

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Daniela Abrahámová

Ošetřovatelská péče o pacienta s mentální retardací

Nursing care of patient with mental retardation

Bakalářská práce

Litoměřice, duben 2012

Autor práce: Daniela Abrahámová

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **PhDr. Marie Zvoníčková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3.LF**

Odborný konzultant: **MUDr. Ludmila Kesslerová**

Pracoviště odborného konzultanta: **Městská nemocnice v Litoměřicích**

Předpokládaný termín obhajoby: 31.5. 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila jsem výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3.LF UK jsou totožné.

V Litoměřicích dne 25. dubna 2012 Daniela Abrahámová

.....

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí bakalářské práce paní PhDr. Marii Zvoníčkové za cenné rady, připomínky a odborné vedení.

Dále bych ráda poděkovala paní MUDr. Ludmile Kesslerové za vstřícný přístup a za odborné vedení při zpracovávání bakalářské práce.

V neposlední řadě bych ráda poděkovala staniční sestře Domova na zámku paní Martě Buňátové a své rodině za jejich nesmírnou trpělivost a podporu při mém studiu.

Obsah

ÚVOD	7
KLINICKÁ ČÁST OBECNÁ	8
1.1 ČLENĚNÍ MENTÁLNÍ RETARDACE.....	8
1.1.2 Mentální retardace.....	8
1.1.3 Zdánlivá mentální retardace	11
1.1.4 Demence.....	12
1.2 TYPY MENTÁLNÍ RETARDACE	13
1.2.1 Typ eretický	13
1.2.2 Typ apatický.....	13
1.3 STUPNĚ MENTÁLNÍ RETARDACE	13
1.3.1 Lehká mentální retardace	14
1.3.2 Středně těžká mentální retardace	15
1.3.3 Těžká mentální retardace	15
1.3.4 Hluboká mentální retardace	16
1.4 DIAGNOSTIKA MENTÁLNÍ RETARDACE	17
1.5 FORMY PÉČE O OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	18
1.5.1 Ústavy sociální péče.....	18
1.5.2 Osobní asistence.....	18
1.5.3 Pěstounská péče	19
1.5.4 Chráněné bydlení	19
2. KLINICKÁ ČÁST SPECIÁLNÍ	20
2.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O UŽIVATELCE.....	20
2.2 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA	21
2.3 TERAPEUTICKÁ OPATŘENÍ	22
2.3.1 Farmakoterapie.....	22
2.3.2 Dietoterapie	22
2.3.3 Rehabilitační ošetřovatelství	22
2.4 PŘÍJEM DO ZAŘÍZENÍ DNZ-DOMOV NA ZÁMKU	22
3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	22
3.1 TEORIE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU	23
3.1.2 FÁZE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU	23
3.2 MODEL OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE PODLE MARJORY GORDONOVÉ- MODEL FUNKČNÍCH VZORCŮ ZDRAVÍ.....	24
3.2.1 Vnímání.....	24
3.2.2 Výživa	25
3.2.3 Vylučování	25
3.2.4 Aktivita-cvičení.....	25
3.2.5 Spánek	26
3.2.6 Vnímání-poznávání	26
3.2.7 Sebepojetí, sebeúcta	26
3.2.8 Role	26
3.2.9 Reprodukce-sexualita.....	26

3.2.10. Stres, zátěžové situace.....	27
3.2.11. Víra.....	27
3.2.12. Jiné	27
3.3 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	27
3.3.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy	27
3.3.2 Potencionální ošetřovatelské diagnózy:	27
3.2.1. Deficit sebepěče ve všech denních činnostech související se základním onemocněním	28
3.2.2. Zácpa související se sníženou pohybovou aktivitou	30
3.2.3. Porušená verbální komunikace související se základním onemocněním	31
3.3.1. Riziko vzniku infekce močových cest související se zavedením permanentního močového katétru	31
3.3.2. Riziko poškození kožní integrity související s tělesnou imobilitou	32
3.4 DLOUHODOBÝ PLÁN PÉČE	33
3.4.1 Individuální výchovný a ošetřovatelský plán.....	34
3.4.2 Plnění individuálního výchovného a ošetřovatelského plánu	35
3.5 EDUKACE MATKY	37
3.6 PROGNOZA ZDRAVOTNÍHO STAVU	37
4. ZÁVĚR.....	38
5. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	39
6. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	40
7. SEZNAM PŘÍLOH.....	41

Úvod

Cílem mé bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče u pacientky s mentální retardací. Toto téma jsem si vybrala, protože pracuji jako všeobecná sestra v zařízení, kde pečuji o klienty s mentálním postižením. Cílem péče v našem zařízení je nejen poskytovat nepřetržitou ošetrovatelskou a zdravotní péči, ale také rozvíjet osobnost uživatelů po duševní i tělesné stránce na základě jejich individuálních potřeb a schopností.

Bakalářská práce má několik částí. Klinická část práce je zaměřená na charakteristiku onemocnění, typy mentální retardace, stupně mentální retardace diagnostiku mentální retardace a formy péče o osoby s mentálním postižením. V ošetrovatelské části je použita metoda ošetrovatelského modelu funkčních vzorů zdraví Marjory Gordonové. Informace o pacientce jsem získala ze zdravotnické dokumentace, od členů zdravotnického týmu, od matky, která souhlasila s použitím údajů pro účely této práce. Tyto informace jsem využila k formulování aktuálních a potencionálních ošetrovatelských diagnóz a sestavení krátkodobého a dlouhodobého ošetrovatelského plánu. Ošetrovatelský plán budu popisovat u osmnáctileté užitelky A.R. s diagnózou hluboká mentální retardace na základě kongenitální CMV infekce s encefalopatií. Tuto pacientku jsem si vybrala, protože, jsem jí do našeho zařízení přijímala a mohla jsem sledovat její adaptační proces. Vycházím ze zdrojů uvedených v seznamu literatury. Práci doplňují přílohy.

Klinická část obecná

1.1 Členění mentální retardace

Pojem mentální retardace znamená v překladu opožděnost rozumového vývoje a byl přijat z mezinárodní lékařské nomenklatury podle návrhu Světové zdravotnické organizace v roce 1959.(1.,str.8) Mentální retardace může být dědičná, vrozená nebo získaná a může mít řadu příčin. Mentální retardace může vzniknout nedostatečným vývojem mozku, u něhož nastalo hrubší poškození a má rozmanitý patologicko-anatomický základ a to vede k trvalému poškození všech funkcí. To znamená, že handicap zasahuje jak somatickou stránku, včetně pohybové soustavy, tak vede ke snížení, zpomalení až zastavení všech psychických projevů, a tím k omezení nebo až znemožnění začlenění jedince do společnosti. Další skupinu tvoří případy, kdy postižení vzniklo teprve po určité době normálního vývoje člověka, a to závažným onemocněním, nádorem či úrazem mozku. I tyto stavy mohou vést k trvalému nebo alespoň k dlouhodobému poškození.

Handicap může nastat:

- v době nitroděložního života-prenatálně,
- při porodu-perinatálně
- v pozdějším věku-postnatálně

Podle doby kdy handicap vznikl, jej můžeme členit:

- Mentální retardace
- Zdánlivá mentální retardace
- Demence- získaný defekt (2)

1.1.2 Mentální retardace

Za mentální retardaci se považují taková postižení, která vznikla v 50-60% před narozením dítěte, dalších 8% v průběhu porodu porodním úrazem a v 25-30% mají svůj původ ve vrozené látkové výměně či v poruchách vnitřní sekrece nebo v zánětech případně úrazech mozku, k nimž došlo brzy po narození.(2., str. 117)

Vrozená nebo částečně získaná mentální retardace se projevuje již velmi brzy zpomalením celkového vývoje dítěte. Somatický vývoj je porušený a jeho základem je difúzní poškození mozku dítěte, a proto se setkáváme s poruchami ve všech oblastech, jedinec se vyvíjí nepravidelně. U kojence lze pozorovat nejdříve jednoznačné anomálie ve vnějším vzhledu a výrazu tváře, dysfunkci pohybové soustavy, takže nezvedá v přiměřené době hlavičku, nezačíná včas sedět a sahat po předmětech, samostatná chůze se vyvíjí podstatně později, dítě má rovněž odlišné držení těla. Typický a často velmi nápadný je pomalý vývoj motoriky rukou. Dítě zůstává příliš dlouho ve svém vývoji na stejném bodě, chybí mu tvořivá aktivita, která je samozřejmá pro zdravé děti.(2)

Dále se projevuje postižení jednotlivých složek osobnosti dítěte, jeho psychických projevů, které nebývají rovnoměrné. Jde o celkově primitivní psychiku a vědomí, o poruchy pozornosti a paměti, vady řeči, která se vyvíjí úměrně rozumovému vývoji.

Myšlení zůstává na nižším stupni, zvláště vytváření pojmů a úsudků. Chování bývá nelogické, dítě se jeví jako neukázněné, neboť jeho volní stránka je ovlivňována afekty, které často převládají, zřetelná bývá sugestibilita. Více bývají postiženy vývojově mladší projevy, to znamená rozumové schopnosti, sociální citění a morální zábrany.(2., str. 117)

Mentální retardace může mít různé příčiny a tím i rozmanité speciální formy. Patří sem odchylky ve skladbě chromozomů, které se vyznačují charakteristickými znaky. Downova choroba je nejčastější chromozomální porucha slučitelná se životem, dochází k trizomii 21. chromozomu. (8.,str.425) 47XX, nebo 47XY, vyskytuje se u 1-2% narozených dětí. Tělesný i duševní obraz je u všech případů poměrně jednotný, děti mají typický vzhled, úzké a šikmé oční štěrby, daleko od sebe posazené oči, pravidlem je u vnitřního koutku očí svislý záhyb v kůži, tupý nos, malé uši se znetvořenými někdy až zakrnělými ušními boltci, rozbrázděný a velký jazyk, malý vzrůst, malé dlaně s opičí rýhou a krátkými prsty, suchá kůže a řídké vlasy, nevyvinuté pohlavní orgány. Stupeň slabomyslnosti se pohybuje v oblasti středního stupně postižení.

K poruchám ve skladbě chromozomů patří též Klinefelterův syndrom - 47XXY, 48XXXXY, 49 XXXXY, který se vyskytuje jen u mužských potomků a Turnerův syndrom- genotyp 45X, postihuje pouze ženské potomky, chromozom Y, chybí. Oběma postižením je společný nálezn hlavně v oblasti pohlavní, časté jsou infantilní projevy a snížení intelektu, které nemusí být vždycky výrazné.

Další formou mentální retardace jsou hormonální poruchy, k nimž patří kretenismus projevující se nedostatkem činnosti štítné žlázy. Pokud se váže hormonální porucha na určitá území a je vyvolána nedostatkem jódu ve vodě, ve vzduchu a v půdě jde o tak zvaný endemický kretenismus- tento druh se vyskytuje v různých oblastech zeměkoule, nejvýraznější je v Nepálu. Je vrozený, pravděpodobná je dědičná dispozice. Z příznaků je zřetelný malý vzrůst, různě velká struma, nízké čelo, sedlovitý nos, vady sluchu od nedoslýchavosti s vadami řeči až po hluchotu s následnou němotou.

Významnou skupinu defektů tvoří metabolické poruchy, které jsou spojené s řadou příznaků, s níž nejzávažnější je mentální retardace. V poslední době bylo popsáno více jak 50 druhů metabolických poškození mozku. Patří sem fenylketonurie- porucha metabolismu bílkovin, galaktosemie - porucha metabolismu cukrů, Wilsonova choroba- porucha metabolismu minerálních látek.(2.,str.117-118)

Poškození zárodku nebo plodu může nastat i dalšími negativními vlivy. Nejzávažnější je infekční onemocnění matky například zarděnkami-ty mohou u plodu vyvolat vývojové poruchy nervového systému, očí, uší, mohou být příčinou poruch psychického vývoje, infekce cytomegalovirem-u plodu může vyvolat opožďování duševního vývoje, poruchy sluchu, kapavkou- vzniká nebezpečí, že v průběhu porodu se může infikovat plod (spojivkový vak), což dříve končilo oslepnutím. Dnes je nařizováno provádět u každého novorozence prevenci kapavčitého zánětu spojivek vkápnutím jedné kapky Ophthalmo- Septonexu do spojivkového vaku každého oka. Mezi další příčiny vyvolávající poškození plodu patří otravy toxickými látkami- alkohol může způsobit alkoholovou embryopatii projevující se

opožděním psychického vývoje, malým vzrůstem, mikrocefalií a dalšími anomáliemi. Jako kritická dávka se uvádí 50-60g čistého alkoholu denně.(7) Drogy-nikotin-kouření během těhotenství mohou vést k intrauterinní retardaci. Velice nepříznivý vliv na organismus má nedostatek kyslíku, který může způsobit hypoxii mozku. Při hypoxii mozku dochází ke sníženému množství kyslíku ve tkáních a je způsobeno asfyxií neboli dušením způsobeným nedostatkem kyslíku, které má za následek hromadění kysličníku uhličitého v plicích a v tkáních.(2) Příčiny hypoxie-a)během těhotenství-onemocnění matky- anemie, hypertenze, plicní, srdeční onemocnění b) při porodu- pupečnickové komplikace, předčasné odlučování placenty, c) po porodu- vrozené srdeční vady, pneumonie, anemie, sepse novorozence. Také závažné úrazy matky mohou ohrozit zdárný vývoj nenarozeného dítěte.

1.1. Zdánlivá mentální retardace

Důležité místo zaujímá v duševních nedostatcích zdánlivá mentální retardace, která bývá také nazývána sociální oligofrenií. Je pro ni příznačné opoždění v celkovém, hlavně však v duševním vývoji dítěte, které je zapříčiněno nedostatečně podnětným prostředím, to znamená, že má sociální původ. Jde o dlouhodobou sociální a výchovnou zanedbanost od raného dětství, kdy dítě vyrůstá v nevhodném sociálním a výchovném prostředí, a proto se jedinec vyznačuje nedostatky ve vývoji celé osobnosti včetně celkového snížení rozumových schopností různého stupně. Projevuje se hlavně v oblasti myšlenkových procesů, zvláště v logickém a abstraktním myšlení a tím i v oblasti řečových dovedností. To se může projevit až v neschopnosti osvojit si průměrné základní vzdělání a v dosažení nižší vzdělanostní úrovně. Lze dokonce říci, že může nastat až nemožnost uplatnit se v dospělosti v životě společnosti.

Nesprávné výchovné vlivy a nedostatek výchovy jsou příčinou mentální retardace, a proto vyžadují tyto děti i mladiství jiné speciálně pedagogické postupy než děti oligofrenní a dementní. Vzhledem k tomu, že mentální postižení je pouze důsledkem zanedbávání vývojových možností

dítěte, je při včasné změně životních podmínek a při zabezpečení vhodného prostředí i vývojových vlivů možno v lehčích případech vyrovnat vývojové opožďení nebo jej alespoň zmírnit. (2)

1.1.4 Demence

Demence je získaný defekt, který je samostatným projevem, nastává po určité době zcela normálního vývoje dítěte, kdy již zvládlo základy řeči a obratnosti po druhém roce svého života, případně i později v předškolním nebo školním období. Počátky se mohou objevit v dospívání nebo v dospělosti. Nejvýznamnější rozdíl mezi oligofrenií a demencí spočívá v tom, že u demence nejde o poruchu, která zasahuje celou mozkovou kůru. Příčiny postižení mohou být meningitidy (záněty mozkových blan), encefalitidy (záněty mozku) různého původu, ale též mozkové nádorové onemocnění, atherosklerosa cév mozku, jiné dosud nejasné příčiny. Demence nepostihuje většinou celou osobnost dítěte či dospělého, porušují se izolovaně jednotlivé činnosti, objevují se poruchy paměti, vnímání či myšlení, poruchy v citové nebo ve volní oblasti, které se po odeznění akutního stavu a úspěšné rehabilitaci mohou zmírňovat, někdy lze narušené funkce dokonce úspěšně obnovovat.

U pouřazových případů záleží na závažnosti poškození mozkových buněk či celých partií mozku, na rozsahu krvácení do mozku a na délce bezvědomí. Úraz může skončit naprostou neschopností jedince k návratu do života. Stále častější je však zdařilá rehabilitační péče s postupným obnovováním všech dovedností a poznatků od nejjednodušších ke složitějším a náročnějším. U některých pacientů jsou nápadné změny osobnosti, které se objevují v emocionální sféře a ve volních procesech, takže lze zaznamenat deprese, afektivní stavy, nepřiměřené reakce na určité podmínky a situace. Úspěchem vědy jsou případy, kdy došlo k úplné nebo téměř k úplné reedukaci postižení. (2., str.120-121)

1.2 Typy mentální retardace

U mentální retardace lze rozlišovat typ eretický a apatický.

1.2.1 Typ eretický

Eretický typ je možno charakterizovat dráždivostí a neklidem, vzruch a útlum se velmi rychle střídá. Tyto děti se neustále pohybují, často rytmicky, jsou prchlivé a zlostné, na všechno sahají předměty ničí. V citové oblasti jsou velice nestálé, jejich emoce se rychle pozměňují, mají také slabou vůli, nevydrží u žádné činnosti, projevují se poruchy pozornosti, nedovedou se soustředit a přebíhají od jednoho předmětu k druhému. V rodině ani ve škole se nedovedou podřídit režimu, jsou nedisciplinované a neovladatelné, což souvisí do jisté míry i s jejich rozumovou úrovní.(2.,str.121)

1.2.2 Typ apatický

Naprostým opakem je typ apatický, u kterého probíhají procesy vzruchu a útlumu chorobně zpomaleně. Vyznačují se nepohyblivostí a nečinností. Všechny duševní procesy u nich probíhají velmi pomalu i jejich pohyby jsou zpomalené. Chovají se tiše a klidně. (2.,str.121)

1.3 Stupně mentální retardace

Při stanovení stupně postižení se teoreticky i prakticky orientované prameny opírají především o stanovení stupně dosažení mentální úrovně a inteligence jedince. Pro stanovení jednotlivých stupňů postižení se používají inteligenční testy. Inteligenční testy mají na základě určitých vybraných zkoušek stanovit pro každý věk tak zvaný inteligenční kvocient, podle rovnice:

$$IQ = \frac{VM(\text{věk mentální})}{VCH(\text{věk chronologický})}$$

To je poměr věku mentálního, zjištěného zařazenými i řešenými testy a věku chronologického. Základní nedostatek těchto testů však spočívá v tom, že se zjišťují zkušenosti a poznatky jedince a nikoliv pouhé mentální schopnosti, které podle Alfréda Bineta(1908) a jeho následovníků nezávisí na životních podmínkách.

I přes tyto evidentní nedostatky se při diagnostikování testy používají a člení inteligenci dětí, dospívajících i dospělých do několika pásem:

- za geniální se považují osoby s IQ nad 140
- za vysoce inteligentní s IQ nad 130
- za zjevně nadprůměrné s IQ 120-129
- za lehce nadprůměrné s IQ 110-119
- za průměrné jedince s IQ 95-109
- za lehce podprůměrné s IQ 86-94
- za těžce podprůměrné s IQ 70-85

Všichni ostatní patří podle této stupnice již mezi mentálně retardované.(2.,str.-122-123)

Podle nejnovější mezinárodní klasifikace nemocí (MKN -10) se dělí mentální retardace na tato pásma:

- Lehká mentální retardace- IQ 50-69
- Středně těžká mentální retardace- IQ 35-49
- Těžká mentální retardace- IQ 20-34
- Hluboká mentální retardace-IQ pod 20 (3.,str.151)

1.3.1 Lehká mentální retardace

Diagnostika lehké mentální retardace, pokud nejde o kombinované postižení, bývá často stanovena až v předškolním věku. V prvním roce života bývá dosahování základních vývojových mezníků, zejména v oblasti pohybových dovedností (sezení, lezení, chůze) většinou opožděno jen mírně a ani osvojení prvních slov nemusí být dramaticky opožděno.(3.,str.153) V charakteristice této úrovně mentálního postižení se uvádí, že lehce

mentálně retardovaní většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě, i když si mluvu osvojují opožděně. Většina z nich také dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, mytí, oblékání, hygienické návyky) a v praktických domácích dovednostech, i když je vývoj proti normě mnohem pomalejší. Hlavní potíže se u nich projevují při teoretické práci ve škole. Mnozí postižení mají specifické problémy se čtením a psaním. Lehce retardovaným dětem prospívá výchova a vzdělávání zaměřené na rozvíjení jejich dovedností a kompenzování nedostatků. (4.,str.29) Většina těchto jedinců se po ukončení docházky vyučí v prakticky zaměřených oborech nebo se zaučí pro jednoduchá zaměstnání. Při dostatečné sociální opoře dosahují tito lidé v dospělosti téměř úplné samostatnosti, potřebují pak jen menší míru pomoci či rady pouze v nových, složitějších životních situacích. (3)

1.3.2 Středně těžká mentální retardace

Opoždování vývoje je u jedinců se středně těžkou mentální retardací většinou zachyceno již v kojeneckém nebo nejpozději v batolecím období, opoždí se vývoj pohybový, ale zejména vývoj řeči je prakticky vždy od samého začátku výrazně retardován. V průběhu dětství si tito lidé obvykle osvojí aspoň minimální slovní zásobu, postačující pro základní dorozumění. Některé děti zvládají výuku podle osnov pomocné školy a mohou si osvojit základy čtení, psaní a počítání.(3.,str.154) V dospělosti jsou středně retardovaní obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, pokud mají úkoly pečlivě a přesně strukturovány a jestliže mají zajištěn odborný dohled.(4) V dospělosti žijí většinou v sociálních ústavech, kde se podporují činnosti, které přináší každému jednotlivci radost (péče o zeleninu, jednoduchá úklidová činnost, malování, zpěv).

1.3.3 Těžká mentální retardace

Ve většině případů jde o postižení kombinované, kdy k postižení rozumových schopností se zde přidružuje i různý stupeň postižení pohybových schopností, poruchy zraku a sluchu různého stupně. Velmi časté jsou poruchy chování v podobě stereotypních pohybů, hry s fekáliemi,

sebepoškozování, projevy stavů afektu a agrese.(5) I když možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou značně omezené, zkušenosti ukazují, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může výrazně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich samostatnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života.(4.,str.31) Tito jedinci potřebují trvalou péči a ošetřování.

1.3.4 Hluboká mentální retardace

Postižení jedinci jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům či instrukcím nebo jim vyhovět. Většina osob z této kategorie je imobilní nebo s výrazným omezením v pohybu. Postižení bývají inkontinentní a neschopní komunikace. Mají jen malou či žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují pomoc a stálý dohled.(4) Jejich komunikace bývá globální- dávají najevo pouze svou spokojenost například úsměv, nebo nespokojenost, kterou vyjadřují napětím a pláčem.(3) Většinou jsou umístěni v ústavech sociální péče. Vyžadují trvalé ošetřování po všech stránkách, je nutno je krmit a dbát o celkovou tělesnou hygienu.

1.4 Diagnostika mentální retardace

Diagnostika mentální retardace je dlouhodobý proces, jenž musí brát v úvahu všechny systémy, které ovlivňují život dítěte. K diagnostice rozumových schopností se užívají inteligenční testy. Jejich cílem je odhalit nejen úroveň rozumových schopností dítěte, ale také strukturu těchto schopností. M.Dolejší (1978) upozorňuje na to, že při diagnostice opožděného duševního vývoje nelze vystačit s pouhým testováním inteligence. Předpokladem pro stanovení mentální retardace je podle jeho názoru použití souboru zkoušek, podrobné klinické zhodnocení chování a osobnosti dítěte při vyšetření, zhodnocení, podrobné anamnézy a životních podmínek, emočních a deprivčních činitelů, které se uplatňovaly v průběhu jeho vývoje.

Při posuzování dítěte se sledují zejména tyto oblasti: zdravotní stav současný i zdravotní stav v minulosti, tělesný vývoj, rozumové schopnosti, zraková percepce, sluchová percepce, pravolevá a prostorová orientace, kinestetické vnímání, hmat, motorika, grafomotorika, úroveň koncentrace, řeč, paměť, temperament, motivace, vnímání sebe samého, prožitky a zkušenosti, zájmy, sebepojetí, sebehodnocení, vrozené a zděděné vlastnosti emocionální, volní a další charakteristiky.(4.,str.33)

Na základě stanovené diagnózy si pak můžeme vybrat optimální výchovné postupy, ovlivňovat podmínky života a výchovy dítěte a dosahovat tak postupných změn ve vývoji.(4)

1.5 Formy péče o osoby s mentálním postižením

1.5.1 Ústavy sociální péče

Systém ústavní péče spadá do kompetence Ministerstva Práce a sociálních věcí České republiky. Často jsou domovem pro klienty, kteří z různých důvodů nemohou žít doma v rodině.(6)

Pro mentálně postižené se zřizují ústavy s denním, týdenním a celoročním pobytem. Denní ústavy (stacionáře) pečují o děti, mládež i dospělé klienty. Obsah činnosti jednotlivých stacionářů je různý, závisí na potřebách a schopnostech klientů. Nejčastěji se orientují na vzdělávací aktivity, pracovní a další formy rehabilitace, různé druhy terapií, volnočasové aktivity.(4)

Týdenní zařízení představují kompromis mezi domácí a ústavní péčí. Klienti v týdenních zařízeních zpravidla žijí velmi spokojeným životem, protože se mají stále na co těšit. V průběhu týdne se těší domů na rodiče a sourozence a koncem víkendu již zase vzpomínají na své kamarády v zařízení a chystají se za nimi.

Podle zákona č.100/1988Sb. o sociálním zabezpečení se v ústavech sociální péče s celoročním pobytem pro mentálně postižené poskytuje zejména bydlení, zaopatření, zdravotní péče, rehabilitace, kulturní a rekreační péče, v případě potřeby osobní vybavení a umožňuje se s přihlédnutím ke stupni postižení též přiměřené pracovní uplatnění. V ústavech pro děti a mládež se má poskytovat též výchova a vzdělávání. Ústavy sociální péče mají dosud v péči o lidi s mentálním postižením velmi důležité poslání a plní úkoly, na jejichž plnění není v současné době připravena žádná jiná instituce ani žádný jiný subjekt. (4.,str.144)

1.5.2 Osobní asistence

Služby osobní asistence v typické podobě jsou služby vymezené a řízené uživatelem. Specifická role osobního asistenta mentálně postižených spočívá v tom, že svojí činností nesupluje roli některého z fyzických orgánů postiženého člověka nebo funkce některého z jeho smyslů (nejčastěji zraku

nebo sluchu), nýbrž pomáhá kompenzovat závažné nedostatky jeho psychiky, která je někdy poškozená to té míry, že dostatečně nekoordinuje ani činnost tělesných orgánů. Práce osobního asistenta mentálně postižených je mimořádně náročná. Asistent by měl být nejen pomocníkem, průvodcem životem, advokátem svého klienta, ale především jeho blízkým člověkem, který s ním bude prožívat jeho život a bude myslet nejenom za něj, ale také to s ním bude myslet dobře.(4)

1.5.3 Pěstounská péče

Dosud netradiční formou péče o mentálně postižené je pěstounská péče. U nás tato forma péče o děti nebo dospělé zatím není vžitá, ale, v mnoha zemích je běžné, že rodina ke svým vlastním dětem přijme do pěstounské péče i dítě s mentálním postižením, o něž se jeho vlastní rodiče z nejrůznějších příčin nemohou starat.(4)

1.5.4 Chráněné bydlení

Modernější obdobou ústavní péče je chráněné bydlení. Jeho význam spočívá v tom, že několik klientů s mentálním postižením bydlí společně v bytě nebo rodinném domku. Chráněné bydlení by mělo svou povahu připomínat společnou domácnost, kde dospělým klientům pomáhají asistenti s úklidem, s vařením, se sebeobsluhou a se vším, co klienti nejsou schopni sami zvládat. Rozsah služeb poskytovaných klientům chráněného bydlení závisí na jejich potřebách a míře závažnosti jejich postižení. Pro těžce mentálně postižené klienty je nezbytné zajistit asistenční služby po dobu 24 hodin denně i o víkendech, svátcích a prázdninách.(4)

2. Klinická část speciální

2.1 Základní údaje o uživatelce

Pacientku v souladu se směrnicemi našeho zařízení nazývám ve své práci uživatelkou.

Jméno a příjmení: A.R.

Věk: 18 let

Vyznání: bez víry

Zájem o spirituální služby: ne

Povolání: 0

Národnost: česká

Osoba, kterou lze kontaktovat: matka

Oslovení: „Aničko“

Datum přijetí: 6.6. 2011

Hlavní důvod přijetí: imobilita po úrazu- kontuze míchy s traumatickou hemorragií v oblasti Th 8.

Lékařská diagnóza:

- F-73 Hluboká mentální retardace na základě kongenitální CMV infekce s encefalopatií
- G.82.2 Paraplegie
- I 10 Esenciální primární hypertenze
- H52.0 Dalekozrakost
- H50.9 Strabismus konvergentní
- N31.9 Nervově svalová dysfunkce močového měchýře
- M41 Skoliosa

2.2 Lékařská Anamnéza

Informace byly získány z lékařské dokumentace. Jedná se o aktuální stav při příjmu do zařízení.

Nynější onemocnění: 25.2.2011 pád v korzetu diagnóza- kontuze míchy s traumatickou hemorrhagií v oblasti Th 8, myelopathie v celém rozsahu, těžká paraparéza až paraplegie dolních končetin. Před úrazem uživatelka chodila s pokrčenými dolními končetinami a s korzetem.

Rodinná anamnéza: matka zdravá, otec s rodinou nežije, je zdrav

Osobní anamnéza: z 2. rizikové gravidity /1xSP/, v 7.měsíci nepravidelné kontrakce, porod v 38.týdnu těhotenství spontánní, záhlavím diagnostikována kongenitální cytomegalovirová infekce s proběhlou encefalopatií. Porodní hmotnost- 2700g, porodní délka- 46cm. Od roku 2002 v ÚSP Česká Kamenice

Úrazy: stav po distorzi pravé dolní končetiny v roce 2006, opařenina levého třísla v roce 2001

Alergická anamnéza: negativní

Farmakologická anamnéza:

- Trimepranol 10mg (1/2-0-1/2)
- Bisacodyl supp. 1xtýdně

Stav při přijetí: TK-120/70, P- 72', Výška: 145cm, Váha-45kg, BMI-21,4. Osmnáctiletá uživatelka, stav hydratace v normě, bez ikteru, cyanózy, eupnoe. Hlava: mikrocefalie, sedlovitý nos, strabismus. Dutina ústní klidná, vysoké patro. Krk: karotidy tepou symetricky, náplň krčních žil nezvětšená, štítná žláza nehmatná. Hrudník: akce pravidelná, ozvy 2 ohraničené, dýchání čisté bilaterálně. Břicho:obézní, volně prohmatné, hepar k obluku, lien nehmatný, zaveden PMK. Dolní končetiny- plegie, svalová atrofie, jizva po popálenině v levém třísle.

Psychomotorický vývoj: Uživatelka sleduje okolí, reaguje dobře na matku, vydává neartikulované zvuky, leží pasivně, posazována do vozíku, aktivní držení chabé, aplikace páteřní ortézy v sedu, krmena lžící, pije z hrnku.

2.3 Terapeutická opatření

2.3.1 Farmakoterapie

Trimepranol 10mg (1/2-0-1/2) beta-blokátor, indikován při léčbě hypertenze. Bisacodyl supp. (1x týdně per rektum), laxancia. Přípravek je indikován při léčbě akutní nebo chronické zácpy.

2.3.2 Dietoterapie

Vzhledem k základnímu onemocnění byla uživatelce doporučena dieta č.3/mletá. Uživatelka přijímá stravu s dopomocí personálu.

2.3.3 Rehabilitační ošetřovatelství

Pasivní protahování dolních končetin, stimulace horních končetin, nácvik drobných pohybů ruky, pobyt na invalidním vozíku, přiřkládání ortézy na trup, hra na tělo-vytleskávání rytmu rukama, vytleskávání rytmu dlaněmi o nohy, házení s míčky.

2.4 Příjem do zařízení DNZ-Domov na zámku

Uživatelka byla přijata do našeho zařízení 6.6.2011 v 9hod. Byla přeložena z dětského oddělení v Městské nemocnici v Litoměřicích, přijela v doprovodu své matky. Uživatelka byla uložena na osmilůžkový pokoj č. 212 na první patro. Matka zůstala s pacientkou až do večera, během dne byla s matkou sepsána ošetřovatelská anamnéza.

3. Ošetřovatelská část

V této části práce se zabývám poskytováním ošetřovatelské péče, pomocí ošetřovatelského procesu. Pro sepsání ošetřovatelské anamnézy jsem si vybrala model funkčních vzorců zdraví Marjory Gordonové. Plán ošetřovatelské péče jsem stanovila v den přijetí do zařízení.

3.1 Teorie ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces je série vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch nemocného, případně za jeho spolupráce při individualizované ošetrovatelské péči. Ošetrovatelský proces poskytuje pacientům systematickou, důslednou a kontinuální péči. Reflektuje změny jejich zdravotního stavu. Je to dynamicky probíhající proces, který odráží samostatné funkce profesionálního ošetrovatelství. Uskutečňuje se v 5 fázích.(9., str. 7,25)

3.1.2 Fáze ošetrovatelského procesu

1. Zhodnocení nemocného- „*kdo je můj nemocný?*“

- ošetrovatelská anamnéza
- zhodnocení nemocného pomocí – rozhovoru, pozorování, testování, měření

2. Stanovení ošetrovatelských potřeb, problémů, diagnóz- „*co ho trápí?*“

- ošetrovatelské problémy identifikované sestrou
- problémy pocíťované nemocným
- dohoda s nemocným o pořadí jejich naléhavosti

3. Vypracování individualizovaného plánu ošetrovatelské péče

„*co pro něj mohu udělat?*“

- stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů ošetrovatelské péče
- návrh vhodných opatření na jejich dosažení
- dohoda s nemocným o pořadí naléhavosti jejich provedení

4. Realizace aktivní individualizovaná péče

5. Zhodnocení efektu poskytnuté péče- „*pomohla jsem mu?*“

- objektivní změření účinku péče
- zhodnocení fyzického a psychického komfortu nemocného
- úprava ošetrovatelského plánu (9.,str.15)

3.2 Model ošetrovateľskej péče podľa Marjory Gordonovej- Model funkčných vzorců zdravia

Model vznikl v 80. letech minulého století v USA. Odborníci na ošetrovateľskú teóriu označujú model Marjory Gordon za najkomplexnejší pojetí človeka v ošetrovateľstve z hľadiska holistickej filozofie. Základnú štruktúru tohto modelu tvorí celkom dvanásť oblastí, z nichž každá predstavuje funkčnú alebo dysfunkčnú súčasť zdravotného stavu človeka. Pri kontakte s pacientom sestra pátra po funkčných či dysfunkčných vzorcích zdravia. Pokiaľ sestra stanoví dysfunkčný vzorec zdravia, musí ho označiť, vytvoriť ošetrovateľskú diagnózu a postupovať ďalej podľa ošetrovateľského procesu.(10)

Dvanásť vzorců zdravia M. Gordon obsahuje:

- Vnímání zdravia
- Výživa-metabolizmus
- Vylučování
- Aktivita-cvičení
- Spánek-odpočinek
- Citlivost-poznávaní
- Sebepojetí-sebeúcta
- Role-vztahy
- Reprodukce-sexualita
- Stres- zátěžové situace
- Víra-životní hodnoty
- Jiné (11)

3.2.1 Vnímání

Uživatelka přijela v doprovodu své matky. Je při vědomí, vzhledem ke svému základnímu onemocnění nevnímá svůj zdravotní stav, není orientovaná miestem, časem, ani osobou. Nezvládá manipuláciu s léky, nerozlišuje osobu blízkou alebo cizí. Matka uvádza, že uživatelka je väčšinu dňa spokojná, klidná, má rada kontakt s druhou osobou.

Ráda si hraje s hračkami, které vydávají zvuky. Když pocítuje něco nepříjemného pláče anebo osobu odstrkuje rukama. Při příjmu uživatelka sedí na invalidním vozíku má přiloženou ortézu na trupu, je klidná, usměvavá, sleduje pohyb osob. Otáčí se za zvuky. Uživatelka byla uložena na první patro, osmilůžkový pokoj číslo 212.

3.2.2. Výživa

Dle informací od matky je uživatelka zvyklá denně vypít 1,5-2 l tekutin, k pití má nejraději ovocné šťávy, džusy a čaje. Je zvyklá mít u lůžka džbán s pitím, když má žízeň ukazuje na hrneček, ze kterého se napije. K jídlu má nejraději brambory a bramborovou kaši, suchou stravu-rohlík, chleba si sama drží a ukusuje. Nemá ráda jogurty. Během krmení se snaží vkládat lžící s porcí jídla do úst. Chuť k jídlu má přiměřenou Je zvyklá jíst 5x denně. Uživatelka A.R. měří 145cm a váží 43,2kg. Její BMI je vypočítán na hodnotu 21,4. Způsob stravování je ovlivněn základním onemocněním. Uživatelka má doporučenou stravu č.3/mletou. Stravování v lůžku. V období 6 měsíců bez výrazného váhového úbytku nebo přírůstku. Při jídle potřebuje pomoc druhé osoby.

3.2.3 Vylučování

Dle matky má sklon k vysychání pokožky, po koupeli je zvyklá používat hydratační mléko na celé tělo. Barva kůže bledá, suchá, kožní turgor v normě. Uživatelka nemá žádné změny na kůži. Uživatelka je plně inkontinentní, má zaveden permanentní močový katétr Foley č.14, Lot 9059005Q - moč čirá, bez příměsí. Denní diuréza- 1500ml/24hod. Uživatelka trpí zácpou. Vyprazdňuje se po podání čípku Bisacodyl supp. dle ordinace lékaře. Stolice odchází do plenkových kalhotek.

3.2.4. Aktivita-cvičení

Uživatelka je schopná se na lůžku sama posadit a otočit na bok. Na levou i pravou stranu. Každý den je zvyklá být na invalidním vozíku, na vozíku musí mít přiloženou ortézu na trup. Na lůžku si nejraději hraje s hračkami vydávající zvuk, chrastítka a s plyšovými medvídky.

Velmi ráda sleduje pohádky v televizi a poslouchá hudbu. Z důvodu základního onemocnění je pacientka plně závislá na pomoci druhé osoby. Veškeré úkony spojené s péčí o pacientku převzal ošetřující personál.

3.2.5. Spánek

Pacientka je zvyklá spát 7-8 hod. denně. Před spaním ráda sleduje televizi nebo poslouchá pohádky v rádiu. Pravidelně usíná kolem 21hod. a budí se kolem 6 hodiny. Během noci se někdy budí, posazuje se a brouká. Je zvyklá mít malý polštářek pod hlavou, žužlá rohy peřiny nebo povlečení. Neužívá léky na spaní. Způsob odpočinku je pasivní (polehává).

3.2.6. Vnímání-poznávání

Pacientka verbálně nekomunikuje, vydává pouze neartikulované zvuky. Houká, směje se. Slyší dobře, otáčí se za známým hlasem, zvukem. Na oslovení „Aničko“ otáčí hlavu. Dle matky komunikuje ukazováním na předměty, které si přeje podat. Uživatelka je dalekozraká, nosí brýle. Brýle může mít nasazeny jen v přítomnosti druhé osoby, jinak by je rozbila. Udrhuje kontakt s rodinou, s matkou, babičkou, dědou a tetou.

3.2.7. Sebepečení, sebeúcta

Uživatelka má ráda kontakt s druhou osobou, hlazení po vlasech. Nemá ráda hluk nebo křik v místnosti. Když je spokojená, je klidná, usměvavá, brouká si nebo si hraje s hračkami. Když je nespokojená pláče, vyhazuje předměty z lůžka.

3.2.8. Role

Uživatelka je v trvalém kontaktu se svojí rodinou. Nestýká se s otcem.

3.2.9. Reprodukce-sexualita

Uživatelka má nepravidelný menstruační cyklus. Je plně inkontinentní.

3.2.10. Stres, zátěžové situace

Matka udává, že na hluk a křik v místnosti reaguje pláčem. Pokud něco nechce, vyhazuje věci, hračky z lůžka, osoby odstrkuje rukou a otáčí se na druhou stranu.

3.2.11. Víra

Uživatelka nevyznává žádnou víru.

3.2.12. Jiné

Matka mě upozornila, že uživatelka nemá ráda hluk, křik. Má ráda šimrání v obličejové části. Nerada si stříhá nehty a čistí zuby. Je zvyklá spát v pyžamu, přes den nosí tepláky a tričko nejlépe s dlouhým rukávem. Její nejoblíbenější hračka je velké dřevěné počítadlo s kuličkami, je zvyklá ho mít většinu dne v lůžku.

3.3 Ošetřovatelské diagnózy

Na základě informací získaných z ošetřovatelské anamnézy jsem první den přijetí sestavila ošetřovatelské diagnózy a plán ošetřovatelské péče. Vyhodnocení jsem provedla týž den při ukončení 12 hodinové směny. Ošetřovatelské diagnózy jsou rozděleny na aktuální a potencionální diagnózy.

3.3.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy

1. Deficit sebedpěče ve všech denních činnostech související se základním onemocněním
2. Zácpa související se základním onemocněním a se sníženou pohybovou aktivitou
3. Porušená verbální komunikace související se základním onemocněním

3.3.2 Potencionální ošetřovatelské diagnózy

1. Riziko vzniku infekce močových cest související se zavedením permanentního močového katétru
2. Riziko vzniku dekubitů z důvodu tělesné imobility

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

3.2.1. Deficit sebeděže ve všech denních činnostech související se základním onemocněním

Cíl

- Pacientka dosahuje maximální míry soběstačnosti
- Pacientka je čistá a upravená
- Dochází k uspokojování základních potřeb

Plán péče

- Zhodnocení míry soběstačnosti dle Barthelova testu (viz příloha č. 4)
- Zajištění rehabilitace – pasivní protahování dolních končetin á 4 hodiny, odpoledne pobyt na invalidním vozíku
- Polohování á 4 hod.
- Zapojit do péče rodinu
- Spolupráce s ergoterapeutkou
- Aktivizace pacientky
- Podpořit pacientku v její snaze o soběstačnost
- Využití všech dostupných pomůcek

Realizace

Hygienická péče: Do koupelny jsem uživatelku přivezla na lehátko, v koupelně jsem jí přesunula na mycí lůžko-ario. Uživatelka má své vlastní mycí potřeby- jahodový šampón na vlasy a krémový sprchový gel na tělo, hydratační tělové mléko, kartáček a pastu. Koupel začala omytím obličeje, uživatelce bylo nepříjemné stříknutí vody na obličej, proto jsem jí obličej otírala pouze namočenou žínkou, poté následovalo čištění zubů a mytí vlasů. Uživatelka byla spokojená při mytí vlasů, naopak čištění zubů se jí vůbec nelíbilo, ruce si dávala před obličej a tak se snažila vyčištění zubů zabránit, nakonec jsem její pozornost odvedla vložení mokré žínky do rukou a tak se mi podařilo zuby vyčistit. Poté následovalo mytí celého těla.

Uživatelku jsem se snažila aktivovat tím, že jsem jí vkládala do ruky mokrou žínku, uživatelka si žínku prohlížela, ale nebyla schopná se omýt. Po celkové koupeli jsem uživatelku přesunula na suché lehátko s ručníky. Po osušení, jsem vyčistila uši, ostříhala nehty a celé tělo promazala hydratačním tělovým mlékem, kůži v oblasti genitálu jsem ošetřila ochranou mastí. Obličej namazala BA krémem a vlasy ošetřila březovou vodou. Po zahalení do županu jsem uživatelku odvezla zpět na pokoj. Na pokoji jsem uživatelku oblékla do pohodlných bavlněných tepláků a trička s dlouhým rukávem. Uživatelka byla během koupele spokojená, spolupracovala, pouze se jí nelíbilo čištění zubů.

Oblékání/svlékání: Uživatelka má své prádlo uložené ve skříni na svém pokoji. Během dne jsem uživatelku oblékla do pohodlných tepláků a trička s dlouhým rukávem. Během oblékání uživatelka spolupracovala, natahovala a pokrčovala horní končetiny k usnadnění natažení vrchní části oblečení. Tepláky jsem oblékla bez pomoci uživatelky.

Tělesná hybnost/aktivita: Každé 4 hodiny jsem pasivně protahovala dolní končetiny. Uživatelku jsem po obědě vysadila na vozík s ortézou přiloženou na trupu a na herně zkoušela rozvoj jemné motoriky, vkládáním pastelky do ruky.

Příjem potravy/tekutin: Uživatelku jsem během celého dne krmila lžící, během krmení jsem jí aktivizovala vkládáním lžice do ruky. Při večeři sama ukusovala chleba namazaný s pomazánkou. Sama pila z hrnku.

Vyprazdňování: Uživatelka má zavedený permanentní močový katétr- katétr byl průchodný, moč čirá bez příměsí. Denní diuréza 1500ml/24hod. Uživatelka trpí zácpou, vyprazdňuje se pouze po podání čípků dle ordinace lékaře.

Hodnocení

Pacientka dle Barthelova indexu získala 5 bodů - je vysoce závislá na pomoci druhé osoby. Pacientka je z velké části závislá na péči druhé osoby. Při koupeli jsem uživatelku aktivizovala vkládáním mokré žínky do rukou, uživatelka si žínku prohlížela, ale nebyla schopná se omýt.

Během koupele byla uživatelka spokojená, spolupracovala, nelíbilo se jí čištění zubů. Během krmení jsem vkládala uživatele lžící do ruky, s dopomocí snědla celou porci jídla. Při oblékání pomohla rukama k oblečení vrchního dílu jinak je zcela závislá na péči druhé osoby. Při protahování dolních končetin uživatelka spolupracovala, nebránila se. Na invalidním vozíku s přiloženou ortézou byla spokojená, sledovala ostatní uživatele a hrála si s dřevěným počítadlem. Vkládání pastelek do ruky uživatelku nezaujalo, pastelky sama neuchopila, při vložení pastelky do ruky jí upustila, více jí zaujaly barevné kuličky na počítadle.

3.2.2. Zácpa související se sníženou pohybovou aktivitou

Cíl

- Pacientka se bude pravidelně vyprazdňovat s použitím Bisacodylu 1x týdně

Plán péče

- Zajistit stravu bohatou na vlákninu včetně ovocných šťáv
- Zajistit optimální hydrataci - 1,5-2 l tekutin denně
- aplikace léků dle ordinace lékaře
- aplikace klyzmatu ev. manuální vybavení- dle ordinace lékaře
- zajistit dostatečnou hygienu po vyprázdnění

Realizace

Uživatelce byla zajištěna strava bohatá na vlákninu, vypila 2 litry ovocných šťáv, přesto nedošlo k odchodu stolice. Dle ordinace lékaře byl aplikován čípek Bisacodyl. Do dvou hodin došlo k odchodu stolice do plenkových kalhotek. Po vyprázdnění byla zajištěna hygienická péče s použitím zinkové ochranné masti.

Hodnocení

Pacientka se vyprazdňuje po aplikaci čípku dle ordinace lékaře.

3.2.3. Porušená verbální komunikace související se základním onemocněním

Cíl

- Sestavení komunikační knihy
- Využití neverbálních prostředků ke komunikaci

Plán péče

- Každý den při komunikaci s uživatelkou používat komunikační knihu
- Zajistit, aby matka při návštěvách komunikační knihu používala

Realizace

Pro uživatelku byla ve spolupráci s ergoterapeutkou vytvořena komunikační kniha. Kniha obsahuje obrázky věcí pacientky, cílem je aby uživatelka pochopila, že když si bude něco přát, ukáže na konkrétní obrázek a personál jí danou věc podá. S knihou byla seznámena i matka. Matka souhlasila s používáním komunikační knihy a při svých návštěvách jí bude používat. Během celého dne jsem při komunikaci s uživatelkou používala komunikační knihu, když ukázala na obrázek, vkládala jsem jí předmět do ruky.

Hodnocení

Komunikační kniha je novinka, zatím se s ní uživatelka seznamuje. Momentálně pacientka komunikuje tím, že ukazuje na předměty, které si přeje podat.

Potencionální ošetřovatelské diagnózy

3.3.1. Riziko vzniku infekce močových cest související se zavedením permanentního močového katétru

Cíl

- Včasné odhalení příznaků infekce

Plán péče

- zajištění optimální hydratace (min. 1,5-2l tekutin denně)
- Dodržovat zásady asepsy při péči o PMK
- Odběr a odeslání moče na vyšetření- dle ordinace lékaře
- Sledování známek infekce-zarudnutí, patologická sekrece, výsledky laboratorních vyšetření
- Měnit katétr v intervalu 21dnů
- Pravidelná kontrola TT
- Zajistit zvýšenou hygienickou péči
- Sledování množství, barvy, zápachu, příměsí moče

Realizace

Uživatelka má zaveden permanentní močový katétr Foley č.14, Lot9059005Q. Při příjmu byla z katétru odebrána moč na bakteriologické vyšetření do sterilní zkumavky a odeslána do mikrobiologické laboratoře. Moč byla odváděna do sběrného sáčku. Uživatelka za den vypila dva litry tekutin. Při každé hygieně genitálu bylo okolí katétru dezinfikováno roztokem Ajatin 1% a sterilními tampóny. Třikrát denně byla kontrolována tělesná teplota, její hodnota se pohybovala v pásmu normální teploty.

Hodnocení

U uživatelky se neobjevily místní známky infekce po zavedení PMK. Katétr byl funkční, moč širá bez příměsí. Tělesná teplota byla normální. Uživatelka vypila dva litry tekutin.

3.3.2. Riziko poškození kožní integrity související s tělesnou imobilitou

Cíl

- Včasná identifikace poškození kůže

Plán péče

- Zhodnocení rizika vzniku dekubitů- (viz příloha č. 3)

- Péče o hygienu kůže
- Udržovat kůži v čistotě a suchu
- Pravidelná kontrola povrchu kůže/tlakové body
- Oblékání do volného oděvu
- Provádět častou výměnu osobního i ložního prádla
- Pravidelné polohování á 4hod.
- Ochrana před vznikem otlaků pomocí pomůcek k polohování (podložky, polštáře)

Realizace

U uživatelky A.R. byla zajištěná pravidelná péče o kůži, používání jemných mýdel, kosmetických krémů a mastí k promašťování kůže. Uživatelku jsem oblékala do volných bavlněných oděvů, které zakoupila matka. Lůžko bylo suché a čisté. Uživatelku jsem po obědě vysadila na vozík. Při pobytu na lůžku jsem používala polohovací pomůcky-polštáře, ostatní pomůcky pacientka vyhazovala z lůžka.

Hodnocení

U pacientky nedošlo k poškození kůže.

3.4 Dlouhodobý plán péče

V dlouhodobé péči jsem se zaměřila na adaptační období trvající jeden měsíc ode dne přijetí do zařízení. Zaměřila jsem se na následující okruhy péče: sebeobsluha, jemná motorika, hrubá motorika, myšlení, vnímání, řeč. Vytvořila jsem individuální výchovný a ošetrovatelský plán. Plnění plánu hodnotím v jednotlivých týdnech adaptačního období.

3.4.1 Individuální výchovný a ošetrovatelský plán

Sebeobsluha:

- podporovat přijímání potravy lžící s dopomocí
- pití s hrnku
- podporovat ukusování s většího celku (rohlík, kobliha)
- podporovat spolupráci při svlékání a oblékání
- stahování jednodušších věcí (ponožky)

Jemná motorika:

- podporovat manipulaci s předměty (stavění kostek, trhání, muchlání papíru, zvukové hračky, rozpojování kostek)
- cílené vyndání a vkládání předmětů
- komín z větších kostek
- stimulovat prstový úchop (korálky, kostičky, drobné předměty)
- podporovat spontánní čmárání
- práce s modelínou, prstovými barvami

Hrubá motorika:

- Podporovat pohyblivost dolních končetin- pasivní protahování
- Cvičení na rehabilitačním míči

Myšlení, vnímání, řeč:

- aktivní vyhledávání zvukových podnětů (chrastítka, budík)
- stimulovat sluchové vnímání různými zvuky, různé intenzity
- využití hudby k relaxaci a aktivizaci
- rozvoj zrakového vnímání
- prohlížení knížek, leporela
- podporovat změny prostředí (herna, zahrada, vycházky do okolí)
- používání komunikační knihy- využití alternativní a augmentativní komunikace- vychází z předpokladu, že ke komunikaci lze využít i aktuální schopnosti a dovednosti člověka a že nedostatečnou mluvenou řeč lze kompenzovat nehlasovými způsoby sdělování.

(12)

3.4.2 Plnění individuálního výchovného a ošetrovatelského plánu

1. týden 6.6.-12.6.2011

Uživatelka při příjmu stravy dobře spolupracovala, sama uchopovala lžičku s porcí jídla a dávala si jí do úst. Rohlík, chleba s pomazánkou i sladké pečivo jedla samostatně bez pomoci. Z hrnku pila sama. Při svlékání a oblékání spolupracovala velmi málo. Každé 4 hodiny jsem pasivně protahovala dolní končetiny, uživatelka se tvářila spokojeně, nebránila se. Po obědě jsem uživatelku vysadila na invalidní vozík s přiloženou ortézou na trup. Tento týden jsem zkoušela úchop pastelky. Pastelky uživatelku nezaujaly, sama je neuchopila. Při vložení pastelky do ruky ji hned upustila. Dále jsem se zaměřila na rozvoj sluchového vnímání, aktivním vyhledáváním zvukových podmětů. Uživatelka spolupracovala, vždy se otočila za zvukem, natahovala se po předmětu vydávající zvuk, když na něj dosáhla, hlasitě se smála.

2. týden 13.6.-19.6.2011

Nácvik sebeobsluhy při stravování trvá. Dále pokračuji v nácviku spolupráce při svlékání a oblékání. Zkoušela jsem zapojit uživatelku při svlékání ponožek, to se mi zatím nepodařilo. Tento týden jsem s uživatelkou zkoušela stavění komínu z větších dřevěných kostek. Kostky se uživatelce líbily, prohlížela si je, ale nebyla schopná bez pomoci postavit dvě kostky na sebe. Pokračuji v pravidelném protahování dolních končetin a vysazování na invalidní vozík, uživatelka se nebrání, spolupracuje. Při komunikaci neustále používám komunikační knihu. Dále jsem se zaměřila na rozvoj zrakového vnímání, prohlížela jsem si s uživatelkou pohádkové knížky a leporela. Odpoledne jsem vzala uživatelku na vycházku do zámecké zahrady. Na vycházce byla uživatelka spokojená, sledovala okolí.

3. týden 20.6.-26.6. 2011

Nácvik sebeobsluhy při příjmu potravy i oblékání a svlékání trvá. Pokračuji v pravidelném protahování dolních končetin, vysazování na invalidní vozík. Poté jsem vyzkoušela snoezelen, pobyt na vyhřívaném

vodním lůžku. Uživatelka byla klidná, spokojená. Také jsem při komunikaci používala komunikační knihu. Večer jsem uživatele pouštěla relaxační hudbu.

4. týden 27.6.-3.7. 2011

Trvá nácvik sebeobsluhy při stravování a oblékání a svlékání. Dále pokračuji v protahování dolních končetin, v pravidelném vysazování na vozík s přiloženou ortézou na trupu. V tomto týdnu jsem se zaměřila na cílené vkládání předmětů, použila jsem velkou dřevěnou kostku s geometrickými tvary. Uživatelka s dopomocí vkládala jednotlivé tvary dovnitř kostky. Při komunikaci jsem používala komunikační knihu.

Adaptace uživatelky v našem zařízení proběhla bez komplikací. Uživatelka byla většinu dne spokojená, klidná, zapojovala se do činností. Cílem naší péče je pokračovat v nácviku sebeobsluhy při stravování, rozvoj zrakového a sluchového vnímání, rozvoj komunikace používáním komunikační knihy. Dosáhnutí těchto cílů je vzhledem k základní diagnóze uživatelky velmi nejisté. Přesto se budeme snažit o dosažení maximální míry samostatnosti a soběstačnosti uživatelky.

3.5 Edukace matky

Spolupráce s matkou uživatelky byla velmi dobrá. Matka se aktivně zajímala o stav své dcery. V rámci edukace jsem matku seznámila s individuálním ošetrovatelským a výchovným plánem, který jsem pro její dceru vytvořila. Myslím, že situaci ovlivnil fakt, že matka uživatelky je zdravotní sestra. Ihned souhlasila, že se zapojí do činností, které povedou k rozvoji samostatnosti, její dcery. Matku jsem seznámila s postupem používání komunikační knihy. Doporučila jsem jí, že při svých návštěvách v našem zařízení, může trávit čas s dcerou na herně, kde mají k dispozici spoustu pomůcek k rozvoji jemné motoriky, zrakového i sluchového vnímání. Dále jsem matce vysvětlila, že je velmi důležité podporovat uživatelku v soběstačnosti i v době, kdy bude s dcerou mimo naše zařízení (ve dnech dovolené). Myslím, že edukace proběhla úspěšně matka uživatelky během svých návštěv, používala při komunikaci s dcerou komunikační knihu, dokonce přinesla malé hudební nástroje, na které, společně vytukávaly různé melodie. Edukace proběhla verbálně a pomocí praktického nácviku.

3.6 Prognóza zdravotního stavu

Cílem naší péče bylo zajištění základních potřeb uživatelky a stimulace k dalšímu rozvoji samostatnosti a soběstačnosti. Vzhledem k základnímu onemocnění uživatelky není jisté, zda se někdy podaří všechny cíle splnit. Pokud chceme zajistit, aby postupem času došlo k rozvoji soběstačnosti a samostatnosti uživatelky, musíme i nadále jednotlivé činnosti plánu péče provádět pravidelně, opakovaně. Dále musíme zajistit dostatek podnětů rozvíjejících vyšší psychické funkce, aby nedošlo k prohloubení její retardace.

4. Závěr

V této bakalářské práci byla zpracována případová studie u uživatelky s diagnózou hluboká mentální retardace, která byla přijata do zařízení pro osoby s kombinovaným postižením. V klinické části je popsáno členění mentální retardace, příčiny vzniku mentální retardace, typy a stupně mentální retardace, diagnostika a formy péče o mentálně postižené. V ošetřovatelské části byla naplánovaná ošetřovatelská péče, která vycházela z ošetřovatelské anamnézy zpracované podle ošetřovatelského modelu Marjory Gordonové. Byly sestaveny ošetřovatelské diagnózy a krátkodobý plán péče. Všechny cíle se nepodařilo během prvního dne splnit. Další péče byla popsána v dlouhodobém plánu péče. Péče podle stanovených diagnóz stále pokračuje.

Velmi dlouhou dobu se péče o osoby s hlubokým mentálním postižením redukovala pouze na tělesnou péči (hygiena, strava) a nepomýšlelo se na jejich rozvíjení. I tito postižení mají právo na uspokojování emocionálních potřeb, na to aby získali pocit bezpečí, stability, aby se rozvíjela jejich míra samostatnosti a soběstačnosti. Ve své práci jsem se snažila ukázat, že práce s mentálně postiženými není činnost snadná, je to práce psychicky i fyzicky náročná, která vyžaduje velkou míru trpělivosti a ne vždy přináší očekávané výsledky.

5. Seznam použitých zkratk

IQ- inteligenční kvocient

MKN- mezinárodní klasifikace nemocí

Th- vertebrae thoracicae- hrudní obratle

CMV- cytomegalovirus

Supp.- suppositorium- čípek

PMK- permanentní močový katétr

Kg- kilogram

DK- dolní končetiny

6. Seznam použité literatury

1. LANGER, Stanislav. *Mentální retardace etiologie diagnostika profesiografie výchova*. 1.vyd. Hradec Králové: Kotva, 1990. ISBN 80-900254-0-4
2. MONATOVÁ, Lili. *Pedagogika speciální*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1997. ISBN 80-210-1009-6
3. ŘÍČAN, Pavel. KREJČÍŘOVÁ, Dana. 3vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 1997. ISBN 80-7169-512-2
4. ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace vzdělávání, výchova, sociální péče*. 2.vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-821-X
5. MICHALÍK, Jan. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1.vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3
6. PIPEKOVÁ, Jarmila, ed. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2.vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0
7. MUNTAU, Ania Carolina. *Pediatric*. 1.vyd. Praha Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2525-3
8. KUMAR, A. Santhosh. *Handbook of pediatrics* . 5.vyd. New Delhi: All india publishers distributors, 2009. ISBN 81-8004-040-2
9. STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetřovatelství 3: Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe Ediční řada – Praktické příručky pro sestry*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví pro radu pro rozvoj ošetřovatelství MZ ČR, 1999. ISBN 80-7013-282-5
10. TRACHTOVÁ, Eva et al. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2.vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. ISBN 80-7013-324-4
11. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetřovatelství v kostce*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing , a.s., 2006. ISBN 80-247-1211-3
12. FURMANÍKOVÁ, Lada. Alternativní a augmentativní komunikace v sociálních službách. *Sociální služby*. 2012, roč.3, s. 24-25. ISSN 1803-7348

7. Seznam příloh

Příloha č.1 Ošetřovatelská anamnéza

Příloha č. 2 Plán péče

Příloha č. 3 Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Příloha č. 4 Barthelův index

Příloha č. 5 Oslava narozenin uživatelky A.R.

Příloha č. 6 Písemný souhlas s použitím zdravotní dokumentace

Domov na zámku Liběšice

zařízení CSP Litoměřice
41146 LIBĚŠICE

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

Příloha č.1 str. 1

Jméno: R.A.

Rodné číslo:

Datum narození: 1993

Nástup k pobytu: 6.6.2011

Ukončení pobytu:

Středisko: 303 Domov na Zámku Liběšice

Oddělení: 1 oddělení

Pokoj: 212

Základní údaje

Zdroj informací: Matka, zdravotnická dokumentace

Lékařská diagnóza: G82.2 - Paraplegie
F73 - Hluboká mentální retardace na základě kongen. CMV s encefalopatií
I 10 - Esenciální primární hypertenze
N31.9- Nervově svalová dysfunkce močového měchýře
H52.9-Dalekozrakost
H50.9-Strabismus
Skoliosa

Fyziologické funkce

Dýchání: eupnoe, dýchací cesty průchodné, bez potíží

Kuřák: ne

Jiné:

Vnímání - poznávání

Kvalita vědomí: - zachováno: ano

Vnímání zdravotního stavu: ne

Zná své onemocnění: ne

Celkový vzhled - upravený, čistý: ano

Orientace: - místem: ne

- osobou: ne

- časem: ne

- situací: ne

Pohyb mimo areál zařízení: v doprovodu jiné osoby

Manipulace s léky: nezvládá

Myšlení: zpomalené

Poruchy paměti: ano

Koncentrace/pozornost: částečná

Čtení: ne

Psaní: ne

Počítání: ne

Zná hodnotu peněz: ne

Umí hospodařit s určitou částkou: ne

Nákupy zvládá: nezvládá

Cestování dopravními prostředky: nezvládá

Chování: společenské

Jiné: nerozlišuje osobu blízkou nebo cizí

Domov na zámku Liběšice

zařízení CSP Litoměřice
41146 LIBĚŠICE

Výživa

Hmotnost:	43,2 kg	Výška:	145 cm	BMI:	21
Dieta:	3 mletá	Tekutiny:	1,5-2l/24 šťávy, čaje		

Příloha č.1 str.2

Forma stravy: Mletá, 5x denně

Poruchy polykání: ne

Jiné: krmena lžičí, z hrnečku se napije sama suchou stravou/rohlík, chléb/ drží sama a ukusuje. Někdy si sama dává lžičí s porcí jídla do úst, má ráda brambory a bramborovou kaši, nemá ráda jogurty

Stav kůže

Barva růžová, sklon k vysychání pokožky, turgor kůže v normě

Soběstačnost - aktivita

Hygienická péče: neprovede
Oblékání/svlékání: neprovede
Výživa/nají se: s pomocí
Použití WC: neprovede
Udržovat pořádek: neprovede
Chodí: neprovede
Chůze po schodech: neprovede
Sedí: samostatně
Leží: samostatně
Mobilní pomocí chodítka, invalidního vozíku: neprovede

Jiné: Sezení na invalidním vozíku jen s ortézou na trup 1 hod. po jídle

Vylučování moči - stolice

Vylučování moči: inkontinentní
Potřebuje inko. pomůcky: ano
Močový katétr: ano, moč čirá, bez příměsí diuréza-1500/24

Vylučování stolice: inkontinentní, nepravidelná- zácpa

Jiné: Dle ordinace lékaře 1x týdně aplikace Bisacodyl supp.

Spánek - odpočinek

Porucha: Ne, je zvyklá spát 7-8hod. usíná kolem 21hod.
Spánek ve dne: Někdy, odpočinek pasivní- polehává
Hypnotika: ne
Noční děsy: ne

Domov na zámku Liběšice

zařízení CSP Litoměřice
41146 LIBĚŠICE

Komunikace

Příloha č.1 str. 3

Problém: ano - verbálně nekomunikuje, pouze neartikulované zvuky

Poruchy řeči (rozumí, ale nekomunikuje): ano

Komunikace neverbální porušena: ukazuje na předměty, které si přeje podat

Oční kontakt: ano

Jiné: Nemá ráda hluk, křik

Mezilidské vztahy

Udržuje kontakt s rodinou: ano - osobní

Vyjadřuje vlastní přání, postoje: ano

Jiné: časté návštěvy matky, dále babičky a dědy, tety

Volný čas - zájmy

Dosažené vzdělání: bez vzdělání

Zájem na účasti na společenských aktivitách: ano

Hobby - zájmy: ano - hračky vydávající zvuky

Co ho motivuje k činnosti: oblíbená činnost

Trávení volného času: potřebuje pomoc

Jiné: sledování TV, rádia, zpěv, hra s hračky vydávající zvuky, přítomnost jiných osob.

Sexualita - reprodukční schopnost

Menstruace: ano - nepravidelná

Antikoncepce: ne

Klimaktérium: ne

Problémy s prostatou: ne

Sexuální obtěžování v anamnéze: ne

Formulář vytvořil/a Abrahámová Daniela, DiS dne
6.1.2012

Podpis registrované sestry:

Příloha č.2		Jméno pacienta: A.R. Rok narození: 1993	Ošetřovatelský plán č.1	Lékařská diagnóza: F-73 Hluboká mentální retardace
Datum	Ošetřovatelská diagnóza	Cíle (krátkodobé, dlouhodobé)	Plán ošetřovatelské péče	Efekt poskytnuté péče
6.6. 2011	Deficit sebepéče ve všech denních činnostech souvisejících se základním on.	Uživatelka dosahuje maximální míry soběstačnosti Uživatelka je čistá a upravená	Zhodnocení míry soběstačnosti dle Barthelova testu, aktivizace uživatelky, celková koupel, pasivní protahování DK á 4 hod., vysazování na invalidní vozík, zapojit do péče rodinu, rozvoj soběstačnosti během krmení, rozvoj jemné motoriky – úchop pastelky.	Uživatelka dle Barthelova testu získala 5 bodů – je vysoce závislá na péči druhé osoby. Během krmení je schopná vkládat lžiči do úst. V ostatních činnostech potřebuje pomoc druhé osob. Na vozíku je spokojená. Úchop pastelky se nezdařil.
6.6.2011	Zácpa související se sníženou pohybovou aktivitou.	Uživatelka se bude pravidelně vyprazdňovat s použitím čípku Bisacodylu supp. 1x týdně.	Zajistit stravu bohatou na vlákninu, ovocné šťávy – 1,5 – 2l/den, aplikace léků dle ordinace lékaře, hygiena po vyprázdnění	Uživatelka se vyprazdňuje po aplikace čípku dle ordinace.
6.6. 2011	Porušená verbální komunikace související se základním on.	Sestavení komunikační knihy, využití neverbálních prostředků ke komunikaci.	Každý den používat komunikační knihu (personál, rodina)	Komunikační kniha je novinka, uživatelka se s ní seznamuje, komunikuje ukazováním na předměty

Razítko a podpis sestry:

Příloha č.2		Jméno pacienta: A.R. Rok narození: 1993		Ošetřovatelský plán č.1/2	Lékařská diagnóza: F-73 Hluboká mentální retardace
Datum	Ošetřovatelská diagnóza	Cíle (krátkodobé, dlouhodobé)	Plán ošetřovatelské péče	Efekt poskytnuté péče	
6.6. 2011	Riziko vzniku infekce močových cest související se zavedením PMK	Včasné odhalení příznaků infekce	Zajištění optimální hydratace 1,5 – 2l den, dodržovat zásady asepse při péči o PMK, sledování známek infekce, výměna PMK á 21 dní, kontrola TT, zvýšená hygienická péče, sledování množství barvy, zápachu, příměsi moče	U uživatelky se neobjevily známky infekce. Katétr byl funkční, moč čirá, bez příměsi, TT byla normální, uživatelka vypila 2l tekutin/24 hodin.	
6.6. 2011	Riziko poškození kožní integrity související s tělesnou imobilitou	Včasná identifikace poškození kůže	Zhodnocení rizika dekubitů, péče o hygienu kůže – kůže bude suchá, čistá, pravidelná kontrola povrchu kůže, polohování á 4 hod., využití pomůcek polohování, volný oděv, upravené lůžko	U uživatelky nedošlo k porušení kůže	

Razítko a podpis sestry:

HODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ

Příloha č. 3

Jméno: R.A.

Rodné číslo:

Datum narození: 1993

Nástup k pobytu: 6.6.2011

Ukončení pobytu:

Středisko: Domov na Zámku Liběšice

Oddělení: 1 oddělení

Pokoj: 212

1. Tělesný stav	přijatelný	3
2. Duševní stav	plně bdělý, čilý	4
3. Aktivita	trvale na lůžku	1
4. Mobilita	imobilní	1
5. Inkontinence	moči i stolice	1
CELKEM:		10

Formulář vytvořil/a Abrahámová Daniela, DiS dne
6.6.2011

Podpis:

Vyhodnocení:	
méně než 12 bodů	vysoké riziko
12 - 13 bodů	střední riziko
14 a více bodů	nízké riziko

BARTHELŮV INDEX**Příloha č. 4**

Jméno: R.A.		Středisko: Domov na Zámku Liběšice
Rodné číslo:	Nástup k pobytu: 6.6.2011	Oddělení: 1 oddělení
Datum narození: 1993	Ukončení pobytu:	Pokoj: 212

1. Chůze po rovině	neprovede	0
2. Chůze po schodech	neprovede	0
3. Přesun kolečková židle - židle - postel a zpět	neprovede	0
4. Najedení a napití (s přípravou: nakrájení...)	s pomocí	5
5. Osobní hygiena (umytí obličeje, česání, holení, čištění zubů)	neprovede	0
6. Koupání a sprchování	neprovede	0
7. Oblékání (včetně obutí a zapnutí knoflíků)	neprovede	0
8. Použití WC (včetně svléknutí, očištění se, spláchnutí WC)	neprovede	0
9. Kontinence stolice	inkontinentní	0
10. Kontinence moči	inkontinentní	0
CELKEM:		5

Formulář vytvořil/a Abrahámová Daniela, DiS
dne 6.6.2011

Podpis:

Vyhodnocení:	
0 - 40 bodů	vysoce závislý
45 - 60 bodů	závislost stř. stupně
65 - 95 bodů	lehká závislost
100 bodů	nezávislý



PÍSEMNÝ SOUHLAS S POUŽITÍM ZDRAVOTNÍ DOKUMENTACE

Příloha č. 6

Žádost o písemné povolení používání názvu a materiálů Domova na zámku Liběšice

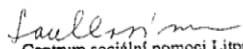
V Litoměřicích 2.5.2012

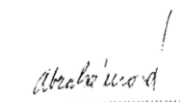
Vážená paní vedoucí,

Tímto bych Vás ráda požádala o poskytnutí písemného svolení s užitím názvu Domov na zámku Liběšice v textu bakalářské práce s názvem Ošetrovatelská péče o pacienta s mentální retardací. Zároveň bych požádala o písemné svolení použití dostupných materiálů a informací ke zvolenému tématu (zdravotnická dokumentace).

Předem děkuji za kladné vyjádření.

S pozdravem


Centrum sociální pomoci Litoměřice
příspěvková organizace
Domovy na zámku Liběšice
Nádražní 9, 411 46 Liběšice


.....
Daniela Abrahámová