

Dítě s mentální retardací ve zdravotnickém zařízení

Pavλίna Paďourová

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetrovatelství
akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Pavčina PAĐOUROVÁ**
Osobní číslo: **H10422**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Dítě s mentální retardací ve zdravotnickém zařízení**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury o dané problematice.
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti mentální retardace a ošetrovatelské péče o dítě s mentální retardací.
Zjištění stavu zkoumané problematiky mentální retardace.
Příprava a realizace kvantitativního průzkumu pomocí dotazníkového šetření.
Analýza, vyhodnocení a interpretace dotazníkového šetření.
Využití zjištěných poznatků v praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

ŠVARCOVÁ, Iva, 2011. Mentální retardace. Praha: Portál, 221 s.

ISBN 978-80-7367-889-0.

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ, 2006. Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Grada, 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

HORT, Vladimír, Michal HRDLIČKA, Jana KOCOURKOVÁ a Eva MALÁ, 2000. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 492 s. ISBN 80-7178-472-9.

VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER, 2003. Psychopedie: teoretické základy a metodika.

Praha: PARTA, 439 s. ISBN 80-7320-039-2.

SLOWÍK, Josef, 2010. Komunikace s lidmi s postižením. Praha: Portál, 155 s.

ISBN 978-80-7367-691-9.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

Ústav aplikovaných společenských věd

Datum zadání bakalářské práce:

7. února 2013

Termín odevzdání bakalářské práce:

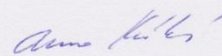
24. května 2013

Ve Zlíně dne 7. února 2013



doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka





Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE


Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně^{4.3.2013}.....

..........

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlášení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užití-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užití či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Abstrakt česky

Bakalářská práce se zabývá dítětem s mentální retardací, které je hospitalizováno ve zdravotnickém zařízení. Tato práce se skládá ze dvou částí. První z nich je teoretická část se zaměřením na historii pojmu mentální retardace a vývoje ústavní péče. Dále se zaměřuje na problematiku mentální retardace, především na specifika komunikace a ošetrovatelské péče o dítě s mentální retardací. Druhou část tvoří analýza dotazníkového šetření. Dotazování byli zdravotničtí pracovníci pracující na dětském oddělení. Cílem práce bylo zjistit nejčastější problémy při komunikaci a hospitalizaci dítěte s mentální retardací. Zjištěné výsledky jsou zpracovány do tabulek, znázorněny v grafech a následně vyhodnoceny.

Klíčová slova:

mentální retardace, hospitalizace, komunikace, práva, zdravotnické zařízení

ABSTRACT

This thesis deals with a child with mental retardation in a medical facility. This work consists of two parts. The first part is theoretical, focusing on the history of mental retardation and the development of institutional care. It also focuses on the issue of mental retardation, especially on the specifics of communication and nursing care for a child with mental retardation. The second part is an analysis of the survey. The respondents were health professionals working in the children's ward. The aim of this work was to determine the most common communication problems and hospitalization of child with mental retardation. The results are processed into tables, graphically illustrated in the charts and subsequently evaluated.

Keywords:

mental retardation, hospitalization, communications, law, medical equipment

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Motto: „Kvalita společnosti se může měřit podle způsobů, jak se stará o své nejzranitelnější a nezávislejší členy. Společnost, která se o ně stará nedostatečně, je pochybená.“

Adrian D. Ward

Tímto bych chtěla srdečně poděkovat Mgr. Zlatici Dorkové, Ph.D. za cenné rady, připomínky a odborné vedení mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, převážně zdravotnickému personálu, který ochotně věnoval svůj čas k vyplnění dotazníků. Velký dík patří mé rodině a přátelům za podporu po celou dobu mého studia.

Ve Zlíně dne

.....

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 HISTORIE	13
1.1 HISTORIE MENTÁLNÍ RETARDACE JAKO NEMOCI	13
1.2 HISTORIE PÉČE O MENTÁLNĚ POSTIŽENÉ.....	14
2 MENTÁLNÍ RETARDACE	16
2.1 VÝVOJ DÍTĚTE S MENTÁLNÍ RETARDACÍ	17
2.1.1 Období novorozenecké	17
2.1.2 Období kojenecké	17
2.1.3 Období batolecí	18
2.1.4 Období předškolní	18
2.1.5 Období školní	18
2.2 KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE DLE MKN	19
2.2.1 Lehká mentální retardace (IQ 50 – 69).....	19
2.2.2 Středně těžká mentální retardace (IQ 35 - 49)	19
2.2.3 Těžká mentální retardace (IQ 20 - 34).....	20
2.2.4 Hluboká mentální retardace (IQ je nižší než 20).....	20
2.2.5 Jiná mentální retardace	21
2.2.6 Nespecifikovaná mentální retardace.....	21
2.3 ETIOLOGIE MENTÁLNÍ RETARDACE.....	21
2.3.1 Prenatální období.....	22
2.3.2 Perinatální období.....	22
2.3.3 Postnatální období	22
2.4 DIAGNOSTIKA MENTÁLNÍ RETARDACE.....	23
2.5 LÉČBA MENTÁLNÍ RETARDACE.....	24
2.6 PREVENCE MENTÁLNÍ RETARDACE.....	25
3 HOSPITALIZACE DÍTĚTE S MENTÁLNÍ RETARDACÍ	26
3.1 HOSPITALIZACE DÍTĚTE	26
3.2 PŘÍJEM DÍTĚTE DO NEMOCNICE	26
3.3 ZÁSADY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O DÍTĚ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ	27
3.4 PŘÍPRAVA DÍTĚTE NA ZÁKROK ČI VYŠETŘENÍ.....	28
3.5 ROLE SESTRY V PÉČI O DÍTĚ	28
3.6 IATROGENNÍ OHROŽENÍ PSYCHICKÉHO VÝVOJE DÍTĚTE	29
4 ZÁSADY KOMUNIKACE S DÍTĚTEM S MENTÁLNÍ RETARDACÍ	30
4.1 ZÁSADY KOMUNIKACE S DÍTĚTEM S MENTÁLNÍ RETARDACÍ	30
4.2 CHYBY V KOMUNIKACI.....	31
4.3 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE	31
4.4 VÝZNAM NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE S DÍTĚTEM	32
4.5 KOMUNIKAČNÍ BARIÉRY U DÍTĚTE S MENTÁLNÍ RETARDACÍ	33
4.5.1 Komunikační bariéry dítěte s lehkou mentální retardací	33
4.5.2 Komunikační bariéry dítěte se středně těžkou mentální retardací	34
4.5.3 Komunikační bariéry dítěte s těžkou mentální retardací	34

4.5.4	Komunikační bariéry dítěte s hlubokou mentální retardací	34
5	DEKLARACE PRÁV DUŠEVNĚ POSTIŽENÝCH LIDÍ A CHARTA PRÁV HOSPITALIZOVANÝCH DĚTÍ	35
II	PRAKTICKÁ ČÁST	37
6	PRŮZKUMNÉ CÍLE	38
7	METODIKA PRŮZKUMU	39
7.1	METODA PRŮZKUMU	39
7.2	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	39
7.3	CHARAKTERISTIKA POLOŽEK	40
7.4	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	40
8	VYHODNOCENÍ ŠETŘENÍ	41
9	DISKUZE	67
10	NÁVRHY PRO PRAXI.....	70
	ZÁVĚR	71
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	72
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	75
	SEZNAM OBRÁZKŮ A GRAFŮ	76
	SEZNAM TABULEK	77
	SEZNAM PŘÍLOH	78

ÚVOD

V dnešní době je mentální retardace stále více diskutovaným tématem, protože se s tímto dítětem můžeme setkat ve kterémkoliv zdravotnickém zařízení. Významný podíl na jejich navyšování má stres, uspěchaná doba a špatný životní styl. Tyto důsledky našeho nesprávného jednání mohou mít za následek narození dítěte s mentální retardací nebo její vznik v průběhu života jedince. Bohužel i ve 21. století se lidé stále ostýchají a zdráhají komunikovat jak verbálně, tak i neverbálně s těmito dětmi. Někteří lidé dokonce stále nálepkují a věří mýtům, jako jsou, že lidé s mentální retardací se chovají stále jako děti, nebo že nemohou žít běžný život. Proto by měl být zdravotnický personál příkladem společnosti při navazování prvního kontaktů, empatičnosti a profesionálním přístupem k dítěti s mentální retardací.

S pojmem mentální retardace se setkáváme již ve starověku, kdy tyto děti byly topeň a shazovány dolů ze skal. Ve středověku se začíná přístup k těmto dětem měnit. Velké zásluhy měl John Lock, který tvrdil, že přicházíme na svět jako nepopsaná deska. Největším pokrokem a zásluhou psychiatra Philippa Pinela, bylo definování mentální retardace, jako onemocnění. Poté začínají vycházet nové předpisy a zákony, které umožňují ochranu dětí s mentální retardací. Výzkum v medicíně také přináší nové léčiva a terapeutické metody. S vývojem moderního ošetřovatelství se stále zkvalitňuje ošetřovatelská péče o děti s mentální retardací, převážně preferováním ambulantní péče před nemocniční. Dnešní doba nám také umožňuje používat nejrůznějších druhů léčby, farmakoterapeutik, psychoterapie, spolupráci rodiny, klienta a zdravotnického personálu. Myslím si, že nejčastějšími problémy při hospitalizaci dítěte v nemocničním zařízení je neznalost zásad správné komunikace, nedodržování práv duševně nemocných dětí a komunikační bariéry mezi personálem a dítětem. Komunikační bariéry zahrnují převážně nespolečenskou spolupráci dítěte nebo rodiny, nedostatek informací a času na dítě. Každý zdravotnický pracovník jak sestra, tak i lékař by si měly uvědomit, že dítě při hospitalizaci pociťuje strach z neznámého prostředí, cizích osob, ztrácí pocit jistoty a bezpečí, které měl v domácím prostředí. Proto bychom měli zapojovat do komunikace i ošetřovatelské péče osoby, které jsou dítěti blízké a známé. Jestliže chceme docílit spokojenosti dítěte i jeho rodiny, musíme mít dokonalý přehled o pacientovi více než kdokoliv jiný. Proto je nedílnou součástí ošetřovatelské péče zjištění podrobné anamnézy, přidružených onemocnění, která mohou dítě omezovat, jeho obav a nálad. Vždy bychom se měli k dítěti i jeho rodině chovat vstřícně, vlídně a laskavě.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE

V této kapitole popisují vývoj mentální retardace jako nemoci. Dále se zaměřují na historii péče a vzdělávání dětí s mentální retardací.

1.1 Historie mentální retardace jako nemoci

První zmínku o mentální retardaci nacházíme již v egyptských papírových svitcích, které byly nalezeny v Thébách kolem roku 1500 před Kristem a popisují postižení těla a mysli. Přístup k dětem s postižením byl ovlivněn kulturou a názory dané doby. Ve starověkém Římě a Řecku byly děti, jejichž zjev ukazoval na postižení rozumu, těla a smyslů topeny a vrhány dolů ze skal. (Lečbych, 2008, s. 15)

V období středověku se začíná přístup k dětem postupně měnit. Rozvíjí se tzv. „nalezince“, kde jsou děti s postižením umístěny. V roce 1690 publikuje John Lock své eseje o lidském rozumu, které měli velký význam pro pochopení dětí s mentální retardací. John Lock tvrdil, že člověk přichází na svět, jako nepopsaná deska a až lidská zkušenost zapisuje dojmy o světě. Jako pedagog byl zastáncem individuální výchovy a vzdělávání. Poprvé rozlišil teorii mezi nedostatkem rozumu (slaboduchost a mentální retardace) a šílenstvím (duševní onemocnění). (Lečbych, 2008, s. 15)

Značný pokrok v názorech na děti s mentální retardací byl v období Jana Amose Komenského, který si plně uvědomoval individuální rozdíly mezi dětmi a jejich vychovanosti. Rozděluje děti do 6 základních skupin. První skupinu tvoří děti bystré, chtivé vědění a povolné, které považoval za nejschopnější. Do druhé skupiny patří vtipné, hravé a poslušné děti, které je potřeba motivovat. Třetí skupinou jsou děti vtipné, učenlivé avšak zatvrzelé a vzpurné, které lze výchovou dovést k pozitivním výsledkům, vyžadují však speciální metodický postup. V čtvrtém typu Jan Amos Komenský popisuje děti povolné, chtivé, zdoluhavé a těžkopádné, u kterých je třeba se přizpůsobit jejich myšlení. K předposlednímu typu se řadí děti tupé, vlažné a liknavé, vyžadují vedení a trpělivost a posledním šestým typem jsou děti tupé, hloupé a vzpurné. Jan Amos Komenský v klasifikaci poukazoval na důležitost na individuální zvláštnosti dítěte a vhodné výchovné postupy. (Monatová, 1998, s. 45)

Nové zkušenosti v učení dětí s mentální retardací přispělo nalezení 12 letého chlapce Viktora, kterého se ujal ředitel ústavu pro hluchoněmé, který poprvé vypracoval výchovně vzdělávací program pro děti s mentální retardací. O rozvoj psychopedie se zasloužil Edu-

ard Seguin, který vyvinul komplexní systém výchovy a vzdělávání pro osoby s postižením intelektu. V roce 1876 zakládá v Americe společnost, která je v dnešní době známá, jako Americká asociace pro intelektové a vývojové postižení. (Lečbych, 2008, s. 16)

Důležitou osobností v 19. století byl francouzský psycholog Alfréd Binet, který se zasloužil o vyvinutí inteligenčních testů, pomocí kterých v roce 1905 zpracoval stupnici pro měření inteligence, pro zjištění rozdílu mezi fyzickým a mentálním věkem dítěte. Na základě stupnice stanovil diferenciální diagnózu intelektového stupně dětí od 3 do 15 let a určil případnou mentální retardaci. Pro každý věk vybral šest úkolů, které muselo dítě splnit. Za psychicky postižené a opožděné považoval dítě, které nesplnilo dva a více úkolů ze šesti činností. Také vymezil podstatné znaky inteligence, jako jsou vynalézavost, kritičnost a chápavost. Bohužel podcenil zkušenosti, znalosti, vědomosti a dovednosti dítěte, na kterých mohlo záviset správnost plnění úkolů. (Monatová, 1998, s. 49 - 50)

V 50. letech 20. století se rozvíjí pojem mentální retardace pod vlivem milánské konference Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO). Vzniklá klasifikace, která rozlišovala pět stupňů postižení intelektu. Z důvodu chybné klasifikace mentální retardace byla stupnice v 70. letech 20. století upravena na dnešní klasifikaci mentální retardace. (Lečbych, 2008, s. 16)

1.2 Historie péče o mentálně postižené

V období středověku se u Arabů poprvé setkáváme s odborným přístupem vysvětlování příčin psychických nemocí. V roce 1876 vznikají první pečovatelské instituce pro duševně nemocné. Na území dnešního Španělska pod vlivem Arabů vznikají zařízení zabývající se péčí o nemocné a mentálně postižené. V raném středověku se o děti s mentální retardací starala církev, především v kláštrech. V 17. století vzniká první vědecká klasifikace duševních nemocí, napsána Felixem Platterem. Také v tomto století byla založena první nemocnice pro postižené králem Ludvíkem XIV. Velký pokrok ve vztahu k mentálně postiženým začal v období Velké francouzské revoluce, během níž se filozofické myšlení posunulo směrem k člověku. V deklaraci práv byla zdůrazněna pomoc všem členům ve společnosti, která byla chápána jako povinnost státu. Záslouhou psychiatra Philippa Pinela se mentální retardace specifikovala jako onemocnění. V roce 1841 byla Eduardem Seguinem otevřena první škola pro slabomyslné. Snažil se o začlenění mentálně retardovaných do společnosti a o rozvoj vnímání a motoriky. Jeho metody výrazně ovlivnili i další pedagogy v rozvíjení systému výchovy mentálně retardovaných. (Lečbych, 2008, s. 15-16)

Jiný přístup k lidem s mentálním postižením můžeme vidět u lékaře Ovide Decroly, který společně se svou manželkou založil v roce 1901 v Bruselu Ústav speciálního vyučování, který byl zaměřený na mentálně handicapované děti. Při výchově využíval hry a didaktické prostředky. (Monatová, 1998, s. 47)

V České republice v roce 1869 vzniká zákon o obecných školách, jehož novela v roce 1883 se zabývala otázkou vyučování postižených dětí. V té době byly děti s mentální retardací osvobozovány od školní docházky. V roce 1905 byly zřízeny zvláštní pomocné a podpůrné třídy a v roce 1907 se zformulovaly podrobnější pokyny pro vyučování mentálně postižených, ve kterých byly stanoveny organizační předpisy pomocné třídy nebo školy. Počátky péče o mentálně postižené začínají v roce 1871, kdy byl zřízen první ústav pro tzv. „idioty“ (Lečbych, 2008, s. 15-16)

Významnou osobností v České republice byl filozof, pedagog a lékař Karel Slavoj Amerling, který v roce 1871 založil první ústav pro postižené děti na Hradčanech, nazývané „Ernestinum.“ Zde vychovával a učil děti, zkoumal jejich prostředí, dědičné zatížení, tělesné zvláštnosti jako jsou nehty, vlasy a chrup. Dbal na osvojování jemné motoriky a zvýšenou péči o zdraví dětí s mentální retardací. Věnoval se také výzkumu dětí, které nedělil podle jejich vzdělavatelnosti, ale vytvořil si vlastní devíti skupinovou stupnici. V roce 1900 vzniká „Ernestina“ jejichž ředitelem se stal lékař Karel Herfort, který analyzoval pojem slabomyslnost, její příčiny, typy a stupně. Zaměřoval se na vztah mezi inteligencí a tělesnými znaky, akcentoval význam rodokmenů a degenerační vlivy. Při výuce kladl důraz na ruční práce a nápravnou tělesnou výchovu. (Monatová, 1998, s. 48 - 49)

V současné době se ústavy pro mentálně postižené děti stále vyvíjí. Značně se rozvinulo poradenství pro děti a jejich rodiče. V poradnách rodičům radí, jak o dítě pečovat a vzdělávat ho s ohledem na jeho individuální potřeby. V současnosti dětí s mentální retardací ubývá z důvodu zkvalitnění prenatální diagnostiky, kdy rodiče mají možnost rozhodnout o životě dítěte, anebo se na příchod postiženého dítěte připravit. Bohužel i v dnešní době jsou mýty o lidech s mentálním postižením stále aktuální, především, že lidé s mentálním postižením jsou jako děti a tak se k nim musíme chovat, nebo že takové dítě se není schopno vzdělávat, ale skutečnost je jiná. Lidé s mentálním postižením jsou stejní jako všichni ostatní a v dostatečně podnětném prostředí jsou schopni se vzdělávat. Převládá také stále deviace, která lidem s postižením znepríjemňuje život.

2 MENTÁLNÍ RETARDACE

Pojem mentální retardace v překladu znamená opoždění rozumového vývoje a byl přijat v roce 1959 Světovou zdravotnickou organizací. Mentálně postižení tvoří největší skupinu zdravotně znevýhodněných, i když celkový počet v populaci není znám. (Franiok, 2008, s. 29)

Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN) charakterizuje mentální retardaci jako *stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti.* (MKN - 10, 2009, s. 162 - 163)

Mentální retardace je vrozená a trvalá, kdy dítě se od narození nevyvíjí standardním způsobem, projevuje se nízkou úrovní rozumových schopností, které se objevují při adaptaci na běžné životní podmínky. (Fischer, Škoda, 2008, s. 91-92)

Mentální retardaci v dětském věku dělíme na oligofrenii a demenci. Oligofrenie je vrozená mentální retardace, u níž dochází k poškození nebo odchýlení vývoje centrálního nervového systému. Považuje se za opožděný duševní vývoj v období prenatalním (předporodním), perinatálním (v době porodní), anebo v časném postnatálním období, a to nejpozději do druhého věku života dítěte. (Jurkovičová, 2010, s. 33)

Demence je získaná mentální retardace, kterou chápeme jako důsledek poškození mozku v průběhu života jedince, zpravidla po dovršení druhého věku života. Vznik demence může být v důsledku různých onemocnění nebo úrazů mozku, které vedou k tomu, že vývoj dítěte, který probíhal doposud normálně, byl narušen, zastaven nebo rozvrácen. Rozlišujeme demenci celkovou zasahující rozumové schopnosti a demenci částečnou, která postihuje jen dílčí složky intelektu. (Švarcová, 2011, s. 28)

S termínem pseudooligofrenie neboli zdánlivá mentální retardace se setkáváme u dítěte se závažnými emočními poruchami, smyslovým opožděním nebo u dítěte výchovně zanedbaného. Nejedná se o poškození centrální nervové soustavy, ale o nedostatečnou stimulaci dítěte v důsledku vnějšího nepodmětného prostředí. Projevuje se opožděným vývojem myšlení, řeči nebo sociální adaptace. Extrémním případem pseudooligofrenie jsou tzv. „vlčí děti.“ Jedním z prvních případů, bylo nalezení malého chlapce, který byl vychováván vlkem a jako zvíře se choval. (Jurkovičová, 2010, s. 34; Švarcová, 2011, s. 28)

2.1 Vývoj dítěte s mentální retardací

V raném a předškolním věku dítěte jsou charakteristické pro mentální retardaci změny v oblasti učení, pozornosti, vnímání, myšlení, komunikace, citového a sociálního vývoje. Ve školním věku pozorujeme zvláštnosti především v oblasti kognitivní, zejména v myšlení a paměti. U dítěte s lehkou mentální retardací do 6 let věku je charakteristický normální sociální vývoj a komunikační dovednosti. V tomto věku bývá dítě zřídka odlišeno od ostatních dětí. Ve školním věku má problémy si osvojit předměty druhého stupně základní školy, jakou jsou fyzika a chemie. Při střední mentální retardaci dítě v předškolním věku užívá řeč a komunikaci, avšak zaostává v motorickém vývoji a potřebuje pomoc v oblasti sebeobsluhy. Od šesti let si osvojí dovednosti pouze do čtvrté třídy základní školy. S chabým motorickým vývojem, minimálním užíváním řeči se setkáváme u dítěte s těžkou mentální retardací. Dítě nemá vyvinuty komunikační dovednosti a užívá v komunikaci pouze pár slov, sebeobsluha je výrazně omezena. Ve školním věku se naučí mluvit a komunikovat. Při kvalitním a trpělivém vzdělání si osvojí základní dovednosti sebeobsluhy. U dítěte s hlubokou mentální retardací je rozsáhlé postižení v senzomotorické oblasti a je celoživotně závislé na pomoci ostatních. (Černá a kol., 2008, s. 126 - 153)

2.1.1 Období novorozenecké

Je období od narození do jednoho měsíce, označujeme ho jako období adaptace na nové prostředí. U dítěte se rozvíjí vrozené reflexy sluchové, chuťové a čichové vnímání. Diagnostika mentální retardace je v tomto věku velice obtížná. Ukazatelem může být pouze výrazné postižení motoriky u hluboké a těžké mentální retardace. (Černá a kol., 2008, s. 127; Šimíčková, 2003, s. 43 - 47)

2.1.2 Období kojenecké

Je od jednoho měsíce do jednoho roku života dítěte. Tento věk je charakteristický rozvojem motoriky, smyslového vnímání a prvními slůvky dítěte. V tomto věku se setkáváme u dítěte s mentálním postižením s vegetativními poruchami, poruchou jemné motoriky a zaostalým vývojem v pohybových dovednostech. Hluboká a těžká mentální retardace bývá diagnostikována právě v tomto věku. (Černá a kol., 2008, s. 127)

2.1.3 Období batolecí

Je období od jednoho do třetího roku života dítěte, které je typické pro rozvoj vzpřímené chůze, rozvoj uvažování, komunikace a sebeobsluhy. Koncem batolecího věku si dítě začíná uvědomovat vlastní já, uplatňuje svou vůli a samostatnost. (Šimíčková, 2003, s. 61 - 66)

U dítěte bývá diagnostikována mentální retardace středního stupně, kdy dítě zaostává v rozvoji motoriky, ve vytváření hygienických návyků a stolování. Řeč je opožděná a nesprávná. (Černá a kol., 2008, s. 128)

2.1.4 Období předškolní

Zahrnuje věk od tří do šesti let. Dochází k rozvoji jemné a hrubé motoriky, vnímavosti, představitivosti, sociálního chování a k formování dětské osobnosti. Hlavní činností v tomto období je hra, která je důležitá v procesu socializace dítěte. U dítěte s mentálním postižením jsou typické v tomto období poruchy vnímání, uvažování, zhoršená schopnost komunikace a navazování vztahů, což má dopad na socializaci dítěte. (Černá a kol., 2008, s. 128; Šimíčková, 2003, s. 68 - 72)

V tomto období bývá diagnostikována lehká mentální retardace, která je charakteristická stereotypním myšlením a mechanickou pamětí. (Černá a kol., 2008, s. 128).

2.1.5 Období školní

Řadíme sem období od šesti do osmnácti let věku dítěte, které lze rozdělit do mladšího a staršího školního věku. V tomto období jsou projevy mentální retardace více nápadné, což je spojeno s nárůstem požadavků na dítě. Paměť je mechanická, pomalá, obrazovno-názorná, což má za následek zhoršenou socializaci. Specifickým rysem je malá motivace k učení nových věcí, proto je důležité dítě motivovat a podporovat v sebeobsluze, komunikaci s ostatními, v sociálních schopnostech, v učení, psaní a v matematických dovednostech. (Černá a kol., 2008, s. 152 - 153)

Musíme dbát na to, že každé dítě se vyvíjí individuálně, a proto nemůžeme s úplnou přesností diagnostikovat mentální retardaci v určitém věku dítěte. Vývoj dítěte může být ovlivněn rodinou a prostředím, ve kterém vyrůstá. V rodině, kde dítě má nedostatek podnětů nebo afunkční rodině může dítě zaostávat ve vývinu, ale nemusí se jednat o příznaky mentální retardace. Naopak dítě trpící mentální retardací v podnětném prostředí a plné péči rodičů může mít kvalitní plnohodnotný život.

2.2 Klasifikace mentální retardace dle MKN

Podle mezinárodní klasifikace nemocí zpracované WHO dělíme mentální retardaci do 6 základních kategorií.

2.2.1 Lehká mentální retardace (IQ 50 – 69)

Je nejčastější typ u dětí i dospělých, která je diagnostikována přibližně u 80 – 85 % postižených. (Švarcová, 2011, s. 37)

Dítě se zpočátku jeví jako zdravé a čilé. V prvním roce života jsou pohybové dovednosti lehce opožděny nebo v pásmu normy. První slova dítěte nemusí být významně omezena, umí říct říkanky i básničky. Nedostatky se projeví v rozumové oblasti, kdy dítě je méně chápavé, obtížně se zapojuje do her a není tak úspěšné jako ostatní spolužáci. Má malou slovní zásobu, sníženou schopnost předvídat a poznat nebezpečí. Myšlení je nesamostatné, povrchní, nepřesné, bez rozlišení podstatného. Opoždění je rozpoznatelné již v předškolním věku dítěte, ale jasně se projeví až ve školním věku. Ale i přesto je dítě schopné naučit se číst, psát i počítat, ale řeč se vyvíjí opožděně. (Franiok, Kysučan, 2002, s.11; Hort, Hrdlička, Kocourková a Malá, 2000, s. 117)

Většina dětí s lehkou mentální retardací dosáhne nezávislosti v každodenních činnostech, jako jsou oblékání, osobní hygiena, návyky osobní hygieny a stravování. Lehká mentální retardace zahrnuje slabomyslnost, lehkou mentální subnormalitu a lehkou oligofrenii (Švarcová, 2011, s. 38)

2.2.2 Středně těžká mentální retardace (IQ 35 - 49)

Je diagnostikovaná přibližně u 10 % postižených jedinců. Vyznačuje se omezením v neuropsychickém vývoji dítěte, které se projevuje v oblasti pohybové, řečové, vzdělávací, koordinace a sebeobsluhy. Dítě začíná sedět a chodit v pozdějším věku života. Jeho pohyby jsou nekoordinované a pohybově zůstává neobratné. U dítěte je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči, nejčastěji se vyjadřují jednoduchými a jednoslovnými větami. (Franiok, Kysučan, 2002, s. 11)

Pokroky ve škole u tohoto dítěte jsou limitované, ale většina žáků si při kvalifikovaném pedagogickém vedení osvojí čtení, psaní a počítání. Speciální vzdělávací programy poskytují dětem s postižením příležitost k rozvíjení jejich potenciálu a k osvojení základ-

ních vědomostí a dovedností. Mentální věk se u těchto jedinců pohybuje v pásmu od 4 do 8 let. (Švarcová, 2011, s. 38)

Dítě bývá často citově labilní, nevyrovnané, někdy mívá nepřiměřené výbuchy vedoucí často ke zkratkovitému jednání. Bez zamyšlení nad výhodami nebo nevýhodami řešení situace, jde dítě rovnou k vytyčenému cíli. (Franiok, Kysučan, 2002, s. 11)

U většiny postižených dětí lze diagnostikovat organickou etiologii, autismus nebo jiné vývojové poruchy, které ovlivňují klinický obraz a způsob komunikace s postiženým dítětem. Velmi častými projevy jsou tělesná, psychiatrická a neurologická onemocnění, zejména epilepsie. (Švarcová, 2011, s. 39)

2.2.3 Těžká mentální retardace (IQ 20 - 34)

Je diagnostikována přibližně u 5 % postižených jedinců. Vyznačuje se výrazným omezením neuropsychického a motorického vývoje. Psychika u těchto jedinců je značně omezena, především jsou nápadné poruchy koncentrace pozornosti a myšlení, které se projevují mechanickým plněním základních úkolů a příkazů. Motorika a pohyby jsou nekoordinované a hrubé. Vyskytují se automatické kývavé pohyby hlavy a trupu. U dítěte dochází k minimálnímu rozvoji komunikačních dovedností, slovní zásoby a řeči. (Franiok, Kysučan, 2002, s. 12)

Dítě s těžkou mentální retardací nezvládá školní docházku a zaostává za dětmi, ale je schopné si osvojit užitečné dovednosti při včasné a dostatečně kvalifikované rehabilitační, výchovné a vzdělávací péči, která vede ke zlepšení motoriky, komunikačních dovedností, samostatnosti a celkovému zlepšení kvality života dítěte. Mentální věk dítěte se pohybuje od 18 měsíců až do 3,5 roku života. (Švarcová, 2011, s. 40)

2.2.4 Hluboká mentální retardace (IQ je nižší než 20)

Hlubokou mentální retardací tvoří necelé 1 % postižených klientů. Dítě je neschopné porozumět řeči, instrukcím nebo požadavkům. Dorozumívá se pouze pomocí neverbální komunikace, především pláčem a úsměvem. Většina postižených bývá výrazně omezena v pohybu nebo zcela imobilní a jsou závislí na pomoci druhých lidí. Mají nepatrnou nebo žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a bývají často inkontinentní. (Švarcová, 2011, s. 40)

Typickým projevem hluboké mentální retardace jsou automatické pohyby celého trupu a narušené psychické procesy, které mohou vést k sebepoškozování dítěte. (Franiok, Kysučan, 2002, s. 14)

Výchovu a vzdělání u dítěte s hlubokou mentální retardací lze do jisté míry rozvíjet pomocí metodických postupů vedoucích ke zlepšení motoriky, komunikačních a prostorově - orientačních dovedností. U tohoto typu mentální retardace lze určit organickou etiologii. U většiny dětí se objevují těžké neurologické a pohybové poruchy, které se projevují epilepsií, poškozením zrakového a sluchového vnímání a vývojovými vadami. Mentální věk dítěte se pohybuje pod 18 měsíců. (Švarcová, 2011, s. 40)

2.2.5 Jiná mentální retardace

Do této kategorie se řadí dítě tehdy, pokud je u něho stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod nesnadné. Objevuje se nejčastěji při přidružených somatických nebo sensorických postiženích, především u nevidomých, neslyšících, nemluvicích a u jedinců s těžkými poruchami chování, autismu nebo u těžce tělesně postiženého dítěte. (Slowík, 2010, s. 51)

2.2.6 Nespecifikovaná mentální retardace

Toto označení se používá tehdy, je-li dokázána mentální retardace, ale kvůli nedostatku informací nemůžeme dítě zařadit do jedné z předcházejících kategorií. Tato kategorie obsahuje mentální retardaci, mentální subnormalitu a oligofrenii. (Švarcová, 2011, s. 41)

2.3 Etiologie mentální retardace

Mentální retardace může vznikat na podkladě vnitřních faktorů (endogenní faktory), které jsou zakódovány již v pohlavních buňkách a geneticky se přenáší na narozené dítě, nebo na podkladě vnějších faktorů (exogenní faktory), které mohou, ale nemusí být bezprostřední příčinou mentální retardace. Exogenní faktory působí v průběhu celé gravidity, porodu, po porodním období až do raného dětství. (Švarcová, 2011, s. 42)

Příčiny mentální retardace dělíme do tří hlavních kategorií a to na příčiny prenatální a perinatální, které vznikají v době gravidity a na příčiny postnatální, které vznikají po narození dítěte.

2.3.1 Prenatální období

V prenatálním období působí nejčastěji vlivy genetické, při kterých dochází k mutaci genů, které mohou být vyvolané zářením, dlouhodobým hladověním a chemickými vlivy. Další skupinu prenatálních vlivů tvoří genové mutace, vznikající na podkladě změny počtu chromozomů (trizomie – nejčastěji Downův syndrom, Klinefelterův syndrom) a dědičných metabolických onemocnění (fenylketonurie, galaktosémie a jiné). (Valenta, Müller, 2003, s. 52)

Na vzniku mentální retardace se může podílet i onemocnění matky během těhotenství, nejčastěji při infekčních onemocněních (toxoplazmóza, zarděnky v prvním trimestru nebo parotitida), endokrinní poruchy (snížená funkce štítné žlázy), kouření matky, nedostatek plodové vody, podvýživa matky, toxické látky (kokainový syndrom) a alkohol, který je nejčastější příčinou poškození mozku dítěte. (Lečbych, 2008, s. 27)

2.3.2 Perinatální období

Perinatální období zahrnuje vlivy působící v průběhu porodu nebo časně po narození dítěte. (Lečbych, 2008, s. 27)

Nejčastější příčina mentální retardace v perinatálním období bývá způsobena perinatální encefalopatií (organické poškození mozku), označována také termínem lehká mozková dysfunkce. K dalším faktorům k rozvoji mentální retardace patří mechanické poškození mozku nebo komprese novorozence při porodu. Dále nedostatek kyslíku (hypoxie), předčasný porod, rizikové dlouhé porody, nízká porodní váha a těžká novorozenecká žloutenka, při které neodchází bilirubin z těla dítěte a působí toxicky na nervovou soustavu. (Valenta, Müller, 2003, s. 53)

2.3.3 Postnatální období

Postnatální období je označováno období od narození dítěte až do dvou let. V tomto období se na rozvoji mentální retardace podílí více vlivů, mezi které patří záněty mozku (klíšťová encefalitida nebo meningitida), traumatické vlivy, krvácení do mozku a nádorové onemocnění, které vede v pozdějším věku k rozvoji Alzheimerovy choroby, schizofrenie a Parkinsonovy choroby. Mentální retardace se může rozvinout i u dítěte, které vyrůstá v nepřátelském a nepodnětném rodinném prostředí a u kterého dochází ke snížení intelektových schopností a k sensorické, citové a sociokulturní deprivaci. (Valenta, Müller, 2003, s. 53)

2.4 Diagnostika mentální retardace

Stanovení diagnózy mentální retardace vychází z psychologického vyšetření kognitivních funkcí (intelektových, anamnestických, exekutivních, vývojových škál), posouzení adaptivního chování, klinického posouzení míry zvládnutí běžných sociálně – kulturních nároků. (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012, s. 41)

Při diagnostikování mentální retardace je důležitá komplexní týmová kooperace odborníků. U diagnostiky mentální retardace je důležitý neuropsychologický rozbor a anamnéza, která je zaměřená na biologické a psychosociální faktory, informace o vývojovém tempu dítěte a stanovení inteligenčního kvocientu, který stanovuje výši IQ. IQ vyjadřuje poměr mezi mentálním (intelektovým vývojem) a chronologickým věkem (kalendářním věkem). Úkolem diferenciální diagnostiky je odlišit mentální retardaci od stavů, které ji mohou napodobovat (smyslové vady či poruchy řeči). (Valenta, Müller, 2003 s. 55 – 57; Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012, s. 41 – 42)

Diferenciální diagnostika využívá níže uvedený postup:

- vstupní informace od rodičů a ze školy, pouze pokud u dítěte byla diagnostikována mentální retardace před zahájením školní docházky,
- lékařská zpráva (etiopatogeneze mentální retardace),
- psychologické popřípadě psychiatrické vyšetření, které stanovují IQ a aktuální úroveň vývoje dítěte. Zaměřují se na samostatnost, řeč, paměť, pozornost, komunikaci a osobní charakteristiky. Mezi významnou část psychologického vyšetření můžeme zařadit inteligenční testy,
- neurologické vyšetření,
- speciálně pedagogické vyšetření zjišťuje, zda-li kognitivní funkce, grafomotorika a řeč jsou opožděny v důsledku specifického opoždění, anebo v důsledku mentálního opoždění,
- analýza produktů činností, která zahrnuje analýzu hry, kresby a písma, které jsou specifické pro každé období dítěte,
- didaktické zkoušky jsou aplikovány ve školním věku dítěte, závažnější obtíže se projevují v matematice a v přírodovědných vědách,
- výsledky testových metod, které mají přesné vymezené podmínky a pravidla zadávání, hodnocení a vysvětlení. Dělíme je na testy osobnostní, schopnostní (testy inteligence, paměti, pozornosti a adaptačních schopností) a testy výkonů (didaktické

a sociometrické testy a psychodiagnostické metody, mezi které můžeme zařadit vývojové škály, testy inteligence),

- pozorování pomáhá určit schopnost dítěte navazovat kontakt, jak rozumí instrukcím, jeho reakce na neúspěch. Důležité je dlouhodobé pozorování dítěte v jeho přirozených podmínkách,
- dotazník,
- rozhovor zjišťuje introspektivní schopnosti dítěte a jeho fantazii. (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012, s. 43; Švarcová, 2011, s. 34; Valenta, Müller, 2003, s. 55-82)

Na základě správné diagnózy můžeme zvolit optimálně výchovné postupy, které ovlivňují výchovu dítěte. (Švarcová, 2011, s. 33)

2.5 Léčba mentální retardace

Speciální léčba mentální retardace v současné době prozatím neexistuje. Zaměřuje se především na vytyčení úkolů, které by mělo dítě ve svém vývoji dosáhnout. Důležitou roli hraje rodina, odborníci, sociální pracovníci a okolí, kde dítě vyrůstá. Do terapie můžeme zařadit systematické výchovné programy, farmakoterapii, rehabilitaci a komunikaci s rodinou, která je důležitá k rozvoji dítěte. Lékař je povinen informovat rodiče o sníženém intelektu, o jeho aktuálním stavu a vysvětlit rodičům, že dítě je stále jejich dítětem, ale je změněné. Důležitá je také sociální rehabilitace, která je realizována lékařem a odborníky, kteří vypracují rehabilitační plán pro dítě. Jde hlavně o stimulaci primitivních reflexů, reakcí a navazování emočního kontaktu. Používá se operantní podmiňování, při kterém se užívá metoda odměny. V 70. letech 20. století vznikla metoda facilitované komunikace - komunikace pomocí osoby, která pomáhá a dává dítěti zpětnou vazbu. Rehabilitační plán se snaží o spolupráci s rodiči. Rodiče musí s dítětem doma procvičovat, co se naučilo, nebo na co si vzpomnělo. Rehabilitační plán zahrnuje také sourozence, který se může cítit osaměle nebo může mít strach, že sourozenec zemře. Mohou mít také pocit, že zavinily jeho onemocnění. Jeho součástí je i skupinové setkávání rodičů, podobně postižených dětí, kteří zjistí, že nejsou sami s problémem mentálně retardovaného dítěte. Rodiče si navzájem předávají své zkušenosti a rady a tím dochází k emočnímu uvolnění. U farmakologické léčby mentálně retardovaných jedinců je nutné brát ohled na citlivost centrálního nervového systému, vzniku vedlejších účinků a epileptických záchvatů. Počáteční dávka léku je co nejnižší, poté pozvolna stoupá, až je dosaženo žádoucího účinku. Psychofarmaka se nejčastěji

podávají v kapkové formě, u kterých je nutné sledovat nežádoucí účinky a přizpůsobit je psychickému stavu, věku dítěte a možným komplikacím. Nejužívanější léky jsou neuroleptika a nootropní látky, které se podávají v případě, že věříme v rozvinutí kognitivních procesů a jejich funkčnost. Nežádoucím účinkem těchto látek je agresivní a neklidné dítě. Dále se podávají adaptofenigeny, které zlepšují soustředění, zmírňují nejistotu a tělesnou vyčerpanost. Nedílnou součástí je užívání vitamínů, zejména E a C pro schopnost vychytávání volných radikálů a podpůrné faktory celkového růstu a vývoje. (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000, s. 121 – 124; Drahá, 2008, s. 28)

2.6 Prevence mentální retardace

Prevence je činnost, která je zaměřená na zamezení vzniku a výskytu fyzické, intelektové, psychické nebo smyslové vady. Dle charakteru a zaměření prevence ji dělíme na primární, která je zaměřená na zamezení vzniku mentální retardace. Dále sekundární, která brání, aby mentální postižení způsobilo trvalé omezení a prevenci terciální zaměřenou na zmírnění následků postižení.

Prevence využívá níže uvedené zásady:

- pravidelné lékařské prohlídky – žena by měla navštívit lékaře minimálně tři měsíce před plánovaným otěhotněním,
- nastávající matka by měla dodržovat zásady správné výživy a dodržovat pitný režim,
- v průběhu těhotenství by se žena měla vyvarovat konzumaci alkoholu, drog a kouření, které může způsobit omezený vývoj dítěte,
- včas se chránit očkováním proti infekčním chorobám,
- navštívit genetickou poradnu, nezbytně v případě, pokud je ženě více než 35 let, pokud v minulosti potratila nebo se jí narodilo mrtvé dítě,
- vyvarovat se užívání léků a rentgenovému záření,
- navštívit prenatální a neonatální diagnostiku, které odhalí onemocnění způsobující mentální retardaci (fenylketonurie). (Švarcová, 2011, s. 43-44; Valenta, Müller, 2003, s. 110)

Rodiče si musí uvědomit, že i při dodržení zásad prevence není nikdy stoprocentní, že se dítě narodí zdravé, ale i přesto bychom měli dbát na dodržování preventivních opatření, která snižují riziko mentálního postižení dítěte.

3 HOSPITALIZACE DÍTĚTE S MENTÁLNÍ RETARDACÍ

V této kapitole se zabývám hospitalizací dítěte, kde popisují příjem dítěte do zdravotnického zařízení, specifika ošetrovatelské péče, roly sestry při hospitalizaci a komplikace, které mohou nastat při hospitalizaci dítěte.

3.1 Hospitalizace dítěte

Při hospitalizaci dochází k narušení běžného denního života dítěte, které je odděleno od rodiny, sourozenců a příbuzných. Prochází si neznámými a bolestivými zkušenostmi a je nuceno komunikovat se zdravotnickým personálem, který je pro něj cizí. Sestra s dítětem tráví nejvíce času, a proto může pozitivně ovlivnit adaptaci dítěte na hospitalizaci, která je důležitá jak pro dítě, tak i jeho rodiče. Nemocniční prostředí by mělo být vždy upravené, mělo by nabídnout dítěti i jeho rodičům pohodlí a prostor pro uspokojování jejich potřeb. Důležité pro adaptaci dítěte v nemocnici je předcházející příprava, a to za pomoci rodičů, ještě před nástupem dítěte do zdravotnického zařízení. Podle jejich postojů k nemoci je dítě pozitivně nebo negativně ovlivněné, jak bude prožívat hospitalizaci. Rodiče by měli dítěti podávat informace, které se týkají jeho hospitalizace. Negativním informacím spojené s hospitalizací se snažíme vyhnout, naopak zdůrazňujeme její kladné stránky. Sestry by neměli dítěti lhát, ale říci pravdu, že jde do nemocnice. Tím přispějí k lepší adaptaci a vyhnou se úzkosti dítěte. (Matějček, 2001, s. 74 – 75; Plevová, Slowik, 2010, s. 64 - 65)

3.2 Příjem dítěte do nemocnice

Příjem dítěte je komplikovanější, protože dítě prožívá strach z nemocnice a ztrátu pocitu bezpečí. Při přijetí je důležitá přítomnost rodičů nebo blízké osoby, kteří poskytují souhlas k zákrokům a jsou pro dítě oporou a můžou být přínosem pro zdravotnický personál, jako zprostředkovatel komunikace mezi dítětem a sestrou. Dítě může být hospitalizováno s doprovodem, nebo samo. Sestra musí při příjmu zjistit od rodičů nebo doprovodu informace o dítěti, jeho zvláštnosti a zvyky, které pomohou sestře určit vývojovou úroveň dítěte. (Kristová, 2004, s. 140; Vytejková, Sedlářová, Wirthová, Holubová, 2011, s. 43)

Kristová (2004, s. 140 - 141) uvádí základní činnosti sestry při příjmu dítěte. Sestra se musí představit a pozdraví dítě a doprovod. Jako první osloví dítě, zeptá se ho na jméno, a jak by chtěl, aby ho oslovovali, až poté osloví doprovod. Sestra navazuje s dítětem kontakt pomocí hračky nebo knihy. Pokud má dítě sebou svou oblíbenou hračku, orientuje

pozornost na ni, hračka dítěti umožňuje překonat strach. Ukáže mu pokoj, oddělení, vyšetřovnu, hernu, hračky, knihy a představí ho dětem na pokoji a děti jemu. Ke zmírnění strachu z hospitalizace přispívá, pokud mu sestra vypráví o lékařích, sestrách, učitelce a nových kamarádech. Nakonec poskytne dítěti prostor na otázky.

3.3 Zásady ošetrovatelské péče o dítě s mentální retardací

Mezi hlavní principy ošetrovatelské péče můžeme zařadit participaci, partnerství, integraci, uspokojování individuálních potřeb a interpersonální spolupráci. Důležitým aspektem ošetrovatelské péče je získat si důvěru dítěte a přizpůsobit komunikaci jeho mentálnímu věku. Cílem péče je zvýšení samostatnosti a nácvik zlepšení sebepečce. Sestry se snaží zlepšit komunikační dovednosti dítěte pomocí kontaktu s jinými lidmi. Pro dítě s mentální retardací je důležitý pravidelný řád, který umožňuje dítě pozitivně odměnit za zvládnutí úkolů v daném dnu. Po přijetí dítěte do nemocnice musí sestra zjistit úroveň soběstačnosti v denních aktivitách a běžné chování dítěte. V těžkém stupni mentální retardace sestra pečuje o dítě komplexně. Sestra sleduje u dítěte duševní stav, zajistí bezpečnost, ošetrovatelskou péči a podporuje aktivity a sebevědomí dítěte. (Nejedlá, Svobodová, Šafránková, 2005, s. 123; Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 310 - 311)

V současné době se snažíme léčit dítě v ambulantní péči, pokud není jiná možnost, dítě hospitalizujeme v nemocnici. Péče o každé dítě je individuální s ohledem na typ mentální retardace a jeho potřeby. Důležitou úlohou sestry je vytvořit si s dítětem i rodiči důvěrný vztah, který pomáhá dítěti se lépe adaptovat na hospitalizaci. Nedílnou součástí ošetrovatelské péče je zapojení rodinných příslušníků nebo opatrovníků do péče o dítě.

Zvyšování sebevědomí dítěte s mentální retardací je nedílnou součástí ošetrovatelské péče, při které se snažíme naslouchat dítěti a dávat mu najevo, že chápeme jeho pocity. Povzbuzujeme ho ke zvládnutí každodenních činností, učíme ho samostatnosti a průbojnosti, často ho chválíme nejlépe ve společnosti jiných dětí, avšak kritiku sdělujeme pouze v soukromí. Při péči využíváme jeho předchozí zkušenosti k dalšímu vzdělávání, zdůrazňujeme přednosti dítěte a při výchově se opíráme o jeho silné stránky a umožňujeme mu být úspěšným. Nikdy nehledáme chyby v dítěti, ale v úlohách, které jsme mu zadali. S dítětem jednáme jako sobě rovným, bereme dítě takové jaké je a ne podle našich představ. Péče a komunikace musí být přizpůsobena psychickému stavu dítěte, všímáme si neverbální komunikace. K zvládnutí aktivit běžného života vedeme dítě k samostatnosti, podporujeme ho, aby si vytvořilo vlastní názor, a učíme dítě, aby vidělo sebe i ostatní pozi-

tivně a naučilo se vyjadřovat pozitivní pocity. Sestra si musí uvědomit, že každé dítě je individuální, proto je důležité nikdy nepřirovnávat dítě k ostatním dětem. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 309 - 310)

3.4 Příprava dítěte na zákrok či vyšetření

Dítě by mělo být o zákroku informováno a psychicky připraveno. U dítěte s mentální retardací volíme postup, kdy nejprve seznámíme rodiče nebo doprovázející osobu s výkonem a následně seznámíme dítě s výkonem. Důležité je zabezpečit klidné a soukromé prostředí pro přípravu dítěte.

Příprava by měla obsahovat:

- zjištění informovanosti dítěte a z čeho má dítě strach,
- vysvětlit, jak bude výkon probíhat a kdy,
- informaci o bolesti a jak s ní pracovat,
- informaci, kdo ho bude doprovázet,
- informaci o časové délce výkonu,
- sdělení, co bude následovat,
- čas na otázky dítěte,
- příprava rodičů nebo doprovázející osoby. (Plevová, Slowík, 2010, s. 69 - 70)

3.5 Role sestry v péči o dítě

Sestry jsou zapojeny do komplexní péče o dítě a jeho rodinu, která by měla podporovat zdravý růst a vývoj dítěte. Důležitou roli v ošetrovatelské péči hraje vytvoření dobrého a smysluplného vztahu s dítětem a jeho rodiči. Sestra by měla vytvářet optimální podmínky pro dítě, komunikaci a také naslouchat a projevovat zájem o blaho dítěte i rodiny. Rodina by neměla mít obavy se sestře svěřit se svými problémy a starostmi. Ke kvalitní ošetrovatelské péči přispívá také zapojení rodiny do ošetrovatelské péče o dítě. Kvalitní sestra je stále pozitivně naladěná, citlivá, komunikující a měla by vykonávat vždy individuální ošetrovatelskou péči. Úkolem sestry je působit v oblasti zdravotní výchovy, poradenství, v prevenci onemocnění a podpoře zdraví, měla by plánovat a realizovat ošetrovatelskou péči dle ošetrovatelského procesu. Další důležitou roli je působit v oblasti spolupráce všech profesionálů, kteří se podílejí na péči o dítě, měla by zachovávat etické principy a působit jako činitel respitní péče. (Sikorová, 2011, s. 27 - 29)

3.6 Iatrogenní ohrožení psychického vývoje dítěte

Zdravotnický personál může nevědomě, negativně ovlivnit psychický vývoj dítěte, a to z důvodu únavy, dlouhodobého vypětí a nedostatku pozornosti. Za velké chyby můžeme považovat ošetřování dítěte bez vysvětlení, odvádění dítěte bez jeho souhlasu i přes jeho protesty a křik. Při dlouhodobé hospitalizaci nebo jsou-li tyto situace opakovány, mohou se vystupňovat reakce dítěte a vést k jeho rezignaci. Často se stává, že podceňujeme strach dítěte a nerespektujeme jeho pocity. (Langmajer, Krejčířová, 1998, s. 128 - 129)

Škody způsobené v psychickém vývoji bývají tím závažnější a přetrvávají tím déle, čím je dítě menší. Zejména první měsíce a první roky života jsou často pro další vývoj rozhodující: ponechávat dítě v tomto věku příliš dlouho v prostředí, které je poškozující, může zanechat ve vývoji jeho osobnosti trvalé psychické jizvy. (Langmajer, Krejčířová, 1998, s. 106)

Iatrogenní chování může ovlivnit celou osobnost dítěte zejména v oblasti somatické, psychické a sociální. K somatické iatropatogenii řadíme poškození léky, nesprávně provedeným výkonem a postupem v léčbě, který může ohrozit zdraví dítěte. Nejčastější poškození je zejména slovem, a to nesprávnou informací, nešetrným sdělením diagnózy tzv. negativní působení slova. Přenesení rozhodovacích povinností na personál se řadí mezi sociální iatropatogenitu, kdy se dítě přestane snažit zlepšovat svůj zdravotní stav. (Zacharová, Šimíčková, 2011, s. 167 - 168)

Profesi sestry by proto měly vykonávat sociálně zralé osobnosti, s orientací na druhého člověka, s určitou dávkou empatie, tolerance, schopnosti spolupráce, přizpůsobivosti a odpovědnosti, lidí vysoce humánních a etických kvalit. Dosažení takové profesionality vyžaduje dlouhou sebevýchovnou práci, osobní zralost a dlouhodobé zkušenosti. (Zacharová, Šimíčková, 2011, s. 166)

Také by se sestra měla stále celoživotně vzdělávat, aby se zvyšovaly její zkušenosti a dosáhla větší profesionality v jejím oboru. Také by si měla aktivně vyhledávat novinky o mentálním postižení a tím zkvalitnit svou péči o dítě a jeho rodiče.

4 ZÁSADY KOMUNIKACE S DÍTĚTEM S MENTÁLNÍ RETARDACÍ

V této kapitole se zabývám zásadami správné komunikace, které jsou psány v odrážkách. Také popisují chyby a bariéry, které se nejčastěji při komunikaci s dítětem s mentální retardací vyskytují.

4.1 Zásady komunikace s dítětem s mentální retardací

Při komunikaci s dítětem s mentální retardací vycházíme z principů obecné komunikace. Komunikaci je nutné přizpůsobit individuálně k mentální úrovni dítěte. Zdravotníci by měli rozeznat individuální potřeby jednotlivého dítěte, a na základě toho mu přizpůsobit svou komunikaci.

Zásady při komunikaci:

- udržujeme s dítětem oční kontakt,
- zachováváme pravidla společenského chování, zjistíme od dítěte popřípadě od jeho doprovodu, jak se dítě jmenuje, a jak chce, abychom mu říkali my,
- přistupujeme k dítěti jako k jiným zdravým dětem,
- v komunikaci oslovíme první dítě, poté až jeho doprovod. Dítě musí být středem pozornosti, protože o jeho potřeby se budeme dále zajímat,
- informace musíme přizpůsobit k úrovni postižení, vývojovému období a individualitě dítěte, věty volíme krátké a jasné, tempo řeči musí být pomalé, klidné, srozumitelné a příjemné, musíme sledovat neverbální projevy dítěte, používáme neverbální komunikaci popřípadě, poprosíme doprovod o pomoc s komunikací,
- s dítětem jednáme vždy trpělivě a tolerantně, musíme si na dítě vyhradit více času,
- ověřujeme si porozumění dítěte,
- vyhýbáme se abstraktním pojmům, používáme vhodné přirovnání,
- omezíme rušivé vlivy prostředí,
- používáme přímá pojmenování, vyhýbáme se zájmenům, ukazujeme na předměty, osoby či části těla, o kterých hovoříme,
- reagujeme citlivě na potřeby dítěte, sledujeme reakci na naši přítomnost a změnu chování dítěte, neodmítáme jejich vřelé přijetí, spontánnost a otevřenost. (Jurkovičová, 2010, s. 46 – 49; Plevová, Slowík, 2010, s. 136 - 137; Venglářová, Mahrová, 2006, s. 100 - 101)

4.2 Chyby v komunikaci

Nejčastější chyby v komunikaci:

- hovoříme pouze s doprovodem dítěte, kdy dáváme najevo jeho bezvýznamnost,
- nesdělujeme důležité informace o průběhu léčby a ošetřování (sestry si myslí, že jí stejně dítě nebude rozumět),
- lhaní dítěti,
- přílišné projevy lítosti,
- používáme zdobněliny, napodobování dětské řeči,
- chováme se netrpělivě,
- popoháníme dítě,
- posmíváme se a pohrdáme dítětem. (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 101)

4.3 Verbální komunikace

Je komunikace pomocí mluvené řeči a slov, při které je nejdůležitější motivace, vůle a ochota komunikovat. Při verbální komunikaci je potřeba věnovat pozornost prvkům, které pozitivně ovlivňují průběh komunikace. Patří mezi ně rychlost, výška a hlasitost řeči, které jsou odrazem našich emocí nebo je přizpůsobujeme stavu a mentálnímu věku dítěte. Významnou roli hraje intonace hlasu, která sděluje pochopení nebo naléhavost. Dalším prvkem je pomlka nebo úplné přerušování rozhovoru, kdy sestra dítěti dává možnost přemýšlet a odpočívat. Sestra by měla dodržovat rovnocennost při komunikaci. Chceme-li, aby komunikace byla efektivní, musíme dodržovat kritéria úspěšné komunikace, která zahrnuje jednoduchost, stručnost, zřetelnost, vhodné načasování a adaptabilitu, která se přizpůsobuje potřebám dítěte. Jednoduchost je jasné a stručné sdělení bez složitých slov, které je dáno mentálním věkem dítěte. (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 19 – 24; Plevová, Slowik, 2010, s. 17 – 20)

Musíme dbát na to, že každé dítě s mentální retardací potřebuje individuální přístup v komunikaci. Dítě s lehkou mentální retardací dokáže pochopit i těžší otázky na které dokáže odpovědět. Naopak dítě s těžkou mentální retardací komunikovat pomocí verbální komunikace neumí.

4.4 Význam neverbální komunikace s dítětem

Dítě projevuje své prožívané emoce více než z poloviny neverbálními signály. U dítěte s mentální retardací má komunikace beze slov velký význam.

Mimika a řeč očí

Mimika je výraz obličeje, ze kterého můžeme spolehlivě vyčíst základní lidské emoce, jako jsou strach, štěstí, radost, smutek, spokojenost, nespokojenost atd. Mimika a řeč očí jsou vždy pravdivé a zrcadlí prožívané emoce dítěte. Důležitý je přímý oční kontakt v pozici zrakového horizontu, kdy se na dítě nedíváme z výšky, ale zaujímáme pozici „z očí do očí.“ Nejdůležitější pro dítě je úsměv na tváři sestry.

Proxemika

Je vzdálenost, kterou mezi sebou používáme při vzájemném kontaktu, kterou dělíme na intimní, osobní, společenskou a veřejnou. Sestra v ošetřování dítěte používá osobní nebo intimní zónu. Intimní zónu sestra používá při dotekovém kontaktu a osobní zónu při ošetřování dítěte a kontaktu s rodiči.

Haptika

Sestra nejčastěji využívá dotyk pohlázením, který může dítě uklidnit nebo rozrušit, dle citlivosti dítěte na dotyk. U kojenců, batolat a u dětí předškolního věku může dítě vzít do náručí a vytvořit mu tak pocit bezpečí a jistoty.

Posturika

Posturika zahrnuje postoje, polohy a držení těla, kterých si sestra všímá od prvního kontaktu s dítětem. Pro sestru je důležité všimnout si bariér (zkřížené ruce, nohy), které mohou ztížit komunikaci. Při péči o dítě bychom měli dbát na klidné, přiměřené a jemné pohyby těla. Všímáme si uvolnění svalstva a držení končetin, když dítě leží v posteli i při chůzi.

Kinetika

Zahrnuje veškeré pohyby těla a jeho částí. Používá se u dítěte s přidruženým sluchovým onemocněním, při kterém se využívá znaková řeč.

Gestikulace

Jsou to pohyby, pomocí kterých doplňujeme verbální komunikaci při zdělování našeho účelu. Sestra by měla ovládat vlastní gestikulaci a používat pozitivní gesta a vyhýbat se negativním gestům (např. zaťatá pěst).

Úprava zevnějšku

Sestra si musí všimnout vzhledu dítěte, jeho úpravy vlasů, nehtů, oděvu, obuvi a jejich čistoty, z kterých můžeme vyčíst sociální a ekonomickou situaci rodiny. Také je důležitý vzhled sestry, která by měla být upravená.

Úprava prostředí

Hraje významnou roli v ošetřování dítěte. Dítě by se v něm mělo cítit jako v domácím prostředí. Nevhodné jsou anatomické nákresy na stěnách a bílé zdi. (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 41 – 50; Plevová, Slowík, 2010, s. 80 – 82)

4.5 Komunikační bariéry u dítěte s mentální retardací

Mentální retardace ovlivňuje celou osobnost, proto je komunikace ovlivněna individuálními zvláštnostmi dítěte. Komunikační bariéry dělíme na způsobené mentálním handicapem (omezená slovní zásoba, snížená schopnost porozumění složitějším informacím, agramatismy) a kombinací mentální retardace a vrozených vad. (Slowík, 2010, s. 47)

4.5.1 Komunikační bariéry dítěte s lehkou mentální retardací

Specifické komunikační bariéry u dítěte s lehkou mentální retardací:

- osvojuje si řeč opožděně,
- má problémy se čtením a psaním,
- má menší sociální a emocionální potíže,
- nesprávně vyslovuje některé hlásky,
- má menší slovní zásobu,
- vyjadřuje se jednoduše a ne vždy gramaticky správně,
- má sníženou schopnost porozumět složitějším informacím,
- používá ustálené výroky a fráze. (Slowík, 2010, s. 48; Venglářová, Mahrová, 2006, s. 100)

4.5.2 Komunikační bariéry dítěte se středně těžkou mentální retardací

Specifické komunikační bariéry u dítěte se středně těžkou mentální retardací:

- má výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči,
- používá velmi jednoduché věty,
- má velmi omezenou slovní zásobu,
- má závažné vady výslovnosti a gramatiky,
- některé dítě se dorozumívá pouze pomocí gestikulace. (Slowík, 2010, s. 49; Venglářová, Mahrová, 2006, s. 100)

4.5.3 Komunikační bariéry dítěte s těžkou mentální retardací

Specifické komunikační bariéry u dítěte s těžkou mentální retardací:

- nepoužívá běžnou řeč,
- dorozumívá se pomocí neartikulovaných zvuků, dotyků, gestikulací a ukazováním na předměty. (Slowík, 2010, s. 50; Venglářová, Mahrová, 2006, s. 100)

4.5.4 Komunikační bariéry dítěte s hlubokou mentální retardací

Specifické komunikační bariéry u dítěte s hlubokou mentální retardací:

- neumí porozumět požadavkům,
- chápání a používání řeči má omezené pouze na jednoduché požadavky,
- straní se druhých lidí,
- je závislé na druhých lidech,
- dorozumívá se pomocí neverbálních projevů (pečovatel se musí naučit, jak správně pochopit neverbální projevy dítěte). (Slowík, 2010, s. 50; Venglářová, Mahrová, 2006, s. 100)

Každé dítě s mentální retardací může mít nejen komunikační bariéru spojenou s mentální retardací, ale také může hrát velkou roli strach a nedůvěra dítěte ke zdravotnickému personálu, odloučení od známého a rodiny. Bohužel i v dnešní době se setkáváme s bariérami u sester a lékařů, kteří se s těmito dětmi bojí komunikovat z důvodu neznalosti správné komunikace a strachu s kontaktem s nimi.

5 DEKLARACE PRÁV DUŠEVNĚ POSTIŽENÝCH LIDÍ A CHARTA PRÁV HOSPITALIZOVANÝCH DĚTÍ

Deklarace práv duševně postižených byla schválena dne 20. 12.1971 Valným shromážděním Organizace spojených národů.

1. Duševně postižený občan má stejné práva jako ostatní lidé.
2. Duševně postižený občan má nárok na lékařské ošetření a terapii, která odpovídá jeho potřebám, i nárok na vzdělání, rehabilitaci a podporu vedoucí k rozvinutí jeho možným potenciálům a schopnostem.
3. Duševně postižený občan má právo na hospodářské zajištění a na přiměřený životní standard. Má právo na zaměstnání, které odpovídá jeho schopnostem.
4. Má právo žít se svoji vlastní nebo opatrovnickou rodinou. Rodina, ve které žije, by měla obdržet podporu. Pokud občan musí být v zařízení, pak by se způsob života v zařízení měl co nejvíce podobat normálnímu životu.
5. Duševně postižený občan má právo na kvalifikovaného opatrovníka.
6. Duševně postižený občan má právo na ochranu před zneužíváním, pohrdáním a ponižujícím jednáním. Pokud postižený občan spáchá zločin má právo na řádné soudní vyšetřování a se zřetelem na jeho postižení.
7. Pokud občan není schopen v důsledku svého postižení využívat všechna svá práva, nebo je potřeba některá práva omezit musí se prokázat příslušná právní jistota proti jakékoliv formě zneužití. Musí vycházet z odborného posouzení sociálních schopností duševně postižené osoby a musí podléhat pravidelné kontrole, jakož i právo se odvolat k vyšší instituci.

Charta práv hospitalizovaných dětí byla přijata v roce 1988 v holandském Leidenu. Zahrnuje práva všech dětí, hospitalizovaných ve zdravotnickém zařízení, bez ohledu na věk, diagnózu, druh postižení, původ, sociální či kulturní zázemí, a rovněž bez ohledu na formy poskytované péče. Vztahuje se k dítěti od narození do 18 let věku. (Děti v nemocnici, 2008)

1. Děti by do nemocnice měly být přijímány pouze v případě, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně kvalitně poskytnuta v domácím prostředí nebo v ambulantní péči.
2. Děti mají právo mít s sebou po celou dobu hospitalizace rodiče nebo jejich zástupce.

3. Všichni rodiče by měli mít možnost být ubytováni spolu s dítětem. Personál by měl poskytovat povzbuzení a podporu, aby rodiče zůstali s dítětem v nemocnici. Pro rodiče, který doprovází své dítě, by neměla hospitalizace dítěte být finanční zátěží a zároveň by rodič neměl přicházet o svůj výdělek. Aby se mohli podílet na péči o dítě, musejí být dostatečně informováni o chodu oddělení a měla by být podporována aktivní účast na péči o dítě.
4. Děti i jejich rodiče mají právo na informace, které odpovídají jejich úrovni chápání a věku, rozumové vyspělosti a vývojové úrovni. Personál by měl učinit taková opatření, aby fyzický a emoční stres byl zmírněn.
5. Děti a rodiče by měli mít právo rozhodovat o veškeré zdravotní péči, která je jim poskytována. Všechny děti by měly být chráněny před všemi zákroky a vyšetřeními, jež nejsou nezbytně nutné.
6. Děti by měly být hospitalizovány s vrstevníky se stejnými vývojovými potřebami a neměly by být hospitalizované na oddělení určené pro dospělé pacienty. Na dětském oddělení by pro návštěvy neměla platit věková omezení.
7. Děti by měly mít příležitost ke hře, odpočinku a vzdělávání v prostředí přizpůsobené jejich věku, zdravotnímu stavu a individuálním potřebám. K dispozici by mělo být dostatek kvalifikovaného personálu, aby mohlo být vyhověno všem potřebám každého dítěte.
8. O děti by se měl starat personál, který má dostatečné vzdělání a zkušenosti k tomu, aby mohl správně reagovat na fyzické, emoční a vývojové potřeby dětí a jejich rodin.
9. Kontinuita péče by měla být zajištěna týmem odborníků pečujících o děti.
10. Dítě má právo, aby bylo vždy respektováno jeho soukromí a zacházelo se s ním s taktem a pochopením. (Děti v nemocnici, 2008; Plevová, 2011, s. 216 - 217)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 PRŮZKUMNÉ CÍLE

Na začátku své bakalářské práce jsem si vytyčila čtyři základní cíle.

Cíl č. 1: Zjistit, zda všeobecné sestry a sestry se specializací na dětských odděleních znají práva dítěte s mentální retardací.

Cíl č. 2: Zjistit, zda všeobecné sestry a sestry se specializací na dětských odděleních ovládají zásady správné komunikace s dítětem s mentální retardací.

Cíl č. 3: Zjistit, zda se všeobecné sestry a sestry se specializací na dětských odděleních dodržují zásady ošetrovatelské péče o dítě s mentální retardací.

Cíl č. 4: Vytvořit informační leták pro rodiče a sestry pečující o dítě s mentální retardací, který zahrnuje zásady komunikace, zásady ošetrovatelské péče, práva mentálně postižených, možnosti hry a rozvíjení osobnosti dítěte.

7 METODIKA PRŮZKUMU

V praktické části bakalářské práce popisují kvantitativní průzkum realizovaný pomocí dotazníkového šetření, ve kterém se zabývám znalostmi sester o dítěti s mentální retardací, jak s ním komunikují a péči kterou dítěti poskytují.

7.1 Metoda průzkumu

Pro práci jsem si vybrala kvantitativní průzkum pomocí dotazníkového šetření. Dotazníky byly rozdány sestřám ve zlínském kraji, které pracují na dětském oddělení či zařízení.

Dotazník je nerozšířenějším způsobem, který umožňuje získat dostačující množství informací a dat pro průzkum v krátké časové jednotce, můžeme ho také chápat jako interview, ale v písemné podobě. Otázky v dotazníku by měly být srozumitelné a jednoznačné, neměl by být příliš rozsáhlý a měl by respondentu motivovat ke spolupráci při jeho vyplňování. Měl by obsahovat pokyny k vyplnění, vždy začíná od jednoduchých a konkrétních otázek až k obecnějším otázkám. Také má dotazník své nevýhody, jako je nesrozumitelnost pro vyplňujícího, nižší věrohodnost a větší pečlivost při přípravě. (Chráska, 2007, s. 69-170)

Samostatný dotazník byl zcela anonymní. Tvořilo jej 26 otázek, jak uzavřených tak i polouzavřených. Z toho uzavřených otázek bylo 21 a 5 polouzavřených otázek. Respondenti kroužkovali odpověď, která nejvíce vystihovala jejich názor. U polouzavřených otázek odpověď doplnili.

7.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Dotazníkové šetření probíhalo v období od prosince 2012 až do března 2013. Z celkového počtu 100 dotazníků se vrátilo 81 dotazníků, což je 81% návratnost. Ke zpracování jsem použila 81 vyplněných dotazníků. Zástupci respondentů byly pouze ženy.

7.3 Charakteristika položek

Položky č. 1, 2, 3, 4 a 5 zjišťují pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání a specializaci sester.

Položky č. 6, 7, 8 a 9 jsou zaměřené na znalosti pojmu, definici mentální retardace, a zda se sestry v nemocnici staraly o dítě s mentální retardací a pokud ano, jakého typu.

Položky č. 10 a 11 se týkají cíle č. 1, tedy, zda zdravotničtí pracovníci znají práva dítěte s mentální retardací.

Položky č. 12, 13, 14, 15 a 16 se týkají cíle č. 2, tedy, zda se sestry řídí zásadami správné komunikace s dítětem s mentální retardací.

Položka č. 17, 18, 19, 20, 21 se týkají cíle č. 3, tedy zda se všeobecné sestry a sestry se specializací na dětských odděleních řídí zásadami ošetrovatelské péče o dítě s mentální retardací.

Položky č. 22, 23, 24, 25 a 26 zjišťují, zda jsou znalosti sester v komunikaci a péči o dítě s mentální retardací dostatečné, zda se i nadále celoživotně vzdělávají v oblasti péče o dítě s mentální retardací a zda by uvítaly standard a edukační materiál pro rodiče na pracovišti.

7.4 Zpracování získaných dat

Získaná data z vyplněných dotazníků jsem zpracovala a roztrídila podle čárkovací metody. Následně jsem získaná data zpracovala do tabulky v programu Microsoft Excel, ve kterém jsem vypočítala relativní a absolutní četnost. Tabulky jsou znázorněny ve sloupcových grafech a jsou písemně zhodnoceny.

8 VYHODNOCENÍ ŠETŘENÍ

V této kapitole se budu zabývat vyhodnocováním dotazníkového šetření.

Otázka č. 1: Pohlaví respondentek

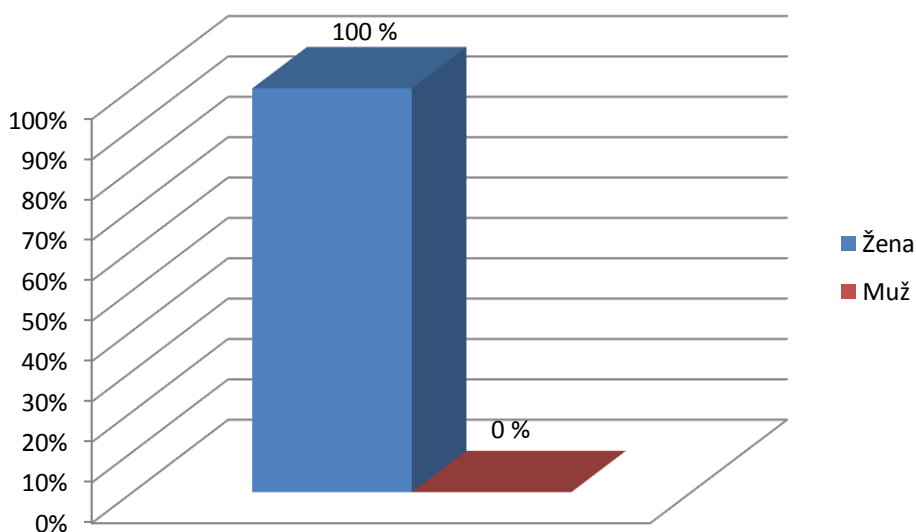
Znění otázky z dotazníku: Jste?

V této otázce jsem zjišťovala pohlaví respondentek.

Tabulka č. 1: Pohlaví respondentek

	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Žena	81	100 %
Muž	0	0%
CELKEM	81	100 %

Graf č. 1: Pohlaví respondentek



Interpretace výsledků:

Z grafu a tabulky vyplývá, že z celkového počtu 81 respondentů (100 %) bylo 81 žen (100 %). Z toho důvodu budu dále používat označení respondentky.

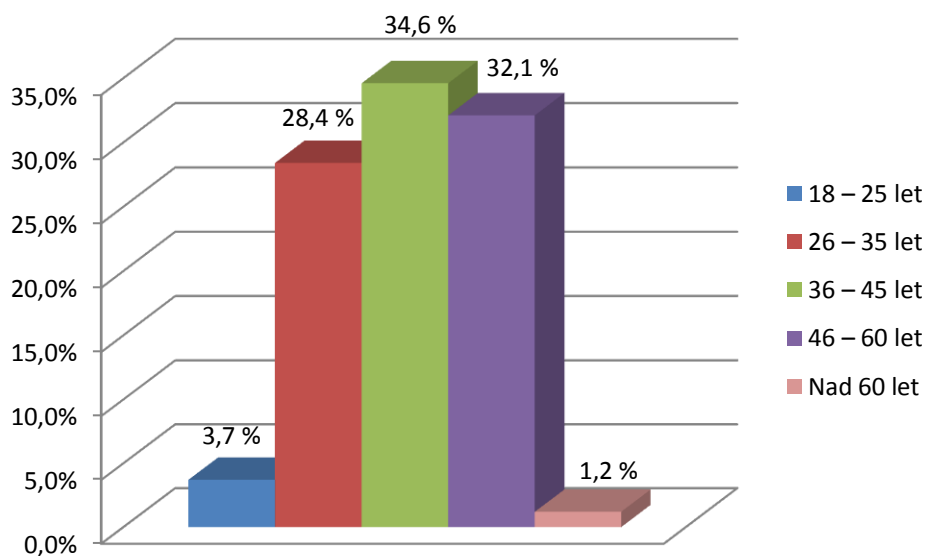
Otázka č. 2: Věk respondentek**Znění otázky z dotazníku: Do jaké věkové kategorie patříte?**

V této otázce jsem zjišťovala věk respondentek.

Tabulka č. 2: Věk respondentek

	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
18 – 25 let	3	3,7 %
26 – 35 let	23	28,4 %
36 – 45 let	28	34,6 %
46 – 60 let	26	32,1 %
Nad 60 let	1	1,2 %
CELKEM	81	100,0 %

Graf č. 2: Věk respondentek

**Interpretace výsledků:**

Z 81 (100 %) respondentek byly 3 (3,7 %) respondentky ve věku od 18 – 25 let, 23 (28,4 %) respondentek bylo ve věkovém rozmezí 26 – 35 let, 36 – 45 let mělo 28 (34,6 %) dotazovaných respondentek, 26 (32,1 %) sester bylo ve věku 46 – 60 let a pouze 1 (1,2 %) respondentka byla ve věku na 60 let.

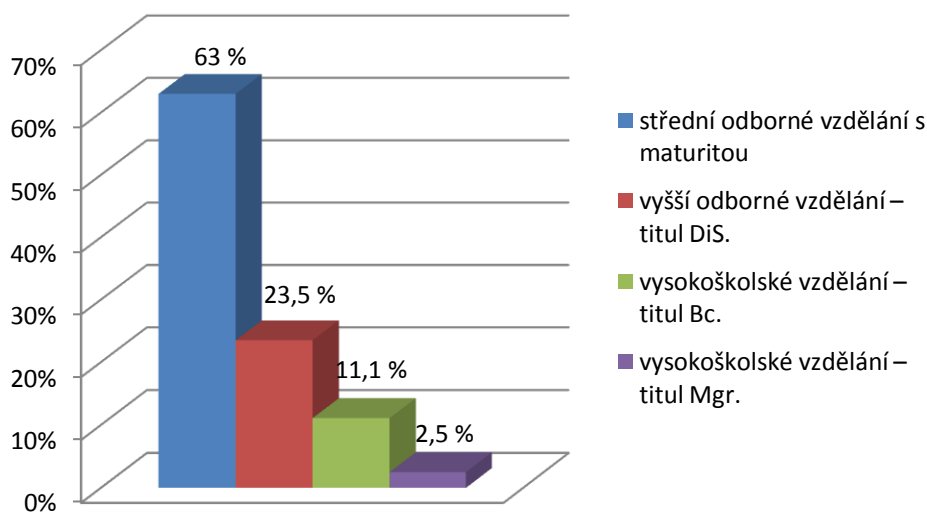
Otázka č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání**Znění otázky z dotazníku: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

V této otázce jsem zjišťovala nejvyšší dosažení vzdělání respondentek.

Tabulka č. 3: Vzdělání respondentek

	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
střední odborné vzdělání s maturitou	51	63 %
vyšší odborné vzdělání – titul Dis.	19	23,5 %
vysokoškolské vzdělání – titul Bc.	9	11,1 %
vysokoškolské vzdělání – titul Mgr.	2	2,5 %
CELKEM	81	100 %

Graf č. 3: Vzdělání respondentek

**Interpretace výsledků:**

Z grafu můžeme vyčíst, že nejvíce respondentek 51 (63%) má pouze středoškolské vzdělání. 19 (23,5 %) respondentek má vyšší odborné vzdělání – titul DiS., vysokoškolské vzdělání – titul Bc. má pouze 9 (11,1 %) sester a 2 (2,5 %) sestry mají vysokoškolské vzdělání – titul Mgr.

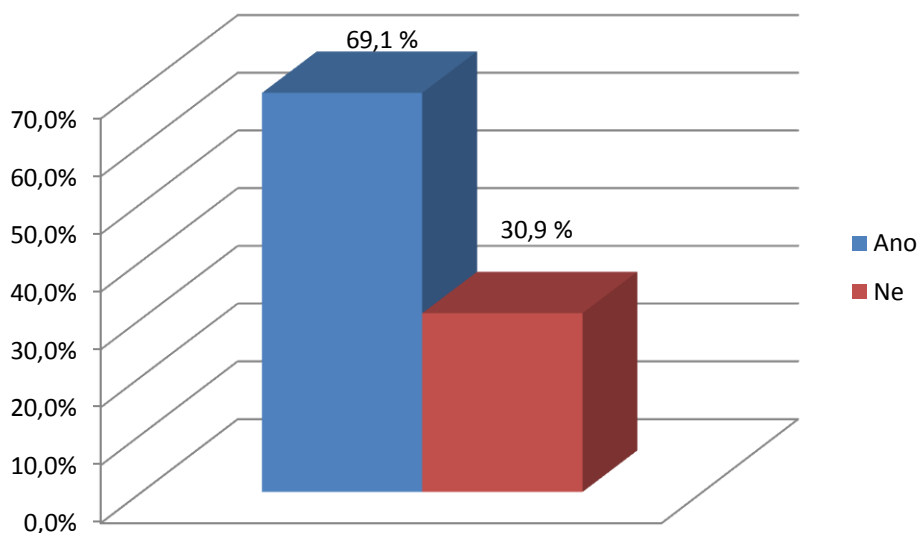
Otázka č. 4: Specializace v oboru dětská sestra**Znění otázky z dotazníku: Máte specializaci v oboru dětská sestra?**

V této otázce jsem zjišťovala počet respondentek, které mají specializaci v oboru dětská sestra.

Tabulka č. 4: Specializace respondentek v oboru dětská sestra

	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Ano	56	69,1 %
Ne	25	30,9 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 4: Specializace respondentek v oboru dětská sestra

**Interpretace výsledků:**

Z celkového počtu 81 (100 %) respondentek má 56 (69,1 %) dotazovaných sester specializaci v oboru dětská sestra a 25 (30,9 %) respondentek specializaci v oboru dětská sestra nemá.

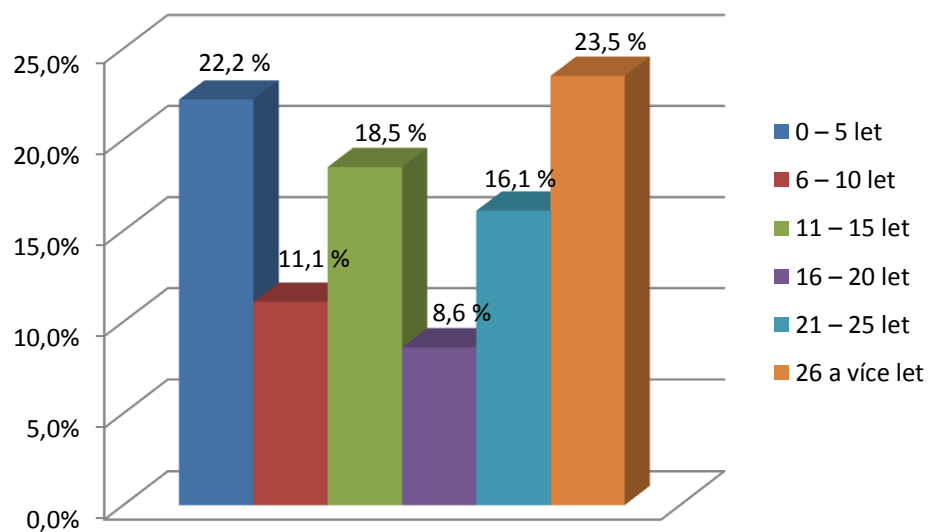
Otázka č. 5: Délka praxe**Znění otázky z dotazníku: Jak dlouho vykonáváte svou profesi?**

Cílem této otázky bylo zjištění délky praxe respondentek ve zdravotnickém zařízení.

Tabulka č. 5: Délka praxe respondentek

	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
0 – 5 let	18	22,2 %
6 – 10 let	9	11,1 %
11 – 15 let	15	18,5 %
16 – 20 let	7	8,6 %
21 – 25 let	13	16,1 %
26 a více let	19	23,5 %
CELKEM	81	100 %

Graf č. 5: Délka praxe respondentek

**Interpretace výsledků:**

Z 81 (100 %) respondentek 18 (22,2 %) sester pracuje ve zdravotnickém zařízení méně než 5 let, 6 – 10 let pracuje 9 (11,1 %) dotazovaných respondentek, 15 (18,5 %) respondentek má praxi od 11 – 15 let. Nejméně respondentek 7 (8,6 %) má délku praxe od 16 – 20 let, 13 (16,1 %) respondentek pracuje 21 – 25 let a praxi delší než 26 let má 19 (23,5 %) sester.

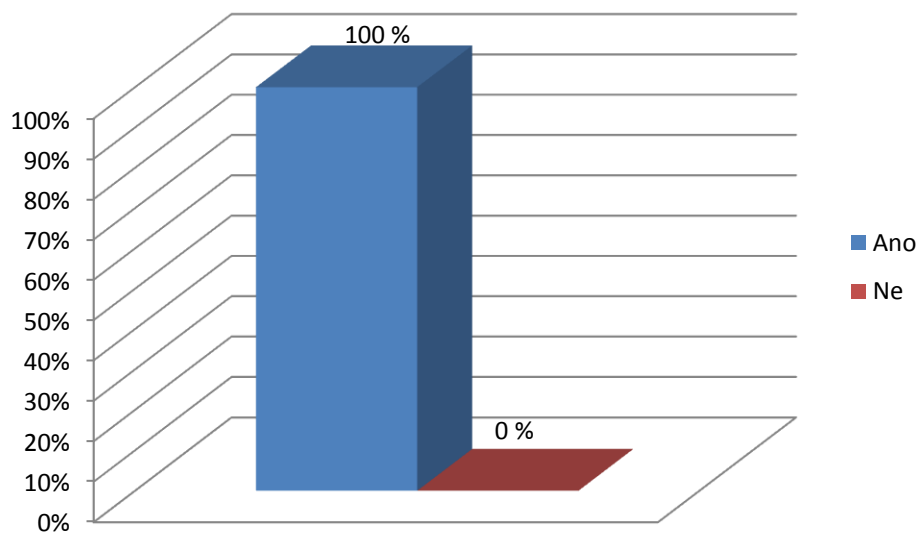
Otázka č. 6: Znalost pojmu mentální retardace**Znění otázky z dotazníku: Znáte pojem mentální retardace?**

V této otázce jsem zjišťovala znalosti respondentek o pojmu mentální retardace.

Tabulka č. 6: Znalost pojmu mentální retardace

	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Ano	81	100 %
Ne	0	0 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 6: Znalost pojmu mentální retardace

**Interpretace výsledků:**

Pojem mentální retardace znalo 81 (100%) dotazovaných respondentek.

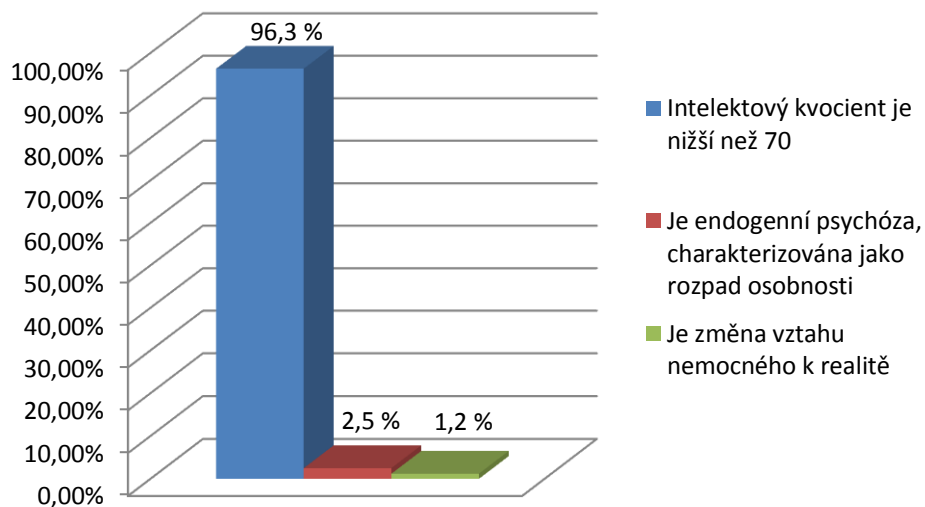
Otázka č. 7: Definice pojmu mentální retardace**Znění otázky z dotazníku: Co znamená pojem mentální retardace?**

V této otázce jsem zjišťovala, zda respondentky znají platnou definici mentální retardace.

Tabulka č. 7: Definice mentální retardace

	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Intelektový kvocient je nižší než 70	78	96,3 %
Je endogenní psychóza, charakterizována jako rozpad osobnosti	2	2,5 %
Je změna vztahu nemocného k realitě	1	1,2 %
CELKEM	81	100 %

Graf č. 7: Definice mentální retardace

**Interpretace výsledků:**

Z 81 (100%) respondentek 78 (96,3 %) respondentek odpovědělo správně a to, že mentální retardace je intelektový kvocient nižší než 70, 2 (2,5 %) respondentky odpověděly, že mentální retardace je endogenní psychóza, charakterizována jako rozpad osobnosti a pouze 1 (1,2 %) respondentka uvádí, že jde o změnu vztahu nemocného k realitě.

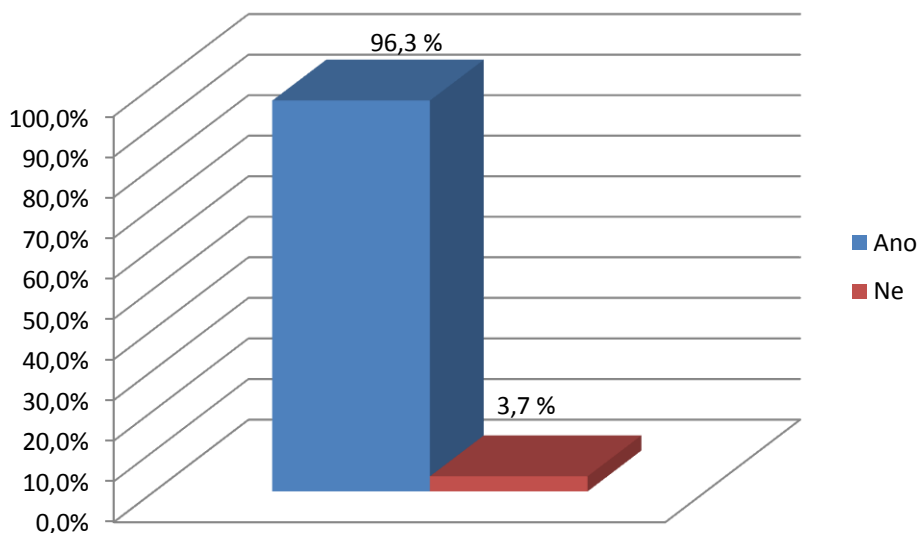
Otázka č. 8: Zkušenosti péče o dítě s mentální retardací**Znění otázky z dotazníku: Pečoval/a jste někdy o dítě s mentální retardací?**

V této otázce jsem se zabývala zkušenostmi sester s péčí o dítě s mentální retardací.

Tabulka č. 8: Zkušenosti péče o dítě s mentální retardací

	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Ano	78	96,3 %
Ne	3	3,7 %
CELKEM	81	100 %

Graf č. 8: Zkušenosti péče o dítě s mentální retardací

**Interpretace výsledků:**

78 (96,3 %) dotazovaných respondentek má zkušenosti s péčí o dítě s mentální retardací a 3 (3,7 %) respondentky tuto zkušenost zatím nemají.

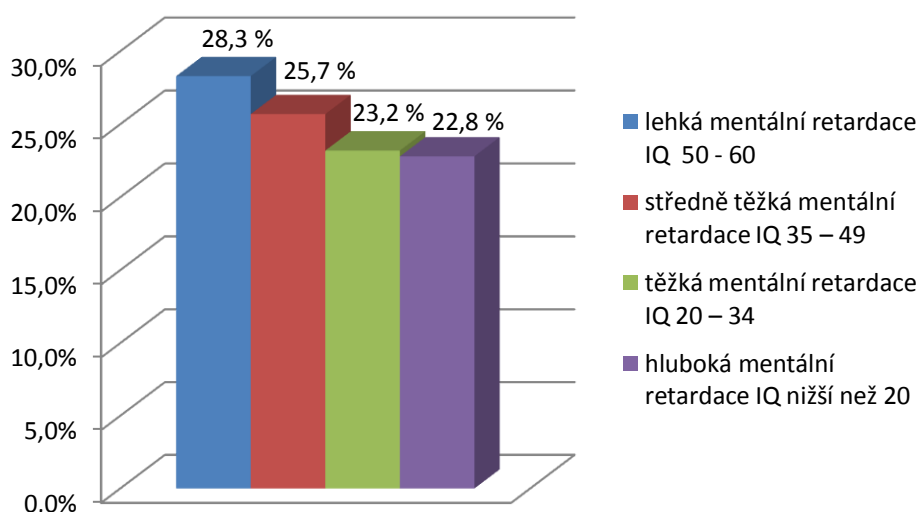
Otázka č. 9: Typ mentální retardace**Znění otázky z dotazníku: S jakým typem mentální retardace u dítěte jste se setkal/a?**

V této otázce jsem zjišťovala, s jakým typem mentální retardace se sestry nejvíce setkaly během své praxe. Byla možnost více odpovědí.

Tabulka č. 9: Typ mentální retardace

	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Lehká mentální retardace IQ 50 - 60	68	28,3 %
Středně těžká mentální retardace IQ 35 – 49	62	25,7 %
Těžká mentální retardace IQ 20 – 34	56	23,2 %
Hluboká mentální retardace IQ nižší než 20	55	22,8 %
CELKEM	241	100 %

Graf č. 9: Typ mentální retardace

**Interpretace výsledků:**

Nejvíce respondentek 68 (28,3 %) se setkalo s dítětem s lehkou mentální retardací, 62 (25,7 %) respondentek se setkalo s dítětem se středně těžkou mentální retardací, s těžkou mentální retardací se setkalo 56 (23,2 %) respondentek a 55 (22,8 %) respondentek se setkalo s dítětem s hlubokou mentální retardací.

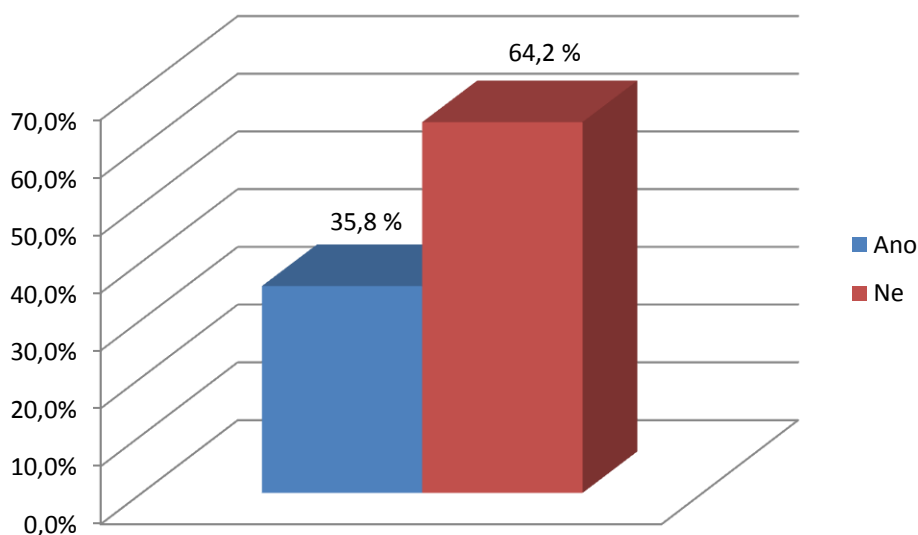
Otázka č. 10: Práva dětí s mentálním postižením**Znění otázky z dotazníku: Znáte práva mentálně postižených?**

Cílem této otázky bylo zjistit znalosti respondentek o právech dětí s mentálním postižením.

Tabulka č. 10: Práva dětí s mentálním postižením

	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Ano	29	35,8 %
Ne	52	64,2 %
CELKEM	81	100 %

Graf č. 10: Práva dětí s mentálním postižením

**Interpretace výsledků:**

29 (35,8 %) dotazovaných respondentek z celkového počtu 81 (100 %) zná práva mentálně postižených, a to převážně právo na poskytnutí kvalitní péče, ekonomické zajištění, bezpečí, život v rodině, vzdělání, lásku, pracovní zařazení, individuální přístup a stejná práva jako ostatní zdravé děti. 52 (64,2 %) respondentek práva mentálně postižených nezná.

Otázka č. 11: Dodržování práv dětí s mentálním postižením

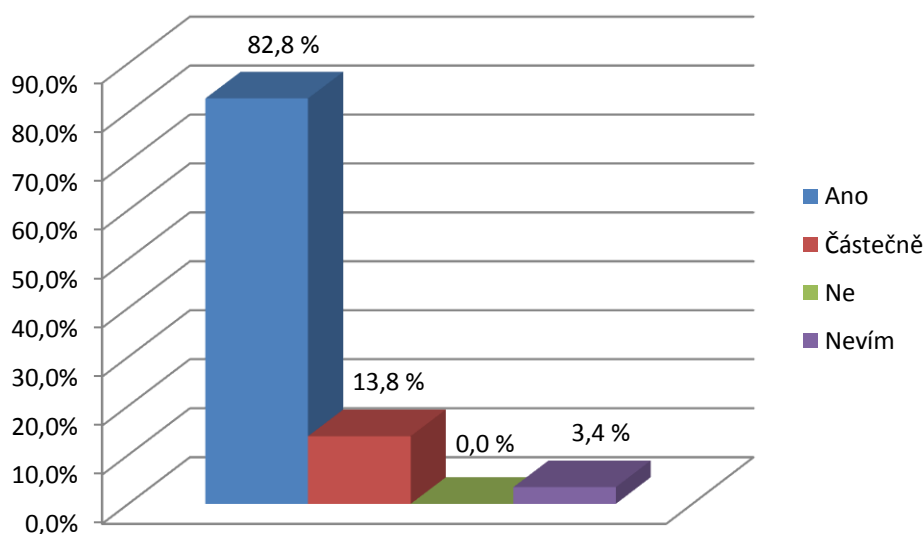
Znění otázky z dotazníku: Myslíte si, že jsou při hospitalizaci dítěte dodržována práva mentálně postižených?

V této otázce jsem zjišťovala dodržování práv dětí s mentální retardací. Na otázku odpovídaly pouze ty respondentky, které v předcházející otázce odpověděly ano.

Tabulka č. 11: Dodržování práv dětí s mentálním postižením

	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Ano	24	82,8 %
Částečně	4	13,8 %
Ne	0	0,0 %
Nevím	1	3,4 %
CELKEM	29	100 %

Graf č. 11: Dodržování práv dětí s mentálním postižením

**Interpretace výsledků:**

Z tabulky a grafu můžeme vyčíst, že 24 (82,8 %) respondentek si myslí, že práva lidí s mentální retardací jsou dodržována, 4 (13,8 %) respondentky si myslí, že jsou práva dodržována částečně a 1 (3,4 %) respondentka uvedla, že neví.

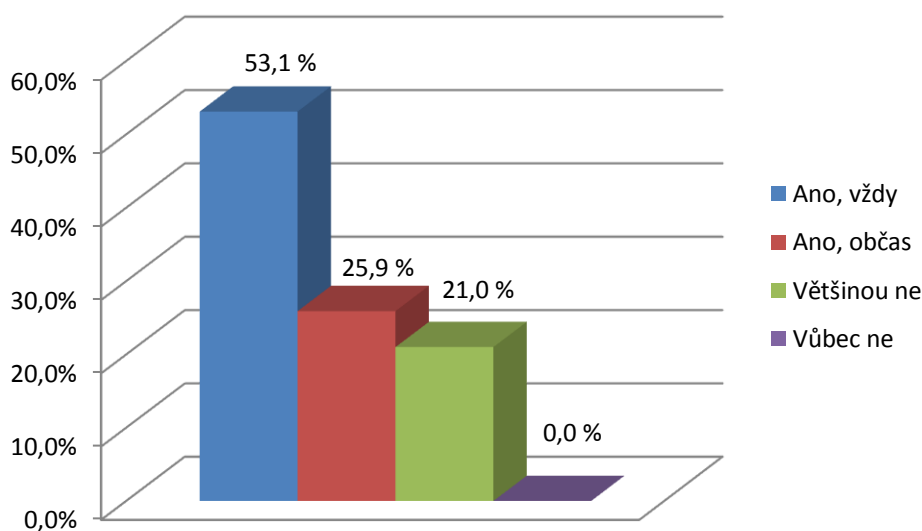
Otázka č. 12: Zásady při komunikaci s dítětem**Znění otázky z dotazníku: Řídíte se při komunikaci s dítětem zásadami správné komunikace?**

Cílem této otázky bylo zjistit, zda sestry dodržují zásady správné komunikace s dítětem s mentální retardací.

Tabulka č. 12: Zásady při komunikaci s dítětem

	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Ano, vždy	43	53,1 %
Ano, občas	21	25,9 %
Většinou ne	17	21,0 %
Vůbec ne	0	0,0 %
CELKEM	81	100 %

Graf č. 12: Zásady při komunikaci s dítětem

**Interpretace výsledků:**

Z 81 (100 %) se 43 (53,1 %) respondentek zásadami komunikace s dítětem vždy řídí, 21 (25,9 %) respondentek se zásadami správné komunikace řídí občas. Nejvíce respondentky znaly tyto zásady: mluvit klidně, pomalu, srozumitelně, udržovat oční kontakt, první oslovit dítě pak doprovod, při komunikaci používat hračky, vysvětlovat pomocí názorné ukázky a mít na dítě čas. 17 (21,0 %) respondentek se zásadami správné komunikace většinou neřídí.

Otázka č. 13: Pomůcky při komunikaci

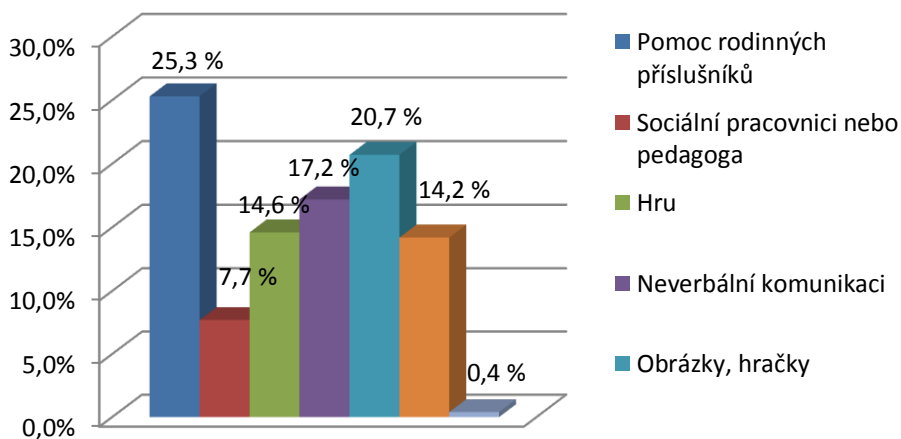
Znění otázky z dotazníku: Koho/co využíváte ke komunikaci s mentálně retardovaným dítětem?

V této otázce jsem zjišťovala, které pomůcky nejvíce sestry využívají při komunikaci s dítětem s mentální retardací. Byla možnost více odpovědí.

Tabulka č. 13: Pomůcky při komunikaci

	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Pomoc rodinných příslušníků	66	25,3 %
Sociální pracovníci nebo pedagoga	20	7,7 %
Hru	38	14,6 %
Neverbální komunikaci	45	17,2 %
Obrázky, hračky	54	20,7 %
Názorné předvedení	37	14,2 %
Jiné	1	0,4 %
CELKEM	261	100 %

Graf č. 13: Pomůcky při komunikaci

**Interpretace výsledků:**

66 (25,3 %) respondentek využívá ke komunikaci pomoc rodinných příslušníků, sociální pracovníci nebo pedagoga využívá 20 (7,7 %) respondentek, 38 (14,6 %) respondentek využívá ke komunikaci hru, 45 (17,2 %) sester využívá neverbální komunikaci, obrázky a hračky využívá 54 (20,7 %) respondentek, 37 (14,2 %) respondentek využívá názorné předvedení a 1 (0,4 %) sestra uvedla možnost jiné, a to verbální komunikaci.

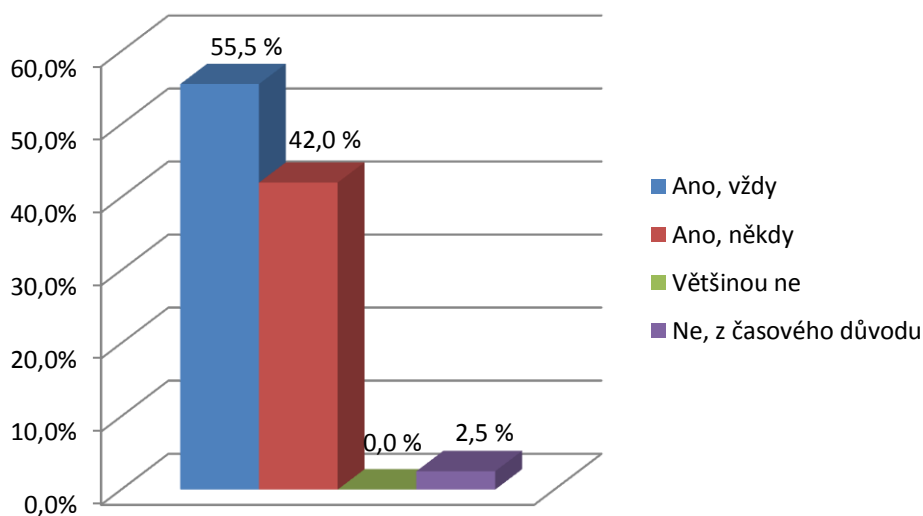
Otázka č. 14: Trpělivost a čas při komunikaci**Znění otázky z dotazníku: Při komunikaci jste trpělivý/á a vymezíte si čas na dítě?**

Cílem této otázky bylo zjistit, zda jsou sestry při komunikaci s dítětem s mentální retardací trpělivé.

Tabulka č. 14: Trpělivost a čas při komunikaci

	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Ano, vždy	45	55,5 %
Ano, někdy	34	42,0 %
Většinou ne	0	0,0 %
Ne, z časového důvodu	2	2,5 %
CELKEM	81	100 %

Graf č. 14: Trpělivost a čas při komunikaci

**Interpretace výsledků:**

Z 81 (100 %) dotazovaných respondentek si 45 (55,5 %) sester vymezí při komunikaci s dítětem čas a jsou vždy trpělivé, 34 (42,0 %) respondentek si na dítě vymezí čas někdy a 2 (2,5 %) respondentky si na dítě nevymezí při komunikaci čas z časového důvodu.

Otázka č. 15: Zábrany při komunikaci s dítětem

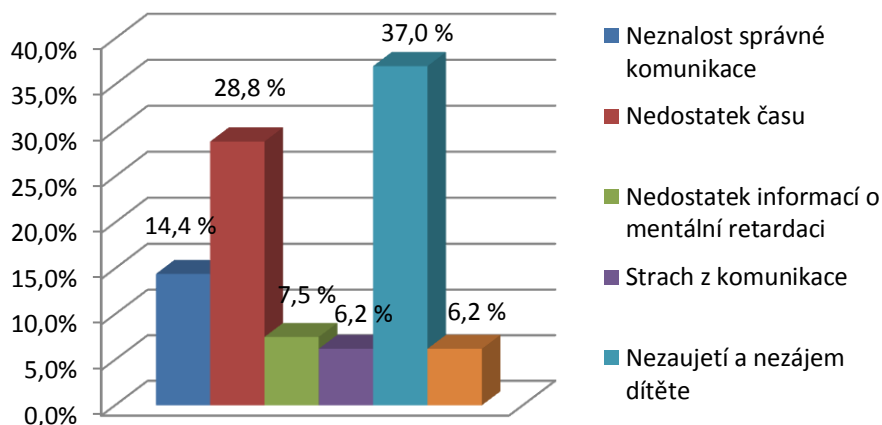
Znění otázky z dotazníku: S jakými zábranami jste se setkal/a při komunikaci s dítětem?

V této otázce jsem zjišťovala, jaké jsou nejčastější bariéry při komunikaci s dítětem s mentální retardací. Byla možnost výběru více odpovědí.

Tabulka č. 15: Zábrany při komunikaci s dítětem

	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Neznalost správné komunikace	21	14,4 %
Nedostatek času	42	28,8 %
Nedostatek informací o mentální retardaci	11	7,5 %
Strach z komunikace	9	6,2 %
Nezaujetí a nezájem dítěte	54	37,0 %
Negativní postoj rodičů	9	6,2 %
CELKEM	146	100 %

Graf č. 15: Zábrany při komunikaci s dítětem

**Interpretace výsledků:**

21 (14,4 %) respondentek má bariéru v komunikaci s dítětem z důvodu neznalosti správné komunikace s ním. Největší zábranou při komunikaci udává 42 (28,8 %) respondentek nedostatek času na dítě, 11 (7,5 %) sester udává nedostatek informací o mentální retardaci. 9 (6,2 %) sester má strach z komunikace a setkává se s negativním postojem rodičů a 54 (37,0 %) respondentek udává nezaujetí a nezájem dítěte, jako bariéru při komunikaci s ním.

Otázka č. 16: Pomoc rodinných příslušníků při komunikaci

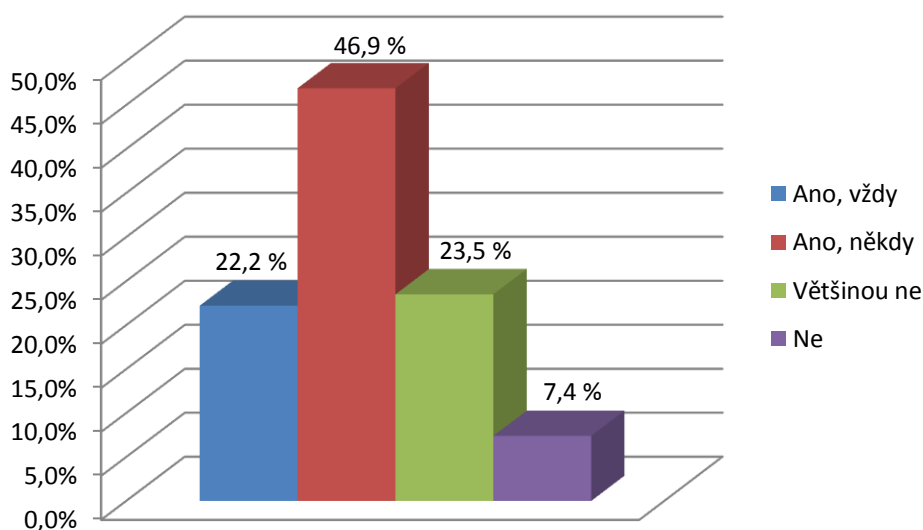
Znění otázky z dotazníku: Pomáhají Vám rodinní příslušníci při komunikaci s dítětem?

V této otázce jsem zjišťovala pomoc rodinných příslušníků při komunikaci s dítětem s mentální retardací.

Tabulka č. 16: Pomoc rodinných příslušníků při komunikaci

	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Ano, vždy	18	22,2 %
Ano, někdy	38	46,9 %
Většinou ne	19	23,5 %
Ne	6	7,4 %
CELKEM	81	100 %

Graf č. 16: Pomoc rodinných příslušníků při komunikaci

**Interpretace výsledků:**

Z 81 (100 %) respondentek udává 18 (22,2 %) sester, že jim rodinní příslušníci vždy pomáhají při komunikaci, zejména vysvětlováním a podáváním informací, protože své dítě znají nejlépe, ví jaké má zvyky, gesta, pláč, zvláštnosti, a proto by měli být zprostředkovateli komunikace mezi personálem a dítětem. 38 (46,9 %) respondentkám pomáhají rodiče občas, 19 (23,5 %) respondentkám rodiče většinou nepomáhají a 6 (7,4 %) respondentkám nepomáhají rodiče při komunikaci s dítětem vůbec.

Otázka č. 17: Spolupráce zdravotnických pracovníků a rodinných příslušníků

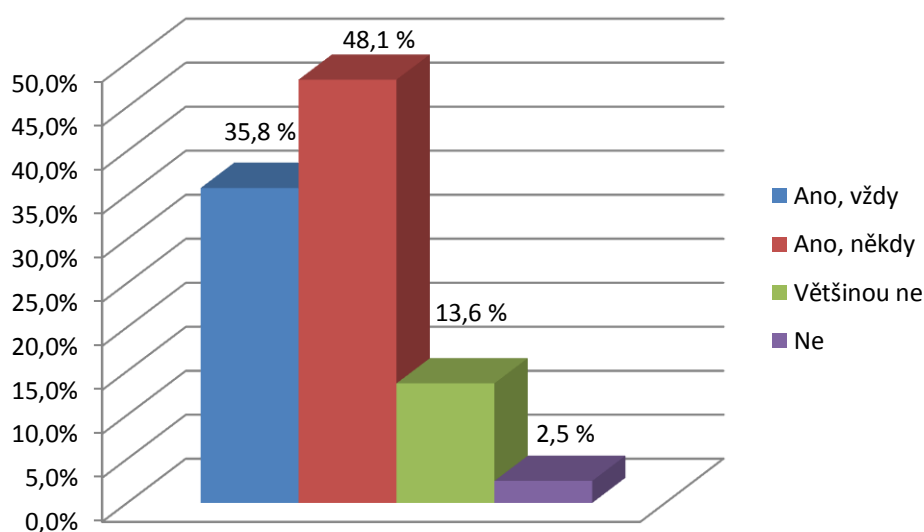
Znění otázky z dotazníku: Zapojujete rodinné příslušníky do ošetrovatelské péče o dítě na vašem oddělení?

V této otázce jsem zjišťovala zapojení rodinných příslušníků do ošetrovatelské péče o dítě s mentální retardací.

Tabulka č. 17: Spolupráce zdravotnických pracovníků a rodinných příslušníků

	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Ano, vždy	29	35,8 %
Ano, někdy	39	48,1 %
Většinou ne	11	13,6 %
Ne	2	2,5 %
CELKEM	81	100 %

Graf č. 17: Spolupráce zdravotnických pracovníků a rodinných příslušníků

**Interpretace výsledků:**

29 (35,8 %) respondentek zapojuje vždy rodinné příslušníky do ošetrovatelské péče o dítě, někdy zapojuje rodiče do péče 39 (48,1 %) respondentek, 11 (13,6 %) respondentek zapojuje rodiče jen někdy a 2 (2,5 %) respondentky většinou nezapojují rodiče do ošetrovatelské péče o dítě.

Otázka č. 18: Zapojování dětí do kolektivu

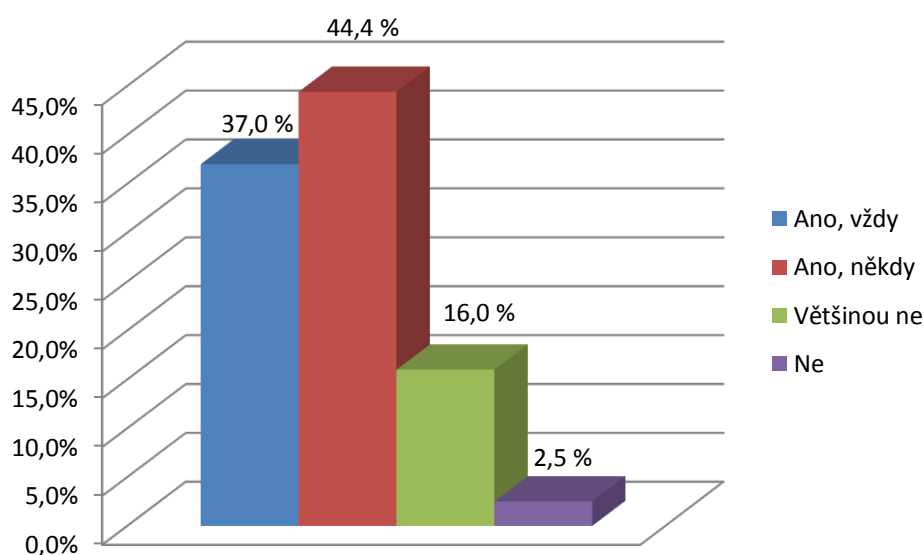
Znění otázky z dotazníku: Snažíte se zapojovat dítě s mentální retardací do kolektivu ostatních dětí?

Cílem této otázky bylo zjistit, zda sestry zapojují dítě s mentální retardací do kolektivu ostatních dětí.

Tabulka č. 18: Zapojování dětí do kolektivu

	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Ano, vždy	30	37,0 %
Ano, někdy	36	44,4 %
Většinou ne	13	16,0 %
Ne	2	2,5 %
CELKEM	81	100 %

Graf č. 18: Zapojování dětí do kolektivu

**Interpretace výsledků:**

Z tabulky můžeme vyčíst, že 30 (37,0 %) respondentek vždy zapojuje dítě s mentální retardací do kolektivu ostatních dětí, 36 (44,4 %) respondentek zapojuje děti pouze někdy, většinou do kolektivu dítě nezapojuje 13 (16,0 %) respondentek a 2 (2,5 %) respondentky dítě nezapojují z časového důvodu a přítomnosti pedagogů na odděleních, kteří se o děti starají.

Otázka č. 19: Přístup dětí k dětem s mentální retardací

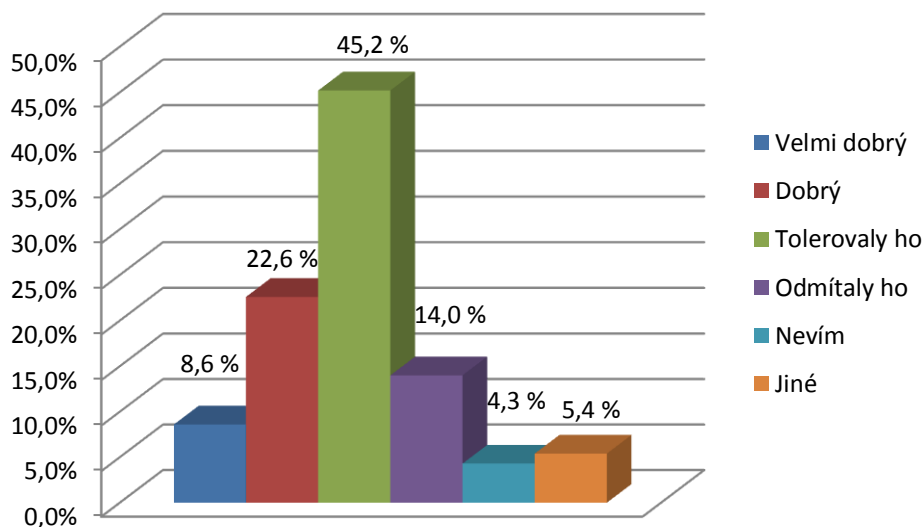
Znění otázky z dotazníku: Jaký přístup měly ostatní děti k dítěti s mentální retardací?

V této otázce jsem zjišťovala přístup dětí k dítěti s mentální retardací.

Tabulka č. 19: Přístup dětí k dětem s mentální retardací

	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Velmi dobrý	8	8,6 %
Dobrý	21	22,6 %
Tolerovaly ho	42	45,2 %
Odmítaly ho	13	14,0 %
Nevím	4	4,3 %
Jiné	5	5,4 %
CELKEM	93	100 %

Graf č. 19: Přístup dětí k dětem s mentální retardací

**Interpretace výsledků:**

Z grafu a tabulky můžeme vyčíst, že 8 (8,6 %) respondentek se setkala s velmi dobrým přístupem dětí k dítěti s mentální retardací, 21 (22,6 %) respondentek se setkala s dobrým přístupem. S tolerancí dětí se setkala 42 (45,2 %) respondentek, 13 (14,0 %) respondentek se setkala s odmítáním dítěte, 4 (4,3 %) respondentky odpověděly na otázku „nevím“, 5 (5,4 %) respondentek uvedlo, že děti měly z dítěte s mentální retardací strach.

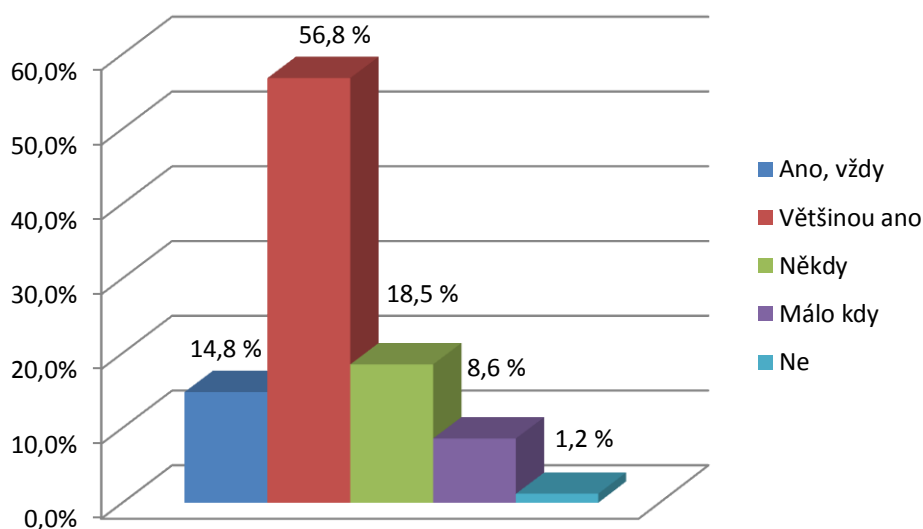
Otázka č. 20: Podpora samostatnosti dítěte s mentální retardací**Znění otázky z dotazníku: Vedete dítě s mentální retardací k samostatnosti?**

Cílem této otázky bylo zjistit, zda sestry dítě s mentální retardací vedou k samostatnosti s ohledem na typ mentální retardace.

Tabulka č. 20: Podpora samostatnosti dítěte s mentální retardací

	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Ano, vždy	12	14,8 %
Většinou ano	46	56,8 %
Někdy	15	18,5 %
Málo kdy	7	8,6 %
Ne	1	1,2 %
CELKEM	81	100 %

Graf č. 20: Podpora samostatnosti dítěte s mentální retardací

**Interpretace výsledků:**

12 (14,8 %) respondentek vede dítě s mentální retardací vždy k samostatnosti, 46 (56,8 %) respondentek vede většinou dítě k samostatnosti, někdy podporuje samostatnost u dítěte 15 (18,5 %) respondentek, 7 (8,6 %) respondentek vede dítě k samostatnosti málo a 1 (1,2 %) respondentka dítě nepodporuje vůbec k samostatnosti.

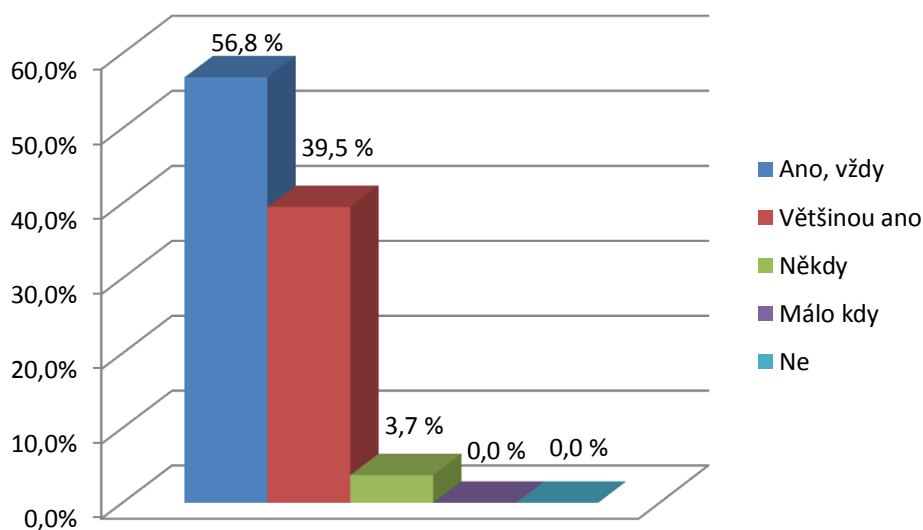
Otázka č. 21: Individuální přístup k dítěti s mentální retardací**Znění otázky z dotazníku: Přístupujete k dítěti s mentální retardací individuálně?**

V této otázce jsem zjišťovala individuální přístup k dítěti s mentální retardací.

Tabulka č. 21: Individuální přístup k dítěti s mentální retardací

	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Ano, vždy	46	56,8 %
Většinou ano	32	39,5 %
Někdy	3	3,7 %
Málo kdy	0	0,0 %
Ne	0	0,0 %
CELKEM	81	100 %

Graf č. 21: Individuální přístup k dítěti s mentální retardací

**Interpretace výsledků:**

Z 81 (100 %) respondentek má 46 (56,8 %) sester vždy individuální přístup k dítěti s mentální retardací, většinou individuální přístup k dítěti dodržuje 32 (39,5 %) respondentek a 3 (3,7 %) respondentky přistupují pouze někdy k dítěti individuálně.

Otázka č. 22: Možnost pomoci ve zlínském kraji

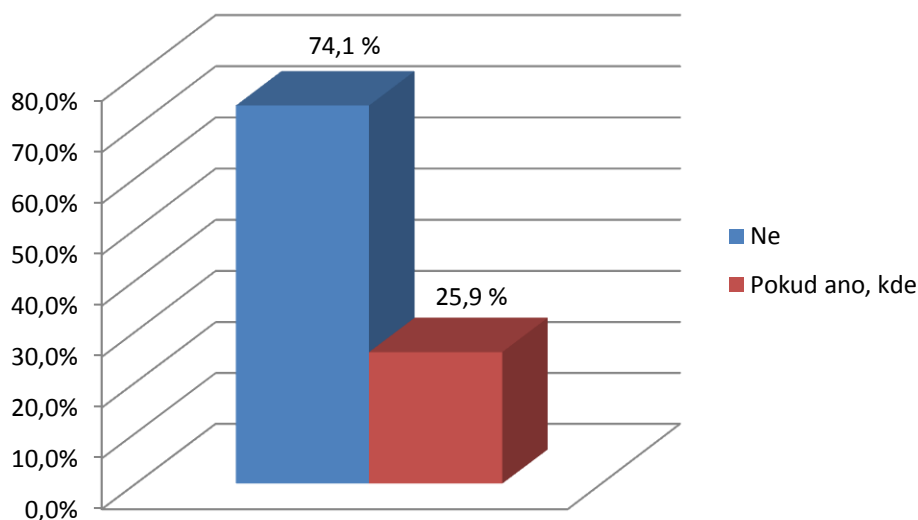
Znění otázky z dotazníku: Víte, kde ve zlínském kraji, mohou rodiče požádat o pomoc nebo radu?

Cílem této otázky bylo zjistit, zda sestry ví, kde rodiče mohou ve zlínském požádat o pomoc nebo radu.

Tabulka č. 22: Možnost pomoci ve zlínském kraji

	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Ne	60	74,1 %
Pokud ano, kde	21	25,9 %
CELKEM	81	100 %

Graf č. 22: Možnost pomoci ve zlínském kraji

**Interpretace výsledků:**

Z 81 (100%) dotazovaných respondentek ví 21 (25,9 %) sester, kam se rodiče mohou obrátit o radu nebo pomoc. Nejvíce respondentky uváděly středisko Slunečnice a Středisko rané péče Educo ve Zlíně. Dále charity, rehabilitační stacionář, stacionář Cesta v Uherském Hradišti a sociální pracovnice. 60 (74,1 %) dotazovaných respondentek neví, na koho by se tyto rodiny měly obrátit.

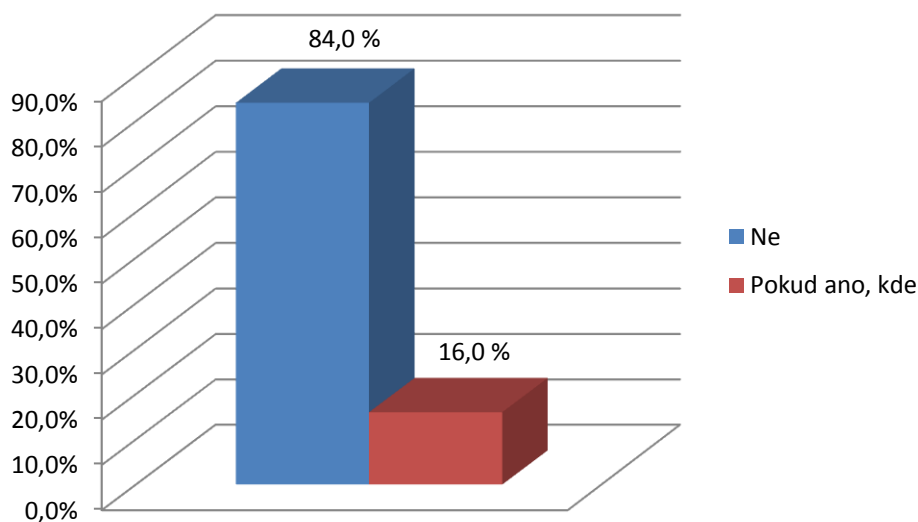
Otázka č. 23: Novinky v oblasti péče o dítě s mentální retardací**Znění otázky z dotazníku: Vyhledáváte novinky v oblasti péče o dítě s mentální retardací?**

V této otázce jsem zjišťovala zájem respondentů o novinky v oblasti péče o dítě s mentální retardací.

Tabulka č. 23: Novinky v oblasti péče o dítě s mentální retardací

	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Ne	68	84,0 %
Pokud ano, kde	13	16,0 %
CELKEM	81	100 %

Graf č. 23: Novinky v oblasti péče o dítě s mentální retardací

**Interpretace výsledků:**

Z grafu a tabulky můžeme vyčíst, že 68 (84,0 %) respondentek nevyhledává novinky v oblasti péče o dítě s mentální retardací a 13 (16,0 %) dotazovaných respondentek si vyhledává novinky v knihách, na internetu, v odborné literatuře a časopisech, na odborných seminářích a v televizi.

Otázka č. 24: Úroveň znalostí v oblasti komunikace a ošetrovatelské péče

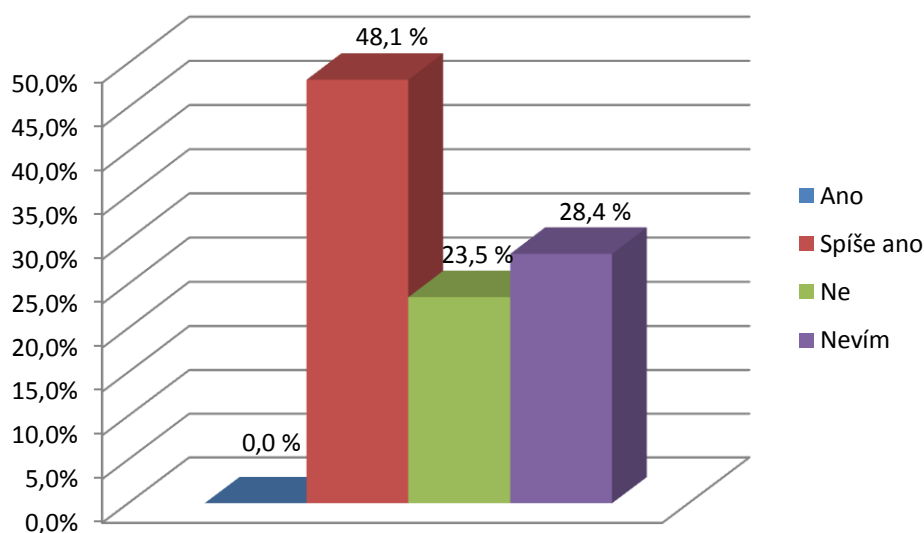
Znění otázky z dotazníku: Domníváte se, že jsou Vaše znalosti v oblasti komunikace a ošetrovatelské péče o dítě s mentální retardací dostatečné?

Cílem této otázky bylo zjistit, zda jsou znalosti sester v oblasti komunikace a ošetrovatelské péče o dítě s mentální retardací dostatečné.

Tabulka č. 24: Úroveň znalostí v oblasti komunikace a ošetrovatelské péče

	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Ano	0	0,0 %
Spíše ano	39	48,1 %
Ne	19	23,5 %
Nevím	23	28,4 %
CELKEM	81	100 %

Graf č. 24: Úroveň znalostí v oblasti komunikace a ošetrovatelské péče

**Interpretace výsledků:**

Z 81 (100 %) respondentek žádná sestra neodpověděla na otázku „ano“, 39 (48,1 %) respondentek se domnívá, že jejich znalosti v oblasti komunikace a ošetrovatelské péče o dítě s mentální retardací jsou spíše dostatečné. Nedostatečné znalosti udává 19 (23,5 %) dotazovaných respondentek a 23 (28,4 %) respondentek neumí své znalosti zhodnotit.

Otázka č. 25: Standard komunikace a ošetrovatelské péče na pracovišti

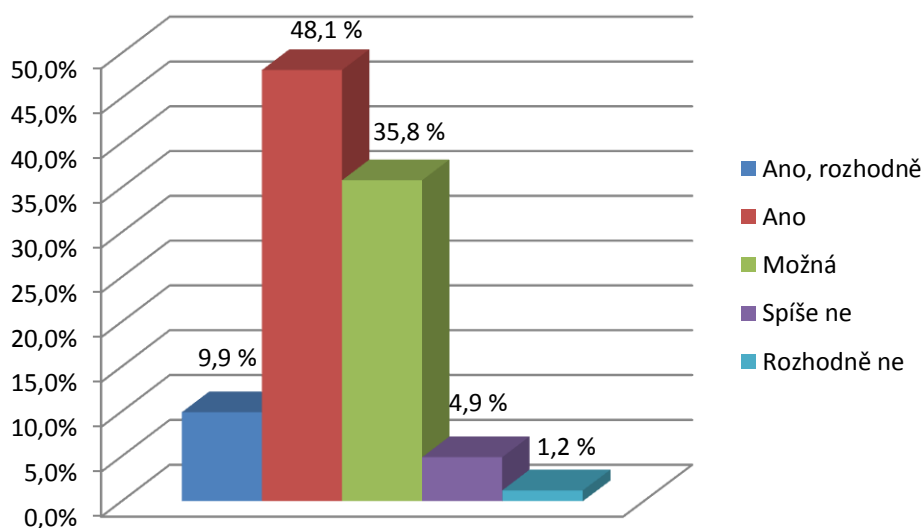
Znění otázky z dotazníku: Uvítal/a byste na Vašem pracovišti standard zahrnující komunikaci a ošetrovatelskou péči o dítě s mentální retardací?

Cílem této otázky bylo zjistit zájem o standard zahrnující komunikaci a ošetrovatelskou péči o dítě s mentální retardací.

Tabulka č. 25: Standard komunikace a ošetrovatelské péče na pracovišti

	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Ano, rozhodně	8	9,9 %
Ano	39	48,1 %
Možná	29	35,8 %
Spíše ne	4	4,9 %
Rozhodně ne	1	1,2 %
CELKEM	81	100 %

Graf č. 25: Standard komunikace a ošetrovatelské péče na pracovišti

**Interpretace výsledků:**

Standard zahrnující komunikaci a péči o dítě s mentální retardací by na svém pracovišti rozhodně uvítalo 8 (9,9 %) respondentek, 39 (48,1 %) respondentek by standard na oddělení uvítalo. Možná odpovědělo 29 (35,8 %) respondentek, 4 (4,9 %) respondentky by standard na oddělení spíše nechtěly a 1 (1,2 %) sestra by ho na oddělení rozhodně nechtěla.

Otázka č. 26: Edukační materiál pro rodiče

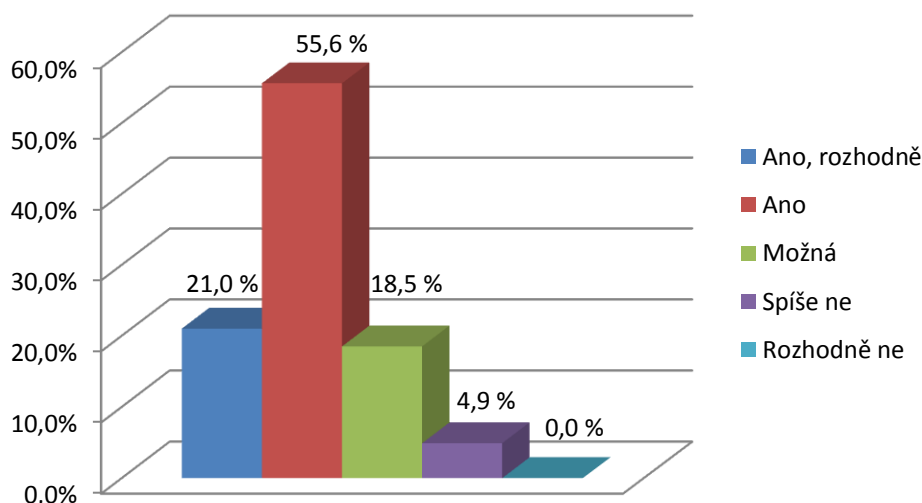
Znění otázky z dotazníku: Uvítal/a byste na Vašem pracovišti edukační materiál pro rodiče zahrnující komunikaci, práva mentálně postižených, možnosti hry a rozvíjení osobnosti dítěte?

Cílem této otázky bylo zjistit zájem sester o edukační materiál pro rodiče zahrnující komunikaci, práva mentálně postižených, možnosti hry a rozvíjení osobnosti dítěte.

Tabulka č. 26: Edukační materiál pro rodiče

	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Ano, rozhodně	17	21,0 %
Ano	45	55,6 %
Možná	15	18,5 %
Spíše ne	4	4,9 %
Rozhodně ne	0	0,0 %
CELKEM	81	100 %

Graf č. 26: Edukační materiál pro rodiče

**Interpretace výsledků:**

17 (21,0 %) sester by edukační materiál pro rodiče zahrnující komunikaci, práva, možnosti a rozvíjení osobnosti dítěte na oddělení rozhodně uvítalo, 45 (55,6 %) respondentek by edukační materiál uvítalo, možná odpovědělo 15 (18,5 %) respondentek a 4 (4,9 %) respondentky by edukační materiál pro rodiče spíše nechtěly.

9 DISKUZE

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit znalosti sester o problematice mentální retardace. Zaměřila jsem se na znalost práv mentálně postižených, problematiku správné komunikace a dodržování zásad při ošetrovatelské péči o dítě s mentální retardací. V diskuzi se zabývám vyhodnocováním cílů, zda byly nebo nebyly splněny.

Cíl č. 1: Zjistit, zda všeobecné sestry a sestry se specializací na dětských odděleních znají práva dítěte s mentální retardací

Prvním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda všeobecné sestry a sestry se specializací na dětských odděleních znají práva dítěte s mentální retardací. V dotazníkové šetření odpovídaly pouze ženy, tj. 81 (100%) dotazovaných respondentek. Z 81 dotazovaných všeobecných sester a sester se specializací zná práva mentálně postižených pouze 29 (35 %). 52 (64,2 %) respondentek bohužel o právech pacientů s mentální retardací nikdy neslyšela. Z těchto 29 (100 %) respondentek si myslí 24 (82,8 %) sester, že jsou práva dětí s mentální retardací ve zdravotnických zařízeních dodržována. 4 (13,8 %) sestry dodržují práva dětí s mentální retardací částečně a pouze 1 (3,4 %) respondentka neví, zda se práva dětí s mentální retardací ve zdravotnických zařízeních dodržují. To vypovídá o tom, že sestry pracující na dětských odděleních nemají dostatečné znalosti ani informace o právech dětí s mentální retardací.

Cíl č. 2: Zjistit, zda se všeobecné sestry a sestry se specializací na dětských odděleních řídí zásadami správné komunikace s dítětem s mentální retardací

Informovanost sester o základech správné komunikace s dítětem s mentální retardací a s jeho rodiči je nejdůležitějším krokem k úspěšnému navázání důvěry mezi sestrou, dítětem a rodinnými příslušníky. Důvěra dítěte přispívá k rychlejší adaptaci dítěte na změnu prostředí, zmírňuje jeho strach a vede ke kvalitnější ošetrovatelské péči. Výsledky mého průzkumu ukazují, že z 81 dotazovaných uvedlo 43 (53,1 %) sester, že se vždy řídí zásadami správné komunikace, především klidným, pomalým a srozumitelným mluvením, udržováním očního kontaktu, používáním hraček a názorným předvedením. Komunikace je vždy uzpůsobená mentálnímu věku dítěte. 21 (25,9 %) dotazovaných respondentek se zásadami správné komunikace řídí pouze občas, z důvodu nedostatku času na dítě. Většinou se zásadami správné komunikace neřídí 17 (21,0 %) respondentek. Z mého průzkumu vyplývá, že přes 20 % dotazovaných respondentek se neřídí zásadami správné komunikace s dítětem s mentální retardací.

Při komunikaci sestry nejvíce využívají pomoc rodinných příslušníků a to 66 (25,3 %) sester. 54 (20,7 %) respondentek využívá převážně obrázky a hračky, které si dítě doneslo z domu a na které je zvyklé. Neverbální komunikaci využívá 45 (17,2 %) sester. Důležitá je také hra, kterou využívá 38 (14,6 %) dotazovaných sester. Nejméně používané je názorné předvedení (14,2 %) a pomoc sociálního pracovníka a pedagoga (7,7 %). Z mého průzkumu také vyplývá, že 79 (97, %) všeobecných sester a sester se specializací jsou při komunikaci s dítětem s mentální retardací trpěliví.

. 42 (28,8 %) dotazovaných sester vnímá nedostatek času na dítě jako nejčastější zábranu při komunikaci. Dále neznalost správné komunikace udává 21 (14,4 %) dotazovaných respondentek. Také nezaujetí dítěte je velmi častou bariérou při komunikaci, kterou uvádí 54 (37,0 %) dotazovaných respondentek. Dále sestry uváděly strach z komunikace (6,2 %), negativní postoj rodičů (6,2 %) a nedostatek informací o mentální retardaci, kterou udává 11 (7,5 %) sester. Nedílnou součástí je zapojování rodinných příslušníků do komunikace, především proto, že své dítě nejlépe znají a rozumí jeho řeči, ať už je verbální nebo neverbální. Proto by měli být rodiče zprostředkovateli komunikace mezi zdravotnickým personálem a dítětem. Pomoc rodiny využívá 56 (69,1 %) sester, z toho 38 (46,9 %) respondentek pouze někdy. Většinou do komunikace rodinu nezapojuje 11 (13,6 %) dotazovaných sester a pouze 1 (2,5 %) sestra nezapojuje rodinné příslušníky vůbec. Z mého průzkumu vyplývá, že pouze 64 (79,0 %) sester z 81 dotazovaných zná zásady správné komunikace a využívá je při své praxi.

Cíl č. 3: Zjistit, zda všeobecné sestry a sestry se specializací na dětských odděleních dodržují zásady ošetrovatelské péče o dítě s mentální retardací

Stejně tak jako je informovanost sester o základech správné komunikace s dítětem a jeho rodiči, tak je i znalost zásad správné ošetrovatelské péče důležitá, z důvodu zlepšování psychomotorického vývoje dítěte, a zajištění jeho individuálních potřeb během hospitalizace. Nedílnou úlohou každé sestry je spolupráce a zapojování rodinných příslušníků do péče o jejich dítě. Do ošetrovatelské péče zapojuje rodinu 68 (82,9 %) sester, z toho 39 (48,1 %) respondentek pouze někdy. Bohužel 13 (16,1 %) dotazovaných sester rodinné příslušníky do péče nezapojuje.

Při zvyšování psychomotorického vývoje je důležité navázání nových kontaktů s vrstevníky, kdy si dítě osvojuje nové věci. 76 (81,4 %) respondentek zapojuje dítě s mentální retardací do kolektivu ostatních dětí, z toho 36 (44,4 %) respondentek pouze někdy.

Ostatní děti reagovaly na dítě jak pozitivně, tak i negativně, ale převážně ho tolerovaly. 15 (18,5 %) dotazovaných respondentek do kolektivu ostatních dětí, dítě s mentální retardací nezapojuje, převážně z časového důvodu. Velmi mile mě překvapilo, že 71,6 % tj. 58 sester vede dítě s mentální retardací k samostatnosti. „Pouze někdy“ udává 15 (18,5 %) sester a 8 (9,8 %) sester dítě k samostatnosti nevede, převážně z časového důvodu.

Při dotazu, zda si respondentky myslí, že jejich přístup k dítěti s mentální retardací je vždy individuální, odpovědělo z dotazovaných 81 respondentek 78 (96,3 %) sester, že ano.

Z mého průzkumu vyplývá, že většina sester zná zásady ošetrovatelské péče o dítě s mentální retardací a využívá je ve své profesi.

Cíl č. 4: Vytvořit informační leták pro rodiče a sestry pečující o dítě s mentální retardací, který zahrnuje zásady komunikace, zásady ošetrovatelské péče, práva mentálně postižených, možnosti hry a rozvíjení osobnosti dítěte

Jelikož si myslím, že by sestry pracující na dětských odděleních měly být o této problematice více informovány, a tuto domněnku potvrdily i sestry, které se zúčastnily mého dotazníkového šetření, bude součástí mé bakalářské práce edukační materiál, který sestrám poskytne informace o zásadách správné komunikace a ošetrovatelské péče a také o právech klientů s mentální retardací. Rozhodla jsem se také vytvořit edukační materiál pro rodiče dětí s mentální retardací, který bude obsahovat, jak se připravit na hospitalizaci, jak s dítětem komunikovat, kde najít pomoc ve zlínském kraji a hry, které napomáhají dítěti zlepšit jeho psychomotorický vývoj. Tyto edukační materiály budu distribuovat v zařízeních, kde probíhalo dotazníkové šetření.

10 NÁVRHY PRO PRAXI

Výstupem mé bakalářské práce bude vytvoření informační brožury pro zdravotnický personál na dětských odděleních a rodiče dětí s mentální retardací. Brožura bude převážně zaměřena na zjištěnou problematiku, zejména na zásady správné komunikace, práva mentálně postižených, zásady ošetrovatelské péče a na možnosti poskytování služeb pro rodiče ve zlínském kraji. Brožuru jsem si vybrala z důvodu, že po celou dobu své praxe jsem se nesešla s informačním letákem pro rodiče ani sestry. Přitom si myslím, že by takové brožury vedly ke zlepšení informovanosti rodičů a ke zkvalitnění ošetrovatelské péče.

Také bych navrhovala, aby na oddělení byl přítomný pedagog nebo herní specialista zaměřený na děti s mentálním postižením, který by se individuálně věnoval dítěti a jeho rodině. Zaměstnával by dítě během dne a rozvíjel jeho kognitivní funkce pomocí her a činností. Také by dítě připravoval, jak psychicky, tak i fyzicky na zákrok nebo vyšetření. Zároveň by spolupracoval úzce s rodinou a zdravotnickým personálem, kterému by pomáhal s komunikací a navazováním prvního kontaktu s dítětem.

Myslím si, že na dětských odděleních by mělo také přibýt hraček a pomůcek, které by pomohly tyto děti s mentální retardací připravit na pobyt v nemocnici a zákroky, které ho čekají. Bohužel i v dnešní době je nedostatek financí, které by umožňovali koupi těchto pomůcek.

ZÁVĚR

Problematika mentální retardace v naší společnosti je stále aktuálním tématem. Pro každého člověka v dnešní době je zdravotní stav velmi důležitý a každá nemoc, která vede k hospitalizaci je náročná, jak po psychické, tak i fyzické stránce. Pro dítě s mentální retardací je hospitalizace tím těžší, že pocíťuje strach z neznámého prostředí, cizích osob, ztrácí pocit jistoty a bezpečí, které mělo v domácím prostředí. I rodiče, kterým se narodilo dítě s postižením, mohou pocíťovat strach, pocíťovat bezmocnosti a beznaděje.

V bakalářské práci jsem se snažila zjistit silné a slabé stránky hospitalizace dítěte s mentální retardací ve zdravotnickém zařízení. Zaměřila jsem se převážně na dodržování zásad komunikace a ošetrovatelské péče a na znalosti práv dětí s mentální retardací. Domnívám se, že mnou stanované cíle jsem splnila.

V dnešní době je pro zdravotnický personál nezbytné vědět veškeré informace o pacientovi, který je přijímán do zdravotnického zařízení. Komunikace s dítětem s mentálním postižením je složitější a sestra musí vyhledávat alternativní možnosti náhradního dorozumívání, jako je neverbální komunikace, obrázky či předvedení dané situace. Z průzkumu, který jsme provedla ve zdravotnických zařízeních, se sestry setkaly nejčastěji s lehkou mentální retardací. Bohužel i v dnešní době více jak 20 % sester, pracujících na dětských odděleních ve zlínském kraji nezná a nedodržuje zásady správné komunikace, a stále více se setkávají s komunikačními bariérami, které brání správné komunikaci. Rodiče jsou zapojováni do komunikace i ošetrovatelské péče o dítě s mentální retardací. Práva mentálně postižených jsou stále aktuálním tématem. Převážná většina zdravotnického personálu tyto práva nezná. I rodiče dětí s mentálním postižením nejsou o těchto právech informováni.

Nakonec z mého průzkumu mohu konstatovat, že komunikační bariéry, zásady správné komunikace a znalost práv mentálně postižených jsou i ve zdravotnictví aktuálním tématem.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY*Monografie:*

- [1] ČERNÁ, Marie, 2008. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, 222 s. ISBN 978-802-4615-653.
- [2] DRAHÁ, Eva. *Psychosociální problematika mentálně postižených klientů při hospitalizaci*. Zlín, 2008. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.
- [3] FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA, 2008. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton, 205 s. ISBN 978-807-3870-140.
- [4] FRANIOK, Petr a Jaroslav KYSUČAN, 2002. *Psychopedie: speciální pedagogika mentálně retardovaných*. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta, 57 s. ISBN 80-704-2247-5.
- [5] FRANIOK, Petr, 2008. *Vzdělávání osob s mentálním postižením: (inkluzivní vzdělávání s přihlédnutím k žákům s mentálním postižením)*. Vyd. 3., dopl. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 142 s. ISBN 978-807-3686-222.
- [6] HORT, Vladimír, Michael HRDLIČKA a Jana KOCOUROKOVÁ a kol., 2000. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 496 s. ISBN 80-7178-472-9.
- [7] LEČBYCH, Martin, 2008. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 248 s. ISBN 978-802-4420-714.
- [8] MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ, 2002. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Praha: Portál, 143 s. ISBN 80-717-8700-0.
- [9] MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ, 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
- [10] MATĚJČEK, Zdeněk, 2001. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. vyd. Jinočany: Nakl. H, 147 s. ISBN 80-860-2292-7.
- [11] MONATOVÁ, Lili, 1998. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. 2. rozš. vyd. Brno: Paido, 85 s. ISBN 80-859-3160-5.

- [12] NEJEDLÁ, Marie, Hana SVOBODOVÁ a Alena ŠAFRÁNKOVÁ, 2004-2005. *Ošetřovatelství IV: pro 4. ročník středních zdravotnických škol a vyšší zdravotnické školy*. Praha: Informatorium, 136 s. ISBN 80-7333-034-22.
- [13] OLEJNÍČKOVÁ, Jana, Lucia PASTIERIKOVÁ a Vojtech REGEC, 2010. *Komunikace a lidé s mentálním postižením: metodický materiál*. Editor Petra Jurkovičová. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 50 s. ISBN 978-80-244-2648-8.
- [14] OLEJNÍČKOVÁ, Jana, Lucia PASTIERIKOVÁ a Vojtech REGEC, 2010. *Komunikace a lidé s mentálním postižením: metodický materiál*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 50 s. ISBN 978-80-244-2648-8.
- [15] PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK, 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada, 247 s. ISBN 978-802-4729-688.
- [16] PLEVOVÁ, Ilona, 2011. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada, 223 s. ISBN 978-802-4735-580.
- [17] PRAŠKO, Ján, Hana SVOBODOVÁ a Alena ŠAFRÁNKOVÁ, 2010. *Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie: pro 4. ročník středních zdravotnických škol a vyšší zdravotnické školy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 430 s. ISBN 978-802-4423-654.
- [18] SIKOROVÁ, Lucie, 2011. *Potřeby dítěte v ošetřovatelském procesu*. Praha: Grada, 208 s. Sestra. ISBN 978-802-4735-931.
- [19] SLEZÁKOVÁ, Lenka, 2007. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada, 199 s. ISBN 978-802-4720-401.
- [20] SLEZÁKOVÁ, Lenka, 2010. *Ošetřovatelství v pediatrii*. Praha: Grada, 280 s. ISBN 978-802-4732-862.
- [21] SLEZÁKOVÁ, Lenka, Hana SVOBODOVÁ a Alena ŠAFRÁNKOVÁ, 2007. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty: pro 4. ročník středních zdravotnických škol a vyšší zdravotnické školy*. Praha: Grada, 214 s. ISBN 978-802-4722-702.
- [22] SLOWÍK, Josef, 2010. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 155 s. ISBN 978-80-7367-691-9.
- [23] ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka, 2003. *Přehled vývojové psychologie*. 2. nezměn. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 175 s. ISBN 80-244-0629-2.
- [24] ŠVARCOVÁ, Iva, 2011. *Mentální retardace*. 4. vydání. Praha: Portál, 198 s. ISBN 978-80-7367-889-0.

- [25] VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER, 2003. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. Praha: PARTA, 443 s. ISBN 80-7320-039-2.
- [26] VALENTA, Milan a Olga KREJČÍŘOVÁ, 1997. *Psychopedie: kapitoly z didaktiky mentálně retardovaných*. Olomouc: Netopejr, 193 s. ISBN 80-902-0579-8.
- [27] VALENTA, Milan, 2012. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada, 349 s. ISBN 978-802-4738-291.
- [28] VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
- [29] VYTEJČKOVÁ, Renata, 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada, 228 s. ISBN 978-802-4734-194.
- [30] ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 278 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

Internetové zdroje:

- [31] *Děti v nemocnici.cz* [online]. [cit. 2013-03-09]

URL: <<http://www.detivnemocnici.cz/charter/index.html>>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

MKN Mezinárodní klasifikace nemocí

WHO Světová zdravotnická organizace

IQ Inteligenční kvocient

SEZNAM OBRÁZKŮ A GRAFŮ

Graf č. 1: Pohlaví respondentek	41
Graf č. 2: Věk respondentek	42
Graf č. 3: Vzdělání respondentek	43
Graf č. 4: Specializace respondentek v oboru dětská sestra	44
Graf č. 5: Délka praxe respondentek	45
Graf č. 6: Znalost pojmu mentální retardace	46
Graf č. 7: Definice mentální retardace	47
Graf č. 8: Zkušenosti péče o dítě s mentální retardací	48
Graf č. 9: Typ mentální retardace	49
Graf č. 10: Práva dětí s mentálním postižením	50
Graf č. 11: Dodržování práv dětí s mentálním postižením	51
Graf č. 12: Zásady při komunikaci s dítětem	52
Graf č. 13: Pomůcky při komunikaci	53
Graf č. 14: Trpělivost a čas při komunikaci	54
Graf č. 15: Zábrany při komunikaci s dítětem	55
Graf č. 16: Pomoc rodinných příslušníků při komunikaci	56
Graf č. 17: Spolupráce zdravotnických pracovníků a rodinných příslušníků	57
Graf č. 18: Zapojování dětí do kolektivu	58
Graf č. 19: Přístup dětí k dětem s mentální retardací	59
Graf č. 20: Podpora samostatnosti dítěte s mentální retardací	60
Graf č. 21: Individuální přístup k dítěti s mentální retardací	61
Graf č. 22: Možnost pomoci ve zlínském kraji	62
Graf č. 23: Novinky v oblasti péče o dítě s mentální retardací	63
Graf č. 24: Úroveň znalostí v oblasti komunikace a ošetrovatelské péče	64
Graf č. 25: Standard komunikace a ošetrovatelské péče na pracovišti	65
Graf č. 26: Edukační materiál pro rodiče	66

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Pohlaví respondentek	41
Tabulka č. 2: Věk respondentek.....	42
Tabulka č. 3: Vzdělání respondentek	43
Tabulka č. 4: Specializace respondentek v oboru dětská sestra.....	44
Tabulka č. 5: Délka praxe respondentek	45
Tabulka č. 6: Znalost pojmu mentální retardace.....	46
Tabulka č. 7: Definice mentální retardace	47
Tabulka č. 8: Zkušenosti péče o dítě s mentální retardací.....	48
Tabulka č. 9: Typ mentální retardace	49
Tabulka č. 10: Práva dětí s mentálním postižením	50
Tabulka č. 11: Dodržování práv dětí s mentálním postižením	51
Tabulka č. 12: Zásady při komunikaci s dítětem	52
Tabulka č. 13: Pomůcky při komunikaci.....	53
Tabulka č. 14: Trpělivost a čas při komunikaci	54
Tabulka č. 15: Zábrany při komunikaci s dítětem.....	55
Tabulka č. 16: Pomoc rodinných příslušníků při komunikaci	56
Tabulka č. 17: Spolupráce zdravotnických pracovníků a rodinných příslušníků	57
Tabulka č. 18: Zapojování dětí do kolektivu	58
Tabulka č. 19: Přístup dětí k dětem s mentální retardací	59
Tabulka č. 20: Podpora samostatnosti dítěte s mentální retardací	60
Tabulka č. 21: Individuální přístup k dítěti s mentální retardací	61
Tabulka č. 22: Možnost pomoci ve zlínském kraji	62
Tabulka č. 23: Novinky v oblasti péče o dítě s mentální retardací	63
Tabulka č. 24: Úroveň znalostí v oblasti komunikace a ošetrovatelské péče.....	64
Tabulka č. 25: Standard komunikace a ošetrovatelské péče na pracovišti.....	65
Tabulka č. 26: Edukační materiál pro rodiče	66

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA I: DOTAZNÍK	79
PŘÍLOHA II: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	85
PŘÍLOHA III: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	86
PŘÍLOHA IV: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	88
PŘÍLOHA V: BROŽURA PRO RODIČE	90
PŘÍLOHA VI: BROŽURA PRO SESTRY	95

PŘÍLOHA I: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Pavlína Paďourová, studuji ve třetím ročníku oboru všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku na téma „Dítě s mentální retardací ve zdravotnickém zařízení.“

Dotazník je zcela anonymní a dobrovolný. Otázky v dotazníku jsou otevřené i uzavřené s možností více odpovědí.

Za Vaši vstřícnost při vyplňování dotazníků předem děkuji

Pavlína Paďourová

1. Jste

- a) muž b) žena

2. Do jaké věkové kategorie patříte?

- a) 18- 25 b) 26 – 35 c) 36 – 45 d) 46 – 60 e) nad 60 let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) střední odborné vzdělání s maturitou
b) vyšší odborné vzdělání – titul DiS.
c) vysokoškolské vzdělání – titul Bc.
d) vysokoškolské vzdělání – titul Mgr.

4. Máte specializaci v oboru dětská sestra?

- a) ano b) ne

5. Jak dlouho vykonáváte svou profesi?

- a) 0 – 5 let b) 6 – 10 let c) 11 – 15 let d) 16 – 20 let e) 21 – 25let
f) 26 a více

6. Znáte pojem mentální retardace?

- a) ano b) ne

Pokud je Vaše odpověď ne, neodpovídejte dále na otázky.

7. Co znamená pojem mentální retardace?

- a) mentální retardace je stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečovou, motorickou a sociální schopnost. “ Intelektový kvocient je nižší než 70
- b) mentální retardace je endogenní psychóza, charakterizována jako rozpad osobnosti postihující zejména emocionální součást psychiky. Toto duševní onemocnění se nejčastěji projevuje poruchami citů, jednání, myšlení a sklonů utíkat od reality.
- c) Mentální retardace je závažný duševní stav, který lze definovat jako neschopnost chovat se a jednat v souladu s okolnostmi. Je to disociace mezi vnímáním, chováním a prožíváním. Mění se vztah nemocného k realitě.
- d)

8. Pečoval/a jste někdy o dítě s mentální retardací?

- a) ano b) ne

9. S jakým typem mentální retardace u dítěte jste se setkal/a? (možnost více odpovědí)

- a) lehká mentální retardace IQ 50 – 69 (nezávislé v každodenních činnostech, pomalejší chápání)
- b) středně těžká mentální retardace IQ 35 – 49 (výrazně omezeno v rozvoji chápání a užívání řeči, vyjadřuje se jednoduchými a jednoslovnými větami, omezena schopnost sebeobsluhy)
- c) těžká mentální retardace IQ 20 – 34 (poruchy koncentrace pozornosti a myšlení, plní mechanicky základní úkoly, dochází k minimálnímu rozvoji komunikačních dovedností a řeči, výrazně snížená motorika a schopnost sebeobsluhy)
- d) hluboká mentální retardace IQ nižší než 20 (dorozumívá se pouze pomocí neverbální komunikace, především pláčem a úsměvem, imobilní, inkontinentní, vyžaduje pomoc ve všech denních činnostech)

10. Znáte práva mentálně postižených?

- a) ne b) pokud ano, jaká.....

Pokud je Vaše odpověď ne, neodpovídejte dále na otázku č. 11.

11. Myslíte si, že jsou při hospitalizaci dítěte dodržována práva mentálně postižených?

- a) ano
b) částečně
c) ne
d) nevím

12. Řídíte se při komunikaci s dítětem zásadami správné komunikace?

- a) ano, vždy
b) ano, občas
c) pokud ano, uveďte jakými
- d) většinou ne
e) vůbec ne

13. Koho/co využíváte ke komunikaci s mentálně retardovaným dítětem?

(možnost více odpovědí)

- a) pomoc rodinných příslušníků
b) sociální pracovníci nebo pedagoga
c) hru
d) neverbální komunikaci (posunky, gesta, mimika, pantomima)
e) obrázky, hračky
f) názorné předvedení
g) jiné.....

14. Při komunikaci jste trpělivý/á a vymezíte si čas na dítě?

- a) ano, vždy
b) ano, někdy
c) většinou ne
d) ne, z časového důvodu

15. S jakými zábranami jste se setkal/a při komunikaci s dítětem?
(možnost více odpovědí)

- a) neznalost správné komunikace
- b) nedostatek času
- c) nedostatek informací o mentální retardaci
- d) strach z komunikace
- e) nezaujetí a nezájem dítěte
- f) negativní postoj rodičů

16. Pomáhají Vám rodinní příslušníci při komunikaci s dítětem?

- a) ano, vždy
- b) ano, někdy
- c) pokud ano, uveďte jak.....
- d) většinou ne
- e) ne

17. Zapojujete rodinné příslušníky do ošetrovatelské péče o dítě na vašem oddělení?

- a) ano, vždy
- b) ano, někdy
- c) většinou ne
- d) ne

18. Snažíte se zapojovat dítě s mentální retardací do kolektivu ostatních dětí?
(s ohledem na typ mentální retardace)

- a) ano, vždy
- b) ano, někdy
- c) většinou ne
- d) ne

19. Jaký přístup měly ostatní děti k dítěti s mentální retardací?

(možnost více odpovědí)

- a) velmi dobrý
- b) dobrý
- c) tolerovaly ho
- d) odmítaly ho
- e) nevím
- f) jiné.....

20. Vedete dítě s mentální retardací k samostatnosti? (s ohledem na typ mentální retardace)

- a) ano, vždy
- b) většinou ano
- c) někdy
- d) málo kdy
- e) ne

21. Přístupujete k dítěti s mentální retardací individuálně?

- a) ano, vždy
- b) většinou ano
- c) někdy
- d) málo kdy
- e) ne

22. Víte, kde ve zlínském kraji, mohou rodiče požádat o pomoc nebo radu?

- a) ne
- b) pokud ano, kde.....

23. Vyhledáváte novinky v oblasti péče o dítě s mentální retardací?

- a) ne
- b) pokud ano, kde.....

24. Domníváte se, že jsou Vaše znalosti v oblasti komunikace a ošetrovatelské péče o dítě s mentální retardací dostatečné?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) nevím

25. Uvítal/a byste na Vašem pracovišti standard zahrnující komunikaci a ošetrovatelskou péči o dítě s mentální retardací?

- a) ano, rozhodně
- b) ano
- c) možná
- d) spíše ne
- e) rozhodně ne

26. Uvítal/a byste na Vašem pracovišti edukační materiál pro rodiče zahrnující komunikaci, práva mentálně postižených, možnosti hry a rozvíjení osobnosti dítěte?

- a) ano, rozhodně
- b) ano
- c) možná
- d) spíše ne
- e) rozhodně ne

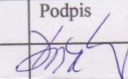
Děkuji za vyplnění dotazníku Pavlína Paďourová

PŘÍLOHA II: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Pavčina Pačourová		
Téma bakalářské práce	Dítě s mentální retardací ve zdravotnickém zařízení		
Skupina respondentů	Sestry na dětském oddělení		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)		Podpis
Dětské oddělení	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
Kroměřížská nemocnice a.s. Havlíčková 660/73, 767 55 Kroměříž telefon: (+420) 573 322 265			

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 10. 11. 2012

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Ústav ošetrovatelství
760 01 Zlín

Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetrovatelství





razítko a podpis zástupce zařízení
Kroměřížská nemocnice a.s.
Havlíčková 660/73 767 55 Kroměříž
náměstkyňe pro ošetrovatelskou péči

PŘÍLOHA III: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Pavčina Pačourová		
Téma bakalářské práce	Dítě s mentální retardací ve zdravotnickém zařízení		
Skupina respondentů	Děti s mentální retardací a jejich rodiče		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)		Podpis
Oddělení větších dětí Krajská nemocnice T. Bati, a. s. Havlíčkovo nábřeží 600 762 75 Zlín	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
Dětské oddělení – 7 pavilon Krajská nemocnice T. Bati, a. s. Havlíčkovo nábřeží 600 762 75 Zlín	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
Dětská JIP Krajská nemocnice T. Bati, a. s. Havlíčkovo nábřeží 600 762 75 Zlín	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.



Ve Zlíně dne 20. 12. 2013

Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Havlíčkovo náměstí 600

762 75 Zlín
razítko a podpis zástupce zařízení




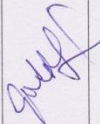
Pracovník		Plánuje odpovědnost	Jméno a příjmení studenta
Výběr učební osnovy / volání pacientů / (metody a nástroje)		Děti a menší děti / rodiče a jejich rodiče	Děti a menší děti / rodiče a jejich rodiče
01	Nesouhlasím		
01	Nesouhlasím		
01	Nesouhlasím		

PŘÍLOHA IV: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Pavčina Pačourová		
Téma bakalářské práce	Dítě s mentální retardací ve zdravotnickém zařízení		
Skupina respondentů	Děti s mentální retardací		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)		Podpis
Jednotka intenzivní péče J.E Purkyně 365 686 68 Uherské Hradiště Tel: 572 529 595	<input checked="" type="radio"/> Souhlasím	<input type="radio"/> Nesouhlasím	
Stanice V – děti od 3 do 19 let J.E Purkyně 365 686 68 Uherské Hradiště Tel: 572 529 588	<input checked="" type="radio"/> Souhlasím	<input type="radio"/> Nesouhlasím	
Stanice M – děti od 0 do 3 let J.E Purkyně 365 686 68 Uherské Hradiště Tel: 572 529 588	<input checked="" type="radio"/> Souhlasím	<input type="radio"/> Nesouhlasím	
Stanice novorozenců J.E Purkyně 365 686 68 Uherské Hradiště Tel: 572 529 592	<input checked="" type="radio"/> Souhlasím	<input type="radio"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 20.12.2012

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Ústav ošetrovatelství
760 01 ZLÍN

Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

Uherskohradištská nemocnice a.s.
J. E. Purkyně 365
686 68 Uherské Hradiště
hlavní sestra
razítko a podpis zástupce zařízení

Jméno a příjmení studentů	Podpis ředitelky
Téma bakalářské práce	1002 - zdravotní retardaci ve ošetrovatelství
Skupina příslušníků	Ústřední zdravotní retardaci
Pracoviště	V. zdravotní retardaci
Jednotka zdravotní péče J. E. Purkyně 365 686 68 Uherské Hradiště Tel: 572 526 592	Nezodpovězeno
Stavba V - odd. od 3 do 15 let J. E. Purkyně 365 686 68 Uherské Hradiště Tel: 572 526 592	Nezodpovězeno
Stavba IV - odd. od 0 do 3 let J. E. Purkyně 365 686 68 Uherské Hradiště Tel: 572 526 592	Nezodpovězeno
Stavba novorozenců J. E. Purkyně 365 686 68 Uherské Hradiště Tel: 572 526 592	Nezodpovězeno

PŘÍLOHA V: BROŽURA PRO RODIČE

Vy a Vaše dítě s mentálním postižením



Pavλίna Paďourová

Obsah

Co je mentální retardace	3
Klasifikace mentální retardace	3
Jak vzniká mentální retardace?	3
Jak se diagnostikuje?	4
Jak se léčí?	4
Jak s Vaším dítětem komunikovat?	5
Hry a činnosti pro rozvoj dítěte s mentálním postižením	6
Deklarace práv duševně postižených lidí	8
Kde hledat pomoc	9
Kde hledat pomoc ve Zlínském kraji	9

Co je mentální retardace

Pojem mentální retardace v překladu znamená opoždění rozumového vývoje a byl přijat v roce 1959 Světovou zdravotnickou organizací. Mentální retardace je vrozená a trvalá, kdy dítě se od narození nevyvíjí standardním způsobem, projevuje se nízkou úrovní rozumových schopností, které se objevují při adaptaci na běžné životní podmínky.

Klasifikace mentální retardace

- Lehká mentální retardace (IQ 50 – 69)
- Středně těžká mentální retardace (IQ 35 - 49)
- Těžká mentální retardace (IQ 20 - 34)
- Hluboká mentální retardace (IQ je nižší než 20)

Jak vzniká mentální retardace?

Mentální retardace může vznikat na podkladě vnitřních faktorů, které jsou zakódovány již v pohlavních buňkách a geneticky se přenáší na narozené dítě, nebo na podkladě vnějších faktorů, které mohou, ale nemusí být bezprostřední příčinou mentální retardace.

Příčiny mentální retardace dělíme do tří hlavních kategorií:

prenatální:

- vznikají v průběhu těhotenství, jde převážně o vlivy genetické, při kterých dochází k mutaci genů, které mohou být vyvolané zářením, dlouhodobým hladověním a chemickými vlivy. Na vzniku mentální retardace se může podílet i onemocnění matky během těhotenství, nejčastěji při infekčních onemocněních, endokrinních poruchách, kouření matky, nedostatku plodové vody, podvýživě matky, toxických látkách a alkoholu, který je nejčastější příčinou poškození mozku dítěte.

3

Perinatální:

- Perinatální období zahrnuje vlivy působící v průběhu porodu nebo časně po narození dítěte. Nejčastější příčina je způsobena encefalopatií, mechanickým poškozením mozku nebo kompresí novorozence při porodu, nedostatkem kyslíku (hypoxie), předčasným porodem, nízkou porodní váhou a těžkou novorozeneckou žloutenkou.

Postnatální:

- Zahrnuje období po porodu. Řadíme zde krvácení do mozku a nádorové onemocnění. Mentální retardace se může rozvinout i u dítěte, které vyrůstá v nepřátelském a nepodmětném rodinném prostředí a u kterého dochází ke snížení intelektových schopností a k senziorické, citové a sociokulturní deprivaci.

Jak se diagnostikuje?

Stanovení diagnózy mentální retardace vychází z psychologického vyšetření kognitivních funkcí (intelektových, anamnestických, exekutivních, vývojových škál), posouzení adaptivního chování, klinického posouzení míry zvládnání běžných sociálně – kulturních nároků. Důležité je stanovení inteligenčního kvocientu, který stanovuje výši IQ. IQ vyjadřuje poměr mezi mentálním (intelektovým vývojem) a chronologickým věkem (kalendářním věkem). Úkolem diferenciální diagnostiky je odlišit mentální retardaci od stavů, které ji mohou napodobovat.

Jak se léčí?

V současné době léčba mentální retardace stále neexistuje. Důležitá je spolupráce Vás jako rodiny se zdravotnickým personálem. Může se zmírnit pomocí léků, jako jsou psychofarmaka, neuroleptika, nootropní látky a vitamín C a E, který umožňuje vychytávat volné radikály z těla a podporuje celkový růst a vývoj dítěte. Důležitá je také rehabilitace a následné opakování věcí, které se již dítě naučilo. Existuje i tzv. facilitovaná komunikace – komunikace pomocí druhé osoby.

4

Jak s vaším dítětem komunikovat?

Vždy musíte komunikaci přizpůsobit mentálnímu věku Vašeho dítěte. Zjistěte, jak dítě reaguje na podněty a na Vaše slova.

Zásady při komunikaci:

- přistupujeme k dítěti jako k jiným zdravým dětem,
- udržujeme s dítětem oční kontakt,
- tempo řeči musí být pomalé, klidné, srozumitelné a příjemné, věty volíme krátké a jasné, musíme sledovat neverbální projevy dítěte, používat neverbální komunikaci, obrázky i názorné předvedení
- s dítětem jednáme vždy trpělivě a tolerantně, musíte si na dítě vyhradit více času,
- ověřujeme si porozumění dítěte,
- vyhýbáme se abstraktním pojmům, používáme vhodné přirovnání,
- používáme přímé pojmenování, vyhýbejte se zájmenům, ukazujte na předměty, osoby či části těla, o kterých hovoříte,
- reagujeme citlivě na potřeby dítěte, sledujete reakci na vaši přítomnost a změnu chování dítěte, neodmítejte jejich vřelé přijetí, spontánnost a otevřenost

Hry a činnosti pro rozvoj dítěte s mentálním postižením

Předmluva

Výchova dětí s mentální retardací je velmi náročná a dětem se musíte neustále věnovat, proto požádejte o pomoc své příbuzné, vyhledávejte ve svém okolí skupiny rodičů, kteří mají dítě se stejným postižením jako vy. A hlavně odpočívejte a relaxujte. A nezapomeňte se na dítě dívat s láskou, jděte stále dopředu a plánujte činnosti ze dne na den.

Hry a činnosti rozvíjí kognitivní vývoj dítěte.

Vhodné prostředí pro hru

1. **načasování** – hrajte si s dětmi, pokud jsou odpočínuté, klidné a naježené. Zvolte si dobu, kdy vás nebude doma nikdo rušit.
2. **Hluk** – chcete-li, aby se dítě na hru soustředilo, vypněte všechny zbytečné zvuky, jako je televize a rádio.
3. **Rozptylování pozornosti** – před hrou uklidť všechny přebytečné hračky, které by mohlo dítě rozptylovat. Snáze se pracuje s dítětem u stolu, jelikož toho tolik nevidí.
4. **Vaše pozice při hraní** – sedť vždy proti dítěti, aby s Vámi mohlo udržovat oční kontakt a sledovat Váš obličej.
5. **Odměňujte**

Zásady

- Dejte dítěti na vykonávanou činnost více času
- Opakujte, opakujte, opakujte
- Nenechte se odradit nedostatečnými reakcemi dítěte
- Budujte řád
- Neulpívejte jen na jedné dovednosti
- Vždy dokončete započatou činnost

Hry

Napodobování

Začněte tím, že nejprve budete napodobovat vy jeho. Jeho zvuky, mimiku, pláč i smích. Když ho to začne bavit, vyměňte si role. Napodobujte dítě opakovaně. Pro napodobování se hodí i celá řada říkanek

Příklad

Tleskání:

Paci, paci, pacičky, táta koupil botičky.

A maminka pásek za myši ocásek.

Lezení:

Leze žába do bezu,

Já tam za ní polezu.

Kudy ona, tudy já,

Až ji chytím, bude má.

Poznávání prstů a hýbání s nimi

Palec se hýbá vpravo i vlevo,

ani ukazováček není nemehlo; ukazuje a někdy i hrozí.

Prostředníček je největší ze všech, jestlipak nadělá i hodně neplech?

Prsteníček nosí prstýnky, to je velký pán.

A malíček? Poslední ze všech, hlavně, že není sám.

Více informací v knize:

NEWMAN, Sarah, 2004. *Hry a činnosti pro vývoj dítěte s postižením: rozvoj kognitivních, pohybových, smyslových, emočních a sociálních dovedností*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 80-717-8872-4.

Deklarace práv duševně postižených lidí

Jedná se o soubor práv pro mentálně postižené lidi, který zajišťuje důstojný a plnohodnotný život. Deklarace byla schválena dne 20. 12.1971 Valným shromážděním Organizace spojených národů.

1. Duševně postižený občan má stejné práva jako ostatní lidé.
2. Duševně postižený občan má nárok na lékařské ošetření a terapii, která odpovídá jeho potřebám, i nárok na vzdělání, rehabilitaci a podporu vedoucí k rozvinutí jeho možným potenciálům a schopnostem.
3. Duševně postižený občan má právo na hospodářské zajištění a na přiměřený životní standard. Má právo na zaměstnání, které odpovídá jeho schopnostem.
4. Má právo žít se svoji vlastní nebo opatrovnickou rodinou. Rodina, ve které žije, by měla obdržet podporu. Pokud občan musí být v zařízení, pak by se způsob života v zařízení měl co nejvíce podobat normálnímu životu.
5. Duševně postižený občan má právo na kvalifikovaného opatrovníka.
6. Duševně postižený občan má právo na ochranu před zneužíváním, pohrdáním a ponižujícím jednáním. Pokud postižený občan spáchá zločin má právo na řádné soudní vyšetřování a se zřetelem na jeho postižení.
7. Pokud občan není schopen v důsledku svého postižení využívat všech na svá práva, nebo je potřeba některá práva omezit musí se prokázat příslušná právní jistota proti jakémoliv formě zneužití.

Musí vycházet z odborného posouzení sociálních schopností duševně postižené osoby a musí podléhat pravidelné kontrole, jakož i právo se odvolat k vyšší instituci.

Více informací na adrese: <http://www.helpnet.cz/dokumenty/deklarace-prav/291-3>

Obrázek z první strany převzán a upraven z: <http://www.celeceskoctedetem.cz/cz/menu/564/nase-aktivity/akce-zapojenych-instituci/x2010/?pos=70>

Kde hledat pomoc

- **Děštní lékaři** – sledují tělesný i psychický vývoj vašeho dítěte při pravidelných prohlídkách. V případě podezření vás odešlou ke specialistovi.
- **Střediska rané péče** – jsou rozdělená dle typu postižení. Organizují setkávání rodičů dětí s postižením, půjčují literaturu, pomáhají při jednání s úřady a půjčují speciální pomůcky a hračky. Také zajišťují intervenční opatření pro vaše dítě.
- **Speciálněpedagogická centra (SPC)** - poskytují poradenské služby, zajišťují komplexní diagnostiku, vyhledávají vhodnou školu a sledují jak si dítě ve škole vede. Poskytují informace o postižení a pomáhají rodičům s komunikací na úřadech.
- **Podpůrné skupiny rodičů** – rodiče mají možnost sdílet své zkušenosti s dalšími rodinami, které čelí podobným problémům. Rodiče zde nacházejí podporu, povzbuzení a učí se efektivněji starat o dítě. Toto setkání zprostředkovávají střediska rané péče, SPC a neziskové organizace.
- **Nadace, občanská sdružení, církevní zařízení**

Kde hledat pomoc ve zlínském kraji

EDUCO Zlín o.s.

Tř. T. Bati 385,
763 02 Zlín,
tel.: 739 777 729

DIAKONIE ČCE - STŘEDISKO CESTA

Na Stavidle 1266
686 01 Uherské Hradiště
Tel: 734 113 309

OBČANSKÁ PORADNA CHARITY ZLÍN

Zálešná I/4057,
760 01 Zlín
Tel.: (+420) 577 012 454

NADĚJE

Okružní 5550,
760 05 Zlín
Tel.: 575 758 131, 739 227 875

PŘÍLOHA VI: BROŽURA PRO SESTRY

Jak pečovat a komunikovat s dětmi s mentální retardací



Pavλίna Paďourová

Obsah

Co je mentální retardace	3
Klasifikace mentální retardace	3
Příčiny mentální retardace	3
Diagnostika	4
Léčba:	4
Ošetrovatelská péče o dítě s mentální retardací	5
Zásady komunikaci s dítětem s mentální retardací.....	6
Deklarace práv duševně postižených lidí	7

Co je mentální retardace

Pojem mentální retardace v překladu znamená opoždění rozumového vývoje a byl přijat v roce 1959 Světovou zdravotnickou organizací. Mentální retardace je vrozená a trvalá, kdy dítě se od narození nevyvíjí standardním způsobem, projevuje se nízkou úrovní rozumových schopností, které se objevují při adaptaci na běžné životní podmínky.

Klasifikace mentální retardace

- Lehká mentální retardace (IQ 50 – 69)
- Středně těžká mentální retardace (IQ 35 - 49)
- Těžká mentální retardace (IQ 20 - 34)
- Hluboká mentální retardace (IQ je nižší než 20)

Příčiny mentální retardace

Mentální retardace může vznikat na podkladě vnitřních faktorů, které jsou zakódovány již v pohlavních buňkách a geneticky se přenáší na narozené dítě, nebo na podkladě vnějších faktorů, které mohou, ale nemusí být bezprostřední příčinou mentální retardace.

Příčiny mentální retardace dělíme do tří hlavních kategorií:

prenatální:

- vznikají v průběhu těhotenství, jde převážně o vlivy genetické, při kterých dochází k mutaci genů, které mohou být vyvolané zářením, dlouhodobým hladověním a chemickými vlivy. Na vzniku mentální retardace se může podílet i onemocnění matky během těhotenství, nejčastěji při infekčních onemocněních, endokrinních poruchách, kouření matky, nedostatku plodové vody, podvýživě matky, toxických látkách a alkoholu, který je nejčastější příčinou poškození mozku dítěte.

3

Perinatální:

- Perinatální období zahrnuje vlivy působící v průběhu porodu nebo časně po narození dítěte. Nejčastější příčina je způsobena encefalopatií, mechanickým poškozením mozku nebo kompresí novorozence při porodu, nedostatkem kyslíku (hypoxie), předčasným porodem, nízkou porodní váhou a těžkou novorozeneckou žloutenkou.

Postnatální:

- Zahrnuje období po porodu. Řadíme zde krvácení do mozku a nádorové onemocnění. Mentální retardace se může rozvinout i u dítěte, které vyrůstá v nepřátelském a nepodmíněném rodinném prostředí a u kterého dochází ke snížení intelektových schopností a k senzoricke, citové a sociokulturní deprivaci.

Diagnostika

Stanovení diagnózy mentální retardace vychází z psychologického vyšetření kognitivních funkcí (intelektových, anamnestických, exekutivních, vývojových škál...), posouzení adaptivního chování, klinického posouzení míry zvládnání běžných sociálně – kulturních nároků. Důležité je stanovení inteligentního kvocientu, který stanovuje výši IQ. IQ vyjadřuje poměr mezi mentálním (intelektovým vývojem) a chronologickým věkem (kalendářním věkem). Úkolem diferenciální diagnostiky je odlišit mentální retardaci od stavů, které ji mohou napodobovat.

Léčba:

V současné době léčba mentální retardace stále neexistuje. Důležitá je spolupráce zdravotnického personálu a rodiny

- Sociální rehabilitace
- Farmakoterapie – psychofarmaka, neuroleptika, nootropní látky a vitamín C a E, který umožňuje vychytávat volné radikály z těla a podporuje celkový růst a vývoj dítěte.
- Facilitovaná komunikace – komunikace pomocí druhé osoby

4

Ošetrovatelská péče o dítě s mentální retardací

Při hospitalizaci dochází k narušení běžného denního života dítěte, které je odděleno od rodiny, sourozenců a příbuzných. Prochází si neznámými a bolestivými zkušenostmi a je nuceno komunikovat se zdravotnickým personálem, který je pro něj cizí.

Zásady:

- při prvním kontaktu s dítětem první oslovuje dítě, poté doprovod,
- při přijetí zjistíte mentální věk, úroveň soběstačnosti a běžné chování dítěte,
- získáte si důvěru dítěte a přizpůsobte komunikaci jeho mentálnímu věku,
- dodržujte pravidelný denní řád, na který si dítě zvyklo,
- dítě odměňujte pochvalou za zvládnutí úkolů v daném dnu,
- u těžké mentální retardace pečujte komplexně o dítě,
- po dobu hospitalizace sledujte duševní stav dítěte, zajistěte bezpečnost, ošetrovatelskou péči a podporujte aktivizaci a sebevědomí dítěte.

Cílem ošetrovatelské péče je zvýšení samostatnosti a nácvik zlepšení sebepéče. Setry se snaží zlepšit komunikační dovednosti dítěte pomocí kontaktu s jinými lidmi.

Role sestry

- podporovat zdravý růst a vývoj dítěte,
- vytvářet přátelský a smysluplný vztah s dítětem a jeho rodiči,
- vytvářet optimální podmínky pro dítě, komunikaci a také naslouchat a projevovat zájem o blaho dítěte i rodiny,
- zapojovat rodinu do ošetrovatelské péče o dítě,
- sestra je stále pozitivně naladěná, citlivá, komunikující a vykonává vždy individuální ošetrovatelskou péči,
- úkolem sestry je působit v oblasti zdravotní výchovy, poradenství, v prevenci onemocnění a podpoře zdraví.

Zásady komunikaci s dítětem s mentální retardací

Komunikaci je nutné přizpůsobit individuálně k mentální úrovni dítěte.

Zásady při komunikaci:

- přistupujeme k dítěti jako k jiným zdravým dětem,
- udržujeme s dítětem oční kontakt,
- zachováváme pravidla společenského chování, zjistíme od dítěte popřípadě od jeho doprovodu, jak se dítě jmenuje, a jak chce, abychom mu říkali my,
- v komunikaci oslovíme první dítě, poté až jeho doprovod,
- informace přizpůsobujeme úrovni postižení, vývojovému období a individualitě dítěte, tempo řeči musí být pomalé, klidné, srozumitelné a příjemné, musíme sledovat neverbální projevy dítěte, používáme neverbální komunikaci event. poprosíme doprovod o pomoc s komunikací,
- s dítětem jednáme vždy trpělivě a tolerantně, musíme si na dítě vyhradit více času,
- věty volíme krátké a jasné,
- ověřujeme si porozumění dítěte,
- vyhýbáme se abstraktním pojmům, používáme vhodné přirovnání,
- omezíme rušivé vlivy prostředí,
- používáme přímá pojmenování, vyhýbáme se zájmenům, ukazujeme na předměty, osoby či části těla, o kterých hovoříme,
- reagujeme citlivě na potřeby dítěte, sledujeme reakci na naši přítomnost a změnu chování dítěte, neodmítáme jejich vřelé přijetí, spontánnost a otevřenost.

Deklarace práv duševně postižených lidí

Jedná se o soubor práv pro mentálně postižené lidi, který zajišťuje důstojný a plnohodnotný život. Deklarace byla schválena dne 20. 12.1971 Valným shromážděním Organizace spojených národů.

1. Duševně postižený občan má stejné práva jako ostatní lidé.
2. Duševně postižený občan má nárok na lékařské ošetření a terapii, která odpovídá jeho potřebám, i nárok na vzdělání, rehabilitaci a podporu vedoucí k rozvinutí jeho možným potenciálům a schopnostem.
3. Duševně postižený občan má právo na hospodářské zajištění a na přiměřený životní standard. Má právo na zaměstnání, které odpovídá jeho schopnostem.
4. Má právo žít se svoji vlastní nebo opatrovnickou rodinou. Rodina, ve které žije, by měla obdržet podporu. Pokud občan musí být v zařízení, pak by se způsob života v zařízení měl co nejvíce podobat normálnímu životu.
5. Duševně postižený občan má právo na kvalifikovaného opatrovníka.
6. Duševně postižený občan má právo na ochranu před zneužíváním, pohrdáním a ponižujícím jednáním. Pokud postižený občan spáchá zločin má právo na řádné soudní vyšetřování a se zřetelem na jeho postižení.
7. Pokud občan není schopen v důsledku svého postižení využívat všech na svá práva, nebo je potřeba některá práva omezit musí se prokázat příslušná právní jistota proti jakémoliv formě zneužití. Musí vycházet z odborného posouzení sociálních schopností duševně postižené osoby a musí podléhat pravidelné kontrole, jakož i právo se odvolat k vyšší instituci.

3Obrázek z první strany převzán a upraven z: <http://www.celeceskocetedetem.cz/cz/menu/564/nase-aktivity/akce-zapojenych-instituci/x2010/?pos=70>