

# Ošetrovatelská péče u dětí s poruchou aktivity a pozornosti

Silvie Horváthová

---

Bakalářská práce  
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2017/2018

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Silvie Horváthová**  
Osobní číslo: **H14558**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Ošetrovatelská péče u dětí s poruchou aktivity a pozornosti**

Zásady pro vypracování:

**Rešerše a studium odborné literatury.**

**Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti ošetrovatelské péče hospitalizovaných dětí s poruchou aktivity a pozornosti.**

**Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.**

**Realizace výzkumu prostřednictvím kazuistik.**

**Analýza a interpretace kazuistik.**

**Shrnutí kazuistik, jejich aplikace do praxe.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**DRTÍLKOVÁ, Ivana a Omar ŠERÝ. Hyperkinetická porucha: ADHD. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-419-5.**

**KUTNOHORSKÁ, Jana. Výzkum v ošetrovatelství. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.**

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

**PACLT, Ivo. Hyperkinetická porucha a poruchy chování. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1426-4.**

**SELIKOWITZ, Makr. ADHD: The Facts. 2nd ed. Oxford: OUP Oxford, 2009. ISBN 978-0-19-956503-0.**

**SIKOROVÁ, Lucie. Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3593-1.**

Vedoucí bakalářské práce:

**MUDr. Eva Rozsivalová**

Datum zadání bakalářské práce:

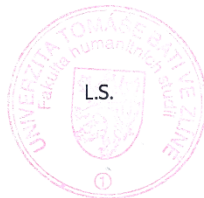
**5. ledna 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**18. května 2018**

Ve Zlíně dne 5. ledna 2018

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



  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 18.2.2018

Hytko!

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **ABSTRAKT**

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče u dětí s poruchou aktivity a pozornosti. Teoretická část pojednává o hyperkinetické poruše, její historii, vývoji terminologie a klasifikaci. Blíže je zde zpracována porucha aktivity a pozornosti, její příčiny, příznaky, diagnostika, léčba a prognóza. Dále se pak soustředí na ošetrovatelskou péči a potřeby dětí.

Praktickou část práce tvoří kvalitativní výzkum, který je psaný formou kazuistik popisující průběh hospitalizace dětí s poruchou aktivity a pozornosti na pedopsychiatrickém oddělení. Hlavním cílem práce je zmapovat specifické ošetrovatelské činnosti u dětí s poruchou aktivity a pozornosti.

**Klíčová slova:** porucha aktivity, porucha pozornosti, děti, ošetrovatelská péče, ošetrovatelské diagnózy, plán péče

## **ABSTRACT**

The bachelor's thesis focuses on nursing care in children suffering from Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). The theoretical part of the thesis deals with Hyperkinetic Disorder, the history, terminology development and classification. A special focus has been placed on Attention Deficit Hyperactivity Disorder, its causes, symptoms, diagnostics, treatment and prognosis. Further on, the nursing care and the children's needs are described.

The research part of the thesis consists of qualitative research, based on case studies describing the course of hospitalization of ADHD children in the Paedopsychiatric Care Unit. The main goal of the thesis is to map specific nursing activities in ADHD children.

**Key words:** activity disorder, attention disorder children, nursing care, nursing diagnoses, care plan

Děkuji vážené paní MUDr. Mgr. Evě Rozsivalové, za její spolupráci, trpělivost a cenné odborné rady.

V neposlední řadě chci také poděkovat své rodině a partnerovi za podporu a péči, kterou mi v té době poskytovali.

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

*Motto:*

*“Vychovávat dítě znamená přijmout je se všemi jeho zvláštnostmi dětské bytosti. Znamená to, že jim nabízíme ve svém domě dobré místo a budeme jim poskytovat podporu a jistotu tak dlouho, až budou schopny jít svou cestou.“*

*PhDr. Jiřina Prekopová*

## OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>11</b>
<b>1 HYPERKINETICKÁ PORUCHA .....</b>	<b>12</b>
1.1 HISTORIE .....	12
1.2 VÝVOJ TERMINOLOGIE .....	12
1.3 KLASIFIKACE.....	13
<b>2 PORUCHA AKTIVITY A POZORNOSTI.....</b>	<b>15</b>
2.1 EPIDEMIOLOGIE .....	15
2.2 ETIOPATOGENEZE.....	15
2.3 KLINICKÉ PŘÍZNAKY.....	16
2.4 DIAGNOSTIKA .....	19
2.5 LÉČBA .....	22
2.6 PROGNOZA .....	28
<b>3 POTŘEBY DĚTÍ.....</b>	<b>29</b>
3.1 KLASIFIKACE POTŘEB.....	29
3.2 DÍTĚ A JEHO ZÁKLADNÍ POTŘEBY PŘI HOSPITALIZACI.....	30
<b>4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE.....</b>	<b>32</b>
4.1 ZÁSADY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U DĚTÍ S PORUCHOU AKTIVITY A POZORNOSTI .....	32
4.2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES .....	33
4.3 OŠETŘOVATELSKÁ TERMINOLOGIE.....	34
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>35</b>
<b>5 ÚVOD DO PRAKTICKÉ ČÁSTI.....</b>	<b>36</b>
5.1 SEZNÁMENÍ S PROSTŘEDÍM VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	36
5.2 CÍLE PRÁCE .....	39
5.3 METODIKA PRÁCE .....	39
5.4 ZKOUMANÝ VZOREK .....	40
<b>6 KAZUISTIKY .....</b>	<b>41</b>
6.1 KAZUISTIKA 1 .....	41
6.1.1 Anamnéza.....	41
6.1.2 Katamnéza.....	42
6.1.3 Stanovení ošetřovatelských diagnóz .....	46
6.2 KAZUISTIKA 2 .....	48
6.2.1 Anamnéza.....	49
6.2.2 Katamnéza.....	50



6.2.3	Stanovení ošetřovatelských diagnóz .....	54
6.3	KAZUISTIKA 3 .....	56
6.3.1	Anamnéza.....	57
6.3.2	Katamnéza.....	58
6.3.3	Stanovení ošetřovatelských diagnóz .....	61
6.4	KAZUISTIKA 4 .....	63
6.4.1	Anamnéza.....	64
6.4.2	Katamnéza.....	65
6.4.3	Stanovení ošetřovatelských diagnóz .....	68
<b>7</b>	<b>SOUHRN KAZUISTIK .....</b>	<b>72</b>
<b>8</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>78</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>79</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>80</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>83</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>85</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>86</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>87</b>

## ÚVOD

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala na základě vlastních zkušeností, které jsem získala na pedopsychiatrickém oddělení Psychiatrické léčebny ve Šternberku, na kterém již pracuji devátým rokem. Denně se zde setkávám s dětmi, které trpí poruchou aktivity a pozornosti, a u kterých následně řeším ošetrovatelskou péči.

Práce s těmito dětmi je velmi náročná, a to nejen pro zdravotníky, ale především pro rodiče a také pedagogy, kteří s dětmi tráví nejvíce času. Bez pomoci však své problémy často nikdy nevyřeší. Porucha aktivity a pozornosti se především řeší ambulantně, ale někdy je potřeba děti hospitalizovat na psychiatrických oddělení, kde se jim a jejich rodičům snaží pomoci. Nejčastěji přicházejí k hospitalizaci z důvodu nastavení vhodné léčby spolu s nastavením přijatelných hranic chování nebo vyloučení/potvrzení dalších komorbidních poruch. Mimo jiné se zde učí zvládnout situace, které vycházejí z příznaků jejich poruchy a tím snížení zbytečného stresu, kterým mohou procházet.

Cílem ošetrovatelského týmu, který se podílí ošetrovatelské péči u těchto dětí, je především zkvalitnění života jak v domácím prostředí, tak ve škole. Proto bych chtěla pomocí této práce poukázat na to, jak je vykonávána ošetrovatelská péče na pedopsychiatrickém oddělení a dále vysledovat jaké jsou jejich specifické potřeby a problémy a následně určit ošetrovatelské diagnózy, které jsou spojené s problematikou ošetrovatelské péče o děti s poruchou aktivity a pozornosti.

Na základě zjištěných dat bych v závěru chtěla vytvořit návrh plánu ošetrovatelské péče u dětí s poruchou aktivity a pozornosti, který může pomoci sestřám urychlit dokumentování na pedopsychiatrickém oddělení PL Šternberk a nejen tam. Tato bakalářská práce může také sloužit k doplnění potřebných znalostí o poruše aktivity a pozornosti u dětí pro nově příchozí personál.

## I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 HYPERKINETICKÁ PORUCHA

Hyperkinetická porucha se řadí mezi psychické poruchy, které se začínají projevovat obvykle již v ranném dětství, a které často přecházejí až do dospělosti. Je charakterizována především nedostatečnou pozorností, nadměrnou aktivitou a impulzivitou. Výjimkou není ani výskyt dalších abnormalit (WHO, 2016, přel. ÚZIS, 2017, s. 252).

### 1.1 Historie

Na začátku 20. století byly jakékoliv poruchy chování považované za „morální defekt“ spojovaný s neschopností rodičů, jejich charakterovými vadami a nedůslednou výchovou. Přesto si příznaky hyperkinetické poruchy získaly pozornost lékařů.

V roce 1902 lékař G. F. Still provedl výzkum s dvaceti dětmi, které záměrně pocházely z rodiny s „dobrým“ výchovným působením, a které i přes to jevily známky neklidu a nevhodného chování. U těchto dětí popsal hyperaktivitu, narušenou pozornost, problémy s učením a různé poruchy chování. Jelikož nebylo možné tyto projevy objasnit z důvodu zanedbané péče nebo nevhodného vlivu prostředí, vyvodil z toho, že důvodem těchto projevů může být biologická příčina. Toto tvrzení bylo později potvrzeno. Ukázalo se, že u výše sledovaných rodin, byl častější výskyt depresí a alkoholismu.

Další zmínka o hyperkinetické poruše byla popsána v roce 1904 britským lékařem v časopise Lancet jako článek pojednávající o chlapci, u kterého byly přítomny hyperkinetické příznaky.

Běžnou léčbou, jak dosáhnout u dětí žádoucího chování, bylo jejich bití, které bylo společností zcela tolerováno (Drlíková, Šerý et al, 2007, s. 15).

### 1.2 Vývoj terminologie

Snad žádná jiná porucha neměla tolik různých pojmenování během svého vývoje jako hyperkinetická porucha. Na počátku 20. století se lékaři pokoušeli o konkrétnější popis poruchy, a tak v roce 1930 přišli s názvem minimální mozková dysfunkce (minimal brain damage - MBD). U nás byl používán název malá mozková dysfunkce (MMD), dále lehká dětská encefalopatie (LDE) a nakonec lehká mentální dysfunkce (LMD). Nové označení hyperkinetické poruchy se u nás prosadilo až v roce 2000. Starší názvy vycházely z představy organického poškození CNS a postupem času se více přihlíželo k popisu příznaků hyperkinetické poruchy (Jurcičová a Žáčková, 2010, s. 10; Drlíková, Šerý et al, 2007, s.21).

### 1.3 Klasifikace

V současné době jsou ve světě dva typy klasifikačních systémů, které používají odborníci k diagnostikování dětí s poruchami pozornosti a aktivity.

Termín hyperkinetická porucha (HKP) vychází z desáté revize Mezinárodní klasifikací nemocí (MKN-10, ICN-10) vydané Světovou zdravotnickou organizací. Nachází se v V. kapitole s názvem Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání, která je označena číselným kódem F90. Tato klasifikace se dnes používá v Evropě, tudíž i v České republice.

Na druhé straně, Americký diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (DSM-IV) vydaný Americkou psychiatrickou asociací, užívá termín porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivitou (ADHD) (Drlíková, Šerý et. al., 2007, s. 21, Jucovičová a Žáčková, 2010, s. 9).

Oba diagnostické systémy vycházejí z podobných přístupů, nejsou však stejné. Hlavním rozdílem jsou jejich subtypy (Paclt a kol., 2007, s. 15).

#### **Diagnostická kritéria pro hyperkinetické poruchy dle MKN- 10**

Hyperkinetická porucha se zde dělí na diagnózu porucha aktivity a pozornosti s označením F 90.0, diagnózu hyperkinetická porucha chování s označením F 90.1., diagnózu jiné hyperkinetické poruchy s označením F90.8 a diagnózu hyperkinetická porucha NS s označením F90.9 (WHO, 2016, přel. ÚZIS, 2017, s. 252).

Důležitým diagnostickým kritériem MKN-10 je vždy přítomnost poruchy pozornosti a hyperaktivity, často doprovázené impulzivitou a jinými přidruženými příznaky. Tyto příznaky musí být přítomny nejen doma, ale i ve škole. A dalším důležitým kritériem je pak výskyt příznaků již před 7. rokem, který trvá déle než 6 měsíců (příloha 1) (Drlíková, Šerý et al, 2007, s.23-24; Paclt a kol., 2007, s.15).

#### **Diagnostická kritéria pro ADHD dle DSM-IV**

Tento manuál nevyžaduje, aby byly základní příznaky pro diagnózu ADHD přítomny současně. Soustředí se podle toho, jak se jednotlivé symptomy podílí na klinickém obraze. Podle toho dále rozlišuje diagnózu ADHD na tři subtypy, a to na ADHD typ s převahou poruch pozornosti (ADHD inattentive type), ADHD typ hyperaktivně-impulzivní (ADHD hyperactivity/impulsivity type), ADHD typ kombinovaný (ADHD combined type). Uvádí se, že nejběžněji se vyskytuje typ ADHD kombinovaný (Drlíková, Šerý et al, 2017, s. 25-26).

Diagnóza ADHD je diagnostikována v případě výskytu alespoň jedné poruchy, a to poruchy pozornosti nebo poruchy hyperaktivity/impulzivity. Porucha se může vyskytovat v domácím prostředí anebo ve škole. Dále se zde rozděluje ADHD dle stupně závažnosti (mírný, střední, vážný). Stejně jako v diagnostickém manuálu MKN-10 se diagnostická kritéria příliš neliší. Je nutný výskyt některých příznaků již před 7. rokem v trvání delším než 6 měsíců (příloha 2) (Paclt a kol., 2007, s.15-17).

## 2 PORUCHA AKTIVITY A POZORNOSTI

„Diagnóza dle MKN-10 porucha aktivity a pozornosti v rámci hyperkinetické poruchy obsahově koresponduje s diagnózou ADHD v současném manuálu DSM-IV a zahrnuje jen pacienty s nejzávažnější formou poruchy. Poruchu aktivity a pozornosti podle MKN-10 lze v podstatě považovat za podskupinu poruchy ADHD“ (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s.358).

### 2.1 Epidemiologie

Porucha pozornosti a aktivity se řadí mezi jednu z nejčastějších psychiatrických poruch u dětí. Dle různých studií se vyskytuje u 3-5 % dětí kdy u chlapců je výskyt 6-8 x vyšší než u dívek. Do dospělosti porucha přechází až u 25-40 % z nich. Větší výskyt poruchy u chlapců na základě pohlaví a přechod poruchy do dospělosti není zatím doposud nijak objasněn (Čihák in Hosáková a kol, 2007, s. 105; Uhlíková a Ptáček, 2014, online).

### 2.2 Etiopatogeneze

Porucha aktivity a pozornosti se řadí mezi poruchy neurovývojové. Předpokládá se, že vzniká v důsledku drobných odchylek ve vývoji mozku a následně jeho opožděným dozráváním. Odchylky vznikají z různých příčin už od samého začátku těhotenství až do doby, kdy je mozek dítěte ještě hodně vnímavý a není schopen se dobře přizpůsobit nepříznivým podmínkám (do 3-4 roku). V současné době se dle názorů v příčině uplatňují genetické a negenetické vlivy, které jsou vyvolané neurochemickými a neuroanatomickými příčinami většinou v prenatálním období vývoje. (Čihák in Hosáková a kol., 2007, s.105; Marková, Venglářová a Babiaková, 2007, s. 324; Drlíková, Šerý et al, 2007, s. 41-42).

#### Genetické faktory

Studie ukázaly, že je větší riziko dědičnosti této poruchy je po mužské linii. U mužů, kterým byla tato diagnóza prokázána, byla pravděpodobnost výskytu u jejich dětí až 5x vyšší. Další studie poukazují na pozměněný vzorec mozkové aktivity, za který by mohla být zodpovědná podoba genu pro receptor dopaminu D4, který je často v souvislosti s touto poruchou zkoumán. Dalším významným kandidátem je gen pro dopaminový přenašeč DAT1 (Drlíková, Šerý et al, 2007, s.65-67; Munden a Arcelus, 2002, s. 51-52).

### **Negenetické faktory**

Na vzniku poruchy se mohou podílet i faktory negenetického původu, které mají svůj základ již v průběhu těhotenství, kdy matka užívala léky, drogy, alkohol anebo kouřila. (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 358).

Munden a Arcelus (2002, s. 57) uvádí další možné příčiny negenetického původu, které vyvolají tuto poruchu, a to díky následku určitého poškození. Můžeme sem zařadit například zánět mozkových blan či porodní traumata, obzvláště pak hypoxické poškození během porodu.

### **Poruchy neurotransmise**

Studie se zaměřily také na vliv dopaminu a noradrenalinu. Tyto neurotransmitery přenášejí zprávy mezi mozkovými buňkami. Na možnou neurochemickou příčinu vzniku poruchy poukázalo použití psychostimulancií, které mění aktivitu těchto chemických látek, a které zlepšují charakteristické příznaky poruchy a mají i terapeutický efekt. (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s.359; Munden a Arcelus, 2002, s. 55-56).

## **2.3 Klinické příznaky**

Mezi charakteristické příznaky, které vedou ke stanovení diagnózy poruchy aktivity a pozornosti, řadíme především poruchy v oblasti pozornosti, aktivity a impulzivity. První příznaky lze vyzorovat již v kojeneckém věku, avšak klíčový moment nastává v době předškolního a začátek školního věku dítěte.

### **Charakteristické příznaky**

#### *Porucha pozornosti*

Porucha pozornosti se především projevuje tím, že se děti nedokážou blíže soustředit na detaily. Je to pro ně velmi náročné, a to nejen v oblasti učení, ale i v praktických dovednostech. Ve školní přípravě jsou nedbalé, nevyposlechnou si řádně zadání a dělají chybné závěry nebo nedokončují svou práci. Nechají se velmi lehko vyrušit jakýmkoliv pro ně zábavnějším podnětem, především v činnostech, kde se nudí nebo je nijak nemotivují. Na druhou stranu, u činnostech, které je zajímají, dokážou svou pozornost udržet. Udržet pozornost je však stojí velké úsilí a s tím souvisí i fakt, že se brzy unaví. Při hře jsou roztržité a roztěkané, nejsou



schopné porozumět a přizpůsobit se pravidlům. Můžeme sem zařadit i jejich časté zapomínání a ztráty věcí. (Jucovičová a Žáčková, 2010, s. 27-28; Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 359; Selikowitz, 2009, s.19,).

### *Porucha aktivity*

Pohybová aktivita u dětí roste přibližně do věku 3 let a potom se postupně snižuje. Právě proto jsou děti s poruchou aktivity tak nápadné. Porucha aktivity se především projevuje nadměrným pohybem, kdy dítě nedokáže ani na chvíli posedět v klidu na židli, neustále se vrtí nebo vstává. Ve třídě často pobíhá během vyučování a učitelům může dělat problém ho usadit zpět na své místo. Hyperaktivita se projevuje i komunikací, kdy jsou děti hlučné, mají ke všemu nějaký komentář, vydávají různé zvuky nebo si mluví sami se sebou. V mluvě jsou zrychlené, často se až zadýchají, protože chtějí říct veškeré své aktuální myšlenky. Dítě působí celkově neklidné, zlobivé a svým projevem rušivé (Jucovičová a Žáčková, 2010, s. 31; Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 360; Selikowitz, 2009, s.8, s. 26).

### *Impulzivita*

Impulzivita značně ztěžuje dětem navázání a udržení si přátelství tím, že říkají nevhodné věci, přivádějí tak ostatní do rozpaků, a aniž si to uvědomují, tak z jejich pohledu nevinného či dobrého úmyslu, mohou druhé urazit nebo v nich vzbudit pocit jisté provokace, což je příčinou řady konfliktů. Děti nejsou schopné řídit své vlastní jednání. Jsou zbrklé, skáčou jiným do řeči a nevydrží při kolektivních činnostech, než na ně přijde řada. Do všeho se hrnou bez předešlého promyšlení a neuvědomují si následky, které může jejich jednání vyvolat (Čihák in Hosáková a kol, 2007, s. 106; Munden a Arcelus, 2002, s. 22-23).

## **Příznaky v závislosti na věku dítěte**

### *Kojenecké období (2.-12. měsíc)*

Porucha aktivity a pozornosti se v tomto období projevuje především potížemi se spánkem a příjmem potravy. Spánek má dítě přehozený a má potřebu častěji jíst. Často bývá podrážděné a nespokojené. V psychomotorickém vývoji dochází k nerovnoměrnostem (Příhodová, 2011, s. 411, online).

### *Batolecí období (1.-3. rok)*

Dítě se v tomto období zdokonaluje v pohybu a ve své komunikaci. Proto zde může být patrný opožděný vývoj v řeči a zvýšená pohyblivost, která často vede k úrazům. Je typický nerovnoměrný vývoj, kdy některé vývojové fáze mohou odpovídat normě, některé se mohou

přeskočit či naopak opozdit. Při hře se nedokáže soustředit a je neobratné. Také se projevují první známky vzdoru a vzteku, které lze vysledovat i u ostatních dětí. Ale dítě s poruchou aktivity a pozornosti, v porovnání s vrstevníky, často reaguje na neúspěchy nebo zákazy nepřiměřenou agresí a zlostí. Bývají pomalejší, déle se učí novým poznatkům. Jejich okolí je tak může vnímat jako hloupé a nešikovné (Jucovičová a Žáčková, 2010, s. 23-24).

#### *Předškolní období (3.-6. rok)*

U dítěte s poruchou aktivity a pozornosti dlouho přetrvává období vzdoru, odmítá vykonávat některé činnosti, projevuje se vztekem. Přetrvávají potíže s udržením pozornosti na jednu činnost, především opouští takové činnosti, které ho nebaví nebo nijak nemotivují. Může mít problém se sebepěčí. Dítě bývá neobratné a těžkopádné. Jedná impulzivně a bez zábrán, i nadále dochází častěji k úrazům. Má potíže s usínáním, déle se vyskytuje noční pomočování. Pro dohlížející personál může být takové dítě dost zatěžující. Často bývá doporučen odklad školní docházky například z důvodu sociální nezralosti (Jucovičová a Žáčková, 2010, s. 25).

#### *Školní období (6.-12.rok)*

U dětí s poruchou aktivity a pozornosti se při nástupu do školy rozvíjí problémy v důsledku vysokých nároků, které jsou na ně kladeny v souvislosti s udržením pozornosti, pohybového klidu a nutnosti soustředění se. Projevy jako porucha pozornosti, zvýšená aktivita a impulzivita se stávají více viditelné. Nejenže dítě s touto poruchou nedokáže v klidu sedět na židli, opakovaně vykřikuje, chová se společensky nevhodně a je reakcí okolí na svou osobu následně negativně naladěno, ale také má potíže s podřizováním se, dokončováním zadaných úkolů a respektem k dospělému. Díky tomu často děti dosahují špatných výsledku bez ohledu na jejich intelekt a mají potíže navázat dobré vztahy s vrstevníky a pedagogy (Jucovičová a Žáčková, 2010, s. 25; Příhodová, 2011, s. 411, online).

#### *Dospívající období (12.-18.rok)*

V období dospívání mají děti potíže s navazováním vztahů, obtížně přijímají autoritu. Je zde velkým rizikem nadužívání návykových látek a jiné asociální jednání. Ve škole přetrvávají obtíže, nedokáží se soustředit, práce je nesystematická a při samostatné práci selhávají. Děti jsou svým neúspěchem ve škole demotivovány, a tak po ukončení povinné školní docházky ukončují své vzdělání. V dospívání se příznaky poruchy aktivity a pozornosti mění. Zejména ustupuje porucha aktivity, která se může dále projevovat pocitem vnitřního napětí. Dospívající zůstávají impulzivní a jejich okolí může na jejich chování pohlížet jako

na společensky nevhodné. Mají nízkou toleranci k zátěži a jsou emočně nevyzrálí (Příhodová, 2011, s. 411-412, online; Uhlíková a ptáček, 2014, online).

### **Přidružené potíže**

Jako další možné příznaky se vyskytují potíže se spánkem, zvýšená podrážděnost, konfliktní až agresivní jednání vůči vrstevníkům i dospělým. Děti nejsou schopny dlouhodobě udržet jakýkoliv vztah, což může později vést až k jejich sociální izolaci. Při dlouhotrvajících potížích a neúspěších mají tendence k depresím a sebepodceňování, ztrácí zájem a snadno upadají do ještě větších potíží, jako je například užívání návykových látek (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 361)

### **Komorbidní poruchy**

Porucha aktivity a pozornosti se často vyskytuje společně s jinými psychickými poruchami. Velmi častá je porucha chování a porucha opozičního vzdoru. Pokud je však přítomna porucha chování, měla by se dle klasifikace MKN-10 určit diagnóza hyperkinetická porucha chování. Při diferenciální diagnostice se můžeme setkat s poruchou učení a afektivní či úzkostnou poruchou. Výjimkou nebývá ani přítomnost depresivních a tikových poruch. (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 361; Příhodová, 2011, s. 411, online).

## **2.4 Diagnostika**

Poruchu aktivity a pozornosti není vůbec jednoduché diagnostikovat. Nejsou žádné absolutně správné diagnostické testy, a navíc některé přidružené poruchy mohou příznaky zakrýt nebo se naopak mohou objevit příznaky zcela jiných poruch. Proto nejdůležitější je řádně zhodnotit a rozpoznat i skryté příznaky, které se v průběhu mění podle nálady a pocitů. Základem diagnostiky poruchy aktivity a pozornosti je řada vyšetření, rozhovorů a pozorování. Ke stanovení přesné diagnózy je třeba vyšetření několika zkušených odborníků, obvykle psychiatra pro děti a adolescenty, k doplnění neurologa ve spolupráci s psychologem (Munden a Arcelus, 2002, s. 59-60; Drlíková, Šerý et al, 2007, s. 80).

### **Anamnéza**

Informace získané na základě lékařských zpráv, posudků, rozhovorů s rodinou a školou ve svém souhrnu představují anamnézu. Je to časově náročná práce, ale nutná pro další léčebný postup.

### *Osobní anamnéza*

Z této anamnézy odborník zjišťuje rizikové faktory, které by mohli přispět k určení diagnózy. Patří sem například problémové těhotenství, obtížný porod, zdravotní stav matky, zda požívala alkohol nebo kouřila. Dále se zjišťuje zdravotní stav dítěte, jeho úrazy a operace, užívání léků a případné chronické onemocnění.

### *Školní anamnéza*

Lékař požádá, se souhlasem rodičů, školu o spolupráci. Dělají se záznamy o projevech dítěte ve škole, jeho prospěchu, vztazích ke spolužákům a učiteli.

### *Rodinná a sociální anamnéza*

Posuzuje se duševní a tělesné zdraví rodičů a dalších členů rodiny. A v neposlední řadě je nutný rozbor rodinné situace, kde se zjišťují především podmínky bydlení, styl výchovy, zaměstnání rodičů a finanční zabezpečení. Řeší se i případná soudní minulost dítěte, kontakt s policií (Munden a Arcelus, 2002, s. 61-64).

### **Psychiatrické vyšetření**

Dítě se dostavuje na vyšetření většinou na žádost psychologa, pediatra a neurologa. Často první podnět dává k vyšetření pedagog či školní psycholog. Stále častěji přichází rodiče s dětmi na žádost vlastní. Diagnóza se dá určit již z prvního proběhlého sezení, ale zvyšuje se tak riziko omylů, které souvisí s nedostatkem pomocných vyšetření, u kterých nejspíš zatím není znám výsledek (Drlíková, Šerý et al, 2007, s.80, 243).

Na základě psychiatrického vyšetření lékař stanovuje následnou léčbu.

### *Pohovor s rodiči (jinou blízkou osobou)*

Je nezbytnou částí psychiatrického vyšetření. Pohovor by měl trvat zhruba 30 minut. V tomto rozhovoru je cílem získat důležitá anamnestická data a popis chování dítěte doma a ve škole. Nejprve se doprovod dítěte nechá volně mluvit, následně jsou další informace získávány cíleně položenými otázkami z oblasti vývoje dítěte, rodiny, školy, mimoškolních aktivit a kamarádů (Drlíková, Šerý et al, 2007, s. 80-82).

### *Pohovor s dítětem*

Pohovor s dítětem je vhodnější provádět bez přítomnosti jiné osoby. Vyšetření dítěte by mělo trvat 30-45 minut. Volený přístup a pokládané otázky by měly být přizpůsobené věku a intelektové úrovni dítěte. V první fázi je rozhovor směřován do oblasti rodiny, školy, trá-

vení volného času, zálib, přátelství, užívání návykových látek, představ o vlastní osobě a budoucnosti. Následně se přechází k současným potížím, kde lékař jednotlivě probírá zjištěné potíže. Další fáze vyšetření je zaměřena na vyšetření psychických funkcí, kde se zjišťuje orientace, znalosti a úroveň myšlení. Během celého rozhovoru se pozoruje chování dítěte (Drlíková, Šerý et al, 2007, s.85-87).

#### *Pohovor s učitelem*

Nedílnou součástí vyšetření je získání informací od pedagogů, které se provádí na základě souhlasu zákonných zástupců dítěte. Pohovor se provádí z důvodu získání informací spojených s projevem dítěte ve škole, kde jsou příznaky poruchy hodně viditelné. Místo pohovoru je často využíván dotazník pro pedagogy, který je úspornější na čas a přináší stejně kvalitní výsledek (Drlíková, Šerý et al, 2007, s. 81, s. 87).

#### **Psychologické vyšetření**

Psychologické vyšetření přináší do diagnostiky cenné poznatky. Provádí se komplexní vyšetření, které se soustředí na úroveň psychických a behaviorálních funkcí spojené s charakteristickými příznaky poruchy. Pomocí psychologického vyšetření se zjišťují rozumové schopnosti, hodnotí se motorické dovednosti a zkoumá se prožívání jedince, jeho sebepojetí a vztahová problematika (Drlíková, Šerý et al, 2007, s.93.95).

#### *Komplexní psychologické vyšetření*

Při komplexním vyšetření dítěte je nutná trpělivost a čas. Dítě by mělo být před vyšetřením v dobré kondici, mělo by být dostatečně vyspané, před vyšetřením se také nedoporučuje konzumace sladkých potravin. Vyšetření by se mělo konat spíše v dopoledních hodinách. Na začátku vyšetření je důležité seznámit doprovod s časovou náročností a postupu vyšetření. Trvání tohoto vyšetření může být delší než 2,5 hodiny a mělo by obsahovat alespoň dvě základní součásti.

**Klinická část** slouží ke zjištění základních potíží dítěte a vytváří se představa o dalším postupu v následující testové části. Dochází k navázání bližšího vztahu a důvěry, která usnadňuje otevřenost v komunikaci. Provádí se rozhovor s dítětem a rodiči, záznam pozorování dítěte a vyhodnocuje se školní výkon dítěte od nástupu do MŠ až po současnost.

**Testová část** je zaměřena na provádění různých testů. Základním testem je Wechslerova škála inteligence. Také se provádí testy se zaměřením na pozornost (u nás se používá přede-

vším Bourdonův test, test koncentrace pozornosti, test cesty a test pozornosti D2) a nezbytnou součástí vyšetření bývají dotazníky a škály pro rodiče a učitele (u nás jsou k dispozici přeložené dotazníky Connersové ve verzi pro rodiče a pro učitele – příloha 3 a 4). Dle potřeb zachycených v klinické části vyšetření se mohou provést další testy a zkoušky zaměřené na schopnosti, dovednosti a znalosti dítěte (Paclt a kol., 2007, s. 59-61).

### **Pomocná vyšetření**

#### *Neurologické vyšetření*

Na neurologické vyšetření odesílá lékař dítě pouze v případě, když má podezření na nějaký neurologický problém.

#### *Laboratorní vyšetření*

KO + diff, jaterní soubor, urea, kreatinin, iontogram, moč chemicky, pohlavní hormony, prolaktin, kortizol, thyroïdní soubor.

#### *Zobrazovací metody*

EEG vyšetření, CT a MR mozku – stupeň zralosti CNS, vyloučení jiných organických příčin.

EKG vyšetření – především z důvodu následné farmakoterapie (Drlíková, Šerý et al, 2007, s.88).

## **2.5 Léčba**

Léčebný přístup je komplexní práce pedopsychiatra. V roce 2006 byly vytvořeny v České Republice první doporučené postupy léčby. Tato doporučení ucelují algoritmus postupu a mají snahu o standardizaci péče o děti s poruchou aktivity a pozornosti (Goetz, 2009, online).

Cílem léčby je omezení symptomů nejen ve škole, jak tomu bylo dříve, ale po celý den. Dle prezentované konference v Ostravě roku 2013 se uvádí nejvhodnější léčba jako farmakoterapie v kombinaci s psychoterapií, edukací a režimovou terapií. Postup léčby vždy závisí na věku dítěte. S farmakoterapií se začíná až po šestém roku po domluvě s rodiči, u mladších dětí se upřednostňuje léčba pomocí režimových opatření a psychoterapie (Uhlíková, Ptáček, 2014, online).

## Psychoterapie

Psychoterapie má v léčbě velký význam. Porucha pozornosti a aktivity je zdrojem konfliktního jednání v rodině i mimo ni. Proto cílem psychoterapie je uklidnění situace a snaha o nápravu vztahů. Nepoukazuje na chyby ve výchově, ale naopak se snaží nahradit nefunkční výchovnou strategií. Děti se učí řídit své chování a rodiče, jak správně k problematice přistupovat. Nejen rodiče, ale i učitelé jsou nuceni ke změnám svého chování.

Důležitou částí psychoterapie je podpora pro rodiče. Protože právě oni ti jsou, kteří musejí každodenně s dítětem pracovat, a není to pro ně vždy jednoduché. Často si to kladou za vinu, podceňují se a nevěří si. Měli by se naučit relaxovat a občas si dopřát volno pro sebe.

Psychoterapie klade také důraz na spolupráci se školou, která by se měla přizpůsobit pravidlům, systému odměn a motivaci jako v domácím prostředí. Prostředí ve škole by mělo být přehledné. Dítě by mělo být pod stálým dozorem učitele, popřípadě asistenta. Učitel by měl umět dítě motivovat a pochválit i za snahu. (Uhlíková, Ptáček, 2014, online).

Většina psychoterapeutických postupů vychází s kognitivně-behaviorální terapie, které se ukázaly jako terapeuticky účinné (Paclt a kol., 2007, s. 112).

### *Kognitivně behaviorální terapie (KBT)*

Tento psychoterapeutický směr vznikl ve 70. letech 20. století, který je zaměřený na kognitivní a behaviorální přístupy. V tomto případě je určen pro děti a adolescenty s poruchou aktivity a pozornosti, jejich rodiče a pedagogy.

Behaviorální přístup se soustředí na zjevné chování s cílem o změnu v chování žádoucím směrem tím, že vyhledává jeho příčiny a následky. Na druhou stranu kognitivní přístup věnuje svou pozornost myšlení a postoji k sobě a okolí.

KBT si neklade za cíl léčit, ale cílí na řešení konkrétních problémů poruchy, které jsou před samotným zahájením analyzovány a definovány.

Provádějí ji odborníci, kteří mají v KBT vzdělání a absolvovali výcvik. Využívají ji při individuální terapii s dítětem společně s terapií rodinou či při terapeutickém vedením rodičů, které slouží především k nastavení výchovných a režimových opatření. Tyto služby poskytují psychologicko-pedagogické poradny (PPP), některé speciálně pedagogická centra (SPC) a střediska výchovné péče (SVP) (Theiner in Drlíková, Šerý et al, 2007, s. 177-180; Jucovičová a Žáčková, 2010, s. 184).

## Farmakoterapie

Užívání léků může přinést skutečnou změnu k lepšímu, a to jak v oblasti chování, myšlení a učení, tak i ve vztazích k ostatním. V některých případech je farmakoterapie jedinou možností, jak dosáhnout kladných výsledků i v ostatních opatřeních.

Předpis léků závisí vždy na spolupráci lékaře s rodiči i s dítětem. Lékař musí mít zpětnou vazbu, aby mohl rozhodnout, zda je jím vybraná farmakoterapie účinná nebo je potřeba postup změnit. Také je nutné si s dítětem o lécích promluvit a vše mu dostatečně vysvětlit, aby nemělo pocit, že léky dostal za trest, protože zlobí (Munden a Arcelus, 2002, s. 75).

Pro léčbu jsou v ČR registrované prozatím tři preparáty. Methylfenidát, ve dvou lékových formách, ze skupiny stimulantů a jeden nestimulující lék s obsahem atomoxetinu. Mohou být užívány i jiné léky druhé volby (Goetz, 2009, online).

### *Stimulancia*

Jsou základní skupinou léků a první volbou lékaře k léčbě poruch aktivity a pozornosti. Tyto léky zlepšují pozornost, snižují hyperaktivitu a impulzivitu a nezpůsobují útlum (Paclt a kol., 2007, s. 88).

V České republice se využívají léky obsahující methylfenidát. Léčba se zahajuje po malých dávkách a vždy krátkodobě působící formou. Začíná se podáváním 5 mg. za den a při dobrém snášení léku se po týdnu zvyšuje na 10 mg. za den. Dále se dávky rozdělují tak, aby pokryly nejnáročnější úseky během dne dítěte. Mezi lék s methylfenidátem patří Ritalin, v síle 10 mg., který stimuluje CNS. Tento lék vyžaduje podávání minimálně 3x denně. Protože jeho klinický účinek trvá 2,5 až 4 hodiny, je nutné užívat lék i v dopoledních hodinách. U tohoto léku se mohou vyskytovat velmi často nežádoucí účinky jako jsou snížená chuť k jídlu, nespavost, nervozita, pocit sucha v ústech, bolest hlavy či bolest žaludku. Výskyt nežádoucích účinků se může snížit tím, že je lék podáván mezi jídly a provádí se tzv. prázdninová pauza, kdy se lék během letních prázdnin vysazuje (Goetz, 2009, online; Paclt a kol, 2007, s. 90; SÚKL, 2017a, online, s. 6).

Jelikož v České republice nemáme ve školách školní zdravotníky, kteří mohou léky podávat, byl vyvíjen tlak na vývoj léků s prodlouženým účinkem. Dalším lékem obsahující methylfenidát je Concerta, v síle 18 mg., 36 mg. a 54 mg., která aktivizuje určité části v mozku. Užívá 1x denně ráno a funguje na principu pomalého uvolňování. Začíná účinkovat do jedné hodiny po podání a během dne hladina léku kolísá. Mezi časté nežádoucí účinky patří změny



nálad a změny srdečního rytmu vnímány jako palpitace (SÚKL, 2017b, online, s. 6; Goetz, 2009, online).

U léků obsahující methylfenidát je nízký potenciál na vznik závislosti. Při užívání per os jsou jen minimálně schopny vyvolat pocit euforie. Po vysazení stimulancií se nevyskytují žádné abstinenční příznaky (Paclt a kol., 2007, s. 107-108).

#### *Nonstimulancia*

V současné době nejběžněji užívaným lékem obsahující atomoxetin je Strattera, v síle 10 mg., 18 mg., 25mg., 40 mg., 60 mg., 80 mg. a 100mg. Strattera působí tak, že v mozku dochází ke zvyšování noradrenalinu. Noradrenalin je tělu vlastní chemická látka, která má příznivý vliv na charakteristické příznaky poruchy aktivity a pozornosti (zvyšuje pozornost, snižuje hyperaktivitu a impulzivitu). Lék je určen pro děti od šesti let bez omezení horní hranice věku. Trvání účinku je 24 hodin při jednodenním užívání, většinou je podáván ráno nezávisle na jídle. Dávkování se odvíjí v závislosti na hmotnosti. Léčby by měla být zahájena dávkou 0,5 mg/kg za den po dobu 7 dní. Tento lék bývá dobře snášen. Mezi jeho časté nežádoucí účinky u dětí můžeme řadit rychlé změny nálad a sebevražedné myšlenky (SÚKL, 2015, online, s. 2,7; Uhlíková, Ptáček, 2014, online).

Na základě výskytu nežádoucích účinků u obou lékových skupin, by mělo během kontrol u lékaře alespoň 1x za půl roku proběhnout kontrolní vyšetření TK, P, váhy, výšky a 1x za rok EKG vyšetření (Drlíková a kol. in Rachoch, 2006, s.145).

#### *Antidepresiva*

Tyto léky nebyly vyvinuty k léčbě poruch aktivity a pozornosti. Přesto se využívají některé léky v této skupiny, které mají vliv na koncentraci noradrenalinu. Vzhledem k řadě nežádoucích účinků jsou pečlivě zvažovány. Především se využívají při přítomnosti komorbidních poruch jako je epilepsie, úzkostná či tiková porucha nebo se k nim přiklání u drogově závislých (Drlíková, Šerý et al, 2007, příloha, s. 252)

#### *Neuroleptika (antipsychotika)*

Tyto léky se využívají díky svým zklidňujícím účinkům a zmírnění projevů agresivity. Nejčastěji je používán Risperidon. Ten působí blokádu presynaptických inhibičních receptorů, což vede k zvýšení přenosu noradrenalinu. Risperidon je kromě léčby psychotických poruch

schválen i pro léčbu poruchy chování, která může být sdružena s poruchou aktivity a pozornosti. K této léčbě se přistupuje často v kombinaci se stimulací (Drlíková, Šerý et al, 2007, příloha, s. 252, Paclt a kol., 2007, s. 95).

### **Režimová a výchovná opatření**

Dítě musí pochopit důsledky svého chování a naučit se ho aspoň částečně korigovat. Musí jasně vědět, co je přijatelné a co je nepřijatelné. Mělo by být schopné, za pomoci rodičů a odborníků, řešit své problémy. Nejzákladnějším přístupem ze strany rodičů je tolerance, ale také důslednost. Zásady přístupu musí být zachovány nejen v rodině a ve škole, ale i ve volném čase dítěte. Doma by mělo panovat klidné rodinné prostředí. Rodiče by měli být vyrovnaní a spolu s dítětem dodržovat nastavená pravidla. Měli by být pro své dítě vzorem a podporovat ho. Nejen rodiče, ale i ostatní členové by měli dodržovat pravidla a být ve výchově jednotní. Dítě by se nemělo trestat za jeho chování vyplývající z nemoci a rodiče by měli volit vhodná slova při napomínání. Mělo by být chváleno a motivováno. A především by se rodiče měli soustředit na kladné stránky svého dítěte. Děti s poruchou aktivity a pozornosti potřebují přehledné a strukturované prostředí ve kterém se dobře orientují. Potřebují vědět přesně, co se od nich očekává. Musejí mít jasně nastavené mantinely a pravidla. Ze strany učitelů by měly vědět, že jim mohou věřit. Mimo to potřebují pomoci s uspořádáním pomůcek a pracovního prostoru, zapojením do skupiny a pomoci ve chvílích, kdy se přechází od jedné činnosti ke druhé. Není nutné jim zbytečně ulevovat, ale musí se dbát na odpočinek, který je pro ně důležitý (Spokojené děti, 2013, online).

### **Alternativní léčba**

Plno rodičů má strach zahájit léčbu pomocí léků. Obávají se vedlejších nežádoucích účinků a v neposlední řadě závislosti na těchto lécích. Proto hledají jiné možnosti.

Nejčastěji se rodiče uchylují a vkládají své naděje do různých potravinových doplňků jako je hořčík, omega 3 mastné kyseliny nebo produkty z mořských řas. Nebylo však prokázáno, že by tyto doplňky nějak příznivě poruchu aktivity a pozornosti ovlivnily. Také se snaží svému dítěti pomoci pomocí homeopatie či metodou biofeedback. Metoda biofeedback má sice své výsledky, ale slouží nanejvýš jako doplňková metoda (Lábusová, 2010, online).

*EEG trénink (biofeedback)*

Metoda, která pomocí počítačového programu a velmi citlivé elektroniky spojené senzory umístěných na temeni hlavy snímající EEG, nepřetržitě měří, zaznamenává a reguluje v paměti aktivitu mozkových vln během sezení. Aktivity mozkových vln se promítají na monitor terapeuta. Na základě přenosu se k pacientovi dostavuje zpětná vazba na jeho monitor, ve formě obrazu či zvuku, která je přetvořena do počítačové hry. Díky sledování a ovládání této hry silou svých myšlenek, může pacient sám vidět, jakou frekvenční část svého mozku využívá. Hra je rozdělena do několika kol, kdy každé kolo trvá od 1 do 5 minut dle nastavení. Mezi jednotlivými koly jsou krátké pauzy. Každé kolo je ohodnoceno body, které pacient získává za odměnu při úspěšném soustředění a je tak schopno změnit mozkovou aktivitu dle požadavků. Celková doba sezení trvá, dle možností pacienta, 30 – 40 minut. Pacient si při biofeedbacku formuje a trénuje mozkovou aktivitu dle individuálních potřeb, která vede k efektivnímu zvýšení schopností a kapacity mozku. Trénink probíhá tak dlouho, dokud si mozek získané způsoby neosvojí a nezapamatuje. Tvrdí se, že biofeedback snižuje příznaky poruch pozornosti. (Novotný a kol., 2009, online; Pražské specializační centrum, 2008, online; Selikowitz, 2009, s.156)

*Relaxační techniky*

Děti s poruchou aktivity a pozornosti jsou často vystavovány nepříjemným situacím, které jim jejich příznaky přináší. Jejich nervová soustava je tak vystavena větší zátěži než u dětí bez poruchy. Relaxační techniky napomáhají ovlivňovat příznaky poruchy pomocí uvolnění svalového, fyzického a psychického napětí. Tím přispívají ke zlepšení výkonnosti dítěte, k celkovému zklidnění a zmírnění impulzivity.

Jednou ze základních technik, které vedou ke snížení nervové dráždivosti, je dechové cvičení. Způsobuje dostatečné okysličení krve a ovlivňuje tepovou frekvenci. Princip dechové cvičení spočívá na nádechu, který má za cíl navodit budivý pocit a na výdechu, který má naopak vyvolat pocit uvolnění. Při cíleném sledování svého dýchání, během dechové relaxace, může dítě zlepšit svou koncentraci (Jurcovičová a Žáčková, 2010, s. 132-135).

Další technikou, která se využívá, je muzikoterapie. Dítě poslouchá předem vybranou, upravenou hudbu. Úprava hudby není na první poslech slyšet, je vnímána podvědomě a má přínosný efekt na funkci mozku. Hudba také často doprovází různé relaxační techniky, vytváří

jim příjemnější pozadí a doplňuje samotnou relaxaci. Používají se také tzv. relaxační pohádky, které především složí k navození klidu (Selikovitz, 2009, s.157; (Jurcovičová a Žáčková, 2010, s. 176)

## 2.6 Prognóza

Pokud se dítěti s poruchou aktivity a pozornosti neposkytne řádná léčba, může v budoucnu ve všech směrech zaostávat a jeho život se tím tak velmi zkomplikuje. Dítě je sociálně izolované, nedostane se mu vzdělání dle jeho intelektových možností a rozvíjí se společností nepřijímané jednání. Dítě se rizikově chová, je pozorována nezvládnutá nadměrná agresivita, nerespektování autorit, vznik závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách, časné zahájení sexuálního života apod. Takové dítě se často nachází v dospělosti na nízké socioekonomické úrovni. Při dobré, včasné léčbě a správném vedení dítěte, je prognóza velmi příznivá. Ve 25-40 % porucha aktivity a pozornosti přechází do dospělosti (Čihák in Hosáková, 2009, s. 105-106).

Paclt (2007, s. 123) uvádí, že porucha aktivity a pozornosti přetrvává v různé míře u 40-50 %, kdy v dospělosti je nejvýraznější porucha pozornosti.

### 3 POTŘEBY DĚTÍ

Uspokojování potřeb dětí by mělo být prvotním cílem nejen v ošetrovatelském procesu, ale i mimo něj. Pečující osoba by měla být schopná naplnit potřeby dítěte, které vedou ke správnému vývoji a zdravé osobnosti. Většina dětí má částečně stejné biologické a psychické potřeby, které se mohou v různých vývojových fázích měnit, ale základní potřeby zůstávají trvalé (Sikorová, 2011, s. 30).

Pokud nějaká potřeba není uspokojena, může dojít k frustraci. K frustraci dochází v případě, že potřeba není uspokojena krátkodobě v intenzivní míře nebo v případě, že je neuspokojena příliš dlouhou dobu. Je to stav, kdy člověk pocítuje nedostatek, nouzi nebo omezení, který vyplývá právě s neuspokojení potřeby. Vážnější problém může nastat při neupokojení především psychických potřeb, kdy může dojít až k jejich deprivaci (Sikorová, 2011, s. 36-37)

#### 3.1 Klasifikace potřeb

Sikorová (2011, s. 16-17) uvádí, že velká spousta psychologů se snažila potřeby sestavit do indexů. Nejčastěji využívaným rozdělením potřeb je hierarchie potřeb dle Maslowa, vycházející z humanistické psychologie. A. H. Maslow ve své teorii rozlišuje 5 základních oblastí potřeb seřazených od vývojově nižších po vyšší.

*Fyziologické potřeby* – příjem stravy a tekutin, dýchání, spánek, odpočinek, vylučování, rozmnožování, pohyb atd.

*Potřeba jistoty a bezpečí* – jistoty zaměstnání, zdraví, příjmu, pomoci, ochrany před nebezpečím

*Potřeba náležitosti a lásky* – citové vazby jako přátelství, partnerský vztah

*Potřeba sebeoceny a úcty* – potřeba být respektován a oceňován okolím

*Potřeba sebeaktualizace* – potřeba poznání, naplnit svůj potenciál, snaha být lepším

#### **Potřeby lze také obecně dělit na:**

Potřeby biologické (potřeba spánku, stravy, tekutin, oděvu), které vyplývají ze samotné podstaty člověka jako živé bytosti. Potřeby psychické (pocit psychické vyrovnanosti a bezpečí), které jsou vyjadřovány prožíváním psychických stavů a jevů vycházejících z prožitků a vnímáním okolního světa a potřeby rozvíjet osobnost. Potřeby sociální, které vycházejí ze spo-

lečnosti, ve které jedinec žije, z jeho touhy mít sociální zázemí a postavení. Potřeby estetické, vycházející z požadavků jedince na estetický soulad prostředí a krásno. Potřeby sociální a kulturní (potřeba vzdělání, kulturního a společenského využití). Potřeby sebevyjádření vyplývající z touhy o pochopení, vyjádření svých přání a názorů. A v neposlední řadě potřeby duchovní, které jsou spojeny se zaměřením jedince (Šamánková a kol., 2011, s. 17).

### **3.2 Dítě a jeho základní potřeby při hospitalizaci**

#### **Přítomnost blízkého člověka**

Pro dítě je důležitá blízkost rodiny, především matky. Pokud je dítě hospitalizováno s blízkou osobou, značně se tím snižuje riziko rozvoje stresu. Dítě se cítí bezpečněji a jistěji. Ne vždy je však možné hospitalizovat dítě s jeho blízkou osobou. V takovém případě potřebuje zvláštní pozornost a péči. Ošetřující personál by se měl snažit zjistit co nejvíce informací o dítěti, jeho návycích, specifických potřebách a oblíbených činnostech. Během hospitalizace je vhodné dítě povzbuzovat a věnovat se mu, aby se necítilo opuštěné.

#### **Kontakt s příbuznými a vrstevníky**

Kontakt s rodinnými příslušníky a vrstevníky je pro děti velmi důležitý. Nejvhodnější formou kontaktu je osobní setkání. Bohužel ne vždy jsou k uskutečnění návštěv vhodné podmínky, ať je to z kapacitních důvodů místností nebo z důvodu zdravotních. V případě malé kapacity místa, je možné si s ohledem na zdravotní stav dítěte domluvit s lékařem vycházku. Jinak je namístě s dítětem udržovat alespoň kontakt telefonický.

#### **Potřeba soukromí a jistoty, možnost volby**

Dítě potřebuje mít občas pocit kontroly nad situací, mělo by tak mít možnost občas o něčem samo rozhodnout. V žádné případě by nemělo být pouze pasivním objektem naší péče. Pokud to situace umožňuje, je dobré, když má dítě své vlastní oblečení, ve kterém se cítí dobře.

#### **Bezpečné a podnětné prostředí přizpůsobené věku dítěte**

Většina dětských oddělení bývá spíše přizpůsobena pro menší děti. Na pokojích jsou rozmístěny barevné obrázky, kolem sebe mají dostatečné množství hraček a her. Nemělo by se ale zapomínat ani na děti starší a dospívající. Tyto děti v tomto období především potřebují mít pocit soukromí a nezávislosti, měli bychom na to pomyslet v denním rozvrhu a volnočasových aktivitách. Je možné to vyřešit tím, že se jim vyhradit část dne,

kdy budou v herně bez malých dětí a se svým časem naloží dle svého uvážení. Děti by měli být rozloženi na pokojích dle věku a pohlaví.

### **Možnost hrát si a vzdělávat se**

I během hospitalizace mají děti právo na poskytnutí osobního rozvoje a vzdělání, proto většina nemocni má při oddělení školu, kde dětem poskytují potřebné vědomosti. Tím jim ulehčují návrat do jejich vlastní školy. Netýká se to však jen dětí školou povinných. I dětem předškolního věku je poskytována výchovná péče. Některé nemocnice mají k dispozici tzv. herní specialisty, kteří se věnují dětem a jejich rodičům. Seznamují je s prostředím nemocnice a dítěti zajišťují vyplnění volného času různými herními aktivitami. V případě, že nemocnice takového pracovníka nemá, zajišťuje vyplnění volného času ošetřující sestra, která spolu s rodiči dbá na spokojenost a uspokojení potřeb dítěte.

### **Opakované a srozumitelné informace**

Před podáváním informací dítěte bychom měli nejdříve s dítětem navázat bližší kontakt a zaujmout jeho pozornost. Zjistit kdy je vhodná doba na podávání informací a jaké informace dítě potřebuje. Vhodný je individuální a citlivý přístup. Informace by měli být dítěti podávány s ohledem na jeho věk, zralost a psychický stav. Důležité je říkat dítěti pravdu.

(Sedláková a kol., 2008, s. 139-142)

## 4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

*„Ošetrovatelská péče je péče, jejímž účelem je udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin“ (Kudlová, 2016, s. 9).*

Hlavní činností sestry, mimo plnění ordinace lékaře, je poskytování a řízení ošetrovatelské péče, která vede k uspokojení potřeb pacienta pomocí předem stanovených kroků. Takovou činnost nazýváme ošetrovatelským procesem. (Kudlová, 2016, s.10)

Důležitou část ošetrovatelské péče tvoří také edukace. Pomocí komplexní edukace se snaží ošetrovatelský tým postupně předat vědomosti, vytvářet a zdokonalovat dovednosti a v neposlední řadě budovat kladné postoje k opatřením vedoucích k udržení nebo zlepšení zdraví (Juřeníková, 2010, s. 12).

### 4.1 Zásady ošetrovatelské péče u dětí s poruchou aktivity a pozornosti

Aby ošetrovatelská péče u dítěte s poruchou aktivity a pozornosti mohla být kvalitně provedena, je nutné abychom dodržovali jisté zásady.

- K dítěti přistupujeme vždy klidně a trpělivě.
- Dítě chválíme i za sebemenší snahu bez ohledu na výsledek; důležité je také pomáhat mu předcházet nezdaru, snažit se přizpůsobit činnosti tak, že je zvládne.
- Dbáme na správné návyky dítěte; dítě by se nemělo naučit něčemu špatnému, ale mělo by se naučit své nežádoucí návyky odbourat; společně se domluvíme na určitých pravidlech a následně na dodržování těchto pravidel trváme.
- Při činnostech nevyžadujeme po dítěti samostatnost, vždy je nutné přímé vedení a pomoc, aby v nás dítě cítilo podporu a zájem; je vhodné eliminovat v okolí rušivé podněty a povzbuzovat jej k činnosti.
- Činnost je vhodné dítěti rozložit do několika etap, mezi kterými si udělá přestávku; během přestávky můžeme zařadit nějakou hru nebo relaxaci; tím se bude dítě moci lépe soustředit.
- Dítě potřebuje hodně pohybu v důsledku své zvýšené aktivity; je nutné mu poskytnout prostor k volnému pohybu a zařazovat do běžných denních činností nějaké pohybové aktivity; není dobré dítě omezovat v pohybu nebo trestat za neposednost.
- Snažíme se u dítěte vzbudit zájem o věci, které by si mělo osvojit nebo naučit.



- Dítě podporujeme v činnostech, ve kterých se mu daří, tím můžeme zabránit pocitům méněcennosti; snažíme se vyvarovat opakovaného neúspěchu dítěte a aktivně vyhledáváme další oblasti, ve kterých by dítě mohlo vyniknout.
- Důležité je poskytnout okolí dítěte veškeré potřebné informace týkající se poruchy aktivity a pozornosti; edukujeme rodinu a školu o vhodném přístupu a výchovném vedení, přičemž je k jejich vzájemné spolupráci (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 327-328).

## 4.2 Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces slouží k prevenci a odstranění či zmírnění problémů vycházejících z individuálních tělesných, psychických, sociálních a duchovních potřeb pacienta. Ošetřovatelský proces je využíván ve všech zařízeních poskytujících ošetřovatelskou péči. Lze jej aplikovat na všechny věkové kategorie bez ohledu na diagnózu. Je to metoda poskytované ošetřovatelské péče, která se skládá z pěti fází, které jsou vzájemně propojeny (Kudlová, 2016, s. 15).

### Fáze ošetřovatelského procesu

1. *Ošetřovatelské posuzování* (anamnéza) – zjišťují se individuální potřeby pacienta, které jsou získány pozorováním, prostudováním dokumentace, pohovorem s pacientem a jeho rodinnými příslušníky, od dalších členů ošetřovatelského týmu, pomocí fyzikálního vyšetření a použitím testů a škál.
2. *Ošetřovatelská diagnostika* – identifikují se ošetřovatelské problémy, které jsou následně formulují do ošetřovatelských diagnóz (například dle NANDA–I taxonomie II 2015-2017)
3. *Ošetřovatelské plánování* – stanovují se ošetřovatelské cíle. Ke každému cíli se následně stanoví plán realizace pomocí vhodných ošetřovatelských postupů, které vedou k splnění cíle.
4. *Ošetřovatelská realizace* – řešení stanovených problémů (ošetřovatelských diagnóz) prostřednictvím naplánovaných ošetřovatelských intervencí, tak aby byly splněny vytyčené cíle.
5. *Ošetřovatelské hodnocení* – dochází k vyhodnocení poskytovaných ošetřovatelských intervencí a splnění cíle (Hůsková a Kašná, 2009, s.15-21).

### 4.3 Ošetrovatelská terminologie

*„Využívání ošetrovatelské terminologie v ošetrovatelské péči a v ošetrovatelské dokumentaci má zásadní význam pro sestry působící ve všech oblastech zdravotní péče. Standardizovaný ošetrovatelský jazyk hraje stěžejní roli v pojmenování, komunikování, organizování a definování ošetrovatelství, stejně tak ve formalizování a strukturování ošetrovatelských znalostí a ošetrovatelské praxe.“ (Jarošová a kol., 2012, s. 5)*

Ke stanovení ošetrovatelských diagnóz slouží mezinárodní diagnostický systém NANDA – International (North American Nursing diagnosis Association International). Cílem této asociace je podpora vývoje, zdokonalení, šíření a následně užívání jednotného názvu ošetrovatelských diagnóz. Systém předkládá standardizované názvy ošetrovatelských diagnóz, které jsou opatřeny číselným kódem a definicí. U každé ošetrovatelské diagnózy je také definovaný přehled určujících znaků a souvisejících (rizikových) faktorů, které umožňují potvrdit správnost vybrané ošetrovatelské diagnózy a stanovit diagnostický závěr. Na základě stanoveného ošetrovatelského závěru ošetrovatelský tým volí vhodné ošetrovatelské intervence (Marečková a kol. in Jarošová a kol., 2012, s. 6, s. 9).

#### **Taxonomie II NANDA-I**

Byla vytvořena v roce 2000. V České republice je zavedena od roku 2005, ale musela být přizpůsobena podmínkám českého zdravotnictví.

Taxonomie II NANDA – I je strukturována do 13.domén (Podpora zdraví, Výživa, Vylučování a výměna, Aktivita a odpočinek, Vnímání/poznávání, Vnímání sebe sama, Vztahy, Sexualita, Zvládání zátěže a odolnost vůči stresu, Životní princip, Bezpečnost/ochrana, Komfort, Růst a vývoj), vycházejících z modelu funkčního zdraví M. Gordonové. Každá z domén se dále rozvíjí do diagnostických tříd.

Ošetrovatelské diagnózy lze dělit do tří základních skupin. Diagnózy aktuální, kdy je určena konkrétní dysfunkce potřeby. Diagnóza potencionální, kdy je jedinec ohrožen možným vznikem ošetrovatelského problému. Diagnóza edukační, která slouží k podpoře zdraví a zlepšení stavu jedince (Ščeponcová, 2011, online)

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 ÚVOD DO PRAKTICKÉ ČÁSTI

Porucha aktivity a pozornosti je jedna z nejčastějších poruch, která se vyskytuje v dětském věku a těchto dětí neustále přibývá.

Již devátým rokem pracuji na pedopsychiatrickém oddělení Psychiatrické léčebny Šternberk. Často se zde setkávám s dětmi s touto poruchou, které jsou zde přijímáni k plánované léčebné hospitalizaci. Pečování o tyto děti není jednoduché. I přes to, že děti s poruchou aktivity a pozornosti jsou převážně léčeny ambulantně, není z různých důvodů vyloučena jejich hospitalizace jak na lůžkovém oddělení právě v psychiatrických léčebnách a nemocnicích, tak i na standartních dětských odděleních.

Touto prací bych tak chtěla pomoci ošetřujícímu týmu blíže nahlédnout do problematiky ošetrovatelské péče u dětí s poruchou aktivity a pozornosti.

Výzkum je tvořen kvalitativní metodou prostřednictvím zpracování čtyř kazuistik, které umožňují nahlédnout k jádru problému hospitalizovaných dětí s poruchou aktivity a pozornosti.

### 5.1 Seznámení s prostředím výzkumného šetření

#### **Pedopsychiatrické oddělení PL Šternberk**

Oddělení je uzavřené a disponuje 33-36 lůžky. Pracuje se zde v trojsměnném provozu (odpolední – z důvodu pobytu dětí ve škole, denní a noční služby). Ošetrovatelský tým tvoří primářka oddělení, lékařka oddělení, dva psychologové, dětský lékař docházející 2x týdně, dále staniční sestra, dvě dětské sestry, 3 sestry specialistky v oboru psychiatrie, deset všeobecných sester, tři ošetrovatelky, dvě sanitářky a dvě uklízečky. Rozložení ošetrovacího personálu denně je 3denní služba + 2odpolední služba a 2noční služba. Na pracovním zařazení (sestra, ošetrovatelka, sanitářka) nezáleží. Dopoledne bývají děti ve škole při oddělení v budově, která se nachází v blízkosti oddělení. Ve škole je k dispozici pět učitelek. Ve škole je vždy přítomna jedna všeobecná sestra z důvodu trvalého ošetrovacího dohledu. V době školní výuky probíhají na oddělení příjmy, propuštění, vyšetření, provoz ambulance a případné řešení vzniklých nežádoucích událostí. Odpoledne jsou děti ve čtyřech skupinách nejčastěji po devíti dětech. Každou skupinu dětí má na starost vždy jeden přítomný službu konající ošetrovací personál. Jedna sestra má tzv. hlavní službu, což znamená, že po celý den zajišťuje

podávání léků, provádí příjmy, propuštění, má na starost ambulanci, řídí organizaci práce na oddělení, dohlíží na plnění naordinovaných terapií a řeší veškeré nežádoucí události.

### Škola při oddělení

Zajišťuje základní vzdělávání hospitalizovaných dětí. Je strukturovaná do pěti tříd, kdy do vyučování jsou zařazováni děti ze všech tříd a typů škol. Při výuce je brán ohled na obsah a časové rozložení učiva z kmenových škol dětí tak, aby bylo umožněno bezproblémové navrácení dětí zpět vzdělávacího procesu kmenové školy po ukončení hospitalizace. K výuce se využívá individuální přístup. Pedagogové se zaměřují na výchovné působení, které má vliv na změnu postojů a chování. Důraz je kladen na vytváření vhodných pracovních a učebních návyků. Škola svým snažením směřuje k ovlivnění hospitalizovaných dětí v oblasti léčby, resocializace a vzdělání.

Během hospitalizace jsou děti bodově hodnoceny na základě jejich aktivity a zapojení do řízeného programu, plnění pokynů a školní přípravy, dodržování pravidel, vztahy s vrstevníky a s personálem. Díky získaným bodům se pohybují kruhem na loďce, která je strukturována do čtyř barev.



Obrázek 1 Hodnotící loďka s kruhy (Zdroj: vlastní zpracování)

Každé barevné provedení obnáší své výhody, popřípadě nevýhody, které z toho pro dítě vyplývají.

**V červené části** lodě mají děti možnost podání návrhu na svou odměnu, výběru odměny, podání nějakého svého návrhu na trávení volného času na oddělení, prvního slova na malé komunitě. Dítě může vybrat hudbu, film. Možnost požádání o vlastní oblečení (po dodržování podmínek a pravidel červené skupiny-jeden týden, dítě starší 12let). Možnost víkendové propustky, popřípadě vycházky mimo areál PL na celý den (9.00-17.00 hodin). Možnost používání vlastní audio techniky. Povolena televize. Možnost účastnit se velké odměny, která bývá vyhlášena vždy na velké komunitě. Možnost balíčku-sladkosti, ovoce, nápoje.

**V bílé části** lodě mají děti povoleno sledování televize. Probíhají víkendové propustky, návštěvy na jsou na oddělení s možností procházky po areálu PL (rozsah maximálně 3 hodiny). V případě zkušební bílé skupiny (první týden pobytu) jsou povoleny návštěvy na oddělení. Bez nároku na vlastní oblečení. Možnost balíčku, o jehož obsahu rozhoduje sestra.

**V zelené části** lodě mají děti zakázáno používání vlastní audio techniky. Možnost návštěvy pouze na oddělení. Bez možnosti účasti na velké odměně. Možnost balíčku pouze ovoce a nápoj, sladkosti a pochutiny povoleny nejsou. Společné sledování televize v rámci společného programu skupiny, jinak TV není povolena. Bez nároku na vlastní oblečení. Propustka probíhá pouze se souhlasem ošetřujícího lékaře nebo terapeuta.

**V černé části** lodě mají děti zakázáno používání vlastní audio techniky, digitálních her a sledování televize. Dítě je bez nároku na balíček, možnosti týdenní odměny a víkendové propustky. Dále je bez uvedených výhod předchozích skupin. Má individuální zostřený režim, pomáhá při úklidu apod. Je povolena pouze krátká návštěva rodičů, vychovatelů na oddělení (délka do 30 minut).

Děti, které tento způsob hodnocení nejsou schopny pochopit nebo nedokáží sbírat dostatečné množství bodů na přijatelnou mez, jsou hodnocené individuálně pomocí obrázku, kde se posouvají po stanicích za každou zvládnutou věc s následnou odměnou. Dítě si obrázek může s dopomocí samo namalovat nebo si vybere dle nabídky.



Obrázek 2 Individuální hodnocení obrázkem – příklad (Zdroj: vlastní zpracování)

Pro děti jsou nastavené pravidla, které musí během pobytu dodržovat v rámci celého fungování komunity. Každé porušení pravidel je následně individuálně řešeno.

Jelikož je oddělení vedeno jako uzavřené, platí zde jistá pravidla, která se mohou zdát na první pohled jako velmi omezující. Veškerá nastavená pravidla však jsou součástí léčby. Na rozdíl od standardních dětských oddělení jsou děti hospitalizovány bez rodičů, mají omezené návštěvy a telefonáty. Probíhají však terapeutické propustky, kde se ověřuje zlepšení dětí a jejich zvládnutí situací, pro které byly hospitalizovány. Vše má svůj smysl a řád. Rodiče i dítě jsou vždy s těmito opatřeními dostatečně seznamováni.

## 5.2 Cíle práce

Hlavním úkolem ošetrovatelského personálu je poskytnutí kvalitní a odborné ošetrovatelské péče hospitalizovaným dětem s poruchou aktivity a pozornosti, která je často velmi složitá a náročná.

Hlavním cílem této práce bylo zmapovat specifické ošetrovatelské činnosti u hospitalizovaných dětí s poruchou aktivity a pozornosti prováděné na pedopsychiatrickém oddělení v PL Šternberk. K tomu byly stanoveny 3 dílčí cíle.

**Cíl č. 1** – Sledovat poskytnutou ošetrovatelskou péči hospitalizovaným dětem s poruchou aktivity a pozornosti.

**Cíl č. 2** – Vysledovat specifické potřeby a problémy u hospitalizovaných dětí s poruchou aktivity a pozornosti.

**Cíl č. 3** – Určit ošetrovatelské diagnózy dle taxonomie II NANDA-I, které se u všech hospitalizovaných dětí s poruchou aktivity a pozornosti vyskytují společně.

Na základě získaných informací bude jako návrh do praxe vytvořen plán ošetrovatelské péče u dítěte s poruchou aktivity a pozornosti.

## 5.3 Metodika práce

Praktická část práce byla tvořena kvalitativní metodou prostřednictvím vypracováním čtyř případových studií – kazuistik.

Kazuistika je „... ucelená a podrobná studie jedné osoby. Vždy se jedná o záměrnou volbu, vybraný objekt musí mít vlastnosti, které badatel sleduje“ (Kutnohorská, 2009, s. 76).

Sběr údajů byl realizován na pedopsychiatrickém oddělení PL Šternberk – viz žádost o umožnění přístupu k informacím (příloha 5). Potřebné údaje byly získány na základě informací, které byly získány od pacientů a jejich zákonných zástupců v rámci prostudování zdravotnické dokumentace, a také na základě vlastního pozorování. Součástí byly i informace získané od ostatních členů ošetřovatelského týmu.

#### **5.4 Zkoumaný vzorek**

Do kvalitativního výzkumu byly zařazeni čtyři děti, 1 dívka a 3 chlapci, hospitalizované na pedopsychiatrickém oddělení PL Šternberk, které měly základní diagnózu F 90.0 Porucha aktivity a pozornosti.

##### **Kritéria zařazení do výzkumu**

- hospitalizované dítě
- základní diagnóza F 90.0 Porucha aktivity a pozornosti
- souhlas v informovaném souhlase, který je vyplňovaný při příjmu, s nahlížením a použitím dat ze zdravotnické dokumentace, podílení se na ošetřovatelské péči studenty při zachování pacientovi anonymity a mlčenlivosti



## 6 KAZUISTIKY

V této kapitole praktické části jsou uvedeny celkem čtyři kazuistiky (1 dívka a 3 chlapci). Kazuistiky byly tvořeny na základě informací, které byly získány od pacientů a jejich zákonných zástupců v rámci prostudování zdravotnické dokumentace, a také na základě vlastního pozorování. Součástí byly i informace získané od ostatních členů ošetrovatelského týmu.

### 6.1 Kazuistika 1

**Pacientka:** K., narozená v r. 2010 (7 let), dívka

**Základní diagnóza:** F 90.0 Hyperkinetická porucha – porucha aktivity a pozornosti

**Další diagnózy:** M. Gilbert, Trombocytopenie (1/2018), Neúplná rodina

#### 6.1.1 Anamnéza

##### Osobní anamnéza

Z 3. těhotenství, v těhotenství matku otec bil, musela pak ležet v nemocnici, stresy, matka udává, že v těhotenství pila alkohol. Porod byl vyvolávaný ve 40.týdnu (matka měla hypertenzi), záhlavím, nekříšena, měla fialovou barvu, novorozenecká žloutenka, fototerapie nebyla, kojena do 5.měsíce. Po porodu – pedes equinovarus kongenitus - "koňská noha"- pravá noha, vrozená vývojová vada, řešena ve 3.dnu, kdy byla nasazena první sádra, pak po 5 dnech několikrát přesádrováno, do 2.měsíců. Ve 2. měsíci nasazena Denisbrownova dlaha, tu nosila 23 hodin denně, asi do doby než, začala chodit. Chůze ve 13 měsíci, poté se dlaha již nasazovala pouze na noc. Ve třech měsících achilotomie. Od 3. měsíce cvičila Vojtovu metodu kvůli opistotonu a této vrozené vývojové vadě, do doby než, začala chodit. Řeč ve dvou letech, srozumitelná až ve třech letech. Plenky měla do tří let. Do 6 let enkopréza – přes den – pouze ve školce, když šli na zahradu, nyní bez problémů. Špatně snáší bolest, ale u odběrů bývá statečná. Operace vrozené vývojové vadě nohy, v 10měsíci operace oboustranné tříselné kýly. Prodělala běžné dětské nemoci. Bez vážnějších úrazů. Ambulantně navštěvuje neurologa, ortopeda, pedopsychiatra. Menstruaci nemá.

##### Rodinná anamnéza

Matka (nar. 1981), je vyučena uměleckou keramičkou, aktuálně nepracuje, je samoplátce, není evidovaná na úřadu práce, dříve pracovala jako dělnice, zdravotní stav – udává, že chodí

na psychiatrii, občas brává něco na uklidnění, dochází ambulantně, udává, že má problémy s alkoholem, v minulosti 2x pokus o sebevraždu v opilosti.

Otce nechtějí uvádět, není ani v rodném listě, matka uvádí, že ji psychicky, fyzicky i sexuálně týral, údajně je sociopat, naposledy viděl K. v r.2013, pak stalking (sledoval K. i její matku), výživné neplatí, není v rodném listu, byl ve výkonu trestu za krádeže, ublížení na zdraví.

Babička (nar. 1948), je aktuálně ve starobním důchodu, dříve pracovala jako úřednice, zdravotní stav – hypercholesterolémie a artróza. K. svěřena do péče babičky od 7/2013. Sourozence má polorodé ze strany otce, neví se přesně kolik.

### **Školní anamnéza**

Mateřskou školu navštěvovala od 4 let, chodila tam ráda, ale měla problémy s dětmi i učitelkami, chodila do speciální školky s menším počtem dětí. Do školy nastoupila v 7 letech, měla odklad, kvůli školní nezralosti. Nyní navštěvuje 1.třídou na běžné ZŠ, má osobní asistentku, dle sdělení matky ji asistentka nezvládá, nikoho nerespektuje, ve škole ani doma.

### **Farmakologická anamnéza**

Užívá jen doplňky stravy – omega 3 mastné kyseliny, hořčík a vitamín B. Dříve užívala Stratteru, po které měla ikterus.

### **Alergologická anamnéza**

Na textilní náplast s projevem vyrážky.

### **Abusus**

Nekouří, nepije, drogy nezkoušela.

## **6.1.2 Katamnéza**

Pacientka byla přijata na pedopsychiatrické oddělení k plánované léčebné hospitalizaci na doporučení ambulantního psychiatrického lékaře pro děti a dorost z důvodu nastavení medikace. Na oddělení se dostavila v doprovodu matky a babičky. Byla to její první hospitalizace na tomto oddělení. Z důvodu nezletilosti pacientky byl informovaný souhlas s hospitalizací podepsán zákonným zástupcem – babičkou.

### Plán hospitalizace

Vstupní vyšetření, příjmové odběry, EKG vyšetření, psychoterapie, komunitní režim, práce s rodinou, střednědobý pobyt.

### Režimová opatření

Brýle po celý den, okluzor na levé oko 2 hod. denně, riziko sexualizovaného chování, individuální psychoterapie Mgr. V., režim terapeutické komunity, motivační systém obrázkem, ergoterapie, canisterapie, dramaterapie.

### Základní fyzikální vyšetření všeobecnou sestrou

- TK 100/65 mmHg
- P 90/ min
- TT 36,6 st. C
- Váha 25,5 kg
- Výška 125 cm
- BMI 16,32
- Dýchání 19, pravidelné, poslechově bez fenoménů

2. den hospitalizace provedeny ráno příjmové odběry krve dle ordinace lékaře na KO, glukózu, ureu, kreatinin, cholesterol, HDL cholesterol, LDL cholesterol, celkovou bílkovinu, albumin, prealbumin, amylázu, lipázu, ALT, AST, celkový bilirubin, konjugovaný bilirubin a nekonjugovaný bilirubin. Odběr moče na celkové vyšetření + sediment. A byl proveden perianální stěr na parazitologické vyšetření – enerobiózu.

Tabulka 1 Výsledky příjmových odběrů K.

*Krev – moč – perianální stěr*

Glukóza 4,26 mmol/l [3,33 – 5,60]	Cholesterol <b>4,50 mmol/l</b> H [0,00 – 4,40]	Trombocyty [PLT] <b>12210<sup>9</sup>/l</b> L! [150–450]	Bilirubin negativní
Kreatinin 50,5 μmol/l [27,0 - 62,0]	Rizikovy index-vyp. 2,21jedm. [0,00 - 3,00]	Neutrofilní segmenty 0,477 [0,450 - 0,700]	Erytrocyty 2 ery/ul [0-5]
Urea 4,5 mmol/l [2,5 – 6,0]	Prealbumin 0,26 g/l [0,18 - 0,36]	Lymfocyty 0,405 [0,200 – 0,450]	Leukocyty <b>35 leu/ul</b> H! [0-10]

AST <b>0,64 <math>\mu</math>kat/l</b> H [0,08 - 0,63]	Celková bílkovina 71 g/l [60-80]	Ketony semikvantita- tivně negativní	Válce 0 valec/ul
Alfa-amylasa 0,91 $\mu$ kat/l	Albumin 44 g/l [38-54]	pH 6,50 [5,50 - 6,50]	Epit.dlaždicovité 0-15
Lipasa 0,49 $\mu$ kat/l	Leukocyty př. [WBC] 5,110 <sup>9</sup> /l [4,5 – 14,5]	Celková bílkov.kval. ne- gativní	Epit.kulovité 0-15
ALT 0,58 $\mu$ kat/l [0,00 – 0,61]	Erytrocyty pr. [RBC] 5,1010 <sup>12</sup> /l [4,00 - 5,20]	Specifická hustota 1,020kg/m <sup>3</sup> [1,015 - 1,025]	Bakterie ojediněle
Bilirubin <b>43,3 <math>\mu</math>mol/l</b> H [0,0 – 14,0]	Hemoglobin [HGB] 144,00g/l [115,00 - 155,00]	Leukocyty 1 arb. jedn.	Krystaly kys.mocove 0
Bil. konjugovaný <b>6,7 <math>\mu</math>mol/l</b> H [0,0 – 6,0]	Hematokrit [HCT] 0,412l/l [0,350 - 0,450]	Nitrity negativní	Krystaly urátu 0
HDL cholesterol 1,4 mmol/l [1,2- 2,7]	Stř.obj.erytr. [MCV] 80,8fl [77,0 - 95,0]	Krev negativní	Drť 0
LDL cholesterol <b>3,0 mmol/l</b> H [1,2 - 2,5]	Barvivo erytr. [MCH] 28,2pg [25,0 - 33,0]	Glukosa negativní	Krystaly oxalátu 0
LDL cholesterol (vyp.) <b>2,89mmol/l</b> H [1,20 - 2,50]	Str.barev.kon. [MCHC] 350 g/l [310-370]	Urobilinogen negativní	<b>PERIANÁLNÍ STĚR NEGATIVNÍ</b>

(Zdroj: vlastní zpracování)

Dále bylo odpoledne natočeno EKG. Záznam ponechán k popisu pediatrovi, který dochází na oddělení.

### Vyhodnocení záznamu EKG

Sinusový rytmus, P 91/min, AQRS +30, PR=0,16 QRS=0,04, QT=0,28 (v normě pro věk a frekvenci), přechodná zóna ve V3. Závěr: EKG křivka v normě.

### Přehled medikace během hospitalizace

**1.den** – Omega3 1000 mg cps. 1-0-0, Hořčikové tablety 1-0-0

**5.den** – Omega3 1000 mg cps. 1-0-0, Hořčikové tablety 1-0-0

**20.den** – Omega3 1000 mg cps. 1-0-0, Hořčikové tablety 1-0-0, Prothazin 25mg. tbl. 0-0-1

**39. den** – Strattera 10mg. 1-0-0, Omega3 1000 mg cps. 1-0-0, Hořčičkové tablety 1-0-0, Prothazin 25mg. tbl. 0-0-1

**41. den** – Strattera 10mg. 1-0-0, Omega3 1000 mg cps. 1-0-0, Hořčičkové tablety 1-0-0, Prothazin 25mg. tbl. 0-0-1/2

### **Shrnutí školní výuky ve škole při oddělení**

Upovídaná, rušivá, neustále se zajímala více o spolužáky, občas provokovala a nerespektovala pokyny. V hodinách se snažila plnit zadané úkoly, ale byla nutná maximální názornost a dopomoc. Později méně provokativní a více soustředěná.

### **Charakteristika pacientky na oddělení**

Při přijetí byla zcela klidná, v dobré náladě. Hospitalizaci na oddělení nevnímala jako problémem. Byla seznámena s chodem, pravidly, režimem oddělení a motivačním hodnocením.

Od začátku pobytu byla velmi živá, hlučná a před ostatními se předváděla. Ve skupině se rychle skamarádila, ale postupem času děti její chování obtěžovalo. Musela být často usměřňována. V kolektivu se snažila být převážně se staršími holkami, řešila s nimi věci, které nebyly jejímu věku přiměřené. S vrstevníky vycházela špatně, měla časté slovní konflikty. Snažila se děti kolem sebe řídit. Když s ostatními hrála hry, vytvářela si vlastní pravidla nebo hru nedokončila. Vzhledem k jejímu jednání v kolektivu byla často nucena si hrát sama. Na zahradě si sama hrála s míčem, občas se k někomu přidala. Její zábavou bylo i to, že ostatním dětem brala jejich věci a znemožňovala jim hry.

Do programu se zapojovala aktivně, ale brzy ztrácela pozornost a věnovala se raději jiným podnětům. Na vycházkách se držela skupiny. Na pracovní terapii byla spokojená, pracovala pěkně. Canisterapie a dramaterapie ze začátku probíhaly tak, že byla hodně upovídaná, narušovala chod terapie. Časem spolupracovala pěkně. Ráda si malovala a sbírala kdejaké papírky, které všude tahala s sebou v sešitě. Měla kolem sebe nepořádek.

Personál převážně respektovala, občas zkoušela své možnosti, měla připomínky, ale při důsledném trvání na požadavku poslechla. Ze začátku neměla problém provokovat a komanovat ostatní děti i za přítomnosti personálu. Časem se naučila své chování více hlídat.

Školní přípravu prováděla ledabyle, nevěnovala jí dostatečnou pozornost. Více než učení se věnovala rušení a povídání, musela pobízena k činnosti. V aktovce měla nepořádek, sešity a knihy byly zohýbané, pouzdro měla věčně vysypané. Byl nutný přímý dohled. Naučila se dávat si pozor na své věci a více udržovala pořádek kolem sebe.

Měla potíže s dodržováním pravidel oddělení. Proto jí byl dán individuální plán hodnocení obrázkem, který ze začátku uvítala. Ten jí však nevyhovoval, tak se po domluvě vrátila zpět k normálnímu hodnocení na základě zlepšení chování. Hygienické návyky dodržovala.

Návštěvy a telefonáty na oddělení probíhaly velmi v malém rozsahu. Na propustkách nebyl větší problém.

1x týdně prováděno kontrolní měření fyziologických funkcí (neděle – váha, úterý – TK, P).

### 6.1.3 Stanovení ošetřovatelských diagnóz

#### Posouzení stavu dle modelu fungujícího zdraví M. Gordonové

Ošetřovatelská anamnéza byla odebrána v 1. den hospitalizace, byla zpracována podle modelu zdraví M. Gordonové. Informace byly získány od pacientky a jejího doprovodu (matka a babička).

Dále byly informace doplněny prostudováním zdravotnické dokumentace a vlastním pozorováním. Součástí ošetřovatelské anamnézy byly i informace získané od ostatních členů ošetřovatelského týmu. Na základě získaných informací byly stanoveny ošetřovatelské diagnózy NANDA–I dle taxonomie II 2015-2017.

#### *Vnímání zdraví*

Dívka je schopná říct, co je na jejích chování špatného, ale sama uvádí, že si nemůže pomoci. Ví, že babičku a maminku zlobí a neposlouchá je. Často slibuje, že bude hodná. Ráda kontaktuje ostatní děti, chtěla by si s nimi hrát, ale svou impulzivitou je většinou odrazuje. V kolektivu dětí se předvádí a je hlučná, ostatní ráda napomíná, ale vůči sobě je často nekritická. Když jí někdo napomíná, chvíli se zklidní, ale nemá to dlouhého trvání. Chtěla by na sobě zapracovat, zlepšit se, aby měla kamarády, kteří by s ní chtěli být. Má částečný náhled na své onemocnění, k léčbě je momentálně motivovaná.

#### *Výživa a metabolismus*

Způsob příjmu potravy per os. Chut' k jídlu přiměřená, při jídle bez potíží, příjem tekutin za 24 hodin 1-1,5 litru. V jídle vybírává není, sní skoro vše. Oblíbené jídlo nemá. Dietní opatření žádné nedodrží. Ráno je zvyklá snídat. Během dne jí celkem 5x, ale menší porce. Do školy jí svačinu chystají. Má ráda sladkosti, ale i ovoce. BMI 16,32 u dětí „zdravá váha“. Během hospitalizace má dietu číslo 13 – strava větších dětí. Tekutiny přijímá dostatečně. Kožní turgor a stav sliznic je v normě.

*Vylučování*

Vyprazdňování nepravidelné, často trpí na zácpy. Močení bez potíží. Potí se přiměřeně. Často potřebuje „něco“ na podporu vyprazdňování.

*Aktivita, cvičení*

Žádnému sportu se aktivně nevěnuje. Ráda chodí plavat, hraje různé míčové hry, ale opět říká, že si ní nikdo nechce hrát. Je zbrklá, často má menší úrazy v podobě odřených kolem a boulí na hlavě. Baví jí malování, často poslouchá hudbu. Chodí s babičkou na procházky do lesa a do města. Těší se v rámci hospitalizace na hry na zahradě a na vycházky. Jak sama říká, pohyb jí nevádí. Je hodně aktivní, někdy možná moc. V sebekéci je samostatná.

*Spánek, odpočinek*

Doma chodí spát kolem 20.00 hodiny a vstává v 7.00 hodin. Během dne nespává. Unavená nebývá. V noci spí klidně, bez potíží po celou noc, při kontrole neprocitá.

*Vnímání, poznávání*

Dívka nosí brýle na dálku, které má po celý den. Ke korekci má mít na 2 hodiny denně okluzor na levém oku. Sluch má v pořádku. Řeč má srozumitelnou. Komunikace adekvátní, přiměřená věku. Bolest žádnou neudává. Prvním rokem navštěvuje běžnou základní školu, ve škole má asistentku. Ve škole neposlouchá, učení ji baví, ale nesoustředí se. Zde bude navštěvovat školu při PL každé dopoledne. V hodinách se snaží plnit úkoly, je však nutná dopomoc. V hodinách bývá rušivá. Školní přípravu plní pod dohledem, snaží se. Orientovaná. Paměť má neporušenou, myšlení spíše zrychlené.

*Sebekoncepce, sebeúcta*

Dívka je sama se sebou celkem spokojená, netrpí žádným pocitem méněcennosti. Někdy si myslí, že by mohla být hodnější, ale jinak si nepřipadá omezovaná. Vadí jí, že si s ní ostatní nechtějí hrát. Nyní připouští, že je to možná její vina. Náladu mívá většinou dobrou. Když jí je smutno, nikomu se nesevěruje, nedává to na sobě znát. Povahové vlastnosti žádné neudala.

*Plnění rolí, mezilidské vztahy*

Žije s matkou a babičkou. Je v péči babičky. S otcem v kontaktu není. Maminku i babičku má ráda, není na ně však více citově vázána. Doma bývá drzá, má potíže respektovat babičku

a matku. Ve škole kamarádky má, ale jsou mezi nimi časté konflikty. Nemá potíže s navázáním kamarádství, ale spíše si ho dlouhodobě udržet. Ráda ostatní sekýruje, má dominantní rysy. Ve škole paní učitelku a asistentku poslouchá jen občas, ráda provokuje.

#### *Sexualita, reprodukční schopnost*

Menstruaci nemá. Především před staršími dětmi se převádí, naznačuje kopulační pohyby. Objevují se u ní nevhodné poznámky se sexuálním podtextem. Neví, proč takhle jedná. Vzhledem k věku více otázek nepokládáno.

#### *Stres, zátěžové situace a jejich řešení*

Sama uvádí, že jí vadí pouze to, že má „někdy“ konflikty s vrstevníky. Při problémech vždy spoléhá, že to za ni babička nebo jiný dospělí vyřeší, často na ostatní žaluje.

#### *Víra, přesvědčení, životní hodnoty*

Žije v ateistické rodině, v boha nevěří. Na dotaz, co je pro ni v životě důležité nedokázala adekvátně odpovědět. Od léčby také nic nečeká.

### **Ošetřovatelské diagnózy**

#### *Aktuální*

Nedostatek zájmových aktivit (00097), Neefektivní kontrola impulzů (00222), Nedostatečné znalosti (00126), Narušené rodičovství (00056), Zhoršená sociální interakce (00052), Neefektivní zvládnání zátěže (00069), Oslabené zvládnání zátěže v rodině (00074), Zhoršená odolnost (00210),

#### *Potencionální*

Riziko zhoršené funkce jater (00178), Riziko zácpy (00015), Riziko pádu (00155), Riziko alergické reakce (00217), Riziko osamělosti (00054)

#### *Edukační*

Snaha zlepšit rodičovství (00164), Snaha zvýšit odolnost (00212)

## **6.2 Kazuistika 2**

**Pacient:** O., narozený v r. 2010 (7 let), chlapec

**Základní diagnóza:** F90.0 Hyperkinetická porucha – porucha aktivity a pozornosti



**Další diagnózy:** Institucionální výchova, Socioemoční deprivace, Porucha opozičního vzdoru

### 6.2.1 Anamnéza

#### Osobní anamnéza

Porod spontánní, záhlavím, překotný, ve 37. týdnu, váha 2410 g. Apgar skóre 7/4/9, hypotonický, nedýchal, přítomna cyanóza, byl ventilován ambuvakem, do 5 min úprava. FAS, abstinenci příznaky po porodu. V anamnéze popisován jako opožděný. Prodělal úraz na hlavě, tržná ranka ošetřená suturou, narazil hlavou o roh postele, byl přistrčen jinou osobou. Po dobu, co je v DD. neprodělal žádnou vážnou nemoc ani úraz, hospitalizován v roce 2010 pro gastroenteritis. Vývojově zjištěna hypertonie. Poprvé vyšetřen pro projevy hyperkinetické poruchy v pedopsychiatrické ambulanci v roce 2015 na žádost dětského lékaře, které bylo doplněno v roce 2016 o psychologické vyšetření. Na základě pedopsychiatra bylo doporučeno vhodný výchovný přístup, preference pozitivní motivace, laskavá důslednost a jednotnost, stanovení hranic, spolupráce s školkou. Byl poskytnut k vyplnění dotazník Connors pro rodiče a pro učitele. Psychologické vyšetření v roce 2016 následně doporučilo odklad školní docházky, kterou v roce 2016 potvrdila Pedagogicko-psychologická poradna (dále PPP).

#### Rodinná anamnéza

Matka (nar. 1974), nyní nezvěstná, závislost na drogách a alkoholu, není s ní v kontaktu.

Otec (nar. 1978), je závislý na alkoholu a drogách, zajímá se, nepracuje, je vyloučen z evidence ÚP pro nespolupráci, žije na ubytovnách. Když otec navštíví O., často přichází podnapilý. Brává si ho pouze přes den do návštěvní místnosti v DD.

Sourozence nemá. Nyní je svěřen do péče DD.

#### Sociální anamnéza

Nyní umístěn v DD., kde je 2 roky. Matka je nezvěstná, s otcem je v kontaktu. V DD. je od 9/2016, do té doby byl v Kojeneckém ústavu. Rodičům byl odebrán cca v jeho 4 měsících, od té doby byl v Kojeneckém ústavu.

#### Školní anamnéza

Mateřskou školu navštěvoval od 9/2015, byli na něho stížnosti na živost, nutnost trvalého dozoru, nebyl schopen souhry s vrstevníky, býval až agresivní. Měl odklad školní docházky

pro nezralost. Nyní navštěvuje 1. třídu ZŠ logopedické. Když po něm někdo chce, aby se přizpůsobil, dělá si často co chce.

### **Farmakologická anamnéza**

Užívá Concertu 36 mg tbl. 1-0-0, Tiapridal 1/2-1/2-0, Cezeru 5 mg tbl 1-0-0 a rozepsané masti na tělo a obličej.

### **Alergologická anamnéza**

Alergie na žito.

### **Abusus**

Nekouří, alkohol nepije, ani žádné jiné látky nezkoušel.

## **6.2.2 Katamnéza**

Pacient byl přijat k 1. hospitalizaci na pedopsychiatrické oddělení k plánované léčebné hospitalizaci na doporučení ambulantního psychiatrického lékaře pro děti a dorost na základě stížností ve škole i po navýšení zklidňující medikace (je impulzivní, projevy agresivity, chová se jako zvířátko, válí se po zemi, štěká, chodí po čtyřech) k nastavení vhodnější medikace. Na oddělení se dostavil v doprovodu vychovatelky z DD. Z důvodu nezletilosti pacienta byl informovaný souhlas s hospitalizací podepsán zákonným zástupcem – otcem.

### **Plán hospitalizace**

Vstupní vyšetření, péče o somatický stav, vhodná medikace, psychoterapie, komunitní režim, práce s rodinou a DD, střednědobý pobyt.

### **Režimová opatření**

Riziko sexualizovaného chování, individuální psychoterapie Mgr. V., motivační systém obrázkem, režim terapeutické komunity, ergoterapie, RHB cvičení na míčích, zahradní terapie, dramaterapie.

### **Základní fyzikální vyšetření všeobecnou sestrou**

- TK 110/60 mmHg
- P 70/ min
- TT 36,6 st. C
- Váha 21,5 kg
- Výška 132 cm

- BMI 12,34
- dýchání 19, pravidelné, poslechově bez fenoménů

Na základě nízkého BMI byl proveden nutriční screening, byla objednaná schůzka s nutriční terapeutkou. Do ordinace přidán 1x Nutridrink juice a přídavky ke stravě.

2. den hospitalizace provedeny ráno příjmové odběry krve dle ordinace lékaře na KO, glukózu, ureu, kreatinin, cholesterol, HDL cholesterol, LDL cholesterol, celkovou bílkovinu, albumin, prealbumin, amylázu, lipázu, ALT, AST, CRP, FW. Odběr moče na celkové vyšetření + sediment. A byl proveden perianální stěr na parazitologické vyšetření – enerobiózu.

Tabulka 2 Výsledky příjmových odběrů O.

*Krev – moč – perianální stěr*

Glukóza <b>5,63 mmol/l</b> H [3,33-5,60]	Prealbumin <b>0,10 g/l</b> L [0,18-0,36]	Trombocyty př. [PLT] 18010 <sup>9</sup> /l [150-450]	Bilirubin negativní
Kreatinin 58,5 μmol/l [27,0-62,0]	Celková bílkovina 68 g/l [60-80]	Neutrofilní segmenty 0,642 [0,450-0,700]	Erytrocyty 0 ery/ul [0-5]
Urea 5,0 mmol/l [2,5-6,0]	C-reaktivní prot. 1,1 mg/l [0,0-5,0]	Lymfocyty 0,265 [0,200-0,450]	Leukocyty 3 leu/ul [0-10]
AST <b>0,80 μkat/l</b> H [0,08-0,63]	Albumin 43 g/l [38-54]	FW 5/9	Válce 0 va- lec/ul
Alfa-amylasa 1,59 μkat/l	Leukocyty př. [WBC] 7,210 <sup>9</sup> /l [4,5-14,5]	pH 6,00 [5,50-6,50]	Epitely dláždíčovité 0-15
Lipasa 0,20 μkat/l	Krevní obraz a diff. 0,093	Celková bílkovinná kva- lita Negativní	Epitely kulovité 0- 15
ALT 0,36 μkat/l [0,00-0,61]	Erytrocyty pr. [RBC] 4,9710 <sup>12</sup> /l [4,00-5,20]	Specifická hustota 1,025kg/m <sup>3</sup> [1,015-1,025]	Bakterie 0
HDL cholesterol 0,8 mmol/l L [1,2-2,7]	Hemoglobin [HGB] 146,00g/l [115,00-155,00]	Leukocyty negativní	Krystaly kyseliny močové 0

LDL cholesterol 2,5 mmol/l [1,2-2,5]	Hematokrit [HCT] 0,425l/l [0,350-0,450]	Nitrity negativní	Krystaly urátu 0
LDL cholesterol-vyp. 2,48mmol/l [1,20-2,50]	Stř.obj.erytr. [MCV] 85,5fl [77,0-95,0]	Krev negativní	Drť 0
Rizikovy index-vyp. 3,36jedm. [0,00-4,20]	Barvivo erytr. [MCH] 29,4pg [25,0-33,0]	Glukosa negativní	Krystaly oxalátu 0
Cholesterol 3,49 mmol/l [0,00-4,40]	Str.barev.kon. [MCHC] 344 g/l [310-370]	Urobilinogen negativní	<b>PERIANÁLNÍ STĚR NEGATIVNÍ</b>

(Zdroj: vlastní zpracování)

Dále bylo odpoledne natočeno EKG. Záznam ponechán k popisu pediatrovi, který dochází na oddělení.

### Vyhodnocení záznamu EKG

Sinusový rytmus, P 105/min, AQRS +60 až +30 st., PR=12 QRS=0,06 (v normě pro věk i frekvenci), přechodná zóna ve V3-V2. Závěr: EKG křivka v normě

### Přehled medikace během hospitalizace

**1.den** – Concerta 36mg. cps. 1-0-0, Tiapridal 100mg. tbl. 1/2-1/2-0, Cezera 5mg. tbl. 1-0-0, Nutridrink juice 1-0-0, při agresi, nespavosti Diazepam 5mg. 1 tbl. max. 2xD po 4 hodinách

**11.den** – Concerta 36mg. cps. 1-0-0, Tiapridal 100mg. tbl. 1/2-1/2-0, Cezera 5mg. tbl. 1-0-0, Nutridrink juice 1-0-0, při agresi, nespavosti Diazepam 5mg. 1 tbl. max. 2xD po 4

**23.den** – Concerta 36mg. cps. 1-0-0, Strattera 10mg. cps. 0-0-1, Tiapridal 100mg. Tbl. 1/2-1/2-1/2, Cezera 5mg. tbl. 1-0-0, Nutridrink juice 1-0-0, při agresi, nespavosti Diazepam 5mg. 1 tbl. max. 2xD po 4 hodinách

**31.den** – Strattera 18mg. Cps. 0-0-1, Rileptid 1mg. tbl. 1/2-1/2-0, Cezera 5mg. tbl. 1-0-0, Nutridrink juice 1-0-0, při agresi, nespavosti Diazepam 5mg. 1 tbl. max. 2xD po 4 hodinách

**34.den** – Strattera 18mg. Cps. 0-0-1, Rileptid 1mg. tbl. 1/2-1/2-1/2, Cezera 5mg. tbl. 1-0-0, Nutridrink juice 1-0-0, při agresi, nespavosti Diazepam 5mg. 1 tbl. max. 2xD po 4 hodinách

**44. den** – Strattera 18mg. Cps. 0-0-1, Rileptid 1mg. tbl. 1/2-1/2-1/2, Cezera 5mg. tbl. 1-0-0, Nutridrink juice 1-0-0

**49. den** – Strattera 25mg. Cps. 0-0-1, Rileptid 1mg. tbl. 1/2-1/2-1/2, Cezera 5mg. tbl. 1-0-0, Nutridrink juice 1-0-0

### **Shrnutí školní výuky ve škole při oddělení**

Ve třídě infantilní, nepozorný, v lavici neposedný, vykřikoval (já to neumím, nejde to), ukňouraný, nutná motivace, názornost, dopomoc. Často po ránu rozladěný, odmítal si připravit věci na vyučování, vyrušoval, byl drzý. V hodinách se neuměl přihlásit, o něco požádat. Provokoval ostatní děti, při domluvě se vztekal, znemožňoval výuku. Ke konci trochu zlepšené chování, ale vykřikování a přerušování pokračovalo.

### **Charakteristika pacienta na oddělení**

Již od přijetí neposedný, hodně upovídaný, na oddělení se rychle orientoval. Byl seznámen s režimem, domácím řádem a pravidly oddělení. Hned od počátku měl potíže dané pravidla dodržovat. Bylo mu dáno individuální hodnocení obrázkem.

Personál ze začátku respektoval, ale když se rozkoukal, byl drzý, na všechno měl odpověď, pokyny plnil velmi obtížně. Často se vztekal, házel věcmi. Domluvě byl spíše nepřístupný, dělal ze sebe hloupého. Po důrazném napomenutí se klidnil, ale musel mít poslední slovo, tvářil se uraženě, dělal naschvály a zkoušel, co si může dovolit. Někdy byl až nezvladatelný, stahoval si kalhoty a na holky ukazoval přirození nebo zadek, lezl pod stůl či židli a vydával zvuky a sám o sobě například tvrdil, že je zvíře. Ke svému jednání byl zcela nekritický, smál se tomu. Když něco vážně moc chtěl, dokázal si o vše hezky říci a poděkovat. Postupem času se snažil své chování před personálem pohlídat, ale často se mu nedařilo. Vyžadoval cílený dohled nejlépe jedné osoby. Hygienické návyky dodržoval.

V kolektivu byl neoblíbený a neúspěšný, každý den měl nějaký konflikt, jak slovní, tak i fyzický. Ke spolupacientům byl vulgární, provokativní, pokřikoval na ně a bil je, sám pak chodil na jiné žalovat. Z toho důvodu si s ním nikdo nechtěl hrát, vyžadoval však jejich pozornost, tak se ostatním alespoň posmíval. Později si již chvíli dokázal s někým hrát, ale vše muselo být podle něj. Jinak byl opět vzteklý a hru znemožňoval.

Během hospitalizace si rád maloval, skládal si kostky a venku si hrál na pískovišti. U těchto aktivit vydržel poměrně dlouho, jinak odbíhal od jedné činnosti ke druhé. Na pracovní terapii a dramaterapii byl často napomínáný, ale v rámci možností pracoval. Byl hodně aktivní, do všeho se bezmyšlenkovitě hrnul, i do toho, co neměl.

Byl sledován příjem stravy, podávanou stravu přijímal v dostatečné míře. Pravidelně byl prováděn nutriční screening. Váha se postupně navyšovala.

Školní výuka probíhala s obtížemi. Výuku narušoval svým jednáním. Byly chvíle, kdy byl tak rozjívěný nebo vzteklý, že musel být ze školy přiveden na oddělení. Ve školní přípravě byl ledabylý, věnoval jí málo času. Hodně často se u ní vztekal, házel sešity, učebnicemi apod.

Návštěvy během hospitalizace žádné neměl, telefonáty ve velmi omezené míře. Propustky probíhaly dle plánu.

1x týdně prováděno kontrolní měření fyziologických funkcí (neděle – váha, úterý – TK, P).

### **6.2.3 Stanovení ošetřovatelských diagnóz**

#### **Posouzení stavu dle modelu fungujícího zdraví M. Gordonové**

Ošetřovatelská anamnéza byla odebrána 1. den hospitalizace, byla zpracována podle modelu zdraví M. Gordonové. Informace byly získány od pacienta a jeho doprovodu (vychovatelka DD).

Dále byly informace doplněny prostudováním zdravotnické dokumentace a vlastním pozorováním. Součástí ošetřovatelské anamnézy byly i informace získané od ostatních členů ošetřovatelského týmu. Na základě získaných informací byly stanoveny ošetřovatelské diagnózy dle NANDA–I taxonomie II 2015-2017.

#### *Vnímání zdraví*

Chlapec je vůči svému chování nekritický, nevidí na něm nic zvláštního. Nechápe důvod své hospitalizace. Dle sdělení vychovatele je chlapec velmi živý a má často konflikty s vrstevníky. Provokuje a nerespektuje dospělé. Na základě výpovědi vychovatele přiznává, že to dělá, ale neví proč. Nemá náhled na své onemocnění.

#### *Výživa a metabolismus*

V jídlu je hodně vybíravý, má rád sladkosti. BMI 12,34, což značí podvýživu. Potíže při jídlu neudává. Stravu přijímá per os. Tekutiny přijímá také málo, cca 1 l denně. Byl proveden nutriční screening, podle kterého byla objednána schůzka s nutriční terapeutkou. Do ordinace byl dodán 1x denně Nutridrink juice a přídatky. Během hospitalizace má dietu číslo 13 – strava větších dětí. Kožní turgor a stav sliznic je v normě. Stav chrupu v pořádku.

*Vylučování*

Stolice bývá nepravidelná, cca 3x do týdne. Potíže při močení žádné neudává. Potí se přiměřeně. Již se nepomočuje.

*Aktivita, cvičení*

Všechny aktivity denních činností však zvládne sám, dopomoc nepotřebuje. Pravidelně žádný kroužek nenavštěvuje. Ve volném čase rád sleduje pohádky a hraje si se stavebnicí, u které vydrží dlouho, ale pouze v případě, že je sám. Venku s dětmi si rád zahraje míčové hry, ale často si s ním nikdo hrát nechce. Má pořád hodně energie, únavu nepocítuje.

*Spánek, odpočinek*

Denně spí kolem 10 hodin. Někdy špatně usíná a potom se mu ráno nechce vstávat. Režim má celkem pravidelný, ale bývá unavený, přesto nemůže „rychle“ usnout. Večerku má od 21.00 hodin, ráno vstává 6.30 hodin. Během noci spí klidně, nebudí se.

*Vnímání, poznávání*

Such a zrak má v pořádku. Potíže tímto směrem neudává. Bolesti žádné nemá. Paměť neporušená, vědomí jasná. Orientovaný ve všech směrech. Myšlení v normě. Nesoustředěný. Komunikuje adekvátně, řeč srozumitelná, v logopedické péči v rámci ZŠ. Ve škole roztěkaný, příliš dětský, pomalejší tempo práce, školní výsledky průměrné. Náladu má dobrou. V chování suverénní, nebojácný.

*Sebekoncepce, sebeúcta*

Cítí se dobře, je se sebou spokojený. Pocity viny nemá, spíše sám sebe často lituje, že si s ním nikdo nechce hrát. Chtěl by mít kamarády, ale i přes to si údajně vystačí sám. Ke svému jednání v kolektivu je spíše nekritický. Nízkým sebevědomým na první pohled netrpí, žádné pocity omezení nevnímá. Povahové vlastnosti, kladné ani záporné, o sobě nedokázal říct. Ve škole se snaží, ale nedaří se mu. Má potíže s přípravou do školy, učení ho nebaví.

*Plnění rolí, mezilidské vztahy*

Nyní umístěn v DD, kde je momentálně 2roky. Předtím byl od 4.měsíce v kojeneckém ústavu. Matka je nezvěstná, se synem není v kontaktu. Otec kontakt se synem v omezené míře udržuje. Bere si ho na návštěvu, ale jen do návštěvní místnosti DD. K jiným dětem a k dospělým je často provokativní, má konflikty, nerespektuje autoritu. Nemá bližšího kamaráda.

*Sexualita, reprodukční schopnost*

Chlapec zatím neprojevuje větší zájem o opačné pohlaví, jen na úrovni kamarádství. Vzhledem k věku další otázky nebyly pokládány.

*Stres, zátěžové situace a jejich řešení*

Chlapec má především potíže v rovině vztahové, jak s vrstevníky, tak s dospělými. Je v této oblasti velmi neobratný, nedokáže navázat pevný kamarádský vztah. Dle jeho slov ho však nejvíce asi „stresuje“ škola a spolužáci. S rodinou situací také není spokojený, chtěl by být více ve styku s otcem. Žádné změny v poslední době nezaznamenal.

*Víra, přesvědčení, životní hodnoty*

Je nevěřící. Nedokázal říct, co je pro něho v životě důležité. Nyní ho především zajímá délka hospitalizace, chce se co nejdříve vrátit do DD.

**Ošetřovatelské diagnózy***Aktuální*

Nedostatek zájmových aktivit (00097), Neefektivní kontrola impulzů (00222), Nedostatečné znalosti (00126), Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba (00002), Narušený vzorec spánku (00198), Narušené rodičovství (00056), Zhoršená sociální interakce (00052), Neefektivní zvládnání zátěže (00069), Zhoršená odolnost (00210), Zhoršený komfort (00214)

*Potencionální*

Riziko oslabení lidské důstojnosti (00174), Riziko zácpy (00015), Riziko alergické reakce (00217), Riziko pádu (00155), Riziko násilí vůči druhým (00138), Riziko osamělosti (00054)

*Edukační*

Snaha zlepšit výživu (00163), Snaha zlepšit rodičovství (00164), Snaha zvýšit odolnost (00212)

**6.3 Kazuistika 3**

**Pacient:** A., narozený v r. 2005 (12 let), chlapec

**Základní diagnóza:** F90.0 Hyperkinetická porucha – porucha aktivity a pozornosti

**Další diagnózy:** Tiková porucha kombinovaná



### 6.3.1 Anamnéza

#### Osobní anamnéza

Chlapec je z 1. fyziologického těhotenství. Porod byl vyvolaný v termínu, záhlavím, kříšen nebyl, měl novorozeneckou žloutenku, byla prováděna fototerapie. Byl kojený do 6. měsíce. Prodělal běžné dětské nemoci. V 7. letech kradl obchodě čokoládu, údajně na popud kamarádek, bylo to řešeno policií a proběhla jedna návštěva sociální pracovnící z OSPODu doma. V průběhu 3. třídy byl zapojen do aktivit P-CENTRA, kde se pomáhá dětem strukturovat jejich volný čas, ale spolupráce byla ze strany rodiny ukončena. V roce 2014 měl úraz na kole, bylo nutné zašití rtu. Pro hyperkinetické projevy veden od roku 2015 v PPP, kde bylo doporučeno pedopsychiatrické vyšetření. V pedopsychiatrické ambulanci je veden od roku 2015. Od 3/2017 v péči neurologa pro tikovou poruchu.

#### Rodinná anamnéza

Matka (nar. 1983), má ukončené základní vzdělání, aktuálně je na mateřské dovolené, dříve pracovala jako servírka, je zdravá.

Otec (nar. 1987), dosažené základní vzdělání, pracuje jako skladník, se synem je sporadicky v kontaktu, platí výživné, je zdravý.

Má polorodé sourozence. Sestru ze strany matky narozená v r. 2008, která je zdravá. A bratra ze strany otce, který je narozený v r. 2015, a který je také zdravý.

#### Školní anamnéza

MŠ navštěvoval od 4 let, zvykl si dobře. Navštěvuje běžnou ZŠ od 6. let, adaptoval se dobře. Nyní chodí do 6. třídy. Nechává se hodně ovlivňovat spolužáky k různým lumpárnám a také mu vyhrožují. Dostal ředitelskou důtku za házení petard před školou. V hodinách je rušivý.

#### Farmakologická anamnéza

Dříve užíval pro tiky Haloperidol gtt. od neurologa, ten nezabíral. Nahrazeno psychiatrem na Risperidon 1mg. tbl. ½-0-0. Ten zabíral, ale v posledních 5 -ti dnech nebyl podáván. Matka uvádí, že jí léky došly.

#### Alergická anamnéza

Neudávají žádnou alergii.

## **Abuzus**

Alkohol, cigarety ani žádné jiné látky údajně nezkoušel.

### **6.3.2 Katamnéza**

Pacient byl přijat na pedopsychiatrické oddělení k plánované léčebné, diagnostické hospitalizaci na doporučení ambulantního psychiatrického lékaře pro děti a dorost z důvodu nastavení vhodné medikace a k vyloučení či potvrzení hyperkinetické poruchy chování. Na oddělení došel v doprovodu matky. Jednalo se o jeho první hospitalizace na tomto oddělení. Z důvodu nezletilosti pacienta byl informovaný souhlas s hospitalizací podepsán zákonným zástupcem – matkou.

### **Plán hospitalizace**

Vstupní vyšetření, příjmové odběry, EKG vyšetření, spolupráce s rodinou a školou, psycho-  
terapie, nastavení vhodné medikace.

### **Režimová opatření**

Režim terapeutické komunity, individuální psychoterapie Mgr. H., skupinová psychoterapie, sledovat tiky, motivační systém hodnocení, ergoterapie, trvalý ošetrovatelský dohled.

### **Základní fyzikální vyšetření sestrou**

- TK 110/60 mmHg
- P 78/min
- TT 36,4 st. C
- Váha 38,5kg
- Výška 146 cm
- BMI 18,06
- Dýchání 19 dechů/min, poslechově bez fenoménů, pravidelné

2. den hospitalizace provedeny ráno příjmové odběry krve dle ordinace lékaře na KO, glukózu, ureu, kreatinin, cholesterol, HDL cholesterol, LDL cholesterol, celkovou bílkovinu, albumin, prealbumin, amylázu, lipázu, ALT, AST. Odběr moče na celkové vyšetření + sediment. A byl proveden perianální stěr na parazitologické vyšetření – enerobiózu.

Tabulka 3 Výsledky příjmových odběrů A.

*Krev – moč – perianální stěr*

Glukóza 5,20 mmol/l [3,33 – 5,60]	Cholesterol <b>5,26 mmol/l</b> H [0,00 – 4,40]	Trombocyty [PLT] 185 <sup>^</sup> 9/l L! [150–450]	Bilirubin negativní
Kreatinin 58,9 μmol/l [27,0 - 62,0]	Rizikovy index-vyp. 2,29jedm. <3,5	Neutrofilní segmenty 0,503 [0,450 - 0,700]	Erytrocyty 0
Urea 3,8 mmol/l [2,5 – 6,0]	Prealbumin 0,19 g/l [0,18 - 0,36]	Lymfocyty 0,409 [0,200 – 0,450]	Leukocyty 0
AST 0,51 μkat/l H [0,08 - 0,63]	Celková bílkovina 76 g/l [60-80]	Ketony semikvantitativně negativní	Válce 0
Alfa-amylasa 1,06 μkat/l	Albumin 44 g/l [38-54]	pH 6,00 [5,50 - 6,50]	Epitely dláždícovité 0-15
Lipasa 0,24 μkat/l	Leukocyty př. [WBC] 6,8 <sup>^</sup> 9/l [4,5 – 13,5]	Celková bílkov. kval. negativní	Epitely kulovité 0-15
ALT 0,29 μkat/l [0,00 – 0,61]	Erytrocyty pr. [RBC] 4,93 <sup>^</sup> 12/l [4,50 - 5,30]	Specifická hustota 1,020kg/m <sup>3</sup> [1,015 - 1,025]	Bakterie 0
HDL cholesterol 1,6 mmol/l [1,0- 2,1]	Hemoglobin [HGB] 145,00g/l [130,00 - 160,00]	Leukocyty negativní	Krystaly kyseliny močové 0
	Hematokrit [HCT] 0,411l/l [0,370 - 0,490]	Nitrity negativní	Krystaly urátu 0
	Stř.obj.erytr. [MCV] 83,4fl [78,0 - 98,0]	Krev negativní	Drť 0
LDL cholesterol(vyp.) 3,28 mmol/l H <3,88	Barvivo erytr. [MCH] 29,4pg [25,0 - 35,0]	Glukosa negativní	Krystaly oxalátu 0
LDL cholesterol <b>3,4 mmol/l</b> H [1,2 - 2,3]	Str.barev.kon. [MCHC] 353 g/l [320-360]	Urobilinogen negativní	<b>PERIANÁLNÍ STĚR NEGATIVNÍ</b>

(Zdroj: vlastní zpracování)

Dále bylo odpoledne natočeno EKG. Záznam ponechán k popisu pediatrovi, který dochází na oddělení.

**Vyhodnocení záznamu EKG**

Sinusový rytmus, P 91/min, AQRS +60, PR=0,12 QRS=0,06, QT=0,32 (v normě pro věk a frekvenci), přechodná zóna ve V3. Závěr: EKG křivka v normě.

**Přehled medikace během hospitalizace**

**1.den** – Rileptid 1mg. tbl. 0-0-1/2

**5.den** – Rileptid 1mg. tbl. 1/2-0-1/2

**12.den** – Rileptid 1mg. tbl. 1/2-1/2-1/2, Strattera 10 mg. cps. 0-0-1

**14.den** – Rileptid 1mg. tbl. 1/2-1/2-1/2, Strattera 18mg. cps. 0-0-1

**36.den** – Rileptid 1mg. tbl. 1/2-0-1/2, Strattera 18mg. cps. 0-0-1

**40.den** – Rileptid 1mg. tbl. 1/2-0-1/2, Strattera 25mg. cps. 0-0-1

**49.den** – Rileptid 1mg. tbl. 1/2-0-1/2, Strattera 40mg. cps. 0-0-1

**62.den** – Rileptid 1mg. tbl. 1/2-0-1/2, Strattera 25mg. cps. 0-0-1 (snížení dávkování atomoxetinu – udával bušení srdce, nejedná se o zachycenou tachykardii)

**Shrnutí školní výuky ve škole při oddělení**

Neklidný, nepozorný, neposedný. Často nevyposlechl celé zadání, pak vytvářel chybné závěry. Na všechno měl odpověď, byť nesmyslnou. Příprava velmi slabá. Bez větších výchovných prohřešků. V kolektivu nekonfliktní, ale vyžadoval dohled. Ve školní práci byl dle svých možností snaživý, ale úkoly plnil s chybami. Do výuky se připravoval průměrně, unikali mu souvislosti. Nutná pomoc.

**Charakteristika pacienta na oddělení**

Při přijetí byl chlapec plačtivý, ale zklidnil se. Byl seznámen s chodem, pravidly, režimem oddělení a motivačním hodnocením.

Do programu se snažil zapojit za předpokladu, že mu to vyhovovalo. U stolních her s ostatními často podváděl, špatně snášel prohru. V tělocvičně hrál florbal, ale nebavilo ho to. Na vycházkách odbíhal od skupiny. Na pracovní terapii byl spokojený, pracoval pěkně. Rád si skládal origami, hrál si s legem, vystřihoval a skládal modely z ABC časopisu.

K personálu se snažil chovat slušně, někdy býval drzý, ve svém vystupování suverénní a smlouval. Byla potřeba ho slovně usměrňovat a napomínat. Zkoušel hranice, co si může dovolit. Později si své chování před personálem hlídal a udržoval si odstup. Pokyny plnil.

V kolektivu se choval nevhodně, ostatní si na něho často stěžovali. Strkal si prsty do pusy a ulevoval si ve společnosti. Byl roztržitý, velmi živý a rád vymýšlel hlouposti. Předváděl

se, okřikoval ostatní pacienty. Jakmile mu někdo nevyhovoval, dokázal se nad ním povyšovat a dovoloval si na něho. Měl často slovní konflikty.

Ve školní přípravě ze začátku musel být opakovaně pobízen k činnosti. Nenechával se přezkoušet. Práci odbyl, nesnažil se, házel sešitem, křičel, že probíraná látka je moc těžká. Postupem času se zlepšil. Sám si začal plnit školní přípravu, bez nutnosti k pobízení. Byl však nutný dohled. Hygienické návyky dodržoval.

Návštěvy a telefonáty na oddělení probíhaly klidně, ale ze začátku je snášel velmi špatně. Býval rozrušený a plačtivý, musel být uklidňovaný. Měl radost při každé návštěvě. Proběhlé propustky proběhly dle matky bez sebemenších problémů.

Tiky během hospitalizace byly pozorovány minimálně.

1x týdně prováděno kontrolní měření fyziologických funkcí (neděle – váha, úterý – TK, P).

### **6.3.3 Stanovení ošetrovatelských diagnóz**

#### **Posouzení stavu dle modelu fungujícího zdraví M. Gordonové**

Ošetrovatelská anamnéza byla odebrána v 1. den, byla zpracována podle modelu zdraví M. Gordonové. Informace byly získány od pacienta a jeho doprovodu (matka).

Dále byly informace doplněny prostudováním dokumentace, vlastním pozorováním. Součástí ošetrovatelské anamnézy byly informace získané od ostatních členů ošetrovatelského týmu. Na základě získaných informací byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy dle NANDA-I taxonomie II 2015-2017.

#### *Vnímání zdraví*

Chlapec vnímá své chování v rodině a ve škole jako dobré. Ke svému jednání se staví nekriticky. Doma se občas s mamkou pohádá, ale vnímá to jako součást svého dospívání. K léčbě je momentálně nemotivovaný. Udává, že ve škole má konflikty, ale ostatní jej provokují a není to jeho vina. Jinak se cítí špatně, protože tu musí zůstat. Ví, že mu bude hrozně smutno a nedokáže si představit, jak to tu zvládne. Cítí se jinak po somatické stránce zdravý.

#### *Výživa a metabolismus*

Stav výživy v normě, BMI 18,06, je štíhlé postavy. Žádné omezení nemá, sní skoro vše. Nemá rád špenát a rybu. Má rád pochutiny, ale údajně to s nimi nepřehání. Chuť k jídlu má přiměřenou. Žádné problémy v oblasti stravování a příjmu tekutin neudal. Příjem tekutin

během dne je cca 1,5 až 2 litry, v létě i víc. Kožní turgor a stav sliznic v pořádku, hydratovaný. Stav chrupu v pořádku. Momentálně nastavena dieta č. 13 -strava větších dětí.

#### *Vylučování*

Na stolicí chodí nepravidelně, ale problémy se zácpou nemá. Stolice bývá zhruba 3 – 4x do týdne. Problémy s močením neudává. Pomočováním netrpí. Potí se přiměřeně v závislosti na aktivitě.

#### *Aktivita, cvičení*

Rád hraje venku s kamarády fotbal. Často se zapojuje do různých míčových her. Je hodně aktivní, má často nějaké odřeninny a drobné úrazy. Žádný kroužek doma nenavštěvuje. Když je škaredě nebo má špatnou náladu, rád tráví čas u počítače a poslouchá hudbu. Občas si s mamkou a sestrou zahradě nějakou hru.

#### *Spánek, odpočinek*

V noci spí klidně, nebudí se. Doma chodí spát nejpozději ve 22.00 hodin a vstává kolem 7.00 hodin, když nejde do školy, rád si přispí.

#### *Vnímání, poznávání*

Zrak a sluch má dobrý. Řeč je srozumitelná, bez zvláštností. Bolest žádnou neudal. Je plně orientován, bez porušené paměti, myšlení v normě. Během rozhovoru se soustředění. Vyskytují se u něho motorické a fonické tiky. Motorické tiky má v oblasti ramen, dále prohýbá hrudník. Fonické tiky se projevují jako rušivé hlasité zvuky, které vydává. Dle matky například houkání, které údajně nelze zastavit. Psychomotorika v normě. Navštěvuje 6.třidu ZŠ, pracuje bez asistenta.

#### *Sebekoncepce, sebeúcta*

Sebevědomí v normě, své povahové vlastnosti nedokázal definovat. Cítí se být omezovaný ve škole, důvod nevedl. Má potíže s docházením do školy. Sám sebe z ničeho neobviňuje, je ze sebou spokojený, nic moc by neměnil. Když se však na chvíli zamyslel, řekl, že by se možná neměl nechat tak často a zbytečně vyprovokovat jak spolužáky, tak sourozenci.

#### *Plnění rolí, mezilidské vztahy*

Rodiče jsou rozvedeni. Žije u matky společně se sestrou. S otcem je v kontaktu málo, tvrdí, že mu na tom nezáleží. S matkou má vztah dobrý, má ji rád a ví, že se mu bude hrozně stýskat. S mladší sestrou si občas hraje, ale jelikož je mladší, tak to není často. Kamarády

má, ale o žádném nemůže říct, že by byl ten nejlepší. Ve škole má často konflikty. Nemá problém si kamaráda najít, ale udržet si ho. Jak sám uvádí, kamarádí se častěji s těmi „zlobivějšími“.

#### *Sexualita, reprodukční schopnost*

Při dotazu na tuto otázku se uculoval. Prohlašoval, že „je na holky“. Sám se rozpovídal, že si už dával s holkou pusy, ale podotýká, že to byla jen obyčejná pusa a nic víc nezkoušeli.

#### *Stres, zátěžové situace a jejich řešení*

V poslední době, kromě momentální hospitalizace nepociťoval žádné změny a krizové situace. Možným spouštěčem jeho potíží je škola, kde to občas dle vlastních slov nezvládne a chová se tak, jak by asi zřejmě neměl.

#### *Víra, přesvědčení, životní hodnoty*

Chlapec uvádí, že je pro něho v životě důležitá jeho rodina. Je nevěřící. Neví, co má očekávat od léčby na oddělení, ale doufá, že to nebude dlouho trvat.

### **Ošetřovatelské diagnózy**

#### *Aktuální*

Neefektivní kontrola impulzů (00222), Narušené rodičovství (00056), Zhoršená sociální interakce (00052), Neefektivní zvládnání zátěže (00069), Zhoršená odolnost (00210), Nedostatek zájmových aktivit (00097), Úzkost (00146)

#### *Potencionální*

Riziko pádu (00155), Riziko násilí vůči druhým (00138), Riziko osamělosti (00054)

#### *Edukační*

Snaha zlepšit rodičovství (00164), Snaha zvýšit odolnost (00212), Snaha zlepšit sebepojetí (0167)

## **6.4 Kazuistika 4**

**Pacient:** P., narozený 2009 (8 let), chlapec

**Základní diagnóza:** F90.0 Hyperkinetická porucha – porucha aktivity a pozornosti

**Další diagnózy:** Dysharmonický vývoj osobnosti, Susp. LMD, Emoční deprivace

### 6.4.1 Anamnéza

#### Osobní anamnéza

Narozen z 3. těhotenství, které bylo fyziologické. Porod spontánní, záhlavím, 9 dní po termínu. Po narození nekříšen, měl novorozeneckou žloutenku, byla prováděna fototerapie. Byl kojený do 6. měsíce, občas přikrmován Nutrilonem. Psychomotorický vývoj byl pomalejší – sed v půl roce, v chůzi opožděný (dle matky uměl chodit od 2 let, ale byl líný, aktivně chůzi využíval od 3.roku), první slova od 1.roku. Plenky měl do 2 let. Byl klidné spavé dítě. V půl roce měl febrilní křeče. Má atopický ekzém, který nyní není. Prodělal běžné dětské nemoci. V roce 2017/2 byl operován pro nesestouplá varlata. Vážné úrazy neměl. Navštěvuje logopedii pro malou slovní zásobu, občas zadržává v řeči. V roce 2016 vyšetřen v PPP, kde byl doporučen odklad školní docházky. Od 3/2017 na žádost dětského lékaře v péči psychologa, kde bylo provedeno psychologické vyšetření. Psycholog následně doporučil pedopsychiatrické vyšetření.

#### Rodinná anamnéza

Matka (nar. 1979), vyučená kuchař/číšník, nyní pracuje jako recepční (na 12 hodinové směny, převážně noční), hlídá ho babička. Má částečný invalidní důchod pro migrény I. stupně. Po úrazu pravého ramene má omezenou hybnost. Chlapec svěřen do péče matky, nemají to soudně podložené.

Otec (nar. 1976), vyučen truhlářem. Má DNU, léčí se s hypertenzí a má problémy s alkoholem, býval agresivní. Rodiče spolu nežijí, s chlapcem není ve styku již druhým rokem. Výživné soudně neplatí, jsou mezi s sebou domluveni na částce, ale i přes to nic neposílá.

Sourozence má starší, polorodé ze strany matky. Bratr, narozen v r. 2001, trpí alergií a migrénou. Sestra, narozena v r. 2004, která se dříve sebepoškozovala, nyní v péči psychologa.

#### Školní anamnéza

Do MŠ chodil od 3 let, adaptoval se dobře, byl hodně hravý. Kolem 5. roku začal být agresivnější. Do ZŠ nastoupil v necelých 7.letech i přes doporučení PPP k odkladu. Školu navštěvoval měsíc, poté byl zpět vrácen do MŠ. Do ZŠ nastoupit další školní rok. Nyní chodí do 1.třídy, kde prozatím nemá žádné úlevy, pracuje s asistentkou, se kterou často odmítá spolupracovat. Nereaguje na pokyny, je vzdorovitý, hádá se, je nesoustředěný, nepamatuje si, pošťuchuje se s ostatními dětmi.



**Farmakologická anamnéza**

Užívá Risperidon 1mg. tbl. 1/2-0-1/4, je zvažován methylfenidát.

**Alergologická anamnéza**

V ranném dětství atopický ekzém, který nyní není.

**Abusus**

Nepřišel do kontaktu s alkoholem, cigaretami a jinými návykovými látkami.

**6.4.2 Katamnéza**

Pacient byl přijat na pedopsychiatrické oddělení k plánované léčebné hospitalizaci na doporučení ambulantního psychiatrického lékaře pro děti a dorost z důvodu nastavení vhodné medikace. Dostavil se v doprovodu matky. Jednalo se o jeho první hospitalizaci na tomto oddělení. Z důvodu nezletilosti pacienta byl informovaný souhlas s hospitalizací podepsán zákonným zástupcem – matkou.

**Plán hospitalizace**

Vstupní vyšetření, příjmové odběry, EKG vyšetření, psychologické vyšetření, nastavení vhodné medikace, psychoterapie, komunitní režim, práce s rodinou, středně dobý pobyt.

**Režimová opatření**

Individuální psychoterapie MUDr. K., motivační hodnocení obrázkem, komunitní režim, ergoterapie, zahradní terapie, canisterapie, herní terapie.

**Základní fyzikální vyšetření sestrou**

- TK 105/60 mmHg
- P 82/min
- TT 36,5 st. C
- Váha 39,0 kg
- Výška 138 cm
- BMI 20,48
- Dýchání bez fenoménů, frekvence 18 dechů/min, pravidelné

2. den hospitalizace provedeny ráno příjmové odběry krve dle ordinace lékaře na KO, glukózu, ureu, kreatinin, cholesterol, HDL cholesterol, LDL cholesterol, triglyceridy, celkovou bílkovinu, albumin, prealbumin, amylázu, lipázu, ALT, AST. Odběr moče na celkové vyšetření + sediment. A byl proveden perianální stěr na parazitologické vyšetření – enerobi-ózu.

Tabulka 4 Výsledky příjmových odběrů P.

*Krev – moč – perianální stěr*

Glukóza 4,88 mmol/l [3,33 – 5,60]	Cholesterol 4,21 mmol/l H [0,00 – 4,40]	Trombocyty [PLT] 234 <sup>^</sup> 9/l L! [150–450]	Bilirubin negativní
Kreatinin 56,6 μmol/l [27,0 - 62,0]	Rizikovy index-vyp. 2,01 jedn. <3,5	Neutrofilní segmenty 0,676 [0,450 - 0,700]	Erytrocyty 0
Urea 5,2 mmol/l [2,5 – 6,0]	Prealbumin 0,24 g/l [0,18 - 0,36]	Lymfocyty 0,243 [0,200 – 0,450]	Leukocyty 0
AST 0,53 μkat/l H [0,08 - 0,63]	Celková bílkovina 70 g/l [60-80]	Ketony semikvantitativně negativní	Válce 0
Alfa-amylasa 0,96 μkat/l	Albumin 42 g/l [38-54]	pH 6,00 [5,50 - 6,50]	Epitely dláždíkové 0-15
Lipasa 0,51 μkat/l	Leukocyty př. [WBC] 6,8 <sup>^</sup> 9/l [4,5 – 13,5]	Celková bílkov. kval. nega- tivní	Epitely kulovité 0-15
ALT 0,40 μkat/l [0,00 – 0,61]	Erytrocyty pr. [RBC] 5,18 <sup>^</sup> 12/l [4,00 – 5,20]	Specifická hustota 1,020kg/m <sup>3</sup> [1,015 - 1,025]	Bakterie 0
HDL cholesterol 1,4 mmol/l [1,2- 2,7]	Hemoglobin [HGB] 144,00g/l [115,00 - 155,00]	Leukocyty negativní	Krystaly kyseliny mo- čové 0
	Hematokrit [HCT] 0,430 l/l [0,350 - 0,450]	Nitrity negativní	Krystaly urátu 0
	Stř. obj. erytr. [MCV] 83,0 fl [77,0 - 95,0]	Krev negativní	Drť 0
LDL choleste- rol(vyp.) 2,44 mmol/l H <3,88	Barvivo erytr. [MCH] 27,8 pg [25,0 - 33,0]	Glukosa negativní	Krystaly oxalátu 0
LDL cholesterol 2,6 mmol/l H [1,2 - 2,3]	Str.barev.kon. [MCHC] 335 g/l [310-370]	Urobilinogen negativní	<b>PERIANÁLNÍ STĚR NEGATIVNÍ</b>

(Zdroj: vlastní zpracování)

Dále bylo odpoledne natočeno EKG. Záznam ponechán k popisu pediatrovi, který dochází na oddělení.

### Vyhodnocení záznamu EKG

Sinusový rytmus, P 75/min, AQRS +90, PR=0,14 QRS=0,04, QT=0,32 (v normě pro věk a frekvenci), přechodná zóna ve V3-V2. Závěr: EKG křivka v normě

### Přehled medikace během hospitalizace

**1. den** – Rileptid 1mg. tbl. 0-0-1/2, při agresi Diazepam 5mg. 1 tbl. max. 2xD po 4 hodinách

**14. den** – Rileptid 1mg. tbl. 1/2-0-1/2, při agresi Diazepam 5mg. 1 tbl. max. 2xD po 4 hodinách

**22. den** – Rileptid 1mg. tbl. 1/2-0-1/2, Ritalin 10 mg. tbl. 1/2-0-0 (v 7.30 hodin)

**23. den** – Rileptid 1mg. tbl. 1/2-0-1/2, Ritalin 10 mg.tbl. 1/2-1/2-0 (v 7.30, 10.30 hodin)

**37. den** – Rileptid 1mg. tbl. 1/2-0-1/2, Ritalin 10mg. tbl. 1/2-1/2-1/2 (v 7.30, 10.30, 13.30 hodin)

**44. den** – Rileptid 1mg. tbl. 1/2-0-1/2, Ritalin 10mg. tbl. 1/2-1/2-1/2 (v 7.30, 10.30, 13.30 hodin)

**47. den** – Rileptid 1mg. tbl. 1/2-0-1, Ritalin 10mg. tbl. 1/2-1/2-1/2 (v 7.30, 10.30, 13.30 hodin)

**62. den** – Rileptid 1mg. tbl. 1/2-1/2-1/2, Ritalin 10mg. tbl. 1-1/2-1/2 (v 7.30, 10.30, 13.30 hodin)

**64. den** – Rileptid 1mg. tbl. 1/2-1/2-1/2 Ritalin 10mg. tbl. 1-1-1/2 (v 7.30, 10.30, 13.30 hodin)

### Shrnutí školní výuky ve škole při oddělení

Respektoval autoritu, bez výchovných problémů, bez konfliktů. Nepořádný, nesamostatný, nepozorný, pracoval pouze pod přímým vedením, každý podnět ho odvedl od pozornosti. Časem se mírně zlepšila pozornost, nebylo nutné ho tak často pobízet k činnosti. V matematice samostatnější, do psaní nutno pobízet, byl pomalejší, nutná dopomoc.

### Charakteristika pacienta na oddělení

Při přijetí byl chlapec klidný, ve svém chování bezprostřední, ihned se připojil k ostatním a hledal si nejprve ostýchavě kamarády. Postupně byl seznámen s režimem, pravidly a hodnocením. Byl však nechápavý a trvalo mu dlouho, než se adaptoval. Byl mu dán individuální hodnocení obrázkem, které pro něho bylo srozumitelnější.

Během hospitalizace se do aktivit zapojil aktivně v rámci svých kognitivních schopností. Byl často nechápavý, i přes to, že nepochopil různé pokyny a pravidla, vše odsouhlasil. Na zpětnou vazbu reagoval velmi špatně, nedokázal adekvátně odpovědět na dotazy, jen se usmíval. Na oddělení působil po celou dobu hospitalizace hodně nenápadně. Ve volném čase si rád hrál se stavebnicí a maloval si. U toho vydržel celkem dlouho. Při terapiích byl snaživý, v rámci svých možností se mu dařilo. Ale když si myslel, že není viděn, tak se před ostatními rád předváděl a vymýšlel hlouposti. Především na pokoji měl časté slovní konflikty a dohady. Sám si nikdy na nikoho nestěžoval, ale ostatní na něho chodili žalovat. Na pokoji býval rozjívený a hlučný, musel být často napomínáný.

Rád vyhledával společnost ostatních dětí. Ze začátku byl snaživý, bez konfliktů, zapojoval se do her, učil se skládat origami, byl hodný, ale při bližším navázání kontaktu býval rozjívený, neposedný a ostatní tím odrazoval.

K personálu se choval slušně, na oddělení neměl potíže s respektem a autoritou, pokyny plnil bez připomínek. Hygienické návyky měl a dodržoval je.

Do školy se připravoval pod přímým vedením, jinak by byl schopný u toho sedět celý den. V práci byl nedůsledný, měl kolem sebe nepořádek. Učivo mu nešlo se naučit i přes jeho snahu. U školní přípravy se nevztekal ani neprojevoval žádné negativní vlastnosti. Nechal se velmi snadno rozptýlit svým okolím, musel být opakovaně pobízený k činnosti. V aktovce měl naházené různé papírky, školní věci měl rozházené a neupravené.

Návštěvy a telefonáty na oddělení probíhaly. Po návštěvách býval vždy chvilku smutný a plačtivý. Na propustkách nebyl větší problém.

1x týdně prováděno kontrolní měření fyziologických funkcí (neděle – váha, úterý – TK, P).

### **6.4.3 Stanovení ošetřovatelských diagnóz**

#### **Posouzení stavu dle modelu funkčního zdraví M. Gordonové**

Ošetřovatelská anamnéza byla odebrána v 1. den, byla zpracována podle modelu zdraví M. Gordonové. Informace byly získány od pacienta a jeho doprovodu (matka).

Dále byly informace doplněny prostudováním dokumentace, vlastním pozorováním. Součástí ošetřovatelské anamnézy byly informace získané od ostatních členů ošetřovatelského týmu. Na základě získaných informací byly stanoveny ošetřovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie II 2015-2017.

*Vnímání zdraví*

Chlapec má jen omezený náhled na své onemocnění. Na dotazy nedokáže odpovědět. Cítí se dobře, potíže žádné neudává. Dle matky nikdy vážněji nestonal. Má potíže se soustředit a poslouchat ve škole paní učitelku a asistentku. Se spolužáky mívá konflikty, je rozjívený a hlučný. Často slibuje, že bude hodný.

*Výživa a metabolismus*

Stravu přijímá pes os. Potíže a problémy při jídle nemá. Stav výživy v normě, BMI 20,48. Chuť k jídlu má, omezení žádné nedodrží. Tekutiny přijímá dostatečně, vypije kolem 1,5 litru denně, v létě i více. Má rád skoro vše, není vybíravý. Doma se snaží jíst pravidelně, ve škole má svačinku a oběd. Kožní turgor a stav sliznic v pořádku, hydratovaný. Stav chrupu v pořádku. Momentálně nastavena dieta č. 13 -strava větších dětí.

*Vylučování*

Na stolici chodí pravidelně asi každý druhý den. Potíže se zácpou nemívá. Při močení nepociťuje žádné problémy. Potí se přiměřeně. Nepomocňuje se. Sebeobsahu zvládá, ale je nutný dohled.

*Aktivita, cvičení*

Pravidelně žádný kroužek nenavštěvuje. Ve volné době si hraje hry na počítači, maluje si nebo se sourozenci hraje míčové hry. S matkou rád chodí do lesa na houby. Při aktivitách je nepozorný, často nerozumí pravidlům. Často mívá drobné úrazy.

*Spánek, odpočinek*

Doma chodí spát kolem 20.00 hodiny a vstává v 7.00hodin. Problémy s usínáním nemá. Cítí se odpočinitý. Během dne nepospává. V noci spí klidně, při kontrole se nebudí.

*Vnímání, poznávání*

Sluch a zrak má v pořádku. Má malou slovní zásobu, dochází na logopedii. Jinak je řeč srozumitelná, občas se zadržává. Bolest neudává. Tiky pozorovány nejsou. Je plně orientovaný, vědomí má jasné. Hodně zapomíná. V myšlení je pomalejší, často nechápe souvislosti. Nedokáže se dlouhodobě soustředit, ale v činnostech, které ho baví udrží svou pozornost déle. V komunikaci je neobratný, odpovídá spíše jednoslovně, je ostýchavý. Náladu má celkem dobrou, ale je smutný, že bude na oddělení sám. Ve škole učivo nezvládá, jeho výsledky jsou podprůměrné.

*Sebekoncepce, sebeúcta*

Sebevědomí chlapce je v normě, pocity méněcennosti netrpí. Je se sebou spokojený, jen by chtěl mít méně konfliktů. Při prvním kontaktu s novou osobou bývá ostýchavý, ale s navázáním kamarádství potíže nemá. Omezen si nijak nepřipadá, má všeho dost. Dle matky mívá spíše dobrou náladu, dokáže být i hodný. Ale ve škole, kde nad sebou nemá nepřetržitě pevnou ruku, zlobí. Často je hodně hravý a bezprostřední. Sám o sobě nedokáže říct, jaký je. Nikdy ho nenapadlo, aby sám sobě ublížil.

*Plnění rolí, mezilidské vztahy*

Rodiče spolu nežijí. Žije se svou matkou a polorodými sourozenci. S otcem v kontaktu není už druhým rokem, rád by ho vídal. Matku a sourozence má rád, ale i přes to se s nimi často hádá. Ve škole spolužáky provokuje, neposlouchá paní učitelku a asistentku, bývá drzý, vulgární a odmítá pracovat. S navázáním kamarádství nemá problémy, ale jeho jednání často druhé odrazuje.

*Sexualita, reprodukční schopnost*

Chlapec bývá vulgární, naznačuje kopulační pohyby, ale pořádně neví, co to znamená. Ví jen, že by to dělat neměl. Tvrdí, že se to naučil od ostatních dětí. Zájem o druhé je zatím jen v rámci kamarádství. Měl potíže s nesestouplým varletem, muselo být provedeno operační řešení, nyní je to v pořádku.

*Stres, zátěžové situace a jejich řešení*

Potíže mu způsobuje především škola, do které chodí prvním rokem. Nezvládá se soustředit, má problémy poslouchat paní učitelku a asistentku. Se spolužáky nevychází, provokuje je, vymýšlí hlouposti. Situaci nezvládá, projevuje se až agresivně. Také je pro něho těžké, že ho otec přestal navštěvovat.

*Víra, přesvědčení, životní hodnoty*

Nábožensky založený není. Je pro něho důležitá rodina. Od hospitalizace očekávají zlepšení chování v kolektivu, více pozornosti a správné školní návyky.

**Ošetrovatelské diagnózy***Aktuální*

Zhoršená paměť (00131), Zhoršená verbální komunikace (00051), Neefektivní kontrola impulzů (00222), Narušené rodičovství (00056), Zhoršená sociální interakce (00052), Neefektivní zvládnání zátěže (00069), Oslabené zvládnání zátěže v rodině (00074), Zhoršená odolnost (00210), Nedostatek zájmových aktivit (00097), Úzkost (00146)

*Potencionální*

Riziko pádu (00155), Riziko osamělosti (00054)

*Edukační*

Snaha zlepšit rodičovství (00164), Snaha zvýšit odolnost (00212)

## 7 SOUHRN KAZUISTIK

Do výzkumu byly zařazeny čtyři děti se základní diagnózou Porucha aktivity a pozornosti: dívka 7 let, chlapec 7 let, chlapec 12 let, chlapec 8 let. Všechny děti byly hospitalizovány na pedopsychiatrickém oddělení Psychiatrické léčebny ve Šternberku. Hlavním cíle bylo zmapovat specifické ošetrovatelské činnosti u dětí s poruchou aktivity a pozornosti, pro který byly stanoveny tři dílčí cíle.

**Analýza a vyvození závěrů kazuistik pro dosažení dílčího cíle 1: *Sledovat poskytnutou ošetrovatelskou péči hospitalizovaným dětem s poruchou aktivity a pozornosti.***

Všichni čtyři respondenti byly přijati na pedopsychiatrické oddělení přijaté k 1. hospitalizaci z důvodu nastavení vhodné medikace. Při příchodu na oddělení ihned prošly přijímacím řízením, který se skládal z pohovoru s všeobecnou sestrou, sociální pracovnící a ošetřujícím lékařem oddělení. Během pohovorů byly zjišťovány veškeré potřebné informace jak ze strany ošetroujícího personálu, tak ze strany respondentů a jejich doprovodu. Na základě získaných informací byla vytvořena ošetrovatelská anamnéza a byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy. Následně proběhlo somatické a psychiatrické vyšetření, provedlo se EKG vyšetření a změřily se fyziologické funkce. Respondenti byly dále uvedeny mezi ostatní spolupacienty, kde byly blíže seznámeni se strukturou oddělení, domácím řádem, pravidly a systémem hodnocení.

Všichni respondenti měli během pobytu dietu č. 13 – strava větších dětí. U respondenta O. byl navíc proveden nutriční screenig z důvodu zjištěného nízkého BMI, byla sjednána schůzka s nutriční terapeutkou, která mu doporučila přídavky ke stravě (ovoce, zelenina, bílkovinný přídavek a Nutridrink juice), což pro personál značilo každodenní sledování příjmu stravy. Respondenti druhý den ráno absolvovali příjmové odběry. Během hospitalizace jim byl pravidelně 1x týdně (v úterý) měřen TK a P, z důvodu užívání medikace., 1x týdně se také prováděla kontrola váhy (každou neděli).

Všem respondentům byla během hospitalizace upravována medikace. Proto bylo nutné sledovat výskyt možných nežádoucích účinků.

Všichni respondenti byli zařazeni do vhodných terapií. Respondentka K. byla zařazena do ergoterapie, canisterapie a dramaterapie, prováděla relaxační techniku vymalování mandaly, ze začátku měla motivační systém hodnocení obrázkem, po stabilizaci charakteristických příznaků poruchy aktivity a pozornosti byla zařazena do klasického motivačního hodnocení.



Respondent O. byl zařazen do ergoterapie, RHB cvičení na míčích, zahradní terapie a dramaterapie, měl motivační systém hodnocení obrázkem. Respondent A. byl zařazen do skupinová psychoterapie a ergoterapie, relaxačních technik skládání origami, měl stanovené klasické motivační systém hodnocení. A respondent P. byl zařazen do ergoterapie, zahradní terapie, canisterapie a herní terapie, měl motivační hodnocení obrázkem. Úkolem ošetrovatelského personálu bylo dohlížet na plnění terapií, doprovázení na terapie a vytvářet program a činnosti, které vedli k zaměstnání dítěte a jeho dalšímu rozvoji.

Nedílnou součástí poskytované ošetrovatelské péče u všech respondentů bylo především výchovné působení, nastavení hranic a pravidel v kontaktu a komunikaci s vrstevníky a dospělými, poskytnout jim dostatečný náhled a zpětnou vazbu na jejich vzorec chování a nabídnout jim vhodné řešení, jak zvládat zátěžové situace. Důležité bylo také vštípit jim školní návyky. Poskytovaná ošetrovatelská péče spolu s vhodnou medikací vedla k celkovému zlepšení stavu a pozitivním výsledkům ve změně jednání respondenta.

**Analýza a vyvození závěrů kazuistik pro dosažení dílčího cíle 2: *Vysledovat specifické potřeby a problémy u hospitalizovaných dětí s poruchou aktivity a pozornosti.***

Tabulka 5 Specifické potřeby dětí s poruchou aktivity a pozornosti prezentované třídami taxonomie II NANDA-I

Neuspokojená potřeba	K.	O.	A.	P.	Závěr
Potřeba přijímat potravu	Nemá potíže přijímat potravu, BMI v normě.	<i>Má nízkou hmotnost, BMI poukazuje na podvýživu.</i>	Nemá potíže přijímat potravu, BMI v normě.	Nemá potíže přijímat potravu, BMI v normě.	<b>Není specifickou potřebou</b>
Potřeba vyprazdňování	<i>Trpí na zácpy, doma občas užívá laxativa.</i>	<i>Stolici má nepravidelnou.</i>	Nemá potíže se zažíváním, stolice je pravidelná.	Nemá potíže se zažíváním, stolice je pravidelná.	<b>Není specifickou potřebou.</b>
Potřeba spánku a odpočinku	Má pravidelný režim, bez problémů, nebývá unavená.	<i>Pozdě usíná, ráno se mu nechce vstávat, během dne bývá unavený, večer ožije.</i>	Má pravidelný režim, bez problémů, nebývá unavený.	Má pravidelný režim, bez problémů, nebývá unavený.	<b>Není specifickou potřebou.</b>

<b>Potřeba aktivity a pohybu</b>	<i>Nevěnuje se aktivně žádné aktivitě, u činnosti dlouho nevydrží, často se nudí, je neposedná, obtížně unavitelná.</i>	<i>Nevěnuje se aktivně žádné aktivitě, u činnosti dlouho nevydrží, často se nudí, je neposedný  I přes to, že udával únavu během dne, není to v této oblasti vidět.</i>	<i>Nevěnuje se aktivně žádné aktivitě, u činnosti dlouho nevydrží, často se nudí, je neposedný, obtížně unavitelný.</i>	<i>Nevěnuje se aktivně žádné aktivitě, u činnosti dlouho nevydrží, často se nudí, je neposedný, obtížně unavitelný.</i>	<b>Děti potřebují hodně pohybu, aby snížili napětí své hyperaktivity.</b>  .
<b>Potřeba nemít tělesné poškození</b>	<i>Zbrklá, neposedná, neustále v pohybu.</i>	<i>Drobné úrazy v anamnéze  Při činnostech neopatrný, rozjívěný.</i>	<i>Drobné úrazy v anamnéze.</i>	<i>Drobné úrazy v anamnéze.</i>	<b>Děti jsou neopatrné a zbrklé, větší riziko úrazu nebo pádu.</b>
<b>Potřeba mít informace</b>	<i>Má nedostatečné informace v oblasti své poruchy, neznají pravidla, řád oddělení atd.</i>	<i>Má nedostatečné informace v oblasti své poruchy, neznají pravidla, řád oddělení atd.</i>	<i>Má nedostatečné informace v oblasti své poruchy, neznají pravidla, řád oddělení atd.</i>	<i>Má nedostatečné informace v oblasti své poruchy, neznají pravidla, řád oddělení atd.</i>	<b>Děti potřebují dostatečné množství informací přízpůsobené jejich věku atd. Je důležité je edukovat.</b>
<b>Potřeba pozornosti ke vjemům</b>	<i>Často vyhledává nové podněty, u činností dlouho nevydrží, především u činnosti, které ji nebaví nebo jí nejdou.</i>	<i>Často vyhledává nové podněty, u činností dlouho nevydrží, především u činnosti, které ho nebaví nebo mu nejdou.</i>	<i>Často vyhledává nové podněty, u činností dlouho nevydrží, především u činnosti, které ho nebaví nebo mu nejdou.</i>	<i>Často vyhledává nové podněty, u činností dlouho nevydrží, především u činnosti, které ho nebaví nebo mu nejdou.</i>	<b>Děti potřebují nové podněty. Nutná motivace a zaujetí pro danou činnost.</b>

<b>Potřeba komunikovat</b>	<i>Je hodně upovídaná.</i>	<i>Hodně upovídaný.</i>	<i>Hodně upovídaný.</i>	<i>V kolektivu dětí upovídány, bývá hlučný.</i>	<b>Děti mají zvýšenou potřebu komunikovat s vrstevníky.</b>
<b>Potřeba rodinných vztahů</b>	<i>I přes slabé citové pouto vyžaduje kontakt s rodinou. Je jí líto, že jí nikdo nevolá a má málo návštěv.</i>	<i>I přes slabé citové pouto k otci ho má rád. Je spokojený v DD, považuje to za domov a rodinu.</i>	<i>Při příjmu odloučení nesl špatně, především od matky. Ze začátku bývaly telefonáty a návštěvy doprovázené pláčem.</i>	<i>Potíže neudával, ale bylo patrné, že se mu stýskalo. Měl vždy radost z návštěvy a telefonátu od matky. Po ukončení býval smutný</i>	<b>Děti potřebují kontakt se svou rodinou i přes některé překážky (umístění v DD, rozvod rodičů atd.)</b>
<b>Potřeba zvládnout zátež</b>	<i>Potřebuje se naučit vycházet s vrstevníky, svým jednáním je odrazuje, to jí vadí.</i>	<i>Potřebuje se naučit vycházet s vrstevníky, převzít školní návyky.</i>	<i>Potřebuje se naučit vycházet s vrstevníky, získat školní návyky.</i>	<i>Potřebuje se naučit vycházet s vrstevníky, získat školní návyky.</i>	<b>Děti potřebují pomoc se zvládnutím zátežových situací.</b>
<b>Potřeba vyhnout se násilí</b>	<i>Vůči ostatním dětem často provokativní, je vulgární.</i>	<i>Vůči ostatním dětem často provokativní, je vulgární.</i>	<i>Vůči ostatním dětem často provokativní, je vulgární.</i>	<i>Vůči ostatním dětem často provokativní, je vulgární.</i>	<b>Děti potřebují pevné vedení, dodržování společenských pravidel a zásad vedoucí ke snížení potíží, které vedou k jejich zvýšené dráždivosti agresivitě. Naučit je se svépomocí zklidnit.</b>

(Zdroj: Modifikováno dle Kudlové, 2016, s. 27-28)

**Analýza a vyvození závěrů kazuistik pro dosažení dílčího cíle 3: *Urcit ošetřovatelské diagnózy dle taxonomie II NANDA-I, které se na základě neuspokojených potřeb u hospitalizovaných dětí s poruchou aktivity a pozornosti vyskytují.***

Tabulka 6 Stanovené ošetřovatelské diagnózy dle taxonomie II NANDA-I

<b>DG:</b> Zhoršená sociální interakce (00052)	<b>UZ:</b> Narušení společenského fungování Dysfunkční interakce s druhými	<b>SF:</b> Nedostatečná znalost a dovednosti o tom, jak zlepšit vzájemnost
<b>DG:</b> Narušené rodičovství (00056)	<b>UZ:</b> Porucha chování dítěte Špatné školní výsledky Zhoršené sociální fungování Snížená schopnost zvládat dítě Nedůsledná péče Odmítání dítěte	<b>SF:</b> Poruchy chování (nepozornost, opozice) Temperament dítěte neodpovídá očekávání rodičů Změny v rodině
<b>DG:</b> Nedostatek zájmových aktivit (00097)	<b>UZ:</b> Nuda	<b>SF:</b> Nedostatek zájmových činností
<b>DG:</b> Neefektivní kontrola impulzů (00222)	<b>UZ:</b> Jednání bez přemýšlení Kladení osobních otázek druhým bez ohledu na jejich diskomfort Nevhodné sdílení osobních údajů	<b>SF:</b> Vývojové změny Alterace kognitivních funkcí
<b>DG:</b> Neefektivní zvládnání zátěže (00069)	<b>UZ:</b> Změny koncentrace Neschopnost řešit situace Nedostatečné řešení problémů	<b>SF:</b> Nepřesné vyhodnocení hrozby Neefektivní strategie zvládnání zátěže
<b>DG:</b> Zhoršená odolnost (00210)	<b>UZ:</b> Snížený zájem o studijní aktivity Neefektivní strategie zvládnání zátěže	<b>SF:</b> Ekonomické znevýhodnění Nedostatečná kontrola impulzů
<b>DG:</b> Riziko pádu (00155)		<b>RF:</b> Poškození zraku Pády v anamnéze
<b>DG:</b> Riziko osamělosti (00054)		<b>RF:</b> Sociální izolace Citové strádání

<b>DG:</b> Snaha zvýšit odolnost (00212)	<b>UZ:</b> Vyjadřuje touhu zlepšit komunikační schopnosti  Vyjadřuje touhu zlepšit vztah s druhými  Vyjadřuje touhu zlepšit dovednosti pro zvládnání zátěže  Vyjadřuje touhu zlepšit dovednosti pro zvládnání konfliktů  Vyjadřuje touhu zlepšit zapojení do aktivit	
<b>DG:</b> Snaha zlepšit rodičovství (00164)	<b>UZ:</b> Děti vyjadřují touhu zlepšit domácí prostředí	

(Zdroj: vlastní zpracování)

## 8 DISKUZE

Hlavním cílem praktické části bylo zmapovat specifické ošetrovatelské činnosti u dětí s poruchou aktivity a pozornosti, ke kterému byly stanoveny tři dílčí cíle. Výzkum byl prováděn prostřednictvím vypracovaných kazuistik na pedopsychiatrickém oddělení PL ve Šternberku.

Prvním dílčím cílem bylo sledovat poskytovanou ošetrovatelskou péči u hospitalizovaných dětí s poruchou aktivity a pozornosti na pedopsychiatrickém oddělení, kde byly děti hospitalizované z důvodu nastavení vhodné medikace. V rámci sledování poskytovaných ošetrovatelských činností, které jsme zaznamenali do vytvořených kazuistik, můžeme říci, že důležitým faktorem v ošetrovatelské péči u dětí s poruchou aktivity a pozornosti je soustředění se na chování a přístup dítěte v oblastech: školní docházky, adaptačního procesu na oddělení, chování k vrstevníkům a dospělým, zapojení se do programu a řízených aktivit, dodržování pravidel, plnění požadavků a svých povinností, plnění školní přípravy, trávení volného času, pořádku na pokoji, ve školních věcech a ve společenské místnosti, zapomínání věcí a oblečení a kontaktu s rodinou.

Druhým dílčím cílem bylo vysledovat specifické potřeby a problémy u hospitalizovaných dětí s poruchou aktivity a pozornosti. Specifické potřeby jsme si u našich respondentů určili takové, které se vyskytovaly v jakékoliv různé míře u všech zároveň. Specifické potřeby dětí s poruchou aktivity a pozornosti prezentované třídami taxonomie II NANDA-I (modifikováno podle Kudlové, 2016, s. 27-28) jsou potřeby aktivity a pohybu, potřeby nemít tělesné poškození, potřeby mít informace, potřeby pozornosti ke vjemům, potřeby komunikovat, potřeby rodinných vztahů, potřeby zvládnout zátěž a potřeby vyhnout se násilí.

Třetím dílčím cílem bylo určit společné ošetrovatelské diagnózy dle taxonomie II NANDA-I, které se u námi zkoumaných respondentů s poruchou aktivity a pozornosti vyskytují společně.

Společnými ošetrovatelskými diagnózami byly tedy stanoveny tyto ošetrovatelské diagnózy: Nedostatek zájmových aktivit (00097), Neefektivní kontrola impulzů (00222), Narušené rodičovství (00056), Zhoršená sociální interakce (00052), Neefektivní zvládnání zátěže (00069), Zhoršená odolnost (00210), Riziko zácpy (00015), Riziko pádu (00155), Riziko osamělosti (00054), Snaha zlepšit rodičovství (00164), Snaha zvýšit odolnost (00212). Ošetrovatelské cíle a intervence stanovených ošetrovatelských diagnóz jsou dostupné v příloze č. 7. plán ošetrovatelské péče u dítěte s poruchou aktivity a pozornosti.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce se věnovala problematice ošetrovatelské péče u dětí s poruchou aktivity a pozornosti. Hlavním cílem bylo zmapovat specifické ošetrovatelské činnosti prováděné u dětí s poruchou aktivity a pozornosti.

Výzkumná část práce byla provedena kvalitativní metodou, která byla vytvořena prostřednictvím čtyř kazuistik hospitalizovaných dětí s poruchou aktivity a pozornosti na pedopsychiatrickém oddělení Psychiatrické léčebny ve Šternberku. Potřebné údaje k vytvoření jednotlivých kazuistik jsme získali na základě informací získaných od pacientů a jejich zákonných zástupců v rámci prostudování zdravotnické dokumentace, a také na základě vlastního pozorování. Součástí byly i informace získané od ostatních členů ošetrovatelského týmu. Zjištěné informace jsme zapisovali do připravených pozorovacích archů (příloha 6).

Na základě vypracovaných kazuistik jsme si zpracovali tři určené dílčí cíle. Sledovali jsme poskytovanou ošetrovatelskou péči u dítěte s poruchou aktivity a pozornosti (viz Analýza a vyvození závěrů pro dosažení cíle 1 v podkapitole „Souhrn kazuistik“). Vysledovali jsme specifické potřeby a problémy (viz Analýza a vyvození závěrů pro dosažení cíle 2 v podkapitole „Souhrn kazuistik“) a dále jsme si určili ošetrovatelské diagnózy dle taxonomie II NANDA-I 2015-2017 (viz Analýza a vyvození závěrů pro dosažení cíle 3 v podkapitole „Souhrn kazuistik“), které se vyskytují zároveň u všech hospitalizovaných dětí s poruchou aktivity a pozornosti. Cíle byly splněny.

Jako návrh do praxe jsme se rozhodli vytvořit plán ošetrovatelské péče u dítěte s poruchou aktivity a pozornosti (příloha 7), který může pomoci sestřám urychlit jejich dokumentování a usnadnit jim tak alespoň částečně jejich práci.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### Knižní zdroje

DRTÍLKOVÁ, Ivana a Omar ŠERÝ et al, 2007. *Hyperkinetická porucha: ADHD*. Praha: Galén, ISBN 9788072624195.

HERDMAN, T. Heather & Shigemi KAMITSURU (Eds.) 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace NANDA-International 2015—2017*. Přel. Pavla Kudlová. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA, Jan LIBIGER a kolektiv, 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum. ISBN 987-80-246-2998-8.

HŮSKOVÁ, Jitka a Petra KAŠNÁ, 2009. *Ošetrovatelství-ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty: pracovní sešit II*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2854-4.

JAROŠOVÁ, Darja a Soňa BOCKOVÁ, 2012. *Využitelnost ošetrovatelských klasifikací NANDA International a NIC v domácí péči*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta. ISBN 978-80-7464-000-1.

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.

KUDLOVÁ, Pavla, 2016. *Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati. ISBN 978-80-7454-600-6.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.

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

MUNDE, Alison a Jon ARCELUS, 2002. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita. Přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. 1. vyd. Praha: Portál. 120 s. ISBN 80-7178-625-X.

PACLT, Ivo a kolektiv, 2007. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1426-4.



RABOCH, Jiří a kol, 2006. *Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče II*. Praha: Infopharm. ISBN 80-239-8501-9.

SELIKOWITZ, Mark, 2009. *ADHD: The Facts*. 2nd ed. Oxford: OUP Oxford. ISBN 978-0-19-956503-0.

SEDLÁKOVÁ, Petra a kolektiv, 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-6667-6.

SIKOROVÁ, Lucie, 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3593-1.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.

### Internetové zdroje

GOETZ, Michal, 2009. Současný pohled na léčbu ADHD. In: *Remedia* [online]. 19(3) [cit. 2018-03-22]. Dostupné z: <http://www.remédia.cz/Clanky/Farmakoterapie/Soucasny-pohled-na-lecbu-ADHD/6-L-F9.magarticle.aspx>

LABUSOVÁ, Eva, 2010. Děti s diagnózou ADHD. In: *Evalabusova.cz* [online]. © 2006-2018 [cit. 2018-04-15]. Dostupné z: <http://www.evalabusova.cz/clanky/adhd.php>

NOVOTNÝ, Miroslav, Miloš ŠLEPECKÝ, Jan HASSE, 2009. Využití EEG biofeedbacku v psychiatrické praxi. In: *Psychiat. pro Praxi* [online]. 10(5). [cit. 2018-03-28]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: [https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200905-0006\\_Vyu-ziti\\_EEG\\_biofeedbacku\\_v\\_psychiatricke\\_praxi.php](https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200905-0006_Vyu-ziti_EEG_biofeedbacku_v_psychiatricke_praxi.php)

PRAŽSKÉ SPECIALIZOVANÉ CENTRUM EEG BIOFEEDBACK. *EEG Biofeedback*. [online]. Praha: Golden Age CZ, s.r.o. © 2008 [cit. 2018-04-16]. Dostupné z: <http://www.eeg-biofeedback.cz/index.html>

PŘÍHODOVÁ, Iva, 2011. Porucha pozornosti s hyperaktivitou (attention deficit/hyperactivity disorder – ADHD). *Cesk Slov Neurol N* [online]. Praha: Ambit Media, (74/ 107(4), [cit. 2018-04-10]. ISSN 1802-4041. Dostupné z: [http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/porucha-pozornosti-s-hyperaktivitou-attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd-35776?confirm\\_rules=1](http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/porucha-pozornosti-s-hyperaktivitou-attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd-35776?confirm_rules=1)

SPOKOJENÉ DĚTI, 2013. *Speciální pedagogika: Tipy, jak pracovat s dětmi s ADHD*. [online]. Praha © 2018 [cit. 2017-12-04]. Dostupné z: <http://www.spokojenedeti.cz/specialni-pedagogika/tipy-jak-pracovat-s-detmi-s-adhd>

SÚKL. *Příbalová informace: informace pro uživatele, Ritalin*. [online]. sp.zn. sukls 22448/2017. revize 18.1.2017a. [cit. 2018-03-22]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0015622&tab=texts>

SÚKL. *Příbalová informace: informace pro uživatele, Concerta*. [online]. sp.zn. sukls 38367/2017. revize 13.2.2017b. [cit. 2018-03-22]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0129489&tab=texts>

SÚKL. *Příbalová informace: informace pro uživatele, Strattera*. [online]. sp. zn. sukls 32089/2015. [cit. 2018-03-22]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0023851&tab=texts>

ŠČEPOŇCOVÁ, Sabina, 2011. NANDA Taxonomie II. In: *Sestra*. [online]. [cit. 2018-04-28]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/nanda-taxonomie-ii-448158>

UHLÍKOVÁ, Petra, Radek PTÁČEK, 2014. Diagnostika a léčba ADHD v průběhu života. In: *Postgraduální medicína*. [online]. [cit. 2018-01-28]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/diagnostika-a-lecba-adhd-v-prubehu-zivota-475772>

WHO, 2016. *MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Tabelární část*. Přel. ÚZIS ČR, 2017. [online]. Praha: © Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Aktualizované vydání k 1. 1. 2018. [cit. 2018-02-17]. ISBN: 978-80-7472-168-7. Dostupné z: [www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn](http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn)

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

Apod. – a podobně

ADHD – porucha pozornosti a hyperaktivitou (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)

BMI – body mass index (index tělesné hmotnosti)

cm – centimetr

cps. – capsula (kapsle, tobolka)

CT – počítačový tomograf

č. – číslo

CTQ – dotazník Connersové pro učitele (Conners Teacher Questionnaire)

D – denně

DD – dětský domov

dieta č.13 – strava větších dětí

DSM-IV – diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

EKG – elektrokardiograf

EEG – elektroencefalograf

gtt. – guttae (kapky)

HKP – hyperkinetická porucha

KBT – kognitivně behaviorální terapie

kg – kilogram

kg/m<sup>3</sup> – kilogram na metr krychlový

l – litr

max. – maximálně

mg. – miligram

MKN-10 – mezinárodní klasifikace nemocí

ml. – mililitr

mmHg – milimetr rtuťového sloupce

mmol/l – milimol na litr

MR – magnetická resonance

MUDr. – doktor medicíny, všeobecného lékařství (medicinae universae doctor)

μkat/l – mikrokatal na litr (katal je jednotkou katalytické aktivity enzymů)

TK – krevní tlak

P – puls

PL – psychiatrická léčebna

PPP – pedagogicko-psychologická poradna

PSQ – dotazník Connersové pro rodiče (Parent Symptom Questionare)

RHB – rehabilitace

SPC – speciálně pedagogické centrum

St. C – stupeň celsia

SÚKL – státní úřad pro kontrolu léčiv

SVP – středisko výchovné péče

tbl. – tableta (tablety)

TT – tělesná teplota

Tzv. – takzvaný

ÚP – úřad práce

x – krát

ZŠ – základní škola

% - procento

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek 1 Hodnotící loďka s kruhy.....	37
Obrázek 2 Individuální hodnocení obrázkem – příklad.....	38

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Výsledky příjmových odběrů K.....	43
Tabulka 2 Výsledky příjmových odběrů O.....	51
Tabulka 3 Výsledky příjmových odběrů A.....	59
Tabulka 4 Výsledky příjmových odběrů P. ....	66
Tabulka 5 Specifické potřeby dětí s poruchou aktivity a pozornosti prezentované třídami taxonomie II NANDA-I.....	73
Tabulka 6 Stanovené ošetřovatelské diagnózy dle taxonomie II NANDA-I.....	76

## SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: Diagnostické kritéria hyperkinetické poruchy dle MKN-10 (zkráceno)

PŘÍLOHA P II: Diagnostická kritéria pro ADHD dle DSM-IV (zkráceno)

PŘÍLOHA P III: Connersové dotazníkprorodiče

PŘÍLOHA P IV: Connersové dotazníkpro učitele

PŘÍLOHA P V: Žádost o umožnění přístupu k informacím

PŘÍLOHA P VI : Pozorovací arch

PŘÍLOHA P VII: Plán ošetrovatelské péče u dětí s poruchou aktivity a pozornosti

## **PŘÍLOHA P I: DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA HYPERKINETICKÉ PORUCHY DLE MKN-10 (ZKRÁCENO)**

Vznik před sedmým rokem života, trvání symptomů nejméně šest měsíců.

### **Porucha pozornosti (přítomno 6 příznaků z 9)**

- obtížně koncentruje pozornost
- nedokáže udržet pozornost
- neposlouchá
- nedokončuje úkoly
- vyhýbá se úkolům vyžadujícím mentální úsilí
- nepořádný, dezorganizovaný
- ztrácí věci
- roztržitý
- zapomnětlivý

### **Hyperaktivita (přítomny 3 příznaky z 5)**

- neposedný, vrtí se
- nevydrží sedět na místě
- pobíhá kolem
- vyrušuje, je hlučný, obtížně zachovává klid a ticho
- je v neustálém pohybu

### **Impulzivita (přítomen 1 příznak ze 4)**

- nezdrženlivě mnohomluvný
- vyhrkne odpověď bez přemýšlení
- nedokáže čekat
- přerušuje ostatní

(Zdroj: Příhodová, 2011, s. 409, online, Dostupné z: [http://www.csmn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/porucha-pozornosti-s-hyperaktivitou-attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd-35776?confirm\\_rules=1](http://www.csmn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/porucha-pozornosti-s-hyperaktivitou-attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd-35776?confirm_rules=1))



## PŘÍLOHA P II: DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA PRO ADHD DLE DSM-IV (ZKRÁCENO)

Kritéria AI. Šest nebo více příznaků trvajících minimálně šest měsíců.

### Porucha pozornosti

- nepozornost při školních úkolech, opomíjení detailů, chyby z nepozornosti
- neudrží pozornost při hře
- zdá se, že neposlouchá během rozhovoru
- neposlouchá instrukce a nedokončuje úkoly
- má organizační problémy
- nesnáší úkoly vyžadující mentální úsilí a vyhýbá se jim
- ztrácí věci (hračky, školní potřeby...)
- vnější podněty snadno přeruší soustředění
- zapomnětlivost při denních aktivitách

Kritéria AII. Šest nebo více příznaků hyperaktivity a impulzivity trvajících minimálně šest měsíců, nepřiměřených vývojovému stupni.

### Hyperaktivita

- často neúčelně pohybuje rukama nebo se vrtí na židli
- často opouští lavici ve třídě
- často pobíhá nebo přelézá v nepřiměřených situacích (adolescenti a dospělí mají pocit subjektivního neklidu)
- obtížně při hrách zachovává klid a ticho
- je stále v pohybu, „jakoby měl v sobě motor“
- nadměrně mnohomluvný

### Impulzivita

- často vyhrkne odpověď před dokončením otázky
- dělá mu obtíže čekat v pořadí
- často přerušuje ostatní (při hrách, v hovoru...)

### Podtypy ADHD

ADHD typ s převahou poruch pozornosti – kritéria AI alespoň šest měsíců

ADHD typ hyperaktivně- impulzivní – kritéria AII alespoň šest měsíců

ADHD typ kombinovaný – kritéria AI a AII alespoň šest měsíců

ADHD typ nespecifický – výrazné příznaky nepozornosti, hyperaktivity a impulzivity, které však nesplňují kritéria ADHD

ADHD v částečné remisi – současné symptomy již nesplňují všechna kritéria

(Zdroj: Příhodová, 2011, s. 410, online, Dostupné z: [http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/porucha-pozornosti-s-hyperaktivitou-attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd-35776?confirm\\_rules=1](http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/porucha-pozornosti-s-hyperaktivitou-attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd-35776?confirm_rules=1))

## PŘÍLOHA P III: CONNERSOVÉ DOTAZNÍK PRO RODIČE

Obvyklá mezinárodní zkratka: CPQ

Plný název v originále: Children's Parent Questionnaire

Autor: C. Keith Conners

Česká verze: Ivo Paclt, Michal Šebek

Hodnocená populace: široká dětská populace s projevy poruch pozornosti, chováním a poruchami neurotickými

Účel užití: posouzení psychického stavu dětí včetně jejich vztahu k okolí

Doporučený uživatel: psychiatr, psycholog, pediatr

Zdroj dat: rodiče

Technika získání dat: celoživotní pozorování dětí (škálové hodnocení od 0 do 3)

Přibližné trvání jednoho hodnocení: zhruba 1 hodinu

Hodnocené období: aktuální stav (během posledních 4 týdnů)

Zvláštnosti skórování: mnohostrannost dotazníku (srov. tab. 37)

### Patologické hodnoty ve smyslu ADHD > 30 bodů (2 směrodatné odchylky)

*Poznámka: určeno pro výzkumné účely, validizace a standartizace v ČR zatím nebyla provedena.*

### DOTAZNÍK PRO RODIČE (CPQ - CONNERS/TEST)

Autor: C. Keith Conners

Česká verze: Ivo Paclt, Michal Šebek

Jméno dítěte: ..... Datum narození: .....

Vaše jméno: ..... Vztah k dítěti: .....

Dnešní datum: .....

Předkládáme vám seznam nejrůznějších potíží a problémů, s nimiž se rodiče u svých dětí setkávají. Jednotlivé potíže a problémy přečtěte pečlivě a posuďte, zda se v průběhu minulých 4 týdnů u vašeho dítěte uvedené potíže vyskytovaly a v jakém stupni.

Svoji odpověď, to znamená stupeň obtíže, dejte do kroužku!

Pracujete rychle a nic nevynechejte!

S vyplněným dotazníkem bude zacházeno jako s důvěrným sdělením, určeným pro lékařské účely.

#### Stupnice:

0 - vůbec ne

1 - trochu

2 - značně

3 - velmi

**Problémy s jídlem:**

- |                           |   |   |   |   |
|---------------------------|---|---|---|---|
| 1. Jí nimravě, vybírá si. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Jí málo.               | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Má přes váhu.          | 0 | 1 | 2 | 3 |

**Problémy se spánkem:**

- |                            |   |   |   |   |
|----------------------------|---|---|---|---|
| 4. Ve spánku je neklidný.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Mívá noční můry (děsy). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. V noci se probouzí.     | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Těžko usíná.            | 0 | 1 | 2 | 3 |

**Strach a obavy:**

- |                            |   |   |   |   |
|----------------------------|---|---|---|---|
| 8. Bojí se nových situací. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Bojí se lidí.           | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Bojí se být sám.       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Bojí se nemoci, smrti. | 0 | 1 | 2 | 3 |

**Svalové napětí:**

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 12. Je velmi ztrnulý, ztuhlý, má toporné držení těla. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Cuká sebou, má záškuby.                           | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Má třes.  | 0 | 1 | 2 | 3 |

**Problémy s řečí:**

- |                                   |   |   |   |   |
|-----------------------------------|---|---|---|---|
| 15. Koktá.                        | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Mluví nesrozumitelně, drmolí. | 0 | 1 | 2 | 3 |

**Problémy s močením:**

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 17. Pomočuje se v noci.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Když jde na záchod močit, musí pospíchat, aby se nepomočil. | 0 | 1 | 2 | 3 |

**Problémy se stolicí:**

- |                  |   |   |   |   |
|------------------|---|---|---|---|
| 19. Pokakává se. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Má zácpu.    | 0 | 1 | 2 | 3 |

**Obtíže s následujícími příznaky,  
i když lékař nenalezl žádné onemocnění.**

- |                     |   |   |   |   |
|---------------------|---|---|---|---|
| 21. Bolesti hlavy.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22. Bolesti břicha. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23. Zvracení.       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24. Jiné bolesti.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25. Průjmy.         | 0 | 1 | 2 | 3 |

**Problémy s dumláním, žvýkáním předmětů,  
vytrháváním vlasů:**

- |                               |   |   |   |   |
|-------------------------------|---|---|---|---|
| 26. Cucá si palec (prst).     | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27. Okusuje si nehty.         | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28. Žvýká šaty, pokrývky atd. | 0 | 1 | 2 | 3 |

**Dětinskost, nevyzrállost:**

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 30. Chování, hra odpovídá nižšímu věku.    | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 31. Pláče                                  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 32. Vyžaduje pomoc při činnosti, kterou by |   |   |   |   |

**Citové problémy:**

- |                                       |   |   |   |   |
|---------------------------------------|---|---|---|---|
| 35. Zlobí se sám na sebe.             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 36. Nechá se napadat ostatními dětmi. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37. Cítí se nešťastný.                | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38. Svě trápení si nechává pro sebe.  |   |   |   |   |

**Zvýšené sebeprosazování:**

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 39. Pouští hrůzu na slabší.             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 40. Chlubí se, že ho druzí nemají rádi. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 41. Je drzý k dospělým.                 | 0 | 1 | 2 | 3 |

**Problémy se získáváním přátel:**

- |                                       |   |   |   |   |
|---------------------------------------|---|---|---|---|
| 42. Je plachý, bázlivý.               | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 43. Bojí se, že ho druzí nemají rádi. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 44. Cítí se snadno zranitelný.        | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 45. Nemá žádné přátele.               |   |   |   |   |

**Problémy se sourozenci:**

- |                                       |   |   |   |   |
|---------------------------------------|---|---|---|---|
| 46. Cítí se ukřivděný.                | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 47. Utlačovaný nebo škodolibý.        | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 48. Bojovný, svárlivý vůči sourozcům. |   |   |   |   |

**Problémy s udržením přátel:**

- |                                  |   |   |   |   |
|----------------------------------|---|---|---|---|
| 49. Obtěžuje ostatní děti.       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 50. Prosazuje svou.              | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 51. Střídá přátele, je vybíravý. | 0 | 1 | 2 | 3 |

**Neklid:**

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 52. Je neklidný, do všeho se hrne.             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 53. Impulzivní, jedná podle okamžitého nápadu. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 54. Nedokončí započatou činnost.               | 0 | 1 | 2 | 3 |

**Nálada:**

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 55. Je výbušný, chová se nepředvídatelně. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 56. Mlátí sebou o zem.                    | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 57. Rozhazuje a rozbíjí věci.             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 58. Je rozmrzelý.                         | 0 | 1 | 2 | 3 |

**Sex:**

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 59. Hraje si s pohlavními orgány.          | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 60. Účastní se sexuálních her s ostatními. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 61. Je zdrženlivý, stydlivý.               | 0 | 1 | 2 | 3 |

**Problémy ve škole:**

- |                              |   |   |   |   |
|------------------------------|---|---|---|---|
| 62. Učení mu dělá problémy.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 63. Neraď chodí do školy.    | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 64. Bojí se chodit do školy. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 65. Sní za bílého dne.       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 66. Chodí za školu.          | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 67. Nedodrhuje školní řád.   | 0 | 1 | 2 | 3 |

**Lhaní:**

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 68. Popírá, že udělal něco špatně.     | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 69. Obviňuje ostatní z vlastních chyb. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 70. Vypráví příhody, které se nestaly. | 0 | 1 | 2 | 3 |

**Krádeže:**

- |                               |   |   |   |   |
|-------------------------------|---|---|---|---|
| 71. Krade rodičům.            | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 72. Krade ve škole.           | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 73. Krade v obchodech, jinde. | 0 | 1 | 2 | 3 |

**Zakládání ohňů:**

- |                   |   |   |   |   |
|-------------------|---|---|---|---|
| 74. Zakládá ohně. | 0 | 1 | 2 | 3 |
|-------------------|---|---|---|---|

**Problémy s policií:**

- |                               |   |   |   |   |
|-------------------------------|---|---|---|---|
| 75. Má „opletačky“ s policií. | 0 | 1 | 2 | 3 |
|-------------------------------|---|---|---|---|

**Puntičkářství:**

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 76. Všechno musí být „akorát“.               | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 77. Všechno musí být uděláno pokaždé stejně. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 78. Klade si příliš vysoké cíle.             | 0 | 1 | 2 | 3 |

**Další problémy:**

79. Nepozorný, roztržitý.	0	1	2	3
80. Neklidný, neposedný.	0	1	2	3
81. Nemůže být ponechán o samotě.	0	1	2	3
82. Všetečný, všude vlezle, hrabe se ve věcech.	0	1	2	3
83. Časně se budí.	0	1	2	3
84. Odbíhá při jídle mezi jednotlivými sousty.	0	1	2	3
85. Dožaduje se okamžitého splnění svých přání.				
86. Má rozvázané tkaničky, zipy.	0	1	2	3
87. Provádí stále stejný pohyb.	0	1	2	3
88. Je strojený, nepřírozený.	0	1	2	3
89. Rychle mění nálady.	0	1	2	3
90. Špatně se orientuje v okolí nebo v denní době.	0	1	2	3
91. Je neohrabaný.	0	1	2	3
92. Je si stěžl vřdom toho, co je kolem něho, či denní doby.	0	1	2	3
93. Dodnes si nedovede zavázat tkaničky u bot.	0	1	2	3

Prosím, doplňte jakékoliv jiné problémy, které máte se svým dítětem. Uveďte každý zvlášť (pokud není uveden v dotazníku) a zakřížkujte, v jaké míře se projevuje:

Pozoruji u svého dítěte: Vůbec ne                      Trochu                      Hodně                      Moc

■ Jak vážné problémy má podle vás v současnosti vaše dítě?

Zakřížkujte:     Žádné     Malé     Vážné

Prohlédněte si ještě jednou test, který jste právě vyplnili, a zakroužkujte prosím čísla těch otázek v testu, které se týkají nejzávažnějších problémů vašeho dítěte.

<b>Číslo a název faktoru</b>	<b>Patří sem otázky č.</b>	<b>Počet položek</b>
1. Poruchy chování	39, 40,41,47, 48,51,69	7
II. Úzkost	8, 9, 10, 11,42,43, 64	7
III. Impulzivní-hyperaktivní	78, 80,81,82, 83, 84, 89, 90	8
IV. Poruchy učení	45, 62, 63, 67	4
V. Psychosomatické potíže	6,21,22, 23, 24	5
VI. Puntičkářství, perfekcionismus	76, 77, 78, 3	4
VII. Asociální chování	71,72, 73, 75	4
VIII. Svalové napětí	12, 13, 14, 36	4
	Celkem	42

#### LITERATURA

---

*Conners, C. K.:* Parent Symptom Questionnaire. Psychopharm. Bull., 1985, 21,4, 816-822.

Zdroj: Hyperkinetická porucha a poruchy chování, Ivo Palc a kolektiv, Grada, 2007

(Dostupné z: [http://www.ppp-olomouc.cz/wp-content/uploads/2013/11/ppp\\_pre-rov\\_skala\\_connersove\\_pro\\_rodice\\_-vhodny\\_ke\\_zjistení\\_priznaku\\_adhd.doc](http://www.ppp-olomouc.cz/wp-content/uploads/2013/11/ppp_pre-rov_skala_connersove_pro_rodice_-vhodny_ke_zjistení_priznaku_adhd.doc).)

## PŘÍLOHA P IV: CONNERSOVÉ DOTAZNÍK PRO UČITELE

Zkratka: CTQ

Autor: C. Keith Conners

Česká verze: Ivo Paclt, Michael Šebek

Doporučený uživatel: učitel

Doba vyplnění: 15 minut

**Patologické hodnoty:** (orientační) ADHD > 20 ± 5 bodů

I. Jaké problémy jsou s tímto dítětem v současnosti? (Vypište slovy)

K jakým změnám došlo (pokud k nějakým došlo) od posledního vyplnění tohoto dotazníku? (Vypište slovy)

II. Pozoroval/a jste nějaké změny ve školní výkonnosti tohoto dítěte? Zařaďte jednotlivé předměty, kterým učíte, do příslušné kategorie:

Velice se zhoršil/a v .....

Trochu se zhoršil/a v .....

Jeho (její) výkon se nezměnil v .....

Zlepšil/a se v .....

Výrazně se zlepšil/a v .....

III. Jaké změny chování jste u tohoto dítěte pozoroval/a? (Prosím, zakřížkujte příslušné místo) (viz tab. 38)

*tab. 38 Změny chování dítěte*

Chování	Mnohem horší	Trochu horší	Nezměnilo se	Lepší	Mnohem lepší
Celkové					
Ve třídě					
Podílení se na činnostech třídního kolektivu					
Postoj k autoritě					



IV. Předkládáme vám seznam nejrůznějších reakcí a způsobů chování dětí. Postupně je pročítejte a posuďte, zda v poslední době (v posledním týdnu, v posledních 2 týdnech, v posledních 4 týdnech) se u posuzovaného dítěte takovéto reakce a způsoby chování projevovaly a v jakém stupni. S t u p n i c e s popisem jednotlivých stupňů je na p r a v é straně! Svoji odpověď dejte do kroužku:

Pracujte rychle a nic nevynechejte! S vyplněným dotazníkem bude zacházeno jako s důvěrným sdělením určeným pro lékařské účely.

Stupnice: 0 - vůbec, 1 - trochu, 2 - značně, 3 - velmi značně

**Chování ve třídě:**

1. Je neposedný.	0	1	2	3
2. Brumlá, mumlá, „bručí“ nebo vydává jiné rušivé zvuky.	0	1	2	3
3. Dožaduje se okamžitého uspokojení.	0	1	2	3
4. Obtížně usměřuje své pohyby, je neobratný.	0	1	2	3
5. Je neklidný (do všeho se hrme).	0	1	2	3
6. Je vznětlivý.	0	1	2	3
7. Je nepozorný, má potíže se soustředěním.	0	1	2	3
8. Nedokončí, co začne.	0	1	2	3
9. Je citlivý ke kritice.	0	1	2	3
10. Je vážný nebo smutný.	0	1	2	3
11. Je zasněný, duchem nepřítomný.	0	1	2	3
12. Je zachmuřený nebo rozmrzelý.	0	1	2	3
13. Křičí, povykuje, je hlučný.	0	1	2	3
14. Vyrušuje ostatní děti.	0	1	2	3
15. Je hádavý.	0	1	2	3
16. Rychle a dramaticky střídá nálady.	0	1	2	3
17. Jedná vychytrale.	0	1	2	3
18. Destruktivní, ničivý.	0	1	2	3
19. Krade.	0	1	2	3
20. Lže.	0	1	2	3
21. Má výbuchy hněvu, explozivní a nepředvídatelné chování.	0	1	2	3

**Účast na činnostech skupiny:**

22. Izoluje se od ostatních dětí.	0	1	2	3
23. Zdá se, že ho/ji kolektiv nepřijímá.	0	1	2	3
24. Zdá se, že se snadno nechá vést jinými.	0	1	2	3
25. Nemá smysl pro fair play.	0	1	2	3
26. Zdá se, že mu/jí schází někdo, kdo by ho/ji vedl.	0	1	2	3
27. Nevychází s příslušníky opačného pohlaví.	0	1	2	3
28. Nevychází s příslušníky vlastního pohlaví.	0	1	2	3
29. Dráždí ostatní děti nebo se míchá do jejich věcí.	0	1	2	3

**Postoj k autoritě:**

30. Je submisivní.	0	1	2	3
31. Je vzdorovitý.	0	1	2	3
32. Je nestydatý, drzý.	0	1	2	3
33. Je nesmělý.	0	1	2	3
34. Je ustrašený.	0	1	2	3
35. Klade mimořádné nároky na učitelovu pozornost.	0	1	2	3
36. Je tvrdohlavý.	0	1	2	3
37. Je příliš úzkostlivý, než aby o něco požádal.	0	1	2	3
38. Nespolupracuje s učitelem.	0	1	2	3
39. Má problémy s pravidelnou docházkou do školy.	0	1	2	3

### Dodatečné údaje pro učitele:

VI. Došlo podle vás u tohoto dítěte k nějaké (závažnější) změně v postojích rodičů k němu/ní anebo ve vztazích v rodině? (Pokud ano, vypište to na volný list papíru.)  
Jak byste ohodnotil/a chování tohoto dítěte ve srovnání s ostatními dětmi téhož věku?  
Zakřížkujte prosím nejvhodnější tvrzení:

Chová se mnohem hůře než ostatní děti .....

Chová se hůře než ostatní děti.....

Chová se asi tak stejně jako ostatní děti .....

Chová se lépe než ostatní děti .....

Chová se mnohem lépe než ostatní děti .....

**Tab.39** Vyhodnocení faktorů

Číslo a název faktoru:	Položky:	Počet položek:
I. Poruchy chování	12, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 25, 30, 31, 32, 36, 38	13
II. Nezúčastněnost, pasivita	4, 7, 8, 11, 24, 26	6
III. Úzkost, napětí	9, 10, 30, 33, 34, 39	6
IV. Hyperaktivita	1, 2, 5, 6, 14, 29	6
	Celkem	31

**Poznámky:** Skóry jednotlivých faktorů se vyznačují jistým stupněm vzájemné korelace, zvláště mezi faktory 1 a 4. Tyto dva faktory lze pro zjednodušení sečíst a hodnotit jediný faktor.


### LITERATURA

Conners C K • Teacher Questionnaire. Psychopharm. Bull., 1985, 21,4, 823-831.  
Conner's, C K. : A teacher rating scale for use in drug studies with children. Am. J. Psychiatry, 126,1969, 884-888.

Zdroj: Hyperkinetická porucha a poruchy chování, Ivo Paclt a kolektiv,2007, Grada

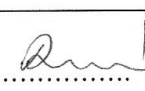

(Dostupné z: [http://www.ppp-olomouc.cz/wp-content/uploads/2013/11/ppp\\_prerov\\_skala\\_connersove\\_pro\\_ucitele\\_-\\_vhodny\\_ke\\_screeningu\\_adhd.doc](http://www.ppp-olomouc.cz/wp-content/uploads/2013/11/ppp_prerov_skala_connersove_pro_ucitele_-_vhodny_ke_screeningu_adhd.doc))

# PŘÍLOHA P V: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

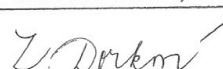
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).


Jméno a příjmení studenta	Silvie Horváthová	
Téma bakalářské práce	Ošetřovatelská péče u dětí s poruchou aktivity a pozornosti	
Vedoucí bakalářské práce	Mudr. et Mgr. Eva Rozsivalová	
	prim. MUDr. Mgr. Eva Rozsivalová  ..... podpis	
Skupina respondentů	Děti s diagnózou porucha aktivity a pozornosti	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
<i>PEDIATRIČESKÉ PDD PL ŠTERNBERK</i>	Souhlasím      Nesouhlasím	<i>Motáňová</i> Mgr. Eva Rozsivalová
	Souhlasím      Nesouhlasím	prim. MUDr. Mgr. Eva Rozsivalová 

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne **14-03-2018**

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd -1-

  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

*r. z. *  
.....  
razítko a podpis zástupce zařízení

## PŘÍLOHA P VI : POZOROVACÍ ARCH

Iniciály: Rok narození (věk): Základní dg.: Další dg.:	
<b>Anamnéza</b>	
Osobní anamnéza	
Rodinná anamnéza	
Školní anamnéza	
Farmakologická anamnéza	
Abusus	
Alergologická anamnéza	
<b>Fyzikální vyšetření sestrou</b>	
TK	
P	
TT	
váha	
výška	
BMI	
Dechová frekvence	
<b>Ošetrovatelské posouzení dle modelu fungujícího zdraví Gordonové</b>	
1. Vnímání zdravotního stavu	
2. Výživa a metabolismus	

3. Vylučování	
4. Aktivita, cvičení	
5. Spánek, odpočinek	
6. Vnímání, poznávání	
7. Sebekoncepce, sebeúcta	
8. Plnění rolí, mezilidské vztahy	
9. Sexualita, reprodukční schopnost	
10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance	
11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty	
12. Jiné	
<b>Hospitalizace</b>	
Důvod přijetí:	
Plán hospitalizace:	
Režimová opatření:	
Dieta:	
Provedená vyšetření:	

Výsledky vyšetření:	
Medikace:	
Kontrolní sledování fyziologických funkcí (váha, TK, P, TT):	
Adaptační proces na oddělení:	
Školní docházka (průběh, chování, plnění požadavků apod.):	
Chování k vrstevníkům:	
Chování k personálu:	
Zapojení do programu a řízených aktivit:	
Dodržování pravidel:	
Dodržování hygienických návyků:	
Plnění požadavků:	
Plnění školní přípravy:	
Trávení volného času:	

Pořádek na pokoji, ve školních věcech, ve společenské místnosti, ...:				
Zapomínání věcí, oblečení, ...:				
Návštěvy, telefonáty, propustky:				
<b>Stanovené ošetřovatelské diagnózy</b>				
Oš. dg.	UZ	SF/RF	cíl	intervence

(Zdroj: vlastní zpracování)



## PŘÍLOHA P VII: PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U DÍTĚTE S PORUCHOU AKTIVITY A POZORNOSTI

Vypracovala: Silvie Horváthová

<i>Ošetřovatelská diagnóza</i>	<i>Ošetřovatelské cíle</i>	<i>Ošetřovatelské intervence</i>	<i>Hodnocení</i>
Zhoršená sociální interakce (00052)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacient se bude aktivně snažit o zlepšení interpersonálních vztahů</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zjistí sociální a osobní anamnézu</li> <li>• Navaž produktivní terapeutický vztah s dítětem</li> <li>• Zvol vhodný srozumitelný přístup komunikace</li> <li>• Pozoruj pacienta při jednání s rodinnými příslušníky</li> <li>• Zapoj rodinné příslušníky do procesu</li> <li>• Pobízej pacienta k formulování problému</li> <li>• Zapoj pacienta do skupinových terapií</li> <li>• Povzbuzuj pacienta ke kontaktu s vrstevníky</li> <li>• Sleduj chování dítěte</li> <li>• Pravidelně zaznamenávej veškeré intervence a reakce dítěte do dokumentace</li> <li>• Konzultuj změnu stavu dítěte s lékařem nebo psychologem</li> </ul>	
Narušené rodičovství (00056)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zlepšení vazeb dítěte s rodiči/pečující osobou</li> <li>• Rodiče/pečující osoba se aktivně účastní rodinné terapie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zjistí rodinnou anamnézu</li> <li>• Navaž produktivní terapeutický vztah s rodiči/pečující osobou</li> <li>• Posuď interakci mezi dítětem a rodiči/pečující osobou</li> <li>• Podporuj kontakt rodičů/pečující osoby s dítětem</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rodiče/pečující osoby budou s dítětem během hospitalizace v kontaktu</li> <li>• Dítě bude připraveno na návrat domů</li> <li>• Dítě nebude pociťovat osamělost</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poskytni informace o návštěvách, propustkách, možnosti telefonovat</li> <li>• Veď záznam o proběhlém kontaktu s rodinou/pečující osobou</li> <li>• Pouč rodiče/pečující osobu, jak pečovat o dítě</li> <li>• Pravidelně zaznamenávej veškeré intervence a reakce dítěte při kontaktu do dokumentace</li> <li>• Konzultuj změnu stavu dítěte s lékařem nebo psychologem</li> </ul>	
Nedostatek zájmových aktivit (00097)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dítě nalezne uspokojivou činnost</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Získej si důvěru dítěte</li> <li>• Zjisti zájmy dítěte</li> <li>• Motivuj dítě k aktivitě</li> <li>• Oceň ho při sebemenší snaze</li> <li>• Nabízej dítěti dostupné aktivity</li> <li>• Prováděj naordinované terapie</li> <li>• Zapoj dítě do kolektivních činností</li> <li>• Pomoz dítěti s vytvořením plánu denních aktivit</li> <li>• Ponechej dítěti možnost volby při výběru činnosti</li> <li>• Zaznamenávej aktivitu dítěte</li> <li>• Pomáhej mu při nezdaru</li> <li>• Pravidelně zaznamenávej veškeré intervence a reakce dítěte do dokumentace</li> <li>• Konzultuj změnu stavu dítěte s lékařem nebo psychologem</li> </ul>	

<p>Neefektivní kontrola impulzů (00222)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dítě se bude snažit své jednání více hlídat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pouč dítě o vhodném jednání k druhým v rámci jeho kognitivních možností</li> <li>• Reaguj klidně na jeho projevy impulzivity, ale dej najevo nesouhlas je-li chování dítěte nepřiměřené</li> <li>• Pochval ho, když při sebe-menším pokusu</li> <li>• Zaznamenávej jednání dítěte do dokumentace</li> <li>• Pouč rodiče/pečující osobu o vedení dítěte</li> <li>• Pravidelně zaznamenávej veškeré intervence a reakce dítěte do dokumentace</li> <li>• Konzultuj změnu stavu dítěte s lékařem nebo psychologem</li> </ul>	
<p>Neefektivní zvládnání zátěže (00069)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dítě je schopno popsat zátěžovou situaci, vyjádřit své pocity</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Povzbuzuj a podporuj dítě k vyjadřování pocitů</li> <li>• Snaž se ho začlenit do komunity</li> <li>• Podporuj komunikaci s personálem, rodinou a vrstevníky</li> <li>• Pomoz dítěti naučit se, jak vyjadřovat své emoce</li> <li>• Podávej dítěti potřebné informace</li> <li>• Přístupuj k dítěti s péčí</li> <li>• Pravidelně zaznamenávej veškeré intervence a reakce dítěte do dokumentace</li> <li>• Konzultuj změnu stavu dítěte s lékařem nebo psychologem</li> <li>• Plň ordinaci lékaře</li> </ul>	

<p>Zhoršená odolnost (00210)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dítě bude lépe zvládat školní docházku</li> <li>• Dítě zlepší dovednosti pro zvládání konfliktů a v komunikaci s druhými</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posuď potřeby a potíže dítěte v oblasti vzdělávání</li> <li>• Pomáhej dítěti s přípravou do školy</li> <li>• Motivuj dítě k činnosti</li> <li>• Odměň a pochval ho za snahu</li> <li>• Pouč rodinu o vhodném postupu práce s dítětem</li> <li>• Dbej na pauzy během činnosti a školní přípravy</li> <li>• Přístupuj k dítěti individuálně</li> <li>• Podporuj silné stránky dítěte</li> <li>• Pomoz dítěti vyhledat způsob řešení problémových situací</li> <li>• Pravidelně zaznamenávej veškeré intervence a reakce dítěte do dokumentace</li> </ul>	
<p>Riziko pádu (00155)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dítě se bude snažit pádu předcházet</li> <li>• V případě pádu bud informovat ošetřující personál</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zajisti dohled nad dítětem</li> <li>• posuď všechny rizikové faktory</li> <li>• Seznam dítě s bezpečnostními opatřeními</li> <li>• V případě pádu dítěte proved' vždy záznam dokumentace, informuj lékaře a popřípadě proved' záznam o nežádoucí události</li> </ul>	

(Zdroj: vlastní zpracování)