

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Specifika ošetrovatelské péče u klientů v Domově pro osoby se
zdravotním postižením Zběšičky**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Mgr. Alena Machová

2009

Autor práce:
Markéta Lhotecká

Abstrakt: Special aspects of nursing care of clients in the Nursing home for disabled people in Zběšičky

In the Nursing home for disabled people in Zběšičky nursing care for persons with combined disabilities who need specific nursing care is provided. Nursing activities are focused on meeting the clients' needs. The mission of the Nursing home is to create another home for the disabled and make the disabled clients' lives similar to those of healthy people. The main effort of the nursing staff in the Nursing home is to make clients self-sufficient in daily routine - with respect to their individual abilities.

The aim of the research is to determine the level of nursing care in the Nursing home and to analyse the care provided to the clients. Using the results of the research we can point out the possible inadequacies in nursing care so that the quality of nursing could be improved. The research was conducted by the quantitative method. The techniques used in the research were observation, interview and analysis of documents. During the observation the main attention was focused on meeting the clients' needs. Relevant medical records were analysed. The research database 1 was composed of four Nursing home clients with combined disabilities, who were chosen randomly. Semi-standardized interviews were conducted with all the nurses of the Nursing home (seven nurses) who formed the research database 2.

The results of the research and the medical records analysis show that clients' needs are met to the extent limited by the clients' condition. If the needs are met only partially it is caused by the client's serious disability the nurses try to compensate. During the observation special aspects of nursing care were determined: these are especially meeting the clients' needs concerning activity and rest. Nurses take part in physiotherapeutic and activating exercises. Another special aspect of nursing is basal stimulation which significantly improves meeting needs in communication, perception and cognition. In meeting the needs concerning hygiene, excretion and nutrition the care is similar to that in immobile clients in other health care facilities.

Nursing staff members were interviewed to find the level of adherence to the health and social standards set for nursing homes for disabled clients. The care provided in the Nursing home is community care and the standards correspond to the principles of that type of care. These principles are: complexity, respecting human rights, health recovery in society, continuous education and standardization of the process. On the basis of the research a following hypothesis was stated: the nursing care provided to clients with combined disabilities corresponds to health and social standards applied in the Nursing home for disabled people in Zběšičky. Some inadequacies were found in abiding by the principle of complexity. There is a lack of medical diagnostics in the nursing process.

The objectives of the thesis were accomplished. The results obtained by the research will be provided to the Nursing home for disabled people in Zběšičky and can be used to improve the nursing care. It is advisable to organize a seminar on the nursing process for the nursing staff in the Nursing home.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Specifika ošetrovatelské péče u klientů v Domově pro osoby se zdravotním postižením Zběšičky vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených 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 používané Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 10.4. 2009

.....

Markéta Lhotecká

Poděkování:

Děkuji Mgr. Aleně Machové za její cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé bakalářské práce.

Obsah:

Úvod	3
1. Současný stav	5
1. 1 Pojmy související s mentálním postižením	5
1. 2 Stupně mentálního postižení	6
1. 3 Kombinované postižení	8
1. 4 Příčina, prevence a diagnostika mentálního postižení	8
1. 5 Chorobné stavy související s mentálním postižením	9
1. 5. 1 Downův syndrom	9
1. 5. 2 Epilepsie	10
1. 5. 3 Dětská mozková obrna	11
1. 6 Komunitní péče u klientů s kombinovaným postižením	12
1. 6. 1 Komunitní péče	12
1. 6. 2 Historie komunitní péče	13
1. 6. 3 Formy péče o kombinovaně postižené	14
1. 6. 4 Komunitní péče poskytovaná v Domově pro osoby se zdravotním postižením Zběšičky	14
1. 6. 4. 1 Popis zařízení	14
1. 6. 4. 2 Základní principy poskytování komunitní péče obsažené ve standardech Domova pro osoby se zdravotním postižením Zběšičky	16
1. 7 Ošetrovatelská péče zaměřená na uspokojování potřeb klientů Domova pro osoby se zdravotním postižením Zběšičky	23
1. 7. 1. Využití ošetrovatelských standardů při poskytování ošetrovatelské péče klientům se zdravotním postižením	23
1. 7. 2 Úloha sestry v uspokojování potřeb v oblasti hygieny, vyprazdňování a výživy	23
1. 7. 3 Úloha sestry v uspokojování potřeb v oblasti aktivity a odpočinku	25
1. 7. 4 Úloha sestry v uspokojování potřeb v oblasti vztahů	26
1. 7. 5 Úloha sestry v uspokojování potřeb v oblasti vnímání a poznávání, jistoty a bezpečí	27

1. 7. 6 Úloha sestry v dalších ošetrovatelských činnostech	29
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
4. Výsledky	33
4. 1 Pozorování klientů a analýza zdravotnické dokumentace	33
4. 1. 1 Kazuistika 1	33
4. 1. 2 Kazuistika 2	35
4. 1. 3 Kazuistika 3	38
4. 1. 4 Kazuistika 4	41
4. 1. 5 Souhrnná tabulka uspokojování potřeb klientů	44
4. 2 Rozhovory se sestrami	45
4. 2. 1 Identifikační údaje sester	45
4. 2. 2 Rozhovor se sestrou 1	47
4. 2. 3 Rozhovor se sestrou 2	49
4. 2. 4 Rozhovor se sestrou 3	50
4. 2. 5 Rozhovor se sestrou 4	51
4. 2. 6 Rozhovor se sestrou 5	52
4. 2. 7 Rozhovor se sestrou 6	53
4. 2. 8 Rozhovor se sestrou 7	53
4. 2. 9 Souhrnná tabulka dodržování standardů podle principů komunitní péče	54
5. Diskuse	56
6. Závěr	64
7. Klíčová slova	66
8. Seznam použité literatury	67
9. Přílohy	70

ÚVOD

V Domově pro osoby se zdravotním postižením Zběšičky jsou klienti s kombinovaným postižením, kteří vyžadují specifickou ošetrovatelskou péči. Cílem výzkumu je zjistit úroveň ošetrovatelské péče v Domově a analyzovat ošetrovatelskou péči poskytovanou klientům Domova. Na základě výsledků výzkumu můžeme poukázat na případné nedostatky v ošetrovatelské péči a práce sester může být zefektivněna.

Jednou z nejčastějších diagnóz klientů Domova je mentální retardace, což je výrazně snížená úroveň inteligence. Mentální retardace může být lehká, středně těžká, těžká a hluboká. U kombinovaného postižení je současně postiženo několik systémů. Tělesné poruchy se vyskytují u lidí s mentální retardací častěji než u normální populace. Téměř polovina kombinovaně postižených trpí epilepsií, přibližně jedna pětina trpí poruchou zraku nebo sluchu. Z motorických poruch je častá spasticita, ataxie, dětská mozková obrna. Mezi přidružené choroby patří také Downův syndrom. Smyslové vady ohrožují normální kognitivní vývoj a spolu s motorickým postižením se podílí na prohlubování mentální retardace. S věkem přibývají psychické i fyzické problémy. Dospělí s mentální retardací jsou náchylnější k nemocem a zhruba dvě třetiny trpí nějakou chronickou nemocí. Průměrný věk je 65 let, což je méně než u zbytku běžné populace. Nejčastějšími příčinami smrti bývají srdeční choroba, rakovina, demence, onemocnění plic a dýchacích cest.

V domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytují služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení a osobám, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Jsou zde poskytovány tyto činnosti: ubytování, poskytnutí stravy, pomoc zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při hygieně, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, sociální poradenství.

Posláním Domova pro osoby se zdravotním postižením Zběšičky je vytvořit pro uživatele domov jako důstojnou náhradu za domácí prostředí a umožnit jim co nejvíce se přiblížit běžnému způsobu života. Snahou Domova je rozvoj soběstačnosti klientů v životních úkonech s přihlédnutím k jejich individuálním možnostem a schopnostem. Domov zajišťuje důstojný a bezpečný život klienta s mentálním

postižením a poskytuje takovou podporu a pomoc, aby mohli vést klienti plnohodnotný život jako jejich vrstevníci. Hlavním posláním Domova je umožnit klientům pestrý život a naplnění jejich individuálních potřeb a úsilí o zmírnění jejich sociálního vyloučení.

Péče poskytovaná v Domově je péčí komunitní, je spektrem zdravotních, sociálních a dalších služeb, je poskytována v domácím prostředí, kterým je pro klienty Domov. Kvalita poskytovaných služeb vychází ze standardů kvality zdravotně sociálních služeb, které korespondují se základními principy komunitní péče. Mezi tyto principy patří princip komplexnosti, princip akceptování lidských práv, princip skutečné obnovy zdraví společnosti, princip standardizace postupů a princip kontinuálního vzdělávání. Ošetrovatelská péče je zaměřená na uspokojování potřeb klientů s mentálním postižením. Do činností sestry patří uspokojování potřeb v oblasti hygieny, vyprazdňování, výživy, aktivity, odpočinku, vztahů, vnímání, poznávání, jistoty a bezpečí. Mezi další ošetrovatelské činnosti patří aplikace bazální stimulace, podávání léků, asistence lékaři při vyšetření a výkonech. Ošetrovatelská péče se poskytuje podle závažnosti, druhu a rozsahu postižení, podle aktuálních nebo potenciálních problémů. Cílem je maximální rozvoj schopností a zručností klienta, jeho začlenění do společnosti, dosažení maximálně možné sociální přizpůsobivosti a soběstačnosti. Péče zahrnuje ošetrovatelské, preventivní, výchovně vzdělávací, pečovatelské a sociální aktivity.

1. SOUČASNÝ STAV

1. 1 *Pojmy související s mentálním postižením*

„Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody a nejen pouhá nepřítomnost nemoci nebo vady, je to schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život.“(28, s. 22)

„Handicap je trvalý proces probíhající v oblasti biologické (zdravotní), v oblasti psychologické a v oblasti sociální. Pojem vyjadřuje omezení člověka ve vztahu k životu.“(28, s. 24) V poslední době se opouští pojem handicap a používá se výrazu restringovaná (omezená) participace (snížení aktivity ve vztahu k sociálnímu prostředí). (8)

Porucha (impairment) je postižení struktury nebo funkce jednoho tělesného systému nebo orgánu (28)

„Disabilita znamená postižení na úrovni celého jedince.“(28,s.24)

„Invalidita je vyjádřením určitého omezení člověka v jeho vztahu k účasti společensky významné práci čili změněná pracovní schopnost.“(28, s.24)

„Dysfunkce jsou funkční následky vad, projevující se omezením nebo ztrátou schopnosti výkonu určité činnosti nebo funkce. Jsou to poruchy na úrovni organismu.“(28, s. 24)

„Vada je ztráta nebo abnormalita anatomické, fyziologické či psychologické povahy, nemusí být sledována funkčními či sociálními důsledky. Je to porucha orgánu.“(28, s. 24)

Pojem kombinované postižení se užívá v případě, že je současně narušeno několik systémů, například u dětské mozkové obrny, kde se často přidružuje mentální retardace, epilepsie, smyslové poruchy, poruchy somatického růstu, emoční poruchy.(8)

Zdravotně sociální péče je poskytována obvykle občanům s omezením soběstačnosti. Je rozlišována na okruh ambulantních zdravotně sociálních služeb, poskytovaných převážně občanům žijícím ve vlastních domácnostech a na péči ústavní. (28)

1. 2 Stupně mentálního postižení

Jednou z nejčastějších diagnóz klientů je mentální retardace - výrazně snížená úroveň inteligence. (23)

Lehká mentální retardace, IQ 50 - 69 znamená, že klienti většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč v každodenním životě, udržovat konverzaci, i když si mluvu osvojují opožděně. Většina z nich také dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, mytí, oblékání, hygienické návyky) a v praktických domácích dovednostech, i když jejich vývoj je proti normě pomalejší. Mnozí postižení mají specifické potíže se čtením a psaním, obtížně se přizpůsobují kulturním tradicím, normám a očekáváním, nejsou schopni vyrovnat se s požadavky manželství nebo výchovy dětí, nedokáží samostatně řešit problémy plynoucí z nezávislého života (zaměstnání, finanční zabezpečení, bydlení, zdravotní péče..). U osob s lehkou mentální retardací se mohou v individuálně různé míře projevit i přidružené chorobné stavy, jako je autismus, vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování nebo tělesná postižení. Tato diagnóza zahrnuje slabomyslnost, lehkou mentální subnormalitu, lehkou oligofrenii (dříve debilita). (23)

Středně těžká mentální retardace, IQ 35 - 49 znamená výrazné opoždění rozvoje chápání a užívání řeči a i jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené. Dále je omezená soběstačnost a zručnost. Také pokroky v učení jsou limitované, ale někteří klienti si při kvalifikované péči osvojí základy čtení, psaní, počítání. V dospělosti jsou obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, ale vyžadují odborný dohled. Zpravidla bývají plně mobilní a fyzicky aktivní, podílí se na jednoduchých fyzických aktivitách. U většiny středně mentálně retardovaných lze zjistit organickou etiologii. (23)

U některých se diagnostikuje autismus nebo jiné vývojové poruchy. Většina postižených může chodit bez pomoci. Často se vyskytují tělesná postižení a neurologická onemocnění, zejména epilepsie. Tato diagnóza zahrnuje středně těžkou mentální subnormalitu, středně těžkou oligofrenii (dříve imbecilita). (23)

Lehká a střední mentální retardace se projevuje především zpomalenou chápavostí, jednoduchostí úsudků, sníženou schopností vyvozování logických vztahů, sníženou mechanickou a logickou pamětí, tékavou pozorností, nedostatečnou slovní

zásobou, poruchou vizuomotoriky a pohybové koordinace, impulsivností, hyperaktivitou, citovou vzrušivostí, opožděným psychosexuálním vývojem, zvýšenou potřebou uspokojení a bezpečí, poruchami v interpersonálních vztazích, komunikaci, sníženou přizpůsobivostí. (23)

Těžká mentální retardace, IQ 20 - 34, je v mnohém podobná středně těžké mentální retardaci, pokud jde o klinický obraz, přítomnost organické etiologie a přidružené stavy. Ovšem snížená úroveň schopností je mnohem výraznější. Většina postižených trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami. Možnosti výchovy a vzdělávání jsou velmi omezené, ale včasná systematická a kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče přispívá k rozvoji motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, samostatnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života. Tato diagnóza zahrnuje těžkou mentální subnormalitu, těžkou oligofrenii. (8, 23)

Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20, znamená těžké omezení ve schopnosti porozumět požadavkům či instrukcím nebo jim vyhovět. Většina osob je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu, inkontinentní, nejsou schopni verbální komunikace. Nemají schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a dohled. Možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou velmi omezené. Postižený jedinec se při vhodném vedení může velmi malou mírou podílet na sebeobslužných činnostech. Ve většině případů lze určit organickou etiologii. Běžné jsou neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, epilepsie, poškození zrakového a sluchového vnímání. Často se vyskytuje atypický autismus. Tato diagnóza zahrnuje hlubokou mentální subnormalitu, hlubokou oligofrenii (dříve idiotie). Těžká a hluboká mentální retardace se projevuje častými stereotypními pohyby, neartikulovanými výkřiky, častým sebepoškozováním, častým výskytem kombinovaných vad. Jiná mentální retardace označuje kategorii, kdy stanovení stupně retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorické nebo motorické poškození (u nevidomých, neslyšících, nemluvicích, při těžkých poruchách chování, autismu, těžce tělesně postižených osob). (23)

1. 3 Kombinované postižení

Kombinované postižení znamená, že je současně postiženo několik systémů. Tělesné poruchy se vyskytují u lidí s mentální retardací častěji než u normální populace. Téměř polovina jedinců žijících v ústavech trpí epilepsií, přibližně jedna pětina trpí poruchou zraku nebo sluchu. Z motorických poruch je častá spasticita, ataxie, dětská mozková obrna. Smyslové vady ohrožují normální kognitivní vývoj a spolu s motorickým postižením se podílí na prohlubování mentální retardace. S věkem přibývají psychické i fyzické problémy. Častým problémem je demence, u Downova syndromu je zvýšené riziko Alzheimerovy choroby. Mezi typické příznaky demence u lidí s mentální retardací patří nesoustředěnost, neklid, vznětlivost, neúčelné, bezcílné chování, neschopnost přizpůsobit se běžným požadavkům, afektivní výbuchy a agresivita.. Přidružuje se sociálně nevhodné chování a deprese. Dospělí s mentální retardací jsou náchylnější k nemocem a zhruba dvě třetiny trpí nějakou chronickou nemocí. Přibližně polovina nemocí zůstává nediagnostikována a neléčena. Průměrný věk je 65 let, což je méně než u zbytku běžné populace. Nejčastějšími příčinami smrti bývají srdeční choroba, rakovina, demence, onemocnění plic a dýchacích cest. (1, 8, 15)

Léčba, ošetrovatelská péče, rehabilitace, sociální péče a edukace závisí na kombinaci postižení a na tom, které postižení nejvíce znevýhodňuje. Z hlediska vzdělávání jsou důležité především mentální dispozice. (8, 32)

1. 4 Příčiny, prevence a diagnostika mentálního postižení

Příčiny mentálního postižení jsou endogenní (vnitřní) i exogenní (vnější). Vnitřní jsou příčiny genetické, vnější působí od početí, v průběhu gravidity, porodu, poporodního období i v raném dětství. Dělí se na prenatální, perinatální a postnatální. Nejčastější příčiny jsou následky infekcí a intoxikací (prenatální – toxoplazmóza, zarděnky, cytomegalovirus, pásový opar, kongenitální syfilis, postnatální - zánět mozku, intoxikace - toxemie matky, otrava olovem), následky úrazů nebo fyzikálních vlivů (novorozenecká hypoxie, postnatální poranění mozku), poruchy výměny látek, růstu, výživy (mozková lipoidóza, hypotyreóza, fenylketonurie, glykogenóza), makroskopické léze mozku (novotvarem, degenerací, postnatální sklerózou),

nespecifické prenatální vlivy (vrozený hydrocefalus, mikrocefalie, kraniostenóza), anomálie chromozomů (Downův syndrom), nezralost, vážné duševní poruchy, psychosociální deprivace. (23, 32)

Prevence vzniku mentálního postižení spočívá v dodržování těchto zásad: návštěva gynekologa 3 měsíce před otěhotněním (očkování, dieta, vitamíny, cvičení), vhodná strava těhotných (maso, ryby, zelenina, ovoce, mléčné výrobky), v těhotenství se vyvarovat kouření a alkoholu, navštívit genetickou poradnu, vyvarovat se užívání nevhodných léků, RTG záření, vyhýbat se infekčním onemocněním, pravidelně navštěvovat gynekologa. Role sestry v prevenci mentálního postižení spočívá především v edukační činnosti v oblasti primární zdravotní péče, prenatální a postnatální péči o dítě. Dále také v edukační činnosti týkající se výživy, imunizační kampaně proti přenosným onemocněním, bezpečnostních pravidel, programů pro prevenci nehod. Sestra také zajišťuje přípravu a asistenci u vyšetřovacích výkonů, jako jsou například genetické testy nebo amniocentéza. (23)

Diagnostika s praktickými výstupy by měla vždy být základem pro vypracování individuálního intervenčního a terapeutického plánu. Diagnostický proces je výsledkem interdisciplinární spolupráce (psychiatr, psycholog, neurolog, logoped, speciální pedagog, ...). Sestra zajišťuje přípravu a asistenci při odborných vyšetřeních. Bez správně stanovené diagnózy může být péče neodpovídající přímo potřebám klienta, což může vyvolávat frustraci a projeví se problémovým chováním.(1)

1. 5 Chorobné stavy související s mentální retardací

1. 5. 1 Downův syndrom

Downův syndrom je nejrozšířenější z dosud známých forem mentální retardace. Osoby s tímto postižením tvoří okolo 10 % všech lidí s mentálním postižením. Dříve se používal název mongolismus, nyní trizomie (onemocnění 21. chromozomu). Hlava dítěte s Downovým syndromem je menší, zadní část plošší, v obličeji jsou méně vyvinuté kosti, nos je malý, oční víčka jsou úzká a šikmá, ve vnitřním koutku oka je výrazná kožní řasa, uši bývají o něco menší, ústa jsou malá a bývají pootevřená. Jazyk bývá velký, často vyčnívá z úst. Růst zubů bývá opožděn, kazivost je nízká. Krk je širší

a mohutnější. Přibližně 40 % dětí s Downovým syndromem má vrozenou srdeční vadu. Končetiny bývají malé a silné. Mnoho dětí má slabý svalový tonus, menší svalovou sílu a omezenou koordinaci. Růst bývá zpomalen, tělesná váha závisí na způsobu výživy. Časté jsou smyslové vady (zrakové, sluchové). Příčina Downova syndromu není známá. U těhotných žen se provádějí screeningové testy, které ukazují zvýšenou možnost narození dítěte s Downovým syndromem, poté se provádí amniocentéza (také u všech žen po 35. roku). (23)

1. 5. 2 Epilepsie

Mentální retardaci často provází epilepsie. Je to chronické postižení mozkové tkáně, které se projevuje opakovanými záchvaty různého charakteru. Dochází ke změně v oblasti prožívání, uvažování, chování. Pozorujeme motorické projevy a poruchy vědomí. V dětském věku se záchvaty vyskytují častěji než v dospělosti. Příčina je často multifaktoriální, dále genetické dispozice nebo následky poškození mozku (důsledky traumatu, infekce, nádorů). Vnější vlivy mohou působit jako spouštěcí faktory, například nadměrná únava, spánková deprivace, opakovaná fotostimulace, emočně náročná stresová situace. Bezprostřední příčinou záchvatu jsou změny mozkových buněk. Dochází k abnormálním, nadměrným výbojům těchto buněk, které se šíří CNS a mohou způsobit generalizovanou poruchu - křeče, poruchu vědomí. Délka trvání záchvatu se pohybuje v rozmezí několika vteřin až minut. Typ záchvatu závisí na způsobu postižení mozkové tkáně, na lokalizaci epileptického ložiska a také na věku. Čím dříve nemoc vznikne, tím jsou její následky závažnější. (19)

Parciální záchvaty vznikají v ohraničené části mozku - v ložisku. Mají různý charakter, projevují se motorickými, senzorickými, senzitivními, vegetativními nebo psychickými příznaky (pocity záblesků světla, čichové halucinace, porucha vědomí a paměti, psychomotorické záchvaty, narušená orientace, bezděčná pohybová aktivita, noční děsy, somnambulismus). Generalizované záchvaty vznikají na základě narušení korových funkcí. Postihují vědomí i motoriku, liší se mírou vyjádření motorických příznaků. Absence (dříve petit-mal) se vyznačují krátkým výpadkem vědomí (10 - 20 vteřin) , někdy jsou doprovázeny záškuby svalů. Jsou typické pro dětství, mají značnou

frekvenci. Tonicko - klonické záchvaty (dříve grand-mal) jsou spojené s bezvědomím, pády v důsledku ztráty svalového napětí, kontrakcemi svalů končetin, trupu a hlavy a často s inkontinencí, někdy s pokousáním jazyka. Před začátkem záchvatu se může objevit aura - změna v oblasti subjektivních pocitů. Po záchvatu bývá pacient dezorientovaný, unavený, spavý, mívá bolesti hlavy, na období záchvatu má amnézii. V dětství se mohou objevovat kinetické záchvaty, které se projevují krátkou úplnou ztrátou vědomí a svalového tonu, což se projeví náhlým pádem. Záchvat je velmi krátký. (19)

Epilepsie může způsobit výkyvy emočního prožívání, negativní ladění, větší dráždivost, impulzivitu, emoční labilitu, nepříznivé ovlivnění pozornosti a paměti, poruchy řeči, poruchy učení, změny chování, změny osobnosti. Průběh a prognóza onemocnění závisí na příčině, závažnosti stavu a dodržování léčby. Úloha sestry spočívá v dodržování režimových opatření, což je pravidelný denní rytmus s dostatkem spánku v noci a omezením spánku přes den, dále omezení extrémní zátěže (fyzické i psychické). Další úlohou sestry je podávání antiepileptických léků a péče o klienty během záchvatu. (27, 20)

1. 5. 3 Dětská mozková obrna

Dětská mozková obrna (dále DMO) je neurovývojová porucha vznikající na základě postižení mozku v ranných stádiích vývoje (prenatálně, perinatálně). Důsledkem je narušení dalšího vývoje mozku a postižení neuropsychického vývoje. Charakter postižení závisí na lokalizaci primárního poškození, na vývojovém období a na kompenzačních schopnostech organismu. Čím dříve k postižení dojde, tím je závažnější. (20)

DMO má několik základních forem. Spastická forma je nejčastější, postihuje asi 60 - 70 % nemocných, je způsobena postižením pyramidové dráhy. Projevuje se diaparézou (postižení dolních končetin), hemiparézou (jednostranné postižení horní a dolní končetiny), kvadruparézou (postihující horní i dolní končetiny). Často je narušena i hybnost úst, jazyka, měkkého patra, vzniká porucha řeči. Tato forma je často kombinována s poruchami inteligence. Diskineticko - distonická forma je vzácnější,

postihuje asi 20 % postižených DMO. Příčinou je extrapyramidové postižení v oblasti bazálních ganglií v důsledku těžké porodní asfyxie. Projevuje se mimovolnými, kroutivými, pomalými nebo záškubovými pohyby různých svalových skupin. Nebývá kombinována s poruchou inteligence. Ataktická, mozečková forma je vzácná, trpí jí 5 – 10% nemocných DMO. Typické jsou obtíže v udržení rovnováhy, hypotonie, opoždění pohybového vývoje. Je často spojena s poruchou inteligence. V praxi se využívá rozlišení stupně pohybového postižení: lehké postižení (schopnost samostatné lokomoce), středně těžké postižení (chůze s pomocí kompenzačních pomůcek), těžké postižení (imobilita). (20, 27)

DMO je centrální poruchou regulace hybnosti, ale často bývá kombinována s epilepsií, poruchami zraku, sluchu, řeči, rozumových schopností. Pro nemocné s DMO jsou charakteristické nápadnosti emočních projevů, poznávacích schopností, poruchy percepce, pozornosti, paměti, poruchy učení, řeči, nápadnosti v chování, osobnostní změny. Na míře postižení závisí i prognóza nemocných. (20, 27)

1. 6 Komunitní péče u klientů s kombinovaným postižením

1. 6. 1 Komunitní péče

„Komunitní péče je spektrem zdravotních, sociálních a dalších služeb, poskytovaných nemocným a zdravým občanům, rodinám, skupinám určité komunity.“ (9, s.25) Komunity by měly vytvářet podmínky pro bydlení zdravých a nemocných občanů i občanů s tělesným a mentálním postižením. Převážnou část služeb poskytovaných v rámci komunitní péče tvoří aktivity ošetrovatelské péče. (9)

Zdravotní péče bude stále více zaměřena na komunity a na klienty s dlouhodobými chronickými chorobami a to plně koresponduje s prioritami vyhlášenými Světovou zdravotnickou organizací - podpora zdraví, prevence onemocnění, vytváření podpůrného prostředí, posilování komunitních aktivit pro zdraví, budování politiky zdravé veřejnosti, realizace včasného zachytu a skríningu onemocnění a vhodné programy péče a podpory. (6, 9)

Komunitní péče o mentálně retardované zahrnuje ošetrovatelské, léčebné, preventivní, výchovně vzdělávací, pečovatelské a sociální aktivity. Rozsah a formy péče jsou determinovány podmínkami postiženého, i jeho závislostí na společnosti. (9)

Pro úspěšnou socializaci mentálně postižených osob je potřeba vykonat vhodná a účinná opatření na všech úrovních společnosti. Sestra je členkou multidisciplinárního týmu, který dále tvoří lékař, speciální pedagog, rehabilitační pracovník, ergoterapeut, sociální pracovník. (9)

1.6.2 Historie komunitní péče

V celém vývoji komunitních služeb zastává vždy významnou roli rodina a její pečující příslušníci. Péče o seniory, osoby s tělesným a mentálním postižením prodělala v průběhu času změny. V raném středověku vznikaly první církevní instituce zabývající se pomocí chudým a starým lidem. Později byly zakládány chudobince a starobince, klášterní a městské ošetrovatelské domy. Ve 12. století vznikaly na českém území středověké špitály provozované církevními řády, které měly spíše sociální funkci - poskytovaly nocleh, stravu a odpočinek chudým a starým lidem. Od 17. století vznikaly první klasické nemocnice, ve kterých začala převládat léčebná složka a mizel azylový charakter. V 18. a 19. století vznikala farní chudinská zařízení pro nezaopatřené, nemohoucí, chudé a staré lidi. Mezi první přímou komunitně zaměřenou péčí se řadí činnost sester Československého červeného kříže v meziválečném období minulého století. Byla poskytována především preventivní péče - zajištění hygieny, stravování, oblečení. Dále bylo zprostředkováno léčení a odborná vyšetření. Také byla provedena analýza práce sester poskytujících zdravotní péči v rodinách a komunitách. Jejím výstupem bylo zapojení nekvalifikovaných pracovníků a rodinných příslušníků do péče. Po 2. světové válce došlo u nás k velkému rozvoji ústavní péče zaměřené na materiální a sociální zabezpečení. K výraznějším změnám ve prospěch komunitní péče došlo až po roce 1989 v souvislosti se vznikem a rozvojem domácí péče. (6, 9)

1. 6. 3 Formy péče o kombinovaně postižené

Péči o kombinovaně postižené zajišťují zdravotně sociální služby. Poskytují se jako služby pobytové, terénní a ambulantní. Pobytové služby jsou spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Ambulantní služby znamenají docházení, doprovázení či dopravování do zařízení do sociálních služeb. Terénní služby jsou poskytovány v přirozeném prostředí. Zařízení sociálních služeb jsou centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení, centra sociálně rehabilitačních služeb a další. V domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytují služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení a osobám, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Jsou zde poskytovány tyto činnosti: ubytování, poskytnutí stravy, pomoc zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při hygieně, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, sociální poradenství. (13, 14)

1. 6. 4 Komunitní péče poskytovaná v Domově pro osoby se zdravotním postižením

Zběšičky

1. 6. 4. 1 Popis zařízení

Posláním Domova pro osoby se zdravotním postižením Zběšičky (dále jen „Domov“) je vytvořit pro uživatele domov jako důstojnou náhradu za domácí prostředí a umožnit jim co nejvíce se přiblížit běžnému způsobu života. Snahou Domova je rozvoj soběstačnosti klientů v životních úkonech s přihlédnutím k jejich individuálním možnostem a schopnostem. Domov zajišťuje důstojný a bezpečný život klienta s mentálním postižením a poskytuje takovou podporu a pomoc, aby mohli vést klienti plnohodnotný život jako jejich vrstevníci. Hlavním posláním Domova je umožnit klientům pestrý život a naplnění jejich individuálních potřeb a úsilí o zmírnění jejich sociálního vyloučení. (3)

V Domově pro osoby se zdravotním postižením Zběšičky žije 74 klientů. Jejich průměrný věk je 28 let (muži 25 let, ženy 31 let). Klienti jsou rozděleni do tří skupin, podle jejich diagnóz, schopností a možností. Klienti s lehkou mentální retardací žijí

v chráněném bydlení, jsou zaměstnáni v Domově na základě dohody o provedení práce, stravují se v místní jídelně, ale jsou schopni si občas jídlo připravit sami. Zúčastňují se výletů, rekreací, společenských akcí. Bydlí zde 8 dívek. Na výchovném oddělení je umístěno 14 chlapců a 9 dívek. Tito klienti jsou schopni absolvovat pracovní terapii, jejich diagnóza je nejčastěji střední mentální retardace v kombinaci s dalším onemocněním. O tyto klienty pečují především pedagogičtí pracovníci a dále pak pracovníci v sociálních službách (pedagogický pracovník = vychovatel). Zúčastňují se výletů, rekreací, společenských akcí. Na zdravotním oddělení jsou umístěni klienti s kombinovaným postižením, často se střední nebo těžkou mentální retardací kombinovanou s dalším onemocněním, například DMO nebo epilepsií. Je zde 17 dívek a 26 chlapců. O tyto klienty pečují sestry, kterých je zde zaměstnáno 7, a pracovníci v sociálních službách. Starají se o uspokojování jejich potřeb a zajišťují také rehabilitaci. K tomuto oddělení patří rehabilitační místnost, tělocvična, ordinace praktického lékaře a stomatologa. Mobilnější klienti chodí na vycházky a zúčastňují se společenských akcí. U všech klientů zdravotního oddělení probíhá vzdělávání, které je zaměřeno na nácvik sebeobslužných činností. Oddělení je v novém pavilonu, je vybaveno speciálními lůžky, kompenzačními pomůckami (nafukovací míče, polohovací vaky, vozíky, chodítka, pojezdová dráha se závěsem, speciální vana). Část oddělení, která je vymezená pro ležící klienty, má sesternu uprostřed a prosklené stěny, takže personál má neustálý kontakt s klienty. Fotodokumentace Domova je v příloze 6. (21, 3)

Domov pro osoby se zdravotním postižením ve Zběšičkách poskytuje tyto služby: ubytování, stravování, ošetrovatelskou péči a přímou obslužnou péči, sociálně terapeutické činnosti, sociálně právní poradenství, aktivizační programy, praní a drobné opravy prádla, úklid, zprostředkování dalších služeb dle potřeby uživatelů služby. (3)

Domov pro osoby se zdravotním postižením Zběšičky je příspěvková organizace, zřizovaná Jihočeským krajem. Poskytuje celoroční pobytové služby ženám a mužům, zejména z Jihočeského kraje, s mentálním, kombinovaným a zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. (21)

Cílem poskytovaných služeb je všestranný rozvoj osobnosti s individuálním přístupem ke každému uživateli - přizpůsobení služby potřebám klienta, využití jeho

vlastních zdrojů, motivace k aktivnímu zapojení, podpora a rozvoj získaných dovedností a návyků. (21)

Cílovou skupinou jsou lidé s mentální retardací (lehká, středně těžká, těžká, hluboká), lidé s tělesným postižením (postižení horních končetin, dolních končetin, páteře, omezení lokomoce), lidé s kombinovaným postižením (nejčastěji mentální postižení kombinované s tělesným nebo smyslovým postižením, např. DMO). Osoby, které jsou vzhledem ke svému postižení sociálně znevýhodněny natolik, že nejsou schopny částečně nebo plně zabezpečovat a uspokojovat své životní potřeby a využívat jiných než pobytových služeb. Věková struktura cílové skupiny je 5 - 64 let. Zásady poskytované služby jsou autonomie (schopnost vést život podle vlastních pravidel, které jsou v souladu s Domovním řádem), sociální začlenění, prevence vyloučení, respektování potřeb a individuální přístup, přizpůsobení služby potřebám klienta, partnerství - spolupráce pracovníka a klienta, rovnost, nediskriminace. Domov Zběšičky má zpracovány metodické materiály, které zaručují řádný průběh poskytování zdravotně sociální služby. Všichni zaměstnanci jsou s těmito materiály seznámeni a jsou povinni podle těchto materiálů postupovat. Tyto materiály jsou běžně přístupné zaměstnancům, klientům a ostatním zájemcům z řad veřejnosti. Patří sem: Organizační řád, Domácí řád, Etický kodex zaměstnanců Domova Zběšičky, Standardy kvality sociálních služeb Domova Zběšičky. (21, 3)

1. 6. 4. 2 Základní principy poskytování komunitní péče obsažené ve zdravotně sociálních standardech Domova

Kvůli zlepšení úrovně zdravotně sociálních služeb byly vypracovány Ministerstvem práce a sociálních služeb Standardy kvality sociální péče. Jsou koncipovány jako soubor měřitelných a ověřitelných kritérií. Jejich smyslem je umožnit posouzení průkazným způsobem kvalitu poskytované služby. Standardy se dělí do 3 skupin - procedurální, personální, provozní. Mezi procedurální standardy jsou zařazeny: cíle a způsoby poskytování zdravotně sociálních služeb, ochrana práv osob, jednání se zájemcem o zdravotně sociální službu, smlouva, individuální plánování průběhu, dokumentace, stížnosti na kvalitu poskytované služby, návaznost poskytované

služby na další dostupné zdroje. Mezi personální standardy patří: personální a organizační zajištění zdravotně sociální služby, profesní rozvoj zaměstnanců. Provozní standardy obsahují: místní a časovou dostupnost poskytované služby, informovanost, prostředí a podmínky poskytovaných služeb, nouzové a havarijní situace, zvyšování kvality zdravotně sociálních služeb. (13, 23)

Komunitní péče znamená poskytovat služby na správné úrovni, ve správné době tak, aby občan dosáhl co největší úrovně nezávislosti, samostatnosti a soběstačnosti. Kvalitu komunitní péče ovlivňují základní principy, které je třeba při jejím poskytování respektovat tak, aby byla zachována základní filozofie této formy péče. Mezi tyto principy patří princip komplexnosti, princip akceptování lidských práv a motivace klienta k jejich uplatňování, princip skutečné podpory obnovy zdraví společnosti, princip standardizace postupu a princip kontinuálního vzdělávání členů týmu komunitní péče. Domov pro osoby se zdravotním postižením Zběšičky má zpracovány vlastní standardy, které korespondují se základními principy komunitní péče. Tyto principy se ve standardech vzájemně prolínají. (9)

Klíčovým nástrojem principu komplexnosti je vytvoření podmínek pro integraci zdravotní a sociální péče na národní i regionální úrovni. Cílem je vytvořit konkurenční prostředí ve smyslu kvality a efektivnosti poskytované péče a svobody volby lékaře i poskytovatele. Principem komplexnosti se zabývají následující standardy: Ve standardu 1 jsou stanoveny základní požadavky na sociální službu. Zahrnuje charakteristiku, poslání a cíle Domova, dále vyjmenovává poskytované služby, vymezuje cílovou skupinu, stanovuje důvody k ukončení pobytu, určuje zásady poskytování sociální služby, obsahuje výčet vnitřních metodických materiálů. (9, 21)

Standard 5 popisuje individuální plánování průběhu sociální služby. Stanovuje sestavení individuálního plánu, což je písemný souhrn osobních cílů, jichž chce klient dosáhnout za pomoci poskytovatele služby. Vždy vychází z individuálních potřeb klienta, nikoli z potřeb zařízení nebo zaměstnanců. Na plnění osobních cílů se podílejí všichni zaměstnanci Domova společně s uživatelem. Dále se stanovují osobní cíle, které řeší konkrétní potřeby klienta a motivují k rozvoji a zdokonalování jeho dovedností a znalostí. Cíle mají být významné, dosažitelné, srozumitelné, konkrétní.

Pokud není klient schopen své cíle formulovat pro těžké postižení, pak cíl formuluje tým pracovníků v přímé obslužné péči nebo rodinní příslušníci. Každý klient má svého klíčového pracovníka, který s ním sestavuje individuální plán a pomáhá formulovat osobní cíle, snaží se o co největší samostatnost klienta, informuje ostatní zaměstnance, průběžně písemně hodnotí plnění individuálního plánu. Plán se průběžně aktualizuje a doplňuje. Standard stanovuje kompetence klíčového pracovníka.(21)

Standard 6 se zabývá osobními údaji klientů. Zařízení zpracovává jen ty údaje klientů, které jsou stanoveny jako nezbytně nutné pro poskytování bezpečných, odborných a kvalitních služeb. Osobní údaje uživatelů spolu s dalšími informacemi shromažďuje v několika typech dokumentace dle jednotlivých úseků (sociální, výchovný, zdravotní a vzdělávací úsek). Tento standard upravuje nakládání s osobními údaji uživatelů a s dokumentací o nich. Domov Zběšičky nakládá s takto získanými osobními údaji dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Mlčenlivost zaměstnanců Domova o údajích týkajících se osob, jimž je poskytována sociální služba vychází ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 100. Sociální dokumentaci zpravuje sociální úsek. Ve standardu je stanoveno, co sociální dokumentace zahrnuje (žádost o přijetí, rodný list, smlouva o poskytnutí služby, důchodový výměr a další). Zdravotní dokumentace je uložena v kanceláři vrchní sestry v uzamykatelné skříni a nikdo kromě ošetřujícího lékaře a vrchní sestry nemá k záznamům přístup. Archivace probíhá po celou dobu pobytu. Zdravotní dokumentace zahrnuje následující části. Chorobopis, který obsahuje informace o rodině, osobní údaje, dekurzy (lékové medikace, ordinace ošetření, konziliární kontroly) výsledky vyšetření, propouštěcí zprávy, výchovné záznamy, očkovací průkaz, EPI karty (karta epileptika), menstruační kalendář, sesterskou dokumentaci, která obsahuje popis činnosti sester. Záznam se provádí denně, slouží jako podklad pro vyúčtování zdravotní péče pojišťovnám. Dále zahrnuje knihu denního hlášení, která obsahuje záznamy činností pracovníků na jednotlivých odděleních a relevantní informace o klientech (změny chování, projevy nemocí, ošetření, volnočasové aktivity ...). Další částí je léčebný plán - rozpracovaný dlouhodobý plán zdravotní péče o klienta, je podkladem pro práci sester, pracovníků sociální péče, vychovatelek. Obsahuje jméno klienta, rodné číslo, datum vytvoření,

stručnou sociální anamnézu, vlastní léčebný plán s jednotlivými specifikami práce personálu, vytváří ho vrchní sestra. Dále sem patří rehabilitační plán - konkrétní rozpis rehabilitace, je podkladem pro práci sestry, sestavuje ho rehabilitační pracovník, ošetrovatelský záznam - předtištěný tiskopis obsahující základní údaje o denní práci spojené s péčí o klienta, obsahuje jméno klienta, rodné číslo, datum, oddělení, číslo měsíce, formulář na zaznamenávání péče (formou zaškrtování). Do zdravotní dokumentace dále zahrnujeme záznam o použití restriktivního opatření, záznam o úrazech klienta, kartu diabetika, stručnou zprávu o celkovém stavu klienta, která slouží jako podklad pro ordinaci a léčbu psychiatra, roční hodnocení - hodnocení psychického vývoje, motoriky, řeči, návyků sebezpečí a hygieny, hry, sociability klienta, překladová sesterská zpráva, individuální plán péče - obsahuje záznam o příjmu, anamnézu, neuromentální index, Bartelův test, posouzení soběstačnosti, klienta, osobní cíle, vlastní individuální plán, hodnocení, kartu inkontinence - obsahuje údaje o stupni inkontinence, druhu pomůcek, sešit návštěv - stručný přehled odchodu z Domova a návštěvy za klienty, sešit záznamů nahlížení do dokumentace, osobní karta - slouží jako přehled osobních věcí klienta.(21, 30, 31)

Standard 9 se zabývá personálním a organizačním zajištěním služeb. Hlavním cílem personální politiky Domova pro osoby se zdravotním postižením Zběšičky je zajištění kvalifikovaného personálu odpovídajícího požadavkům a potřebám uživatelů služeb a vytvoření co nejlepších pracovních podmínek pro každého zaměstnance, které motivují k co nejvyšším pracovním výkonům. Určuje strukturu pracovních míst, stanovuje pravidla pro přijímání nových zaměstnanců dle pracovního profilu zaměstnance (odborná kvalifikace, praxe, odborná činnost) a kvalifikačních požadavků (odpovídající kvalifikace, proškolení, vzdělávání, exkurze a konzultace u jiných poskytovatelů). Nový zaměstnanec by měl odpovídat osobnostním předpokladům - poskytování kvalitních zdravotně sociálních služeb, komunikace a spolupráce v rámci pracovního týmu, přijetí principu celoživotního vzdělávání. Zdravotní péče je zajišťována nejen vlastními zdravotnickými pracovníky Domova. Ošetřující lékaři dojíždějí do zařízení 1x týdně, psychiatr 1x za čtrnáct dnů. (21)

Standard 11 určuje místní a časovou dostupnost služby. Umístění Domova i nabídka zdravotně sociálních služeb odpovídá běžným potřebám všech cílových skupin uživatelů Domova. (21)

Standard 12 se zabývá informovaností o poskytované sociální službě. Domov zpřístupňuje veřejnosti informace o poslání, cílech, principech a cílové skupině uživatelů služeb a další informace, které usnadní orientaci pro zájemce o služby a jiné subjekty, čímž přispívá k dostupnosti služeb. Informačními zdroji jsou: internetová stránka, adresář poskytovatelů sociálních služeb Jihočeský kraj - Krajský úřad, prezentace na akcích pro veřejnost, prezentace v tisku. (21)

Standard 13 charakterizuje prostředí a podmínky poskytovaných služeb. Prostor a podmínky v Domově pro osoby se zdravotním postižením Zběšičky odpovídají kapacitě, charakteru služeb a potřebám uživatelů. Domov dbá na to, aby byly plněny všechny platné obecně závazné normy související s poskytováním služby zdravotně sociální péče a dodržován Domácí řád. (21)

Standard 14 stanovuje pravidla pro nouzové a havarijní situace, kterými jsou: porucha dodávky plynu, elektrické energie, vody, požár, krádež, poškození majetku, infekční onemocnění v zařízení, výskyt parazitů, nenastoupení pracovníka do zaměstnání, vyčerpání finančních rezerv a další. Standard udává konkrétní směrnice k řešení těchto událostí. (21)

Standard 15 se zabývá zvyšováním kvality zdravotně sociální služby. Vedení Domova dbá, aby se kvalita poskytovaných služeb zdravotně sociální péče neustále zvyšovala. Kvalitu služeb hodnotí nejen uživatelé, ale i zaměstnanci. Domov pro osoby se zdravotním postižením kontroluje a hodnotí, zda je poskytovaná služba zdravotně sociální péče v souladu s veřejným závazkem, a zda naplňuje osobní cíle jednotlivých uživatelů. Kontrola probíhá formou monitorování a vyhodnocování. Hodnotí se: pracovní tým, zařízení v kontextu regionu, naplňování osobních cílů, spokojenost uživatelů služeb, analýza potřeb uživatelů služeb. Spektrum možností, jak získat informace o spokojenosti uživatele, je široké. Jednotlivé metody závisí na charakteru služeb, schopnostech uživatelů, jejich přístupu k poskytované službě. Stížnosti a podněty mohou uživatelé i zaměstnanci podat písemně nebo ústně vedoucím

jednotlivých oddělení nebo přímo řediteli Domova nebo anonymně do schránky, kterou vybírá pouze sociální pracovníce. Každý podnět, připomínka či stížnost je řešen individuálně a je brán jako podnět pro rozvoj a zlepšení služby. Techniky zjišťování spokojenosti s kvalitou poskytovaných sociálních služeb jsou supervize, dotazník, evidence stížností (analýza), plnění individuálních cílů uživatelů. (21)

Dalším principem ovlivňujícím kvalitu komunitní péče je akceptování lidských práv a motivace klienta k jejich uplatňování. Tímto principem se zabývají následující standardy. Standard 2 se týká dodržování a respektování práv uživatelů poskytovatelem služby v průběhu jejího sjednávání, trvání a ukončování. Zařízení má stanoveny oblasti, v nichž by mohlo dojít v souvislosti s poskytováním služeb k porušení práv uživatelů. Jde zejména o následující oblasti: ochranu osobní svobody, soukromí, osobních údajů, práva na vzdělání, ochranu před jakýmkoli formami zneužívání. Určuje možné zdroje problémového chování, vzniklé chybným postojem personálu (zneschopňování, infantilizace, zastrasování, nálepkování, stigmatizace, nerespektování tempa, odhánění, zvěčňování, ignorování, vnucování, odpírání pozornosti, obviňování, vyrušování, vysmívání, ponižování). Dále zahrnuje používání restriktivních postupů. (9, 21)

Standard 3 zahrnuje pokyny pro jednání se zájemcem. Stanovuje pravidla k dojednání schůzky se zájemcem o službu, popis a záznam jednání, pravidla pro přítomnost dalšího pracovníka při jednání se zájemcem, pravidla pro přijímání žádostí zájemců a popis nestandardních událostí. (21)

Standard 4 stanovuje pravidla pro uzavření smlouvy o poskytnutí služby sociální péče. Podstatou uzavření dohody je úprava vztahů mezi uživatelem a poskytovatelem služby. (21)

Standard 7 stanovuje pravidla pro podávání a vyřizování stížností. Zabývá se informovaností o možnosti podání stížnosti, formou stížností, uvádí kontakty na nezávislé orgány. Pro evidenci stížností je vedena Kniha stížností. (21)

Principem obnovy zdraví společnosti se zabývá standard 8, který popisuje návaznost poskytované sociální služby na další zdroje. Domov při své činnosti využívá nabídku veřejných služeb, které jsou pro uživatele využitelné a dostupné. Podporuje uživatele ve využívání vlastních přirozených sítí jako je rodina, přátelé apod., vede

uživatelé k aktivizaci. Nevytváří samoučelné služby uměle v Domově a tím předchází návyku uživatelů na zdravotně sociálních službách. Uživatelé mají možnost využívat veřejné služby individuálně dle své volby. Domov uživatele srozumitelně informuje o nabídce veřejných služeb dostupných jim v okolí a v případě zájmu a potřeby zajistí klientům pomoc. Pracovníci Domova pomáhají uživatelům využívat služeb dle jejich přání a potřeb, čímž směřují ke zvyšování samostatnosti a nezávislosti na systému sociálních služeb. Domov podporuje zachování klientova vztahu s jeho rodinou a se společenským prostředím. (9, 21)

Principem kontinuálního vzdělávání členů týmu komunitní péče se zabývá standard 10, který charakterizuje profesní rozvoj zaměstnanců. Vzdělávání zaměstnanců je zajišťováno účastí a absolvováním různých akreditovaných kurzů, seminářů, školení a konferencí. Určuje osobní a morální předpoklady zaměstnanců v přímé péči: zodpovědnost, rozhodnost, pracovitost, komunikativnost, schopnost řešit problémy, organizační schopnosti, spolehlivost, bezúhonnost, empatie, schopnost týmové spolupráce, respekt k právům osob s mentálním postižením. Hodnocení zaměstnanců se provádí podle těchto kritérií: úroveň teoretických znalostí Standardů kvality sociálních služeb, úroveň aplikace procedurálních Standardů kvality sociálních služeb do praxe, znalost speciální pedagogiky, znalost vnitřních předpisů, osobnostní a morální předpoklady, vztah ke klientům, týmová spolupráce, odborné znalosti, úspěšnost při plnění konkrétních úkolů, způsob jednání a vystupování, organizace a využití pracovního času, samostatná aktivita a iniciativa, spolupráce s nadřízenými, sounáležitost s organizací. Každý ze zaměstnanců v přímé péči má Plán osobního rozvoje, jehož cílem je: znalost zákoníku práce a jeho prováděcích předpisů, znalost zákona o sociálních službách, prohloubení profesních znalostí, zvyšování kvality sociálních služeb. Prostředky k plnění cílů jsou: samostudium odborné literatury, interní školení, externí školení, doplnění vzdělání, odborné kvalifikace, supervize. Informace potřebné k výkonu práce si zaměstnanci vyměňují na pravidelných poradách 1x měsíčně. Finanční oceňování zaměstnanců se provádí s platnými právními předpisy a ohledem na osobní ohodnocení zaměstnanců. Morální oceňování zaměstnanců se provádí osobním kontaktem vedoucích pracovníků se zaměstnancem. (9, 21)

Kvalita poskytovaných služeb vychází nejen ze standardů kvality zdravotně sociálních služeb, ale i z principů individuálního poskytování služeb a uspokojování zdravotních, sociálních a duševních potřeb uživatele. Standardy dále uvádí principy poskytované péče v Domově, kterými jsou dodržování a respektování práv uživatelů, dobrovolnost, otevřená komunikace, rovnoprávnost, týmová spolupráce, kvalitní řízení na všech stupních, informovanost, společenské hodnoty, podpora pracovníků, pružné přizpůsobení se potřebám uživatelů. Domov také poskytuje sociálně právní poradenství(viz příloha 3). (21)

1. 7 Ošetrovatelská péče zaměřená na uspokojování potřeb klientů s mentálním postižením

1.7.1. Využití ošetrovatelských standardů při poskytování péče u klientů s kombinovaným postižením

Každé zdravotnické zařízení je povinno vypracovat a přijmout vlastní ošetrovatelské standardy, respektující podmínky pracoviště. Tyto standardy zajišťují kvalitu ošetrovatelské péče a umožňují její objektivní měření a hodnocení. Správně vytvořený ošetrovatelský standard obsahuje zaměření, míru závaznosti, cíl, výčet kritérií, kontrolní mechanismus, zdroje literatury, autora standardu. Nedílnou součástí měření kvality ve zdravotnickém zařízení je audit. Audit je proces, jehož cílem je objektivně vyhodnotit skutečný stav věcí, porovnat jestli realita odpovídá standardu. Analyzuje úspěch oddělení, sester, lékařů či organizace tím, že porovnává data, odkrývá problémové oblasti, poukazuje na úspěchy. Zdravotní oddělení Domova má vypracovány vlastní standardy ošetrovatelské péče, které odpovídají daným předpisům (příloha 4). (18, 21)

1. 7. 2 Úloha sestry v uspokojování potřeb sebepéče v oblasti hygieny, vylučování, výživy

Sestra poskytuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu (sebepéče), což je pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek, pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík, pomoc při vstávání z lůžka, uléhání, změně poloh,

pomoc a podpora při podávání jídla a pití, pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru. Dále poskytuje pomoc při úkonech osobní hygieny, pomoc při základní péči o vlasy a nehty, pomoc při použití WC, péči o inkontinentní. (29)

Udržování řádné hygieny je u závislé osoby životně důležité z hlediska fungování tělesných funkcí. Kůže představuje účinnou ochranu před patogenními a fyzikálními vlivy. Zanedbáním hygieny se může zvýšit výskyt infekce a může být porušena kožní integrita i sliznice v dutině ústní. Podle úrovně osobní hygieny se posuzuje kvalita ošetrovatelské péče. K základní péči o nesoběstačné nemocné patří hygiena dutiny ústní. Sestra musí být schopna takové pomoci, aby klient dosáhl přijatelné úrovně ústní hygieny. Udrží to důstojnost nemocného a zlepšuje příjem potravy. (29)

Rozsah a druh pomoci klientům při jídle závisí na jeho fyzických a duševních schopnostech a na jeho omezeních. Jídlo a přijímání potravy se nejen podílí na celkovém zdravotním stavu, ale také navozují pocit spokojenosti, kladné emoční ladění. Nevhodně zvolená strava, nepravidelnost v příjmu jídla, nucení do jídla mohou být příčinou pozdějšího nechutenství, popřípadě jiných problémů. U některých klientů je doporučena mixovaná a mletá strava. (26)

Úroveň sebepečce v oblasti vyprazdňování vychází z možnosti samostatně se pohybovat. V důsledku kombinovaného postižení jsou klienti částečně nebo zcela nesoběstační v oblasti vyprazdňování. Imobilita ovlivňuje vyprazdňování moče i stolice. Sestra musí správně zhodnotit míru soběstačnosti a stále respektovat soukromí a intimitu. (26)

Imobilita přináší riziko vážných komplikací, jako je infekce dýchacích cest, porucha kožní integrity, zácpa, močové kameny, močové infekce, rozvoj atrofie, svalová slabost, plicní embolie, hluboká žilní trombóza a jiné. Prevence komplikací je další součástí ošetrovatelské péče. Sestra musí dbát na správné hodnocení rizik a provádět vhodná opatření. Riziko vzniku dekubitů hodnotí pomocí škály dle Nortonové, pravidelně kontroluje predilekční místa, používá antidekubitární pomůcky, dbá na správnou výživu a hydrataci nemocného. Také věnuje zvýšenou péči hygieně

genitálii a konečníku. Jako prevenci zánětu plic provádí sestra dechovou rehabilitaci. Prevencí atrofie je u klientů správně prováděné rehabilitační cvičení. Sestry musí dodržovat předpisy týkající se nozokomiálních zásad.(29, 12)

V uspokojování potřeb v oblasti hygieny, vyprazdňování a výživy mohou mít klienti s mentálním postižením tyto ošetrovateľské diagnózy: deficit sebeděpe při koupání a hygieně (00108), deficit sebeděpe při jídle (00102), deficit sebeděpe při oblékání a úpravě zevnějšku (00109), deficit sebeděpe při vyprazdňování (00110), inkontinence stolice (00014), úplná inkontinence moči (00021), porušené vyprazdňování moči (00016), zácpa (00011), porušené polykání (00103) a další. (16)

1. 7. 3 Úloha sestry v uspokojování potřeb v oblasti aktivity a odpočinku

Sestra se účastní výchovné, vzdělavací a aktivizační činnosti, kterou je nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností, vytvoření podmínek pro zajišťování přiměřeného vzdělavání nebo pracovního uplatnění, volnočasové a zájmové aktivity - arteterapie (práce v dílnách), muzikoterapie (pěvecký soubor Teddy Band), dramaterapie (divadelní soubor Zvonci), sportovní aktivity (sportovní klub Amazonky) a pracovně výchovná činnost – ergoterapie. Ergoterapie je určena pro tělesně, duševně nebo smyslově postižené jedince a pomáhá jim ke zlepšení ztracených funkcí, dosažení samostatnosti a návratu do normálního života. V podstatě se jedná o léčbu prací. Zároveň je to výcvik soběstačnosti v rámci běžných denních činností (např. oblékání, vaření, domácí práce, nakupování,...). Pokud je klient ochrnutý, může ergoterapie zahrnovat i motorická cvičení. Ergoterapie rovněž zahrnuje tvůrčí práce jako jsou práce výtvarné, práce s keramikou, textilem a další. Tyto práce mají rozvíjet motorické funkce, smyslové vnímání, fantazii, schopnost sebevyjádření, zmírňují stres a působí pozitivně na psychiku. Ergoterapie se snaží napomoci návratu ztracených tělesných i duševních funkcí, zabránuje zhoršení stavu pacienta a navrácí jej k samostatnosti. (4, 21)

Sestra spolu s fyzioterapeutem provádí rehabilitační činnosti - facilitační metody, masáže, individuální skupinový tělocvik, trampoterapii, aromaterapii, elektroléčbu, světlolečbu, vodoléčbu. Trampoterapie vychází z fyziologie a

biomechaniky pohybu na trampolíně s úzkou vazbou na psychiku. Při tomto cvičení dochází k posilování odolnosti a obranyschopnosti organismu, zlepšování fyzické a psychické kondice. Pohyb na trampolíně má prokazatelný antidepresivní účinek. S velkým efektem je využíván u těžce tělesně postižených jedinců. Trampoterapie je velmi prospěšná pro děti s DMO, s autistickým spektrem nebo Downovým syndromem. Je zde patrný rozvoj pohybových dovedností se zaměřením na posilování posturálního svalstva, a to např. v získávání přirozených pohybových vzorců reflexní lokomoce – plazení, lezení, otáčení atd. Různé druhy fyzikální terapie jako je klasická masáž, reflexní nebo speciální pohybová terapie lze dobře praktikovat i na kruhové trampolíně. Při pohybu na trampolíně rovněž dochází k zlepšování kardiovaskulární činnosti a výrazné oxygenaci mozku. Relaxací na trampolíně lze odstranit napětí, křečovitost a navodit pocit slastného prožitku. Podpůrně stimulační efekt pohupující se plachty trampolíny má značný antistresový účinek, tzv. trankvilizační efekt. Pro využití trampoterapie v praxi u handicapovaných jedinců je sestra musí posoudit jejich aktuální zdravotní stav a typ postižení a poté stanovit strategii tramporelaxace. (21, 25)

V uspokojování potřeb v oblasti aktivity a odpočinku mohou mít klienti tyto ošetřovatelské diagnózy: porušená pohyblivost (00085), porušená chůze (00088), zhoršená schopnost se přemístit (00090) a další. (2, 16)

1. 7. 4 Úloha sestry v uspokojování potřeb v oblasti vztahů

Sestra zprostředkovává kontakt se společenským prostředím. Poskytuje podporu a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů, pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob. Sestra zajišťuje produktivní sociální kontakt, zkvalitňuje rodinné vztahy, podporuje komunikaci mezi klienty a personálem, mezi klienty navzájem i mezi klienty a jejich rodinami. Pro úspěšnou socializaci klientů je potřeba vykonat vhodná a účinná opatření, zabezpečit přístupnost kulturních akcí. Pro úspěšné budování vztahů v domově by sestra měla být empatická, komunikovat nejen verbálně, ale i pomocí haptického kontaktu. Měla by klienty akceptovat jako sobě rovné a posilovat jejich vlastní aktivitu . (6, 24)

V uspokojování potřeb v oblasti vztahů mohou mít klienti tyto ošetrovatelské diagnózy: riziko přetížení pečovatele (00062), přerušený život rodiny (00060), ochota ke zlepšení funkce rodiny (00159), ochota ke zlepšení rodičovské role (00164), riziko oslabení vazby rodičů a dítěte (00058), neefektivní plnění role (00055), konflikt rodičovské role (00064), poškozená sociální interakce (00052) a další. (16)

1. 7. 5 Úloha sestry v uspokojování potřeb v oblasti vnímání a poznávání, jistoty a bezpečí

Sestra musí dobře ovládat techniky komunikace s mentálně retardovaným klientem. Je především potřeba respektovat jeho zvýšenou psychickou unavitelnost, komunikace nesmí být dlouhá nebo bez potřebných přestávek. Dále je třeba respektovat zhoršenou vstřípivost paměti: při sdělování informací je musíme trpělivě znovu a znovu opakovat. Je třeba mluvit pomaleji a v krátkých jednoduchých větách. Zvýšená pozornost se věnuje zřetelné a dostatečně hlasité výslovnosti a zvýraznění pantomimických a haptických metakomunikačních prvků (dotečky, úsměvy, blízkost). Zachovávají se všechna společenská pravidla a nesnížená úroveň zdvořilosti. (7)

Sestra musí zvládat problémové chování, což je například fyzická a verbální agrese, autoagrese, odmítání požadavků a respektování skupiny, obnažování se na veřejnosti, ignorování společenských norem, negativismus. Pravděpodobnost výskytu problémového chování se zvyšuje při neuspokojování základních životních potřeb. Vzhledem k handicapu klientů je nutná větší míra asistence při naplňování jejich potřeb. Fyziologické potřeby klienta jsou naplněny, pokud se může najíst a napít nejen v určený čas, ale kdykoliv chce, může usnout ve chvíli, kdy je unaven a zároveň není v pracovním procesu, může uspokojit svou sexuální potřebu sociálně přijatelným způsobem. Potřeba bezpečí, jistoty a soukromí je naplněna, pokud klient ví, kdy, kde, s kým a co má dělat, může kdykoliv opustit skupinu (například do relaxačního koutu), má volný přístup k předmětům, které ho uklidňují (fotografie, plyšová hračka, ...), personál se chová předvídatelně. Potřeba někam patřit a být milován je u klienta naplněna ve chvíli, kdy personál vstupuje do sociálního kontaktu (například společné pití kávy), personál dává najevo své porozumění, pomáhá hledat reálné řešení situací.

Potřeba úcty a respektu je u klienta naplněna ve chvíli, kdy s ním personál jedná společensky vhodně s ohledem na jeho fyzický věk a nezesměšňuje jeho citové prožívání, touhy, požadavky, připomínky, přání, i když nejsou reálná. Potřeba seberealizace je naplněna tehdy, když se klient může rozhodnout přímo úměrně svým aktuálním možnostem a schopnostem. (1)

Proto je vhodné problémovému chování předcházet zajištěním potřeb, které si klient není schopen zajistit sám poskytnutím dostatečné míry asistence. I přes veškerou snahu personálu však u některých klientů k problémovému chování dochází, protože plyne z handicapu klienta nebo se personálu nedaří rozpoznat nenaplněné potřeby. Agresivní chování u kombinovaně postižených má dva základní spouštěcí faktory. Prvním je organické a funkční poškození mozku. Je to faktor vnitřní a spočívá v nedostatečné myšlenkové kontrole vlastních emocí. Druhým faktorem je prostředí, ve kterém klient žije. Je to faktor vnější a zahrnuje nepohodlnost prostředí (teplo, světlo, oděv, nábytek, ...) a zmatečnost (příliš velká skupina, příliš volného času, ...). Dalším spouštěčem mohou být přísná pravidla. (1)

Rozlišujeme různé druhy agrese: připoutání sociální pozornosti, obranná agrese (při kladení nepřiměřených nároků), hranicotvorná (při nástupu do nového zařízení), autostimulační (když se klient nudí - bití se do hlavy, kousání), analgetická (autoagrese v místě bolesti), pro získání nebo návrat věci nebo aktivity, kompulzivní (nutkavé, nevhodné chování). Při výskytu problémového chování se provádí zaznamenání, lékařské posouzení, analýza prostředí a činností, odměny za vhodné chování, restriktivní postupy a averzivní tlumení. Restriktivním postupem se označuje omezení pohybu po dobu nezbytně nutnou. Dělí se do tří skupin: fyzická restrikce - úchopové techniky, které jsou bezpečné pro klienta i personál, mechanická restrikce - zahrnuje kurty, kazajky, izolace, klecová a síťová lůžka, chemická restrikce - tlumivá medikace. Restriktivní opatření se používají při přímém ohrožení zdraví a života klienta, zdraví a života jiných fyzických osob, a to pouze na dobu nezbytně nutnou, která postačuje k odstranění přímého ohrožení. Opatření se používá pouze v případě, že selhala předcházející opatření, jako je domluva, odvrácení pozornosti, rozptýlení atd. Zákonem je také stanoveno, v jakém pořadí mohou být opatření používána - nejprve restrikce

fyzická, poté mechanická, nakonec chemická. Před použitím je třeba mít souhlas lékaře (což je často nereálné), o celé záležitosti musí být ve stanovené době informován zákonný zástupce klienta. Událost musí být evidována - jméno personálu, čas, ukončení, důvod restrikce, záznam o informování zákonného zástupce. Pomocí záznamu situace, jež použití omezujících prostředků předcházela, je možné vyvozovat preventivní opatření a tak podobným situacím předcházet. (1, 17)

V uspokojování potřeb v oblasti vnímání a poznávání mohou mít klienti tyto ošetrovatelské diagnózy: porušená interpretace okolí (00127), porucha smyslového vnímání (00122), akutní zmatenost (00128), chronická zmatenost (00129), porušené myšlení (00130), zhoršená verbální komunikace (00051). (16)

1. 7. 6 Úloha sestry v dalších ošetrovatelských činnostech

Bazální stimulaci poskytuje sestra nejzávažněji postiženým klientům na zdravotním oddělení. Cílem péče v konceptu bazální stimulace je pochopit potřeby klienta, porozumět jeho komunikaci a na základě toho mu poskytnout prostor pro jeho orientaci, jistotu a další rozvoj jeho osobnosti. Ošetrovatelská péče je strukturována tak, aby byly podporovány zachovalé schopnosti klienta. Je zaměřena na stimulaci vnímání tělesného schématu, vestibulární stimulaci, vibrační, taktilně - haptickou, chuťovou, auditivní a olfaktorickou stimulaci. Klientů s nezvratnými změnami jejich tělesného a duševního stavu výrazně podporuje kvalitu jejich života. Kontinuální stimulace smyslových orgánů umožňuje vznik nových dendritických spojení v mozku. Nedostatek pohybových i senzorických stimulů podmiňuje nedostatečnou strukturalizaci mozku a následně retardaci vývoje organismu. Somatické stimulace je cílem pomoci klientovi pocítit své tělo, uvědomit si sebe sama. Stimulace se docílí různými technikami polohování, ale také žínkou nebo ručníkem během poskytované toalety. Dotek se může umocnit pohybem. Důležité je nepřerušovat kontakt, jinak vyvoláme u klienta pocity nejistoty a strachu. Somatickou stimulaci lze aplikovat formou masáže, koupele, zábalu, polohování. Je třeba, aby tělo klienta dostávalo informace zřetelné, jednoduché a jasné, tedy aby doteky byly strukturované a přiměřeného tlaku. Při sestavování

ošetřovatelského plánu se vychází z analýzy klientova mentálního a somatického stavu, jeho zachovalých schopností a potřeb. (5)

Sestra zajišťuje pravidelnou lékařskou péči, formou konzultace s praktickým lékařem, pediatrem, stomatologem, neurologem, psychiatrem. (21)

Další ošetřovatelskou činností sestry je podávání léků. Farmakoterapie je významnou součástí komplexní péče o klienty s mentální retardací v kombinaci s dalšími vadami. Často jsou užívána psychofarmaka, mezi ně se řadí neuroleptika, antidepresiva, anxiolitika, thymostabilizátory, psychostimulancia, hypnotika, nootropika. Podrobnější popis farmakoterapie viz příloha 5. (1)

Sestra se řídí danými pravidly a dodržuje zásady správného podávání léků. Vždy musí správně identifikovat nemocného, vybrat správný lék, zkontrolovat název léku, dávku, určit správnou dobu a podat správným způsobem. Sestra by měla znát lék, jeho účinky, stav nemocného a být schopna posoudit vhodnost podání léku. Sestry podávají léky ústy (per os), konečníkem (per rectum), do nosu, do ucha, do oka, na kůži, nebo injekcí (intradermálně, subkutánně, intramuskulárně). Intravenózní injekci aplikuje lékař, sestra mu asistuje. Při podání léků per os je obvykle nutné léky rozdrtit a podávat lžičkou přímo do úst nebo je smíchat s čajem a dohlédnout na jejich požití. (Workman, Benet - Klíčové dovednosti sester) (1, 11, 24, 29)

Ošetřovatelská péče se poskytuje podle závažnosti, druhu a rozsahu postižení, podle aktuálních nebo potenciálních problémů. Cílem je maximální rozvoj schopností a zručností klienta, jeho začlenění do společnosti, dosažení maximálně možné sociální přizpůsobivosti a soběstačnosti. Péče zahrnuje ošetřovatelské, preventivní, výchovně vzdělávací, pečovatelské a sociální aktivity. (6)

2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2. 1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit úroveň ošetrovatelské péče v Domově pro osoby se zdravotním postižením Zběšičky.

Cíl 2: Analyzovat ošetrovatelskou péči poskytovanou klientům v Domově pro osoby se zdravotním postižením Zběšičky.

2. 2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Liší se ošetrovatelská péče poskytovaná klientům s kombinovaným postižením od běžné ošetrovatelské péče?

Výzkumná otázka 2: Odpovídá ošetrovatelská péče poskytovaná klientům s kombinovaným postižením daným standardům?

3. METODIKA

3.1 Použité metody

Provedený výzkum je výzkumem kvalitativním. V rámci výzkumu jsem použila techniku pozorování, rozhovoru a analýzy dokumentů. Přímé zúčastněné pozorování jsem prováděla během měsíce ledna v Domově podle vypracovaného pozorovacího archu (příloha 4). Sledovala jsem uspokojování potřeb klientů v oblasti hygieny, vyprazdňování, výživy, aktivity, odpočinku, vztahů, vnímání a poznávání, jistoty a bezpečí. Za účelem zhodnocení uspokojování potřeb klientů jsem použila škálu hodnocení, kde 1 znamená, že potřeby klienta jsou uspokojeny (v rámci klientových možností). 2 znamená, že potřeby jsou uspokojeny částečně. 3 znamená, že potřeby nejsou uspokojeny. Během tohoto pozorování jsem také prováděla analýzu zdravotnické dokumentace v Domově. V měsíci lednu jsem také vedla polostandardizované rozhovory se sestrami v Domově. Otázky rozhovoru byly předem připraveny a rozděleny do 4 částí podle principů komunitní péče: komplexnost, akceptování lidských práv, kontinuální vzdělávání, standardizace postupů (příloha 5). V úvodu byly sestry seznámeny s cílem výzkumu, během rozhovoru jsem pokládala doplňující otázky. Za účelem hodnocení dodržování standardů podle základních principů komunitní péče jsem škálu, kde 1 znamená, že sestra standardy dodržuje. 2 znamená, že sestra standardy dodržuje částečně. 3 znamená, že sestra standardy nedodržuje.

3. 2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor 1 tvoří čtyři náhodně vybraní klienti Domova pro osoby se zdravotním postižením Zběšičky, kteří mají kombinované postižení. Výzkumný soubor 2 tvoří všechny sestry zaměstnané v Domově pro osoby se zdravotním postižením Zběšičky – sedm sester.

4. VÝSLEDKY

4. 1 Pozorování klientů a analýza zdravotnické dokumentace

4. 1. 1 Kazuistika 1

Klientovi 1 je 29 let, jeho diagnóza je těžká mentální retardace na podkladě dětské mozkové obrny, cholecystolithiáza. Nedávno utrpěl úraz ucha. Klient je vysoce závislý, má porušenou komunikaci, je inkontinentní, agresivní s prvky sebepoškozování, trvale odkázán na celodenní ošetrovatelskou péči. Užívá tyto léky: Tisercin 2 tbl. 1 – 1 - 1, Haloperidol R 1, 5 mg 1 – 1 - 1, GS Extra C 1 tbl 1 – 0 - 0.

Potřeba sebez péče v oblasti hygieny, vylučování a výživy: Klient je hodnocen testem Bárthelové jako vysoce závislý, není schopen starat se o svoji hygienu, ani s dopomocí. Je plně inkontinentní, používá pleny, jednorázové podložky, kosmetiku pro inkontinentní – Hartman a Menalind. Jídlo přijímá formou krájené stravy, dieta číslo 3, musí být krměn. Jídlo mu obvykle chutná, sní celou porci, nemá problémy s polykáním. Průměrný příjem tekutin za den je 1600 ml, pije nejčastěji čaj a vodu z hrnečku. Hodnota stupnice dle Nortonové je 19 bodů – riziko vzniku dekubitů. Stav pokožky v okolí konečníku a genitálií je dobrý, integrita kůže je neporušená.

Potřeba pohybu a aktivity, spánku a odpočinku: Klient má v důsledku primárního onemocnění velmi omezenou pohyblivost. S pomocí zdravotnického personálu je schopen chůze po špičkách, pokud je podepřen dvěma osobami. Přes den je vertikalizován a posazován do invalidního vozíku, zbytek dne a v noci je na lůžku. Dvakrát denně je rehabilitován, na cvičení reaguje autoagresí. V odpoledních hodinách je obvykle klient na vycházce, je vezen na invalidním vozíku. Na pokoji má televizi a rádio, ale nereaguje na ně. Při nácviku sebeobslužných činností je zcela pasivní. Klientův spánek je klidný, v noci se neprobouzí, přes den nespí, hypnotika neužívá.

Oblast vztahů, vnímání a poznávání, jistoty a bezpečí: Rodina o klienta nejví zájem, v Domově je 5 let, předtím byl v jiných zařízeních. Vztahy s personálem má dobré, neprojevuje známky agrese vůči personálu, ani ostatním klientům. Má ale silné sebepoškozovací tendence, neustále se trýzní, jakmile má volné ruce, tluče se do uší, škrábe po celém těle. Dále se kouše a tluče hlavou okolo sebe. Tyto tendence se projevují neustále, při všech činnostech, takže personál vždy pracuje ve dvou a jeden z nich

zajišťuje pacientovu bezpečnost při výkonu. Jinak musí mít klient neustále fixovány horní končetiny, aby nedošlo k sebepoškozování. Komunikace s klientem je obtížná, porozumí jednoduchým pokynům, ale obvykle je nevykoná. Umí pasivně zopakovat několik slov, aktivně vydává pouze neartikulované zvuky. Proto u něj sestry aplikují bazální stimulaci, na kterou klient příznivě reaguje. Osobním cílem, který stanovil klíčový pracovník, je rozšíření slovní zásoby o další slova.

Ošetřovatelské činnosti: Před jakoukoliv činností sestry aplikují bazální stimulaci, nejprve iniciální dotek (stisknout levou dlaň), dále se klienta během činnosti stále dotýkat a nakonec činnosti opět iniciální dotek. Ráno sestry klientovi podávají léky dle ordinace lékaře. Musí být rozdrceny a podány s čajem na lžici, následně se provede kontrola spolknutí. Poté je klient nakrmen snídaní, která je nakrájena na malé kousky. Během dopoledne je průběžně podáván čaj z hrnečku. Po snídani sestry provádí hygienu, přebalování. Třikrát týdně se provádí celková koupel v pojízdné vaně. Ranní hygiena jinak zahrnuje péči o dutinu ústní, vyčištění zubů, natření rtů voskem. Dále zahrnuje celkovou péči o inkontinentního pacienta – přebalení, omytí, zkontrolování stavu pokožky v okolí konečníku a genitálu, promaštění vhodnou kosmetikou. Během hygieny se také postupuje dle konceptu bazální terapie – iniciální dotek, stálý kontakt s tělem klienta, kopírování kontur těla klienta, doteky po směru chlupu, na konci opět iniciální dotek. Následuje rehabilitace, jejíž cílem je snaha o udržení mobility, prevence spazmů, prevence dekubitů, prevence obstipace, zvýšení celkové svalové kondice. Cvičení probíhá dle týdenního rozpisu, pravidelně se střídají tyto činnosti: masáž zad a končetin, vertikalizace, nácvik chůze, perličková koupel, podvodní masáž, cvičení na míči, trampoterapie, míčkování, stimulace nervových zakončení k uvolnění patologického tonu páteře. Na rehabilitaci se podílejí sestry, rehabilitační pracovník i pomocný zdravotnický personál. V poledne se opět podávají léky a strava. Přebalování a pitný režim probíhají během dne dle potřeby. Odpoledne následuje vycházka a rehabilitace, večer opět podání léků a stravy. Následuje večerní hygiena – péče o dutinu ústní, péče o inkontinentního. Poté sestry klienta uloží ke spánku, lůžko je opatřeno postranicemi, v noci sestry zajišťují dohled a veškerou péči. Během všech činností je třeba brát zvýšený ohled na neustálé sebepoškozování klienta, personál vždy pracuje

ve dvou a dbá na bezpečnost klienta i svoji. Horní končetiny klienta jsou stále fixovány, jinak by docházelo k sebepoškozování. Během dne je možné provádět zklidňující bazální stimulaci. Sestra průběžně sleduje celkový stav a chování klienta, změny zaznamenává a hlásí lékaři. Asistuje lékaři a spolupracuje s ostatními členy týmu, vede dokumentaci. Všichni členové týmu se snaží o splnění klientova osobního cíle – každý den vyzývají klienta k opakování slov a podporují ho ve verbálním projevu.

Tabulka 1: Uspokojení potřeb klienta 1

POTŘEBA	USPOKOJENÍ POTŘEBY
Potřeba v oblasti hygieny, vyprazdňování a výživy	1
Potřeba v oblasti aktivity a odpočinku	1
Potřeba v oblasti vztahů	1
Potřeba v oblasti vnímání a poznávání	1
Potřeba v oblasti jistoty a bezpečí	2

Legenda:

Potřeba uspokojena v rámci klientových možností dobře – 1

Potřeba uspokojena částečně – 2

Potřeba neuspokojena –3

Sestry uspokojují potřeby klienta v rámci jeho možností. Narušena je pouze oblast jistoty a bezpečí z důvodu stálého sebepoškozování. Sestry jsou nuceny používat restriktivní opatření a dbát zvýšeného dohledu kvůli klientově bezpečnosti.

4. 1. 2 Kazuistika 2

Klientce je 24 let, její diagnóza je těžká mentální retardace na podkladě perinatálního poškození centrální nervové soustavy, epilepsie, chronická dermatitida. Klientka je vysoce závislá, má porušenou komunikaci, je intermitentně inkontinentní, s agresivními atakami, odkázaná na celodenní péči. Užívá tyto léky:GS Extra C 1 tbl. 1

– 0 – 0, Rivotril 0, 5 mg 1 –1 –1, Seroquel 200 mg 1 tbl. 1 – 1 – 1, Mirtazapin Teva 30 mg 0 – 0 – 1.

Potřeba sebepečce v oblasti hygieny, vylučování a výživy: klientka je hodnocena testem Bártelové jako vysoce závislá. Není ochotná spolupracovat při vykonávání hygieny, pasivně se nechá umýt, posadit na WC. Trpí intermitentní inkontinencí, přes noc má plenkové kalhotky, přes den je vysazována na záchod, ale často se pomocí i pokálí. Je si vědoma toho, co se stalo, ale sama si neřekne. Jídlo přijímá formou krájené stravy, dieta číslo 3, nají se sama, ale velmi se znečistí. „Nacpává si plná ústa“, hrozí riziko aspirace. Nejí s ostatními klienty, protože jim bere jejich jídlo. Průměrný příjem tekutin je 2 000 ml / den, pije nejčastěji čaj a vodu z hrnečku. Stupnice Nortonové je 24 bodů – riziko vzniku dekubitů. Stav pokožky v okolí konečníku a genitálií je dobrý, integrita kůže je neporušená. Trpí dermatitidou, která se vyskytuje občasně, nyní je kůže klidná.

Potřeba pohybu a aktivity, spánku a odpočinku: Klientka má vadné držení těla, oslabení paravertebrogenních, lopatkových a zádových svalů. Je schopna chůze. Mezi její denní aktivity patří dvakrát denně rehabilitace, na kterou reaguje pozitivně, pokud je její náplň naprosto obvyklá. Při jakékoliv změně se odmítá zapojit. V odpoledních hodinách chodí klientka na vycházku. Z aktivizačních činností využívá klientka docházku do speciální školy v areálu budovy, kde se vzdělává v rámci svých možností – poznávání obrázků, malování atd. Zapojuje se i do dalších aktivit Domova, například výlety, letní tábory, diskotéky v Domově. Během těchto činností je však pasivní a nezapojuje se nebo se chová agresivně. Klientka má neklidný spánek, v noci se probouzí, mluví různými hlasy, užívá hypnotika při neklidu.

Oblast vztahů, vnímání a poznávání, jistoty a bezpečí: Klientka je v Domově čtyři roky, předtím žila s rodiči. Do Domova byla umístěna kvůli agresivním atakům, které rodina nezvládala. Rodiče projevují o klientku velký zájem, každý víkend ji navštěvují a jednou za čtrnáct dní si ji berou na víkend domů. Vztahy s personálem jsou dobré, ale při záchvatu agrese klientka napadá všechny kolem (rodiče, personál, klienty), kouše škrábe, bije – je velmi nebezpečná. U klientky se projevují autistické rysy, nejraději je sama, mimo kolektiv nebo v přítomnosti lidí, na které je zvyklá.

V Domově má zařízenou svoji místnost, kterou sdílí sama. Místnost je přizpůsobena jejím potřebám, tak aby se nemohla zranit a v případě agresivního záchvatu je zde zavřena. Je však pod neustálým dohledem personálu, pomocí průhledných dveří. O samotě se obvykle zklidní, takže jiných restriktivních opatření se nevyužívá. Klientka má rozvinutou řeč, rozumí jednotlivým příkazům, ale neuposlechne je. Její spolupráce na činnostech je velmi krátkodobá. Osobní cíl klientky je zapojit se do hypoterapie.

Ošetřovatelské činnosti: Ráno sestry podávají klientce léky dle ordinace lékaře. Musí být rozdrceny a podány s čajem na lžici, následně se provede kontrola spolknutí. Poté dostane klientka snídani, která musí být nakrájena. Klientka se nají sama, ale musí být pod dohledem, jí velmi hltavě, hrozí riziko aspirace. Dále následuje hygiena, třikrát týdně se provádí celková hygiena, ta probíhá ve sprše. Ranní hygiena zahrnuje péči o dutinu ústní, čištění zubů, natření rtů voskem. Dále zahrnuje celkovou péči o inkontinentního – výměna pleny, omytí, zkontrolování stavu pokožky v okolí konečníku a genitálu, promaštění vhodnou kosmetikou. Klientka je během vykonávání hygieny velmi pasivní. Následuje rehabilitace, jejímž cílem je udržení stávajícího stavu mobility, snaha o obnovu a udržení soběstačnosti, korekce patologického držení těla, zvýšení tělesné kondice, prevence somatických onemocnění, obstipace, problémového chování z inaktivity. Cvičení probíhá dle týdenního rozpisu, pravidelně se střídají tyto činnosti: základní procvičení celého těla, nápravný tělocvik, perličková koupel, trampoterapie. Následuje výuka ve speciální škole, kam je klientka doprovázena personálem. V poledne se podávají léky a oběd, podávání tekutin a vysazování na záchod se provádí během dne dle potřeby. Odpoledne jde klientka na vycházku, kde je třeba věnovat zvýšený dohled kvůli bezpečnosti. Dále probíhá druhá část rehabilitace, které se účastní sestry, rehabilitační pracovník nebo pomocný zdravotní personál. Večer sestry opět podávají léky a stravu a probíhá večerní hygiena. Během noci sestry zajišťují u klientky veškerou péči a dohled, při neklidu sestry aplikují medikaci dle ordinace lékaře. Sestra průběžně sleduje celkový stav a chování klientky, změny zaznamenává a hlásí lékaři. Asistuje lékaři a spolupracuje s ostatními členy týmu, vede dokumentaci. Všichni členové týmu se snaží o splnění klientova osobního cíle, klientka je pravidelně doprovázena do jezdeckého klubu na hypoterapii.

Tabulka 2: Uspokojení potřeb klientky 2

POTŘEBA	USPOKOJENÍ POTŘEBY
Potřeba v oblasti hygieny, vyprazdňování a výživy	1
Potřeba v oblasti aktivity a odpočinku	1
Potřeba v oblasti vztahů	2
Potřeba v oblasti vnímání a poznávání	1
Potřeba v oblasti jistoty a bezpečí	1

Legenda:

Potřeba uspokojena v rámci klientových možností dobře – 1

Potřeba uspokojena částečně – 2

Potřeba neuspokojena –3

Sestry uspokojují potřeby klientky v rámci jejích možností. Klientka má narušenu oblast vztahů, vzhledem ke svým autistickým rysům, z čehož plynou agresivní útoky vůči okolí. Sestry se snaží vhodně přizpůsobit prostředí klientky tak, aby se minimalizoval výskyt konfliktů.

4. 1. 3 Kazuistika 3

Klientce je 23 let, její diagnóza je hluboká mentální retardace na podkladě dětské mozkové obrny, toxická nemoc jater na podkladě nervové soustavy, epilepsie, slepota obou očí. Klientka je vysoce závislá, má porušenou komunikaci, je inkontinentní, trvale odkázána na celodenní péči. Užívá tyto léky: Maltofer 5 gtt 1 – 1 – 1, GS Extra C tbl. 1 – 0 – 0, Tegretol CR 200 1 tbl 1 – 1 – 1, Convulex gtt. 500 mg 1 – 1 – 1, CHLPTX 50 mg 2 tbl. 0 – 0 – 0.

Potřeba sebezpečí v oblasti hygieny, vylučování a výživy: Klientka je hodnocena testem Bárthelové jako vysoce závislá, není schopna starat se o svojí hygienu, ani s dopomocí. Je plně inkontinentní, používá pleny, jednorázové podložky, kosmetiku pro inkontinentní – Hartman a Menalind. Jídlo přijímá formou mixované stravy, dieta

číslo 3, musí být krmena z kojenecké lahve, má problémy s polykáním. Jídlo musí být vždy přislazováno, jinak ho klientka odmítá. Průměrný příjem tekutin za den je 1500 ml, pije nejčastěji čaj z kojenecké lahve. Hodnota stupnice dle Nortonové je 18 bodů – riziko vzniku dekubitů. Stav pokožky v okolí konečníku a genitálií je dobrý, integrita kůže je neporušená. Někdy mívá průjmy a dochází k začervenaní pokožky – ošetření Zinkovou mastí.

Potřeba pohybu a aktivity, spánku a odpočinku: klientka je v důsledku primárního onemocnění imobilní, trvale ležící, má výrazné spazmy končetin, kontraktury a deformity. Během všech činností u klientky sestry aplikují bazální stimulaci, která je velmi vhodná i kvůli její slepotě. Přes den je vertikalizována a přemístěna do polohovacího vaku, zbytek dne a v noci je na lůžku. Dvakrát denně je rehabilitována, na cvičení reaguje křikem, projevuje nelibost. V odpoledních hodinách je obvykle klientka na vycházce, je vezena na invalidním vozíku. Na pokoji má televizi a rádio, příznivě reaguje na hudbu. Při nácviku sebeobslužných činností je spíše pasivní. Klientčin spánek je klidný, v noci ji probouzí pouze rušivé podněty, přes den nespí, hypnotika neužívá.

Oblast vztahů, vnímání a poznávání, jistoty a bezpečí: Rodina jeví o klientku zájem, často ji navštěvují a jednou za měsíc si ji berou domů. V Domově je klientka 9 let, předtím žila s rodinou. Vztahy s personálem i ostatními klienty má dobré, vyhledává kontakt, chytá každého za ruku – nerozlišuje. Občas má agresivní záchvaty, křičí a škube celým tělem. Agrese není proti nikomu zaměřená, nemá prvky sebepoškozování, nemá ani zjevnou příčinu. K překonání postačí klidné prostředí, dotek, klidná hudba, není třeba restriktivní opatření. Vhodná je také uklidňující masáž podle konceptu bazální stimulace, která je u klientky hojně využívána. Klientka nemá rozvinutou řeč, komunikuje neverbálním způsobem a vydává neartikulované skřeky. Osobním cílem klientky je zapojení do aktivit pořádaných Domovem.

Ošetřovatelské činnosti : Před jakoukoliv činností sestry aplikují bazální stimulaci, nejprve iniciální dotek (stisknout klientce pravé rameno), dále se klientky během činnosti stále dotýkají a nakonec činnosti patří opět iniciální dotek. Ráno sestry podávají klientce léky dle ordinace lékaře. Musí být rozdrceny a podány s čajem

na lžici, následně se provede kontrola spolknutí. Poté je klientka nakrmena snídaní, která je rozmixována a podána kojeneckou lahví. Během dopoledne je průběžně podáván čaj rovněž lahví. Po snídani se provádí hygiena, přebalování. Třikrát týdně se provádí celková koupel v pojízdné vaně. Ranní hygiena jinak zahrnuje péči o dutinu ústní, vyčištění zubů, natření rtů voskem. Dále zahrnuje celkovou péči o inkontinentního pacienta – přebalení, omytí, zkontrolování stavu pokožky v okolí konečníku a genitálu, promaštění vhodnou kosmetikou. Během hygieny se také postupuje dle konceptu bazální terapie – iniciální dotek, stálý kontakt s tělem klienta, kopírování kontur těla klienta, doteky po směru chlupu, na konci opět iniciální dotek. Následuje rehabilitace, jejíž cílem je snaha o udržení mobility, prevence spazmů, prevence dekubitů, prevence obstipace, zvýšení celkové svalové kondice. Cvičení probíhá dle týdenního rozpisu, pravidelně se střídají tyto činnosti: trampoterapie s relaxační hudbou, cvičení spastických končetin, vířivá koupel, masáž zad, perličková koupel. Na rehabilitaci se podílejí sestry, rehabilitační pracovní i pomocný zdravotnický personál. V poledne se opět podávají léky a strava. Přebalování a pitný režim probíhají během dne dle potřeby. Odpoledne následuje vycházka a rehabilitace, večer opět podání léků a stravy. Následuje večerní hygiena – péče o dutinu ústní, péče o inkontinentního. Poté je klientka uložena ke spánku, lůžko je opatřeno postranicemi, v noci je zajištěn dohled a veškerá péče. Během dne je možné provádět zklidňující bazální stimulaci. Sestra průběžně sleduje celkový stav a chování klientky, změny zaznamenává a hlásí lékaři. Asistuje lékaři a spolupracuje s ostatními členy týmu, vede dokumentaci. Všichni členové týmu se snaží o splnění klientova osobního cíle – pokud Domov pořádá společenskou událost, je klientka posazena do invalidního vozíku a v doprovodu personálu se akce účastní.

Tabulka 3: Uspokojení potřeb klientky 3

POTŘEBA	USPOKOJENÍ POTŘEBY
Potřeba v oblasti hygieny, vyprazdňování a výživy	2
Potřeba v oblasti aktivity a odpočinku	1
Potřeba v oblasti vztahů	1
Potřeba v oblasti vnímání a poznávání	1
Potřeba v oblasti jistoty a bezpečí	1

Legenda:

Potřeba uspokojena v rámci klientových možností dobře – 1

Potřeba uspokojena částečně – 2

Potřeba neuspokojena –3

Sestry potřeby klientky v rámci jejích možností uspokojují. Klientka má problémy s polykáním, takže sestry jí podávají mixovanou stravu z kojenecké láhve. Jídlo musí být vždy přislazováno, jinak ho klientka odmítá.

4. 1. 4 Kazuistika 4

Klientovi je 24 let, jeho diagnóza je hluboká mentální retardace na podkladě perinatálního postižení, chronická virová hepatitida na podkladě nervové soustavy, slepota obou očí. Klient je vysoce závislý, má porušenou komunikaci, je inkontinentní, nekonfliktní, trvale odkázán na celodenní péči. Užívá tyto léky: GS Extra C 1 tbl. 1 – 0 –1.

Potřeba sebepéče v oblasti hygieny, vylučování a výživy: Klient je hodnocen testem Bárthelové jako vysoce závislý, není schopen se starat o svoji hygienu, ale s dopomocí se zapojuje do činností s ní spojených. Také při oblékání je aktivní, s pomocí se obleče a sám nazývá cvičky. Je inkontinentní, v noci používá plenkové kalhotky a podložky, přes den je vysazován na záchod – s různou úspěšností. Jídlo přijímá formou krájené stravy, má dietu číslo 3, protože je slepý, musí se krmit. Tuhé

části, například rohlík, sní sám. Průměrný příjem tekutin činí 2000 ml/ za den, pije čaj nebo vodu z hrnku, který je mu podán. Hodnota stupnice Nortonové je 24 bodů – riziko vzniku dekubitů. Stav pokožky v okolí konečníku a genitálií je dobrý, integrita kůže není porušena. Klient má na obličeji a hrudníku akné, které se mu občas zanítí, pomáhá mu aplikace biolampy a roztok Eryfluid.

Potřeba pohybu a aktivity, spánku a odpočinku: Klient má vadné držení těla, oslabeny paravertebrogenní, lopatkové a zádové svaly, strnulý postoj, chůze je vrávoravá, nestabilní. Z důvodů slepoty se hůře orientuje v prostoru, ve známém prostředí je schopen přecházet menší úseky podél zdí. S personálem je schopen i chůze po schodech. Dvakrát denně u něj probíhá rehabilitace podle týdenního rozpisu, při které je někdy pasivní, jindy se zapojuje. Po obědě chodí v doprovodu personálu na vycházku, příležitostně se účastní společenských a sportovních aktivit pořádaných Domovem. Pravidelně dojíždí na hypoterapii. Klientův spánek je dobrý, spí klidně, neprobouzí se, hypnotika neužívá.

Oblast vztahů, vnímání a poznávání, jistoty a bezpečí: Klient je v Domově 19 let, rodina o něj nejeví zájem. Vztahy s personálem i ostatními klienty jsou dobré, až na výjimečné projevy vzteku, které pramení z jeho tvrdohlavosti. Jinak je bezkonfliktní a spokojený. Komunikace je porušena, řeč málo rozvinutá, klient opakuje stále stejná slova, oniká, zadržuje. Osobním cílem, který stanovil klíčový pracovník je naučit se manipulovat se zvukovou hračkou, kterou preferuje.

Ošetřovatelské činnosti: Ráno sestry podávají klientovi léky dle ordinace lékaře. Musí být rozdrceny a podány s čajem na lžici, následně se provede kontrola spolknutí. Poté je klient nakrmen snídaní, která je nakrájena na malé kousky, nebo jí sám pečivo. Během dopoledne je průběžně podáván čaj z hrnečku. Po snídani se provádí hygiena, přebalování. Třikrát týdně se provádí celková koupel ve sprše. Ranní hygiena jinak zahrnuje péči o dutinu ústní, vyčištění zubů, natření rtů voskem. Dále zahrnuje celkovou péči o inkontinentního pacienta – přebalení, omytí, zkontrolování stavu pokožky v okolí konečníku a genitálu, promaštění vhodnou kosmetikou. Klient spolupracuje podle aktuálního rozpoložení. Následuje rehabilitace, jejímž cílem je snaha o udržení mobility, prevence spazmů, korekce patologického držení těla, zvýšení celkové svalové

kondice, snaha o obnovu a udržení soběstačnosti. Cvičení probíhá dle týdenního rozpisu, pravidelně se střídají tyto činnosti: masáž zad a končetin, perličková koupel, podvodní masáž, cvičení na míči, trampoterapie, posilovací cvičení. Na rehabilitaci se podílejí sestry, rehabilitační pracovník i pomocný zdravotnický personál. V poledne se opět podávají léky a strava. Přebalování, vysazování na záchod a pitný režim probíhají během dne dle potřeby. Odpoledne následuje vycházka a rehabilitace, večer opět podání léků a stravy. Následuje večerní hygiena – péče o dutinu ústní, péče o inkontinentního. Poté je klient uložen ke spánku, v noci je zajištěn dohled a veškerá péče. Sestra průběžně sleduje celkový stav a chování klienta, změny zaznamenává a hlásí lékaři. Asistuje lékaři a spolupracuje s ostatními členy týmu, vede dokumentaci. Všichni členové týmu se snaží o splnění klientova osobního cíle – klient umí hračku uchopit, ovládání se mu nedaří, ale projevuje spokojenost.

Tabulka 4: Uspokojení potřeb klienta 4

POTŘEBA	USPOKOJENÍ POTŘEBY
Potřeba v oblasti hygieny, vyprazdňování a výživy	1
Potřeba v oblasti aktivity a odpočinku	2
Potřeba v oblasti vztahů	1
Potřeba v oblasti vnímání a poznávání	1
Potřeba v oblasti jistoty a bezpečí	1

Legenda:

Potřeba uspokojena v rámci klientových možností dobře – 1

Potřeba uspokojena částečně – 2

Potřeba neuspokojena –3

Sestry potřeby klienta v rámci jeho možností uspokojují. Klient se z důvodů slepoty hůře orientuje v prostoru, je schopen přecházet sám pouze kratší úseky ve známém prostoru, jinak je plně odkázán na doprovod sester.

4. 1. 5 Souhrnná tabulka uspokojování potřeb klientů

Tabulka 5. souhrnná tabulka uspokojování potřeb klientů

USPOKOJENÍ POTŘEBY	DOBŘE	ČÁSTEČNĚ	NEUSPOKOJENÉ
Potřeba v oblasti hygieny, vyprazdňování a výživy	3	1	
Potřeba v oblasti aktivity a odpočinku	3	1	
Potřeba v oblasti vztahů	3	1	
Potřeba v oblasti vnímání a poznávání	4		
Potřeba v oblasti jistoty a bezpečí	3	1	

Sestry potřeby klientů v rámci jejich možností uspokojují. Pokud je potřeba uspokojena pouze částečně, je důvodem vážné postižení klienta, které se sestry snaží maximálně kompenzovat.

4. 2 Rozhovory se sestrami

Rozhovor byl proveden se 7 sestrami, tedy se všemi sestrami, které v Domově pracují. V úvodu jim byl vysvětlen účel rozhovoru, tj. šetření v rámci bakalářské práce a byla jim slíbena anonymita. Polostandardizovaný rozhovor byl prováděn v nerušeném prostředí, individuálně, odpovědi byly zapsány do písemného archu, který byl předem připraven.

4. 2. 1 Identifikační údaje sester

Tabulka 6: Věk sester

Věk	Počet sester
31 – 40	2
41 – 50	2
51 – 60	3

Sestry v Domově se pohybují ve věkové kategorii od 33 let do 56 let. Z výše uvedené tabulky je patrné, že zde pracují spíše ženy středního a staršího věku. Věková hranice 20 – 30 let zde zastoupena vůbec není.

Tabulka 7: Délka celkové praxe sester

Délka celkové praxe	Počet sester
11 – 20	2
21 – 30	1
31 – 40	4

Věk dotazovaných sester se odráží na jejich letité praxi, která se pohybuje v rozmezí od 15 do 38 let. Z toho nejčastěji je zastoupena kategorie 31 – 40 let (4 sestry).

Tabulka 8: Délka praxe sester v Domově

Délka praxe v Domově	Počet sester
1 – 10	2
11 – 20	1
21 – 30	4

Délka praxe v Domově je různorodá, pohybuje se v rozmezí od 1 roku do 22 let. Nejčastější zastoupení má kategorie 21 – 30 let (4 sestry).

Tabulka 9: Vzdělání sester

Vzdělání	Počet sester
ÚSO	6
DiS.	1
VŠ	0

Všechny sestry absolvovaly Střední zdravotnickou školu. Jedna sestra absolvovala vyšší odborné studium v oboru fyzioterapie. Jedna sestra nyní studuje VŠ.

Tabulka 10: Registrace

Registrace	Ano	Ne
Počet sester	7	0

Všechny sestry Domova mají registraci.

4. 2. 2 Rozhovor se sestrou 1

První část otázek byla směřována na plnění principu komplexnosti. Na otázku o poslání a cílech Domova sestra 1 uvedla, že posláním Domova je vytvořit klientům náhradu Domova, poskytovat službu s ohledem na jejich individuální potřeby, schopnosti a zájmy. Dále mi specifikovala činnost klíčové pracovníka, který podle jejího názoru zajišťuje sestavení, aktualizování, dodržování a zaznamenávání individuálního plánu. Klienty je potřeba motivovat a zohledňovat jejich individualitu. Na otázku, kdo se podílí, na plnění osobních cílů klienta odpověděla sestra 1, že multidisciplinární tým, který tvoří klíčový pracovník, sestry, pracovníci sociálních služeb, rehabilitační pracovníci, vychovatelé. Další otázka byla směřována k motivaci rozvoje a zdokonalování dovedností. Sestra 1 uvedla, že klientům jsou aktivně nabízeny volnočasové aktivity, zájezdy, terapie. Naučené dovednosti se stále opakují, aby došlo k fixaci. Vzhledem k možnostem a schopnostem klientů sestry prohlubují jejich dovednosti formou hry, nácviku a napodobování. Při těchto aktivitách je podle sestry 1 nutný individuální přístup. Dále jsem se ptala na místní a časovou dostupnost. Sestra 1 uvedla, že Domov poskytuje celodenní a celoroční pobytové služby. Do zařízení je možné cestovat linkovým autobusem nebo mají klienti možnost využít služební vůz. Na každé budově visí přehledné katalogy firem, obchodů, služeb, kulturních zařízení a podniků. Klienti mohou v místě Domova využívat obchod a kulturní zařízení, za ostatními veřejnými službami se mohou s doprovodem personálu dopravit. Jako zdroj informací o možnosti poskytování služby uvedla sestra 1 prezentování Domova v tisku, na společenských akcích, propagační letáky, webové stránky Domova, kde se informace pravidelně aktualizují. Další otázka se týkala aplikace ošetrovatelského procesu na oddělení, kde sestra 1 pracuje. Ošetrovatelský proces obsahuje anamnestiku, plánování, realizaci a hodnocení, ošetrovatelské diagnózy sestry nepoužívají. Další otázka byla směřována na zdravotnickou dokumentaci oddělení, která jak sestra 1 uvedla, obsahuje chorobopis, sesterskou dokumentaci, lékařský dekurz, výchovné záznamy, EPI karty (karta epileptika), kartu diabetika, knihu hlášení, menstruační kalendář, záznamy o úrazu, záznam restriktivních opatření, překladovou sesterskou zprávu, osobní kartu klienta. Poté jsme mluvily o bezpečnosti práce. Sestra 1, dodržuje

běžná pravidla pro bezpečnost práce, používá ochranné pomůcky, zúčastňuje se školení o bezpečnosti práce, zajišťuje pravidelné revize elektrických přístrojů.

Druhá část otázek byla směřována na dodržování principu akceptování lidských práv. Sestra 1 uvedla, že dodržuje mlčenlivost o osobních údajích klientů. Dbá také na správné nakládání se zdravotnickou dokumentací, která je uložena u vrchní sestry v uzamykatelné skříni. Dále jsme hovořily o kontrole kvality poskytované péče, sestra 1 uvedla, že v Domově zatím žádná kontrola neproběhla. Na oddělení, kde sestra 1 působí, nebyla podána žádná stížnost ze strany klienta. Ohledně dodržování práv klientů sestra 1 řekla, že plně respektuje individualitu klienta, jeho důstojnost, přání a potřeby ve všech oblastech jeho života. Poté mi popsala pravidla restriktivních opatření. Nejprve je nutné snažit se o uklidnění klienta domluvou, odvedením pozornosti, snahou o zaměstnání klienta. Pokud to nelze, je možno použít omezovacích prostředků. Až nakonec je možné použít medikaci, která musí být ordinována lékařem. Vždy je nutný záznam do dokumentace a informování opatrovníka klienta. Klient musí být pod stálým dohledem a kontrolou.

Třetí část otázek byla směřována na dodržování principu obnovy zdraví ve společnosti. Sestra 1 uvedla, že klienti jsou vedeni k aktivizaci, jsou podporováni a motivováni, aby se snažili vézt život alespoň přibližně stejný, jako běžná populace v rodinách. Sestry klienty zapojují do denních a volnočasových aktivit, které zabraňují stagnaci vývoje a degeneraci osobnosti. Dále jsem se ptala na vztahy klientů s jejich rodinami a společenským prostředím. Sestra 1 odpověděla, že rodiče jsou pravidelně kontaktováni při sepsání smlouvy, individuálního plánu a osobního cíle. Také se s nimi konzultují volnočasové aktivity, zařazení klientů do terapií, kulturní akce a další aktivity. Rodiče mají možnost pravidelných návštěv, klienti mohou dojíždět domů dle přání rodiny. Dále jsme se zabývaly návykem klientů na zdravotně sociálních službách. Sestry se snaží klienty vést k samostatnosti, služby poskytovat s ohledem na eliminaci závislosti, podporovat klienty ve využívání veřejných služeb. Formou výletů je seznamují se sociálním prostředím.

Čtvrtá část otázek byla směřována na dodržování principu kontinuálního vzdělávání. Sestra 1 studuje vysokou školu, obor rehabilitace – psychosociální péče pro

postižené a starší osoby. Pravidelně navštěvuje semináře a školení k rozvoji a udržení vzdělání. Také se věnuje čtení odborných periodik, vyhledává si informace na internetu. Snaží se o rovnoměrný rozvoj v oblasti sociální i zdravotní, je registrovaná. Dále uvedla, že dvakrát za rok probíhá hodnocení její práce zaměstnavatelem, v kterém se míra jejího vzdělávání odráží na finančním ohodnocení. Zaměstnavatel podporuje vzdělávání sester, organizuje školení v Domově a umožňuje studium na vysoké škole.

Pátá část otázek byla směřována na dodržování principu standardizace postupů. Sestra 1 uvedla, že Domov má vypracovány vlastní standardy kvality poskytovaných služeb, kterými se řídí. Tyto standardy považuje za nutnou součást základní dokumentace Domova. Ovšem standardy ošetrovatelské péče, které jsou vypracovány přímo na oddělení, nepovažuje za nutné. Podle jejího názoru sestra, která má maturitu na střední zdravotnické škole a následnou registraci musí znát všechny ošetrovatelské postupy a je způsobilá je vykonávat. Zpracovávat standardy na aplikaci injekce a podobně jí připadá ztráta času. Naprosto dostatečné jsou z jejího pohledu standardy kvality poskytovaných služeb Domova, které zaručují jednotný postup při práci s klientem a zajišťují individuální přístup. Zajišťují také písemné zpracování sporných situací, což umožňuje poskytovat péči s pocitem odpovědnosti a s minimálním zásahem do práv klientů. Nicméně sestra 1 respektuje a dodržuje oba typy standardů.

4. 2. 3 Rozhovor se sestrou 2

V prvním okruhu otázek komplexnosti se odpovědi sestry 2 příliš nelišily od odpovědi sestry 1. Domov by rovněž podle ní měl sloužit jako důstojná náhrada domova a rodiny, přiblížit se běžnému způsobu života. Také na téma klíčový pracovník a individuální plán péče odpovídala sestra 2 obdobně. Místní a časová dostupnost Domova je podle ní bezproblémová – třísměnný provoz, autobusové spojení, služební vůz. Veřejnost se může s Domovem seznámit osobně – návštěvní dny, dny otevřených dveří, prostřednictvím médií – tisk, televize, internet. Stejně jako sestra 1 sestra 2 uvedla, že v ošetrovatelském procesu neuplatňují ošetrovatelskou diagnostiku. Sestra 2 se řídí pravidly bezpečnosti práce, žádná specifická opatření zde nemají.

Ani v oblasti akceptování lidských práv nebyly shledány zásadní rozdíly. Zdravotní dokumentace je podle sdělení sestry 2 dostatečně zabezpečena před nepovolanými osobami. Počítač je pod heslem. Stížnost ze strany klienta byla během působení sestry 2 v Domově podána, netýkala se však její osoby, a proto nebyla řešena s ní. Restriktivní opatření popsala sestra 2 shodně se sestrou 1.

K aktivizaci je klient veden dodržováním výchovných jednotek. Domov podle sestry 2 podporuje ve velké míře vztah klientů s jejich rodinami i ostatní společností. Návštěvy rodin, příslušníků jsou možné kdykoli, klienti mohou jet rovněž na „dovolenou“ domů, pro klienty se pořádají nejrůznější akce – kulturní, sportovní, účastní se akcí mimo zařízení – divadlo, koncerty, poutě atd. Co se týče návyků klienta na zdravotně sociální služby, snaží se sestry zapojit klienta v první řadě do samostatné péče o sebe.

Další vzdělání si sestra 2 doplňuje prostřednictvím odborné literatury, seminářů, návštěvou obdobných zařízení, informacemi z internetu. Zaměstnavatel podporuje vzdělávání pracovníků dostatečně.

K standardům zdravotně sociálním ani ošetrovatelským nemá sestra 2 připomínky. Zná je, řídí se jimi a zdají se jí dostatečné.

4. 2. 4 Rozhovor se sestrou 3

Také sestra 3 vidí poslání Domova ve vytvoření domácího prostředí. Každý klient má svého klíčového pracovníka, který sestavuje a podle potřeby mění individuální plán. Klienti jsou podle sestry 3 neustále motivováni k rozvoji dovedností, je přihlíženo k jejich přáním. Dostupnost Domova je zajištěna jak místně, tak časově. Podle stupně postižení mohou klienti využívat veřejné služby buď s doprovodem, nebo bez doprovodu. Klienti tak mohou absolvovat zájezdy k moři, na hory, návštěvu divadla, kina, využít služeb kadeřníka, kosmetičky apod. Veřejnost má několik možností získat informace o Domově (uvedeno u sestry 1,2), mimo jiné prezentací vlastních výrobků na různých akcích. Jako předchozí sestry uvedla, že ošetrovatelský proces aplikují, ale nepoužívají ošetrovatelskou diagnostiku. Zdravotní dokumentaci popsala sestra 3 následovně: chorobopis, dekurz, poukazy DP, sesterská dokumentace,

léčebný plán, kniha hlášení, ošetrovatelský záznam, rehabilitační plán, zápis o restriktivních opatřeních, záznam o úraze, karta diabetika, zpráva o celkovém stavu klienta, roční hodnocení, překladová sesterská zpráva, menstruační kalendář, sešit návštěv, individuální plán péče, karta inkontinence, EPI karta (karta epileptika), osobní karta klienta, občanský a zdravotní průkaz.

Lidská práva jsou na základě tvrzení sestry 3 akceptována dostatečně. Stížnost na její práci podána nebyla. Podle standardů kvality péče usiluje o dodržování práv klientů. Je seznámena s restriktivními opatřeními a umí je popsat.

V souvislosti s obnovou zdraví společnosti se snaží podporovat jakýkoliv náznak klientovi aktivity. Zařazuje klienty do terapeutických a volno časových projektů. Udržování vztahů klientů s rodinami a okolním světem je podporováno (viz.sestra 1,2). Sestra se snaží motivovat klienta k samostatnosti (především v oblasti sebepéče) s ohledem na jeho postižení, s cílem dosáhnout minimální závislosti klienta na pomoc zdravotního personálu.

Důraz na kontinuální vzdělání klade jak sama sestra, tak zaměstnavatel, např. semináře, školení, odborná literatura atd.

Se standardy zdravotně sociálními i ošetrovatelskými je sestra 3 seznámena, považuje je v současné době za dostačující, dodává však, že by se měly opakovaně aktualizovat.

4. 2. 5 Rozhovor se sestrou 4

Sestra 4 se opět v prvním okruhu otázek komplexnosti nijak zásadně nelišila od odpovědí svých kolegyň. Posláním a cílem Domova je podle ní přiblížit se co nejvíce domácímu prostředí. Každý klient má svého klíčového pracovníka, který sestavuje indiv. plán, dohlíží na jeho dodržování, popř. ho mění. Spolupracuje s ostatními v týmu ve prospěch svěřeného klienta. Při rozvoji a zdokonalování dovedností je mimo jiné kladen důraz na neustálé opakování. Domov je podle sestry 4 místně i časově dostupný, klienti mohou využívat veřejné služby (v různé míře, s doprovodem, bez doprovodu). Domov má dostatečnou prezentaci u širší veřejnosti. Ani tato sestra nepoužívá

ošetřovatelskou diagnostiku v ošetřovatelském procesu. Zdravotní dokumentaci popsala sestra 4 shodně se sestrou 3.

Aktivizaci klienta se snaží sestra 4 podporovat při jakémkoliv náznaku nějaké činnosti ze strany klienta. Vše s ohledem na schopnosti klienta. Klient se zapojuje do kulturních a sportovních akcí, udržuje styk se svými blízkými. S rodiči se konzultuje klientův individuální plán a jeho osobní cíle.

Sestra 4 se snaží doplňovat si vzdělání obdobně jako předchozí sestry, za přínosné považuje návštěvu zařízení podobného typu a zaměření. Zaměstnavatel kromě školení také informuje o novinkách na trhu.

Standardy zdravotně sociální i ošetřovatelské sestra 4 považuje za dostačující a řídí se jimi. Lidská práva jsou podle dotazované sestry dodržována v plném rozsahu. Stížnost ze strany klienta nebyla za působení této sestry na pracovišti podána. Sestra 4 dodržuje práva klientů dle platných standardů, zná restriktivní opatření.

4. 2. 6 Rozhovor se sestrou 5

I u sestry 5 představuje Domov náhradní prostředí suplující rodinu v rámci jeho možností. Rovněž je obeznámena s pojmy individuální plán, klíčový pracovník a na otázky z okruhu komplexnosti odpovídala velmi podobně jako předchozí sestry. Při motivaci k rozvoji klientových dovedností kladla důraz na pochvalu a povzbuzování klienta. Sestra 5 nepoužívá ošetřovatelskou diagnostiku v ošetřovatelském procesu. Výčet částí zdravotní dokumentace odpovídal výčtu u předchozích sester.

Sestra 5 se domnívá, že lidská práva jsou v Domově plně akceptována. Zdravotnická dokumentace je zabezpečena před přístupem nepovolaných osob. Žádnou stížnost na svou práci nezaznamenala. Restriktivní opatření popsala jako její kolegyně.

Dále sestra 5 uvedla, že aktivizace klienta je nedílnou součástí individuálního plánu a každodenní práce s klientem. Domov se snaží udržovat kontakt klientů s okolím – návštěvy, účast na různých akcích apod.

Vzdělání si sestra 5 rozšiřuje prostřednictvím školení, ale i samostudiem. Zaměstnavatel ji podle jejích slov ve vzdělávání podporuje.

K standardům zdravotně sociálním i ošetrovatelským se staví kladně, považuje je za potřebné, uvádí, že sjednocují péči o klienta.

4. 2. 7 Rozhovor se sestrou 6

Ani u sestry 6 jsem v odpovědích neshledala zásadní rozdíly. Co se týče poslání a cílů Domova, individuálních plánů, klíčového pracovníka a motivace klienta byly odpovědi téměř shodné. Podrobněji rozvedla otázku o veřejných službách. Uvedla konkrétní případy, např. která místa klienti navštívili (i v zahraničí) a jakých úspěchů dosáhli při kulturních a sportovních akcích. Sestra 6 nepoužívá ošetrovatelskou diagnostiku v ošetrovatelském procesu. Zdravotní dokumentace odpovídala popisu předchozích sester.

Lidská práva jsou v Domově podle sestry 6 dodržována, respektuje dané standardy a chová se podle nich.

K oblasti obnovy zdraví společnosti kromě výletů a společenských akcí sestra 6 uvedla, že je kladen důraz na udržování kontaktů s rodinnými příslušníky. Bohužel jen část klientů má rodiče nebo příbuzné, kteří o ně jeví zájem. Návyku klienta na zdravotně sociálních službách se sestra 6 snaží předcházet tím, že je pod dohledem nechá samostatně vykonávat různé činnosti podle jejich schopností.

Sestra 6 se průběžně vzdělává na základě vlastní i iniciativy zaměstnavatele.

Se standardy zdravotně sociálními i ošetrovatelskými je seznámena, domnívá se, že jsou potřeba ke zvyšování kvality a individuálního přístupu ke klientovi.

4. 2. 8 Rozhovor se sestrou 7

Rozhovor s poslední sestrou nepřinesl žádné překvapivé odpovědi. V prvním okruhu otázek korespondovala většina odpovědí s odpověďmi předchozích sester. Rovněž tato sestra neuplatňuje ošetrovatelské diagnózy v ošetrovatelském procesu. Sestra 7 popsala podrobněji bezpečnost práce.

Akceptování lidských práv je podle této sestry dostatečně dodržováno. Stížnost ze strany klienta zaznamenala pouze na jiném oddělení. Klienti si stěžovali na stravu, konkrétně na malý výběr jídel. Větší výběr, než mají nyní, však není možno zajistit.

Sestra 7 se snaží motivovat klienta k různým činnostem s ohledem na jeho zájmy a podporovat v jeho aktivitách. Klient udržuje kontakt s rodinou. Rodičům je pravidelně zasílána zpráva o klientovi, v případě osobní návštěvy je rodina informována ústně o zdraví a aktivitách klienta.

Sestra 7 si průběžně doplňuje vzdělání jako ostatní sestry.

Standardy zdravotně sociální i ošetrovateľské akceptuje a řídí se jimi, přesto k nim má drobné výhrady. Domnívá se, že vyžadují v některých částech nadstandardní práci, čímž je sestrám ubírán čas, který by mohly věnovat klientům.

4. 2. 9 Souhrnná tabulka dodržování standardů podle principů komunitní péče

Tabulka 11: Dodržování standardů podle principů komunitní péče

Princip	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5	Sestra 6	Sestra 7
Komplexnost	2	2	2	2	2	2	2
Akceptování lidských práv	1	1	1	1	1	1	1
Obnova zdraví ve společnost	1	1	1	1	1	1	1
Kontinuální vzdělávání	1	1	1	1	1	1	1
Standardizace postupů	1	1	1	1	1	1	1

Legenda:

Sestra standardy dodržuje – 1

Sestra standardy dodržuje částečně – 2

Sestra standardy nedodržuje -3

Sestry zdravotně sociální standardy, které odpovídají principům komunitní péče znají, respektují a dodržují. Princip komplexnosti je plněn částečně, z důvodu nedodržování všech částí ošetrovatelského procesu.

5. Diskuse

V diskusi hodnotím výsledky kvalitativního výzkumu určeného klientům Domova pro osoby se zdravotním postižením Zběšičky, jehož cílem bylo zjistit úroveň ošetrovatelské péče v Domově a tuto péči analyzovat. Při výzkumu jsem použila techniku pozorování, analýzy zdravotnické dokumentace a rozhovoru. Výzkumný soubor 1 tvořili náhodně vybraní klienti Domova s kombinovaným postižením, výzkumný soubor 2 tvořily všechny sestry zaměstnané v Domově - 7 sester.

Z výsledků pozorování a analýzy zdravotnické dokumentace jsem vytvořila 4 kazuistiky, z kterých vyplývá, že mezi choroby přidružené k mentální retardaci patří Downův syndrom, epilepsie, dětská mozková obrna, smyslové poruchy, tak jako uvádí Jankovský v Ucelené rehabilitaci dětí s tělesným postižením (8). Úroveň ošetrovatelské péče podle mého názoru přímo koresponduje s tím, jak jsou uspokojovány potřeby klientů. Vzhledem k těžkému mentálnímu postižení všech vybraných klientů nebylo možné zjišťovat uspokojení potřeb přímými dotazy na klienty, proto jsem zvolila pozorování s předem připraveným pozorovacím archem, který byl zaměřen na uspokojování potřeb v jednotlivých oblastech. Zároveň jsem prováděla analýzu zdravotnické dokumentace.

Potřeby v oblasti hygieny, vyprazdňování a výživy jsou podle mého názoru v Domově uspokojovány v rámci možností klientů dobře. Klient 1 není schopen starat se o svoji hygienu, sestry ji vykonávají v plném rozsahu. Provádí se ranní a večerní hygiena, která zahrnuje péči o dutinu ústní, vyčištění zubů, omytí. Třikrát týdně se provádí celková koupel v pojízdné vaně. Klient 1 je inkontinentní, sestry ho pravidelně přebalují, používají pomůcky pro inkontinentní a věnují zvýšenou péči pokožce v okolí konečníku a genitálií. Také v oblasti výživy se sestry aktivně podílejí na uspokojování potřeb, strava musí být klientovi nakrájena a poté ho sestry krmí. Klientka 2 není ochotná spolupracovat při hygieně, nechá se od sester pasivně odvést do koupelny a sestry jí zajistí běžné hygienické výkony. Klientka 2 trpí intermitentní inkontinencí, přes den ji sestry vysazují na záchod, v noci jí dávají plenkové kalhotky. Klientka se nají sama, ale nečistě, „nacpává si plná ústa“. Sestry jí musí věnovat zvýšenou

pozornost, hrozí riziko aspirace. Strava musí být nakrájena. Klientka 2 bere ostatním klientům jejich jídlo, proto jí sestry zajišťují stravování odděleně. Klientka 3 je stejně jako klient 1 plně závislá v oblasti hygieny na sestrách, není schopna ji provádět sama, ani s dopomocí. Také je plně inkontinentní, takže sestry věnují všechnu potřebnou péči v oblasti vyprazdňování. Klientka 3 má problémy s přijímáním potravy, konkrétně s polykáním. Sestry jí stravu mixují a podávají z kojenecké lahve. Klientka 3 přijímá pouze sladké jídlo, takže sestry jí každou stravu musí přislazovat. Klient 4 je schopen se o svou hygienu starat s dopomocí sester. Je inkontinentní, přes noc mu sestry dávají plenkové kalhotky, přes den je vysazován na záchod. Sestry jako u všech ostatních klientů věnují zvýšenou pozornost pokožce v okolí konečníku a genitálií. Klient 3 navíc mívá akné, které se občas zanítí, pak sestry aplikují roztok Eryfluid a biolampu. Sestry zajišťují hygienu klientů, která musí být kvůli jejich inkontinenci velmi důkladná a pečlivá. Během mého pozorování nebyl žádný z klientů opruzený, ani neměl proleženiny, což považuji za dobrou vizitku sester. Jídlo a přijímání potravy se podle Trachtové (26) nejen podílí na celkovém zdravotním stavu, ale také navozuje pocit spokojenosti. Sestry v Domově vycházejí klientům maximálně vstříc, stravu jim upravují, podávají, případně dohlížejí při riziku aspirace. Sestry se také věnují příjmu tekutin, tekutiny podávají průběžně, množství zaznamenávají.

Potřeby v oblasti aktivity a odpočinku jsou podle mého názoru uspokojovány dle možností klientů dobře. Všichni klienti mají vypracovaný rehabilitační plán, na jehož plnění se podílejí sestry společně s rehabilitačním pracovníkem. V Domově je tělocvična, rehabilitační místnost a také jsou používány rehabilitační pomůcky. Klient 1 má omezenou pohyblivost, s pomocí personálu je schopen chůze po špičkách, sestry ho vertikalizují, posazují do invalidního vozíku a účastní se dalších rehabilitačních výkonů. U klientky 2 také probíhá dvakrát denně rehabilitační cvičení, které klientka vítá pokud v něm nejsou změny, potom cvičení odmítá. Klientka 3 reaguje na cvičení křikem, projevuje nelibost. Klient 4 je slepý, sestry s ním nacvičují chůzi po známém prostředí a dvakrát denně absolvuje rehabilitační program jako všichni klienti. Mezi nejčastější rehabilitační činnosti patří masáž zad a končetin, vertikalizace, nácvik chůze, perličková koupel, podvodní masáž, cvičení na míči, trampoterapie, stimulace nervových

zakončení k uvolnění patologického tonu páteře, nápravný tělocvik, pasivní cvičení, a další. Klienti se také účastní aktivizačních činností, do kterých je zapojují sestry a pomocný zdravotnický personál. Většina klientů se také účastní pravidelných odpoledních vycházek. Aktivizační činnosti klientů jsou přizpůsobeny jejich možnostem. Také v oblasti odpočinku se podle mého názoru sestry snaží o co nejlepší uspokojení potřeb klientů, přizpůsobují prostředí, respektují biorytmus klientů, před spaním aplikují zklidňující masáž. Pouze v případě nutnosti podávají hypnotika podle ordinace lékaře.

Potřeby v oblasti vztahů, vnímání a poznávání, jistoty a bezpečí jsou podle mého názoru uspokojovány v rámci možností klientů dobře. Klient 1 má dobré vztahy s personálem i ostatními klienty, ale má silné sebepoškozovací tendence. Sestry musí používat restriktivní opatření ve formě fixace končetin. Tyto tendence se projevují neustále, proto sestry pracují vždy ve dvou a jedna z nich zajišťuje klientovu bezpečnost. Rodina o klienta nejeví zájem. Klientka 2 žila dříve s rodiči, ale ti již nezvládali její agresivní ataky, proto je nyní v Domově. Má autistické rysy, nejraději je sama, vůči personálu i ostatním klientům projevuje agresi. Kouše, škrábe, bije, je nebezpečná. Sestry řeší tuto situaci tak, že klientku 2 umístily na samostatný pokoj, který vhodně přizpůsoben, z hlediska její bezpečnosti. Restriktivní opatření jsou používána pouze v nejnutnějším případě formou medikace ordinované lékařem. Klientka 3 má občas agresivní záchvaty při kterých křičí a škuje celým tělem. Tyto záchvaty nejsou proti nikomu zaměřené, ani nemají prvky sebepoškozování. Velmi se líbil přístup sester, které v tomto případě klientku objaly, zajistily klidné prostředí a příjemnou hudbu (muzikoterapie) a tím klientky záchvat odezněl bez restriktivních opatření. Klient 4 je bezkonfliktní, má dobré vztahy s personálem i ostatními klienty. Ovšem i přes veškerou snahu sester však občas dochází u klientů k problémovému chování, které vzniká proto, že se sestrám nedaří rozpoznat nenaplněné potřeby, tak jako to uvádí Čadilová v knize *Agrese u lidí s mentálním retardací a autismem* (1). Do této oblasti bych také zahrнула komunikaci. Klienti, které jsem pozorovala, měli všichni porušenou komunikaci. Klient 1 vydává pouze neartikulované zvuky a pasivně opakuje několik slov. Klientka 2 má řeč dobře rozvinutou, ale odmítá spolupracovat.

Klientka 4 komunikuje neverbálním způsobem a vydává neartikulované skřeky. Klient 4 opakuje stále stejná slova, oniká, zadržuje. Podle mého názoru sestry dobře ovládají různé techniky komunikace a také je používají. Výše jsem popsala komunikaci s agresivními klienty, dále sestry používají neverbální komunikaci, muzikoterapii a především bazální stimulaci, která nejen pomáhá při komunikaci, ale také uklidňuje. Jak uvádí Friedlová ve svém článku Koncept bazální stimulace (5), cílem bazální stimulace je pomoci klientovi uvědomit si svoje tělo, sebe sama a podporovat zachovalé schopnosti klienta. Sestry používají bazální stimulaci u některých klientů před každým výkonem, klienti reagují velice pozitivně a myslím si, že je to pro ně velkým přínosem v oblasti uspokojování potřeb v oblasti jistoty a bezpečí.

Z výsledků pozorování a analýzy zdravotnické dokumentace vyplývá, že sestry potřeby klientů v rámci možností uspokojují. Pokud je potřeba uspokojena pouze částečně, je důvodem vážné postižení klienta, které se sestry snaží maximálně kompenzovat. Na výzkumnou otázku 1 v čem se liší ošetrovatelská péče poskytovaná klientům s kombinovaným postižením od běžné péče bych odpověděla, že specifika ošetrovatelské péče v Domově spočívá především v tom, že se sestry hojně účastní rehabilitačních činností, musí znát rehabilitační techniky a používat rehabilitační zařízení. Klusoňová a Pitnerová v Rehabilitačním ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti (10) uvádí, že podmínkou dobré spolupráce ošetrovatelského týmu je informovanost a vzájemná komunikace. Podle mého názoru je tato podmínka v Domově splněna, sestry jsou ve stálém kontaktu s rehabilitační pracovníci a spolu s ní plní ordinace lékaře týkající se rehabilitačních školení. Mezi další specifickou činností bych zařadila účast sester na aktivizačním programu. Sestry zapojují klienty do výchovných a aktivizačních činností, vypracovávají individuální plány a osobní cíle. K aktivizačním činnostem patří nácvik sebeobslužných činností, udržení stávajícího stavu mobility, docházka do speciální školy, muzikoterapie, arteterapie, ergoterapie, dramaterapie, hypoterapie a další. Sestry také umožňují klientům účastnit se aktivit pořádaných Domovem (výlety, soutěže, diskotéky, letní tábory, společenské akce), zajišťují doprovod. V uspokojování potřeb v oblasti hygieny, vylučování a výživy je péče obdobná jako u imobilních pacientů v jiných zdravotnických zařízeních. Tato péče

zahrnuje částečnou a celkovou hygienu, péči o kůži, promašťování, polohování, péči o dutinu ústní, úpravu stravy, krmení, podávání tekutin a další. Další specifickou činností je uspokojování potřeb v oblasti vztahů, vnímání a poznávání, jistoty a bezpečí. Sestry poskytují dostatek podnětů pro rozvoj psychiky, pracují podle výchovných individuálních plánů, často střídají jednotlivé činnosti, vedou klienty k sebepéči. Snaží se kompenzovat agresivní chování vytvořením stimulujícího prostředí, odbouráním psychických rozlad a pozitivním laděním osobnosti. Restriktivní opatření používají pouze v krajních případech, znají a využívají zásady správné komunikace, umožňují klientům kontakt s rodinou. Myslím si, že velkým přínosem v této oblasti je aplikace bazální stimulace, kterou sestry u klientů často používají. Tato metoda vyžaduje určité znalosti a zkušenosti. Během výzkumu jsem se přesvědčila, že sestry jsou proškolené a metodu bazální stimulace dobře ovládají. Mezi další ošetrovatelské činnosti sester patří podávání léků, asistence lékařům při výkonech a vyšetřeních, vedení zdravotnické dokumentace. Podle mého názoru se tyto činnosti příliš neliší od jiných zdravotnických zařízení.

Rozhovory se sestrami byly vedeny za účelem zjištění, zda sestry dodržují standardy platné v Domově. Péče poskytovaná v Domově je péčí komunitní a také standardy Domova korespondují se základními principy komunitní péče. Otázky pokládané sestrám byly rozděleny do 5 skupin podle těchto principů. Rozhovory byly vedeny individuálně, podle předem připravených otázek, během rozhovorů byly položeny otázky doplňující.

Z hlediska dodržování principu komplexnosti jsem se ptala sester, zda znají poslání a cíle Domova, činnosti klíčového pracovníka, zda motivují klienty k rozvoji a zdokonalování, jestli je dodržena místní a časová dostupnost poskytovaných služeb, jestli mohou klienti využívat veřejné služby, zda je veřejnost dobře informována o možnosti poskytované služby. Na tyto otázky sestry odpověděly v souladu se zdravotně sociálními standardy Domova. Další otázky byly směřovány na aplikaci ošetrovatelského procesu na oddělení, kde sestry pracují. Sestry uvedly, že ošetrovatelský proces na oddělení zahrnuje plánování, realizaci a hodnocení, ošetrovatelské diagnózy nestanovují, klasifikaci Nanda 2 nepoužívají. Podle mého

názoru je nutné, aby součástí ošetrovatelského procesu byla ošetrovatelská diagnostika. Myslím si, že sestry v této problematice nemají dostatečné informace. V dalších otázkách jsem se ptala na zdravotnickou dokumentaci a dodržování bezpečnosti práce, sestry odpovídaly v souladu se zdravotně sociálními standardy Domova.

Dalším principem je akceptování lidských práv. Otázky se týkaly nakládání se zdravotnickou dokumentací, dodržování mlčenlivosti, podávání stížností ze strany klientů, dodržování práv klientů a restriktivních opatření. Na tyto otázky sestry odpověděly v souladu se zdravotně sociálními standardy Domova. Během rozhovorů jsem se přesvědčila, že sestry respektují individualitu a důstojnost klientů. Znájí pravidla pro použití restriktivních opatření, ale snaží se je používat co nejméně. U většiny klientů se jim daří zvládnout agresi změnou podnětu, prostředí, zklidňující masáží nebo bazální stimulací. Během rozhovoru vyplynulo, že zatím v Domově neproběhla žádná kontrola kvality poskytované péče.

Ohledně principu obnovy zdraví ve společnosti jsem se ptala na aktivizaci klientů, na vztahy klientů s rodinami a společenským prostředím, na předcházení návyku klientů na poskytovaných službách. Během dotazování sestry uvedly, že znají a praktikují aktivizační činnosti, podporují vztahy s jejich rodinami, snaží se zprostředkovat styk se společenským prostředím a návyku na poskytovaných službách předcházejí především nácvikem sebeobslužných činností se snahou o zachování alespoň stávajících schopností, tak jako to uvádí Hanzlíková v Komunitním ošetrovatelství(6).

Dalším principem komunitní péče je kontinuální vzdělávání. Během této části rozhovoru jsem se dozvěděla, že všechny sestry mají plán osobního rozvoje, vzdělávají se nejčastěji formou školení, seminářů, studiem odborné literatury a vyhledáváním informací na internetových stránkách. Sestra 1 studuje vysokou školu. Vzdělávání sester je zaměřeno sociálně i ošetrovatelsky, všechny jsou registrované. Zaměstnavatel hodnotí jejich práci dvakrát ročně a v hodnocení se odráží i míra vzdělávání. Zaměstnavatel také organizuje vzdělávací akce v místě Domova, což je podle mého názoru velmi přínosné a také sestry to velmi oceňují. Většina z nich má rodinu a je pro ně složité najít si čas na školení či semináře mimo místo bydliště nebo Domova.

Mezi principy komunitní péče patří také standardizace postupu. Domov má zpracovány vlastní standardy zdravotně sociální péče. Sestry uvedly, že jsou s nimi seznámeny, znají, respektují a dodržují je. Poté byly moje otázky směřovány na ošetrovatelské standardy oddělení, kde sestry působí. Dozvěděla jsem se, že oddělení má ošetrovatelské standardy vypracované a sestry se jimi řídí. Dále se odpovědi sester rozcházely. Sestra 1 uvedla: „Standardy ošetrovatelské péče podle mého názoru nejsou nutné. Sestra, která má maturitu a následnou registraci musí znát všechny ošetrovatelské postupy a je způsobilá je vykonávat.“ Sestra 3 uvedla, že je potřeba standardy aktualizovat. Sestra 6 uvedla, že standardy jsou potřeba ke zvyšování kvality a individuálního přístupu ke klientovi. Ostatní sestry se k potřebě ošetrovatelských standardů nevyjádřily. Podle mého názoru jsou potřeba jak standardy zdravotně sociální tak i ošetrovatelské, protože je nutné mít stanovená kritéria, aby byla možná kontrola kvality. Jak uvádí Mastiliaková, standardy zajišťují kvalitu poskytované péče a umožňují její objektivní měření a hodnocení (18).

Z výsledků rozhovorů se sestrami vyplývá hypotéza 1: Ošetrovatelská péče poskytovaná klientům s kombinovaným postižením odpovídá zdravotně sociálním standardům Domova. Nedostatky jsem zjistila v ošetrovatelském procesu, kde chybí ošetrovatelská diagnostika. Podle příručky pro sestry od Staňkové Jak provádět ošetrovatelský proces (22) pomáhá ošetrovatelská diagnóza při plánování vhodné ošetrovatelské péče, neboť sumarizuje závěry hodnocení nemocného sestrou. Ošetrovatelská diagnóza je verbalizace pacientových potřeb a problémů. Sestry v Domově provádí u pacientů zhodnocení, plánování, realizaci a hodnocení, ovšem ošetrovatelská diagnostika neprobíhá. Sestry uvedly, že problémy pacientů vyplývají z anamnézy, řeší se a potom vyhodnocují, podle nich není potřeba sestavovat ošetrovatelské diagnózy, je lepší věnovat čas klientům. Podle mého názoru je stanovení diagnóz důležitou součástí ošetrovatelského procesu, protože ošetrovatelská diagnóza určuje, jak a do jaké míry nemoc zasahuje do života postiženého člověka a jak mění jeho soběstačnost. Myslím si, že bez stanovení ošetrovatelských diagnóz, nelze dále dobře provádět ošetrovatelský proces. Mým doporučením je, že sestry by se měly seznámit s tím, jak ošetrovatelské diagnózy tvořit, jak s nimi pracovat a v čem spočívá

jejich využití. Vhodným řešením by bylo, uspořádání školení pro sestry na toto téma. Z výsledků výzkumu vyplývá, že sestry se řídí standardy zdravotně sociální péče Domova, znají je a respektují. Nedostatky byly zjištěny pouze v chybějící ošetrovatelské diagnostice v oblasti komplexnosti, jak je již výše uvedeno.

6. Závěr

Ve svém kvalitativním výzkumu, jsem se zaměřila na ošetrovatelskou péči v Domově pro osoby se zdravotním postižením Zběšičky, kde jsou klienti s kombinovaným postižením. Pro výzkum jsem použila techniku přímého zúčastněného pozorování, analýzu zdravotnických dokumentů a polostandardizovaného rozhovoru.

Cílem 1 bylo zjistit úroveň ošetrovatelské péče v Domově pro osoby se zdravotním postižením Zběšičky. Protože úroveň ošetrovatelské péče koresponduje s tím, jak jsou uspokojovány potřeby klientů, zaměřila jsem na ně své pozorování. Během pozorování jsem také prováděla analýzu zdravotnických dokumentů. Z výsledků výzkumu jsem zjistila, že sestry potřeby klientů v rámci jejich možností uspokojují. Pokud je potřeba uspokojena pouze částečně, je důvodem vážné postižení klienta, které se sestry snaží maximálně kompenzovat. Na výzkumnou otázku 1 v čem se liší, ošetrovatelská péče poskytovaná klientům s kombinovaným postižením od běžné péče bych odpověděla, že specifika ošetrovatelské péče v Domově spočívá především v tom, že se sestry hojně účastní rehabilitačních činností, musí znát rehabilitační techniky a používat rehabilitační zařízení. Dále sestry zapojují klienty do výchovných a aktivizačních činností, vypracovávají individuální plány a osobní cíle. Často také aplikují bazální stimulaci, která výrazně zlepšuje komunikaci s klienty. Musí také umět zvládat problémové chování. V uspokojování potřeb v oblasti hygieny, vylučování a výživy je péče obdobná jako u imobilizovaných pacientů v jiných zdravotnických zařízeních.

Cílem 2 bylo analyzovat ošetrovatelskou péči poskytovanou klientům v Domově pro osoby se zdravotním postižením. Výzkum probíhal formou rozhovorů se sestrami, které byly směřovány na dodržování zdravotně sociálních standardů Domova. Péče poskytovaná v Domově je péčí komunitní, proto i zdravotně sociální standardy Domova odpovídají principům komunitní péče. Mezi tyto principy patří komplexnost, akceptování lidských práv, obnova zdraví ve společnosti, kontinuální vzdělávání, standardizace postupu. Výzkumná otázka 2 zněla: odpovídá úroveň ošetrovatelské péče daným standardům? Na základě výzkumu byla stanovena Hypotéza 1: ošetrovatelská péče poskytovaná klientům s kombinovaným postižením odpovídá zdravotně sociálním

standardům Domova. Nedostatky jsem zjistila v ošetrovatelském procesu, kde chybí ošetrovatelská diagnostika. Sestry v Domově provádí u pacientů zhodnocení, plánování, realizaci a hodnocení, ovšem ošetrovatelská diagnostika neprobíhá. Mým doporučením je, že sestry by se měly seznámit s tím, jak ošetrovatelské diagnózy tvořit, jak s nimi pracovat a v čem spočívá jejich využití. Vhodným řešením by bylo, uspořádání školení pro sestry na toto téma.

Cíle práce byly splněny. Výsledky získané výzkumem budou poskytnuty Domovu pro osoby se zdravotním postižením Zběšičky a mohou být použity ke zlepšení ošetrovatelské péče.

7. Klíčová slova

kombinované postižení

komunitní péče

mentální retardace

potřeby

standardy

8. Seznam literatury:

1. ČADILOVÁ, V. et al. *Agrese u lidí s mentální retardací a s artismem*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 248 s. ISBN 978-80-7367-319-2.
2. DOENGES, M. E. – MOORHOUSE M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
3. *Domov pro osoby se zdravotním postižením Zběšičky*. [online] 2009 [cit. 2009-02-02]. Dostupné z: <<http://www.domovzbesicky.cz/>>.
4. *Ergoterapie – léčba prací*. [online] 19.9.2006 [cit. 2008-12-13]. Dostupné z: <<http://www.mineralfit.cz/clanek/1944--ergoterapie--lecba-praci.html#article>>.
5. FRIEDLOVÁ, K. Koncept bazální stimulace. *Rezidenční péče*. Praha: Macrom, 2008, 4. roč., č. 2, s. 18-19. ISSN 1801-8718.
6. HANZLÍKOVÁ, A. a kol. *Komunitní ošetřovatelství*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2007. 272 s. ISBN 80-247-0143-X.
7. CHODURA, V. *Komunikace a duševní poruchy*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2000. 54 s. ISBN 80-7040-409-4.
8. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vyd. Praha :Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.
9. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
10. KLUSOŇOVÁ, E. – PITNEROVÁ, J. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000. 107 s. ISBN 80-7013-319-8.
11. KOLEKTIV AUTORŮ. *Průvodce ošetřovatelskou dokumentací od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 392 s. ISBN 80-247-0278-9.
12. KOZIEROVÁ, B. – ERBOVÁ, G. – OLIVIEROVÁ, R. *Ošetřovatelstvo 2*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
13. KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Riton, 2005. 79 s. ISBN 80-2754-662-7.

14. KRÁLOVÁ, J. – RÁŽOVÁ, E. *Zařízení speciální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. 3. vyd. Brno: Anag, 2005. 303 s. ISBN 80-7263-275-2.
15. LANGMAEIER, J. – KREJČÍKOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
16. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
17. MARKOVÁ, E. – VENGLÁŘOVÁ, M. – BIBIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
18. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství 2. díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 160 s. ISBN 80-246-0428-0.
19. MUMENTHALER, M. – M MATTLE, H. *Neurologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 649 s. ISBN 80-7169-545-9.
20. NEVŠÍMALOVÁ, S. et al. *Neurologie*. 1. vyd. Praha: GFalén, 2002. 368 s. ISBN 80-7262-160-2.
21. *Standardy kvality zdravotně sociální péče domova pro osoby se zdravotním postižením Zběšičky*. Interní materiály. ISBN neuvedeno
22. STAŇKOVÁ, M. *Jak provádět ošetrovatelský proces*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání v Brně, 1999. 66 s. ISBN 80-7013-283-3.
23. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006. 200 s. ISBN 80-7367-060-7.
24. TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelství*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 218 s. ISBN 80-7040-454.
25. TOUPALOVÁ, B. *Trampolining.cz*. [online] 2008 [cit. 2008-12-13]. Dostupné z: <<http://www.trampolining.cz/index.php>>.
26. TRACHTOV8, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
27. VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.

28. VURM, V. *Vybrané kapitoly z veřejného sociálního zdravotnictví*. Praha: Manus, 2004. 100 s. ISBN 80-86571-07-06.
29. WORKMAN, A. – BENNET C. L. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada Publishing, 2006. 259 s. ISBN 80-247-1714-X.
30. *Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a změně některých zákonů*. [online] 2009 [cit. 2009-01-10]. Dostupné z: <http://www.uoou.cz/ondex.php?l=cz&mid=01:01:00>.
31. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*. [online] 2009 [cit. 2009-01-12]. Dostupné z: <http://www.lorm.cz/cs/hluchoslepi/zakon-o-socialnich-sluzbach.php>.
32. ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2003. 206 s. ISBN 80-7184-203-6.

9. Přílohy

Příloha 1 - Pozorovací arch

Příloha 2 – Otázky pro rozhovory se sestrami

Příloha 3 – Sociálně právní poradenství

Příloha 4 – Seznam ošetrovatelských standardů, které jsou součástí zdravotně sociálních standardů Domova pro osoby se zdravotním postižením Zběšičky

Příloha 5 – Farmakoterapie u mentálního postižení

Příloha 6 – Fotodokumentace Domova pro osoby se zdravotním postižením Zběšičky

Příloha 1

Pozorovací arch

ZÁKLADNÍ ÚDAJE:

DIAGNÓZA:

STRUČNÝ POPIS SOUČASNÉHO STAVU

FYZIOLOGICKÉ FUNKCE:

KREVNÍ TLAK:

PULS:

TĚLESNÁ TEPLOTA:

DÝCHÁNÍ:

VNÍMÁNÍ POZNÁVÁNÍ:

NEUROMENTÁLNÍ INDEX:

VĚDOMÍ:		
SCHOPNOST KONTAKTU:		
ORIENTACE ČASEM:		
MÍSTEM:		
OSOBOU:		
SITUACÍ:		
PAMĚŤ:		
EMOCE:		
CHOVÁNÍ:		
KOMUNIKACE:		
VNÍMÁNÍ:		
ŘEŠENÍ PROBLÉMU:		
NOČNÍ KLID:		
HODNOCENÍ:		

APLIKACE BAZÁLNÍ STIMULACE:

VÝŽIVA:

HMOTNOST:

VÝŠKA:

BMI:

DIETA:

FORMA STRAVY:

PORUCHY POLYKÁNÍ:

VYPRAZDŇOVÁNÍ:

KONTINENCE MOČI:

KONTINENCE STOLICE:

POUŽÍVANÉ POMŮCKY:

STUPNICE NORTONOVÉ:

SCHOPNOST SPOLUPRÁCE:		
VĚK:		
STAV POKOŽKY:		
KAŽDÉ DALŠÍ ONEMOCNĚNÍ DLE ODPOVÍDAJÍCÍHO STUPNĚ:		
FYZICKÝ STAV:		
STAV VĚDOMÍ:		
AKTIVITA:		
POHYBLIVOST:		
INKONTINENCE:		

SOBĚSTAČNOST, SEBEPÉČE:**BARTHELŮV INDEX:**

CHŮZE PO ROVINĚ:		
CHŮZE PO SCHODECH:		
PŘESUN ŽIDLE – POSTEL A ZPĚT:		
NAJEDENÍ A NAPITÍ:		
OSOBNÍ HYGIENA:		
KOUPÁNÍ A SPRCHOVÁNÍ:		
OBLÉKÁNÍ:		
POUŽITÍ WC:		
KOTINENCE STOLICE:		
KONTINENCE MOČI:		
HODNOCENÍ:		

AKTIVITA, ODPOČINEK:

REHABILITAČNÍ PLÁN:

AKTIVIZAČNÍ ČINNOSTI:

HODNOCENÍ SPÁNKU:

VZTAHY:

KONTAKT S RODINOU:

VZTAHY S PERSONÁLEM:

VZTAHY S OSTATNÍMI KLIENTY:

PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ, AGRESE:

OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN:

SPECIFIKA PRÁCE SESTRY:

Zdroj: vlastní

Příloha 2

Otázky pro rozhovory se sestrami

SESTRA

VĚK:

DÉLKA CELKOVÉ PRAXE:

DÉLKA PRAXE V DOMOVĚ:

VZDĚLÁNÍ:

REGISTRACE:

KOMPLEXNOST:

1. Znáte poslání a cíle Domova? Můžete je uvést?
2. Má každý klient svého klíčového pracovníka, který s ním sestavuje individuální plán péče? Můžete vysvětlit náplň jeho práce?
3. Je plán průběžně aktualizován a doplňován? Pokud ano, kým?
4. Kdo se podílí na plnění osobních cílů klientů?
5. Jsou klienti motivováni k rozvoji a zdokonalování dovedností a znalostí? Pokud ano, jakým způsobem?
6. Je dodržena místní a časová dostupnost poskytované služby? Pokud ano, můžete uvést příklady?
7. Mohou klienti využívat veřejné služby? Pokud ano, které?
8. Je podle vás veřejnost dobře informována o možnosti poskytování služby? Víte z jakých zdrojů lze získat informace?
9. Je na Vašem oddělení aplikován ošetrovatelský proces? Používáte ošetrovatelské diagnózy? Pokud ano, jsou sestavovány podle klasifikace Nanda?
10. Jaké části obsahuje zdravotní dokumentace ve vašem zařízení?
11. Znáte pravidla bezpečnosti práce ve vašem zařízení? Pokud ano, dodržujete je? Jaké jsou zvláštnosti bezpečnosti práce na vašem oddělení?

AKCEPTOVÁNÍ LIDSKÝCH PRÁV:

1. Kde je na vašem oddělení uložena zdravotnická dokumentace? Je s ní správně nakládáno?
2. Dodržujete mlčenlivost o osobních údajích klientů?
3. Proběhla ve vašem zařízení kontrola kvality poskytované péče? Pokud ano, jakou formou?
4. Byla během vašeho působení v Domově podána stížnost ze strany klienta? Pokud ano, z jakého důvodu?
5. Usilujete během své práce o dodržování práv klientů? Můžete popsat jakým způsobem?
6. Znáte pravidla pro použití restriktivních opatření? Můžete je stručně popsat?

OBNOVA ZDRAVÍ SPOLEČNOSTI:

1. Vedete klienty k aktivizaci? Pokud ano, jakým způsobem?
2. Je v Domově podporováno udržování vztahů klientů s jejich rodinami a společenským prostředím? Pokud ano, jakým způsobem?
3. Jak předcházíte návyku klientů na zdravotně sociálních službách?

KONTINUÁLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ:

1. Máte plán osobního rozvoje? Pokud ano, jaké máte cíle a jaké používáte prostředky k jejich plnění?
2. Je Vaše vzdělávání zaměřeno spíše sociálně či ošetrovatelsky?
3. Jste registrovaná?
4. Jak probíhá hodnocení vaší práce zaměstnavatelem? Odráží se míra vašeho vzdělávání na hodnocení?
5. Zajímá se zaměstnavatel o vaše vzdělávání? Pokud ano, jakým způsobem?

STANDARDIZACE POSTUPU:

1. Má Domov zpracovány standardy kvality poskytovaných služeb? Byla jste s nimi seznámena? Řídíte se jimi?
2. Jaký máte názor na obsah standardů kvality poskytovaných služeb ve vašem Domově?
3. Jsou vypracovány standardy přímo pro Vaše oddělení ohledně ošetrovatelské péče? Myslíte si , že jsou potřeba? Pokud ano, na co konkrétně by měly být zaměřeny

Zdroj: vlastní

Příloha 3

Sociálně právní poradenství

Sociálně právní poradenství v Domově zahrnuje sociálně terapeutické činnosti jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob. Dále pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů. Také se zabývá ochranou osobnosti a jejich práv: zajištění dostupnosti informací o poskytovaných sociálních službách, zpracování vnitřních pravidel pro zajištění poskytované sociální služby, vyřizování stížností, plánování průběhu poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, vedení písemných individuálních záznamů a hodnocení průběhu poskytování sociální služby.

Lidé s mentálním postižením mají stejná základní práva a svobody jako lidé bez postižení. Jejich práva vyplývají z právních předpisů - právo na služby úřadu práce, právo na poskytnutí zdravotní péče, z rozhodnutí soudů a správních úřadů - rozhodnutí o přiznání invalidního důchodu a ze smluv - smlouva o poskytnutí pracovní rehabilitace, pracovní smlouva. Pokud je člověk s postižením uživatelem sociální služby, má navíc další práva, která mu zaručuje zákon o sociálních službách a která pro něj vyplývají ze smlouvy o poskytování sociální služby. Při poskytování pobytové sociální služby je jednou ze základních činností pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Zdroj: Standardy kvality zdravotně sociální péče Domova

Příloha 4

Seznam ošetrovatelských standardů, které jsou součástí zdravotně sociálních standardů Domova pro osoby se zdravotním postižením Zběšičky

1. Etický kodex
2. Zpracování zdravotnických pracovníků
3. Ošetrovatelský proces
4. Ošetrovatelská dokumentace
5. Ošetrovatelské diagnózy
6. Asistence u lékařské vizity
7. Nozokomiální nákazy
8. Desinfekce
9. Sterilizace
10. Nástup klienta do zařízení
11. Předávání služby
12. Přemístění klienta do jiného zařízení
13. Přeložení klienta do zdravotnického zařízení
14. Přeprava klienta mimo zařízení
15. Hygienická péče u klientů
16. Péče o dutinu ústní, nosní, ušní a oči
17. Odběr biologického materiálu
18. Glukometr – vyšetření hladiny cukru v krvi
19. Hypoglykemie, hyperglykemie
20. Sledování vitálních funkcí
21. Zápis EKG křivky
22. Kardiopulmocerebrální resuscitace
23. Sledování vědomí
24. Sledování stavu zornic
25. Odsávání z horních cest dýchacích
26. Aplikace kyslíku

27. Inhalace pomocí přenosného inhalátoru
28. Podávání léků per os
29. Aplikace injekcí
30. Podávání a aplikace opiátů
31. Sledování účinku léků
32. Aplikace zevních léčebných prostředků
33. Podávání léků a stravy sondou
34. Zavedení žaludeční sondy
35. Podávání stravy klientům
36. Sledování tělesné hmotnosti
37. Ošetrovatelská péče o klienta s nauzeou
38. Péče o vyprazdňování
39. Očistné klyzma
40. Sledování příjmu a výdeje tekutin
41. Ošetrovatelská péče o klienta s kolostomií
42. Plán péče s využitím pomůcek při inkontinenci
43. Cévkování močového měchýře
44. Výplach močového měchýře
45. Ošetrovatelská péče o permanentní katetr
46. Odstranění permanentního katetru
47. Mobilizace klientů
48. Polohování klienta
49. Bandáže
50. Prevence a léčba dekubitů, převazy ran
51. Aplikace tepla a chladu
52. Péče o neklidné klienty
53. Péče o klienta s epileptickým záchvatem
54. Zajištění konziliárního vyšetření
55. Příprava klienta k RTG, CT vyšetření
56. Příprava klienta k ultrazvukovému vyšetření

57. Příprava klienta k endoskopickým vyšetřením

58. Péče o umírajícího

59. Péče o mrtvé tělo

Zdroj: Standardy kvality zdravotně sociální péče Domova

Příloha 5

Farmakoterapie u mentálního postižení

Neuroleptika jsou léky, které pozitivně ovlivňují patologicky narušené psychické interakce a myšlení. Podávají se pro účinek pacifikující - k zvládnutí problémového chování, agresivity a neklidu, k ovlivnění sebepoškozování, tlumení stereotypních pohybů a nepřiměřené sexuální aktivity. Dále se podávají pro účinek antidepressivní a anxiolitický. Neuroleptika ve vyšších dávkách snižují iniciativu, motivaci, prohlubují nezáměr a apatii, tlumí psychickou výkonnost. Proto je třeba volit vhodný typ a dávku. Dlouhodobá léčba může mít nežádoucí účinky - přírůstek hmotnosti až obezita, zvyšování hladiny některých hormonů (prolaktinu) nebo k ovlivnění glukózového metabolismu. Vždy je třeba zvážit, zda je přínos farmakoterapie vyšší než riziko nežádoucích účinků. Thymoprofylaktika se nejčastěji užívají ke zvládnutí patologické autoagrese, heteroagrese, a afektivních výkyvů. Dále se využívají jako antiepileptika. Antidepressiva se nejčastěji užívají pro jejich protiúzkostný účinek, dále při depresivitě a poruchách spánku. Významně také ovlivňují sebepoškozování a obsedantně - kompulzivní symptomatiku. Často se kombinují s neuroleptiky. Anxiolitika odstraňují pocity strachu a úzkosti, podávají se při autoagresi a ke zklidnění při úzkostných agresivních raptech. Podávají se v akutním stavu krátkodobě, při dlouhodobém užívání je přítomno velké riziko vzniku závislosti. Psychostimulancia jsou látky s budivým účinkem na CNS. Podávají se při komorbiditě mentální retardace s hyperkinetickým syndromem a poruchou pozornosti. Nootropika aktivují metabolismus mozku, zlepšují vigilitu vědomí, pozornost, kognitivní funkce a paměť. U některých typů mentální retardace, kde je přítomno organické postižení mozku, mohou mít nootropika lehce podpůrný vliv a dlouhodobá léčba může příznivě ovlivnit psychickou výkonnost. Příznivý účinek má také u dětí s vývojovými poruchami učení a u dětí s Downovým syndromem. Mezi nežádoucí účinky patří poruchy spánku a usínání.

Zdroj: (22)

Příloha 6

Fotodokumentace Domova pro osoby se zdravotním postižením Zběšičky



Administrativní budova, škola, rehabilitace



Zdravotní oddělení



Vana pro vířivou koupel



Trampoterapie



Herna



Lůžko pro imobilní klienty

Zdroj: vlastní

