



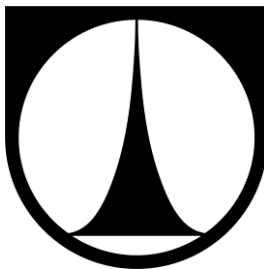
TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI  
Ústav zdravotnických studií



## BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Ošetrovatelská rehabilitační péče u lidí s těžkým  
kombinovaným postižením v sociálních zařízeních

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI



Ústav zdravotnických studií

Studijní program: B 5341 Ošetřovatelství

Studijní obor: 5341R009 Všeobecná sestra

Ošetrovateľská rehabilitačná péče u ľudí s ťžkým  
kombinovaným postižením v sociálných zariadeních

Physiotherapy treatment for people with serious combined  
disabilities in social services care

Bakalářská práce

.

Miloslava Hrdličková

Liberec 2014

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI  
Ústav zdravotnických studií  
Akademický rok: 2012/2013

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Miloslava Hrdličková**  
Osobní číslo: **Z00000098**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Ošetřovatelská rehabilitační péče u osob s těžkým kombinovaným onemocněním v sociálních zařízeních**  
Zadávatel katedra: **Ústav zdravotnických studií**

### Zásady pro vypracování:

#### Cíl:

Zjistit úroveň rehabilitační ošetřovatelské péče v sociálních zařízeních pro lidi s těžkým kombinovaným postižením.

Zjistit nejčastější projevy nedostatečné ORP.

Zjistit vliv ošetřovatelské rehab. péče na soběstačnost klientů.

#### Východiska:

Zaměřit se na poskytování ošetřovatelské rehabilitační péče v některých zařízeních pro těžce postižené. Zjistit používané metody a četnost použití.

Pomocí testu FIM vyhodnotit soběstačnost klienta.

#### Výzkumné předpoklady:

Čas věnovaný ORP nebude delší než 14 minut denně na jednoho klienta.

U klientů s těžkým kombinovaným postižením bude nejčastějším projevem nedostatečného času věnovaný ORP spíše evaluační postižení, kontraktury než zhoršení duševního stavu.

Při správném provádění ORP po dobu 3 měsíců dojde u klientů ke zlepšení soběstačnosti.

#### Metoda: kvantitativní

Technika: dotazník (poštovní, individuálně předložený)

#### Místo a čas výzkumu:

IC Horní Poustevna, DSS Kadaň, DSS Litvínov, ÚSP Jihlava, Středisko Dvůřkovice – září - leden 2013, červen - září 2013

#### Vzorok:

Pracovníci v přímé péči.

Rozešl grafických prací:

Rozešl pracovní zprávy: 50 - 70 stran

Forma zpracování bakalářské práce: ~~tisková~~/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. CERNÁ, M., et al. Česká psychopedie. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008, s. 75 - 99. ISBN 978-80-246-1565-3
2. FRIEDLOVÁ, K. Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. 1.vyd. Praha: Grada Publishing,a.s., 2007, s. 12 - 17, 91. ISBN 978-80-247-1314-9
3. GRADA Publishing. Rehabilitace po cévní mozkové příhodě. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, s. 175. ISBN 80-247-0592-3
4. GRANGER, J., Neuromuscular Therapy Manual. Lippincott Williams & Wilkins 2010, s. 127. EAN 9781582558004
5. CHÁB, M. Svět bez ústavů. 1.vyd. Praha: QUITP, 2004, s. 10. ISBN 80-239-4772-9
6. JANKOVSKÝ, J. Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením. Praha Triton, 2006, s. 17 - 23. ISBN 80-7254-730-5.
7. MÜLLER, O. Terapie ve speciální pedagogice. Olomouc: UP, 2004, s. 72. ISBN 80-244-1075-3.
8. NÝVITOVÁ, V. Psychopatologie pro speciální pedagogy. 1.vyd. Praha: UJAK, 2008, s.13 - 17. ISBN 978-80-86723-48-8
9. PFEIFFER, J. Neurologie v rehabilitaci. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 202. ISBN 978-80-247-1135-5
10. ŠVARCOVÁ, I. Mentální retardace. 3.vyd. Praha: Portál, 2006, s. 138. ISBN 80-7367-090-7
11. VAŇÁSKOVÁ, E.: Rehabilitace po cévní mozkové příhodě Praha: Maxdorf, 2006, s. 84. ISBN 80-85912-26-0
11. VODIČKOVÁ, R. Synergická reflexní terapie. Skripta. Praha 2006, s. 36.


Vedoucí bakalářské práce

**Mgr. Petra Brédová**

Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: 28. června 2013

Termín odevzdání bakalářské práce: 30. června 2014

  
prof. Dr. Ing. Zdeněk Hájek  
rektor



  
Mgr. Marie Přehlová  
pověřena vedením ústavu

V Liberci dne 4. listopadu 2013

Studentka  
**Miloslava HRDLČKOVÁ**  
209000068  
Tyršova 23  
460 02 DOLNÍ POUSTEVNA

Vyřizuje: Zuzana Janošková / 485 353 762

V Liberci dne 12. července 2013

č.j.: 13/8515/027434-02

**Vyhlášení k návrhu zadání bakalářské práce**

Vážení studentko,

na základě Vám i předloženého návrhu zadání **bakalářské práce** ze dne 2. 7. 2013, seznámené pod č.j.: 13/8515/027434-01, Vám sděluji, že **souhlasím** s vypracováním bakalářské práce dle předloženého návrhu.

Je ale za potřeby stanovit 3 výzkumné cíle bakalářské práce a dodat literaturu (dle metodiky).

Nové zadání bakalářské práce je nutné vložit do IS/STAC a podepsaný formulář odvést na studijním oddělení.

S pozdravem



Mgr. Marie Prošková  
ověřena vedením ústavu

Technická univerzita v Liberci  
Ústav administrativních studií  
Studentská 2, 461 17 Liberec 1



### **P r o h l á š e n í**

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL. V tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Datum: 26. 11. 2013.

Podpis *Michal Černý*

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat paní Mgr. Petře Brédové za ochotu, cenné rady a vřelou spolupráci při vedení mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat pracovníkům v Integrovaném centru Horní Poustevna, Domovu sociálních služeb Kadaň, Domovu sociálních služeb Litvínov, ÚSP Háj u Duchcova, p. o., ÚSP Jiříkov, Středisku Dar, Chráněném bydlení Pastelky za spolupráci a možnost provedení výzkumu.

**Anotace v českém jazyce**

**Jméno a příjmení autora:** Miloslava Hrdličková

**Instituce:** Technická univerzita v Liberci, Ústav zdravotnických studií

**Název práce:** Ošetrovatelská rehabilitační péče u lidí s těžkým kombinovaným postižením v sociálních zařízeních

**Vedoucí práce:** Mgr. Petra Brédová

**Počet stran:** 70

**Počet příloh:** 7

**Rok obhajoby:** 2014

**Souhrn:** Tato bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelské rehabilitační péče u lidí s těžkým kombinovaným postižením v sociálních zařízeních. Cílem práce je zjistit úroveň vykonávané ORP v sociálních zařízeních a zjistit vliv ORP na soběstačnost klienta. Práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. V teoretické části jsou shrnuty obecné poznatky o mentální retardaci, jejím členění a o příčinách vzniku. Dále práce shrnuje poznatky o výskytu nejčastějších kombinovaných vad. Část práce je věnována ošetrovatelské rehabilitační péči. V závěru teoretické části je nastíněn historický vývoj ústavní péče. Ve výzkumné části bakalářské práce analyzujeme poznatky získané při výzkumu. Pro zpracování výzkumné části je zvolena metoda formou dotazníku. Výzkum je doplněn o analýzu – vyhodnocení aktuálního stavu klienta v oblasti soběstačnosti, dle funkčního testu - funkční míry nezávislosti FIM.

**Klíčová slova:** mentální retardace, kombinované vady, rehabilitační ošetrovatelství, polohování, bazální stimulace



## **Annotation**

**Name and surname:** Miloslava Hrdličková

**Institution:** Technical University of Liberec, Institute of health studies

**Title:** : Physiotherapy treatment for people with severe combined disabilities in social services care.

**Supervisor:** Mgr. Petra Brédová

**Pages:** 70

**Appendix:** 7

**Year:** 2014

### **Summary:**

The topic of this thesis is concerned with assessing the effectiveness of rehabilitation nursing care on clients with severe multiple disabilities in nursing homes. The aim of this thesis is to assess the level of care in these institutions and to assess how the nursing care affects the independence of clients. There is a theoretical and practical part. The first theoretical part summarises information about mental retardation, its causes and division. It also summarises findings about the most common occurrence of multiple impairment. One part of the thesis follows the nursing rehabilitation care. The end of the theoretical part outlines the historical development of institutional care. The practical part of the thesis follows the results of a research obtained by a questionnaire. There is an added analysis - an assessment of the present state of the clients' independence - the functional independence test FIM.

**Keywords:** mental retardation, combined impairments nursing care, positioning, basal stimulation

# Obsah

2014 .....	1
TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI.....	2
Ústav zdravotnických studií.....	2
I Úvod.....	13
II Teoretická část .....	14
1 Mentální retardace .....	15
1.1 Klasifikace mentální retardace .....	15
1.1.1 Lehká mentální retardace, IQ 50-59 .....	15
1.1.2 Středně těžká mentální retardace, IQ 35-49.....	16
1.1.3 Těžká mentální retardace, IQ 20-34 .....	17
1.1.4 Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20.....	17
1.1.5 Jiná mentální retardace .....	18
1.1.6 Nespecifikovaná mentální retardace .....	18
1.2 Příčiny vzniku mentální retardace a její možná prevence.....	18
1.2.1 Materiální rizikové faktory .....	20
1.2.2 Nemateriální (interpersonální) rizikové faktory .....	21
1.2.3 Možnosti prevence vzniku mentálního postižení.....	22
3 Kombinované vady vyskytující se spolu s mentální retardací.....	23
3.1 Smyslové vady .....	23
3.2 Tělesná postižení.....	24
3.2.1 Dětská mozková obrna.....	24
4 Rehabilitační ošetřovatelství.....	26
4.1 Hodnocení soběstačnosti .....	27
4.1.1 Test Barthelové .....	27
4.1.2 Test funkční nezávislosti – FIM .....	28
4.2 Polohování.....	28

4.3	Bazální stimulace .....	29
5	Ústavní péče.....	30
5.1	Historie ústavní péče .....	31
5.2	Současná ústavní péče.....	32
III.	Výzkumná část.....	33
6	Metodika práce .....	33
6.1	Použitá metoda výzkumu .....	33
6.2	Výběr respondentů .....	34
6.3	Organizace výzkumu.....	34
7	Výsledky výzkumu a jeho analýza .....	35
8	Diskuze .....	63
9	Doporučení pro praxi .....	67
10	Závěr .....	68
	Seznam bibliografických citací.....	70
	Seznam příloh .....	72

## Seznam zkratek

aj.	a jiné
AIDS	syndrom získané imunitní nedostatečnosti
apod.	a podobně
CNS	centrální nervová soustava
čas.	časopis
DMO	dětská mozková obrna
DSS	Domovy sociálních služeb
FIM	Functional Independence Measure
IC	integrované centrum
ILSHM	mezinárodní liga společností pro mentálně postižené
IQ	inteligenční kvocient
LMR	lehká mentální retardace
např.	například
NS	nervová soustava
ORP	ošetřovatelská rehabilitační péče
resp.	respektive
Rh	Rhesus faktor (krevní antigen)
Rtg	rentgen
s.	strana
tzv.	takzvaně
ÚSP	ústav sociální péče
VÚPSV	Výzkumný ústav práce a sociálních věcí

# I Úvod

*„Pohled na člověka v ústavní péči jako spoluobčana a následné zhrození, které musí nastat: teprve to přiměje ke skutečné změně.....teprve srovnáním s tím, co mohou a běžně dělají vrstevníci svěřenců a obyvatel ústavu, nastavujeme měřítko uzavřenému světu ústavů.“*

*„Ústav je léčebnou, která předem stanoví doživotní pobyt bez „léčení“.“*

*(Milan Cháb, 2004, s. 19)*

V dnešní době je už zcela běžné, že mezi sebou potkáváme jedince, kteří se pro své postižení odlišují od většiny zdravých lidí. Je samozřejmostí a trendem, že jsou lidé s mentální retardací integrováni do společnosti. V minulosti tomu tak bohužel nebylo. Tito jedinci byli uzavíráni do ústavů a zcela izolováni od světa, shromažďováni za zeď.

Přesto, že v oblasti sociální péče o lidi s mentální retardací, stále přetrvávají některé nedořešené problémy a dluhy, lze již s jistotou říci, že péče a podpora o ně, je na velmi dobré úrovni a je kladen důraz na co největší možný individuální rozvoj osobnosti každého daného jedince, na nalezení pro něj optimálního místa ve společnosti a vytvoření podmínek pro kvalitní život.

Tato práce se zabývá ošetrovatelskou rehabilitační péčí o lidi s těžkým kombinovaným postižením v sociálních zařízeních.

Stejně jako se změnil pohled na jedince s mentální retardací, změnil se i pohled na význam poskytované ošetrovatelské a rehabilitační péče. Prokázalo se, že tato společná kombinace péče má své opodstatnění, zejména zahájí-li se včas a je cílená, soustavná a individuální. Cílem této práce bylo zjistit efektivitu ošetrovatelské rehabilitační péče na soběstačnost jedince a ozřejmit některé přetrvávající problémy doprovázející vykonávání této péče v sociálních zařízeních.

## II Teoretická část

### CÍLE A HYPOTÉZY

Pro výzkumnou část jsme stanovili 2 cíle:

1. Zjistit úroveň ošetrovatelské rehabilitační péče v sociálních zařízeních pro lidi s těžkým kombinovaným postižením.
2. Zjistit nejčastější projevy nedostatečné ošetrovatelské rehabilitační péče
3. Zjistit vliv ošetrovatelské rehabilitační péče na soběstačnost klienta.

Hypotézy jsou stanoveny následovně:

1. Čas věnovaný ORP nebude delší než 14 minut denně na jednoho klienta.
2. U klientů s těžkým kombinovaným postižením bude nejčastější projevem nedostatečného času věnovaný ORP spíše svalové postižení, kontraktury než zhoršení duševního stavu.
3. Při správném provádění ORP po dobu 3 měsíců dojde u klientů ke zlepšení soběstačnosti.

# 1 Mentální retardace

Mentální retardace představuje snížení úrovně rozumových schopností, které se v psychologii označují jako inteligence. Inteligenci lze v tomto případě chápat jako schopnost učit se z minulé zkušenosti a přizpůsobovat se novým životním podmínkám a situacím.

*„Při mentální retardaci nejde o zpomalení nebo zastavení kognitivního vývoje. Kognitivní vývoj probíhá od samého počátku odlišně. V každém vývojovém období se mentálně retardované dítě kvalitativně liší od psychicky zdravých dětí.“* (Nývtová, 2008, s. 17).

Za mentálně retardované (postižené) se považují takoví jedinci, u kterých došlo k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování. Příčinou mentální retardace je organické postižení mozku.

Podle vývojového období, v němž k mentálnímu postižení došlo, rozlišujeme **oligofrenii**, která se považuje za opoždění duševního vývoje v období prenatálním, perinatálním nebo časně postnatálním, a **demenci**, jež se chápe jako důsledek poškození mozku různého druhu již v průběhu života jedince.

Důležitým znakem mentálního postižení je trvalost porušení poznávací činnosti. Mentálním postižením nebo mentální retardací rozumíme tedy trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku.

[2, 14]

## 1.1 Klasifikace mentální retardace

### 1.1.1 Lehká mentální retardace, IQ 50-59

- Velký vliv má dědičnost, sociokulturně znevýhodněné prostředí,
- do 3 let je dítě jen lehce psychomotoricky opožděno,
- mezi 3. a 6. rokem se objevují větší potíže, je opožděný vývoj řeči, slovní zásoba je malá, dítě je nedostatečně zvědavé a vynalézavé,
- většina lehké mozkové retardace se diagnostikuje až ve věku školní docházky, kdy má dítě nejvýraznější problémy: omezenost logického, abstraktního a

mechanického myšlení, je lehce opožděna jemná a hrubá motorika, slabší paměť atd.,

- v emocionální oblasti se projevuje afektivní labilita,
- jedinci se vzdělávají většinou ve školách praktických podle odpovídajícího vzdělávacího programu, při splnění stanovených podmínek je možná i integrace do běžné základní školy,
- jedinci jsou většinou schopni užívat řeč v každodenním životě, dosáhnout nezávislosti v osobní péči (jídlo, hygiena, oblékání...) a v praktickém životě,
- při vzdělávání je vhodné rozvíjet jejich dovednosti a kompenzovat nedostatky,
- k lehké mentální retardaci se mohou individuálně přidružit vývojové poruchy, autismus, tělesné postižení, epilepsie, poruchy chování,
- většinu jedinců (z horní hranice LMR) lze zaměstnat v praktických profesích,
- výskyt v celkovém počtu jedinců s mentální retardací je 80 %, v populaci je to 2,6 %.

[8, 13, 18]

### **1.1.2 Středně těžká mentální retardace, IQ 35-49**

- Výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči - přetrvává do dospělosti,
- opožděná a omezená zručnost a schopnost postarat se sám o sebe,
- jen někteří jedinci si osvojí čtení, psaní a počítání,
- vzdělávají se podle odpovídajícího vzdělávacího programu, nejčastěji v základních školách speciálních, další vzdělávání je možné ve škole praktické,
- schopni vykonávat jednoduchou manuální práci pod odborným dohledem nebo v chráněném prostředí (chráněné dílny, podporované zaměstnání),
- v dospělosti jsou málokdy schopni vést samostatný život, ale bývají fyzicky aktivní  
a mobilní se schopností komunikovat a navazovat kontakty,
- individuální rozvoj senzomotorických dovedností a verbálních schopností,
- k středně těžké mentální retardaci se může přidat dětský autismus, tělesná postižení, neurologická nemoc (epilepsie), psychiatrická nemoc,
- diagnóza zahrnuje středně těžkou mentální subnormalitu a těžkou oligofrenii,
- výskyt v celkovém počtu jedinců s mentálním postižením je 12 %, v populaci je to 0,4 %.



### **1.1.3 Těžká mentální retardace, IQ 20-34**

- Většina jedinců trpí značným stupněm poruchy motoriky a jinými přidruženými vadami (špatný vývoj nervového systému),
- časté tělesné vady,
- řeč je jednoduchá, omezena na jednotlivá slova, nebo se nemusí vytvořit vůbec,
- vzdělávání je velmi omezené, probíhá podle odpovídajícího vzdělávacího programu  
v základní škole speciální,
- včasná systematická a kvalifikovaná rehabilitační a vzdělávací péče přispívá k rozvoji motoriky, komunikativnosti, rozumových schopností a soběstačnosti,
- diagnóza zahrnuje těžkou mentální subnormalitu a těžkou oligofrenii,
- výskyt v celkovém počtu jedinců s mentální retardací je 7 %, v populaci to je 0,2 %.

### **1.1.4 Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20**

- Většina osob je imobilní nebo velmi omezená v pohybu, bývají inkontinentní (neschopni udržet moč, stolici), schopná pouze primitivní neverbální komunikace,
- automatické stereotypní pohyby (kývavé pohyby),
- nepoznávají okolí,
- časté je i sebepoškozování - mají snížený práh citlivosti,
- nemají schopnost se o sebe postarat, a proto potřebují stálou péči,
- IQ nelze změřit, jeho hodnota je odhadována pod 20,
- lze dosáhnout nejjednodušších zřetelně prostorových orientačních dovedností,
- neurologické a jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, epilepsie, poškození zraku  
a sluchu provázejí hlubokou mentální retardaci,
- diagnóza zahrnuje hlubokou mentální subnormalitu a hlubokou oligofrenii (idiocii),

- výskyt v celkovém počtu jedinců s mentální retardací je 1 %, v populaci to je 0,2 %.

[8, 13, 18]

### **1.1.5 Jiná mentální retardace**

Do této kategorie patří jedinci, u nichž stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené sensorické nebo somatické postižení, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvících, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených.

[8, 13, 18]

### **1.1.6 Nespecifikovaná mentální retardace**

- Mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací pro to, aby byl jedinec zařazen do jedné z předchozích kategorií.
- Zahrnuje: Mentální retardaci NS, mentální subnormalitu NS, oligofrenii NS.

Uvedená klasifikace mentální retardace již neobsahuje kategorii „mírná mentální retardace“ (IQ 85-69), která se někdy používá v poradenské praxi. Snížení úrovně rozumových schopností zde zpravidla nesouvisí s organickým postižením mozku, nýbrž bývá zapříčiněno jinými faktory (genetickými, sociálními a dalšími). Tito jedinci s opožděným vývojem, které vzniklo z jiných příčin, než je poškození mozku (sociální zanedbanost, nepodnětné výchovné prostředí, smyslové vady) se nepovažují za mentálně postižené.

[8, 13, 18]

## **1.2 Příčiny vzniku mentální retardace a její možná prevence**

Základem veškeré psychické činnosti je morfologie a fyziologie činnosti CNS.

**Morfologie** je nauka o stavbě, struktuře a propojení nervových buněk.

**Fyziologie** se zabývá biochemickými procesy, které probíhají v centrálním nervovém systému.

Základní morfologie a fyziologie mozku se nepochybně dědí. Proto i některé psychické poruchy mohou být dědičné. V průběhu života však pod vlivem celé řady vnějších a vnitřních okolností, a hlavně pod vlivem toho, jaké činnosti daný jedinec vykonává, dochází k neustálým změnám jak ve stavbě mozku, tak i v biochemických procesech, které v něm probíhají. Tyto změny mohou být pozitivní, pak dochází k rozvoji, zdokonalení. Ale bohužel mohou být i negativní, pak často dochází ke vzniku psychických poruch.

[1, 14]

*„Etiologie mentální retardace je velmi rozmanitá, a to nejen vzhledem k množství možných vlivů ohrožujících zdravý růst plodu (příčiny prenatální), ale i k řadě dalších onemocnění, úrazů, infekcí, tzv. biologických faktorů či defektů působících na rozvoj jedince v době pozdější (příčiny perinatální - kolem porodu, a postnatální - ovlivňující vývoj člověka po narození, prakticky po celý život).“ (Černá, 2008, s. 84).*

Švarcová (2006, s. 62) uvádí jako nejčastější příčiny mentální retardace:

- Následky infekcí a intoxikací
  - ✓ prenatální infekce (např. toxoplasmóza, zarděnky, cytomegalovirus, pásový opar, kongenitální syfilis),
  - ✓ postnatální infekce (např. zánět mozku),
  - ✓ intoxikace (např. toxémie matky, otrava olovem).
- Následky úrazů nebo fyzikálních vlivů
  - ✓ poškození mozku při porodu (novorozenecká hypoxie),
  - ✓ postnatální poranění mozku nebo hypoxie.
- Poruchy výměny látek, růstu, výživy (např. mozková lipidóza, hypotyreóza – kretenismus, fenylketonurie, glykogenózy a další).
- Makroskopické léze mozku (novotvarem, degenerací, postnatální sklerózou).
- Nemoci a stavy způsobené jinými a nespecifickými prenatálními vlivy (např. vrozený hydrocefalus, mikrocefalie, kraniostenóza a další).
- Anomálie chromozomů (např. Downův syndrom).
- Nezralost (stavy při nezralosti novorozence bez uvedení jiných chorobných stavů).
- Vážné duševní poruchy.
- Psychosociální deprivace (stavy se snížením intelektu vlivem velmi nepříznivých sociokulturních podmínek).

- Jiné a nespecifické etiologie

[2, 13, 18]

**Mezinárodní klasifikace psychických poruch a poruch chování** vychází z předpokladu, že příčiny psychických poruch neznáme. Na vzniku všech psychických poruch se podílí vždy více příčin, které jsou ve vzájemné interakci. To znamená, že jedna nepříznivá okolnost zpravidla vytvoří podmínky pro to, aby mohla zapůsobit jiná nepříznivá okolnost. Nepříznivými okolnostmi (rizikovými faktory) mohou být: dědičnost, toxické vlivy životního prostředí, nevhodná výživa, působení virů, bakterií, parazitů, špatný životní styl, stres, emoční traumata, infekční onemocnění, aj.

Projevy mentální retardace jsou velmi rozmanité, existuje obrovská variabilita týkající se příčin vzniku mentální retardace a jejích možných kombinací. Záleží nejen na rozsahu postižení, ale i na tom, které části CNS byly narušeny, na intenzitě a délce působení rizikového faktoru, na úrovni ontogenetického vývoje (stupeň vývoje daného jedince), v níž rizikový faktor působil, na vnímavosti a citlivosti daného jedince.

Bohužel i přes obrovské pokroky biologických věd a zpřesňující se možnosti diagnostiky mentální retardace zůstává mnoho příčin mentálního postižení dosud neobjasněných. Obecně rozlišujeme příčiny endogenní (vnitřní) a exogenní (vnější). Příčiny vnitřní jsou genetické. Jsou zakódovány již v systémech pohlavních buněk, jejichž spojením vzniká nový jedinec. Příčiny vnější působí od početí, v průběhu gravidity, porodu, poporodního období i v raném dětství. Mohou být bezprostřední příčinou nebo působit jako činitel spouštějící projev zakódované patologie dědičnosti nebo modifikují její průběh. Vnější vlivy působí na jedince z prostředí, ve kterém žije. Jedná se o vlivy materiální nebo nemateriální (čili interpersonální) povahy.

[2, 13, 18]

### **1.2.1 Materiální rizikové faktory**

O materiálních rizikových faktorech se hovoří zejména v souvislosti se špatným životním prostředím, v němž dnes lidé v technokraticky orientované společnosti žijí. Tyto rizikové faktory je možné dále dělit na **chemické, fyzikální a biologické**.

Mohou přímo narušit morfologii a fyziologii mozku, u dětí mohou vážně narušit vývoj mozku nebo mohou primárně způsobovat změny ve fungování vnitřních orgánů a následně, sekundárně pak změny v CNS.

[10, 13]

### **Chemické faktory**

Lidé každodenně přichází do styku s velkým množstvím chemických látek. Nejvíce se jich přijímá v potravinách, jsou to různé konzervanty, barviva, tavící soli, stabilizátory, emulgátory, sladidla, která se přidávají do potravin za účelem „lepšího“ vzhledu a chuti. Dále se získávají z vody, ovzduší, půdy, z bytového zařízení, stavebních hmot, čisticích prostředků, léků, aj.

[10, 13]

### **Fyzikální faktory**

Jsou to různé druhy záření (radiové, rentgenové), otřesy, vibrace, nadměrný hluk. Možnou souvislostí s poškozením nervových buněk u dětí je i působení ultrazvuku.

[10, 13]

### **Biologické faktory**

Jedná se o působení virů, bakterií, parazitů a plísní.

[10, 13]

#### **1.2.2 Nemateriální (interpersonální) rizikové faktory**

Patří sem i problematické interpersonální vztahy, v rámci kterých mohou někteří jedinci zažívat psychická traumata a chronické stresy zatěžující psychiku i tělo, navozující dlouhodobé negativní emoční prožívání. Tyto vlivy ovlivňují průběh biochemických procesů v lidském těle, funkci tělesných orgánů, oslabují imunitu, apod.

[10, 13]

### 1.2.3 Možnosti prevence vzniku mentálního postižení

Prevenici lze chápat jako činnost zaměřenou na zamezení vzniku fyzické, intelektové, psychické či smyslové vady (primární prevence) nebo zabránění tomu, aby vada způsobila trvalé funkční omezení či postižení (sekundární prevence). Do prevence může spadat primární zdravotní péče, prenatální a postnatální péče o dítě, výchova týkající se výživy, imunizační kampaně proti přenosným onemocněním, opatření pro kontrolu endemických nemocí, postižení z povolání a pro prevenci postižení, které je výsledkem znečištění prostředí.

Mezinárodní liga společností pro mentálně postižené (ILSHM) formulovala desatero zásad - základních požadavků prevence mentálního postižení, jejichž dodržováním lze omezit možnost vzniku tohoto postižení:

1. Ideální by bylo, kdyby žena nejméně tři měsíce před otěhotněním navštívila lékaře. Vzhledem k jejímu aktuálnímu zdravotnímu stavu jí může doporučit různá opatření podporující narození zdravého dítěte (např. očkování, dietu, vitamíny, cvičení).
2. Nastávající matka by měla jíst zdravou a rozmanitou stravu obsahující maso, ryby, zeleninu, ovoce, chléb, obiloviny a mléčné výrobky.
3. V průběhu těhotenství se vyvarovat pití alkoholu.
4. Nekouřit.
5. Vyvarovat se užívání léků bez porady s lékařem.
6. Pravidelné kontroly u svého lékaře.
7. Chránit se včas očkováním proti zarděnkám, hepatitidě typu B, přeočkováním proti spalničkám, pokud matka nebyla očkována v dětském věku.
8. Navštívit genetickou poradnu. Nezbytně nutná je pro nastávající matky starší 35 let, nebo má-li některý z partnerů v rodinné anamnéze genetický defekt, či v případě, kdy matka měla několik potratů či mrtvě narozené dítě.
9. V době těhotenství se vyvarovat RTG záření.
10. Vyhybat se infekčním onemocněním.

[7, 8]

### **3 Kombinované vady vyskytující se spolu s mentální retardací**

Odborná literatura nejčastěji uvádí označení vícenásobná postižení, kombinované postižení či kombinované vady, sdružené defekty, multihandicap aj. Jedinci s kombinovaným postižením představují nezanedbatelnou část populace a vyznačují se mimořádnou variabilitou příznaků a projevů. Nejčastěji jsou vázané na poškození mozku a CNS a pojí se s mentální retardací.

Do kombinovaných vad se řadí tělesné vady, smyslové vady, vady řeči, psychická onemocnění, vývojové poruchy učení a chování, autismus aj.

[2, 7]

#### **3.1 Smyslové vady**

Do smyslových vad patří postižení sluchové a zrakové. U jedinců s hlubokou a těžkou mentální retardací je porucha sluchového a zrakového vnímání velmi častá.

Sluchové postižení se vyznačuje omezením nebo úplným chyběním zvukových podnětů. Sluch má význam nejen při komunikaci, ale i sluchové orientaci v prostoru. Je významný pro zpětnovazebný proces a bez něho nelze tvořit srozumitelnou řeč.

Zraková postižení představují defekt ve zrakové soustavě a způsobují nulové nebo zhoršené vidění (slabozrakost, zbytky zraku, nevidomost). Poškození nebo ztráta zraku omezují nebo úplně znemožňují příjem informací. Zrakem získáváme 90 % všech informací v krátkém časovém horizontu – rozlišování tvarů, velikostí, barev, vzdáleností, určování směru, hloubky, orientace v prostoru, pohyb v prostoru, překážky, apod.

Specifickou skupinu tvoří duální sensorické postižení (kombinované postižení zraku a sluchu) – hluchoslepota. Jedná se o vážné postižení, neboť hluchoslepý člověk nemůže ztrátu jednoho smyslu kompenzovat smyslem druhým. Způsobuje vážné potíže při komunikaci, prostorové orientaci, při samostatném pohybu, přístupu k informacím, sebeobsluze a soběstačnosti, aj.

[2, 7]

## 3.2 Tělesná postižení

Jedinci s těžkým a hlubokým mentálním postižením mají výrazně sníženou schopnost aktivního pohybu. Švarcová uvádí, že jedinci s těžkou mentální retardací trpí značným stupněm poruchy motoriky a soběstačnosti. Většina jedinců z kategorie hluboká MR je dokonce imobilní či výrazně omezená v pohybu. Schopnost pohybu provází člověka prakticky po celý život. Pohyb je důležitý nejen pro lokomoci (chůze), ale i k držení těla a částí těla v určité poloze, k práci, dýchání, k získávání a přijímání potravy, ale i k vyprazdňování. Dále je úzce spjat s řečí, gestikulací a mimikou při komunikaci. Pohyb umožňuje vnímat vlastní tělo jako takové i ve vztahu k okolí. Základ rozvíjení pohybové schopnosti je založen již v časném nitroděložním období a je závislý na rozvoji nervové soustavy. Poruchy hybnosti mohou být způsobené např. poškozením mozku, míchy nebo periferního neuronu. Dále se mohou přidružovat rozličné poruchy citlivosti, bolestivé stavy, aj.

[2, 7, 17]

### 3.2.1 Dětská mozková obrna

Dětská mozková obrna (dále jen DMO) – perinatální encefalopatie – postižení nezralého mozku vede k opoždění psychomotorického vývoje, které později může dospět ke třem druhům poruch. Jsou to poruchy hybnosti, poruchy intelektu a epilepsie. Dalšími přidruženými příznaky DMO jsou mozečkové příznaky (ataxie, dyskoordinace pohybu a poruchy rovnováhy), poruchy vývoje řeči, poruchy citlivosti a dost často také poruchy zraku nebo sluchu.

Klasifikace DMO dle profesora Lesného:

- **Formy spastické**

- ✓ Forma diparetická: je nejčastější formou DMO, zahrnuje 1/3 všech postižených dětí. Ve více než 50% souvisí s předčasným porodem a nízkou porodní hmotností.

V klinickém obraze je přítomna spastická paraparesa (provázená i růstovou hypotrofií) dolních končetin s výrazně zvýšeným svalovým tonusem. Reflexy jsou na končetinách zvýšeny, ale mohou být těžko



vybavitelné kvůli kontrakturám. Addukční kontraktura sevřených stehien je základním poznávacím rysem diuretické formy DMO.

- ✓ Forma hemiparetická: jde o postižení jedné poloviny těla podél svislé osy. Je druhou nejrozšířenější formou DMO.

Na dolní končetině je spastická extenční kontraktura v kolenním kloubu. Není zde addukce v kyčelních kloubech. Chůze bývá možná bez opory. Charakteristické je postavení horní končetiny. Je ve flexi v kloubu loketním, v pronaci předloktí, flexi v zápěstí a metacarpo-phalangeálních kloubech. Důležitá je tu addukční kontraktura palce. V naprosté většině případů je hybné postižení výraznější na horní končetině.

U dětí je častý výskyt epilepsie a poruch učení, přítomna může být i psychomotorická retardace.

- ✓ Forma kvadraparetická: jedná se o postižení všech čtyř končetin, ale do této skupiny se řadí i všechny triparezy, které nemají vlastní skupinu. Kvadraparetická forma je přítomna u ¼ dětí s projevy DMO. Ve většině případů jde o formu diparetickou, u níž je motorická porucha rozšířena i na horní končetiny. Tato forma je také závažnější než diparetická, a to nejen kvůli na první pohled patrnému rozsáhlejšímu postižení hybnosti, ale i daleko častějšímu postižení mentálního vývoje a častějšímu výskytu epileptických záchvatů.

- **Formy nespastické**

- ✓ Forma dyskyneticko – ataktická: jsou relativně vzácné, tvoří asi 10 – 15% případů DMO, v etiologii se nejčastěji uplatňují perinatální faktory – asfyxie a hyperbilirubinemie. Patří sem chorobné stavy, kdy je normální klidová poloha, postavení hlavy, trupu a končetin nebo spontánní či vyprovokovaná motorika provázená abnormálními motorickými projevy.
- ✓ Forma hypotonická: je vlastně vývojovým syndromem, který se vyskytuje pouze v raném dětství a projevuje se výrazně sníženým svalovým tonem. Hypotonické děti jsou nápadně klidné a pohybově většinou chudé, někdy se mohou objevovat drobné nepotlačitelné pohyby.

[1, 9, 10]

## 4 Rehabilitační ošetřovatelství

Základní součástí rehabilitačního ošetřovatelství je ošetřování nemocných v rámci ošetřovatelského procesu u pacienta.

Rehabilitační ošetřovatelství zahrnuje tyto úkony rehabilitačního ošetřování:

- polohování
- pasivní a aktivní cvičení
- dechovou gymnastiku
- včasnou mobilizaci a vertikalizaci
- nácvik soběstačnosti

Hlavní cíle rehabilitačního ošetřovatelství v rámci multidisciplinárního přístupu spočívají v:

- prevenci vzniku trofických změn a kontraktur
- podpoře základních pohybových činností
- prevenci dekadence pacienta
- prevenci poklesu výkonnosti respiračního a oběhového systému
- prevenci vzniku dekubitů
- prevenci rozvoje některých onemocnění, např.: pneumonie, tromboembolické nemoci
- minimalizaci bolesti
- zlepšení svalové síly
- optimalizaci funkčního stavu
- zlepšení pocitu životní pohody
- zachování funkčních rezerv pacienta

U lidí s těžkým kombinovaným postižením je vzhledem k závažnosti tohoto onemocnění nezbytně nutné provádět jednotlivé prvky rehabilitačního ošetřovatelství. Samotná nečinnost způsobuje řadu negativních změn projevujících se na celkovém zdravotním stavu a vzniku imobilizačního syndromu. Nedostatečná rehabilitační péče se pak může projevit vznikem postižení:

- pohybového systému – např. flekční kontraktury, svalová atrofie, osteoporóza
- kardiovaskulárního systému – např. ortostatická hypotenze, tromboembolická nemoc

- respiračního systému – např. pneumonie, plicní atelektáza
- metabolického a trávicího systému – např. anorexie, malnutrice, obstipace, dehydratace
- vylučovacího systému – např. urolitiáza, uroinfekce, inkontinence
- kožního systému – např. dekubity
- nervového systému – psychické změny, deprese

V sociálních zařízeních, kde stále přebývá velké procento lidí s kombinovaným postižením je ORP většinou nedostatečná a to i přes velkou snahu personálu v přímé péči. Vzhledem k nedostatku fyzioterapeutů se poskytování ORP v těchto zařízeních muselo přizpůsobit. Dle možností se využívá vířivých van, některých přístrojů (např. motomed), dále se provádí cvičení na míči. Péče se rozšířila i o některé alternativní metody (míčkování, bazální stimulace, masáže...). Dle celostátního dotazníkového šetření VÚPSV je častou příčinou nedostatečné ORP nedostatek, resp. vyčerpání personálu. Průměrný počet minut věnovaných ORP denně jednomu klientovi je v těchto zařízeních 8 minut. Z hlediska uchování (resp. zlepšení) zdravotního stavu klientů lze dle výzkumu počet 9 – 14 minut hodnotit jako minimální, případně nedostačující.

[11, 19, 23]

## **4.1 Hodnocení soběstačnosti**

Součástí sesterských, fyzioterapeutických a ergoterapeutických intervencí je nácvik soběstačnosti v sebeobslužných úkonech a v aktivitách denního života. Soběstačnost je schopnost být nezávislý na pomoci druhé osoby v základních sebeobslužných činnostech.

[21]

### **4.1.1 Test Barthelové**

Tento test je široce užíván ke stanovení disability jedinců se zdravotním problémem. Hodnotí 10 činností: přijímání potravy, koupání, osobní hygiena, oblékání, kontinence moče, kontinence stolice, užívání WC, přesuny, lokomoce a chůze po schodech. Každou z funkcí hodnotíme ve skocích po 5- ti bodech (0 = plná pomoc, 10 = plná

nezávislost). Celkové rozpětí je 0 – 100 bodů. Maximální hodnota získaných bodů neznamená nutně plnou soběstačnost v aktivitách denního života, neboť nezaznamenává některé širší funkce (např. přípravu jídla, domácí práce), neměří psychické funkce a sociální adaptabilitu. Při činnostech není ve skórování citlivě odlišena potřeba minimální od maximální asistence.

[17, 19, 21]

#### **4.1.2 Test funkční nezávislosti – FIM**

Je mezinárodně akceptovaná metoda, která se začala používat ve vyspělých evropských státech od roku 1987.

Měřením funkční nezávislosti získáváme údaje o každodenních činnostech testovaného. Míra FIM vychází z Barthelova testu. Cílem není obsahovat všechny činnosti, které by se daly vyhodnotit. FIM je mírou, která hodnotí fyzickou a kognitivní disabilitu, ne poškození.

Hodnotí 18 činností v 6 kategoriích: (osobní péče, kontinence, přesuny, lokomoce, komunikace asociální aspekty. Každou z funkcí hodnotíme 7- mi stupňovou bodovou škálou. Sedmibodová škála hodnocení má v porovnání s jinými testy schopnost detekce i menších funkčních změn.

[17, 19, 21]

## **4.2 Polohování**

Při déletrvajícím ležení nebo setrvání v jedné poloze dochází ke „ztrátě pocitu vlastních tělesných hranic“, zejména u lidí dezorientovaných nebo ležících na velmi měkkých antidekubitních matracích. *„Vnímání tělesného obrazu se mění a vede k poruchám na vlastním těle i okolí a také k těžkým krizím vlastní identity“* (Friedlová, 2007, s. 91). Již změna polohy poskytne různé stimuly, které pomáhají při znovunabytí senzorické funkce. Prostřednictvím polohování lze postiženému jedinci umožnit získat informace o svém těle a výrazně stabilizovat vnímání tělesného schématu. Polohování poskytuje nejen somatickou, ale i vestibulární stimulaci (stimuluje vestibulární aparát) a dochází též k ovlivnění zrakové stimulace (rozdílné sledování okolí vleže, vsedě apod.). Při polohování je nutné dbát na to, jak se dotyčný cítí, je-li mu to příjemné

(poskytnout mu určitý komfort). Indikace ke změně polohy nebo ukončení polohování je bolest. Správné polohování pomáhá:

- předcházet muskulárně skeletálním deformitám,
- předcházet dekubitům (proleženinám),
- předcházet problémům s oběhem (krevním a lymfatickým),
- posílat do mozku impulzy a povely apod.
- ovlivňovat dechové funkce

Nesprávné polohování vede ke ztuhlosti, omezenému rozsahu pohybu a svalovým retrakcím. Některé polohy mohou zvyšovat svalový tonus, zatímco jiné jej mohou snižovat či ovlivňovat vznik spastického vzorce. K zafixování zvolené polohy se využívají různé pomůcky - např. srolované deky, prostěradla, ručníky, polštáře, fixační perličkové polštáře nebo vaky, u menších dětí měkké hračky apod. Změna polohy by se měla provádět v průběhu celého dne (přibližně po čtyřiceti minutách nebo podle subjektivních pocitů daného jedince).

[3, 20]

### 4.3 Bazální stimulace

Autorem konceptu bazální stimulace je speciální pedagog Prof. Dr. Andreas Fröhlich, který pracoval s dětmi s těžkými kombinovanými somatickými a intelektovými poruchami. Z důvodu hluboké mentální retardace s nimi nebylo možno navázat verbální komunikaci, a proto se zabýval podporou **senzomotorické komunikace**, pracující na bázi schopnosti lidského těla vnímat a přijímat signály a reagovat přes komunikační kanál somatického, vestibulárního a vibračního vnímání.

*„Zdravotní sestra Prof. Ch. Bienstein přenesla koncept bazální stimulace i do ošetrovatelské péče. Aplikací konceptu do ošetrovatelské péče u klientů ve vigilním (apalickém) kómatu prokázala úspěšnost tohoto komunikačního a vývoj podporujícího konceptu také v oblasti ošetrovatelské péče v intenzivní medicíně“ (Friedlová, 2007, s. 13).*

Friedlová dále uvádí, že bazální stimulace patří k uznávaným a aplikovaným konceptům v zemích Evropské unie, jak v oblasti speciální pedagogiky, tak v ošetrovatelství. Koncept je určen pro jedince tělesně nebo duševně postižené, pro

mentálně postižené, taktéž pro obyvatele domovů důchodců, pacientů v nemocnicích, ale i pro nedonošené děti a jedince ve stavu vigilního kómatu.

Bazální komunikace je tedy koncept, který podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině **lidské vnímání**. Základními prvky konceptu jsou pohyb, komunikace a vnímání a jejich úzké propojení. Cílenou stimulací „uložených“ vzpomínek lze znovu aktivovat mozkovou činnost, a tím podporovat vnímání, komunikaci a hybnost jedinců. Lidský mozek má schopnost **plasticity** (schopnost přizpůsobit se nejrůznějším vlivům) a proto mohou poškozené struktury znovu nabýt své funkce, ev. jiné oblasti mozku mohou převzít jejich funkci. Při bazální stimulaci se nabízejí podněty a pohyby k navázání komunikace s lidmi se změněným vnímáním a komunikací.

Podle Friedlové je cílem dojít ke stimulaci vlastního těla (aby ošetřovaný vnímal hranice svého těla), k podpoře rozvoje vlastní identity (aby mohl prožívat a mít prožitky), k umožnění vnímání okolního světa, k vnímání přítomnosti jiného člověka, k navázání komunikace se svým okolím, ke zvládnutí orientace v prostoru a čase, k zlepšení funkcí organismu.

[3]

## 5 Ústavní péče

Klasifikace ústavů sociální péče dle vyhlášky č. 182/1991 Sb.

Klasifikace z hlediska věku:

1. Ústavy pro tělesně postižnou mládež s přidruženým mentálním postižením
2. Ústavy pro mentálně postiženou mládež
3. Ústavy pro mentálně postižené dospělé občany
4. Ústavy pro tělesně postižené dospělé s přidruženým mentálním postižením

Současným trendem je, aby děti a mládež zůstaly ve svém zařízení i po překročení hranice 26-ti let. Tímto se zamezí často emočně krutému přesunu z místa, které jim léta nahrazovalo rodinu. Do ústavu pro mentálně postižené se často přijímají lidé s mentálním postižením, kteří mají zároveň závažné tělesné postižení či smyslovou vadu.

Ústavy pro dospělé občany s přidruženým mentálním postižením jsou určeny pro občany, kteří ukončili povinnou školní docházku a vedle vady tělesné mají lehké mentální postižení.

[24]

## 5.1 Historie ústavní péče

Ústavní péče měla pro osoby s mentální retardací v průběhu vývoje společnosti různé podoby. Vývoj byl ovlivněn zejména náboženstvím, politikou, kulturou a ekonomickou vyspělostí dané společnosti. V prvobytně pospolné společnosti žádná forma institucionální péče neexistovala. První institucí se stal chrám, který plnil funkci léčebnou i trestní.

V období středověku se mentálně postižení uchýlovali do klášterů, kde byly zřizovány hospitály, což byla nemocniční zařízení, ve kterých byla péče sociálně-charitativní. Pohled na mentálně postižené se nezměnil ani v období renesance, kde byla snaha o výklad duševních chorob pomocí vědy, zejména lékařské a filozofické.

Vznik velkých špitálů a internačních budov, církevních, veřejně- podpůrných a trestných institucí, charit a dobročinných institucí přináší osvícenství. Tyto zařízení neplní funkci lékařskou, ale vězeňskou. Společnost prezentuje postižení jako skandál. Koncem 17. a počátkem 18. Století začínají být duševně nemocní vylučováni ze společnosti a společně s mentálně postiženými, kriminálními osobami a chudými jsou drženi ve velkých ústavech. V těchto zařízeních jsou tyto osoby internovány společností nového typu, kterou začínají ohrožovat tím, že nedbají základního příkazu pracovat.

V průběhu 19. století dochází ke změně názorů na handicapované jedince. Dochází ke specializaci ústavních zařízení, která se rozdělují na nemocnice, léčebny, trestnice, polepšovny a starobince. Nový pohled na mentální retardaci dává vznik organizované péči-ústavů pro mentálně postižené, které vznikají ve Francii, Rakousku, Velké Británii a Čechách. Vedle ošetrovatelské péče zde zaujímají své postavení i výchovné a vzdělávací činnosti.

V Čechách je postupně vybudována celá řada ústavů sociální péče. Často byly využity prostory v opuštěných zámeckých objektech a budovy mimo veřejnost. Péče v zařízeních byla převážně zdravotní a sociální. O svěřence se starali řádové a zdravotní sestry, lékaři a instruktoři pracovní činnosti. Do ústavů sociální péče byly umísťovány osoby s různým stupněm mentální retardace. Tito lidé byli hromadně zbavováni způsobilosti k právním úkonům a osvobozováni od povinné školní docházky. Výchovně-vzdělávací činnosti se realizovaly pouze v ústavním prostředí. Tímto způsobem byli postižení vyčleňováni z běžného života.

## 5.2 Současná ústavní péče

Ústavní péče je jednou ze základních forem sociálních služeb. Jejím posláním je pomoc rodinám s výchovou a péčí o děti, mládež a dospělé s mentální retardací. V některých případech doplňuje rodinu a rodinné prostředí.

*„Světové trendy v péči o lidi s mentálním postižením přinášejí odklon od institucionální péče poskytované ve velkých zařízeních a směřují k humánnějším formám péče zajišťované v zařízeních rodinného typu, v chráněných bytech pro několik uživatelů nebo za pomoci osobních asistentů v integrovaném bydlení v běžné městské zástavbě“.* (Švarcová 2000, s. 138).

V současné době existuje široká nabídka ústavů sociální péče, to znamená, že rodiče si mohou vybírat zařízení z hlediska kvality, ale i místa poskytování služeb. Během posledních let došlo k rozvoji ústavní péče. To se odráží na kvalitě bydlení, služeb, materiálního a technického vybavení ústavů, na vedení práce s klienty. V souvislosti s rozvojem ústavní péče se hovoří o integraci, normalizaci a humanizaci.

Integrace – znamená překonání nepřirozeného oddělení lidí s mentální retardací od světa lidí nepostižených. Jde o program začlenění jedince mezi zdravou populaci.

Normalizace – vystihuje skutečnost, že i postižení lidé mohou žít běžným životem jako jejich nepostižení vrstevníci. Každý člověk má právo na kvalitní, smysluplný rozvoj.

Humanizace – znamená brát postižené občany jako rovnocenné partnery. Pomáhat jim zvládat důsledky jejich handicapu.

Posláním a cílem současných ústavů sociální péče, je zajištění kvalitní komplexní péče o klienty z hlediska jejich individuálních schopností, dovedností, potřeb a zájmů. Vytvoření a zajištění optimálních podmínek pro zařazení klientů do běžného života ve společnosti.



### III. Výzkumná část

## 6 Metodika práce

V praktické části jsem zjišťovala úroveň ORP u osob s těžkým kombinovaným postižením v sociálních zařízeních a vliv ORP na soběstačnost klienta. Snažila jsem se prozkoumat možné problémy, provázející vykonávání ORP a zjistit nejčastější projevy nedostatečné ORP. Zároveň jsem se snažila zjistit a vyhodnotit pomocí testu soběstačnosti FIM (Functional Independence Measure) pozitivní vliv ORP na soběstačnost klienta.

### 6.1 Použitá metoda výzkumu

Pro zpracování výzkumné části jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu formou anonymních dotazníků. Dotazník obsahuje soustavu otázek, které slouží k získání potřebných dat. Výzkum je doplněn o analýzu - vyhodnocení aktuálního stavu klienta v oblasti soběstačnosti, dle testu dotazníku FIM, před a po sledovacím období. Hodnocení proběhlo ve spolupráci s klíčovým pracovníkem a fyzioterapeutem. Dotazníky byly zpracovány v tištěné formě (viz příloha 7) a rozesílány poštou do vybraných zařízení v ústeckém kraji.

V dotazníku byly použity otevřené a uzavřené položky (viz tab. 1).

Otevřené položky nenabízejí žádné varianty odpovědí a je zcela na respondentovi, jaká bude jeho odpověď. Uzavřené položky nabízejí několik variant předem formulovaných odpovědí, z nichž respondent vybere vhodnou odpověď.

Tab. 1 Položky otevřené a uzavřené příloha

OTEVŘENÉ POLOŽKY	UZAVŘENÉ POLOŽKY
1, 2b, 7b, 11, 15, 19	2a, 3, 4, 5, 6, 7a, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18

Dotazník je složen z 5 úvodních statistických položek a z 19 položek samotného výzkumu. Jedná se o položky zkušenostní, ne znalostní. Otázky č. 5, 6, 14 jsou hlavními otázkami hypotéz. Jedná se v nich o subjektivní údaj o zkušenostech. Rozdělení položek podle typu a počtu odpovědí popisuje tab. 2.

Tab. 2 Rozdělení položek podle typu a počtu odpovědí

1 ODPOVĚĎ	VÍCE ODPOVĚDÍ	VOLNÉ ODPOVĚDI
2a, 5, 7a, 10, 16, 17, 18	3, 4, 6, 8, 9, 12, 13, 14	1, 2b, 7b, 11, 15, 19

Dotazník byl vypracován a následně i schválen za odborného dohledu vedoucí bakalářské práce Mgr. Petry Brédové. V úvodu dotazníku je respondentům objasněno téma dotazníku, cíl výzkumu, záměr výzkumného šetření a informace o anonymitě dotazníku. Položky byly zvoleny tak, aby byly srozumitelné a co nejvíce odpovídaly záměru výzkumu této bakalářské práce. V rámci předvýzkumu – pilotní verze byli použiti 4 probandi. Žádné nesrovnalosti nenastaly, dotazník byl distribuován. Celkem bylo rozdáno 287 dotazníků, navraceno 131, návratnost je 46 %.

## 6.2 Výběr respondentů

Respondenti byli zařazeni dle záměrného výběru. Tvořili ho pracovníci v sociálních službách a všeobecné sestry v přímé péči v IC Horní Poustevna, ÚSP Jiříkov, DSS Litvínov, DSS Kadaň, ÚSP Háj. Do druhé části práce pro analýzu byli vybráni klienti po dohodě s vedoucími zařízení ve stacionáři Dar v Praze a v chráněném bydlení Pastelky ve Vilémově u Šluknova.

## 6.3 Organizace výzkumu

Pro vypracování dotazníku proběhly opakované konzultace a následné schválení vedoucí bakalářské práce. Dotazníky byly po telefonické dohodě s vedoucími sociálních zařízení rozeslány. Pro vyhodnocení a zpracování dat jsem využila programu MS Excel, MS Word. Pro každou položku jsem sestavila tabulku a u vybraných otázek jsme pro znázornění vytvořila graf. Pro analýzu dat jsem použila čárkovací metodu.

## 7 Výsledky výzkumu a jeho analýza

STATISTICKÉ POLOŽKY:

**Položka: Pohlaví:žena x muž**

Pro zpracování statistických dat jsem použila tabulku četností dle jedноступňového třídění.

$n_i$  = absolutní četnost

$f_i$  = relativní četnost

$n$  = výběrový soubor

Tab. 3 Rozdělení respondentů dle pohlaví

	Muži		Ženy	
	$n_i$	$f_i$	$n_i$	$f_i$
ÚSP HAJ	0	0,00%	15	11.45 %
DSS LITVÍNOV	0	0,00%	29	22.14 %
DSS KADAŇ	0	0,00%	31	23.66 %
ÚSP JIŘÍKOV	0	0,00%	20	15.26 %
IC H. POUSTEVNA	0	0,00%	36	27.48 %
<b>Celkem</b>	<b>0</b>	<b>0,00%</b>	<b>131</b>	<b>100,00%</b>

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 131 odpovědí ve 131 dotaznících. Všechny 131 respondentů tj. 100% zaznamenalo odpověď „žena“. Zkoumaný vzorek je zastoupen pouze zástupci ženského pohlaví.

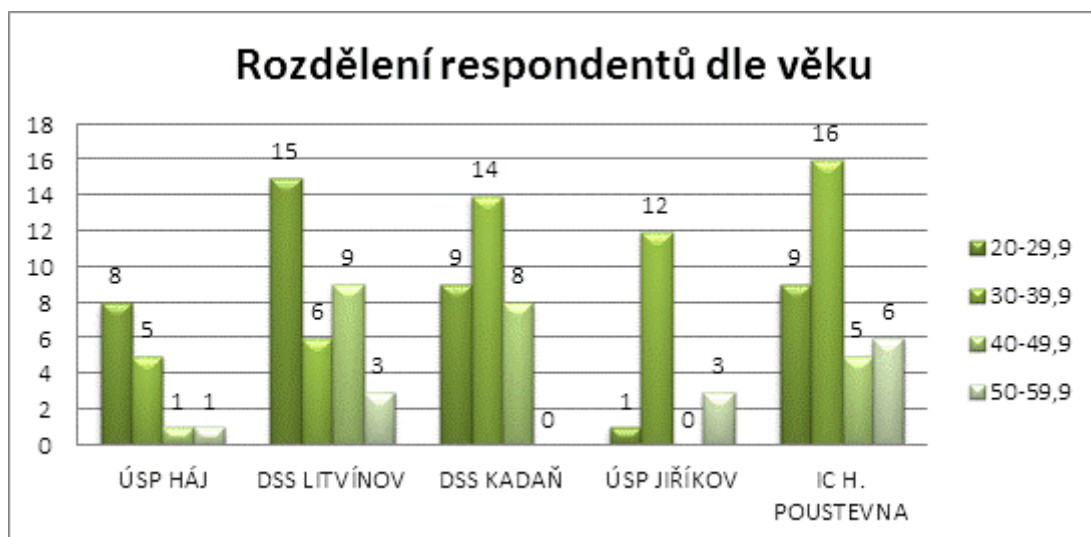
**Položka: Věk**

Do tabulky intervalového rozpětí četností jsem zvolila:

1. variační rozpětí  $R = x_{\max} - x_{\min}$
2. počet intervalů  $k = \sqrt{n}$
3. šířka intervalů  $r = R/k$

Tab. 4 Rozdělení respondentů dle věku

Věk respondentů	20-29,9		30-39,9		40-49,9		50-59,9	
	ni	fi	ni	fi	ni	fi	ni	fi
ÚSP HÁJ	8	19.04 %	5	9.43 %	1	4.35 %	1	7.69 %
DSS LITVÍNOV	15	35.71 %	6	11.32 %	9	39.13 %	3	23.07 %
DSS KADAŇ	9	21.43 %	14	26.41 %	8	34.78 %	0	0.00 %
ÚSP JIŘÍKOV	1	2.38 %	12	22.64 %	0	0.00 %	3	23.07 %
IC H. POUSTEVNA	9	21.43 %	16	30.19 %	5	21.74 %	6	46.15 %
<b>Celkem</b>	<b>42</b>	<b>100,00%</b>	<b>53</b>	<b>100,00%</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>	<b>13</b>	<b>100,00%</b>



Graf 1. Grafické znázornění rozdělení respondentů dle věku

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 131 odpovědí ve 131 dotaznících. Nejpočetnější skupinu 30 – 39,9 let zastupuje 53 respondentů, 20 – 29,9 let 42 respondentů, 40 – 49,9 let 23 respondentů, 50 – 59,9 let 13 respondentů.

**Položka:Název zařízení, ve kterém pracujete**

Tab. 5 Rozdělní respondentů dle zařízení

Sociální zařízení	ni	fi
ÚSP HÁJ	15	11.45 %
DSS LITVÍNOV	29	22.14 %
DSS KADAŇ	31	23.66 %
ÚSP JIŘÍKOV	20	15.26 %
IC H. POUSTEVNA	36	27.48 %
<b>Celkem</b>	<b>131</b>	<b>100,00%</b>

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 131 odpovědí ve 131 dotaznících. Největší zastoupení měly respondentky z IC H. Poustevna 36, tj. 27.48 %, DSS Kadaň zastupovalo 31 respondentů tj. 23.66 %, DSS Litvínov 29 respondentů tj. 22.14%, ÚSP Jiříkov 20 respondentů tj. 15.26%, ÚSP Háj 15 respondentů tj. 11.45 %.

**Položka:Dosažené vzdělání**

Tab. 6 Rozdělení respondentů dle dosaženého vzdělání

Vzdělání	Střední odborné		Úplné střední všeobecné		Úplné střední odborné		VOŠ	
	ni	fi	ni	fi	ni	fi	ni	fi
ÚSP HÁJ	4	17.39 %	1	33,33%	10	9.52 %	0	0.00 %
DSS LITVÍNOV	7	30.43 %	0	0,00%	22	20.95 %	0	0.00 %
DSS KADAŇ	2	8.69 %	0	0,00%	29	27.62 %	0	0.00 %
ÚSP JIŘÍKOV	5	21.74 %	0	0,00%	15	14.29 %	0	0.00 %
IC H. POUSTEVNA	5	21.74 %	2	66,67%	29	27.62 %	0	0.00 %
<b>CELKEM</b>	<b>23</b>	<b>100.00 %</b>	<b>3</b>	<b>100.00 %</b>	<b>105</b>	<b>100.00 %</b>	<b>0</b>	<b>0.00 %</b>

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 131 odpovědí ve 131 dotaznících. Z celkového počtu 131 odpovědí má 105 respondentů úplné střední odborné vzdělání, 23 respondentů má střední odborné, 3 respondenti mají úplné střední všeobecné vzdělání.

## Položka: Pracovní pozice

Tab. 7 Rozdělení respondentů dle pracovní pozice

Sociální zařízení	Pracovníci v soc. službách		Všeobecná sestra	
	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub>
ÚSP HÁJ	12	15.58 %	6	11.11 %
DSS LITVÍNŮV	10	12.99 %	5	9.26 %
DSS KADAŇ	14	18.18 %	23	42.60 %
ÚSP JIŘÍKOV	16	20.78 %	10	18.52 %
IC H. POUSTEVNA	25	32.46 %	10	18.52 %
<b>Celkem</b>	<b>77</b>	<b>100.00 %</b>	<b>54</b>	<b>100,00%</b>

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 131 odpovědí ve 131 dotaznících. Pracovníky v sociálních službách zastupují 77 respondentů, všeobecné sestry zastupuje 54 respondentů.

POLOŽKY DOTAZNÍKU:

### Otázka č. 1

Otázka: Uveďte prosím počet klientů, o které se během své služby staráte.

Tab. 8 Počet klientů

počet klientů	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub>
5	40	30.53 %
6	56	42.75 %
8	18	13.74 %
9	9	6.87 %
10	8	6.11 %
<b>Celkem</b>	<b>131</b>	<b>100.00 %</b>

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 131 odpovědí ve 131 dotaznících. Z celkového počtu 131 odpovědí 56 respondentů tj. 42.75% se stará o 6 klientů, 40 respondentů tj. 30.53 % se stará o 5 klientů, 18 respondentů tj. 13.74% se stará o 8 klientů, 9 respondentů tj. 6.87 % se stará o 9 klientů, 8 respondentů tj. 6.11% se stará o 10 klientů.

## Otázka č. 2

Otázka: a) Je podle Vašeho názoru tento počet vyhovující?

b) Uveďte podle Vás ideální počet klientů.

Odpověď: a) ano x ne

b) volná odpověď

Tab. 9a Vyhovující počet klientů

vyjádření všech respondentů	ni	fi
ano	47	35.88 %
ne	84	64.12 %
<b>Celkem</b>	<b>131</b>	<b>100.00 %</b>

Tab. 9b Ideální počet klientů

Počet klientů	ni	fi
4	52	61.90 %
6	28	33.33 %
8	4	4.77 %
<b>Celkem</b>	<b>84</b>	<b>100.00 %</b>

Hodnocení položky:

- a) Celkem bylo zaznamenáno 131 odpovědí ve 131 dotaznících. Z celkového počtu 131 odpovědí 47 respondentů tj. 35.88 % odpovědělo „ano“, 84 respondentů tj. 64.12 % odpovědělo „ne“.

- b) Z celkového počtu 84 záporných odpovědí 52 respondentů tj. 62.90 % uvedlo ideální počet 4 klienti, 28 respondentů tj. 33.33 % uvedlo 6 klientů, 4 respondenti tj. 4.77 % uvedlo 8 klientů.

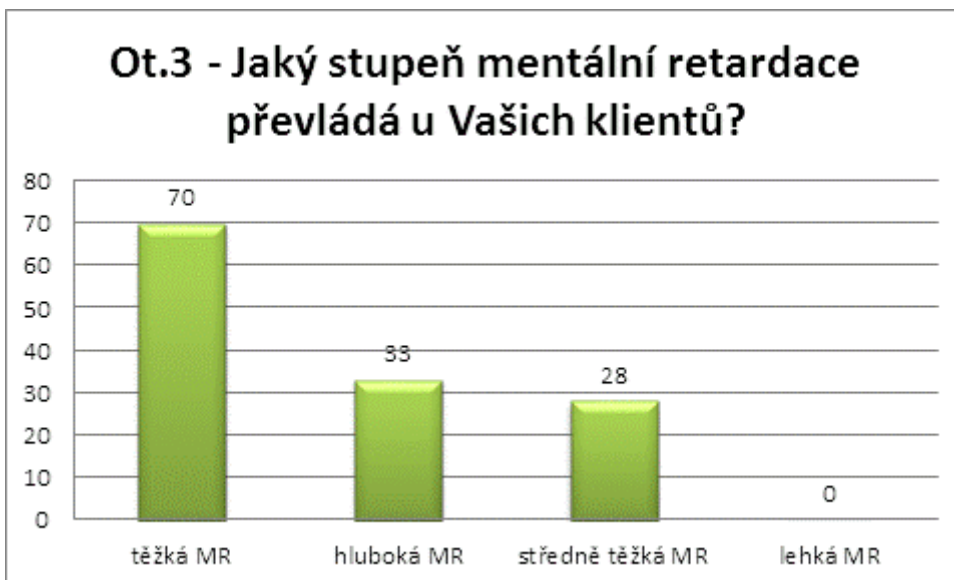
### Otázka č. 3

Otázka: Jaký stupeň mentální retardace převládá u Vašich klientů?

Odpověď: a) lehká mentální retardace, b) středně těžká mentální retardace, c) těžká mentální retardace, d) hluboká mentální retardace.

Tab. 10 Rozdělení klientů dle stupně mentální retardace

stupeň postižení	ni	% podíl
těžká MR	70	53.44 %
hluboká MR	33	25.19 %
středně těžká MR	28	21.37 %
lehká MR	0	0,00%
<b>Celkem</b>	<b>131</b>	<b>100.00 %</b>



Obr. 2 Grafické znázornění rozdělení klientů dle stupně mentální retardace



Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 131 odpovědí ve 131 dotaznících. Z celkového počtu 131 odpovědí 70 respondentů tj. 53,44% uvedlo těžkou mentální retardaci, 33 respondentů tj. 25.19 % uvedlo hlubokou mentální retardaci, 28 respondentů tj. 21.37% uvedlo středně těžkou mentální retardaci.

#### **Otázka č.4**

Otázka: Jaké kombinované vady se spolu vyskytují u Vašich klientů?

Odpověď: a) smyslové vady, b) tělesná postižení, c) Dětská mozková obrna, d) žádné

Tab. 11 Rozdělení klientů dle vyskytujících se kombinovaných vad

kombinované vady	ni	% podíl
smyslové vady	131	100.00 %
tělesné postižení	122	93.13 %
Dětská mozková obrna	99	75.57 %
žádné	0	0.00 %

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 131 odpovědí ve 131 dotaznících. Z celkového počtu 131 odpovědí 131 respondentů tj. 100% uvedlo smyslové vady, 122 respondentů tj. 93.13% uvedlo tělesné postižení, 99 respondentů tj. 75.57% uvedlo Dětskou mozkovou obrnu.

#### **Otázka č. 5**

Otázka: Domníváte se, že ošetrovatelská rehabilitační péče (dále jen ORP) je na Vašem pracovišti dostatečná?

Odpověď: ano x ne

Tab. 12 Hodnocení dostatečnosti ORP

	ni	fi
dostačující	46	35.11 %
nedostačující	85	64.89 %
<b>Celkem</b>	<b>131</b>	<b>100.00 %</b>

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 131 odpovědí ve 131 dotaznících. Z celkového počtu 131 odpovědí 46 respondentů tj. 35.11% uvedlo ORP jako dostačující, 85 respondentů tj. 64.89% uvedlo ORP jako nedostačující.

### Otázka č. 6

Otázka: Pokud ne, v čem vidíte problém ve vykonávání ORP?

Odpověď: a) v nedostatku personálu, B) v nezajištění podmínek pro vykonání ORP, C) v interpersonálních problémech, d) v nedostatku znalostí, e) v nezájmu ze strany klientů, f) jiný.

Tab. 13 Příčiny nedostatečné ORP

příčiny nedostatečné ORP	ni	% podíl
nedostatek personálu	85	100.00 %
nezájem ze strany klientů	18	21.17 %
nedostatek znalostí	15	17.65 %
nezajištění podmínek pro vykonávání ORP	0	0.00 %
interpersonální problémy	0	0.00 %
jiné	0	0.00 %

Hodnocení položky:

Z celkového počtu 85 odpovědí (vycházíme z předešlé otázky) 90 respondentů tj. 100% uvedlo příčinu v nedostatku personálu, 18 respondentů tj. 21.17% uvedlo jako další příčinu nezájem ze strany klientů, 15 respondentů tj. 17.65 % uvedlo jako další příčinu nedostatek znalostí.

## Otázka č. 7

Otázka: a) Máte dostatek času věnovat se ORP?

b) Kolik času Vám zabere OPR u jednoho klienta během 1 směny?

Odpověď: a) ano x ne; b) čas v minutách

Tab. 14 a) Máte dostatek času věnovat se ORP?

	ni	fi
ano	28	21.37 %
ne	103	78.63 %
<b>Celkem</b>	<b>131</b>	<b>100.00 %</b>

b) Délka času věnovaný ORP 1 klientovi během 1 směny

délka věnování se ORP v minutách	ni	fi
15 min.	35	26.72 %
20min	36	27.48 %
30 min.	56	42.75 %
40 min	4	3.05 %
<b>Celkem</b>	<b>131</b>	<b>100.00 %</b>

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 131 odpovědí ve 131 dotaznících. Z celkového počtu 131 odpovědí 28 respondentů tj. 21.37 % odpovědělo „ano“, 103 respondentů tj. 78.63 % odpovědělo „ne“.

Z celkového počtu 131 odpovědí 56 respondentů tj. 42.75 % uvedlo 30 minut, 36 respondentů tj. 27.48 % uvedlo 20 minut, 35 respondentů tj. 26.72 % uvedlo 15 minut, 4 respondenti tj. 3.05 % uvedlo 40 minut.

## Otázka č. 8

Otázka: Jak získáváte odborné informace k vykonávání ORP?

Odpověď: a) od fyzioterapeutů, b) z literatury, c) z odborných kurzů, d)jinak

Tab. 15 Získávání odborných informací k vykonávání ORP

<b>získávání informací</b>	<b>ni</b>	<b>% podíl</b>
z odborných kurzů	130	99.24 %
z literatury	100	76.33 %
od fyzioterapeutů	45	34.35 %
jinak	25	19.08 %

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 131 odpovědí ve 131 dotaznících. Z celkového počtu 131 odpovědí 130 respondentů tj. 99.24 % získává informace z odborných kurzů, 100 respondentů tj. 76.33 % z literatury, 45 respondentů tj. 34.35 % od fyzioterapeutů, 25 respondentů tj. 19.08 % uvedlo jiným způsobem, a to od svých spolupracovníků.

## Otázka č. 9

Otázka: Kde pozorujete největší pozitivní vliv ORP u klientů (seřad'te prosím od 1-4)

Odpověď: a) na celkovém zdravotním stavu, b) na psychickém stavu, c) na soběstačnosti, d)na ovlivnění bolesti

Tab. 16 Největší pozitivní vliv ORP

<b>pozitivní vliv ORP</b>	<b>ni</b>	<b>% podíl</b>
celkový zdravotní stav	131	100.00 %
psychický stav	68	51.91 %
ovlivnění bolesti	36	27,48%
soběstačnost	34	25.95 %



Obr. 3 Grafické znázornění pozitivního vlivu ORP

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 131 odpovědí ve 131 dotaznících. Z celkového počtu 131 odpovědí bylo seřazeno pořadí. Umístění značí pohled dle priorit ošetrovatelského personálu. 131 respondentů uvedlo největší pozitivní vliv ORP u klientů na celkovém zdravotním stavu, 68 respondentů uvedlo psychický stav, 36 respondentů uvedlo ovlivnění bolesti, 34 respondentů uvedlo soběstačnost.

## Otázka č. 10

Otázka: Jak často polohujete motoricky pasivního klienta?

Odpověď: a)  $\bar{a}$  2 hodiny, b)  $\bar{a}$  4-6 hodin, c) 2x denně, d) nepolohujete

Tab. 17 Délka polohování motoricky pasivního klienta

délka polohování	n <sub>i</sub>	% podíl
$\bar{a}$ 2 hodiny	131	100.00 %
$\bar{a}$ 4-6 hodin	0	0.00 %
2x denně	0	0.00 %
nepolohujete	0	0.00 %

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 131 odpovědí ve 131 dotaznících. Z celkového počtu 131 odpovědí 131 respondentů tj. 100 % uvedlo ā 2 hodiny.

## Otázka č. 11

Otázka: Jaké pomůcky používáte k polohování?

Tab. 18 Pomůcky používané k polohování

pomůcky k polohování	ni	% podíl
polohovací pytle	131	100.00 %
polohovací klíny	105	80.15 %
polohovací válce	86	65.65 %
polohovací podložky	75	57.25 %
polohovací panel	36	27.48 %
antidekubitní podložky	20	15.26 %

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 131 odpovědí ve 131 dotaznících. Z celkového počtu 131 odpovědí 131 respondentů tj. 100 % uvedlo používání polohovacích pytlů, 105 respondentů tj. 80.15% uvedlo polohovací klíny, 86 respondentů tj. 65.65 % uvedlo polohovací válce, 75 respondentů tj. 57.25 % polohovací podložky, 36 respondentů tj. 27.48% uvedlo polohovací panel, 20 respondentů tj. 15.26 % uvedlo antidekubitní podložky.

## Otázka č. 12

Otázka: Uveďte nejčastěji používané ošetrovatelské a rehabilitační výkony, které vykonáváte (cca 5-10 příkladů)

Tabulky byly použity z celostátního výzkumu VÚPSV.

Tab. 19 Nejčastěji používané ošetrovatelské výkony

ošetrovatelské výkony	ni	% podíl
hygiena	131	100.00 %
péče o pokožku	131	100.00 %
polohování	131	100.00 %
pitný režim	131	100.00 %
krmení	131	100.00 %
péče o lůžko a pokoj	131	100.00 %
příprava stravy	120	91.60 %
prevence a ošetření dekubitů	36	27.48 %
podávání léků p. o.	54	41.21 %
měření fyziologických funkcí	54	41.21 %
asistence lékařům	54	41.21 %
krmení sondou	1	0,76%
péče o PEG sondu	1	0,76%
péče ránu	0	0.00 %
ošetření kožních lézí	0	0.00 %
aplikace léčebné terapie	0	0.00 %

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 131 odpovědí ve 131 dotaznících.

Položka ošetrovatelské výkony: z celkového počtu 131 odpovědí 131 respondentů tj. 100 % označilo vykonávání hygieny, péče o pokožku, polohování, krmení, péče o lůžko a pokoj, 120 respondentů tj. 91.60 % označilo přípravu stravy, 36 respondentů tj. 27.48 % označilo prevenci a ošetření dekubitů, 54 respondentů tj. 41.21 % označilo podávání léků p. o., měření fyziologických funkcí, asistenci lékařům, 1 respondent tj. 0.76 % označil krmení sondou a péči o PEG sondu.



Obr. 4 Grafické znázornění nejčastěji používaných ošetřovatelských výkonů

Tab. 20 Nejčastěji používané rehabilitační výkony

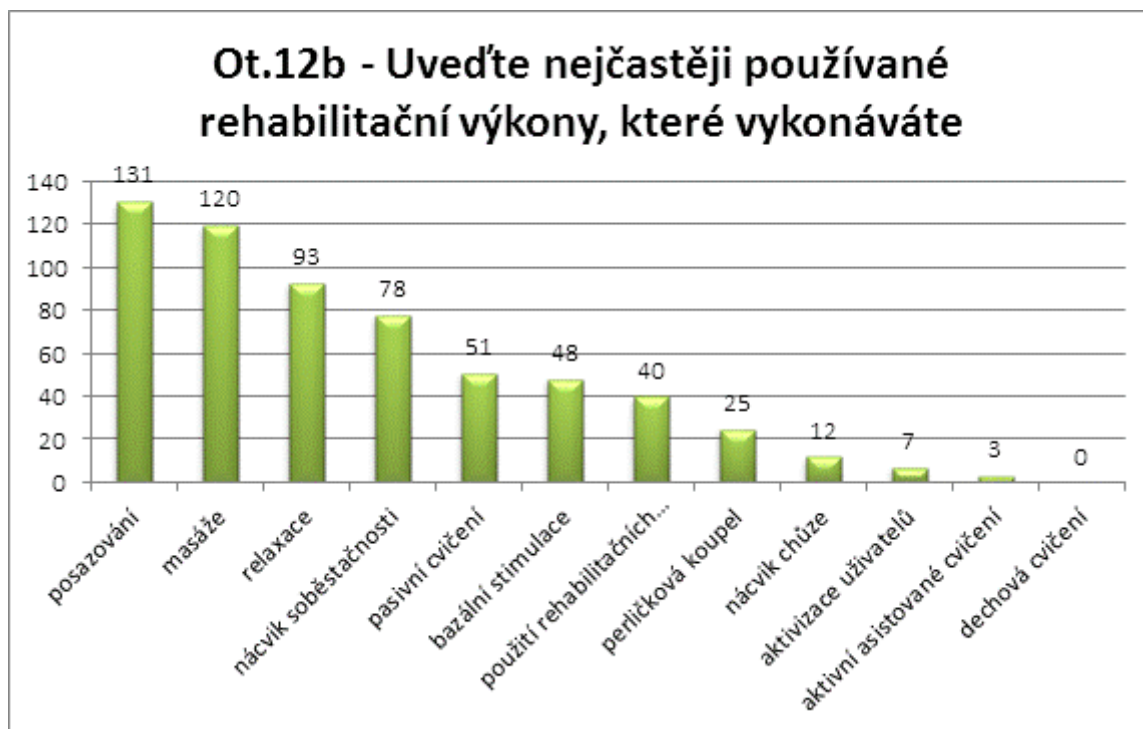
rehabilitační výkony	ni	% podíl
posazování	131	100.00 %
masáže	120	91.60 %
relaxace	93	70.99 %
nácvik soběstačnosti	78	59.54 %
pasivní cvičení	51	38.93 %
bazální stimulace	48	36.64 %
použití rehabilitačních přístrojů	40	30.53 %
perličková koupel	25	19.08 %
nácvik chůze	12	9.16 %
aktivizace uživatelů	7	5.34 %
aktivní asistované cvičení	3	2,29%
dechová cvičení	0	0.00 %

Hodnocení položky:

Položka rehabilitační výkony: z celkového počtu 131 odpovědí 131 respondentů tj. 100 % uvedlo posazování, 120 respondentů tj. 91.60 % uvedlo masáže, 93 respondentů tj. 70.99 % uvedlo nácvik soběstačnosti, 78 respondentů tj. 59.54 % uvedlo relaxaci, 51



respondentů tj. 38.93 % uvedlo pasivní cvičení, 48 respondentů tj. 36.64 % uvedlo bazální stimulaci, 40 respondentů tj. 30.53 % uvedlo použití rehabilitačních přístrojů, 25 respondentů tj. 19.08 % uvedlo perličkovou koupel, 12 respondentů tj. 9.16 % uvedlo nácvik chůze, 7 respondentů tj. 5.34 % uvedlo aktivizaci uživatelů, 3 respondenti tj. 2.29 % uvedli aktivní asistované cvičení.



Obr. 5 Grafické znázornění nejčastěji používaných rehabilitačních výkonů

### Otázka č. 13

Otázka: Jaké prvky ORP z uvedených možností považujete za nejdůležitější (seřad'te prosím 1-4)

Odpověď: a) polohování, b) pasivní a aktivní cvičení, c) dechová rehabilitace, d) nácvik soběstačnosti

Tab. 21 Nejdůležitější prvky ORP

nejdůležitější prvky ORP	ni	% podíl
polohování	131	100.00 %
pasivní a aktivní cvičení	86	65.65 %
nácvik soběstačnosti	32	24.43 %
dechová rehabilitace	20	15.26 %



Obr. 6 Grafické znázornění nejdůležitějších prvků ORP

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 131 odpovědí ve 131 dotaznících. Z celkového počtu 131 odpovědí sestaveno pořadí. Umístění značí pohled dle priorit ošetrovatelského personálu. 131 respondentů uvedlo jako nejdůležitější polohování, 86 respondentů uvedlo pasivní a aktivní cvičení, 32 respondentů uvedlo nácvik soběstačnosti, 20 respondentů uvedlo dechovou rehabilitaci.

#### Otázka č. 14

Otázka: Jak se nejčastěji projevuje u Vašich klientů nedostatek ORP.

Odpověď: a) tvorbou dekubitů, b) zhoršeným průběhem chorobným a úrazových stavů, c) menší soběstačností či nesoběstačností, d) snížením fyzické kondice, e) zhoršením duševního stavu, f) svalovým postižením, kontrakturami, g) bolestí, h) vznikem komplikací: trombóza, bronchopneumonie, obstrukce

Tab. 22 Nejčastější projevy u klientů při nedostatku ORP

projevy nedostatku ORP	ni	% podíl
zhoršením duševního stavu	98	74.80 %
zhoršeným průběhem chorobných a úrazových stavů	65	49.62 %
snížením fyzické kondice	50	38.16 %
svalovým postižením, kontrakturami	45	34.35 %
bolestí	35	26.72 %
menší soběstačností či nesoběstačností	28	21.37 %
tvorba dekubitů	25	19.08 %
vznikem komplikací: trombóza, bronchopneumonie, obstrukce	0	0.00 %

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 131 odpovědí ve 131 dotaznících. Z celkového počtu 131 odpovědí 98 respondentů tj. 74.80 % uvedlo zhoršením duševního stavu, 65 respondentů tj. 49.62 % uvedlo zhoršeným průběhem chorobných a úrazových stavů, 50 respondentů tj. 38.16 % uvedlo snížení fyzické kondice, 45 respondentů tj. 34.35 % uvedlo svalové postižení, kontraktury, 35 respondentů tj. 26.72 % uvedlo bolesti, 28 respondentů tj. 21.37 % uvedlo menší soběstačnost či nesoběstačnost, 25 respondentů tj. 19.08 % uvedlo tvorbu dekubitů.

### Otázka č. 15

Otázka: Používáte k vykonávání ORP i některou z alternativních metod? Uveďte prosím příklad.

Tab. 23 Alternativní metody

alternativní metody	ni	fi
reiky	7	5.34 %
kraniosakrální terapie	4	3.06 %
bazální stimulace	23	17.55 %
žádné	97	74.05 %
<b>Celkem</b>	<b>131</b>	<b>100.00 %</b>

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 131 odpovědí ve 131 dotaznících. Z celkového počtu 131 odpovědí 23 respondentů tj. 17.55 % uvedlo použití bazální stimulace, 7 respondentů tj. 5.34 % uvedlo jako alternativní metodu reiky, 4 respondenti tj. 3.06 % uvedli kraniosakrální terapii, 97 respondentů tj. 74.05 % neuvedlo žádnou alternativní metodu.

### Otázka č. 16

Otázka: Máte zájem se v oblasti ORP vzdělávat?

Odpověď: ano x ne

Tab. 24 Zájem o vzdělání v ORP

<b>zájem o vzdělání v ORP</b>	<b>ni</b>	<b>fi</b>
ano	84	64.12 %
ne	47	35.88 %
<b>Celkem</b>	<b>131</b>	<b>100.00 %</b>

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 131 odpovědí ve 131 dotaznících. Z celkového počtu 131 odpovědí 84 respondentů tj. 64.12 % odpovědělo „ano“, 47 respondentů tj. 35.88 % odpovědělo „ne“.

### Otázka č. 17

Otázka: Je spolupráce s ostatními členy týmu v oblasti lékařských oborů dostatečná?

Odpověď: ano x ne

Tab. 25 Spolupráce s ostatními členy v oblasti lékařských oborů

spolupráce se členy lékařských oborů	ni	fi
dostatečná	131	100.00 %
nedostatečná	0	0.00 %
<b>Celkem</b>	<b>131</b>	<b>100.00 %</b>

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 131 odpovědí ve 131 dotaznících. Z celkového počtu 131 odpovědí 131 respondentů tj. 100 % odpovědělo „ano“.

### Otázka č. 18

Otázka: Je spolupráce s ostatními členy v oblasti nelékařských oborů dostatečná?

Odpověď: ano x ne

Tab. 26 Spolupráce s ostatními členy týmu v oblasti nelékařských oborů

spolupráce se členy nelékařských oborů	ni	fi
dostatečná	131	100.00 %
nedostatečná	0	0.00 %
<b>Celkem</b>	<b>131</b>	<b>100.00 %</b>

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 131 odpovědí ve 131 dotaznících. Z celkového počtu 131 odpovědí 131 respondentů tj. 100 % odpovědělo „ano“.

## VYHODNOCENÍ AKTUÁLNÍHO STAVU KLIENTA V OBLASTI SOBĚSTAČNOSTI

Do analýzy bylo zapojeno 15 klientů s „nadstavbovou péčí“ s různým stupněm závislosti a 15 klientů s nezměněnou péčí. Projekt trval cca 3 měsíce a klienti byli ohodnoceni z hlediska soběstačnosti podle testu funkční míry nezávislosti FIM na začátku a konci projektu. Nadstavbová péče je postavena nad rámec běžné péče. Je využito více metod a pomůcek k provádění intenzivnější péče u klientů. Bližší popis viz diskuse.

U 15 klientů probíhala ORP stávajícím způsobem jak byli v daném zařízení zvyklí doposud. Stávající péče zahrnovala všechny složky ORP – polohování, aktivní a pasivní cvičení, dechovou rehabilitaci, nácvik soběstačnosti. Jednotlivým prvkům však chybí pravidelnost a komplexnost.

U 15 klientů probíhala ORP formou nadstavbové péče. Jednotlivé prvky jsou poskytované pravidelně a komplexně. V rámci možností je maximálně využito současných schopností klienta k udržení zdraví a rozvoji soběstačnosti. Pro výzkumné šetření bylo předem domluveno individuální provádění ORP.

### **Položka 1:** Věková struktura klientů

Tab. 27 a) Věková struktura klientů s nadstavbovou péčí

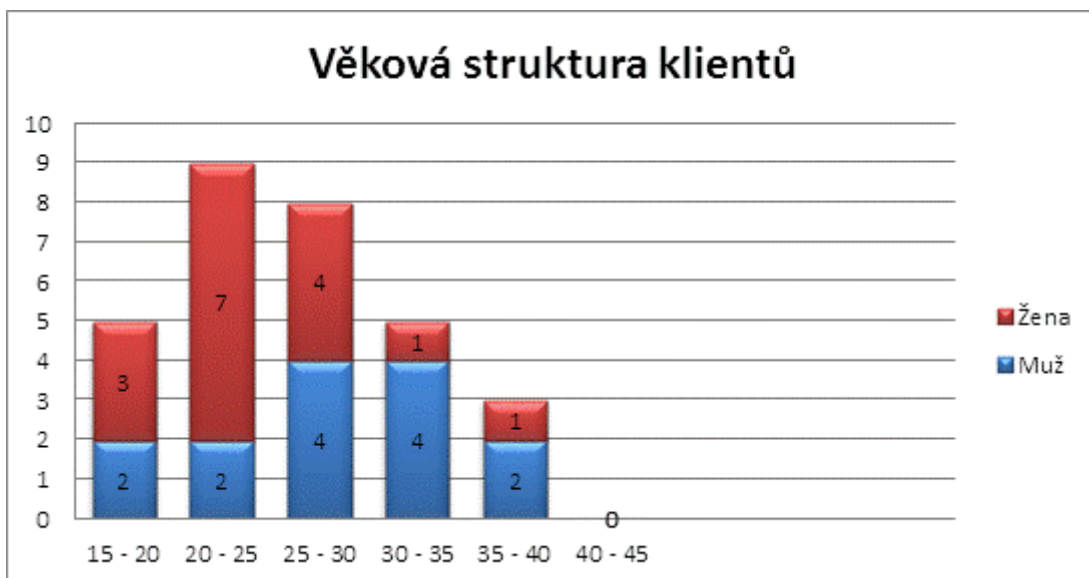
věk	15 - 20		20 - 25		25 - 30		30 - 35		35 - 40		40 - 45		45 - 50		50 - 55		55 - 60	
počet klientů	2		5		4		2		2		0		0		0		0	
z toho M/Ž	1	1	1	4	2	2	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0

Tab. 27 b) Věková struktura klientů s nezměněnou péčí

věk	15 - 20		20 - 25		25 - 30		30 - 35		35 - 40		40 - 45		45 - 50		50 - 55		55 - 60	
počet klientů	3		4		4		3		1		0		0		0		0	
z toho M/Ž	1	2	1	3	2	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tab. 27 c) Věková skupina klientů celkem

Věk	Muž	Žena	Celkem
15 - 20	2	3	5
20 - 25	2	7	9
25 - 30	4	4	8
30 - 35	4	1	5
35 - 40	2	1	3
40 - 45	0	0	0
<b>Celkem</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>30</b>



Graf 7. Grafické znázornění věkové struktury klientů celkem

Hodnocení položky:

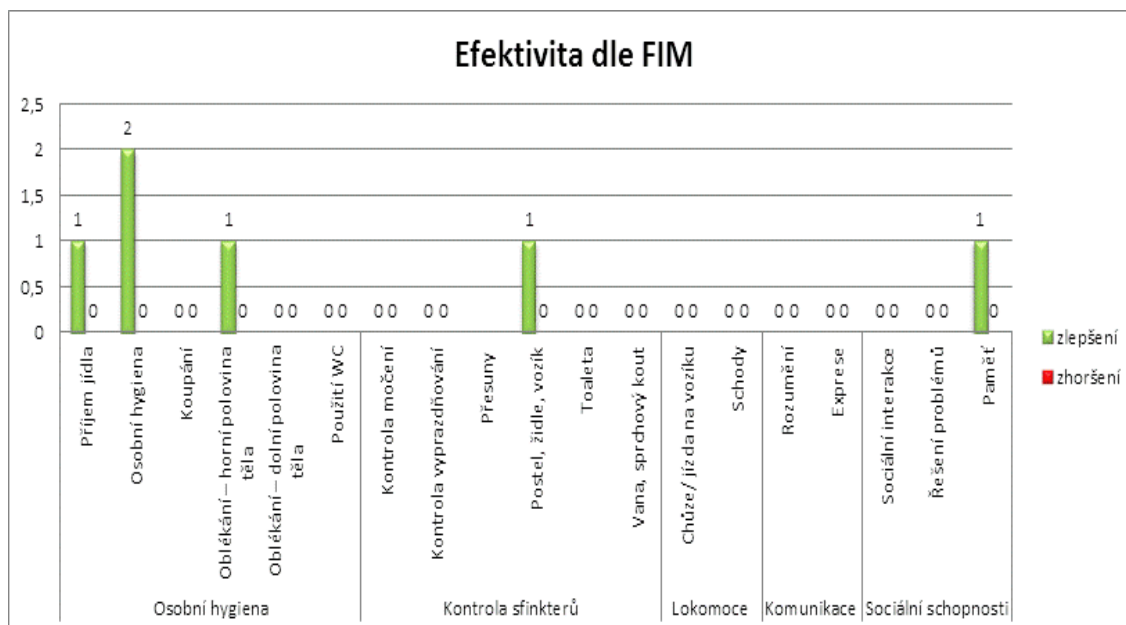
Vyhodnocováno bylo celkem 30 klientů, zastoupeno 16 ženami a 14 muži. Ve věkovém rozmezí 15 – 20 let byli 2 muži a 3 ženy, v rozmezí 20 – 25 let byli 2 muži a 7 žen, v rozmezí 25 – 30 let byli 4 muži a 4 ženy, v rozmezí 30 – 35 let byli 4 muži a 1 žena, v rozmezí 35 – 40 byli 2 muži a 1 žena

**Položka 2:** Hodnocení stupně závislosti dle FIM u klientů s nezměněnou a nadstavbovou péčí na začátku a konci projektu.

Tab. 29 Celkové hodnocení jednotlivých dovedností soběstačnosti dle dotazníku FIM u klientů s nezměněnou péčí

test	zlepšení	zhoršení
<b>Osobní hygiena</b>		
Příjem jídla	1	0
Osobní hygiena	2	0
Koupání	0	0
Oblékání – horní polovina těla	1	0
Oblékání – dolní polovina těla	0	0
Použití WC	0	0
<b>Kontrola sfinkterů</b>		
Kontrola močení	0	0
Kontrola vyprazdňování	0	0
<b>Přesuny</b>		
Postel, židle, vozík	1	0
Toaleta	0	0
Vana, sprchový kout	0	0
<b>Lokomoce</b>		
Chůze/ jízda na vozíku	0	0
Schody	0	0
<b>Komunikace</b>		
Rozumění	0	0
Expres	0	0
<b>Sociální schopnosti</b>		
Sociální interakce	0	0
Řešení problémů	0	0
Paměť	1	0





Hodnocení položky:

V celkovém hodnocení efektivity ošetřovatelské rehabilitace podle testu FIM došlo u 15 klientů s nezměněnou péčí:

Osobní hygiena – v oblasti **příjmu jídla**, došlo ke zlepšení u 1 klienta, v oblasti **osobní hygieny** došlo ke zlepšení také u 2 klientů, v oblasti **koupání** se zlepšil nikdo, v oblasti **oblékání horní poloviny těla** se zlepšil 1 klient a u **dolní poloviny těla** se nezlepšili žádní klienti, v oblasti použití WC zůstal stav také beze změn.

Kontrola sfinkterů – v oblasti **kontrola močení** v oblasti **kontrola vyprazdňování** se nezlepšil žádný klient.

Přesuny – v oblasti **postel, židle, vozík** došlo ke zlepšení u 1 klienta, v oblasti **toaleta** nedošlo ke zlepšení, v oblasti **vana, sprchový kout** nedošlo ke zlepšení.

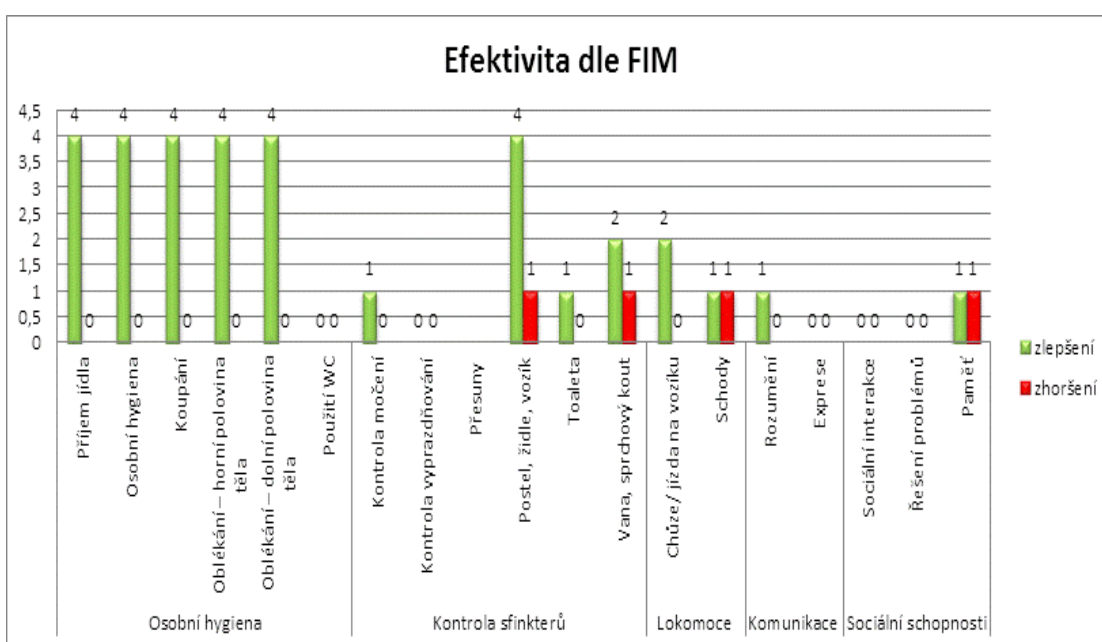
Lokomoce – v oblasti **chůze/jízda na vozíku** a **schody** nedošlo ke zlepšení. Stav zůstal beze změn

Komunikace – v oblasti **rozumění** a **expresa** zůstal stav beze změn.

Sociální schopnosti – v oblasti **sociální interakce** a **řešení problémů** zůstal stav beze změn, v oblasti **paměť** došlo ke zlepšení u 1 klienta.

Tab. 30 29 Celkové hodnocení jednotlivých dovedností soběstačnosti dle dotazníku FIM u klientů s nadstavbovou péčí

test	zlepšení	zhoršení
<b>Osobní hygiena</b>		
Příjem jídla	4	0
Osobní hygiena	4	0
Koupání	4	0
Oblékání – horní polovina těla	4	0
Oblékání – dolní polovina těla	4	0
Použití WC	0	0
<b>Kontrola sfinkterů</b>		
Kontrola močení	1	0
Kontrola vyprazdňování	0	0
<b>Přesuny</b>		
Postel, židle, vozík	4	1
Toaleta	1	0
Vana, sprchový kout	2	1
<b>Lokomoce</b>		
Chůze/ jízda na vozíku	2	0
Schody	1	1
<b>Komunikace</b>		
Rozumění	1	0
Expese	0	0
<b>Sociální schopnosti</b>		
Sociální interakce	0	0
Řešení problémů	0	0
Paměť	1	1



Hodnocení položky:

V celkovém hodnocení efektivity ošetřovatelské rehabilitace podle testu FIM došlo u 15 klientů s nadstavbovou péčí:

Osobní hygiena – v oblasti **příjmu jídla**, došlo ke zlepšení u 4 klientů, v oblasti **osobní hygieny** došlo ke zlepšení také u 4 klientů, v oblasti **koupání** se zlepšili 4 klienti, v oblasti **oblékání horní poloviny těla** se zlepšili 4 klienti **a u dolní poloviny těla** se zlepšili také 4 klienti, v oblasti použití WC zůstal stav také beze změn.

Kontrola sfinkterů – v oblasti **kontrola močení** se zlepšil 1 klient, v oblasti **kontrola vyprazdňování** se nezlepšil žádný klient.

Přesuny – v oblasti **postel, židle, vozík** došlo ke zlepšení u 4 klientů a zhoršení u 1 klienta, v oblasti **toaleta** došlo ke zlepšení u 1 klienta, v oblasti **vana, sprchový kout** došlo ke zlepšení u 2 klientů a zhoršení u 1 klienta.

Lokomoce – v oblasti **chůze/jízda na vozíku** došlo ke zlepšení u 2 klientů. V oblasti **schody** došlo ke zlepšení 1 klienta a ke zhoršení také 1 klienta.

Komunikace – v oblasti **rozumění** došlo ke zlepšení u 1 klienta a **exprese** zůstal stav beze změn.

Sociální schopnosti – v oblasti **sociální interakce** a **řešení problémů** zůstal stav beze změn, v oblasti **paměť** došlo ke zlepšení u 1 klientů a ke zhoršení u 1 klienta.

## STATISTICKÉ ZHODNOCENÍ HYPOTÉZ

### Hypotéza č. 1

**Čas věnovaný ORP nebude ve sledovaných zařízeních delší než 14 minut denně na jednoho klienta.**

Nulová hypotéza (H<sub>0</sub>): Průměrná doba věnovaná ORP na jednoho klienta bude rovna nebo větší než 14 minut.

Alternativní hypotéza (H<sub>1</sub>): Průměrná doba věnovaná ORP bude menší než 14 minut.

H<sub>0</sub>:  $\mu = 14$

H1:  $\mu < 14$

Pro analýzu použijeme jednostranný jednovýběrový t – test, kdy z tabulky četností:

délka věnování se ORP v minutách	$n_i$	$f_i$
15 min.	35	26,72%
20min	36	27,48%
30 min.	56	42,75%
40 min	4	3,05%
<b>Celkem</b>	<b>131</b>	<b>100,00%</b>

Vypočítáme vážený průměr –  $((35 \times 14) + (36 \times 20) + (56 \times 30) + (4 \times 40)) / 131 = 23.55$

Hladina významnosti (alfa)	0,05
Výběrový průměr	23,55
Očekávaný průměr	15
Směrodatná chyba výběrového průměru	0,6142
Kritická hodnota	-1,645
Hodnota testového kritéria	13,92
Hodnota P	< 0,0001

Hodnota testovaného kritéria (13,92) je výrazně vyšší než kritická hodnota (- 1.645), **nezamítáme na dané hladině významnosti (0.05) hypotézu H0.**

**Závěr:**

**Test neprokázal, že by průměrná doba strávená ORP na jednoho klienta byla kratší než 14 minut. Hypotéza nebyla potvrzena.**

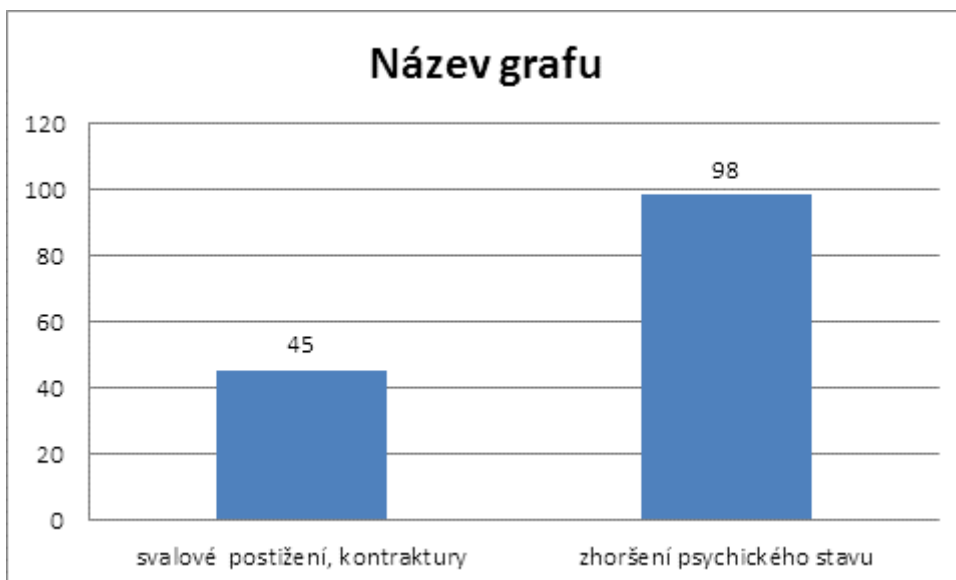
**Hypotéza č. 2**

**U klientů s těžkým kombinovaným postižením bude nejčastějším projevem nedostatečného času věnovaný ORP spíše svalové postižení, kontraktury než zhoršení psychického stavu.**

V hypotéze č.2 jsme předpokládali, že převažujícím projevem nedostatku ORP bude svalové postižení, kontraktury a zhoršení psychického stavu tak časté nebude.

Vzhledem k tomu, že pro hypotézu porovnáváme dvě veličiny, tak hranice, kdy se stává jedna z těchto veličin převažující, je 50% ( $100\% / 2$  veličiny = 50%). Převedeno do čísel tedy předpokládáme, že relativní četnost výskytu svalového postižení, kontraktur bude větší než 50%. Porovnáním relativních četností jsme dospěli k výsledku: svalové postižení, kontraktury získalo 31.47 % a zhoršení psychického stavu získalo 68.53 %.

projev nedostatečného času věnovaný ORP	$n_i$	$f_i$
svalové postižení, kontraktury	45	31,47%
zhoršení psychického stavu	98	68,53%
<b>Celkem</b>	<b>143</b>	<b>100,00%</b>



**Závěr:** Vzhledem k tomu, že relativní četnost výskytu svalového postižení, kontraktur byla nižší jak 50 % Můžeme hypotézu č. 2 zamítnout.

### Hypotéza č. 3

**Při správném provádění ORP po dobu 3 měsíců dojde u klientů ke zlepšení soběstačnosti.**

H0: Změna stavu po ORP není závislá na typu poskytované péče (nezměněná a nadstavbová).

H1: Změna stavu po ORP je závislá na typu poskytované péče (nezměněná a nadstavbová).

Změna stavu péče byla získána porovnáním dvojic výsledků hodnocením FIM u jednotlivých klientů před a po ORP bez ohledu na oblast.

Pro analýzu použijeme  $\chi^2$  – kvadrát test nezávislosti v kontingenční tabulce, který zkoumá, zda jsou dvě proměnné (v našem případě typ poskytované péče a změna stavu) na sobě závislé.

Z dostupných dat byla vytvořena kontingenční tabulka:

Typ péče / Změna stavu	Beze změny	Zhoršení	Zlepšení
Nezměněná	264	0	6
Nadstavbová	233	4	33

Data z kontingenční tabulky byla použita jako vstup do statistického SW GraphPadPrism 5.

Použijeme  $\chi^2$  – kvadrát test nezávislosti v kontingenční tabulce:

Hodnota Chi-kvadrát	24,63
Stupně volnosti	2
Kritická hodnota	5,991464547
Hodnota P	< 0,0001
Hladina významnosti (alfa)	0,05

Hodnota testovacího kritéria je větší než kritická hodnota, **zamítáme hypotézu H0** o nezávislosti na dané hladině významnosti.

Hodnota P je řádově nižší, než hladina významnosti, tzn. závislost je statisticky významná.

**Závěr:**

**Test prokázal silnou závislost mezi typem poskytované péče a změnou stavu po ORP. Hypotéza byla potvrzena.**

## **8 Diskuze**

Vytýčených cílů bylo dosaženo pomocí strukturovaného dotazníku, kterým bylo osloveno 5 sociálních zařízení v ústeckém kraji. Dále vyhodnocením aktuálního stavu v oblasti soběstačnosti u klientů s běžnou a se zvýšenou ošetrovatelskou rehabilitační péčí dle testu FIM. Vzhledem k náročnosti provedení výzkumu týkající se vlivu ORP na soběstačnost klienta, byla záměrně zvolena jiná sociální zařízení – stacionář Dar a Chráněné bydlení Pastelky.

### **Hypotéza č. 1**

**Čas věnovaný ORP nebude ve sledovaných zařízeních delší než 14 minut denně na jednoho klienta.**

Tuto hypotézu jsme definovali v návaznosti na celostátní výzkum VÚPSV, který je tematicky zaměřen mimo jiné i na problematiku vykonávání ORP v sociálních zařízeních.

Hypotézu jsme testovali na otázkách č. 1, 2, 5, 6, 7, 15. Hypotéza **nebyla potvrzena**. Ke statistickému testování byl použit jednostranný, jednovýběrový t – test.

Respondenti udávali čas věnovaný ORP jednomu klientovi denně v hodnotách 15, 20, 30 a 40 minut. Délka času byla výrazně ovlivněna počtem klientů, o které se během své služby respondenti starají. Respondenti starající se o 8 – 10 klientů udávali 15 minut, Respondenti starající se o 5 – 6 klientů udávali většinou 30 minut.

Za hranici nedostatečného času věnovaný ORP je VÚPSV označován čas do 14 minut. Pro lepší hodnocení našeho šetření jsme spočítali medián (tj. prostřední hodnota

z uspořádaného souboru), který činí 20 minut. V porovnání s celostátním výzkumem je tato hodnota nepatrně vyšší. Přesto respondenti tento čas hodnotí jako nedostatečný. Hlavní příčinu vidí v nedostatku personálu. Z osobních zkušeností mohu potvrdit, že 20 minut věnovaných ORP jednomu klientovi je na zlepšení soběstačnosti klienta nevyhovující. Jsem přesvědčena, že nedostatek personálu a přetížení personálu spíše pečovatelskými činnostmi brání pracovníkům věnovat více času ORP. Dalším faktem je i výskyt nežádoucích projevů nedostatečné ORP, které respondenti udávali.

Z dalších zjištěných informací je patrná stále ještě malá informovanost o možnostech použití různých pomůcek k polohování. Nejčastěji používanými pomůckami jsou polohovací pytle, klíny a válce různých velikostí. To uvádí v průměru až 90 % respondentů. Z dostupných pomůcek to není úplně ideální stav. Polohovací panel, který umožňuje polohovat klienty na bok uchycením popruhy na suchý zip je v podvědomí respondentů uváděn jen ve 27 %.

Otázku č. 15 jsme zaměřili na zjištění používání některých alternativních metod k provádění ORP. 74 % respondentů nevedlo žádnou alternativní metodu. 17 % respondentů uvedlo bazální stimulaci. Reiky a kraniosakrální terapii uvedly v průměru 4 % respondentů. Používání alternativních metod v ORP je jevem stále ještě výjimečným. Přestože k alternativním metodám nelze přistupovat tak, že by se měly standardně používat, mají na mnohé jedince velice pozitivní účinek a to v oblasti tělesné i psychické. Z vlastních zkušeností se mi toto potvrdilo zejména u lidí s těžkým tělesným postižením, kde kombinací byla ještě ztráta zraku či sluchu.

## **Hypotéza č. 2**

**U klientů s těžkým kombinovaným postižením bude nejčastějším projevem nedostatečného času věnovaný ORP spíše svalové postižení, kontraktury než zhoršení psychického stavu.**

Pro podporu či vyvrácení tvrzení této hypotézy vycházíme z vizuálního hodnocení výsledků otázek č. 9, 13, 14. Hypotéza **nebyla podpořena**.



Výsledek byl překvapující. Respondenti poměrně jednoznačně, a to v 75 %, uvedli jako nejčastější projev nedostatečné ORP zhoršení duševního stavu. 50 % respondentů uvedlo jako druhý nejčastější projev zhoršený průběh chorobných a úrazových stavů. Svalové postižení a kontraktury uvedlo 34 % respondentů. Ačkoliv odborná literatura a průzkumy nedostatečné ORP varují spíše před tělesným poškozením, psychická stránka je mírně odsouvána.

Důležitým faktorem na výsledku šetření je i věk klientů, o které se respondenti starají. Je samozřejmě rozdíl v péči v dětském věku a v dospělosti, kde tělesné postižení je v daleko vyšším rozsahu, často nezvratném, právě v důsledku nezajištěné včasné a kvalitní ORP. Proto také respondenti ve 100 % uvádějí jako nejdůležitější prvek ORP spíše polohování k zajištění určitého komfortu než nácvik soběstačnosti, který ne vždy činí starším klientům potěšení. Důležitost nácviku soběstačnosti uvedlo pouhých 25 %. Zde je možné najít i vysvětlení, proč respondenti uváděli nejvíce zhoršení psychického stavu. Myslím si, že stupeň tělesného postižení bývá často vnímán jako statický jev, který se jen nepatrně zlepšuje nebo udržuje v daném rozsahu. Psychika jedince je u respondentů daleko více pozorovatelná a tudíž i udávaná.

Velice pozitivně hodnotíme poměrně širokou škálu metod aplikovaných k vykonávání ORP. Přednost se opět dává spíše relaxačním metodám. Posazování uvedlo 100 % respondentů, masáže 92 %, relaxaci 71 %. S nácvikem soběstačnosti to bylo podle očekávání horší. Tu uvádělo 59 % respondentů. Použití rehabilitačních přístrojů uvádí pouze 30 % respondentů. Samotná aktivizace či asistované cvičení je s velkým propadem okolo 5 %.

Celkový stav jedince, stupeň tělesného postižení a celkově nízká perspektiva na zlepšení mnohdy snižuje snahu personálu o důsledné provádění ORP.

Nedostatečná ORP může vést k celkovému dyskomfortu klienta – bolest, křeče, ztuhlost, nepohodlí a s tím i související nedostatek spánku, což má dopad na celkovou psychiku a motivaci klienta.

### **Hypotéza č. 3:**

**Při správném provádění ORP po dobu 3 měsíců dojde u klientů ke zlepšení soběstačnosti.**

Ke statistickému hodnocení byl použit Chí – kvadrát test v programu Excel.

### **Hypotéza byla potvrzena.**

U klientů s nadstavbovou péčí byl kladen větší důraz na pravidelné polohování s využitím mnoha pomůcek, byli zapojeni do intenzivního provádění ORP – individuálně podle stupně postižení (vířivá vana, motomed, pasivní protahování, cvičení na velkém míči...), pracovalo se na manuálním uvolňování svalů. Byly použity metody míčkování, bazální stimulace, baby masáže, reiky, kraniosakrální terapie. Velký důraz byl kladen na samostatnost resp. osobní zapojení při sebeobsluze. Jejich denní režim se ale během projektu nijak nezměnil od běžného programu.

U klientů v druhé skupině jsme ponechali provádění ORP ve stavu, na který byli zvyklí doposud. Samotné provádění jednotlivých složek je stejně kvalitní jako u skupiny s nadstavbovou péčí. Neprobíhá však tak pravidelně a intenzivně. V rámci možností je též využíváno různých pomůcek a metod k poskytování kvalitní ORP.

Z porovnání výsledků testů na začátku a konci projektu vyplývá, že skupina klientů, kde byla prováděna intenzivnější ORP vykazuje daleko více zlepšení v hodnocených dovednostech a schopnostech. Rozdíl byl patrný jak v počtu dovedností či schopností tak i v počtu klientů, kteří vykazovali zlepšení.

Ve skupině s nezměněnou péčí došlo ke zlepšení v 6 – ti dovednostech. Ke zlepšení došlo v oblasti osobní hygieny; příjmu jídla; oblékání horní poloviny těla; v přesunech postel - židle - vozík; přesuny na toaletu a v oblasti paměťových schopností. Maximální počet klientů vykazující zlepšení v jednotlivých oblastech byl 2.

Ve skupině s nadstavbovou péčí došlo ke zlepšení ve 14 – ti dovednostech. To proběhlo v oblasti příjmu jídla; osobní hygieny; koupání; oblékání horní poloviny těla; oblékání dolní poloviny těla; kontrola močení; v přesunech postel - židle - vozík;

přesuny toaleta; přesuny vana, sprchový kout; chůze/jízda na vozíku; schody; v oblasti komunikace rozumění a paměti. Počet klientů vykazující zlepšení byl v porovnání s druhou skupinou výrazně vyšší, zde se rozmezí pohybovalo od 1 do 5 klientů. Vedle výsledkových zlepšení jsme v testu pozorovali i dílčí zhoršení výsledků. Ta si vysvětlují jak postupnou progresí primárního onemocnění, tak změnami v aktuálním zdravotním stavu v době testování (viróza, stav po prodělaném epileptickém záchvatu...).

Dalším zjištěním, které z hodnocení výsledků testování přineslo je fakt, že provádění ošetřovatelské rehabilitace v obou skupinách mělo jen minimální vliv na sociální dovednost a paměť. Předpokládali jsme, že alespoň ve skupině s nadstavbovou péčí se pravidelná péče a kontakt s pracovníkem pozitivně odrazí i zde, změny v těchto položkách testu jsou však jak ve smyslu plus, tak ve smyslu minus.

## **9 Doporučení pro praxi**

Z výsledků našeho výzkumného šetření se podařilo poodkrýt jen část problémů provázející vykonávání ORP u lidí s těžkým kombinovaným postižením. Nebylo možné pokrýt celou šíři problematiky, a proto by bylo třeba v jejím sledování pokračovat.

V první řadě je potřeba věnovat náležitý prostor samotnému vzdělávání ve vykonávání ORP. Pracovníci v přímé péči by se měli postupně seznámit s problematikou a důsledky nedostatečné ORP. Jako nejdůležitější spatřujeme osobní zkušenosti pracovníků s péčí o lidi s těžkým kombinovaným postižením. Samozřejmě musí navazovat i kvalitní příprava a řádný nácvik jednotlivých úkonů ORP. Samotná výuka praktického vykonávání ORP by měla probíhat v optimálním případě kontinuálně pod dohledem proškoleného pracovníka či fyzioterapeuta nebo v možnostech periodických školení. Důležité je, aby informace předkládané pracovníkům v přímé péči byly stručné, jasné a úplně charakterizovaly danou problematiku.

Za důležité považujeme i samotné průběžné kontroly prováděné nadřízenými pracovníky. Za naprostou ideální situaci bychom považovali přítomnost fyzioterapeuta na jednotlivých pracovištích, a tím i zajištění případné konzultace při vykonávání ORP.

Certifikované kurzy s tématem rehabilitační ošetřovatelství poskytuje Fakultní nemocnice (dále jen FN) Motol v Praze, FN Brno, FNsP Ostrava, FN Plzeň, FN Olomouc, Krajská nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně a Krajská nemocnice Liberec.

Dalším důležitým faktorem je vytvoření vhodných podmínek pro vykonávání ORP. Informovanost o možných pomůckách, používaných k vykonávání ORP, je důležitým krokem pro zkvalitnění péče a zároveň zapojení i většího počtu klientů.

Z výsledků týkající se výzkumu hodnocení vlivu správně prováděné ORP na soběstačnost klienta lze zkonstatovat, že provádění ošetřovatelské rehabilitace má pozitivní vliv na motorické schopnosti a s nimi související schopnost sebeobsluhy klientů. U klientů s těžkým kombinovaným postižením, kteří nejsou schopni samostatně se podílet na aktivitách běžného dne, je zlepšena spolupráce při sebeobsluze, případně obsluha jako taková. Ideální by bylo přehodnotit jednotlivé pracovní náplně pracovníků v přímé péči. Oprostit je od úkonů týkajících se spíše pečovatelských činností (příprava stravy, úklid, péče o lůžko a pokoj) a zaměřit se spíše na samotné provádění ORP. Tyto činnosti by pak prováděli externí pracovníci jiného týmu.

## **10 Závěr**

Teoretická část čtenáře seznamuje s pojmem mentální retardace, jejím členění a o příčinách vzniku. Dále se zabývá ošetřovatelskou rehabilitační péčí. V závěru teoretické části je nastíněn historický vývoj ústavní péče.

Výzkumná část měla za cíl zjistit úroveň ORP v sociálních zařízeních, nejčastější projevy nedostatečné ORP a vliv ORP na soběstačnost klienta. Zjišťovala jsem pohled na tuto problematiku očima respondentek, porovnávala jsme získaná data v hodnocení soběstačnosti dle funkčního testu FIM. Potvrzuji, že všechny výzkumné cíle se tedy podařilo splnit. Potvrdilo se nám, že ošetřující personál si uvědomuje důležitost poskytování důsledně prováděné ORP pro všechny klienty, kteří nejsou schopni samostatného pohybu nebo mají z nějakého důvodu omezení hybnosti či citlivosti určitých částí těla. Bohužel jsme shledaly v poskytování ORP určité nedostatky. Cílem této práce není poskytnout detailní návod jak správně poskytovat ORP, ale přiblížit

důležitost jednotlivých složek ORP a podělit se o naše zkušenosti z praxe. Pro názornost přikládáme i několik autentických fotografií.

ORP má své opodstatnění a její účinnost a efektivita by byla jistě vysoká za předpokladu splnění určitých podmínek a těmi jsou mimo jiné: pravidelnost, soustavnost a komplexnost.

## Seznam bibliografických citací

1. BEDNAŘÍK, J., *Klinická neurologie*. 1. vyd. Praha Triton, 2010, s. 377. ISBN 978-80-7387-389-9
2. ČERNÁ, M., et al. *Česká psychopedie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008, s. 75 - 99. ISBN 978-80-246-1565-3
3. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 12 – 17, 91. ISBN 978-80-247-1314-4
4. GRADA Publishing. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, s. 175. ISBN 80-247-0592-3
5. GRANGER, J., *Neuromuscular Therapy Manual*. Lippincott Williams & Wilkins 2010, s. 127. EAN 9781582558004
6. CHÁB, M. *Svět bez ústavů*. 1. vyd. Praha: QUIP, 2004, s. 19. ISBN 80-239-4772-9
7. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha Triton, 2006, s. 17 – 23. ISBN 80-7254-730-5.
8. KRACÍK, J. *Patopsychologie postiženého dítěte*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1984, s. 124. ISBN 17-292-84
9. KOMÁREK, V. *Dětská neurologie*. 2. vyd. Praha Galén, 2008, s. 84. ISBN 978-80-7262-492-8
10. LESNÝ, I. a kol. *Dětská mozková obrna ze stanoviska neurologa*. 2. vyd. přepr. Praha: Academia, 1985, s. 112 – 118. ISBN 616.831-053.2
11. LEWIT, K. *Manipulační léčba v rámci léčebné rehabilitace*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství dopravy a spojů, 1990, s. 54. ISBN 80-7030-096-5
12. MÜHLPACHR, P. *Vývoj ústavní péče*. Brno: MU, 2001, s. 26 ISBN 80-210-2512-3.
13. MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: UP, 2004, s. 72. ISBN 80-244-1075-3.
14. NÝVLTOVÁ, V. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Praha: UJAK, 2008, s. 13 – 17. ISBN 978-80-86723-48-8

15. PFEIFFER, J. *Neurologie v rehabilitaci*. 1. vyd. Praha: GradaPublishing, 2007, s. 202. ISBN 978-80-247-1135-5
16. PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno Paido, 2006, s. 234. ISBN 80-7315-120-0.
17. TROJAN, S., et al. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 1. vyd. Praha: GradaPublishing, 1996, s. 171. ISBN 80-7169-257-3
18. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006, s. 138. ISBN 80-7367-060-7
19. VAŇÁSKOVÁ, E.: *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě* Praha: Maxdorf, 2006, s. 84. ISBN 80-85912-26-0
20. VODIČKOVÁ, R. *Synergická reflexní terapie*. Skripta. Praha 2005, s. 36.

### Bibliografické odkazy na elektronické monografie

21. Hodnocení soběstačnosti [online] [cit. 2013-02-28]  
Dostupné z [http://www.fnplzen.cz/ospece/Publikace/2\\_04\\_Zahradnicka.pdf](http://www.fnplzen.cz/ospece/Publikace/2_04_Zahradnicka.pdf)
22. Terapie [online] [cit. 2012-11-26]  
Dostupné z www: <http://ose.zshk.cz/vyuka/terapie.aspx?tid=99>
23. Ústavní péče [online] [cit. 2013-01-26]  
Dostupné z www: [http://is.muni.cz/th/200065/pedf\\_b/2\\_cast.pdf](http://is.muni.cz/th/200065/pedf_b/2_cast.pdf)
24. Ústecký kraj [online] [cit. 2013-02-20] Dostupné z [http://www.kr-ustecky.cz/vismo/dokumenty2.asp?id\\_org=450018&id=1668148&query=v%C3%BDro%C4%8Dn%C3%AD+zpr%C3%A1va&p1=84858](http://www.kr-ustecky.cz/vismo/dokumenty2.asp?id_org=450018&id=1668148&query=v%C3%BDro%C4%8Dn%C3%AD+zpr%C3%A1va&p1=84858)

## **Seznam příloh**

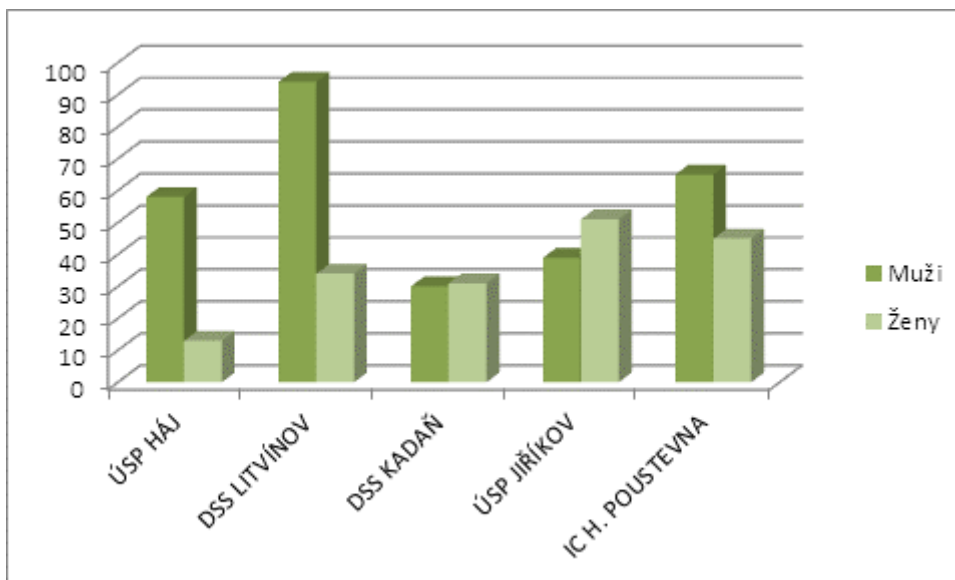
- Příloha 1 počet klientů v jednotlivých sociálních zařízeních dle výročních zpráv
- Příloha 2 rozdělení klientů dle zdravotního stavu dle výročních zpráv
- Příloha 3 rozdělení klientů dle věku dle výročních zpráv
- Příloha 4 rozdělení zaměstnanců v přímé péči dle výročních zpráv
- Příloha 5 hodnocení soběstačnosti dle dotazníku FIM
- Příloha 6 dotazník
- Příloha 7 protokoly k provádění výzkumu



## Příloha 1 – počet klientů v jednotlivých sociálních zařízeních

Tab. 34 Počet klientů a pohlaví

Počty klientů (2012)	Muži	Ženy	Celkem
ÚSP HÁJ	58	13	71
DSS LITVÍNOV	94	34	128
DSS KADAŇ	30	31	61
ÚSP JIŘÍKOV	39	51	90
IC H. POUSTEVNA	65	45	110
<b>Celkem</b>	<b>286</b>	<b>174</b>	<b>460</b>

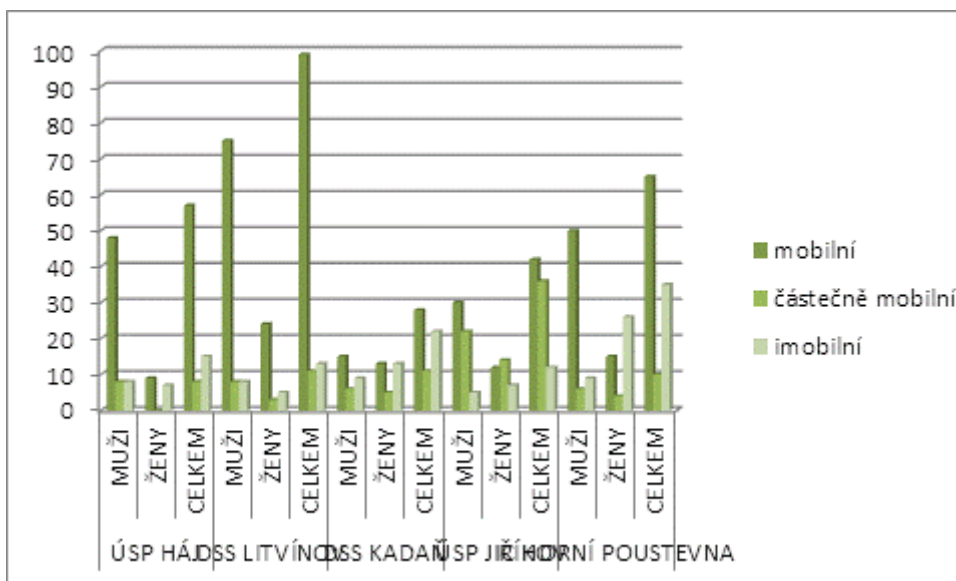


Graf 13 Grafické znázornění počtu klientů a pohlaví v jednotlivých zařízeních

## Příloha 2 – Rozdělení klientů dle zdravotního stavu

Tab. 35 Rozdělení klientů dle zdravotního stavu

		mobilní	částečně mobilní	imobilní
ÚSP HÁJ	MUŽI	48	8	8
	ŽENY	9	0	7
	CELKEM	57	8	15
DSS LITVÍNŮV	MUŽI	75	8	8
	ŽENY	24	3	5
	CELKEM	99	11	13
DSS KADAŇ	MUŽI	15	6	9
	ŽENY	13	5	13
	CELKEM	28	11	22
ÚSP JIŘÍKOV	MUŽI	30	22	5
	ŽENY	12	14	7
	CELKEM	42	36	12
IC HORNÍ POUSTEVNA	MUŽI	50	6	9
	ŽENY	15	4	26
	CELKEM	65	10	35

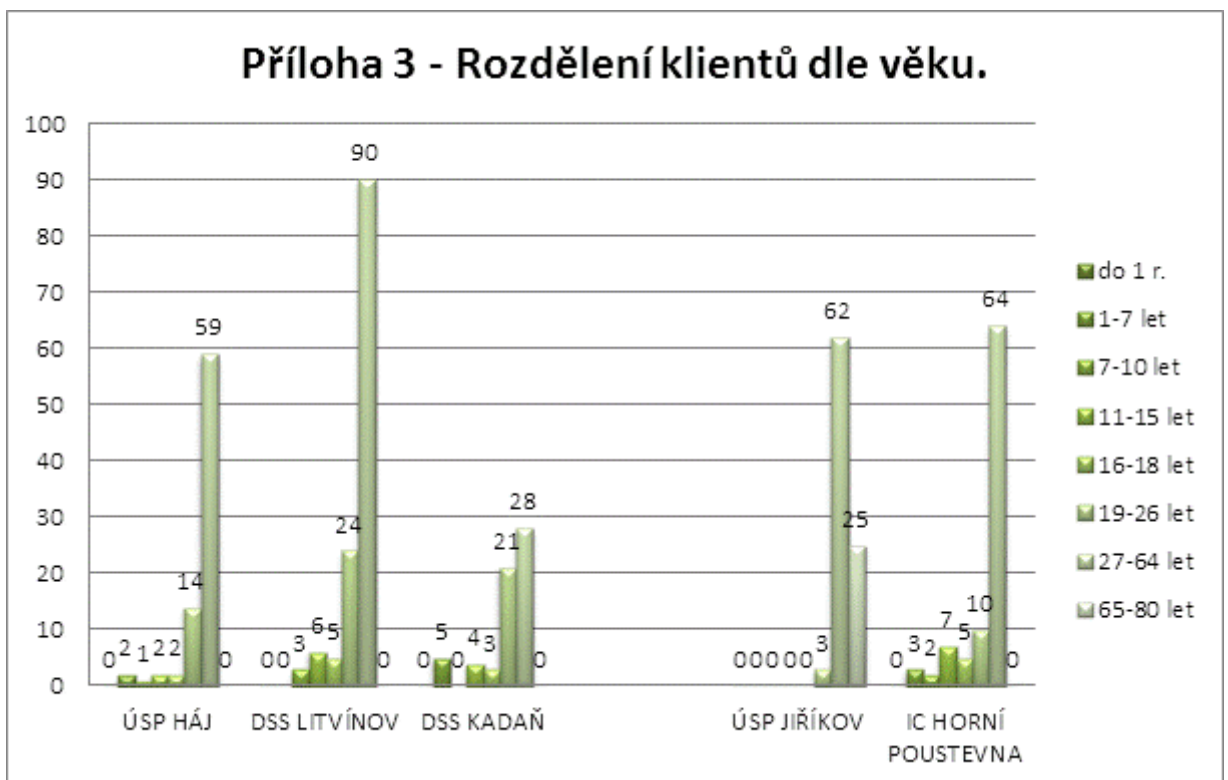


Graf 14 Grafické znázornění rozdělení klientů dle zdravotního stavu

## Příloha 3 – rozdělení klientů dle věku

Tab. 36 Rozdělení klientů dle věku

Věk		do 1 r.	1-7 let	7-10 let	11-15 let	16-18 let	19-26 let	27-64 let	65-80 let
ÚSP HÁJ	MUŽI	0	1	1	0	2	11	49	0
	ŽENY	0	1	0	2	0	13	10	0
	CELKEM	0	2	1	2	2	14	59	0
DSS LITVÍNOV	MUŽI	0	0	2	3	2	16	70	0
	ŽENY	0	0	1	3	3	8	20	0
	CELKEM	0	0	3	6	5	24	90	0
DSS KADAŇ	MUŽI	0	2	0	3	2	9	14	0
	ŽENY	0	3	0	1	1	12	14	0
	CELKEM	0	5	0	4	3	21	28	0
ÚSP JIŘÍKOV	MUŽI	0	0	0	0	0	1	30	18
	ŽENY	0	0	0	0	0	2	32	17
	CELKEM	0	0	0	0	0	3	62	25
IC HORNÍ POUSTEVNA	MUŽI	0	1	2	7	5	8	43	0
	ŽENY	0	2	0	0	0	2	41	0
	CELKEM	0	3	2	7	5	10	64	0

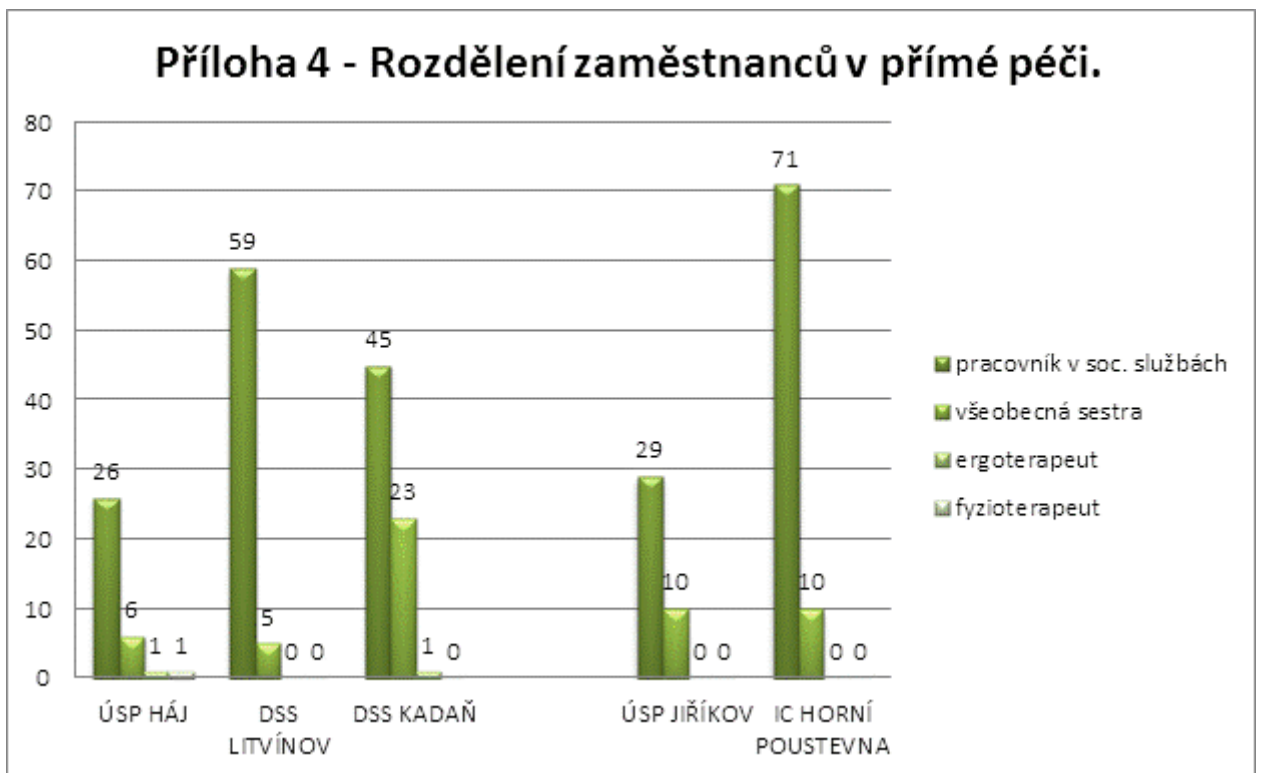


Obr. 15 Grafické znázornění rozdělení klientů dle věku

## Příloha 4 – rozdělení zaměstnanců v přímé péči

Tab. 37 Rozdělení zaměstnanců v přímé péči

	pracovník v soc. službách	všeobecná sestra	ergoterapeut	fyzioterapeut
ÚSP HÁJ	26	6	1	1
DSS LITVÍNOV	59	5	0	0
DSS KADAŇ	45	23	1	0
ÚSP JIŘÍKOV	29	10	0	0
IC HORNÍ POUSTEVNA	71	10	0	0
<b>Celkem</b>	<b>230</b>	<b>54</b>	<b>2</b>	<b>1</b>



Obr. 16 Grafické znázornění zaměstnanců v přímé péči

## Příloha 5 – hodnocení soběstačnosti dle dotazníku FIM

Příjem jídla	Počet klientů s nezměněnou péčí		Počet klientů s nadstavbovou péčí	
	Na začátku projektu	Na konci projektu	Na začátku projektu	Na konci projektu
Úplná nezávislost	0	0	0	0
Modifikovaná nezávislost	0	0	0	0
Supervize	1	2	1	2
Minimální asistence	2	1	2	1
Mírná asistence	3	3	5	6
Maximální závislost	5	5	5	5
Celková závislost	4	4	2	1

Osobní hygiena	Počet klientů s nezměněnou péčí		Počet klientů s nadstavbovou péčí	
	Na začátku projektu	Na konci projektu	Na začátku projektu	Na konci projektu
Úplná nezávislost	0	0	0	0
Modifikovaná nezávislost	0	0	0	0
Supervize	1	2	1	2
Minimální asistence	2	1	2	1
Mírná asistence	3	3	3	4
Maximální závislost	5	5	5	5
Celková závislost	4	4	4	3

Koupání	Počet klientů s nezměněnou péčí		Počet klientů s nadstavbovou péčí	
	Na začátku projektu	Na konci projektu	Na začátku projektu	Na konci projektu
Úplná nezávislost	0	0	0	0
Modifikovaná nezávislost	0	0	0	0
Supervize	1	1	1	1
Minimální asistence	2	2	2	3
Mírná asistence	3	3	3	4
Maximální závislost	5	5	5	5
Celková závislost	4	4	4	2

Oblékání – horní polovina těla	Počet klientů s nezměněnou péčí		Počet klientů s nadstavbovou péčí	
	Na začátku projektu	Na konci projektu	Na začátku projektu	Na konci projektu
Úplná nezávislost	0	0	0	0
Modifikovaná nezávislost	0	0	0	0
Supervize	1	2	0	0
Minimální asistence	2	1	3	4
Mírná asistence	3	3	3	4
Maximální závislost	5	5	5	4
Celková závislost	4	4	4	3

Oblékání – dolní polovina těla	Počet klientů s nezměněnou péčí		Počet klientů s nadstavbovou péčí	
	Na začátku projektu	Na konci projektu	Na začátku projektu	Na konci projektu
Úplná nezávislost	0	0	0	0
Modifikovaná nezávislost	0	0	0	0
Supervize	1	1	0	0
Minimální asistence	1	1	2	3
Mírná asistence	3	3	3	3
Maximální závislost	5	5	5	6
Celková závislost	5	5	5	3

Použití WC	Počet klientů s nezměněnou péčí		Počet klientů s nadstavbovou péčí	
	Na začátku projektu	Na konci projektu	Na začátku projektu	Na konci projektu
Úplná nezávislost	0	0	0	0
Modifikovaná nezávislost	0	0	0	0
Supervize	0	0	0	0
Minimální asistence	1	1	1	1
Mírná asistence	4	4	4	4
Maximální závislost	4	4	4	4
Celková závislost	6	6	6	6

Kontrola močení	Počet klientů s nezměněnou péčí		Počet klientů s nadstavbovou péčí	
	Na začátku projektu	Na konci projektu	Na začátku projektu	Na konci projektu
Úplná nezávislost	0	0	1	1
Modifikovaná nezávislost	0	0	0	0
Supervize	2	2	2	2
Minimální asistence	1	1	1	1
Mírná asistence	2	2	2	2
Maximální závislost	3	3	3	4
Celková závislost	7	7	6	5

Kontrola vyprazdňování	Počet klientů s nezměněnou péčí		Počet klientů s nadstavbovou péčí	
	Na začátku projektu	Na konci projektu	Na začátku projektu	Na konci projektu
Úplná nezávislost	0	0	1	1
Modifikovaná nezávislost	0	0	0	0
Supervize	2	2	2	2
Minimální asistence	1	1	1	1
Mírná asistence	2	2	2	2
Maximální závislost	3	3	3	3
Celková závislost	7	7	6	6

Přesun postel – židle – vozík	Počet klientů s nezměněnou péčí		Počet klientů s nadstavbovou péčí	
	Na začátku projektu	Na konci projektu	Na začátku projektu	Na konci projektu
Úplná nezávislost	0	0	0	0
Modifikovaná nezávislost	0	0	0	0
Supervize	1	2	1	2
Minimální asistence	2	1	2	2
Mírná asistence	3	3	2	4
Maximální závislost	4	4	5	3
Celková závislost	5	5	5	4

Přesun na toaletu	Počet klientů s nezměněnou péčí		Počet klientů s nadstavbovou péčí	
	Na začátku projektu	Na konci projektu	Na začátku projektu	Na konci projektu
Úplná nezávislost	0	0	0	0
Modifikovaná nezávislost	0	0	0	0
Supervize	1	2	0	0
Minimální asistence	2	1	2	2
Mírná asistence	3	3	4	5
Maximální závislost	4	4	4	3
Celková závislost	5	5	5	5

Přesun vana, sprchový kout	Počet klientů s nezměněnou péčí		Počet klientů s nadstavbovou péčí	
	Na začátku projektu	Na konci projektu	Na začátku projektu	Na konci projektu
Úplná nezávislost	0	0	0	0
Modifikovaná nezávislost	0	0	0	0
Supervize	0	0	0	0
Minimální asistence	1	1	1	1
Mírná asistence	1	1	2	4
Maximální závislost	6	6	6	4
Celková závislost	7	7	6	6

Chůze / jízda na vozíku	Počet klientů s nezměněnou péčí		Počet klientů s nadstavbovou péčí	
	Na začátku projektu	Na konci projektu	Na začátku projektu	Na konci projektu
Úplná nezávislost	0	0	0	0
Modifikovaná nezávislost	1	1	1	1
Supervize	0	0	2	2
Minimální asistence	1	1	2	2
Mírná asistence	2	2	2	1
Maximální závislost	6	6	4	5
Celková závislost	5	5	4	4

Schody	Počet klientů s nezměněnou péčí		Počet klientů s nadstavbovou péčí	
	Na začátku projektu	Na konci projektu	Na začátku projektu	Na konci projektu
Úplná nezávislost	0	0	0	0
Modifikovaná nezávislost	1	1	1	2
Supervize	0	0	0	0
Minimální asistence	1	1	3	3
Mírná asistence	1	1	2	1
Maximální závislost	2	2	3	3
Celková závislost	10	10	6	6

Komunikace - rozumění	Počet klientů s nezměněnou péčí		Počet klientů s nadstavbovou péčí	
	Na začátku projektu	Na konci projektu	Na začátku projektu	Na konci projektu
Úplná nezávislost	1	1	1	1
Modifikovaná nezávislost	2	2	1	1
Supervize	1	1	2	2
Minimální asistence	5	5	4	4
Mírná asistence	2	2	2	3
Maximální závislost	3	3	4	3
Celková závislost	1	1	1	1

Komunikace – exprese	Počet klientů s nezměněnou péčí		Počet klientů s nadstavbovou péčí	
	Na začátku projektu	Na konci projektu	Na začátku projektu	Na konci projektu
Úplná nezávislost	0	0	0	0
Modifikovaná nezávislost	1	1	1	1
Supervize	1	1	1	1
Minimální asistence	5	5	5	5
Mírná asistence	2	2	3	3
Maximální závislost	2	2	2	2
Celková závislost	4	4	3	3

Sociální interakce	Počet klientů s nezměněnou péčí		Počet klientů s nadstavbovou péčí	
	Na začátku projektu	Na konci projektu	Na začátku projektu	Na konci projektu
Úplná nezávislost	0	0	0	0
Modifikovaná nezávislost	1	1	1	1
Supervize	1	1	1	1
Minimální asistence	5	5	5	5
Mírná asistence	4	4	4	4
Maximální závislost	4	4	4	4
Celková závislost	0	0	0	0

Řešení problémů	Počet klientů s nezměněnou péčí		Počet klientů s nadstavbovou péčí	
	Na začátku projektu	Na konci projektu	Na začátku projektu	Na konci projektu
Úplná nezávislost	0	0	0	0
Modifikovaná nezávislost	0	0	0	0
Supervize	1	1	1	1
Minimální asistence	1	1	1	1
Mírná asistence	2	2	2	2
Maximální závislost	5	5	4	4
Celková závislost	6	6	7	7

Paměť	Počet klientů s nezměněnou péčí		Počet klientů s nadstavbovou péčí	
	Na začátku projektu	Na konci projektu	Na začátku projektu	Na konci projektu
Úplná nezávislost	0	0	0	0
Modifikovaná nezávislost	1	1	1	1
Supervize	1	1	1	1
Minimální asistence	4	5	4	5
Mírná asistence	3	2	2	0
Maximální závislost	2	2	3	4
Celková závislost	4	4	4	4



## Příloha 6 – dotazník

Dobrý den,

Jmenuji Miloslava Hrdličková a jsem studentkou bakalářského studijního programu Ošetrovatelství na Ústavu zdravotnických studií při TUL.

Tématem mé bakalářské práce je „Ošetrovatelská rehabilitační péče u lidí s těžkým kombinovaným postižením v sociálních zařízeních“. Tímto bych Vás ráda požádala o laskavou spolupráci. Tento dotazník je zcela anonymní a má mi pomoci při vyhodnocování empirické části. V otázkách můžete zaškrtnout i více možností.

Za vyplnění dotazníku Vám předem děkuji!

S přáním hezkého dne Miloslava Hrdličková

E – mail: milahrdlickova@centrum. cz

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Petra Brédová

---

Pohlaví:        žena x muž

Věk:        .....

Dosažené vzdělání:.....

Název zařízení, ve kterém pracujete:.....

Pracovní pozice:.....

1. Uveďte prosím počet klientů, o které se během své služby staráte.

.....

2. Je podle Vašeho názoru tento počet vyhovující? Uveďte podle Vás ideální počet klientů.

          ano    x        ne                            ..... klientů

3. Jaký stupeň mentální retardace převládá u Vašich klientů?
- lehká mentální retardace
  - středně těžká mentální retardace
  - těžká mentální retardace
  - hluboká mentální retardace
4. Jaké kombinované vady se spolu vyskytují u Vašich klientů?
- smyslové vady
  - tělesné postižení
  - Dětská mozková obrna
  - žádné
5. Domníváte se, že ošetrovatelská rehabilitační péče (dále jen ORP) je na Vašem pracovišti dostatečná?
- ano    x            ne
6. Pokud ne, v čem vidíte problém ve vykonávání ORP?
- v nedostatku personálu
  - v nezajištění podmínek pro vykonání ORP
  - v interpersonálních problémech
  - v nedostatku znalostí
  - v nezájmu ze strany klientů
  - jiný:
7. Máte dostatek času věnovat se ORP? Kolik času Vám zabere ORP u jednoho klienta během 1 směny?
- ano    x            ne                                    ..... min.
8. Jak získáváte odborné informace k vykonávání ORP?
- od fyzioterapeutů
  - z literatury
  - z odborných kurzů
  - jinak: .....
9. Kde pozorujete největší pozitivní vliv ORP u klientů (seřad'te prosím od 1 – 4)?
- na celkovém zdravotním stavu
  - na psychickém stavu
  - na soběstačnosti
  - na ovlivnění bolesti

10. Jak často polohujete motoricky pasivního klienta?

- a. á 2 hodiny
- b. á 4 – 6 hodin
- c. 2x denně
- d. nepolohujete

11. Jaké pomůcky používáte k polohování?

.....

.....

.....

.....

12. Uveďte nejčastěji používané ošetrovatelské a rehabilitační výkony, které vykonáváte (cca 5 – 10 příkladů).

OŠETŘOVATELSKÉ VÝKONY	
Hygiena	
péče o pokožku	
prevence a ošetření dekubitů	
péče o ránu	
ošetření kožních lézí	
Polohování	
příprava stravy	
pitný režim	
Krmení	
krmení sondou	
podávání léků p. o. (ústí)	
péče o PEG sondu	
péče o lůžko a pokoj	
měření fyziologických funkcí	
aplikace léčebné terapie	
asistence lékařům	

REHABILITAČNÍ VÝKONY	
Masáže	
Relaxace	
perličková koupel	
bazální stimulace	
dechová cvičení	
pasivní cvičení	
aktivní asistované cvičení	
Posazování	
nácvik chůze	
nácvik soběstačnosti	
aktivizace uživatelů	
použití rehabilitačních přístrojů	

13. Jaké prvky ORP z uvedených možností považujete za nejdůležitější (seřad'te prosím 1 – 4)?

- a. polohování
- b. pasivní a aktivní cvičení
- c. dechová rehabilitace
- d. nácvik soběstačnosti

14. Jak se nejčastěji projevuje u Vašich klientů nedostatek ORP?

- a. tvorbou dekubitů
- b. zhoršeným průběhem chorobných a úrazových stavů
- c. menší soběstačností či nesoběstačností
- d. snížením fyzické kondice
- e. zhoršením duševního stavu
- f. svalovým postižením, kontrakturami
- g. bolestí
- h. vznikem komplikací: trombóza, bronchopneumonie, obstrukce

15. Používáte k vykonávání ORP i některou z alternativních metod? Uved'te prosím příklad.

.....  
.....

16. Máte zájem se v oblasti ORP vzdělávat?

ano    x    ne

17. Je spolupráce s ostatními členy týmu v oblasti lékařských oborů dostatečná?

ano    x    ne

18. Je spolupráce s ostatními členy týmu v oblasti nelékařských oborů dostatečná?

ano    x    ne

19. Pokud ne, v čem je nedostatečná a v čem vidíte příčinu?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DĚKUJI ZA SPOLUPRÁCI!  
S ÚCTOU MILOSLAVA HRDLIČKOVÁ

# Příloha 7 – Protokoly k provádění výzkumu

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

## PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	HEDLÍČKOVÁ ANELKA	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
UČETELSTVÍ	209 600049	3
Téma práce	UČETELSTVÍ REHABILITAČNÍ PRÁCE U LIDÍ S TĚŽKÝM KOMPENZUJACÍM POSTAVENÍM	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	Integrované centrum pro osoby se zdravotním postižením Horní Poustevna 40 407 82 Dolní Poustevna IČ: 708 72 686	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Petra Bredová výšší odborná učitelka	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Datum zahájení výzkumu		
Datum ukončení výzkumu		
Počet oslovených respondentů (personálu)		
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

v D. POUŠTEVNA dne 19.2.19

*ANELKA*

podpis studenta



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	HRDLIČKOVÁ MILUŠLAVA	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
DĚTŘOVATELSTVÍ	2 09 0000 9P	3.
Téma práce	DĚTŘOVATELSKÁ REHABILITAČNÍ PÉČE V LIDI S TĚŽKÝM KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM V SOCIÁLNÍCH ZÁKLADNÍCH ZÁŘIZENÍCH	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován		
Jméno vedoucího práce	Mgr. Petra Brédová vrchní fyzioterapeutka	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Datum zahájení výzkumu		
Datum ukončení výzkumu		
Počet oslovených respondentů (personálu)		
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

v Litvínově dne 18. 2. 19

Milučka Hrdličková

podpis studenta



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	HEDLICHOVA MILAŠKA	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
NEUROFYZIOTV.	299 000094	3
Téma práce	NEUROFYZIOLOGIA REHABILITACE PČE V LIDÍ S TEŽKÝM KLINICKÝM POSTIŽENÍM	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován		
Jméno vedoucího práce	Mgr. Petra Brádová vrchní fyzioterapeutka	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Datum zahájení výzkumu		
Datum ukončení výzkumu		
Počet oslovených respondentů (personálu)		
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

v VILEMOV dne 15.3.2015



podpis studenta





PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	HRDLIČKOVÁ MILUŠLAVA	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
VĚTRŮVATELSTVÍ	2 09 60009P	3.
Téma práce	VĚTRŮVATELSKÁ REHABILITAČNÍ PÉČE V LIDÍ S TĚŽKÝMI KOMBINOVANÝMI POSTIŽENÍMI V SOCIÁLNÍCH ZAŘÍZENÍCH	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	 DOMOV „BOURNAK“ Haj u Duchcova příspěvková organizace Kubálova 269, 417 22 Haj u Duchcova IČ: 637 87 911	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Petra B. IČ: 637 87 911 včetně foto a e-mailu	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím  DOMOV „BOURNAK“ Haj u Duchcova příspěvková organizace Kubálova 269, 417 22 Haj u Duchcova IČ: 637 87 911	
Datum zahájení výzkumu		
Datum ukončení výzkumu		
Počet oslovených respondentů (personálu)		
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

V Haj u Duchcova dne 10. 2. 2015



podpis studenta



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	HRDLIČKOVÁ ANELKA	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
ÚSTŘEDNÍ VĚTRÁTELSTVÍ	209 6000 9F	3
Téma práce	VĚTRÁTELSKÁ REHABILITAČNÍ PÉČE V LIDÍ S TĚŽKÝM KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM V JEDNOLÍDEK ZARUČENÍ	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován		
Jméno vedoucího práce	Mgr. Petra Brégová vrchní fyzioterapeutka	
Vyjádření vedoucího práce	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
K finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Datum zahájení výzkumu		
Datum ukončení výzkumu		
Počet oslovených respondentů (personálu)		
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

V YIRKOVĚ dne 9. 2. 2015

podpis studenta



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	HRDLICKOVÁ MILUŠLAVA	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
UČETŘOVATELSTVÍ	2 09 6000 9P	3
Téma práce	UČETŘOVATELSKÁ REHABILITAČNÍ PÉČE V LHM, J. TEŽKÝM KOMBINOVANÝM POSTUPEM V JEDNOMĚRNĚ KVALITATIVNĚ	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován		
Jméno vedoucího práce	Mgr. Petra Bredová vedoucí fyzické péče	
Vyřazení vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis DOMOVY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB KADANĚ A MĚSTO příspěvková organizace Golovinova 1558 432 01 Kadaně IČO 46789940/pik, o.z. 00729416 Společnost	
Datum zahájení výzkumu		
Datum ukončení výzkumu		
Počet oslovených respondentů (personálu)		
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

V KADANĚ dne 15. 4. 2018

*Milúšlava*

podpis studenta



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	HEDLÍČKOVÁ MILUŠKA	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
RETRÓVATELIVY	2091100194	3
Téma práce	RETRÓVATELIVY REHABILITAČNÍ PRÁCE V LIDÍ S TĚŽKÝM KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM V KONKRETNÍM PŘÍPADĚ	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován		
Jméno vedoucího práce	Mgr. Petra Bředová vedoucí pro zdravotní péči	
Vyřazení vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Datum zahájení výzkumu		
Datum ukončení výzkumu		
Počet oslovených respondentů (personálu)		
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

V. TŘAPE dne 9. 4. 2015

*Milúška Hdlíčková*  
podpis studenta

