti lékaře. S1, S2, S3, S4, S5 i S6 odpověděly obdobně. Tento typ medikace zde nevyužívají a vždy sestry musí podání jakéhokoliv léku konzultovat s lékařem. S7 uvádí: „*Léky naordinované od lékaře máme, ale podat je bez jeho přítomnosti nemůžeme. V případě vyskytující se agresivity je potřeba zavolat záchranku. Ti pak podle ordinace psychiatra podají léky nebo aplikují injekci.*“ S8: „*Máme od lékaře předem naordinované léky, ale správně bychom je bez jeho přítomnosti podávat neměli. Při akutním neklidu je možné podat Tiapridal, Tisercin a Promethazin.*“ S9 uvádí: „*Některým pacientům s vyskytující se agresivitou je podán Tiapridal ve formě tablet ke zklidnění. Intramuskulární injekci zde neaplikujeme. Nejprve se však snažíme pacienta uklidnit slovně. Pokud nedojde ke zklidnění, tak zavoláme záchrannou službu.*“

Na otázku, jakým způsobem je prováděn záznam do dokumentace, uvádí všichni probandi shodnou odpověď. S3 odpověděla: „*Pokud se jedná o trvalou medikaci, tak to musíme vždy zadat do počítače, aby to bylo vyúčtováno pojišťovně.*“ Sestry dále uvedly, že vedou také klasickou ošetrovatelskou dokumentaci, do které provádí záznam o podání léku. Uvádí tedy čas, název léků, množství léků, způsob podání a vlastní podpis. S5 uvádí: „*Záznam o podání léku provádíme do počítače i do běžné ošetrovatelské dokumentace. Máme dokonce elektronický podpis.*“

Poslední otázka týkající se tohoto tématu zní, jak často je kontrolována expirace léků. S1, S2, S3, S4 i S5 odpověděly obdobně. Expirace léčiv se kontroluje pravidelně každý týden, a to konkrétně každé úterý odpoledne. S6 odpověděla: „*Jednou za tři měsíce vždy kontrolujeme preskripce.*“ S8: „*Expiraci léků kontrolujeme ihned po převzetí z lékárny. Léky jsou objednané vždy na tři měsíce. Expirace je samozřejmě kontrolována při každé přípravě a následném podání léků.*“ S7 a S9 uvádí shodnou odpověď.

Kategorie 2 – Ošetřování ran

Druhá kategorie zahrnuje otázky týkající se ošetřování ran. Konkrétně o jaký druh ran se nejčastěji jedná, dále z jakého důvodu vznikají rány či dekubity a jak často vznikají rány, které je potřeba ošetřovat.

První otázka zní, o jaký druh ran se jedná. S4 odpověděla: „U většiny klientů musíme ošetřovat opruzeniny, které vznikají i přes pravidelné promazávání pokožky.“ S1: „Někdy se setkáváme například s dekubity, jelikož jsou pacienti s těžkým stupněm postižení imobilní a jsou upoutáni na lůžko. V těchto případech je u pacientů větší predispozice, že dekubity vzniknou.“ S2: „Občas se stane, že dojde k drobnému poranění. Konkrétně se může jednat o nějaké odřeniny, lehké popáleniny nebo říznutí o ostrý předmět. Těmto incidentům se samozřejmě snažíme předcházet.“ S6: „Většinou je potřeba ošetřit jen nějakou odřeninu, občas záněty nehtového lůžka, bércové vředy nebo dekubity. Setkali jsme se také s popáleninou.“ S7: „Především vznikají tržné nebo jen povrchové rány.“

Na otázku, jak často dochází ke vzniku ran, které je potřeba ošetřovat, S2 odpověděla: „Řekla bych, že například dekubity se vyskytují zcela výjimečně a většinou vzniknou při hospitalizaci v nemocnici.“ S5: „Dekubity se vyskytují zřídka. Nejčastěji se setkáváme s opruzeninami.“ S3: „Občas dochází k úrazům, ale jedná se jen o drobná poranění.“ S9: „K poranění dochází tak jednou za čtrnáct dní a občas stačí ránu ošetřit jednorázově.“ S8: „Rány z důvodu pádu vznikají poměrně často. Záleží také na psychickém rozpoložení a fyzické zdatnosti pacienta.“

Následující otázka zní, z jakého důvodu vznikají rány. S3 a S4 odpověděly obdobně. Nejčastěji prý rány vznikají z důvodu nějakého úrazu. S2 uvádí: „Občas se vyskytují u pacientů dekubity, ale ty vznikají většinou v průběhu hospitalizace v nemocnici.“ S1 a S5 se shodly na tom, že se jedná o drobná poranění, která vznikají převážně při pohybových aktivitách. S6: „Nejčastěji vznikají rány z důvodu pádů. Dále se jedná například o záněty nehtového lůžka z důvodu nesprávného stríhání nehtů.“ S7: „Vzhledem k postižení nejsou klienti tak manuálně zruční a sportovně nadaní, proto občas dochází k poranění.“ S8: „Roli hraje spousta faktorů, a to především věk, stupeň mentálního postižení, celkové zhoršení zdravotního stavu, sebepoškozování, epileptický záchvat, snížený krevní tlak a užívání léků. Pacienti mají občas vyrážky, které vznikají z důvodu alergické reakce na léky.“

Péče o rány

První podkategorie je zaměřena na péči o rány, tedy jakým způsobem jsou ošetřovány a jaké pomůcky jsou využívány.

Na otázku, jakým způsobem jsou rány a dekubity ošetřovány, odpověděla S4: *„Na převazy si vždy bereme rukavice, další potřebné pomůcky a hlavně dbáme na sterilitu. Samozřejmě je ošetřování ran velice individuální.“* S2 dodala: *„Záleží na stupni dekubitu a druhu rány.“* S1: *„Převážně používáme různé masti, a to především na opruzeniny.“* S3: *„Při ošetřování dekubitů používáme vlhké hojení ran, konkrétně suprasorb F nebo H. Při ošetřování ran je využíváno také takzvané stříbro.“* S5: *„Záleží na tom, kde se daná rána nebo dekubit nachází, a jak je postižené místo rozsáhlé.“* S6: *„Musíme dodržovat především ordinaci lékaře. Jeden pacient utrpěl rozsáhlou popáleninu horní končetiny a břicha, kterou jsme ošetřovali půl roku, ale podařilo se nám to zahojit. Občas je důležitá trpělivost.“* S7: *„V případě zarudnutí používáme nejvíce Framykoin. Oblíbenou pomůckou při převazu rány je betadine roztok. Rány vždy oplachujeme prontosanem, microdacynem nebo rivanolem.“* S8: *„Jestliže dojde k úrazu, tak je ránu potřeba ošetřit ihned dle vlastního uvážení. V jiných případech samozřejmě postupujeme dle ordinace lékaře. Pokud je rána hluboká, tak musíme přivolat záchranku.“* S9: *„Vždy se musíme řídit dle ordinace lékaře a ošetřovatelských standardů. Při ošetřování dekubitů se u nás nejvíce osvědčilo vlhké hojení.“*

Na otázku, zda sestry dbají na dodržování aseptického postupu při ošetřování ran, odpověděli všichni probandi shodně. Při převazu rány je sterilní postup vždy dodržován, a předchází se tak vzniku infekce.

Další otázka je zaměřena na to, jaké pomůcky jsou využívány. S2 odpověděla: *„Základní pomůckou u převazování ran jsou vždy rukavice. Pomůcky, které jsou potřeba se vždy samozřejmě odvíjí od druhu rány či stupně dekubitu.“* S3: *„Často využíváme sterilní čtverce a tampony, na které přijdou různé roztoky, masti nebo gely.“* S1: *„Rozhodně je důležité zmínit dezinfekci, která se využívá v podstatě u každého převazu. K dispozici máme celou řadu sterilních nástrojů. Nejčastěji využíváme asi sterilní pinzetu a nůžky.“* S4: *„Je zde využíváno například také vlhké hojení ran, mastný tyl, stříbro, betadine roztok nebo různé masti.“* S5: *„Na oplach ran využíváme prontosan roztok. Na přelepení rány sterilní čtverce, klasickou náplast nebo omnifix.“* S6: *„Používáme různé gely, masti, sterilní čtverce, tampony, rukavice, sterilní nástroje, dezinfekci, oplachové roztoky,*

mastný tyl nebo betadine roztok. Oblíbené je vlhké hojení, které si buďto musíme zakoupit nebo požádáme o předepsání lékaře a proplatí nám to pojišťovna.“ S7: „Využíváme framykoin, betadine, mastný tyl, sterilní krytí nebo také vlhké hojení.“ S8: „Používáme rukavice, dezinfekci a sterilní materiál, abychom vždy zabránili vzniku infekce.“ S9: „Jedny z nejvíce používaných pomůcek jsou například betadine roztok, framykoinová mast, suprasorb k vlhkému hojení ran, stříbro, obvazový materiál nebo novikov. Pokud některé pomůcky nejsou k dispozici, tak je možné si o ně zažádat, ale v rámci možnosti finančních prostředků.“

Následující otázka zní, zda mají sestry dostatek pomůcek potřebných k ošetřování ran. S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8 i S9 uvádí, že mají k dispozici dostatek pomůcek.

Další otázka týkající se převazu ran zní, zda sestry používají převazový vozík s potřebnými pomůckami. S1, S2, S3, S4 a S5 uvedly shodnou odpověď, že převazový vozík k dispozici nemají a pomůcky nosí k pacientům na táce. S6, S7, S8 i S9 uvádí, že převazový vozík využívají.

Prevence vzniku ran

Druhá podkategorie je zaměřena na prevenci této problematiky.

Na otázku, jakým způsobem sestry předchází vzniku ran a dekubitů, S3 odpověděla: *„Zabránit vzniku dekubitů se snažíme rozhodně pravidelným polohováním, důkladnou hygienou a ošetřením pokožky. Klienty polohujeme dle potřeby, ale snažíme se polohovat po dvou hodinách, střídáme pravý a levý bok. U klientů s těžkým stupněm postižení, u kterých hrozí vznik dekubitů, jsou využívány antidekubitní matrace a další pomůcky jako prevence.“* S1 doplnila: *„Imobilní klienty polohujeme na lůžku přes den i v noci. Klienti, kteří jsou více soběstační, posadíme během dne do křesla, aby netrávili celý den na lůžku. S některými se i projdeme.“* S2: *„Snažíme se víceméně o bezbariérový režim, aby klienti měli co nejméně překážek, nedocházelo tak k pádům a následným úrazům.“* S5 uvádí: *„Záleží na tom, o jakého klienta se jedná. Jsou zde rizikovější klienti, u kterých víme, že si musíme dávat větší pozor. Důležité je si tyto informace mezi sebou předat.“* S4: *„Musíme dbát na bezpečí klientů především při aktivitách, jako je například vaření nebo vyšívání, kdy manipulují s různými předměty, o které by se eventuálně mohli poranit.“* S6: *„V první řadě předcházíme pádům. Pacienty se zvýšeným rizikem pádů zajistíme v křesle, při chůzi používají chodítka a odstraňujeme překážky. Dekubitům*

předcházíme používáním antidekubitních pomůcek, které pravidelně pořizujeme každý rok a také samozřejmě polohováním.“ S7: „Dbáme na bezpečí klientů. Neustále jim připomínáme ať chodí pomalu, aby nedošlo ke zranění.“ S8: „Do profylaxe zahrnujeme cvičení s rehabilitačními pracovníky, aby měli pacienti pravidelný pohyb. Řídíme se dle ošetrovatelských standardů.“ S9: „Klienti nosí vhodnou obuv, abychom předcházeli pádům.“

Kategorie 3 – Potřeby pacientů

Třetí kategorie je zaměřena na potřeby pacientů.

Biologické potřeby

První podkategorie je zaměřena na téma, zda pacienti vyžadují převážně pomoc při oblékání, stravování, vylučování a provádění hygienických návyků. Dále zda sestry preferují dopomáhat osobám s mentálním znevýhodněním při vykonávání sebeobsluhy nebo jim poskytují dostatek prostoru, aby tyto činnosti vykonávali sami. Do této podkategorie zahrnuty také otázky týkající se spánku, bolesti, vzdělávání a sexuálních potřeb pacientů.

První otázka na úvod zní, zda pacienti vyžadují převážně pomoc při oblékání, stravování, vylučování a provádění hygienických návyků. S2 odpověděla: *„Pacienti potřebují naši pomoc naprosto u všeho z důvodu omezené hybnosti.“* S1 dodala: *„Ani ne vyloženě pomoc. Téměř všechnu obsluhu vykonává zdravotnický personál.“* S4: *„Jelikož se staráme o klienty, kteří trpí středně těžkým mentálním znevýhodněním a těžkým mentálním znevýhodněním, tak sami sebeobsluhu nevykonávají v podstatě nikdy.“* S6: *„Zařízení je rozděleno na dvě části, a to zdravotní, kde mají pacienti vyšší míru dopomoci. Druhá část je sociální, kde mají pacienti naopak nižší míru dopomoci. Sociální část tvoří celkem šest oddělení a zdravotní část se skládá ze čtyř oddělení.“* S9: *„Záleží na stupni postižení, ale většinou naši pomoc potřebují. Někteří klienti to však zvládají sami.“*

Druhá otázka zní, zda sestry preferují dopomáhat osobám s mentálním znevýhodněním při sebeobsluze nebo jim poskytují dostatek prostoru, aby tyto činnosti vykonávali sami. S5 odpověděla: *„Klienti se snaží, ale stejně při nich musíme vždy stát a dopomoci jim.“* S3: *„Převážná většina se o sebe zkrátka nedokáže postarat. Obvykle nedokážou uspokojit ani základní lidské potřeby.“* S7: *„Kdo to alespoň trochu zvládne, tak preferujeme, aby sebeobsluhu nacvičoval. Kdo to nezvládne vůbec, tak je u něho vždy přítomen*

zdravotnický personál. “ S8: „Motivujeme je, aby se snažili sami. U imobilních pacientů uspokojujeme potřeby my. “

Následující otázka zní, zda se vykonává uspokojování základních lidských potřeb pacientů v určitých časových intervalech nebo je to spíše individuální dle potřeb pacientů. S2 odpověděla: *„Já bych řekla, že obojí. U některých pacientů se řídíme podle daného harmonogramu, u jiných je to naopak individuální.“* S1 dodala: *„Pokud se zaměříme na harmonogram, tak například celková koupel, včetně vlasů, se provádí dvakrát týdně u každého pacienta.“* S3: *„Uspokojování hygienických návyků probíhá každý den ráno. V průběhu dne už je to pak individuální dle potřeb pacientů.“* S4 dodala: *„U imobilních pacientů se hygiena provádí na lůžku vždy třikrát denně.“* S5: *„V průběhu dne se provádíme všechny potřebné úkony a řídíme se dle našich zvyklostí na oddělení. Samozřejmě jsou biologické potřeby hodně individuální, tudíž jsou uspokojovány kdykoliv je to nutné.“* S6: *„Každé oddělení má svůj stálý harmonogram, který klienti dobře znají. Může se zdát, že pacienti s hlubokou mentální retardací tolik nevnímají, i přes to jsou na tento režim zvyklí. Občas nejsou pacienti přítomni na oddělení z důvodu návštěvy lékaře, výletu nebo terapie. V tomto případě se pak musí přizpůsobit časy k uspokojování těchto potřeb.“* S9: *„Záleží na spoustu faktorech, a to konkrétně jak se klient vyspal nebo jak se cítí po fyzické stránce.“*

Další otázka je zaměřena na to, kolik času je vyhrazeno k uspokojování těchto potřeb u jednotlivých pacientů. S4 odpověděla: *„To je individuální. Záleží na zdravotním stavu a stupni postižení pacienta.“* S1 uvádí shodnou odpověď jako S4. S2 dodala: *„Dále záleží na tom, zda je prováděna celková koupel nebo hygiena na lůžku.“* S3: *„Při provádění hygieny se běžně u pacienta provádí koupel, následně se musí pacient převléknout do čistého prádla, vysuší se mu vlasy a vyčistí zuby. To vše může dohromady trvat tak půl hodiny zhruba.“* S5: *„Pokud je klient schopen dojít do sprchy, tak je u něj přítomen jeden zdravotnický pracovník, a většinou to zabere méně času. U imobilních pacientů, kteří jsou upoutáni na lůžko, většinou hygienu provádí dva zdravotničtí pracovníci, aby to nebylo tak časově náročné.“* S6: *„Většinou to trvá tak dvacet minut než obstaráme jednoho klienta.“* S7: *„Ranní hygiena se provádí podle zdravotního stavu pacienta. Tedy podle toho, jak se v daný den cítí, se pak odvíjí i čas provedení hygieny.“* S8: *„Provést celkovou hygienu trvá zhruba čtvrt hodiny. Záleží na diagnóze.“* S9: *„Potřeby pacientů jsou individuální a tím se také řídíme. Každopádně na jednom oddělení je vždy maximálně patnáct pacientů.“*

Otázka týkající se spánku zní, zda sestry provádí nějaké spánkové rituály za účelem zkvalitnění spánku. S3 odpověděla: „*Vždy klientům zatahujeme žaluzie okolo sedmé hodiny večer a většina z nich se ukládá na lůžko. Někteří klienti jsou zvyklí si pouštět před spaním televizi a koukají na oblíbený pořad. Občas si pouští i rádio.*“ S2: „*V určitou hodinu nastává noční klid, který je vždy ve stejnou dobu, a pacienti jsou na to tak zvyklí.*“ S4 dodala: „*Noční klid nastává kolem osmé hodiny večerní, kdy někteří klienti už usínají. Někdo je naopak na lůžku, ale usne až kolem desáté večer.*“ S5: „*Je to opět individuální a musíme se řídit hlavně zvyklostmi jednotlivých pacientů.*“ S1: „*Večerní hygienu provádíme mezi pátou až šestou hodinou a dále jsou pacienti ukládáni na lůžko průběžně. Většinou jsou kolem té osmé hodiny všichni připraveni ke spánku.*“ S6: „*Vyvětráme pokoj, některým dáme plyšové mazlíčky nebo pustíme televizi pokud to někdo vyžaduje. Klienti chodí spát mezi sedmou a desátou hodinou.*“ S7: „*Klienti musí být umytí, vymočení, napítí a po večeři. Někteří chtějí, abychom u nich chvíli pobýli a drželi je za ruku.*“ S8: „*Po denním programu jsou zejména starší pacienti uloženi na lůžko kolem sedmé až osmé hodiny večerní.*“ S9: „*Vždy pacientům před spaním vyvětráme pokoj, popřejeme jim dobrou noc a hezké sny.*“

Na otázku, jak často jsou pacientům podávány léky navozující spánek, uvádí shodnou odpověď S1, S2, S3, S4, S5, S7 i S8. S1 odpověděla: „*Nějakou terapii tady vedeme, ale málo. Léky na spaní jsou klientům podávány minimálně.*“ S6: „*Pokud má někdo naordinované léky na spaní, tak je podáváme okolo desáté hodiny večer.*“ S9: „*Léky na spaní podáváme jen v případě, kdy jsou předem naordinovány lékařem, nikdy je nepodáváme svévolně.*“

Následující otázky se týkají bolesti. První otázka zní, jakým způsobem je řešena vyskytující se bolest u pacientů. S3 uvádí: „*Pacienti nám většinou nejsou schopni sdělit, že je něco bolí a musíme to vyzorovat sami.*“ S1 dodala: „*Jelikož klienty dobře známe, tak většinou poznáme podle jejich chování, že něco není v pořádku. Zažily jsme například klientku, která měla zánět slepého střeva a chovala se jinak. Projevilo se to zrychleným dýcháním a nařikáním. Lékař následně vyšetřil břicho pohmatem, změřily jsme klientce teplotu, krevní tlak a až poté jsme zavolaly záchrannou službu.*“ S4 odpověděla: „*To jakým způsobem je řešena bolest se odvíjí od toho, o jaký druh bolesti se jedná a čím je bolest způsobena.*“ S2: „*U většiny případů je přivolán lékař, který daného pacienta vyšetří a na základě jeho rozhodnutí je bolest řešena.*“ S5: „*Pokud se jedná o bolest hlavy nebo zubu, je pacientovi podán paralen nebo ibalgin. Zkrátka léky tlumící bolest,*

„které jsou volně prodejné.“ S6: „Jedná se například o bolesti zad, které se nejprve snažíme řešit cvičením s rehabilitačními pracovníky. Pokud cviky nezaberou, tak pacient navštíví lékaře. Ten následně naordinuje nějaké léky, masti nebo injekce proti bolesti.“ S7: „Z léků můžeme podat Paralen nebo Ibalgin, pokud nemá pacient zažívací potíže. Jestliže je zdravotní stav zhoršený, tak vyhledáme lékařskou pomoc. Aplikujeme chlad, teplo nebo takzvaný Fastum gel.“ S8: „V první řadě se snažíme zjistit důvod vzniku a trvání bolesti. Při dlouhotrvající bolesti podáváme léky. Občas se provádí lymfodrenáže.“ S9: „Pokud má pacient například horečku nebo trpí bolestmi břicha, tak zavoláme záchrannou službu, jelikož je lékař v zařízení přítomen jen dvakrát týdně a není vždy k dispozici.“

Další otázka zní, zda klienti trpí často bolestmi. S1, S2, S3, S4, S5 i S6 se shodly na tom, že klienti příliš často bolestmi netrpí. S7: „Někteří bolest prožívají více a poměrně často.“ S8: „Kolikrát se stane, že se snaží upoutat pozornost a bolí je něco jen proto, že se snaží napodobit někoho jiného.“ S9 dodala: „Je to hodně individuální, také záleží na tom, kdo jak bolest vnímá a prožívá.“

Následující otázka je zaměřena na to, zda se jedná o bolest akutní či chronickou. S1, S2, S3, S4 a S5 uvádí, že se jedná spíše o bolest akutní. S2 dodala: „Nemám pocit, že by naši klienti trpěli chronickou bolestí.“ S6: „Ve většině případů se jedná o bolest chronickou. Věkový průměr máme přes padesát let, tudíž se od toho mohou odvíjet právě bolesti zad nebo kloubů.“ S7: „Spíše trpí chronickými bolestmi a k těm se někdy přidají i akutní.“ S9: „Spíše se jedná o bolest akutní. Pokud mluvíme o chronické bolesti, tak se nejčastěji jedná o bolesti kolene u klientů.“ S8 uvádí, že se jedná spíše o chronickou bolest.

Jaká část těla klienty převážně bolí je další otázkou týkající se bolesti. S1 odpověděla: „Vzhledem k věku, pacienti bolí kolena či klouby, ale není to příliš časté. Moc často si pacienti na bolest nestěžují.“ S5: „Občas pacienti bolí zub a nejčastěji se jedná asi o bolest hlavy.“ S4 dodala: „S bolestí hlavy většinou souvisí také bolest zad.“ S7: „Často je bolí záda, ramena a kolena.“ S6: „Převážně pacienti trpí bolestmi kloubů.“ S8: „Nejvíce je bolí záda, hlava, kyčle a dolní končetiny. Bolest v žádném případě nepodceňujeme a posíláme je na vyšetření.“ S9: „Nejčastěji klienty bolí kolena, třísla nebo lokty.“

Následující otázka se týká toho, zda je preferována spíše úlevová poloha, masáže či cviky ke zmírnění bolesti nebo spíše podání léků tlumící bolest. S5 uvádí: „Máme zde

fyzioterapeuty a tým rehabilitačních pracovníků, kteří každý den navštěvují pacienty a provádí s nimi různé cviky nebo právě i masáže.“ S2 dodala: „Tímto lze předcházet nebo řešit bolesti zad či hlavy.“ S3: „Nejdříve se zapojí rehabilitační pracovníci a až poté případně podáváme nějakou medikaci.“ S1: „Opět záleží na druhu bolesti. Pokud se jedná o menstruační bolesti u žen, tak to řešíme úlevovou polohou nebo aplikací tepla na břicho.“ S4 odpověděla: „Při vyskytující se bolesti zajistíme, aby byl pacient hlavně v klidu a dostatečně si odpočinul. Léky tlumící bolest podáváme až v případě, že nic jiného ze zmiňovaných opatření nezabírá.“ S7: „Pokud jsou v zařízení přítomni rehabilitační pracovníci, tak se obracíme na ně, popřípadě podáváme léky nebo aplikujeme masti.“ S6: „Prvním řešením jsou masáže nebo cviky. Pokud to nezabere, tak je nasazena medikace.“ S9: „Preferujeme nějaké gely či masti. Pokud se jedná o bolest břicha, tak bolest rozhodně netlumíme a vyhledáme lékařskou pomoc.“

Úvodní otázka k následujícímu tématu je, zda mají pacienti možnost v sociálním zařízení vzdělávat se. S1, S2, S3, S4, S5, S7 a S8 odpověděly shodně, že se pacienti vzdělávají a mají dokonce povinnou školní docházku. S6 odpověděla: „Klienti měli možnost navštěvovat speciální základní školu, ale momentálně mají všichni splněnou docházku. Mají možnost se nadále vzdělávat v zařízení. K dispozici máme dokonce počítače a tablety. Dříve do zařízení docházeli vyloženě pedagogičtí pracovníci. Momentálně prý údajně škola nebo další vzdělávání v sociálních zařízeních není potřeba pro klienty a byl tedy tento systém zrušený.“ S9 uvádí: „Ano, vzdělávání je klientům umožněno. Dokonce mají někteří možnost být zaměstnaní.“

Na otázku, jak probíhá vzdělávání osob s mentálním znevýhodněním, odpověděla S3: „Klienti navštěvují speciální základní školu, kam pravidelně dojíždí.“ S1 dodala: „Pro některé klienty je obtížný transport, proto je k dispozici také individuální výuka, která probíhá přímo v našem zařízení.“ S5 doplnila: „Individuální výuku v tomto zařízení vedou učitelky, které za klienty chodí každý týden. Vždy je navštěvují ve středu.“ S2: „Klienti se učí základní věci jako například barvy nebo tvary. Jsou vedeni k tomu, aby byli schopni poznat různé předměty nebo je uměli roztřídit. Často klienti barvy neumí nazvat, ale dokážou je roztřídit. Počítání se učí třeba jen do pěti. Jeden z našich klientů se učí Braillovo písmo, někteří jsou schopni se naučit básničky. Vše se odvíjí od stupně postižení.“ S4: „Výuka je zaměřena spíše na manuální dovednosti a hodnotí se u nich motorika. Nacvičují také například oblékání. Opravdu se učí pouze základní dovednosti a znalosti. Jsou hodnoceni vždy jen slovně.“ S7: „Dříve byla v provozu přímo tady

základní škola pro klienty, později dojížděli jinam.“ S6: „Klienti mají splněnou školní docházku, ale nadále se mohou vzdělávat v zařízení.“ S8: „Naši klienti mají momentálně všichni dostudovanou základní speciální školu.“

Další otázka zní, zda jsou pacienti dostatečně edukováni o sexualitě a upozornění na nebezpečí sexuálního zneužívání. S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8 i S9 uvádí, že pacienti jsou o této problematice v sociálním zařízení dostatečně informováni.

Poslední otázka této podkategorie zní, jakým způsobem je pacientům vysvětlována problematika týkající se sexuality a sexuálního zneužívání. S1 odpověděla: *„K tomuto tématu máme vypracovaný standard, ale je to spíše záležitost chráněného bydlení. My tuto problematiku v domově pro osoby se zdravotním postižením víceméně neřešíme.“* S2: *„U většiny našich pacientů je to postižení natolik veliké, že je v podstatě není možné o tomto tématu edukovat.“* S3 dodala: *„Edukováni jsou pouze pacienti s lehkým mentálním znevýhodněním.“* S4: *„Na chráněném bydlení mají klienti jednolůžkové pokoje, tudíž si svou sexualitu mohou řešit, jak chtějí. V některých zařízeních jsou na to vyhrazené speciální místnosti, ale ty zde k dispozici nemáme. Je možné, že u klientů dochází k sexuálnímu uspokojení, každopádně tím nemohou obtěžovat své okolí.“* S5: *„Máme tady partnerské dvojice, které spolu žijí. V těchto případech ženy užívají antikoncepci, aby byly chráněny.“* S6: *„Máme v zařízení tým, který zpracovává protokoly týkající se sexuality. Na každém oddělení je zaměstnanec, který toto téma má na starosti.“* S7: *„Toto téma s klienty řeší speciálně sexuální tým, ale pokud se klienti na něco zeptají nás jako sester, tak se jim to snažíme rozumně vysvětlit a předáme následně informaci právě sexuálnímu pracovníkovi. Záleží na tom, komu se klient chce svěřit a ke komu má největší důvěru.“* S8: *„Tato problematika je řešena v zařízení. Jsou pořádány různé semináře ohledně tohoto tématu, aby byl zdravotnický personál orientovaný a mohl předávat získané informace pacientům.“* S9: *„Máme zde k dispozici takzvaný sexuální tým, který s klienty rozebírá témata týkající se sexuality a vše jim srozumitelně vysvětlí.“*

Psychologické potřeby

Druhá podkategorie se týká psychologických potřeb pacientů. Otázky jsou zaměřeny na to, jakým způsobem je pozitivně ovlivňována psychika jedinců s mentálním znevýhodněním a jak působí onemocnění na jejich psychický stav. Také se otázky zabývají tím, jakým způsobem je řešena vyskytující se agresivita či projevy úzkosti. Dále

zda jsou při projevech psychických poruch aplikovány léky, používány omezovací prostředky nebo sestry volí pouze vhodná slova.

První otázka je zaměřena na to, jakým způsobem je pozitivně ovlivňována psychika daného jedince. S1 odpověděla: *„Klientovi koupíme coca-colu, pivo nebo čokoládu. Každému to, co má rád. Dokážou mít radost z maličkostí jako jsou například právě sladkosti.“* S3 dodala: *„Některým jedincům stačí opravdu málo. Někomu udělá radost třeba jen káva.“* S4: *„Někdo je hrozně rád, když si s ním popovídáte a děláte nějaké srandy.“* S5: *„Občas mají někteří radost i z cizího neštěstí. Například jim přijde vtipný, když někdo ze zdravotnických pracovníků zakopne. I ti klienti, u kterých si myslíme, že tolik nevnímají, z toho dokážou mít záchvat smíchu.“* S6: *„Pacienti mají na výběr ze spousta terapií. Mohou malovat, tvořit výrobky z keramiky nebo obstarávat zahradu. Pořádáme různé výlety a společenské akce.“* S7: *„Musíme být neustále pozitivně naladěný, usmívat se, projevovat zájem o pacienty, umět je vyslechnout. To je pro ně nejdůležitější.“* S8: *„Komunikace musí mít nějakou úroveň. Volíme především vlná slova a citlivý přístup. Musíme si uvědomit, že pro klienty je kolikrát zařízení jediným domovem.“* S9: *„Nejdůležitější je laskavý přístup. Je potřeba klienty vždy vyslechnout a promluvit si s nimi nejlépe v soukromí.“*

Další otázka zní, jaká onemocnění se nejčastěji vyskytují u osob s mentálním znevýhodněním. S4 odpověděla: *„Nejčastěji se jedná o bakteriální či virové onemocnění.“* S1 dodala: *„Jedná se zkrátka o běžné civilizační nemoci.“* S5: *„Většinou se mezi klienty vyskytuje klasická chřipka nebo angína.“* S2: *„Někteří pacienti se léčí s vysokým krevním tlakem a častý je také diabetes mellitus.“* S7: *„Nejčastěji se jedná o epilepsii a poté jsou to nemoci jako běžné zdravé populace.“* S6: *„Hodně častá je epilepsie, která právě souvisí s mentálním postižením. Dále pacienti trpí hypertenzí, artrózou nebo diabetem.“* S8: *„Mentální postižení s sebou nese zhoršenou kvalitu komunikace, neurologické problémy a v neposlední řadě psychické poruchy. Občas se tyto problémy projevují neklidem či nespavostí.“* S9: *„U imobilních pacientů se často setkáváme se záživacími potížemi jako je například obstipace.“*

Na otázku, jak působí onemocnění na psychický stav jedince, odpověděla S6: *„I u pacientů s hlubokým mentálním postižením poznáme, že něco není v pořádku.“* S7: *„Obecně špatně snáší bolest. Pokud mají pacienti ale hluboký stupeň postižení, tak si to neuvědomují.“* S9: *„Někteří pacienti dokonce rádi navštěvují lékaře a vyloženě*

si zdravotní problémy vyhledávají. K lékaři občas chodí například jen s malou odřeninou, aby byli ošetřeni, jelikož vyžadují zvýšenou pozornost.“ Ostatní probandi se shodli na tom, že v období nemoci pacienti bývají unavení a příliš nekomunikují.

Následující otázka je zaměřena na to, jak se sestry zachovávají v případech vyskytující se agresivity či projevech úzkosti u pacientů. S5 odpověděla: *„V našem domově pro osoby se zdravotním postižením se v podstatě agresivní pacienti nejsou. Spíše se jedná o pacienty s psychickými poruchami.“* S1 uvádí: *„Oni většinou verbálně nekomunikují tudíž nám nesdělí jejich pocity.“* S2: *„Většinou u osob s mentálním znevýhodněním nějaké úzkostné poruchy nepoznáme. Mám pocit, že je tady jen pár pacientů, kteří mají občas úzkostné stavy.“* S3: *„Máme zde pacienty, kteří mají nasazenou medikaci, kteří tedy užívají psychiatrické léky.“* S6: *„Rozhodně zkusíme danou situaci nejprve vyřešit pohovorem. Pokud se jedná o brachiální nezvladatelnou agresi, tak je potřeba přivolat více zaměstnanců a zareagujeme nějakými úchopy.“* S7: *„Někoho musíme uklidnit tím, že na něj zvýšíme hlas. Někoho naopak musíme utěšit. Agrese se vyskytuje většinou mezi klienty. Jen dvakrát se stalo, že byl klient agresivní vůči personálu.“* S8: *„Musíme odhadnout situaci. Agresivita buď odezní nebo přetrvává. Je potřeba zabránit vzniku nějakého incidentu.“* S9: *„Nejprve to vždy řešíme pohovorem nebo se jdeme s klientem projít, aby se uklidnil. Záleží na tom, jak vysoká je agresivita. Když nestačí slova ke zklidnění klienta, je potřeba ho šetrně zalehnout, zavolat záchrannou službu a popřípadě policii.“*

Další otázka zní, zda sestry preferují při projevech psychických poruch aplikaci léků určené ke zklidnění pacienta nebo volí pouze vhodná slova. S2 odpověděla: *„Vždy s pacienty nejdříve komunikujeme. Také jim pomáhá například to, že se setkají se svou rodinou, na kterou se vždy těší. Pacientům, kteří mají nějaké psychické problémy, jsou podávány psychiatrické léky.“* S1: *„Pacienti nejsou úzkostní, oni jsou tady spokojeni.“* S5: *„Pokud nejsou v dobrém psychickém rozpoložení, tak se jim vše snažíme nějak rozumně vysvětlit a utěšit je.“* S4: *„Někteří pacienti nám nejsou schopni sdělit, že je něco trápí a nemají zájem s námi komunikovat.“* S3: *„Většinou se jedná jen o to, že klienti chtějí být se svou rodinou. Pokud zrovna není možné, aby je někdo z rodinných příslušníků navštívil, tak rodině s klientem alespoň zavoláme.“* S6: *„Medikaci určenou ke zklidnění pacienta nikdy nepodáváme bez přítomnosti lékaře. S pacientem si promluvíme, popřípadě zavoláme záchranku a policii při vysoké agresivitě.“* S9: *„V první řadě volíme vždy vhodná slova.“* S7 odpověděla: *„Žádné léky, které nejsou*

součástí chronické medikace nepodáváme.“ S8: „Nejprve se pacienta snažíme uklidnit slovně, případně mu podáme léky ke zklidnění.“

Následující otázka zní, jaké léky jsou nejčastěji podávány, jestliže je to nutné. S1 odpověděla: *„Z neurologických léků je to například Neurol či Valproát.“* S3: *„Z psychiatrických léků je to například Haloperidol, Chlorprothixen, Tisercin, Phenaemal nebo Depakine chrono.“* S2 dodala: *„Často se jedná o antiepileptika, jehož zástupce je například Rivotril. Sabril, Orfiril nebo Dretacen jsou také léky určeny k léčbě epilepsie.“* S4: *„Při úzkostných stavech za účelem zklidnění nebo také při léčbě právě epileptických záchvatů je zde občas podáván Diazepam.“* S5: *„Antiepileptika jsou u nás jedny z nejvíce užívaných léků.“* S6: *„Jedná se jen o chronickou medikaci a vždy o podání léku rozhoduje lékař.“* S9: *„Nejčastěji se jedná o psychofarmaka.“* S8 uvádí: *„Nejvíce užívané léky jsou antiepileptika a psychofarmaka.“*

Poslední otázka týkající se psychologických potřeb zní, zda jsou v těchto případech využívány nějaké omezovací prostředky. S1 odpověděla: *„To je spíš využíváno na chráněném bydlení než u nás v domově pro osoby se zdravotním postižením.“* S2 dodala: *„Málokdy k tomu dochází. Většinou postačí jen správně provedené úchopy.“* S3: *„Nejdříve všechno řešíme domluvou.“* S4: *„Pokud někdo vyvádí, tak to rozhodně hned neřešíme omezovacími prostředky a snažíme se klienty uklidnit slovně.“* S9: *„Omezovací prostředky nevyužíváme, pouze zakročíme úchopem.“* S6 dodala: *„Občas pomůže to, že klienta necháme o samotě a dojde po nějaké chvíli ke zklidnění.“* S7: *„Omezovací prostředky nepoužíváme. Jedno oddělení se skládá z více neklidných pacientů, u kterých je personál zvyklý v případě potřeby zakročit a použít vhodný úchop ke zklidnění.“* S8: *„Omezovací prostředky v zařízení nepoužíváme. V případě vysoké agresivity zavoláme záchranku.“*

Sociální potřeby

Třetí podkategorie je zaměřena na sociální potřeby pacientů. Otázky se týkají toho, jakým způsobem sestry komunikují s osobou s mentálním znevýhodněním, jakým způsobem spolupracují s rodinnými příslušníky a jaké aktivity mají klienti k dispozici v zařízení. Dále jak je postaráno o to, aby se klienti cítili v zařízení příjemně a vycházeli dobře s ostatními osobami.

První otázka zní, jakým způsobem sestry komunikují s osobou s mentálním znevýhodněním. S2 odpověděla: „*To je hodně individuální. Každý klient je jiný. My už je známe, tudíž víme, jak s kým komunikovat.*“ S1: „*Rozhodně musíme mluvit pomalu, srozumitelně a zbytečně nezvyšovat hlas.*“ S4 dodala: „*Na někoho ten hlas občas zvýšit musíme.*“ S3: „*S některými se dá domluvit snadno, s někým se nedomluvíme vůbec. Někteří pacienti téměř vůbec nereagují nebo nám nerozumí. Občas poznáme, že nám rozumí, ale jen dělají, že ne.*“ S5: „*Já bych řekla, že s nimi komunikujeme jako v běžném životě, bez ohledu na jejich postižení.*“ S6: „*Musíme dobře znát klienty a zvolit správný přístup. Někteří klienti se chovají jako čtyřletý, někdo se naopak chová přiměřeně ke svému věku.*“ S7: „*I přes to, že mohou působit hloupěji, tak to tak rozhodně není. Komunikujeme s nimi jako by žádné postižení neměli.*“ S8: „*Úroveň komunikace se odvíjí od povahy daného jedince. Musí mít na něj pozitivní vliv.*“ S9: „*Nerozlišujeme pacienta s postižením od zdravých osob, jednáme s ním tedy jako se sobě rovným.*“

Následující otázka je zaměřena na spolupráci sester s rodinnými příslušníky. S2 odpověděla: „*Spolupráce probíhá většinou bez problému. Vycházíme si navzájem vstřícně. Důležité je pravidelné předávání informací o pacientovi.*“ S5 dodala: „*Zdravotnickému personálu i rodině záleží především na spokojenosti klienta, proto se vždy rozumně domluvíme.*“ S3: „*Někteří rodinní příslušníci do zařízení pravidelně dochází nebo se s nimi můžeme případně spojit telefonicky.*“ S4 a S1 uvádí, že pokud je potřeba řešit některé náležitosti týkající se například zdravotního stavu pacienta, tak preferují osobní setkání s rodinnými příslušníky. S9: „*S opatrovníky jednáme dle potřeby. Informace o zdravotním stavu podává rodině většinou lékař.*“

Na otázku, jak často navštěvují rodinní příslušníci klienty, S6 odpověděla: „*Navštívit klienta mohou kdykoliv. Záleží na klientovi, jak se v danou chvíli cítí.*“ S4: „*Někdo nejeví zájem o klienta téměř vůbec, někdo naopak jezdí nebo volá pravidelně každý týden.*“ S1 dodala: „*Pacienti mají také možnost jezdit domů za svou rodinou.*“ S3: „*Klienti mají i vlastní telefony u nás na oddělení, aby se mohli spojit s rodinou.*“ S5: „*Většina pacientů má příbuzné, kteří o ně jeví zájem a jsou spolu pravidelně v kontaktu.*“ S7: „*Rodina za klientem dochází v průměru dvakrát týdně.*“ S8: „*Některé pacienty rodina navštěvuje klidně třikrát do týdne, někoho jednou za tři měsíce a další třeba vůbec. Je to různé.*“

Další otázka zní, co dělají sestry pro to, aby se pacienti lépe adaptovali, cítili se v zařízení příjemně a vycházeli dobře s ostatními osobami. S2 odpověděla: „*Pokud se přijme nový*

pacient, tak je mu přidělen jeden klíčový pracovník a následně je tvořen individuální plán.“ S3: „Nově příchozí klient se nejprve seznámí se všemi zaměstnanci a postupně se poznává s ostatními klienty.“ S1 dodala: „Také je důležité, aby jedinec věděl, kdy se co děje v průběhu dne. Vždy ho provedeme celým našim zařízením a seznámíme ho se stanoveným harmonogramem.“ S4: „Při prvním setkání je vždy výhodou, když přijde s klientem někdo z rodinných příslušníků, jelikož klienta znají nejlépe. Vždy se od nich snažíme zjistit co nejvíce informací. Například jaké je oblíbené jídlo či pítí daného jedince, co rád dělá nebo se mu naopak nelíbí.“ S5: „Nejdůležitější je s pacienty komunikovat, vždy jim všechno vysvětlit a začleňovat je do společnosti.“ S6: „Snažíme se je zabavit, povídat si s nimi a věnovat jim dostatek času.“ S7: „Při příchodu nového klienta je potřeba mu vše neustále ukazovat, aby se dobře orientoval a cítil se bezpečně.“ S8: „Zařízení se snažíme rozveselit výtvary od samotných pacientů.“ S9: „S klienty například tančíme nebo zpíváme. O všem s nimi otevřeně komunikujeme a jsme vždy usměvavý. Dokážou mít radost z maličkostí.“

Následující otázka je zaměřena na to, jaké aktivity mají pacienti k dispozici, aby docházelo k začleňování do společnosti. S2 odpověděla: *„Pro klienty jsou pořádány různé výlety. Navštěvují kulturní akce, divadlo, kino nebo koncerty.“ S5: „V zařízení je mnoho terapií, které klienti pravidelně absolvují. Výběr terapie se odvíjí od stupně postižení. K dispozici je například terapie tkaní, hedvábí, keramika, kreslení, výroba loutek a dekorací.“ S4: „Oblíbená je muzikoterapie, arteterapie či hipoterapie. Každý klient si může vybrat aktivitu, která ho baví.“ S1: „Pořádáme sportovní soutěže, grilování, diskotéky a maškarní bály. Navštěvujeme další zařízení pro osoby se zdravotním postižením. Dodržujeme tradice jako například mikulášskou nadílku, čarodějnice nebo zpívání na schodech o Vánocích.“ S3: „Mají k dispozici spoustu volnočasových aktivit, které jsou vybírány podle schopností a zájmů klienta. Máme zde velkou zahradu a bazén. Jsou pořádány zajímavé přednášky od hasičů nebo městské policie.“ S6: „Oblíbenou činností jsou ruční práce. Jedná se například o vyšívání, pletení, tvoření z keramiky nebo kreslení. Důležité je zajistit, aby docházelo k neustálé aktivizaci klientů.“ S7: „Někteří klienti jezdí autem či autobusem do zaměstnání nebo jsou schopni si dokonce nakoupit potraviny. Klíčový pracovník má v těchto případech na starost tři až pět klientů.“ S9: „Aktivity jsou velice pestré. Chodíme každý den na procházky. Občas pořádáme výlety, koncerty, setkání s klienty z jiných zařízení. Vyžití rozhodně klienti mají, ale samozřejmě v rámci jejich možností.“*

Další otázka zní, kolik času v průměru stráví během dne sestry u jednoho pacienta. S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8 i S9 odpověděly obdobně. Na oddělení je neustále přítomen někdo ze zdravotnického personálu. Pacienty navštěvují fyzioterapeuti, mají k dispozici mnoho volnočasových aktivit, ale zároveň mají svůj klid na odpočinek během dne.

Poslední otázkou této podkategorie je, zda sestry pozorují, jak se k sobě navzájem pacienti chovají. S1, S2, S3, S4, S5 i S6 uvádí shodnou odpověď. Jsou pacienti, kteří se straní kolektivu, jiní naopak společnost vyloženě vyhledávají. Převážná většina pacientů je spíše kontaktních a mají rádi pozornost. S7 odpověděla: „*Občas mezi pacienty dochází k agresivitě nebo k sexuálnímu obtěžování.*“ S8: „*Snažíme se o to, aby zde převládala harmonická atmosféra a nedocházelo mezi nimi k hádkám.*“ S9: „*Pacienti spolu víceméně vychází dobře, občas mají ponorku, ale k častým konfliktům mezi nimi rozhodně nedochází.*“

Spirituální potřeby

Čtvrtá podkategorie je zaměřena na spirituální potřeby pacientů. Otázky se týkají toho, jak pacienti zvládají náročné životní situace, jak jsou řešeny vzniklé problémy, zda je v zařízení poskytována paliativní péče a jakým způsobem dochází ke zkvalitnění života.

Na otázku, jak zvládají osoby s mentálním znevýhodněním náročné životní situace a jakým způsobem se vypořádají s problémy, S8 odpověděla: „*Záleží na stupni postižení. Pacienti s těžkým stupněm postižení si kolikrát závažnost situace ani neuvědomují.*“ S4: „*Někteří pacienti jsou velice fixováni na svou rodinu, proto by pro ně ztráta někoho z blízkých osob mohla být psychicky náročná.*“ S9: „*Osoby s mentálním znevýhodněním rádi ventilují problémy navenek a mají potřebu to s někým rozebrat. Jsou hodně sebestřední.*“ S6: „*Pacienti mají trochu oploštělé emoce, tudíž vnímají problémy jinak. Úmrtí pro nás může být obrovská zátěž a oni se s tím naopak smíří rychle. Každopádně tady máme jednoho klienta, kterému zemřela maminka před rokem a stále pro ni pláče.*“ S3: „*Občas jsou v takzvané opozici, ale většinou své problémy ventilují.*“

Následující otázka je zaměřena na to, jak je těmto problémům předcházeno v zařízení, popřípadě jak jsou vzniklé problémy řešeny. S5 odpověděla: „*Vždy s pacienty musíme jednat na rovinu a hlavně šetrně.*“ S1: „*V první řadě si s nimi určitě popovídáme, ale občas o to ti klienti ani nestojí a vyžadují být o samotě.*“ S3: „*Snažíme*

se je vyslechnout, vše jim rozumně vysvětlit a podpořit je.“ S4: „V těžkých situacích se snažíme, aby přišli na jiné myšlenky. Vezmeme je například na výlet nebo si s nimi zahrajeme nějakou hru.“ S2: „Většina klientů vyžaduje zvýšenou pozornost, proto je potřeba se jim dostatečně věnovat. Vždy poznáme, že něco není v pořádku a podle toho následně jednáme.“ S7: „Každý pacient má svého klíčového pracovníka, kterého si od prvního dne oblíbil, kterému důvěřuje a se vším se mu tedy může svěřit. Pacienti mají zde možnost navštívit kapli a zúčastnit se bohoslužeb. Občas dojíždí do zařízení i pan farář.“

Další otázka zní, jakým způsobem sestry připravují pacienty na umírání a smrt. S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8 i S9 se shodly na tom, že pacienty v sociálním zařízení na umírání a smrt nepřipravují. S9 uvádí: *„Se stárnutím se běžně setkáváme, ale na umírání a smrt klienty vyloženě nepřipravujeme. Nejsem si jistá, jestli to vůbec vnímají.“*

Následující otázka je zaměřena na to, zda jsou sestry seznámeny s poskytováním paliativní péče v terminálním stádiu pacienta. S tím souvisí i otázka, zda je tento druh péče poskytován v tomto zařízení nebo musí být pacienti hospitalizováni v nemocnici či v jiných zařízeních. S1, S2, S3, S4 i S5 uvádí shodnou odpověď, že tento druh péče v zařízení neposkytují. Pokud je pacientův zdravotní stav zhoršený, tak musí být hospitalizován v nemocnici nebo je následně uložen do hospice. S6 uvádí: *„Pacienti nemusí být hospitalizováni a poskytujeme paliativní péči v zařízení pokud je to potřeba. Zajistíme nutriční výživu, pravidelně pacienta polohujeme a ošetřujeme pravidelně pokožku.“* S8 odpověděla: *„S poskytováním této péče jsme seznámeni. Pokud má pacient zhoršený zdravotní stav, tak se snažíme, aby mu pomohli v nemocnici. Jestliže nám z nemocnice vysloveně nenapišou, že pacientovi nejsou schopni pomoci, tak je hospitalizovaný tam. V opačném případě je pacientovi zajištěno klidné umírání a smrt v zařízení.“*

Další otázka zní, kdo sděluje případný výskyt vážného onemocnění samotnému jedinci a rodinným příslušníkům. S1, S2, S4, S5 i S8 uvádí shodnou odpověď, že informace týkající se diagnózy a zdravotního stavu pacienta většinou sděluje lékař. Pokud dojde k úmrtí pacienta, tak to rodinným příslušníkům sdělí sestra, která má v danou chvíli směnu, popřípadě koroner. S6 uvádí: *„My jako sestry také můžeme podat nějaké informace rodině, ale samozřejmě jen ty, na které máme kompetence. Rodině o zdravotním stavu klienta a o výskytu onemocnění často podává informace vrchní sestra.“*

Vždy je potřeba danou skutečnost sdělit šetrně.“ S3: „Když se volá záchranná služba, tak musíme informovat opatrovníka o případné hospitalizaci pacienta. Popíšeme celou situaci, symptomy nebo co tomu předcházelo. Poté už rodina musí požádat o sdělení informací nemocnici.“ S7: „Opatrovníkům většinou volají sestry a pacientům to sděluje lékař.“ S9: „Informace o zdravotním stavu sděluje rodině lékař. Pokud musí být pacient hospitalizovaný v nemocnici, tak tuto skutečnost mohou sdělit rodině sestry. Dále o zdravotním stavu pacienta podává informace nemocnice opatrovníkům, nikoliv sociálnímu zařízení.“

Otázka na závěr zní, jakým způsobem dochází ke zlepšení zdravotního stavu, psychiky daného jedince a zkvalitnění života v sociálním zařízení. S1 uvádí: *„Je potřeba se pacientům dostatečně věnovat. Nejdůležitější je komunikace. Snažíme se klientům zajistit pestrý kvalitní život.“ S2: „Musíme je umět vyslechnout, motivovat je k samostatnosti a být pro ně vždy oporou.“ S3: „Pořádáme pro ně různé společenské akce. Jde nám v první řadě o to, aby měl každý možnost dělat to, co ho baví.“ S4: „Snažíme se zajistit příjemné prostředí, široké spektrum aktivit, návštěvu někoho z rodiny, dobré jídlo a v neposlední řadě příjemný zdravotnický personál.“ S5: „Mají na výběr z celé řady terapií a zajištěnou dostupnost komplexní zdravotní péče. Velkou výhodou je, že tráví čas společně s dalšími osobami sobě rovnými.“ S7: „Poskytujeme komplexní péči a snažíme se o co nejvýše možnou kvalitu života.“*

5 Diskuze

Bakalářská práce nese název *„Péče o pacienta s mentálním znevýhodněním z pohledu zdravotního pracovníka v sociálním zařízení“*. Prvním cílem bylo zmapovat uplatnění kompetencí zdravotních pracovníků v rámci sociálního zařízení. Druhým cílem bylo zjistit potřeby pacientů s mentálním znevýhodněním ve vybraném sociálním zařízení. Bylo stanoveno celkem sedm výzkumných otázek. První výzkumná otázka je zaměřena na to, jak sestry uplatňují své kompetence při provádění terapie i.v. cestou. Druhá otázka se zabývá uplatňováním kompetencí při ošetřování ran. Třetí otázka zní, jak sestry uplatňují své kompetence při podávání léků. Čtvrtá otázka je zaměřena na biologické potřeby pacientů s mentálním znevýhodněním. Pátá otázka se zabývá psychologickými potřebami pacientů. Šestá otázka zní, jaké sociální potřeby mají pacienti s mentálním znevýhodněním. Poslední výzkumná otázka je zaměřena na spirituální potřeby pacientů. Výzkumné šetření této bakalářské práce bylo zpracováno pomocí kvalitativní výzkumné strategie. Technika sběru dat probíhala prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný soubor byl tvořen celkem devíti sestrami pracujícími ve vybraných sociálních zařízeních. Rozhovory byly zpracovány technikou „tužka a papír“ a rozděleny do jednotlivých kategorií a podkategorií metodou otevřeného kódování. První kategorie je zaměřena na podávání léků. Podkategorie se zabývají podáváním léků intravenózní cestou a podáváním léků per os. Druhá kategorie je zaměřena na ošetřování ran. Podkategorie zahrnují péči o rány a prevenci vzniku ran. Třetí kategorie se zabývá potřebami pacientů. Podkategorie zahrnují biologické, psychologické, sociální a spirituální potřeby pacientů.

První výzkumná otázka se zabývá uplatňováním kompetencí sester při provádění terapie i.v. cestou v sociálním zařízení. Také byly sestry dotazovány na to, v jakých případech dochází k hospitalizaci. V rámci našeho kvalitativního výzkumného šetření bylo zjištěno, že sestry v sociálním zařízení nemohou podávat léky pacientům intravenózní cestou. Všichni probandi se shodli na tom, že k hospitalizaci dochází v případě zhoršení zdravotního stavu pacienta. Například S6 odpověděla: *„Záchrannou službu přivoláme v případě, že pacient nepřijímá stravu a tekutiny. Dále například při bolestech břicha, zvracení krve či při podezření na náhlou příhodu břišní.“* S4 uvádí: *„Infuzní terapii zde nepodáváme a závažnější zdravotní problémy je potřeba řešit v nemocnici.“* Malíková (2020) ve své knize uvádí, že v případě výskytu závažného akutního stavu u pacienta je potřeba vyhledat odbornou lékařskou pomoc či zavolat záchrannou zdravotnickou

službu. Následně musí být pacient většinou hospitalizován v nemocnici. Vyhláška č. 391/2017 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, obsahuje kompetence všeobecných sester a praktických sester při zacházení s léčivý. Všeobecná sestra může podávat terapii intravenózní cestou, pokud se nejedná o děti do tří let věku. Praktická sestra nesmí podávat terapii intravenózní cestou (Červinková, 2022).

Další výzkumná otázka je zaměřena na podávání léků per os. Sestry se musí řídit vždy podle ordinace lékaře a žádné výkony tedy nesmí provádět z vlastní iniciativy (Malíková, 2020). V rámci výzkumného šetření této bakalářské práce byla položena otázka, zda mají v sociálním zařízení takzvanou SOS medikaci při zdravotních komplikacích pacienta bez přítomnosti lékaře. Tento typ medikace sestry prý nevyužívají a vždy je potřeba podání jakéhokoliv léku konzultovat s lékařem. S7 uvádí: *„Léky naordinované od lékaře máme, ale podat je bez jeho přítomnosti nemůžeme. V případě vyskytující se agresivity je potřeba zavolat záchranku. Ti pak podle ordinace psychiatra podají léky nebo aplikují injekci.“* S8: *„Máme od lékaře předem naordinované léky, ale správně bychom je bez jeho přítomnosti podávat neměli. Při akutním neklidu je možné podat Tiapridal, Tisercin a Promethazin.“* Při využívání SOS medikace jsou léky předem naordinované od lékaře, každá sestra musí znát všechny specifika pacientů a jejich zdravotní stav. V případě výskytu zdravotních komplikací by měla být první pomoc včasná a co nejvíce efektivní, tudíž si osobně myslím, že tento typ medikace by v sociálním zařízení měl být využíván. Z uskutečněných rozhovorů vyplývá, že léky per os jsou pacientům podávány standardně ráno, v poledne, večer a na noc. S6 odpověděla: *„Vždy se řídíme dle ordinace lékaře. Léky podáváme pacientům ráno, v poledne, večer a na noc. Čas podání je odlišný u antibiotik nebo antivirotik. Antibiotika podáváme například v pět hodin ráno, v jednu hodinu odpoledne a v devět hodin večer. Většinou tedy po osmi hodinách. Také je to občas přizpůsobené tomu, abychom zbytečně nebudili pacienty.“* S7 uvádí: *„Některé léky je potřeba podávat půl hodiny před jídlem, například Omeprazol. U antibiotik musíme dodržovat přesně určené časy podání.“* S2 odpověděla: *„Podávání léků je individuální a záleží na zdravotním stavu pacienta. V průběhu dne mohou být podávány léky proti bolesti, pokud je pacient potřebuje, ale vždy jen po konzultaci s lékařem.“* S1 uvádí: *„Praktický lékař dochází do zařízení pravidelně jedenkrát týdně, v případě potřeby je možné se s pacientem dopravit přímo do ordinace lékaře. Vždy zkontroluje zdravotní stav pacientů a naordinuje léky. Neurolog, psychiatr či zubař zařízení navštěvují jedenkrát do měsíce nebo dle potřeby.“* Chybné podání léku může způsobit zdravotní

komplikace až smrt, proto je kontrola velice důležitá. Sestry musí být tedy schopny správně identifikovat pacienty, jimi užívané léky, indikace k aplikaci léku, množství, správný způsob a čas podání léku (Gillian Arr-Jones et al., 2007). Nesprávné podání léku může ovlivnit řada faktorů jako například nedostatečná komunikace, nedostatek dovedností a znalostí zaměstnanců či nevhodné pracovní prostředí (Keers et al., 2018). Dále by sestry měly znát vedlejší a nežádoucí účinky léků. Měly by vědět, jak působí užívání léků na psychický i fyzický stav jedince s mentálním znevýhodněním. Farmakologická léčba má především pozitivní účinky a vede k rozvoji v oblasti vykonávání sebeobsluhy, každodenních aktivit a začleňování se do společnosti. Dochází ke zlepšení komunikace, vnímání a psychického rozpoložení. Mohou se objevovat nežádoucí účinky v podobě tachykardie, zvýšené únavy či třesu (Alcântara et al., 2018). Všichni probandi uvádí, že ke kontrole pacienta, léku, času a způsobu podání léku dochází vždy při každé aplikaci. Při výzkumném šetření jsem se dozvěděla, že v sociálním zařízení jsou nejčastěji podávány léky mentálně znevýhodněným osobám ve formě tablet. Dále byly zmiňovány sirupy či kapky. S2 odpověděla: *„Nejvíce se jedná o tablety. Dále jsou užívány Vigantol kapky, které se aplikují jedenkrát týdně. Z důvodu ušního mazu jsou podávány ušní kapky. Používáme také sprej na dýchání Ventolin a pacientům jsou často aplikovány oční kapky.“* Každá sestra by měla být řádně proškolená o správném způsobu podávání léků. Nejčastěji jsou vzdělávací programy zaměřeny na podávání léků právě ve formě tablet a kapslí. Chybí však například školení zabývající se správnou manipulací při aplikaci očních kapek. Z tohoto důvodu pak mohou vznikat zdravotní komplikace v podobě infekcí (Gillian Arr-Jones et al., 2007). Nezbytnou součástí podávání léků je záznam do dokumentace. S3 odpověděla: *„Pokud se jedná o trvalou medikaci, tak to musíme vždy zadat do počítače, aby to bylo vyúčtováno pojišťovně.“* Sestry dále uvedly, že vedou také klasickou ošetrovatelskou dokumentaci, do které tedy provádí záznam o podání léku. Uvádí tedy čas, název léků, množství léků, způsob podání a vlastní podpis. S5 uvádí: *„Záznam o podání léku provádíme do počítače i do běžné ošetrovatelské dokumentace. Máme dokonce elektronický podpis.“* Jednotlivé výkony, které jsou prováděny u pacientů v sociálním zařízení, mají vždy svůj kód. Ten musí být vykázán, aby daný výkon byl následně uhrazen zdravotní pojišťovnou. Konkrétně podávání léků per os má kód 06623. Jestliže provedení daného výkonu trvá kratší dobu než deset minut, tak jež není možné vykázat. Dle zákona č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu, musí být u každého pacienta vedena zdravotnická dokumentace. Záznamy do dokumentace musí obsahovat všechny potřebné informace a musí být čitelné

(Malíková, 2020). V sociálním zařízení je potřeba mít neustále k dispozici potřebné léky předepsané od praktického lékaře (Gillian Arr-Jones et al., 2007). V rámci výzkumu bylo zjištěno, že jsou léky pravidelně objednávány a je vždy zároveň kontrolována expirace léčiv. S6 odpověděla: „*Jednou za tři měsíce vždy kontrolujeme preskripce.*“ S8: „*Expiraci léků kontrolujeme ihned po převzetí z lékárny. Léky jsou objednané vždy na tři měsíce. Expirace je samozřejmě kontrolována při každé přípravě a následném podání léků.*“ Když jsem při rozhovorech položila sestřím otázku, jaké léky jsou nejčastěji užívány osobami s mentálním znevýhodněním, tak byly nejvíce zmiňovány tři lékové skupiny. Konkrétně se jedná se o psychofarmaka, neurologické léky a antiepileptika.

Následující výzkumná otázka se týká ošetřování ran. Při rozhovorech byla sestřím položena otázka, o jaký druh ran se nejčastěji jedná. Sestry nejvíce zmiňovaly, že u pacientů většinou vznikají opruzeniny či drobná poranění v podobě odřenin. Méně časté jsou dekubity, které se údajně vyskytují po hospitalizaci v nemocnici. Mikula a Müllerová (2008) ve své knize uvádí, že ke vzniku dekubitů dochází v sociálním zařízení a nemocnici u 3-12 % pacientů. Rizikovými faktory může být imobilita, vyšší věk, nedostatečná výživa, dehydratace nebo naopak hyperhydratace, inkontinence, ženské pohlaví, obezita a kachexie. V rámci našeho výzkumného šetření bylo zjištěno, že nejčastěji vznikají rány z důvodu úrazů. S7 uvádí, že vzhledem k mentálnímu znevýhodnění nejsou pacienti tak manuálně zruční a pohybově nadaní, a proto tedy dochází k poranění. Dalším důvodem vzniku ran jsou pády. S8 odpověděla: „*Roli hraje spousta faktorů, a to především věk, stupeň mentálního postižení, celkové zhoršení zdravotního stavu, sebepoškozování, epileptický záchvat, snížený krevní tlak a užívání léků. Pacienti mají občas vyrážky, které vznikají z důvodu alergické reakce na léky.*“ Osoby s mentálním znevýhodněním jsou více ohroženy vznikem kožních poranění, proto je role sester v prevenci či při ošetřování ran velice důležitá. Komplikované hojení ran může způsobovat nedostatek znalostí sester, nepochopení léčby ran a nezájem spolupracovat ze strany pacientů. Tento jejich přístup pak ztěžuje práci sester. Negativní vliv na ošetřování ran má dále zhoršený zdravotní stav pacientů, nedostatek potřebných pomůcek, zastaralé postupy sester a lékařů (Kaba et al., 2020). U rány je potřeba nejprve zhodnotit její rozsah, lokalizaci, hloubku, okraje, zápach exsudátu a okolí rány. Následně lékař rozhodne o příslušné léčbě (Brabcová, 2021). Jednotlivé výkony mají vždy svůj kód, který musí být vykázán, aby byl daný výkon následně uhrazen zdravotní

pojišťovnou. Kód 06629 je určený pro ošetřování ran. Zdravotní pracovníci se musí řídit ordinací lékaře a dodržovat správný způsob ošetření (Malíková, 2020). S tímto se shodují odpovědi sester, které uvádí, že vždy postupují dle ordinace lékaře. Prvním krokem při ošetřování ran je důkladná dezinfekce rukou. Nezbytnou pomůckou jsou rukavice. Pacient musí být seznámen s provedením výkonu, uložen do vhodné polohy a průběžně informován. Rána je nejprve očištěna a následně zhodnocena. Sleduje se vzhled rány, známky infekce, krvácení a bolestivost (Pejznochová, 2010). Na otázku, jaké pomůcky jsou využívány při převazu ran v sociálním zařízení, odpověděly všichni probandi shodně. Jedná se o rukavice, dezinfekci, sterilní nástroje, masti, gely, sterilní čtverce a tampony, mastný tyl, stříbro, suprasorb k vlhkému hojení ran, betadine roztok, novikovův roztok, prontosan roztok, omnifix a obvazový materiál. Pokorná a Mrázová (2012) ve své knize uvádí, že při vlhkém hojení ran jsou využívány materiály, které udržují vlhké prostředí a dochází k odstranění nekrotické tkáně. Materiály se stříbrem se využívají z důvodu ochrany před vznikem infekce. Prontosan roztok je určený k vyčištění rány. Betadine roztok má antimikrobiální účinky. Tím se rozumí, že působí na bakterie, viry a plísňe. U převazu ran je nejvíce zásadním krokem dodržování aseptického postupu. Každý by měl znát a správně uplatňovat mechanické mytí rukou. Dále se využívá hygienická dezinfekce rukou. Ochrannou pomůckou jsou rukavice, které zabraňují přenosu infekce mezi zdravotnickým personálem a pacienty. Na otázku, zda sestry dbají na dodržování aseptického postupu při ošetřování ran, odpověděli všichni probandi shodně. Při převazu rány je sterilní postup vždy dodržován, a předchází se tak vzniku infekce. Dále sestry uvádí, že je ošetřování ran velice individuální. Záleží na druhu rány a stupni dekubitu. Na otázku, jakým způsobem sestry předchází vzniku ran a dekubitů, S3 odpověděla: *„Zabránit vzniku dekubitů se snažíme rozhodně pravidelným polohováním, důkladnou hygienou a ošetřením pokožky. Klienty polohujeme dle potřeby, ale snažíme se polohovat po dvou hodinách, střídáme pravý a levý bok. U klientů s těžkým stupněm postižení, u kterých hrozí vznik dekubitů, jsou využívány antidekubitní matrace a další pomůcky jako prevence.“* S8 uvádí: *„Do profylaxe zahrnujeme cvičení s rehabilitačními pracovníky, aby měli pacienti pravidelný pohyb. Řídíme se dle ošetřovatelských standardů.“* Sestry dále uvádí, že pádům předchází bezbariérovým režimem a pro pacienty volí vhodnou obuv. V oblasti péče o rány je využívána řada hodnotících škál. Týkají se například rizika vzniku pádů, dekubitů a infekcí (Brabcová, 2021). Mikula a Müllerová (2008) ve své knize popisují prevenci vzniku dekubitů. Dekubitům lze předcházet pravidelným polohováním pacienta

za pomoci využívání antidekubitních pomůcek, matrací a polohovacích lůžek. Důležitou roli hraje také důkladná hygiena a dostatečná výživa. Brabcová (2021) dále uvádí preventivní opatření jako jsou masáže či rehabilitace. V případě inkontinence moče a stolice je potřeba dbát zvýšené pozornosti.

Čtvrtá výzkumná otázka je zaměřena na biologické potřeby pacientů. Do biologických potřeb zahrnujeme stravování, dostatečný příjem tekutin, potřebu spánku či oblékání se (Šamánková et al., 2011). Zahrnují také potřebu vylučování, zmírnění bolesti či předcházení dekubitů (Cimrmannová, 2020c). Další důležitou oblastí je vzdělávání, které je přizpůsobené fyzickému i psychickému rozvoji klienta (Zezulková, 2014). Do biologických potřeb lze zařadit také sexuální uspokojování (Švarcová-Slabinová, 2011). Bendová a Zikl (2011) ve své knize uvádí, že někdo je schopen si tyto potřeby uspokojit sám a někdo naopak vyžaduje při těchto činnostech pomoc od ostatních osob. S tímto se shoduje odpověď S9, která uvádí: *„Záleží na stupni postižení, ale většinou naši pomoc potřebují. Někteří klienti to však zvládají sami.“* S4 uvádí rozdílnou odpověď: *„Jelikož se staráme o klienty, kteří trpí středně těžkým mentálním znevýhodněním a těžkým mentálním znevýhodněním, tak sami sebeobsahu nevykonávají v podstatě nikdy.“* V rámci výzkumu byla položena sestřím položena otázka, zda preferují dopomáhat osobám s mentálním znevýhodněním při sebeobsluze nebo jim poskytují dostatek prostoru, aby tyto činnosti vykonávali sami. S8 odpověděla: *„Motivujeme je, aby se snažili sami. U imobilních pacientů uspokojujeme potřeby my.“* Pipeková et al. (2017) uvádí, že je nutností osobám věnovat dostatek času a prostoru v oblasti sebeobsluhy. Souhlasím s tím, že by pacienti měli být především motivováni k samostatnosti, aby docházelo k rozvoji jejich dovedností. Na otázku, zda sestry provádí nějaké spánkové rituály za účelem zkvalitnění spánku, uvádí S5: *„Je to opět individuální a musíme se řídit hlavně zvyklostmi jednotlivých pacientů.“* S2 odpověděla: *„V určitou hodinu nastává noční klid, který je vždy ve stejnou dobu, a pacienti jsou na to tak zvyklí.“* Dále sestry uvádí, že pacientům zatahují žaluzie a vyvětrají pokoj před spánkem. V případě vyskytujících se poruch spánku je uplatňována takzvaná kognitivně-behaviorální psychoterapie. Ta se zaměřuje na chování a myšlenky jedince, které mají negativní vliv na spánek (Borzová et al., 2009). V rámci našeho kvalitativního výzkumného šetření bylo zjištěno, že léky navozující spánek jsou pacientům v sociálním zařízení podávány minimálně. Jestliže pacient trpí poruchou spánku, tak musí být nejdříve řešena příčina. Pokud jsou všechna opatření vedoucí ke zvýšení kvality spánku

neúspěšná, tak nastupuje léčba farmakologická (Borzová et al., 2009). Při rozhovoru byla sestřám položena otázka týkající se vzdělávání osob s mentálním znevýhodněním. Všechny sestry uvedly, že klienti mají povinnou školní docházku a mají tedy možnost se vzdělávat. Zezulková (2014) ve své knize zmiňuje, že po dobu devíti let v základní či speciální škole mají jedinci povinnou školní docházku bez ohledu na jejich postižení. Osobám s mentálním postižením je potřeba předat dostatek informací o sexualitě a upozornit je na nebezpečí sexuálního zneužívání. Jestliže mají klienti zájem uspokojovat své sexuální potřeby, tak se u ženy využívá jako ochrana také antikoncepce (Švarcová-Slabinová, 2011). Janotová (2014) uvádí, že sexuální styk má zhruba 30% osob se středně těžkým stupněm postižení a 9% s těžkým stupněm postižení. Všichni probandi se shodli, že pacienti jsou o této problematice v sociálním zařízení dostatečně edukováni. S9 odpověděla: „*Máme zde k dispozici takzvaný sexuální tým, který s klienty rozebírá témata týkající se sexuality a vše jim srozumitelně vysvětlí.*“ S5: „*Máme tady partnerské dvojice, které spolu žijí. V těchto případech ženy užívají antikoncepci, aby byly chráněny.*“ Součástí této výzkumné otázky je téma týkající se bolesti. Bolest lze hodnotit za pomoci vizuální analogové škály, kdy je využívána stupnice od nuly do desíti, přičemž nula znázorňuje nejnižší intenzitu bolesti. Bolest pacientovi vždy věříme a snažíme se ji efektivně vyřešit. Vždy je cílem léčby bolest zmírnit či úplně odstranit. V rámci nefarmakologické léčby bolesti je potřeba se zaměřit na psychiku daného jedince a pozitivně ji ovlivňovat. Při využití farmakologické léčby je důležité zvolit vhodná analgetika (Fricová, 2009). Na otázku, jakým způsobem je řešena vyskytující se bolest u pacientů, odpověděla S2: „*U většiny případů je přivolán lékař, který daného pacienta vyšetří a na základě jeho rozhodnutí je bolest řešena.*“ S5: „*Máme zde fyzioterapeuty a tým rehabilitačních pracovníků, kteří každý den navštěvují pacienty a provádí s nimi různé cviky nebo právě i masáže.*“ S8: „*V první řadě se snažíme zjistit důvod vzniku a trvání bolesti. Při dlouhotrvající bolesti podáváme léky. Občas se provádí lymfodrenáže.*“ Při výzkumu bylo zjištěno, že klienty v sociálním zařízení nejčastěji trpí bolestmi hlavy, zad, kolene a kloubů. Bolest rozlišujeme akutní a chronickou. Akutní bolest trvá hodiny až dny. Chronická bolest je přítomna měsíce až roky. Od druhu bolesti se odvíjí způsob léčby (Fricová, 2009). Na otázku, zda u pacientů převládá spíše bolest akutní či chronická, je odpověď sester nejednoznačná.

Následující výzkumná otázka se zabývá psychologickými potřebami pacientů. Psychologické potřeby jsou uspokojovány na základě psychiky daného jedince

(Šamánková et al., 2011). Na otázku, jakým způsobem je pozitivně ovlivňována psychika osob s mentálním znevýhodněním, S6 odpověděla: „*Pacienti mají na výběr ze spousty terapií. Mohou malovat, tvořit výrobky z keramiky nebo obstarávat zahradu. Pořádáme různé výlety a společenské akce.*“ S7: „*Musíme být neustále pozitivně naladěný, usmívat se, projevovat zájem o pacienty, umět je vyslechnout. To je pro ně nejdůležitější.*“

Skorunka (2019) ve své publikaci s názvem *Mental Health and Illness; Arguments for Integrative Bio-Psycho-Social Model* uvádí, že je uplatňována psychoterapie, která napomáhá k slovnímu vyjádření o způsobeném traumatu. Osoby s mentálním znevýhodněním mají větší náchylnost k různým onemocněním (Tulcová, 2008). Při rozhovoru byla sestřám položena otázka, jaká onemocnění se nejčastěji vyskytují u osob s mentálním znevýhodněním. Všichni probandi se shodli, že se většinou jedná o bakteriální či virové onemocnění, tedy o běžné civilizační choroby. Například S6 odpověděla: „*Hodně častá je epilepsie, která právě souvisí s mentálním postižením. Dále pacienti trpí hypertenzí, artrózou nebo diabetem.*“ Někteří pacienti trpí neurologickými problémy či psychickými poruchami. Dále jsem se v rámci výzkumu dozvěděla, že se občas u pacientů vyskytují záživací potíže. Psychické poruchy u osob s mentálním znevýhodněním zahrnují schizofrenii, demenci, poruchy osobnosti, afektivní či neurotické poruchy (Švarcová-Slabinová, 2011). Janotová (2014) uvádí, že psychiatrickými poruchami trpí 40-50% osob s mentálním znevýhodněním a vyskytují se u nich častěji než u zdravých jedinců. U osob s mentálním znevýhodněním se může objevovat zvýšené riziko vzniku nádorových onemocnění, epilepsie a obezity. Dále jsou častá respirační či kardiovaskulární onemocnění (Cimrmannová a Wágner, 2020). V průběhu stárnutí dochází u jedinců k rozvoji osteoporózy. Zdravotní potíže může také způsobovat diabetes mellitus, hypertenze či vysoká hladina cholesterolu. U Downova syndromu v některých případech dochází k projevům demence nebo Alzheimerovy choroby (Černá et al., 2015). Na otázku, jak působí onemocnění na psychický stav jedince, odpověděla S9 takto: „*Někteří pacienti dokonce rádi navštěvují lékaře a vyložené si zdravotní problémy vyhledávají. K lékaři občas chodí například jen s malou odřeninou, aby byli ošetřeni, jelikož vyžadují zvýšenou pozornost.*“ Emocionalita je u jedinců s mentálním znevýhodněním nezralá. Často dochází ke změnám nálad a projevům bezmocnosti. Mohou se u nich projevovat záchvaty vzteku (Pipeková et al., 2017). Agresivitu mohou způsobovat nežádoucí účinky léků, psychické poruchy, nevhodné prostředí, zhoršený zdravotní stav a neuspokojení běžných potřeb klienta (Švarcová-Slabinová, 2011). Důležité je osoby s mentálním znevýhodněním pochválit za jakoukoli

snahu. Jedinci by neměli být trestáni za neúspěchy, jelikož to může vést právě k úzkostným poruchám (Pipeková et al., 2017). V dnešní době je psychologie týkající se mentálně znevýhodněných osob založena na specifických zvláštnotech psychiky (Švarcová-Slabinová, 2011). Na otázku, jak se sestry zachovávají v případech vyskytujících se agresivitu či projevech úzkosti u pacientů, odpověděla S6: „*Rozhodně zkusíme danou situaci nejprve vyřešit pohovorem. Pokud se jedná o brachiální nezvladatelnou agresi, tak je potřeba přivolat více zaměstnanců a zareagujeme nějakými úchopy.*“ S3: „*Máme zde pacienty, kteří mají nasazenou medikaci, kteří tedy užívají psychiatrické léky.*“ S tím souvisí další otázka, jaké léky jsou nejčastěji podávány, jestliže je to nutné. S1 odpověděla: „*Z neurologických léků je to například Neurol či Valproát.*“ S3: „*Z psychiatrických léků je to například Haloperidol, Chlorprothixen, Tisercin, Phenaemal nebo Depakine chrono.*“ S2 dodala: „*Často se jedná o antiepileptika, jehož zástupce je například Rivotril. Sabril, Orfiril nebo Dretacen jsou také léky určeny k léčbě epilepsie.*“ S4: „*Při úzkostných stavech za účelem zklidnění nebo také při léčbě právě epileptických záchvatů je zde občas podáváný Diazepam.*“ Projevy agresivního chování lze utlumit podáním neuroleptik či thymoprofylaktik. Léky snižující úzkostné stavy se nazývají anxiolytika. Antidepresiva se užívají při depresi či poruchách spánku (Michalík et al., 2011). Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, zahrnuje předpisy ke správnému využívání omezovacích prostředků. Používány jsou v případech ohrožení zdraví či života samotného pacienta nebo zdravotnického personálu. Omezit pacienta v pohybu lze jen správně provedenými úchopy (Petr a Marková, 2014). V rámci našeho výzkumného šetření bylo zjištěno, že v případech vyskytujících se agresivitu u pacientů nejsou využívány omezovací prostředky v sociálním zařízení. Sestry pacienta uklidňují slovně či vhodnými úchopy.

Šestá výzkumná otázka je zaměřena na sociální potřeby pacientů. Zde hraje důležitou roli společnost, ve které se daný jedinec nachází, a kulturní vyžití (Šamánková et al., 2011). Při rozhovoru byla sestrami položena otázka, jakým způsobem komunikují s osobou s mentálním znevýhodněním. S9 uvádí: „*Nerozlišujeme pacienta s postižením od zdravých osob, jednáme s ním tedy jako se sobě rovným.*“ S1 odpověděla: „*Rozhodně musíme mluvit pomalu, srozumitelně a zbytečně nezvyšovat hlas.*“ Při komunikaci s osobami s mentálním postižením je potřeba používat jednoduché věty, hovořit pomalu a srozumitelně. Velice důležitá je důvěra mezi pacientem a zdravotnickým pracovníkem. Vždy je potřeba zajistit, aby se jedinec cítil bezpečně a jednalo se s ním na rovinu

(Cimrmanová, 2020b). Za žádných okolností by zdravotní pracovníci s dospělými jedinci neměli jednat jako s dítětem, jelikož se pak cítí ponížene. Po celou dobu konverzace je důležité udržovat stejný tón řeči (Michalík et al., 2011). Důležité je kdykoliv umožnit klientům návštěvu někoho z rodinných příslušníků (Švarcová-Slabinová, 2011). Na otázku, která je zaměřena na spolupráci sester s rodinnými příslušníky, S5 odpověděla: *„Zdravotnickému personálu i rodině záleží především na spokojenosti klienta, proto se vždy rozumně domluvíme.“* Ostatní sestry uvádí, že s rodinnými příslušníky jsou ve většině případů pravidelně v kontaktu. Rodina má možnost klienta kdykoliv navštívit v sociálním zařízení nebo se s ním spojit telefonicky. V rámci našeho výzkumu byla položena otázka, co dělají sestry pro to, aby se pacienti lépe adaptovali, cítili se v zařízení příjemně a vycházeli dobře s ostatními osobami. S2 odpověděla: *„Pokud se přijme nový pacient, tak je mu přidělen jeden klíčový pracovník a následně je tvořen individuální plán.“* Dále sestry zmiňovaly, že musí být pacient proveden sociálním zařízením, seznámen se zdravotnickým personálem, ostatními klienty a stanoveným harmonogramem. Myslím si, že se osoby s mentálním znevýhodněním adaptují výrazně delší dobu a sestry musí být v těchto případech velice trpělivé. Cimrmanová (2020b) ve své knize uvádí, že je důležité jedincům věnovat dostatek prostoru k vyjádření jejich vlastních pocitů. Úlohou sester je vysvětlit osobám s mentálním postižením, že je naprosto v pořádku projevovat své emoce, ať už se jedná o negativní či pozitivní emoce (Pörtner, 2009). Jedincům je umožněno navštěvovat školu či zaměstnání, což usnadňuje sociální adaptaci (Michalík et al., 2011). Švarcová-Slabinová (2011) ve své knize uvádí, že musí pravidelně docházet k aktivizaci klienta a předcházet trvalému upoutání na lůžko. V rámci kvalitativního výzkumu této bakalářské práce bylo zjištěno, že mají pacienti na výběr z mnoha aktivit a terapií, které mohou absolvovat v sociálním zařízení. S2 odpověděla: *„Pro klienty jsou pořádány různé výlety. Navštěvují kulturní akce, divadlo, kino nebo koncerty.“* S5: *„V zařízení je mnoho terapií, které klienti pravidelně absolvují. Výběr terapie se odvíjí od stupně postižení. K dispozici je například terapie tkaní, hedvábí, keramika, kreslení, výroba loutek a dekorací.“* S4: *„Oblíbená je muzikoterapie, arteterapie či hipoterapie Každý klient si může vybrat aktivitu, která ho baví.“* Existuje řada terapií, které jsou využívány v sociálních zařízeních při poskytování péče klientům. Jsou pořádány různé kulturní akce, dodržují se zvyky a tradice. Cílem je zlepšení kvality života (Švarcová-Slabinová, 2011).

Poslední výzkumná otázka se týká spirituálních potřeb pacientů. Tyto potřeby se zabývají duchovním zaměřením a pocity osob (Šamánková et al., 2011). Spirituální potřeby zahrnují potřebu lásky, smyslu v životě, víry a důvěry v sebe samého i v Boha, naděje, odpuštění, úcty, modlitby, radosti, opory, vnitřního klidu, kreativity, plnohodnotného života a zajištění klidného umírání. Spiritualita a náboženství napomáhá jedincům k zvládnání náročných životních situací nebo v přítomnosti nějakého onemocnění (Sovářiová Soósová, 2022). Na otázku, jak zvládají osoby s mentálním znevýhodněním náročné životní situace a jakým způsobem se vypořádají s problémy, S8 odpověděla: *„Záleží na stupni postižení. Pacienti s těžkým stupněm postižení si kolikrát závažnost situace ani neuvědomují.“* S9: *„Osoby s mentálním znevýhodněním rádi ventilují problémy navenek a mají potřebu to s někým rozebrat. Jsou hodně sebestřední.“* Jestliže osoby s mentálním znevýhodněním přehnaně vyžadují pozornost od druhých osob, tak to může značit příznak spirituální bolesti, který vychází z náhle vzniklých změn nebo těžkých životních situací (Biňovcová a Cimrmannová, 2020). Dále byla sestřám položena otázka, jak je těmto problémům předcházeno v sociálním zařízení, popřípadě jak jsou vzniklé problémy řešeny. Například S7 odpověděla: *„Každý pacient má svého klíčového pracovníka, kterého si od prvního dne oblíbil, kterému důvěřuje a se vším se mu tedy může svěřit. Pacienti mají zde možnost navštívit kapli a zúčastnit se bohoslužeb. Občas dojíždí do zařízení i pan farář.“* Biňovcová a Cimrmannová (2020) uvádí, že v sociálním zařízení uspokojuje spirituální potřeby takzvaný koordinátor duchovní péče. Jsou-li pacienti věřící, tak je jim umožněno zúčastnit se mše v kostele (Švarcová-Slabinová, 2011). Pacientům s problémy týkající se spirituality může pomáhat také psycholog. V sociálním zařízení klienti mají možnost poslouchat duchovní hudbu či literaturu (Malíková, 2020). V rámci výzkumného šetření bylo zjištěno, že sestry v sociálním zařízení pacienty na umírání a smrt nepřipravují. Biňovcová a Cimrmannová (2020) naopak uvádí, že by pacienti měli být postupně připravováni na umírání a smrt. Jestliže osoba s mentálním znevýhodněním trpí vážným onemocněním, které je nevyléčitelné a zdravotní stav dané osoby je velice zhoršený, tak je potřeba zajistit paliativní péči. Jedná se o druh péče, jejímž cílem je zvýšit kvalitu života (Cimrmannová, 2020c). Umírající jedinci musí být většinou hospitalizováni v nemocničním prostředí, přestože je v sociálních zařízeních poskytována zdravotní péče (Biňovcová a Cimrmannová, 2020). Při rozhovoru byla sestřám položena otázka, zda jsou seznámeny s poskytováním paliativní péče v terminálním stádiu pacienta. S tím souvisí další otázka, zda je tento druh péče poskytován v tomto zařízení nebo musí být pacienti hospitalizováni

v nemocnici či v jiných zařízeních. Všichni probandi se shodli, že tento druh péče v zařízení neposkytují. Pokud je pacientův zdravotní stav zhoršený, tak musí být hospitalizován v nemocnici nebo je následně uložen do hospice. S6 uvádí rozdílnou odpověď: „*Pacienti nemusí být hospitalizováni a poskytujeme paliativní péči v zařízení pokud je to potřeba. Zajistíme nutriční výživu, pravidelně pacienta polohujeme a ošetřujeme pravidelně pokožku.*“ S8 odpověděla: „*S poskytováním této péče jsme seznámeni. Pokud má pacient zhoršený zdravotní stav, tak se snažíme, aby mu pomohli v nemocnici. Jestliže nám z nemocnice vysloveně nenapišou, že pacientovi nejsou schopni pomoci, tak je hospitalizovaný tam. V opačném případě je pacientovi zajištěno klidné umírání a smrt v zařízení.*“ Dle mého názoru nezáleží na tom, kde se daný pacient nachází, ale jaká péče mu je poskytována. Na otázku, kdo sděluje případný výskyt vážného onemocnění samotnému jedinci a rodinným příslušníkům, se většina odpovědí shodovala. Informace týkající se diagnózy a zdravotního stavu pacienta většinou sděluje lékař. Pokud dojde k úmrtí pacienta, tak to rodinným příslušníkům sdělí sestra, která má v danou chvíli směnu, popřípadě koroner. S9 odpověděla: „*Informace o zdravotním stavu sděluje rodině lékař. Pokud musí být pacient hospitalizovaný v nemocnici, tak tuto skutečnost mohou sdělit rodině sestry. Dále o zdravotním stavu pacienta podává informace nemocnice opatrovníkům, nikoliv sociálnímu zařízení.*“ V sociálních zařízeních by měli mít klienti zaopatřený plnohodnotný život (Švarcová-Slabinová, 2011). Na otázku, jakým způsobem dochází ke zlepšení zdravotního stavu, psychiky daného jedince a zkvalitnění života v sociálním zařízení, odpověděla S4: „*Snažíme se zajistit příjemné prostředí, široké spektrum aktivit, návštěvu někoho z rodiny, dobré jídlo a v neposlední řadě příjemný zdravotnický personál.*“ S2: „*Musíme je umět vyslechnout, motivovat je k samostatnosti a být pro ně vždy oporou.*“ S7 uvádí: „*Poskytujeme komplexní péči a snažíme se o co nejvýše možnou kvalitu života.*“

6 Závěr

Bakalářská práce nese název „*Péče o pacienta s mentálním znevýhodněním z pohledu zdravotního pracovníka v sociálním zařízení*“. Prvním cílem bylo zmapovat uplatnění kompetencí zdravotních pracovníků v rámci sociálního zařízení. Druhým cílem bylo zjistit potřeby pacientů s mentálním znevýhodněním ve vybraném sociálním zařízení. Bylo stanoveno celkem sedm výzkumných otázek. První výzkumná otázka je zaměřena na to, jak sestry uplatňují své kompetence při provádění terapie i.v. cestou. Druhá otázka se zabývá uplatňováním kompetencí při ošetřování ran. Třetí otázka zní, jak sestry uplatňují své kompetence při podávání léků. Čtvrtá otázka je zaměřena na biologické potřeby pacientů s mentálním znevýhodněním. Pátá otázka se zabývá psychologickými potřebami pacientů. Šestá otázka zní, jaké sociální potřeby mají pacienti s mentálním znevýhodněním. Poslední výzkumná otázka je zaměřena na spirituální potřeby pacientů.

V rámci výzkumného šetření této bakalářské práce bylo zjištěno, jak sestry uplatňují své kompetence v sociálním zařízení. Konkrétně jsme se zaměřili na provádění terapie i.v. cestou, podávání léků per os a ošetřování ran. Sestry v sociálním zařízení nemohou podávat léky pacientům intravenózní cestou a v případě zhoršení zdravotního stavu pacienta dochází k hospitalizaci v nemocnici. Všechny sestry uvedly, že jsou nejčastěji podávány léky ve formě tablet v sociálním zařízení. Vždy dochází ke kontrole pacienta, léku, množství, času a způsobu podání léku. Takzvanou SOS medikaci při zdravotních komplikacích pacienta bez přítomnosti lékaře sestry nevyužívají a vždy je potřeba podání jakéhokoliv léku konzultovat s lékařem. Léky jsou podávány standardně ráno, v poledne, večer a na noc. Záznam o podání léku provádí do klasické ošetřovatelské dokumentace a do počítače. Osobami s mentálním znevýhodněním jsou nejčastěji užívány psychofarmaka, neurologické léky a antiepileptika. Sestry uvedly, že při ošetřování ran je primární úlohou dodržovat aseptické postupy. Péče o rány se vždy odvíjí od ordinace lékaře. Rány vznikají většinou z důvodu úrazů a jedná se spíše o drobná poranění. Dekubity vznikají převážně při hospitalizaci v nemocnici. V sociálním zařízení sestry předchází vzniku dekubitů u pacientů pravidelným polohováním, důkladnou hygienou, promazáváním pokožky, používáním antidekubitních pomůcek a rehabilitačním cvičením. Pádům zabráňují volbou vhodné obuvi a bezbariérovým režimem.

Druhým cílem této bakalářské práce bylo zjistit potřeby pacientů s mentálním znevýhodněním. Z výsledků rozhovorů se sestrami vyplynulo, že jsou pacienti motivováni k tomu, aby sebeobsluhu vykonávali převážně sami. Sestry uvedly, že jim poskytují dostatek času a prostoru ve vykonávání základních lidských potřeb. Pacienti, kteří trpí středně těžkým a těžkým mentálním znevýhodněním sebeobsluhu sami nevykonávají. Biologické potřeby zahrnují stravování, dostatečný příjem tekutin, vylučování, oblékání se, potřebu sexuálního uspokojování, spánku, vzdělávání a zmírnění bolesti. Spánkové rituály za účelem zkvalitnění spánku jsou prováděny individuálně dle zvyklostí pacientů. Dále sestry uvedly, že léky navozující spánek jsou pacientům podávány minimálně. Pacienti mají možnost se vzdělávat v sociálním zařízení a jsou dostatečně edukováni o sexualitě takzvaným sexuálním týmem. Pacienti nejčastěji trpí bolestmi hlavy, zad, kolene a kloubů. Vyskytující se bolest vždy musí zhodnotit nejprve lékař. Ke zmírnění bolesti jsou využívány masáže, cviky, popřípadě jsou pacientům podány léky tlumící bolest. Sestry uvedly, že si občas pacienti zdravotní problémy vyloženě vyhledávají, jelikož vyžadují zvýšenou pozornost. Nejvíce se u pacientů objevují běžné civilizační choroby. K uspokojování psychologických potřeb je potřeba pacientům naslouchat a dostatečně s nimi komunikovat. Agresivní pacienti jsou nejprve uklidňováni slovně, popřípadě jsou omezeni v pohybu vhodnými úchopy. Omezovací prostředky v sociálním zařízení nejsou využívány. Pacienti mají v sociálním zařízení k dispozici spoustu aktivit a terapií. Díky tomu dochází k začleňování do společnosti a jsou tak uspokojovány sociální potřeby. Nově přijatý pacient musí být proveden sociálním zařízením, seznámen se zdravotnickým personálem, ostatními klienty a stanoveným harmonogramem. Kdykoliv pacienty mohou navštívit rodinní příslušníci. V sociálním zařízení jsou uspokojovány i spirituální potřeby. Pacienti mají možnost se zúčastnit bohoslužeb v kapli a do zařízení dochází pan farář. Sestry jsou seznámeny s poskytováním paliativní péče v terminálním stádiu pacienta, ale neposkytují jí v sociálním zařízení. Pacient je hospitalizován v nemocnici či přeložen do hospice, kde je tento druh péče zajištěn. Vždy musí být poskytována komplexní péče a zajištěno klidné umírání.

Osoby s mentálním znevýhodněním tvoří jednu z nejpočetnějších skupin mezi zdravotně znevýhodněnými. Bakalářskou prací bych ráda lidem přiblížila tuto problematiku. Z výsledků rozhovorů se sestrami vyplynulo, že v sociálních zařízeních jsou dostatečně uspokojovány všechny základní lidské potřeby pacientů. Dále bylo zjištěno, jaké mají

sestry kompetence v sociálním zařízení. Stanovené cíle byly tedy splněny. Výsledky kvalitativního šetření platí pouze pro vybranou cílovou skupinu, kterou tvoří osoby s mentálním znevýhodněním. Bakalářská práce bude sloužit jako základ pro další možné výzkumy kvantitativního charakteru, které by ověřovaly zjištěná data nebo jako zdroj informací při rekonstrukci standardů zdravotně-sociálních zařízení. Výstupem práce je informační materiál určený pro širokou veřejnost, sestry pracující s mentálně znevýhodněnými jedinci, výuku studentů a rodinné příslušníky osob s handicapem. Mnou vytvořený informační materiál je přiložen k bakalářské práci (Příloha 3).

7 Seznam použité literatury

1. ALCÂNTARA, C. B. et al., 2018. Drug therapy for people with mental disorders in the view of nursing professionals [online]. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem. Anna Nery School Journal of Nursing.* 22(2), doi: org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0294 [cit. 2023-4-21]
2. ARNOLDOVÁ, A., 2016. Sociální péče 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-5148-1.
3. BALOGH, R. et al., 2016. Organising healthcare services for persons with an intellectual disability [online]. *Cochrane library: Cochrane Database of Systematic Reviews, John Wiley & Sons.* 2016(4), 1-45 s., doi: 10.1002/14651858.CD007492.pub2 [cit. 2023-1-4]
4. BENDO VÁ, P., ZIKL, P., 2011. *Dítě s mentálním postižením ve škole.* Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-3854-3.
5. BIŇOVCOVÁ, J., CIMRMANNOVÁ, T., 2020. Spiritualita a spirituální bolest osob s mentálním postižením. In: CIMRMANNOVÁ, T. et al. *Stárnutí, paliativní péče a prožívání zármutku u osob s mentálním postižením.* Praha: Portál. 141 s. ISBN: 978-80-262-1575-2.
6. BORZOVÁ, C. et al., 2009. *Nespavost a jiné poruchy spánku: Pro nelékařské zdravotnické obory.* Praha: Grada. 144 s. ISBN: 978-80-247-2978-7.
7. BRABCOVÁ, S., 2021. *Péče o rány: pro sestry a ostatní nelékařské profese.* Praha: Grada. 184 s. ISBN: 978-80-271-3133-4.
8. BUŠOVÁ, J., 2018. *Klíčový pracovník jako rozhodující faktor při práci s lidmi s mentálním postižením.* Brno. Diplomová práce. Pedagogická fakulta Masarykovy Univerzity. Vedoucí práce: Mgr. Lenka Gulová, Ph.D.
9. CIMRMANNOVÁ, T., 2020a. Tabu smrtelnosti a porozumění smrti lidmi s mentálním postižením. In: CIMRMANNOVÁ, T. et al. *Stárnutí, paliativní péče a prožívání zármutku u osob s mentálním postižením.* Praha: Portál. 141 s. ISBN: 978-80-262-1575-2.
10. CIMRMANNOVÁ, T., 2020b. Prožívání zármutku: předpoklady, komunikace a příklady dobré praxe. In: CIMRMANNOVÁ, T. et al. *Stárnutí, paliativní péče a prožívání zármutku u osob s mentálním postižením.* Praha: Portál. 141 s. ISBN: 978-80-262-1575-2.

11. CIMRMANNOVÁ, T., 2020c. Paliativní péče o osoby s mentálním postižením. In: CIMRMANNOVÁ, T. et al. *Stárnutí, paliativní péče a prožívání zármutku u osob s mentálním postižením*. Praha: Portál. 141 s. ISBN: 978-80-262-1575-2.
12. CIMRMANNOVÁ, T., WÁGNER F., 2020. Stárnutí osob s mentálním postižením – aktuální kontexty. In: CIMRMANNOVÁ, T. et al. *Stárnutí, paliativní péče a prožívání zármutku u osob s mentálním postižením*. Praha: Portál. 141 s. ISBN: 978-80-262-1575-2.
13. ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. et al., 2007. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál. 248 s. ISBN: 978-80-7367-319-2.
14. ČERNÁ, M. et al., 2015. *Česká psychopedie: Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum. 224 s. ISBN: 978-80-246-3071-7.
15. ČERVINKOVÁ, M., 2022. *Parenterální aplikace léčiv*. Brno. Diplomová práce. Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, ústav zdravotnických věd v Brně. Vedoucí práce: Mgr. Alena Pospíšilová, Ph.D.
16. FRANIOK, P., 2015. Podmínky vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami ve vybraných oblastech. In: ADAMUS, P. et al. *Vzdělávací strategie v edukaci vybraných skupin žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. Pedagogická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě. s. 94-122. ISBN: 978-80-7464-798-7.
17. FRICOVÁ, J., 2009. Akutní a chronická bolest. In: ROKYTA, R. et al. *Bolest a jak s ní zacházet: Učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. s. 32-40. ISBN: 978-80-247-3012-7.
18. GILLIAN ARR-JONES et al., 2007. The handling of medicines in social care [online]. *Royal Pharmaceutical Society of Great Britain*. 3-65 s. [cit. 2023-4-10] Dostupné z: <https://www.nottinghamshiremedicinesmanagement.nhs.uk/media/1069/handlingmedsocialcare.pdf>
19. GUSTAVSSON, A., WENDELBOG, CH., TØSSEBRO, J., 2021. Educated for welfare services—The hidden curriculum of upper secondary school for students with intellectual disabilities [online]. *British Journal of Learning Disabilities*. 49(4), 424-432 s., doi: 10.1111/bld.12418 [cit. 2022-12-17]
20. HANÁKOVÁ, A., KROUPOVÁ, K. et al., 2020. *Úprava prostředí pohledem osob se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 256 s. ISBN: 978-80-244-5898-0.

21. HASSIOTIS, A., TURK, J., 2012. Mental health needs in adolescents with intellectual disabilities: cross-sectional survey of a service sample [online]. *Journal of applied research in intellectual disabilities: JARID*. Department of Mental Health Sciences, London, UK. 25 (3), 252-261 s., doi: 10.1111/j.1468-3148.2011.00662.x [cit. 2022-12-17]
22. JANOTOVÁ, D., 2014. Mentální retardace. In RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. et al. *Psychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum. s. 343-350. ISBN: 978-80-246-1985-9.
23. JENNIFER A., G., JINSOOK, K., 2020. Palliative care needs of direct care workers caring for people with intellectual and developmental disabilities [online]. *British Journal of Learning Disabilities*. 48(1), 69-77 s., doi: 10.1111/bld.12318 [cit. 2022-12-17]
24. KABA, E. et al., 2020. Investigating Nurses' Views on Care of Mentally Ill Patients with Skin Injuries [online]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 17(20), doi: [10.3390/ijerph17207610](https://doi.org/10.3390/ijerph17207610) [cit. 2022-4-21]
25. KANGASNIEMI, M. et al., 2022. The value that social workers' competencies add to health care: An integrative review [online]. *Health & Social Care in the Community*. 30(2), 403-414 s., doi: 10.1111/hsc.13266 [cit. 2022-12-17]
26. KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. 404 s. ISBN: 978-80-271-0130-6.
27. KEERS, R. N. et al., 2018. What causes medication administration errors in a mental health hospital? A qualitative study with nursing staff [online]. *PLOS ONE*. 13(10), doi: 10.1371/journal.pone.0206233 [cit. 2022-4-21]
28. LEČBYCH, M., 2008. *Mentální retardace v dospívání a mladém věku*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 248 s. ISBN: 978-80-244-2071-4.
29. LUSKOVÁ, Z., 2018. *Negativní důsledky dlouhodobé péče o osobu s mentálním postižením z pohledu pečující osoby*. Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci: Pedagogická fakulta. Vedoucí práce: prof. Mgr. PaedDr. Jan Michalík, Ph.D.
30. MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. 304 s. ISBN: 978-80-271-2030-7.

31. MAŠTALÍŘ, J., 2012. Mental disability in pedagogical, psychological and social-legally. Issues relating to the individual transition of young special educational needs students moving from their education system onto an adult social care setting [online]. *Journal of exceptional people*. 1(2), 7-17 s. ISSN: 1805-4986 [cit. 2022-11-26] Dostupné z: http://www.jep.upol.cz/2012/Journal-of-exceptional-people-Volume1-Number2_update.pdf
32. McCAUSLAND, D. et al., 2021. A qualitative study of the needs of older adults with intellectual disabilities [online]. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 34(6), 1560-1568 s., doi: 10.1111/jar.12900 [cit. 2022-12-17]
33. MICHALÍK, J. et al., 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. 512 s. ISBN: 978-80-7367-859-3.
34. MIKULA, J., MÜLLEROVÁ, N., 2008. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada. 104 s. ISBN: 978-80-247-2043-2.
35. NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Zdravotní nauka 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 208 s. ISBN: 978-80-247-3709-6.
36. PEJZNOCHOVÁ, I., 2010. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. Praha: Grada. 80 s. ISBN: 978-80-247-2682-3.
37. PETR, T., MARKOVÁ, E. et al., 2014. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. 296 s. ISBN: 978-80-247-4236-6.
38. PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. et al., 2017. *Od edukace k sociální inkluzi osob se zdravotním postižením se zaměřením na mentální postižení: From education to social inclusion of people with health disabilities with focus on intellectual disabilities*. 2., upravené vydání. Brno: Masarykova univerzita. 246 s. ISBN: 978-80-210-7689-1.
39. PIVARČ, J., 2017. *Poznátky o žákovských prekonceptích mentálního postižení v kontextu proměny paradigmatu současného vzdělávání*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta. 228 s. ISBN: 978-80-7290-952-0.
40. POKORNÁ, A., MRÁZOVÁ, R., 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada. 200 s. ISBN: 978-80-247-3371-5.
41. 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.
42. PUGNEROVÁ, M., KVINTOVÁ, J., 2016. *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada. 296 s. ISBN: 97-80-247-5452-9.

43. SEHNALOVÁ, J., 2015. Akceptování kompetencí sester v praxi [online]. *Zdravotnictví a medicína. Sestra*. Anesteziologicko-resuscitační oddělení, Krajská nemocnice Liberec. 2015(1), 28-29 s. ISSN: 2336-2987 [cit. 2022-12-20] Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/akceptovani-kompetenci-sester-v-praxi-477882>
44. SKORUNKA, D., 2019. Mental Health and Illness; Arguments for Integrative Bio-Psycho-Social Model [online]. *Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika*. 26(4), 10-18 s. ISSN: 1338-7022 [cit. 2022-11-20] Dostupné z: <http://www.psychiatria-casopis.sk/psychiatria/archiv-cisel/archiv/obsah-cisla-4-2019/prehladove-prace/mentalne-zdravie-choroba-argumenty-integrativny-bio-psycho-socialny-model.html>
45. SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M., 2022. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 144 s. ISBN: 978-80-271-3242-3.
46. 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.
47. ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, I., 2011. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 4., přepracované vydání. Praha: Portál. 224 s. ISBN: 978-80-7367-889-0.
48. TULCOVÁ, Z., 2008. *Péče o duševní zdraví v životě dospělých osob s mentálním postižením a přidruženou duševní poruchou*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita: Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce: PhDr. Miroslava Štěpánková, Ph.D.
49. UZLOVÁ, I., 2010. *Asistence lidem s postižením a znevýhodněním: Praktický průvodce pro osobní a pedagogické asistenty*. Praha: Portál. 136 s. ISBN: 978-80-7367-764-0.
50. VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M. et al., 2018. *Mentální postižení*. 2., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada. 392 s. ISBN: 978-80-271-0378-2.
51. ZÁMEČNÍKOVÁ, S., 2018. *Kvalita života jedinců s mentální retardací*. Zlín. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně: Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce: PhDr. Zuzana Hrnčířiková, Ph.D.
52. ZEZULKOVÁ, E., 2014. *Rozvoj komunikační kompetence žáků s lehkým mentálním postižením*. 2., aktualizované vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta. 176 s. ISBN: 978-80-7464-690-4.

53. ZIKL, P., 2022. *Motorika dětí s lehkým mentálním postižením*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum. 198 s. ISBN: 978-80-246-5015-9.

8 Seznam příloh

Příloha 1: Žádost o provedení výzkumu

Příloha 2: Seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru

Příloha 3: Informační materiál

Příloha 1: Žádost o provedení výzkumu

Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce

Fakulta: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

Studijní program/obor: Bakalářský/Všeobecné ošetřovatelství

Jméno a příjmení studenta/studentky: Denisa Hrádková

Kontaktní údaje (e-mail, tel.): [REDAKCE]

Název instituce: [REDAKCE]

Název práce: Péče o pacienta s mentálním znevýhodněním z pohledu zdravotního pracovníka v sociálním zařízení

Hypotézy, výzkumné otázky:

V01: Jak sestry uplatňují své kompetence při provádění terapie i.v. cestou?

V02: Jak sestry uplatňují své kompetence při ošetřování ran?

V03: Jak sestry uplatňují své kompetence při podávání léků?

V04: Jaké biologické potřeby mají pacienti s mentálním znevýhodněním?

V05: Jaké psychologické potřeby mají pacienti s mentálním znevýhodněním?

V06: Jaké sociální potřeby mají pacienti s mentálním znevýhodněním?

V07: Jaké spirituální potřeby mají pacienti s mentálním znevýhodněním?

Metodologický popis výzkumu včetně rozsahu výzkumného vzorku:

Bakalářská práce bude zpracována pomocí kvalitativního výzkumu za využití techniky polostrukturovaných rozhovorů. Předpokládané ukončení sběru dat je plánováno po teoretickém nasycení. V rámci analýzy dat proběhne transkripce, redukce dat, kódování, kategorizace, syntéza dat a interpretace zjištěných informací.

Výběrový soubor:

Výzkumný soubor budou tvořit sestry pracující ve vybraném sociálním zařízení.

Předpokládané výstupy:

Cíle práce:

Cíl 1: Zmapovat uplatnění kompetencí zdravotních pracovníků v rámci sociálního zařízení.

Cíl 2: Zjistit potřeby pacientů s mentálním znevýhodněním ve vybraném sociálním zařízení.

Cílem šetření bude zjistit uplatnění kompetencí zdravotních pracovníků a také potřeby pacientů s mentálním znevýhodněním v sociálním zařízení.

Využití v praxi:

Práce bude sloužit jako základ pro možné další výzkumy kvantitativního charakteru, které by ověřovaly zjištěná data. Dále může sloužit jako informační materiál pro výuku nebo jako zdroj informací při rekonstrukci standardů zdravotně-sociálních zařízení.

Vyjádření vedoucí/ho bakalářské práce:

S provedením výše uvedeného výzkumu souhlasím.

Jméno: Jitka Doležalová **Podpis:** 

Vyjádření kompetentní osoby instituce:

S provedením výše uvedeného výzkumu souhlasím.

Jméno:

Podpis:

Příloha 2: Seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru

Otázky týkající se identifikačních údajů sester

1. Žena/muž
2. Kolik vám je let?
3. Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhl/a?
4. Jak dlouho trvá vaše celková praxe ve zdravotnictví?
5. Jak dlouho jste zaměstnaná v tomto sociálním zařízení a pracujete s mentálně znevýhodněnými jedinci?
6. Jaké bylo vaše předchozí zaměstnání?

Otázky týkající se pacientů

7. Je toto sociální zařízení určeno pouze pro ženy, muže nebo jsou zde pacienti obou pohlaví?
8. Jaká je věková hranice pacientů?
9. O jaký stupeň mentálního znevýhodnění se nejčastěji jedná?
10. Je terapie intravenózní cestou podávána v sociálním zařízení nebo musí být pacienti hospitalizováni v nemocničním prostředí?
11. Z jakých důvodů se uplatňuje terapie intravenózní cestou?
12. Jaké léky jsou zde podávány intravenózní cestou?
13. Jaký postup uplatňujete při provádění intravenózní terapie?
14. Z jakého důvodu rány vznikají?
15. O jaký druh ran se nejčastěji jedná?
16. Jakým způsobem rány ošetřujete?
17. Jaké pomůcky využíváte?
18. Jakým způsobem předcházíte vzniku ran a dekubitů?
19. V jakých časových intervalech podáváte léky dle ordinace lékaře?
20. Jaká léková skupina je nejčastěji užívána pacienty s mentálním znevýhodněním?
21. Jakou cestou jsou nejčastěji aplikovány léky?
22. Jaký postup preferujete při podávání léků osobám s mentálním znevýhodněním?
23. Preferujete dopomáhat osobám s mentálním znevýhodněním při sebeobsluze nebo jim poskytujete dostatek prostoru, aby tyto činnosti vykonávali sami?
24. Jaké spánkové rituály provádíte u pacientů za účelem zkvalitnění spánku?
25. Jakým způsobem řešíte vyskytující se bolest u pacientů?
26. Jak probíhá vzdělávání osob s mentálním znevýhodněním?
27. Jakým způsobem je pacientům vysvětlována problematika týkající se sexuality a sexuálního zneužívání?
28. Jakým způsobem pozitivně ovlivňujete psychiku daného jedince?
29. Jaká onemocnění se nejčastěji vyskytují u osob s mentálním znevýhodněním?
30. Jak se zachováte v případech vyskytující se agresivity či projevech úzkosti u pacientů?
31. Jakým způsobem komunikujete s osobou s mentálním znevýhodněním?
32. Jakým způsobem spolupracujete s rodinnými příslušníky?
33. Co děláte pro to, aby se pacienti lépe adaptovali, cítili se v tomto prostředí příjemně a vycházeli dobře s ostatními osobami?
34. Jaké aktivity mají pacienti k dispozici, aby docházelo k začleňování do společnosti?
35. Jak zvládají osoby s mentálním znevýhodněním náročně životní situace?
36. Jak těmto problémům předcházíte, popřípadě jak vzniklé problémy řešíte?
37. Jakým způsobem připravujete pacienty na umírání a smrt?
38. Jakým způsobem dochází ke zlepšení zdravotního stavu, psychiky daného jedince a zkvalitnění života?

Příloha 3: Informační materiál

Nahlédnutí do světa osob s mentálním znevýhodněním

- Příčinou vzniku je trvalé organické poškození mozku.
- Jedná se o vývojovou poruchu rozumových schopností, kdy je inteligence daného jedince snížena.
- Dochází ke snížení kognitivních, motorických, řečových a adaptačních schopností.

Jaké stupně mentálního znevýhodnění rozlišujeme?

1. Lehká mentální retardace
2. Středně těžká mentální retardace
3. Těžká mentální retardace
4. Hluboká mentální retardace

Jaká je diagnostika mentálního znevýhodnění?

- Posouzení biologických, psychologických a sociálních faktorů
- Testování inteligence
- Psychiatrické a neurologické vyšetření
- Hodnocení úrovně motoriky, sebeobsluhy, komunikace a vnímání

Jaké potřeby je nezbytné zajistit u osob s mentálním znevýhodněním?

- Poskytování komplexní a trvalé péče vede ke zvýšení kvality života.
- Holistický přístup
- Zdravotní péče zahrnuje preventivní, diagnostickou, léčebnou, léčebně rehabilitační, ošetrovatelskou a paliativní péči.
- Bio-psycho-socio-spirituální model

Biologické potřeby	Psychologické potřeby	Sociální potřeby	Spirituální potřeby
<ul style="list-style-type: none">• Stravování• Příjem tekutin• Vylučování• Oblékání• Sexualita• Vzdělávání• Zmírnění bolesti	<ul style="list-style-type: none">• Komunikace• Naslouchání• Pocit jistoty a bezpečí	<ul style="list-style-type: none">• Společnost• Terapie a aktivity	<ul style="list-style-type: none">• Láska• Smysl života• Opora• Radost• Plnohodnotný život• Vnitřní klid• Víra v Boha• Modlitba• Kreativita• Klidné umírání

9 Seznam zkratek

AAIDD - American Association on Intellectual and Developmental Disabilities,
Americká asociace pro intelektová a vývojová postižení

AAMR - American Association for Mental Retardation

DSM-5 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition,
American Psychiatric Association, Diagnostický a statistický manuál duševních poruch
Americké psychiatrické společnosti

ICD - International Classification of Diseases

ID – intellectual disability, porucha intelektu

IDD – intellectual developmental disability, vývojová porucha intelektu

IQ – inteligenční kvocient

i.v. – intravenózní, nitrožilní

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie, sonda zavedená do žaludku přes stěnu
břišní

SOS - Save Our Souls – spaste naše duše, naléhavá žádost o pomoc, která může být
spojena s ohrožením života

tzv. – takzvaný

WHO – World Health Organization, Světová zdravotnická organizace