



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav pro lékařskou etiku a ošetřovatelství

Bronislava Veselá

**Ošetřovatelská péče o dítě s hyperkinetickým
syndromem**

Nursing care of the child with Hyperkinetic syndrome

Bakalářská práce

Praha, duben 2010

Autor práce: Bronislava Veselá

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Zdravotní vědy

Vedoucí práce: PhDr. Marie Zvoníčková

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav pro lékařskou etiku a ošetřovatelství**

Datum a rok obhajoby: 13.04.2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny ze seznamu literatury. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne2010

.....

Bronislava Veselá

Poděkování

Ráda bych poděkovala svým konzultantům PhDr. Marii Zvoníčkové, MUDr. Davidu Marxovi za cenné rady a odborné vedení při zpracování bakalářské práce.

.....
Bronislava Veselá

OBSAH

ÚVOD	7
1 KLINICKÁ ČÁST	8
1.1 Historie dětské psychiatrie ve světě	8
1.2 Rozvoj dětské psychiatrie v Čechách	9
1.3 Syndrom ADHD – hyperkinetická porucha	10
1.3.1 Etiologie	10
1.3.2 Příznaky projevů	11
1.3.3 Komorbidita	12
1.3.4 Vyšetření diagnostika	12
1.4 Základní terapeutické postupy	14
1.4.1 Farmakoterapie	14
1.4.2 Psychoterapie	16
1.4.3 Režimová léčba	17
1.5 Přístup k dítěti s ADHD syndromem	17
1.5.1 Zásady	17
1.5.2 Bodové hodnocení	18
1.6 Práce sestry na pedopsychiatrickém oddělení	20
1.7 Spolupráce se školou	20
1.8 Prognóza	21
1.9 Prevence	21
2 Základní údaje o nemocném	22
2.1 Identifikační údaje	22
2.2 Rodinná anamnéza	22
2.3 Osobní anamnéza	22
2.4 Nynější stav	23
2.5 Závěr lékařem, diagnóza	23
2.6 Psychiatrické vyšetření	24
2.7 Psychologické vyšetření	24
2.8 Medikace v průběhu hospitalizace	24
2.9 Charakteristika nemocného na oddělení	25

2.10 Průběh hospitalizace	25
2.11 Prognóza	26
3 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	28
3.1 Ošetřovatelský proces	28
3.2 Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení nemocného	29
3.3 Stanovení ošetřovatelských diagnóz	33
3.4 Krátkodobý ošetřovatelský plán	34
3.5 Dlouhodobý ošetřovatelský plán	40
3.6 Prognóza	41
3.7 Edukace	42
ZÁVĚR	43
RESUME	43
Seznam použité literatury	44
Seznam zkratk	45
Seznam příloh	46
Přílohy	

ÚVOD

Cílem mojí závěrečné práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o třináctiletém dětském pacientovi s diagnózou hyperkinetický syndrom.

V klinické části své práce v samotném úvodu krátce nastíním historii dětské psychiatrie. V hlavní části popisuji hyperkinetický syndrom, jeho příčiny, projevy, základní terapeutické postupy a léčbu. Popisuji i důležitá specifika práce sestry na pedopsychiatrickém oddělení. Dále se zabývám prognózou i prevencí toho hyperkinetického syndromu. Pracuji se základními údaji o nemocném dítěti a popisuji průběh jeho hospitalizace.

V ošetrovatelské části své práce pracuji s metodou ošetrovatelského procesu. Ke zhodnocení zdravotního stavu nemocného dítěte jsem zvolila model Marjory Gordonové. Po analýze všech základních informací o dítěti stanovuji ošetrovatelské diagnózy. Pro podrobné zpracování krátkodobého plánu ošetrovatelské péče vybírám 10. den hospitalizace. Plán realizuji a následně hodnotím. Dále stanovím dlouhodobý ošetrovatelský plán. Zabývám se edukací pacienta.

Práce je ukončena závěrem, přehledem použité literatury a přílohami.

1 KLINICKÁ ČÁST

1.1 Historie dětské psychiatrie ve světě

V historii celosvětové dětské psychiatrie není dochováno mnoho zpráv. Děti byly považovány za malé dospělé. Mimořádně ojedinělé případy duševních poruch u dětí jsou popisovány r. 3000 před n. l. v Ebrově papyru. Dochovaly se zprávy o nočním pomočování, koktavosti, epilepsii, mentální retardaci. S nemocnými dětmi se společnost vypořádala podle svých představ. Při jejich neposlušnosti byla uzdravovacím prostředkem metla.

Teprve koncem 18. století se zájem veřejnosti obrací na handicapované děti a začínají se stavět první ústavy. 19. století je charakterizované rozvojem dětské psychiatrie. Vychází první učebnice dětské psychiatrie (1887, Emminghaus). Studiu oligofrenie se věnuje pařížský psychiatr Pinel a je považován za zakladatele ústavní psychiatrie.

S rozvojem hospodářství začíná vzrůstat delikvence mladistvých. Zakládají se první výchovné ústavy. První ústav ve Švýcarsku pro opuštěné, výchovně zanedbávané děti a mladistvé vybudoval Pestalozzi. Bylo zde nahrazováno rodinné prostředí. Domov se stal vzorem pro podobné instituce, které se pak rychle rozšiřovaly po celé Evropě.

Začátkem 20. století byl prosazen právní zákon o nezletilých delikventech, neboť se stále více prohluboval sociální rozdíl mezi lidmi. Lékař Tramer uvedl dětskou psychiatrii jako samostatný, nový obor. Začal vycházet první pedopsychiatrický časopis. Pedopsychiatři popisují organické poruchy, psychózy a neurózy u dětí. Utvářejí se první diagnostická kritéria, upřesňuje se klasifikace duševních poruch u dětí.

Druhá polovina 20. století je charakterizována prevencí. V popředí zájmu je rodina. Vznikají první studie rizikových dětí. Pozornost se obrací na problematiku dětí týraných, zanedbávaných, sexuálně zneužívaných. Do popředí se dostává i problematika mladistvých, užívajících návykové látky. Rozšiřuje se podávání psychofarmak a používání mnoha moderních psychoterapeutických metod. (5)

1.2 Rozvoj dětské psychiatrie v Čechách

V Praze v roce 1871 byl založen první ústav, který poskytoval péči slabomyslným dětem. Ředitelem je lékař a pedagog Karel S. Amerling. Ústav se nazývá Ernestinum.

V jeho práci pokračuje profesor Karel Herfort. V roce 1913 zřizuje pedologický ústav v Praze, který dal základ medicínskému oboru – pedopsychiatrii. V jižních Čechách v roce 1923, v bývalém jezuitském klášteře v Opařanech, se otvírá dětská psychiatrická léčebna. Měla moderní školu, bazén, pracovní dílny. (5)

Nástupcem K. Herforta se stává lékař a psycholog Josef Apetauer. Ten v roce 1947 otvírá první dětské psychiatrické lůžkové oddělení na pražské psychiatrické klinice. Zajímá se o problematiku dětské a adolescentní kriminality a trestní odpovědnosti nezletilých.

Po něm nastupuje Jan Fišer. Zakládá subkatedru pedopsychiatrie, zavádí nastavbovou specializaci v dětské a dorostové psychiatrie. V roce 1971 otvírá první dětskou psychiatrickou kliniku v Motole.

Na jeho práci navazuje lékař J. Mečíř, který zakládá poradnu pro mladistvé, kteří jsou závislí alkoholu.

Postupně při psychiatrických klinikách vznikají dětská psychiatrická oddělení v Brně, Olomouci, Plzni. Dále vznikají dětské psychiatrické léčebny a vytváří se ambulantní pedopsychiatrická síť. Koncepce oboru vychází z péče, která je poskytovaná dětem a adolescentům trpícím duševní poruchou nebo těm, kteří se ocitli v akutní krizové situaci. V terapii jsou rozvinuty psychoterapeutické metody individuální i skupinové terapie, arteterapie, léčby hrou a další. (5)

V souladu s rozvojem ošetrovatelství narůstá v průběhu rozvoje pedopsychiatrie i význam ošetrovatelské péče. Sestra se stává součástí ošetrovatelského týmu a komplexní péče je zaměřena na uspokojování potřeb při léčbě nemocných dětí. (8)

1.3 Syndrom ADHD - hyperkinetická porucha chování

ADHD (Attention Deficit Hyperaktivity Disorders) je celosvětově užívaná zkratka, která označuje poruchu udržení pozornosti s nadměrnou aktivitou a impulzivitou. Tvoří jednu z nejčastěji vykazovaných diagnóz v praxi pedopsychiatra. Patří mezi neurovývojové poruchy.

Málokterá diagnostická kategorie měla tolik přejmenování jako tato. Dříve lehká dětská encefalopatie (LDE), minimální nebo lehká mozková dysfunkce (MMD, LMD), ADD (attention-deficit hyperaktivity disorder), ADHD (attention-deficit hyperaktivity disorder), MKN-10 ji nazývá poruchou aktivity a pozornosti a hyperkinetickou poruchou chování-F90.1.

Hyperkinetická porucha ADHD představuje závažný medicínsko-sociální problém. Postihuje velké množství dětí a některé její příznaky přetrvávají až do dospělosti.

Tato nemoc není nová, ale dnes jsou na děti kladeny daleko větší nároky, takže jsou odchylky nápadnější a způsobují větší starosti než dříve.

Výskyt je u 3-5% dětí, ale někteří odborníci udávají až 20%. Větší výskyt je u chlapců . (8)

Symptomy se derou do popředí v situacích, kdy je nutné, aby dítě udrželo pozornost a sebekontrolu. Porucha má dopad na rodinné a interpersonální vztahy, na osobnostní vývoj jedince a na profesní uplatnění ve společnosti. Dítě není možné zvládnout běžnými pedagogickými postupy. Proto je velmi důležitá včasná diagnostika, nejlépe již v předškolním věku, kdy se u dítěte projevuje nápadná živost spolu s pohybovou neobratností, opožděný nástup řeči, poruchy spánku. Následná léčba je velmi důležitá pro pozitivní kvality života a uplatnění pacienta s ADHD syndromem ve společnosti pokud porucha přetrvává až do dospělosti. (5)

1.3.1 Etiologie

Příčiny vzniku ADHD nejsou zcela známé a nelze je jednoznačně určit. Předpokládá se, že příčinou vzniku mohou být drobné odchylky ve funkci mozku z nejrůznějších příčin. ADHD je neurovývojové opoždění s odchylkami ve vývoji centrální nervové soustavy. Je porušena regulace na úrovni neurotransmiterových systémů (noradrenergního a dopaminergního). Tím jsou ovlivněny skoro všechny

kognitivní funkce. Vyšetření magnetické rezonance prokazuje zmenšený objem mozku, mozečku, bazálních ganglií. (10) U dětí s diagnostikovanou ADHD je v anamnéze vyšší výskyt těhotenských nebo porodních komplikací v porovnání s ostatními dětmi (dlouhý, klešťový porod, nízká porodní váha). Na vzniku se mohou podílet vlivy genetické, působení nepříznivých společenských a ekologických faktorů. Významným činitelem může být užívání léků, drog, pití alkoholu a kouření v době těhotenství. (8) ADHD je také vysoce rizikový faktor pro vznik psychiatrických poruch. (5)

1.3.2 Příznaky projevů ADHD

První příznaky se mohou projevit již v raném věku, kdy mohou být narušeny základní životní biorytmy a to již v kojeneckém věku. V období batolícího věku se mohou projevit kognitivní desinhibicí, kdy dítě nedodrhuje základní společenské normy, i když je zná. Neplní úkoly, nemá pocit viny, nepoučí se. Je násilné, agresivní, pohybově velmi živé, v jemné motorice neobratné. V období školního věku jsou to projevy kognitivních deficitů, které se demonstrují sníženou schopností poznatků a dovedností, nedostatečným rozvojem motoriky, poruchami paměti krátkodobé i dlouhodobé, nepřesnou sluchovou a zrakovou percepcí. Je snižená schopnost koncentrace pozornosti. Nadále je pohybově neklidné. (4) Kolem 12 roku dítěte však může dojít ke spontánnímu ústupu hyperaktivity. Jinak mohou poruchy chování přejít do adolescentního období a přetrvávat i do dospělosti. Zvýšená impulzivita, nedostatek seberegulace může jedinci značně komplikovat život. Často propadají alkoholu a drogám, jejich postavení ve společnosti pak nemůže být úspěšné. (5)

Syndrom ADHD je definovatelný jen tehdy, trvají-li příznaky nejméně šest měsíců a začaly před sedmým rokem věku dítěte.

Mezi nejčastější a typický příznak u dětí s ADHD syndromem je hyperaktivita, která se vyznačuje výrazným neklidem v chování, nutkáním k pohybu. Dítě je nadměrně živé, neposedné, často si pohrává s rukama. Je velmi impulzivní, neuznává autoritu, každý podnět v něm vyvolá okamžitou, nepřiměřenou reakci, kterou nedokáže ovládnout ani usměrnit. Má obtíže soustředit se, pozornost udrží jenom krátkou chvíli, každý podnět v okolí ho vyruší. Zadaný úkol nedokončí, je nepořádné, zapomíná věci. Bývá tělesně neobratné. Nápadný je nerovnoměrný vývoj duševních funkcí. Mívá dobrý postřeh, ale vážnou vyjadřovací schopnosti. Školní výsledky bývají neuspokojivé.

Uvedené příznaky se nevyskytují všechny najednou. Každé dítě je jiné. Při posuzování se bere v úvahu jeho genetická výbava, vrozené vlastnosti i prostředí ve kterém vyrůstá. Jedno ale mají tyto děti společné a to nepochopení okolí. (8)

1.3.3 Komorbidita

Syndrom ADHD se nevyskytuje osamoceně, není specificky zaměřen, ale ovlivňuje celkové chování a hraje zásadní roli v rozhodovacím procesu. Je rizikovým faktorem pro souběžný výskyt poruch:

- porucha opozičního vzdoru 50%
- poruchy chování 30-50%
- poruchy nálad 15-20%
- úzkostné poruchy 20-25%
- specifické poruchy učení 10-25% (11)

U specifických poruch učení je citlivým indikátorem pro tyto poruchy škola mateřská i základní a okamžitým diagnostikem učitel. Tyto obtíže mají individuální charakter a vznikají na podkladě dysfunkcí centrální nervové soustavy. Jsou oslabeny schopnosti a funkce kognitivní, motorické, paměťové, řečové a jejich vzájemná integrace.

Z celé skupiny poruch jsou nejznámějšími dyslexie – porucha osvojování čtenářských dovedností, dysortografie – specifická porucha pravopisu, dysgrafie – specifická porucha psaní, dyskalkulie – specifická porucha matematických schopností. Tyto děti to nemají v životě jednoduché. Pro dostačující školní výsledky musejí vynaložit mnohem větší úsilí než ostatní děti. Pokud se jim nedaří, pomáhá jim podpůrný výukový program na škole. Pro mnohé jsou vypracovány individuální vzdělávací programy, které se snaží napravit jejich výukové problémy. Nezbytná je i pomoc rodičů. Programy jsou dlouhodobé. Vyžadují klidný a trpělivý přístup a každodenní pomoc při přípravě. (11)

1.3.4 Vyšetření a diagnostika

K pedopsychiatrickému vyšetření dítě odesílá pediatr. Na vyšetření se dítě dostaví s rodiči. Informace mohou být doplněny o zprávy sociální pracovnice, orgánu

péče o dítě, pedagoga kmenové školy, vychovatele. Vyšetření duševního stavu dítěte je komplexní proces. Zahrnuje pečlivé posouzení symptomů, přístup medicínský, vývojový, psychologický, sociální a pedagogický. Je nutné pečlivé odebrání zdravotní a sociální anamnézy, prostudování zdravotní dokumentace dítěte, vyhodnocení získaných výsledků a stanovení diagnózy s terapeutickým plánem. Doprovodnými vyšetřeními bývají neurologické, pediatrické, endokrinologické a speciální vyšetřovací metody. Základními objektivními metodami jsou laboratorní vyšetření, elektroencefalografické vyšetření, zobrazovací metody.

Prvním a nejpodstatnějším krokem u pedopsychiatrického vyšetření je rozhovor. Je důležité respektovat věk a vývoj dítěte a sociální faktory. (5)

K určení samotné diagnózy ADHD slouží 14 bodová škála, kde dítě musí vykazovat výskyt alespoň 8 komponent. Lékař musí diferenciatně vyloučit jiné organické poškození mozku, počínající psychózu a jiné další příznaky, například chronické somatické onemocnění:

Často si neklidně pohrávají s rukama, pohybují nohama, vrtí se na židli.

V době dospívání často adolescenti hovoří o tom, že prožívají pocity vnitřního neklidu.

Děti mají potíže s tím, aby vydržely klidně sedět, i když jsou o to požádány.

Lehce je vyruší vnější stimuly.

Při hrách s pevně stanovenými pravidly nebo ve společenských situacích jim dělá potíže vyčkat, až na ně nepřijde řada.

Často vyhrknou odpověď na otázku ještě dřív, než je vyslovena.

Dělá jim potíže řídit se instrukcemi jiných osob a dokončit rozdělanou práci.

Dělá jim velké potíže soustředit se na úkoly, hry apod.

Často přebíhají od jedné nedokončené činnosti ke druhé.

Dělá jim potíže hrát si tiše.

Jsou nadměrně povídavé, překotně hovoří.

Často přerušují jiné, skáčou jim do řeči, pletou se do her jiných dětí.

Často vypadá, že neposlouchají, co se jim říká.

Často ztrácejí věci do školy.

Často se zapojují do fyzicky nebezpečných činností, aniž by braly v úvahu možné následky. (8)

Nezastupitelné místo v pedopsychiatrii má psychologické vyšetření. Vyšetření

provádí klinický psycholog. Základem vyšetření je rozhovor s dítětem a jeho rodiči. Důležité je pozorování dítěte v průběhu rozhovoru i při volné hře a v interakci s rodiči. Je nutné nechat dítě vyjádřit své pocity, obavy i svůj náhled na problém. Následně se psycholog zabývá problémovými okruhy dítěte. Používá metody zaměřené na hodnocení osobnosti, soubory testů schopností, znalostí, dovedností. Hodnotí celkový vývoj dítěte. Následně vypracuje písemnou zprávu pro pedopsychiatra. (5)

Stanovení diagnózy ADHD syndromu je vždy v kompetenci odborného lékaře – psychiatra, neurologa nebo psychologa. (8)

1.4 Základní terapeutické postupy

Terapie dětí s ADHD je dlouhodobá záležitost. Uskutečňuje se buď ambulantně nebo v dětských psychiatrických léčebnách. Vzhledem k tomu, že na dítě působí celá řada faktorů biologických, psychologických i sociálních, je vlastní terapie kombinací tří základních systémů:

- farmakoterapie
- psychoterapie
- režimová léčba (8)

1.4.1 Farmakoterapie

Zahrnuje podávání léčiv, které výrazně ovlivňují nežádoucí projevy, hlavně zlepšují kontrolu chování dítěte a tím působí na lepší sociální odezvu okolí. Léčiva, která ovlivňují jeho psychický stav, se zařazují mezi psychofarmaka. (9)

Mezi hlavní skupiny psychofarmak užívaných v pedopsychiatrii patří:

Psychostimulancia – jsou látky, které mají aktivizující účinek. U dětí, které mají diagnózu hyperkinetická porucha, se používá Ritalin.

Lék Ritalin je na našem trhu už dlouho. Jeho léčivou látkou je methylfenidati hydrochloridum. Stimuluje CNS u deficitu pozornosti a hyperaktivity. Bývá prvním

lékem volby, který lékař předepisuje. Pomáhá snižovat roztěkanost, impulzivitu a hyperaktivitu. Zlepšuje soustředění. Tablety Ritalinu jsou dostupné ve třech silách: 5mg, 10mg, 20mg. Užívají se vícekrát denně. Jsou součástí celkového léčebného plánu dítěte. (17)

Mezi stimulanty dále patří Concerta. Je dostupná ve třech silách: 18mg, 36mg, 54mg. Obsahuje povzbuzující látku methylfenidát-hydrochlorid, která zlepšuje pozornost a snižuje impulzivní chování. Tablety svojí léčivou látku uvolňují pomalu, proto se musí polykat celé, nerozkousané. Po užití ranní dávky trvá účinek přípravku Concerta po celý den až do večera. (15)

Od roku 2007 se možnosti léčby hyperkinetického syndromu rozšířily o preparát s názvem Strattera. Vyrábí se v několika silách: 5mg, 10mg, 18mg, 25mg, 40mg, 60mg. Nepůsobí stimulačně. Přípravek Strattera obsahuje atomoxetin, který zvyšuje množství noradrenalinu. Noradrenalin je chemická látka v mozku, která zvyšuje pozornost, snižuje impulzivitu a hyperaktivitu u pacienta s ADHD. Nástup účinku léku se dostavuje po několika týdnech zahájení léčby. Tím se liší od stimulačních léků, kde nástup je výraznější a rychlejší. (16)

Anxiolytika – působí proti stresu, úzkosti, agresivitě. Navozují relaxaci. Do této skupiny patří Defobin, Diazepam, Rivotril.

Nootropní látky – jsou preparáty, které zlepšují metabolismus mozkových buněk a kognitivní procesy. Mezi nootropika se řadí Geratam, Kalikor, Enerbol.

Antidepresiva – ovlivňují patickou náladu, anxieta a tenzi. Zlepšení forie nastává po nasazení preparátu ovlivňujících serotonin, např. Deprex, Zoloft, Citalec. Sedativní účinek se sníženou úzkostí vykazuje Amitriptylin. (7)

Některá léčiva mohou mít vedlejší účinky. Role sestry ve farmakoterapii vychází z ošetřovatelských zásad, dodržuje zásady podání léčiv, zná hlavní i vedlejší účinky podávaných léků a umí vyhodnotit a zaznamenat vliv léčiva na dítě (zlepšení nálady, vymizení úzkosti, aktivizace nebo útlum, sucho v ústech). (8)

1.4.2 Psychoterapie

Psychoterapie je léčebná metoda, která se snaží psychologickými prostředky cílevědomě, záměrně a kladně ovlivnit duševní stav. K psychologickým prostředkům patří slovo, mimika, vztahy, učení, mlčení, emoční vztahy. U dětí, které nemají dokončený duševní vývoj, má psychoterapie velký význam. K základním psychologickým prostředkům při práci s dětmi patří psychoterapeutický přístup a vztah. Přístup je kladné chování zdravotníků k dítěti a přispívá k dosažení cíle záměrné léčby. Stabilizuje biopsychosociální rovnováhu dítěte. V psychoterapeutické procesu se nezbytně vytváří i vztah mezi dítětem a zdravotníkem již od prvního setkání. Je to dynamický celek reakcí a vazeb a pomáhá dítěti řešit jeho problémy.

Psychoterapie u dětí s ADHD je velmi důležitou a zcela nezbytnou součástí jejich léčby. Musí být přizpůsobena věku i vývoji dítěti. U dětí předškolních a mladšího školního věku je základním terapeutickým prostředkem hra. U větších dětí je to činnostní terapie a u nejstarších dětí lze použít psychoterapeutické techniky jako u dospělých. Velmi účinná je integrace přístupů a technik se zaměřením na zvládnutí konkrétního problému dítěte.

Psychoterapie hyperkinetické poruchy uplatňuje individuální i skupinový přístup. Individuální terapie je náročná na čas. Vyžaduje velké zkušenosti terapeuta. Odhaluje konflikt a přivádí dítě ke správnému postupu. Skupinová terapie dává možnost vidět problém očima druhých. Vidí jak dítě reaguje na problémy jiných nebo jak se na jeho problém dívají ostatní. Zároveň si může vyzkoušet nové, správné chování ve skupině.

Ve skupinové terapii se používá psychodrama, kdy se využívají divadelní výrazové prostředky. Přehrávají se různé scénky ze života. Umožňují nácvik řešení různých zátěžových situací. Psychogymnastika je technika, kde slovní komunikace je nahrazena mimikou, gestem nebo pohybem. Zapojuje emocionální prožívání dítěte. Muzikoterapie využívá hudbu k terapeutickým účelům. Arteterapie umožňuje projekci zážitku převést do výtvarné podoby. (7)

Psychoterapie si vymezuje dva základní cíle: odstranění nebo alespoň zmírnění chorobných příznaků a dosažení tak pozitivních změn v osobnosti dítěte a spolupracovat s rodinou a školou. Léčba je dlouhodobá, pravidelně kontrolovaná a hodnocená. Měla by poskytnout podporu postiženému dítěti i jeho okolí, jejíž podstatou je sociální přijetí dítěte. Důležitá je akceptace jeho obtíží a vstřícný přístup rodičů,

pedagogů ve školním procesu, kamarádů vrstevníků.

1.4.3 Režimová terapie

Představuje pravidelný denní režim dítěte s ADHD, který je umocněn důslednou, ale vstřícnou výchovou. Je důležité pěstování správných návyků, správného chování a jednání v každodenních situacích. U hospitalizovaných dětí je režimová terapie nastavena příslušným oddělením dětské psychiatrické léčebny. V domácím prostředí hranice nastavují rodiče, škola.

1.5 Přístup k dítěti s ADHD syndromem

Myslím, že nejdůležitější ze všeho je dítěti porozumět. Jeho syndrom není výsledkem špatné nebo přehnané péče rodičů. Je to nemoc, kterou je třeba léčit systematicky a důsledně. Volit takovou strategii, která mu pomůže eliminovat jeho hyperaktivitu, impulzivitu a nepozornost v souladu s jeho sociálním prostředím.

1.5.1 Zásady

Vytvořit klidné, rodinné, nekonfliktní prostředí. Dítě musí cítit, že rodina ho má ráda a že mu chce pomoci. Dítě musí mít pravidelný, denní režim, který musí dodržovat. Musí mít jasně a srozumitelně nastavená pravidla a zásady, které musí dodržovat. Vycházíme z možností dítěte, odpovídající jeho rozumové úrovni: (14)

Být při výchově dítěte a zadávání úkolů důsledný, neboť dítě často smlouvá.

Velmi důležitá je sjednocená výchova rodičů, školy s denním řádem dítěte.

Vytvořit organizační řád v rodině, aby nedocházelo ke konfliktům.

Přinášet pocit jistoty svou trpělivostí a svým klidem.

Dítě povzbuzovat za dobrý výkon, drobné úspěchy i za snahu.

Hovořit klidnou řečí, neboť jen tak si dítě může osvojit klidné chování.

Pro komunikaci s dítětem využívat klidnou atmosféru ranního vstávání a večerního usínání.

Využívat zájmu dítěte, neboť to vede k udržení pozornosti, činnosti střídáme s pohybovou aktivitou

Motivovat dítě k vytyčeným cílům, při nedosažení alespoň chválit snahu.

Spolupracovat se školou, řádně plnit domácí úkoly a přípravu.

Pěstovat u dítěte sebeúctu a empatičnost k okolí.

Spolupracovat s odbornými lékaři, zdravotnickým personálem, s pedagogy, sociálním pracovníkem.(5,8,)

U hospitalizovaných dětí v psychiatrických léčebnách s ADHD syndromem je sestaven terapeutický plán vzhledem k potřebám a problémům dítěte, který se plní během dne v souladu s terapeutickým plánem lékaře. Kvalitně a včas je nutné odebrat ošetřovatelskou anamnézu a sestavit plán ošetřovatelské péče.

Zásady přístupu k dětem s ADHD syndromem jsou stejné jako při ambulantní péči. Důležité je ke spolupráci získat rodiče, aby udržovali pravidelný kontakt s hospitalizovaným dítětem. Ošetřující personál musí být neustále mezi dětmi, všimnout si projevů a chování dětí a předcházet konfliktům mezi dětmi. Častým rizikem v léčebnách je výrazná agrese a neklid v chování dítěte vůči okolí, vůči sobě nebo ničení majetku. Ošetřující personál je povinen ihned volat ošetřujícího lékaře. Musí být proveden řádný zápis v chorobopisu dítěte. Při závažném porušování a soustavném neplnění léčebně-výchovného režimu je možné dítě přeložit po projednání s rodinou do lépe vyhovujícího zařízení. (5)

1.5.2 Bodové hodnocení dětí v dětské psychiatrické léčebně

Bodové hodnocení v dětské psychiatrické léčebně, kde byl chlapec hospitalizován, je součástí léčebného programu všech hospitalizovaných dětí a zároveň motivací pro úspěšné chování a správné plnění jeho povinností.

Průměrný počet bodů na den :

průměrné chování, splnění osobního problému na oddělení 11 bodů

výrazná aktivita na oddělení, hry, autogenní trénink 12 bodů i více

Body připočtené za úspěchy. 1-3 body

- výtvarná aktivita
- výrazná pochvala na oddělení, pochvala za práci ve škole
- úspěchy ve škole

Body odečtené za neúspěchy. -1-5 bodů

- neúspěchy ve škole
- zapomínání úkolů, pomůcek, učebnic
- poznámka ze školy
- hrubé a nevhodné chování ve škole
- verbální napadení a agresivní chování
- vzdálení od skupiny
- pokus o útěk

V konečném součtu dne musí být započítány všechny plusy a mínusy.

Druhy bodování se liší podle věku dítěte:

Velké bodování pro starší děti:

- začíná od 70 bodů
- spadne-li na 65 bodů, dítě se zařazuje do malého bodování

Malé bodování pro mladší děti:

- začíná od 20 bodů
- spadne-li pod hranici 5 bodů, dítě se zařazuje do školkového bodování

Školkové bodování pro předškoláky:

- boduje se sluníčky při úspěších
- boduje se mraky při neúspěších

Ošetřující personál během celého dne hodnotí chování dítěte a vše zaznamenává do dekurzu. Základní požadavky léčebného režimu a celkovou spolupráci dítěte (jeho aktivitu a školní úspěchy či neúspěchy, pořádek na pokoji, chování v jídelně, školní přípravu, aktivitu na vycházce, překonání vlastního problému dítěte) komplexně vyhodnotí ošetřující personál a navrhne bodové ohodnocení. Lékař na vizitě zhodnotí chování dítěte a potvrdí nebo upraví jeho navržený počet bodů. Toto bodové hodnocení je každodenní velkou motivací dítěte pro celkové zhodnocení týdne, kdy jsou nejúspěšnější děti odměněny.

1.6 Práce sestry na pedopsychiatrickém oddělení

Práce sestry na lůžkovém pedopsychiatrickém oddělení je velmi náročná. Při práci s dětmi musí respektovat jejich onemocnění i zvláštnosti jednotlivých vývojových období. Přebírá řadu povinností za rodiče. Spolupracuje při výchově a vzdělávání dětí. Kromě terapeutických činností zajišťuje u dětí aktivitu v jejich volném čase.

Pedopsychiatrická sestra musí při své práci s dětmi ADHD syndromu počítat i s jejich negativními projevy. Může se setkat s verbální nebo brachiální agresí, s negativismem i různými provokacemi. Zkušená sestra ví, jak konfliktu předcházet nebo jak reagovat.

Sestra poskytuje dítěti komplexní ošetrovatelskou péči zaměřenou na uspokojení potřeb dítěte. Informace získává od rodičů. Zároveň si ověřuje u dítěte úroveň stravovacích, hygienických, komunikačních schopností. Stanoví priority ošetrovatelské péče a vhodnou formou přiměřenou věku dítěte se snaží ho zapojit do ošetrovatelského procesu. Sestra během své služby zapisuje reakce dítěte na cílené ošetrovatelské intervence, jeho zapojení do činností, o postavení v kolektivu, jeho společenské a hygienické návyky. Též hodnotí jeho emoční reaktivitu, náladu, chování při hrách, vztah k autoritám, ochotu, ale i kvalitu spánku, účinnost léků, reakci na návštěvu rodičů.
(8)

1.7 Spolupráce se školou

Škola je pro děti s ADHD syndromem nejtěžší etapou v jejich životě. Často mívají ke svému základnímu onemocnění specifické poruchy učení. Je naprosto nezbytná spolupráce rodiny se školou. Tak jako rodina, i učitel musí znát problematiku nemoci dítěte a citlivě k němu přistupovat. Přizpůsobuje mu celkovou výuku, která ho musí zaujmout a vyzvat ke spolupráci. Zadává dítěti kratší úkoly, střídá jeho činnosti. Komunikace s ním musí mít jasné pokyny. Učitel chválí snahu dítěte. (8)

1.8 Prognóza

Syndrom ADHD je vývojová porucha. V mnohých případech přetrvává do dospělosti a má nepříznivý vliv na adaptaci dítěte. Nemoc má i své predispozice a vlivem prostředí může být výrazně ovlivněna. Prognóza bývá většinou příznivá. Postupným vývojem a zráním dítěte syndrom ustupuje do pozadí a bývá kompenzován. Velkou nevýhodou a nebezpečím je, když dítě vyrůstá v nepříznivě výchovném prostředí, které neakceptuje jeho změněnou reaktivitu a dochází k narušení jeho celkového vývoje i osobnosti. Může dojít až k závažným poruchám chování. (8)

1.9 Prevence

Samotná preventivní péče vychází z respektování jednotlivých působících faktorů v průběhu individuálního vývoje dítěte. Čím je dítě mladší, tím více bude preventivní péče zaměřena na osoby, na kterých je dítě zcela závislé. Vzdělávací a výchovné programy jsou zaměřeny na rodiče, pedagogy, zdravotníky, ale i na děti samotné. V prevenci duševních poruch je nutná spolupráce odborníků, kteří mají vliv na dětskou populaci a jejich rodiny. V rámci integrované spolupráce je velmi důležitá a nepostradatelná úloha dětského psychiatra a psychologa. (5)

2 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉM

Pro svojí závěrečnou práci jsem si na dětském oddělení „A“ psychiatrické léčebny vybrala třináctiletého chlapce, který byl přijat na doporučení odborného lékaře DPA do dětské psychiatrické léčebny s diagnózou hyperkinetická porucha aktivity a pozornosti, smíšená porucha školních dovedností. Jde o chlapcův první pobyt v dětské psychiatrické léčebně. V současné době chodí do páté třídy zvláštní školy speciální.

2.1 Identifikační údaje

Jméno: K. M.
Věk : 13 let
Pohlaví: muž
Stav: dítě
Bydliště: okres Teplice
Datum přijetí: 10. 1. 2009
Důvod přijetí: hyperkinetická porucha aktivity a pozornosti

2.2 Rodinná anamnéza

Matka J. narozená v roce 1971, pracuje jako účetní.

Otec M. narozen v roce 1970, pracuje jako číšník, nežije s rodinou, jsou rozvedeni.

Na výchově chlapce oba rodiče spolupracují. Matka každé ráno vozí chlapce do školy, otec jej ze školy vyzvedává. Kromě toho otec chlapce navštěvuje každou středu v týdnu a o víkendu 1x za 14 dní jezdí spolu na výlet. Matka s chlapcem žije sama v bytě 4+1, sourozence nemá.

2.3 Osobní anamnéza

K. se narodil z první gravidity, fyziologický, porod byl protrahovaný, komplikovaný pro dítě i matku. Plod měl obrácenou polohu, bylo přistoupeno

k operačnímu řešení. Dítě bylo kříšeno. Jeho porodní hmotnost byla 3000 g, délka 51 cm. Chlapec cvičil Vojtovu metodu pro stočený trup po porodu, byl v péči neurologa. Psychomotorický vývoj: Chlapec začal chodit v 15 měsících, věty tvořil okolo 2 let, v řeči byl opožděný. Jeho celkový vývoj byl zpomalený. Čistotu dodržoval od 3 let. Od 4 let navštěvoval mateřskou školu. Jeho adaptace byla špatná, byl úzkostný, měl obtíže v cizím prostředí. V dětském kolektivu se u chlapce vyskytovaly mírné projevy agrese. Pro jeho školní nezralost bylo nástup do školy odložený o rok. Po půl roce zaškolení na základní škole byl přeřazen do zvláštní školy speciální pro nezvládnutí školní výuky. Měl svým třídním pedagogem vypracovaný individuální výukový plán, který respektoval jeho zdravotní stav a vývojovou úroveň. Chlapec špatně zvládal trivium. Písmena poznával, ale problémy měl při skládání do slabik, psal pouze hůlkovým písmem, počítal do deseti s názorem a s pomocí učitele. Opakoval 3. ročník. Poslední vysvědčení mělo hodnocení slovní.

2.4 Nynější stav

V posledních třech měsících se chování chlapce výrazně změnilo. Chlapec se dostal v místě bydliště do party nevhodných kamarádů. Účastní se aktivit, kdy nerozpozná nebezpečnost a důsledky svého chování. Byl několikrát vyšetřován policií. Začal kouřit marihuanu, utíká z domova, chybí mu orientace v sociálním prostředí. Nedokáže odhadnout případné riziko či nesprávnost svého jednání. Je snadno manipulovatelný svými novými kamarády. Matka ho nezvládá, vznikají mezi nimi časté konflikty, vůči ní je agresivní. Tento stav je ambulantně obtížně řešitelný, neboť chlapec je ve stálém kontaktu s partou problémových kamarádů. Na domluvu obou rodičů chlapec nereaguje proto je chlapec doporučen k hospitalizaci. Rodiče souhlasí.

2.5 Závěr lékařem, diagnóza

Hyperkinetická porucha aktivity a pozornosti F 90.1

Porucha chování a emocí s agresivní složkou F 70.1

Smíšená porucha školních dovedností F 80.0

2.6 Psychiatrické vyšetření

Ze zprávy odborného lékaře: Chlapec je při vědomí, orientován místem i osobou. Časová orientace je nepřesná, datum svého narození neví, bydliště zná. Těká očima po okolí. Seběmenší hluk odpoutá jeho pozornost. Má chudý slovní projev, často odpoví pouze jednoslovně, jeho řeč je dyslalická. Konflikty svádí na druhý, krádeže zapírá. Jeho nálada je přiměřená, myšlení je bez psychotických poruch (bludných a halucinogenních). Je emoční labilní. Má sníženou schopnost řešit životní situace, a sklony ke zkratkovitému jednání. Náhled na svou nynější problematiku, kvůli které je hospitalizován, nemá. Školně je problematický, selhává v učení.

2.7 Psychologické vyšetření

Ze zprávy odborného lékaře: Intelektový potenciál chlapce (schopnost myšlení) je snížen do pásma lehké mentální retardace. Nechápe sociální vazby a mantinely, je egoistický. Kognitivní schopnosti jsou rozloženy nerovnoměrně, především je oslabena jeho názorová složka nadání. Jeho pracovní tempo je pomalé, i jeho dovednosti vzhledem k jeho věku. Na zátěž reaguje podrážděně až agresivně. Chlapec je nezralá osobnost, bez náhledu.

2.8 Medikace v průběhu terapie

Chlorprothixen 15mg 1-1-1 tbl.

Tisercin 1-1-1 tbl.

Indikace podávaných léků:

Chlorprothixen 15mg – neuroleptikum se sedativním účinkem, indikován při neklidu a agresivitě, kdy je třeba uklidnit nemocného a zbavit ho zvýšeného psychického napětí.

Nežádoucí účinky: Při vyšších dávkách se může vyskytnout nežádoucí účinek jako ospalost, únava, sucho v ústech, bušení srdce, závratě, žaludeční nevolnost.

Tisercin – neuroleptikum, indikován při psychomotorickém neklidu k léčbě dospělých i mladistvých,

Nežádoucí účinky: při vyšších dávkách se může vyskytnout zvýšená spavost, závratě, sucho v ústech, zvýšená srdeční činnost

Dále lékař u chlapce naordinoval režimovou a skupinovou terapii, individuální přístup v relaxačních technikách, logopedickou nápravu a celkový zvýšený dohled. Chlapec bude pokračovat v individuálním vzdělávacím plánu, který má vytvořený pro školní výuku. (18)

2.9 Charakteristika nemocného na oddělení:

Spánek – spí přibližně určenou dobu

Jídlo – sní přiměřenou porci

Motorika – neklidný

Slovní produkce – povídavý

Nálada – přiměřená situace

Pozornost – nepozorný

Citová vzrušivost – občas vzteklý

Hygiena – norma

Agresivita – pošťuchuje, provokuje

Sebehodnocení – nekritický

Podléhavost – přidá se ke skupině

Zařazení v kolektivu – přijímán

Sociální adaptabilita – v normě

2.10 Průběh hospitalizace

Po celou dobu hospitalizace se chlapec výrazně snažil, měl celkem dobré bodové hodnocení. Zapojoval se do všech aktivit a her na oddělení i na vycházkách, a to v mezích svého fyzického fondu. Školní přípravu vykonával pod dohledem sestry.

Úkoly se snažil splnit co nejrychleji, i když pozornost dlouho neudržel. Bylo nutné u něj činnosti střídat. V jídlu nebyl vybíravý, předloženou porci snědl, stoloval slušně. Nedokázal udržet pořádek ve svých věcech ve skříni. S tím mu pomáhal kamarád na pokoji. Chodil vždy čistě oblečen a upraven. Hygienu dodržoval a zvládal sám. Občas byl napomínán pro hlučnost. Při rozhovoru byl na něm patrný neklid a napětí. Někdy byl hodně povídavý. Trochu se předváděl. Denně cvičil logopedii pro špatnou výslovnost řeči. V léčebně si zvykl na terapeutický řád celkem dobře a poměrně rychle se zapojoval do činností. Našel si zde kamarády.

Při školní přípravě četl text pomalým tempem, některé slabiky si hláskoval. Používal dyslektické okénko. Někdy zbytek slova doplňoval tím, co se mu hodilo a ne tím, co bylo v textu. Psal pouze hůlkovým písmem, opis zvládal sám. Sčítal a odčítal do 100 bez přechodu přes desítku s pomocí a s názornou technikou. Násobil a dělil s pomocí tabulky, pamatoval si násobkové řady 2, 3, 5, 10. Jednoduchá cvičení vypracoval samostatně.

Ve výkonné činnosti se snažil, ale po chvílce býval neklidný. Měl nízkou frustrační toleranci, na zátěž reagoval podrážděně. Náhled na své chování neměl. Nepřipouštěl si jeho závažnost. Byl snadno ovlivnitelný. Věděl, jaké chování se od něj očekávalo, ovšem pravidla občas porušoval. Své chování nedokázal dostatečně regulovat. Nápravu sliboval mnohdy jen formálně.

Po celou dobu hospitalizace rodiče chlapce v léčebně pravidelně navštěvovali, psali mu dopisy. Brali si ho 1x za měsíc na víkendovou dovolenku domů.

Chování chlapce se během pobytu zlepšovalo, byl přístupnější. Výrazná agresivita ustupovala. Zapojoval se plně do programů na oddělení. Vztah s matkou se vylepšil, návštěvy i propustky měly klidný průběh. Na oddělení se choval dobře, do školy měl vždy připraveně pomůcky. Při autogenním tréninku spolupracoval velmi dobře. Na oddělení se choval klidně.

2.11 Prognóza

Trvale byl chlapec propuštěn do domácí péče po pěti měsících léčebného pobytu. Byla mu doporučena další ambulantní péče a sledování ve spádové oblasti DPA. Při selhání je rodičům daná možnost opětovné hospitalizace v DPL.

Důvodem hospitalizace chlapce bylo předejít jeho delikventnímu chování a agresivitě, což by při ambulantní léčbě bylo velmi problematické. Motivovat ho k terapii a vysvětlit mu doporučení lékaře. Aktivně a iniciativně chlapce získat pro dodržení léčebného režimu, zmírnit projevy jeho základního onemocnění. (3) Po dobu hospitalizace si chlapec zlepšil školní výsledky.

3 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

3.1 Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces řeší problémy nemocných. Je to vědecká metoda, jejíž základem je poskytování individualizované a vstřícné ošetřovatelské péče. Jsou to vlastně vzájemně propojované činnosti, které se provádí ve prospěch nemocného. Charakteristickým rysem je plánovité uspokojování potřeb člověka. Vychází z aktivních činností sestry.

Ošetřovatelský proces je složen z pěti komponentů:

- shromažďování informací
- stanovení ošetřovatelské diagnózy
- plánování ošetřovatelské péče
- realizace ošetřovatelské péče
- zhodnocení poskytnuté péče (12)

V ošetřovatelství je poskytovaná péče ovlivňována určitým modelem. Materiálem pro určitý ošetřovatelský model jsou myšlenky sestry. Každá sestra má svou určitou představu v ošetřovatelské péči, co je nejdůležitější k dosažení cíle pacienta a jak ho co nejoptimálněji dosáhnout. Vhodný model je důležitý pro efektivní ošetřovatelství. Realizaci dojdeme k cíli a nabytím oboustranné spokojenosti.

Použití ošetřovatelského procesu v praxi

Na základě odebrané anamnézy vypracuji ošetřovatelský proces pro mého pacienta. Použiji „Model fungujícího zdraví“ Marjory Gordonové. (13)

Hlavním obsahem tohoto modelu je interakce osoba – prostředí. Slouží k celkovému zhodnocení zdravotního stavu pacienta sestrou. Zdravotní stav člověka je vyjádřením bio-psycho-sociálních složek. Pokud je narušena jedna část celku, je narušena rovnováha celého organismu. Zdravotní stav pacienta může být buď funkční (ovlivněn biologickými, vývojovými, kulturními, sociálními, duchovními faktory) nebo dysfunkční, kdy sestra stanoví ošetřovatelské diagnózy podle priorit a vytvoří odpovídající plán ošetřovatelské péče.

Model tvoří dvanáct oblastí:

- vnímání zdravotního stavu
- výživa a metabolismus
- vylučování
- aktivita, cvičení
- spánek, odpočinek
- vnímání, poznávání
- sebepojetí, sebeúcta
- plnění rolí, mezilidské vztahy
- sexualita, reprodukční schopnost
- stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance
- víra, přesvědčení, životní hodnoty,
- jiné (13)

3.2 Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení nemocného

Ošetřovatelskou anamnézu jsem u svého pacienta odebrala devátý den hospitalizace a zpracovala podle Modelu funkčního zdraví Marjory Gordonové. (13) Informačními zdroji byl rozhovor s dítětem, s jeho rodiči, seznámení s chlapcovou zdravotní dokumentací. Další informace jsem si doplnila samotným pozorováním chlapce. Nedílnou součástí byly také informace od ostatních členů ošetřujícího personálu.

Získané informace jsem zhodnotila, stanovila ošetřovatelské diagnózy a sestavila plán ošetřovatelské péče.

Vnímání zdravotního stavu

Chlapec si je vědom toho, že posledního půl roku maminku zlobí, neposlouchá, občas byl vůči ní agresivní, i jí uhodil. Teď je mu to líto. Když byl malý chlapec, taky zlobil, ale teď si myslí, že zlobí nějak víc. Dostal se do party nevhodných kamarádů, účastnil se aktivit hraničících s delikvencí. Nerozpoznal nebezpečnost setrvání v partě a následně důsledky svého nevhodného chování. Když ho maminka nechtěla pustit ven,

několikrát jí utekl z domova. Rodiče si s ním hodně povídají o jeho zlobení. On jim vždycky slíbí, že už bude hodný, ale nedodrží to. Tak proto je teď v léčebně. Říká, že bude poslouchat, aby se brzo dostal domů. Mamince chce tak udělat radost, i tátovi. S partou se už stýkat nechce, protože teď má z toho jenom problémy.

Výživa a metabolismus

Chlapec je vyšší, štíhlé postavy. Dietní omezení nemá. Chrup má v pořádku. Přiznal, že každé ráno snídá oplatku. Ve škole má zaplacené obědy, kam pravidelně po skončení výuky chodí. Má rád polívky, druhé jídlo někdy rozdává, protože pospíchá za kamarády. Jí celkem všechno. Běžně za den vypije 2 litry tekutin i více. Za peníze od rodičů na kapesném si často kupuje sladkosti. Má rád ovoce, minerálky, oplatky a čokolády. Ví, že nadměrná konzumace sladkého škodí organizmu.

Během hospitalizace má dietu číslo 13 – stravu, která odpovídá dětské výživě.

Vylučování

V domácím prostředí nemá problémy s vyprazdňováním. Na stolicí chodí pravidelně, denně. Problémy s močením nemá. S vylučováním nemá problémy ani během hospitalizace.

Aktivita, cvičení

Chlapec neprovozuje žádný sport. Říká o sobě, že je nešikovný a neobratný. Nemůže se ostatním vyrovnat. Nejdou mu hlavně míčové hry, neumí běhat. Při hrách v tělocvičně vypadává jako první. Je brzy fyzicky vyčerpaný a následně dochází i k drobným oděrkám a poranění. Rád chodí na procházky s maminkou. Poslouchá moderní hudbu, listuje v knížkách o přírodě. U otce má počítač, na kterém rád vyhledává zajímavosti. Tady v léčebně mu čas neutíká. Pořád musí poslouchat personál a plnit zadané činnosti. Vycházky se skupinou má rád. Nejvíce se mu líbí procházky po starých hradbách města a návštěva cukrárny.

Spánek, odpočinek

Za celý den bývá chlapec dost unavený. Doma je zvyklí chodit spát ve 22 hodin, ráno vstávat v 6,30 hodin. Když už věděl datum příjmu k hospitalizaci do léčebny, nemohl každý večer doma dlouho usnout. Myslel na pobyt v novém prostředí.

I zde má problém s usínáním. Ruší ho přítomnost ostatních dětí, v noci se budí a ráno je nevyspalý. Někdy ho bolí hlava. S postupující hospitalizací si chlapec na nové prostředí zvyká a problémy se spánkem pozvolna ustupují. Při nočních kontrolách oddělení personálem chlapec spí klidně.

Vnímání, poznávání

Chlapec slyší a vidí dobře, brýle nenosí. Orientuje se a odpovídá přiměřeně. Doma chodí pravidelně na logopedickou nápravu řeči. Má problémy s učením. Navštěvuje speciální školu s individuálním výukovým plánem.

I v léčebně během hospitalizace pokračuje ve speciálního výukového programu, neboť při léčebně je škola, kterou každý den dopoledne chlapec navštěvuje. 1x týdně za chlapcem do léčebny dochází logoped. Zadané úkoly chlapec cvičí poctivě denně pod dohledem personálu.

Sebepojetí, sebeúcta

Chlapec je žákem 5. třídy základní speciální školy praktické, kam byl přeložen pro nezvládání trivia a těžko udržitelnou pozornost a neklid. Sám říká, že ho škola baví, ale nezvládá jí. Často se vzteká. S dětmi mívá konflikty. Opakoval třetí ročník. V prvouce měl obrovský přehled a nedostatky při čtení, psaní a počítání mu vynahrazovala dobrá paměť. Byl u něj vypracován individuální vzdělávací plán, tak aby vydržel pracovat s ostatními dětmi.

V současné době v léčebně čte pomalým tempem, používá dyslektické okénko. Píše hůlkovým písmem, zvládá opis, ale potřebuje kontrolu, pomoc i dohled sestry i učitele. Sčítá a odčítá do 100 bez přechodu přes desítku. Násobí a dělí s pomocí s tabulky. Velmi pomalým tempem vypracuje jednoduchá cvičení samostatně. Pracuje s kalkulačkou. V přírodopisu a vlastivědě se orientuje dobře. Má dobré znalosti. Rád

vypráví o probírané látce. Při pracovních činnostech je nejistý, ujišťuje se, zda je to pěkné a správně. Při některých činnostech potřebuje pomoc. Pracuje s fantazií.

Až vychodí základní speciální školu, chtěl by pracovat v keramické dílně. Ta je v místě jeho bydliště. Práce s hlinou ho baví.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Chlapec nemá sourozence. Rodiče jsou rozvedeni. Bydlí s maminkou. Tatínek je často navštěvuje. Oba rodiče jsou pro chlapce velmi důležití. Myslím, že se snaží mu vytvořit dobré zázemí, i když jsou rozvedení. Má je rád. Často o nich mluví a přitom se rozpláče z obavy, aby na něj rodiče nezapomněli, aby mu posílali dopisy a jezdili na návštěvy, aby nezůstal sám.

Během hospitalizace se k personálu na oddělení chová slušně. V kolektivu je ale konfliktní, děti pošťuchuje a provokuje. Postupně během hospitalizace se snaží na oddělení najít si kamarády.

Sexualita, reprodukční schopnost

Líbí se mu nějaké spolužačky ze třídy zvláště jedna je moc hezká. Ale ona o tom neví. Je to jeho tajemství. Dál hovořit o tom se stydí. Vzhledem k jeho věku již další otázky z této oblasti chlapci nepokládám.

Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance

Chlapec je lehce ovlivnitelný, nechal se vtáhnout do party chlapců. Účastnil se společensky nevhodných aktivit, které hraničily s delikvencí. Začal kouřit marihuanu. Mamince kradl peníze, utíkal z domova. Vzhledem ke svému nižšímu intelektu nerozpoznal nebezpečnost a důsledky jednání. Ambulantně byl tento stav obtížně řešitelný. Nerespektoval autoritu, nechal se vyprovokovat, byl využíván dětmi. V začátku hospitalizace se chlapec dětí v léčebně straní. Vyhledává klid a samotu. Postupně si ale nachází nové kamarády, začíná se zapojovat do aktivit na oddělení.

Víra, přesvědčení, životní hodnoty

V současné době je pro chlapce nejdůležitější, aby jeho hospitalizace nebyla příliš dlouhá, ale aby byla pro něj úspěšná. Jeho citové vazby jsou hodně svázané s maminkou. Chce se celkově zklidnit, zlepšit si chování, vylepšit si školní výsledky. Najít si nové kamarády se mu moc na začátku hospitalizace nedaří. Chtěl by, aby maminka s tatínkem z něj měli radost. Chlapec není nábožensky založený.

3.3 Stanovení ošetřovatelských diagnóz

Ošetřovatelské diagnózy jsem stanovila na základě rozhovoru s nemocným, vlastním postupným pozorováním nemocného, informacemi od rodičů, od ošetřujícího personálu a seznámením s dokumentací. Po zhodnocení všech informací jsem stanovila ošetřovatelské diagnózy z hlediska ošetřovatelské péče a potřeb mého pacienta ve spolupráci s ním.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy k desátému dni hospitalizace:

Impulzivita v souvislosti se základním onemocněním

Bolest hlavy v souvislosti s hospitalizací

Porucha chování z důvodu neklidu a hyperaktivity

Úzkost z důvodu odloučení od rodičů

Porucha spánku z důvodu změny prostředí (2)

Potencionální ošetřovatelská diagnóza:

Riziko úrazu pro zbrkllost v jednání (2)

3.4 Krátkodobý ošetrovatelský plán

Krátkodobý ošetrovatelský plán jsem stanovila na 10. den hospitalizace. Rozhodla jsem se tak z důvodu celkové lepší spolupráce s chlapcem. Po stanovení ošetrovatelských diagnóz jsem vypracovala ošetrovatelské plány ve spolupráci s chlapcem

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

Impulzivita v souvislosti se základním onemocněním

Cíl:

Chlapec adekvátně reaguje na podněty z okolí.

Plán ošetrovatelské péče:

- přizpůsobit chování chlapce dané situaci
- respektovat autority
- přiměřeně reagovat na sdělované pokyny a příkazy
- přiměřeně reagovat při kontaktu s ostatními chlapci
- získat pozornost dítěte
- kontrolovat negativní projevy dítěte a odstranění příčin

Realizace:

Po probuzení je chlapec klidný. Připravuje se na ranní rozcvičku. Během ní dochází ke konfliktu s jiným chlapcem. Nezaviněná srážka při běhu s druhým chlapcem ho natolik vyprovokuje, že chlapce odvádím z tělocvičny na hernu ke zklidnění. Pohovorem spolu rozebíráme proběhlou situaci. Chlapec se během chvilky zmírní a zklidní. Vysvětluji mu, že se musí naučit tlumit a ovládat své reakce na podněty zvenčí, které k němu doléhají. Nesmí se nechat vyprovokovat ostatními dětmi, ale ani ostatní děti nesmí sám pošťuchovat. Když se ho někdo dotkne, nesmí hned reagovat ze začátku agresivně. Chlapce odvádím zpět do tělocvičny k dokončení ranní rozcvičky. Sleduji jeho aktivitu a projevy při cvičení.

Hodnocení:

Je vidět, že se chlapec výrazně snaží svou impulzivitu ovládat. Ale svoji reakci nedokáže utlumit tak jak by chtěl. Hodně se tím trápí. Cíle nebylo dosaženo.

Bolest hlavy v souvislosti s novým prostředím

Cíl:

Chlapec nepocítuje bolest hlavy.

Plán ošetrovatelské péče:

- všimnout si projevů a intenzity bolesti
- vysvětlit příčiny bolesti
- nefarmakologické tišení bolesti
- upozornění lékaře na projevy bolesti
- podat lék na utišení bolesti dle ordinace lékaře
- sledovat analgetický účinek léku

Realizace:

Chlapec si dopoledne v 9 hod. začíná stěžovat na bolest hlavy. Sedí v ústraní, s chlapci se nebaví. Cílenými dotazy zjišťuji, že kromě hlavy chlapce nic jiného nebolí, ale že se mu stýská po mamince. Změřila jsem mu tělesnou teplotu. Byla naměřena hodnota 36,5 C. Následně je chlapec prohlédnut dětskou lékařkou, ta neshledává žádnou nemoc. Doporučuje dohled u chlapce nad pitným režimem a podání 1 tablety Ibalginu 200mg. p.o., jednodenní relativní klid na lůžku, kontrolu stavu pacienta službou konajícím lékařem a změření tělesné teploty ještě v poledne a večer. Je uložen na lůžko ve svém pokoji. V rozhovoru jsem se snažila chlapce zklidnit. Následně po domluvě s chlapcem potichu pouštím relaxační hudbu. Již dvě hodiny po podání léku, v 11 hod., hlava chlapce přestává bolet, cítí se lépe. Potom spí až do oběda. Naměřené hodnoty tělesné teploty v poledne a večer byly v normě, bez zvýšených hodnot. Vypil celkem za celý den 2,5 litru čaje. Na doporučení lékařky chlapce omlouvám z dnešního školního vyučování. Odpoledne chlapec nejde na vycházku. Zůstává se mnou na oddělení. Spolu se věnujeme výtvarné činnosti. Přináším balíček plastelíny. Chlapec se snaží vymodelovat nějaké zvířátko. Potom z časopisů vybíráme vhodné obrázky, které posléze vystřihujeme a lepíme na barevný papír. Tvoříme koláž a zpříjemňujeme si tak

dlouhé odpoledne. (1) Chlapec velmi rád a ochotně spolupracuje. Pak spolu procvičujeme logopedii. Před večerí plníme společně krátkou školní přípravu.

Hodnocení:

Cíle bylo dosaženo. Bolest byla odstraněna. Chlapec se zapojil do běžných denních činností.

Porucha chování z důvodu neklidu a hyperaktivity

Cíl:

Chování dítěte na večerní komunitě je přiměřené situaci a očekávání ošetřujícího personálu.

Plán ošetřovatelské péče:

- respektovat autoritu
- usilovat o získání pozornosti a důvěry dítěte
- co nejvíce s ním komunikovat a zjistit jeho subjektivní pocity
- seznámit dítě s plánovanými činnostmi, každý krok podrobně vysvětlit nebo názorně předvést
- všimnout si negativních projevů chování dítěte, zjistit příčinu
- umožnit mu zbavit se zvýšeného napětí vhodnou herní hrou

Realizace:

Chlapec na večerní komunitě udrží pozornost jen krátkou chvíli. Pak se vrtí, hraje si s rukama. Celá jeho skupina řeší zadaný úkol na čas. S novou činností chlapce seznamují, dostatečně opakují a vysvětlují, co od něj budou chtít. Dává najevo pokyvováním hlavy že všemu rozumí, ví, co má dělat. Chlapce však každý podnět vyruší v započaté práci a začne odbíhat od tématu. To způsobuje narušení jeho zadané práce, ale i celé skupiny v zadaných činnostech. Připomínám mu, že má dokončit úkol a nerušit ostatní chlapce. Přesto odbíhá od tématu a věnuje se jiné činnosti. Chvillemi nepracuje. Zadaný úkol chlapci názorně vysvětlují a pracují s ním. Všimám si jeho projevů, mluvím k němu klidným hlasem. Zadaný úkol jsme společně splnili.

Hodnocení:

Chlapec má problémy s dokončením započaté práce. Snaží se, ale ztrácí sebekontrolu. Úkol ho pak přestává bavit. Cíle bylo dosaženo jenom částečně.

Úzkost z důvodu odloučení od rodičů

Cíl:

Zmírnění projevů úzkosti. Seznámení s autogenním tréninkem

Plán ošetrovatelské péče:

- zjistit příčinu úzkosti
- sledovat projevy úzkosti
- komunikovat s dítětem
- zjistit rodinné zázemí
- nabídnout rozptýlení pomocí herních aktivit
- nácvik relaxačních technik
- poskytnout dítěti fyzický kontakt
- povzbudit dítě k samostatné aktivní činnosti
- zajistit pohovor s psychologem

Realizace:

Po večerní hygieně opakovaně chlapec nechce jít na velkou hernu mezi děti, ale chce zůstat na pokoji. Všimám si jeho celkových projevů. Je neklidný, třesou se mu ruce, uhýbá zrakem a začíná plakat. Dotazem zjišťuji, že se mu stýská po rodičích. V následné komunikaci se chlapec rozhovoří o mamince a slibuje, že jí následující den napíše dopis. Stále plače, a tak navrhuji aktivitu na velké herně. Utírá si slzy a souhlasí. Vybírám hru, která nevyžaduje složitou přípravu. Na velké herně vytvořím za pomoci celé své skupiny osmi dětí včetně K. kruh ze židlí, na které se děti posadí. Jeden chlapec předvádí určitou činnost bez mluveného slova a ostatní děti tuto činnost mají za úkol uhodnout. Hrou se posilují sociální vazby dětí i jejich trpělivost. Chlapce hra zaujala, bez problémů zapojil. Též jsem ho seznámila s nácvikem relaxačních technik ke zvládnání stresu a úzkosti.

Hodnocení:

Cíl byl splněn. Chlapec se celkově zklidnil. Do herní aktivity se zapojil. Pocit úzkosti pominul. K prevenci úzkosti jsem chlapce naučila autogenní trénink.

Porucha spánku z důvodu změny prostředí

Cíl:

Usínání i spánek dítěte bude nerušený v délce 8 hodin.

Plán ošetrovatelské péče:

- večerní aktivitu dítěte upravit tak, aby navazovala na večerku
- ukládat chlapce ke spánku ve 21 hodin
- vysvětlit důležitost spánkového režimu
- vysvětlit dítěti znepokojení týkajícího se nového prostředí
- zajistit noční klid na celém oddělení
- průběžně kontrolovat a vyhodnotit noční spánek

Realizace:

Před večerkou přicházím ke Kamilovi na pokoj. Je již na lůžku a prohlíží si knížku. Pokoj krátce vyvětrám. Podávám mu plyšového medvídka, kterého si přinesl z domova a ubezpečuji ho, že podmínky na spaní jsou tady stejné jako doma. Ještě nezapomínám dodat, že jeho spánek bude průběžně kontrolovat po celou noc noční sestra. Ve 21 hodin zhasínám světlo na pokoji a přeji všem chlapcům na pokoji dobrou noc. Během chvilky chlapec spí. Klidně spal i při nočních kontrolách pokojů sestrou každou hodinu až do ranního budíčku.

Hodnocení:

Usínání i spánek byl kvalitní v délce 8 hodin bez probuzení. Cíle bylo dosaženo. Po probuzení v 6.30 hod. měl chlapec pocit celkové tělesné pohody.

Potencionální ošetřovatelská diagnóza

Riziko úrazu pro zbrklost v jednání z důsledku základního onemocnění

Cíl:

Chlapec nemá po dobu hospitalizace úraz.

Plán ošetřovatelské péče:

- zajistit dítěti bezpečné prostředí
- nenechávat dítě bez trvalého dozoru
- nevystavovat dítě nadměrnému vyčerpání
- zajistit dítěti během dne odpočinek
- sledovat projevy únavy
- pohovorem vysvětlit možné následky zbrklého jednání

Realizace:

Kamil je nadměrně zvědavý chlapec, nerozpozná nebezpečnost svého chování a možné důsledky. Provádím u něj osobní pohovor. Je velmi pečlivě seznámen s novým prostředím, terapeutickým režimem a řádem na oddělení. Vždy pracuje pod dozorem s celou skupinou a s pomocí sestry. Fyzicky je neobratný a nešikovný. Ostatním chlapcům se nemůže vyrovnat. Nemá rád sportovní aktivity, je rychleji unaven než ostatní chlapci a hrozí riziko úrazu. Velmi pozorně u něj sleduji projevy únavy. Proto je fyzická aktivita u něj snižena. Zbytečně se tak nevystavuje vyčerpání. Následně přechází na jinou činnost z důvodu prevence úrazu. Během dne dodržuje polední klid na lůžku. Trvá 2 hodiny, často během tohoto klidu spí.

Hodnocení:

Cíl byl splněn. Chlapec byl poučen o možných nebezpečích. Prevencí činností k úrazu za dobu hospitalizace nedošlo.

3.5 Dlouhodobý ošetrovatelský plán

Dlouhodobý ošetrovatelský plán je další individuální opatření pro řešení ošetrovatelských problémů a uspokojování potřeb u pacienta, kdy se nepodařily problémy zcela vyřešit nebo se předpokládá, že budou aktuální i v pokračující hospitalizaci.

Potenciální ošetrovatelská diagnóza je platná i pro dlouhodobý ošetrovatelský plán. (12)

Prevence sociální izolace z důvodu dlouhodobé hospitalizace (2)

Cíl:

Chlapec není sociálně izolovaný, bude se zapojovat do činností na oddělení

Plán ošetrovatelské péče:

- zjistit vyvolávající příčiny
- dostatečně komunikovat s dítětem
- poskytnout dítěti potřebné informace
- zabránit pocitům méněcennosti
- optimistický výhled do budoucna
- pochopit, povzbuzovat a chválit
- podporovat aktivní činnost
- využít zájmu dítěte pro určitou aktivitu
- spolupracovat s rodinou
- všimnout si projevů dítěte
- tlumit nepřiměřené projevy dítěte
- udržovat kontakt s rodinou
- zapojit se do činností dětského kolektivu na oddělení
- všimnout si projevů reakcí dítěte na zátěž

Realizace:

Občas chlapec nezvládá svoji emoční stránku, je plačtivý, uchyluje se do izolace, nechce se podílet na běžných denních činnostech. Prohlíží si rodinné fotografie a zpětně

pročítá dopisy z domova. V takových chvílích je velmi důležité si s chlapcem hodně povídat, nenechávám ho samotného. Snažím se tlumit jeho nepřiměřené projevy. Podávám mu dostatek informací o jeho dosavadní léčbě, o jeho úspěších. Často ho hodně chválím a povzbuzuji do jeho další činnosti. Vysvětluji mu, že pro jeho celkové zklidnění během celé hospitalizace je nejlepší nějaká aktivní činnost v podobě herní terapie nebo pracovní činnosti.

Chlapce každý týden pravidelně navštěvují rodiče. Výrazně se tak upevňuje jeho vztah s rodinou. Je přístupnější a lépe spolupracuje.

Celkově se snažím tlumit jeho negativní emoce, které se u chlapce občas projevují. Využívám relaxační techniku autogenního tréninku, která je často používaná v psychoterapii. Při relaxaci chlapec leží na zádech na lůžku na pokoji, ruce má volně podél těla. Předčítám mu formulky, které mají šest postupů. Chlapec se tak poddává představám v klidu a nechává je na sebe působit. Systematicky se snažím navodit jeho celkové uvolnění a zklidnění. (6) Autogenní trénink někdy provádím u chlapce i před večerkou, pro rychlejší zklidnění a navození spánku.

Hodnocení:

Přestože má chlapec velké obavy z odloučení od rodiny, jsou tyto obavy dostatečnou komunikací, informovaností a povzbuzením do další činnosti odstraněny. Postupně se během měsíce zapojoval do kolektivu i činností na oddělení. Cíle bylo úspěšně dosaženo.

3.6 PROGNÓZA

Myslím si, že současná prognóza u chlapce se bude vyvíjet od jeho zodpovědnosti vůči sobě samému. Snaha se mu nedá v žádném případě upřít. Velkou oporu bude mít ve svých rodičích. Je ale velké nebezpečí, že vzhledem k opakujícímu se problémovému chování, které nelze až tak výrazně ovlivnit výchovnými postupy a dalšími zmíněnými skutečnostmi, lze předpokládat u chlapce disharmonický vývoj osobnosti. Opakovaný výskyt problémového chování po návratu do domácího prostředí nelze vyloučit.

3.7 EDUKACE

Edukace je nezbytnou součástí léčby dítěte. Probíhá již v době, než je dítě propuštěno do domácího prostředí. Přihlížíme jak k věku dítěte, tak i k jeho individuálním rozumovým schopnostem a dovednostem. Od samého začátku se snažíme dítě získat ke spolupráci. Pozitivně vytváříme správné návyky a postupně se snažíme odbourat návyky nežádoucí. Dítě musí znát pravidla a zásady, které je nutno dodržovat. Při jeho prohřešku je nutný rychlý a důrazný zákrok. Při tom musíme dávat pozor na prohřešky, kterých se dítě dopustí svojí zbrklostí a nešikovností. Je velmi důležitý vhodný výchovný přístup. Často využíváme k řešení problémů ranní a večerní klidné doby. Další důležitou součástí edukace jsou komunity, které nabízí dítěti další možnost řešení problémů. Celkově se snažíme vytvářet dítěti přirozené sociální prostředí. Vzbuzujeme u něj zájem o to, co se má naučit a zájem povzbuzujeme pochvalou.

Musíme spolupracovat i s jeho rodinou. Dítě musí cítit, že ho všichni doma mají rádi, a že jsou ochotni mu pomáhat. Velmi důležitá je úprava režimu dne, jak vše zvládat a hlavně předcházet negativním projevům.

Škola je pro chlapce nejtěžším úsekem. Je nutné aby učitelé byli informováni o zvláštěnostech dítěte a jemu přizpůsobili vyučovací plán. Byli ve styku s rodinou.

Nade vše je důležitá u dítěte důslednost, trpělivost, klid a optimistický výhled do budoucna. Chlapec sám se musí snažit a rodina i škola mu pomůže, aby vyrůstal v chápavém a vstřícném sociálním prostředí.

K edukaci dětských pacientů slouží i měsíční prázdninové pobyty v místní dětské léčebně pro děti s poruchou chování.

Chlapec se za celou dobu pobytu výrazně zklidnil. Myslím si, že jeho budoucí vývoj bude hlavně záležet na tom, jak se upraví jeho celodenní režim, aby mu jeho rodina porozuměla a pomohla mu upravit jeho životní i školní podmínky. A Kamil má to štěstí, že jeho maminka i tatínek jsou mu velikou oporou.

ZÁVĚR

V závěru bych chtěla shrnout, že ve své bakalářské práci jsem se věnovala problematice ošetrovatelské péči o dítě s hyperkinetickým syndromem. Práce se skládá z části klinické a z části ošetrovatelské.

V klinické části jsem popsala charakteristiku problematiky choroby dítěte s hyperkinetickou poruchou. Ve své práci jsem uvedla stručnou etiologii, příznaky, diagnostiku, terapeutické zásady. Popsala jsem průběh hospitalizace a krátce jsem nastínila léčbu.

V části ošetrovatelské jsem se věnovala ošetrovatelskému procesu v době hospitalizace mého pacienta v dětské léčebně. Byly stanoveny aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy, a na základě toho rozpracován ošetrovatelský plán péče o pacienta s následným hodnocením. Důležitým bodem této práce bylo zpracování edukačního plánu.

RESUME

In the resume I would like to conclude, that I devoted to issues of nursing care for children with hyperkinetic syndrome. My thesis consists of two parts, clinical and nursing.

In the clinical part I described the characteristics of problems of the child with disease of hyperkinetic disorder. In my thesis I introduced a brief etiology, symptoms of diagnostics and therapeutic principles. I also described course of hospitalization and briefly the treatment as well.

In the nursing part I devoted to the nursing process during the hospitalization of my patient in the sanatorium for children. Actual and potential nursing diagnosis were determined. Based on the results, the nursing treatment schedule for the patient with subsequent reviews was developed. An important point of this work was the processing of the educational plan.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:

1. BRÁZDILOVÁ N.: *Organicky podmíněné dysfunkce CNS*. IDVPZ Brno 1996, ISBN 80-7013-221-3
2. FENDRYCHOVÁ J., ZOUHAROVÁ A., VACUŠKOVÁ M.: *Ošetrovatelské diagnózy v pediatrii*, 2. rozšířené vydání, NCO NZO Brno 2005, ISBN 80-7013-432-1
3. GULÁŠOVÁ I.: *Úloha sestry při podpoře duševního zdraví*. Časopis SESTRA 10/2004, Ročník XIV, ISSN 1210-0404 Tématický sešit 141 Psychiatrie, str.39.
4. GURÁŠOVÁ H.: *Výchovná problematika v dětských zařízeních*. IDVPZ Brno 1996, učební text, ISBN 80-7013-212-4
5. HORT V., HRDLIČKA M., KOCOURKOVÁ J., MALÁ E. a kol.: *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Portál, s.r.o., Praha 2002, ISBN
6. JOBÁNKOVÁ M. a kol. autorů: *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. NCO NZO Brno 2004, ISBN 80-7013-390-2
7. MALÁ E., PAVLOVSKÝ P.: *Psychiatrie*. Portál, s.r.o. Praha 2002, ISBN 80-7178-700-0
8. MARKOVÁ E., VENGLÁŘOVÁ M., BABIAKOVÁ M.: *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Grada Publishing, a.s., 2006, ISBN 80-247-1151-6
9. MARTÍNKOVÁ J. a kol.: *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. Grada Publishing, a.s., 2007, ISBN 978-80-247-1356-4
10. Neurologie pro praxi, ročník 2007, číslo 4.,
<http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2007/04/08.pdf>
MUDr. MEDŘICKÁ H.: *ADHD*, dostupnost 14.1.2010

11. SBORNÍK PŘEDNÁŠEK II. : *Po stopách psychiatrického ošetřovatelství*. Psychiatrická sekce ČAS 2005

12. STAŇKOVÁ M.: *Jak provádět ošetřovatelský proces*. České ošetřovatelství 4, IDVPZ Brno 1999, ISBN 80-7013-283-3

13. TRACHTOVÁ E. a kol.: *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. NCO NZO Brno 2006, ISBN 80-7013-324-4

14. VENGLÁŘOVÁ M., MAHROVÁ G.: *Komunikace pro zdravotní sestry*. Grada publishing, a.s., 2006, ISBN 80-247-1262-8

15. zdroj

<http://www.psychoweb.cz/leky-a-letaky/concerta---pribalovy-letak-ucinky-nezadouci-ucinky-davkovani/>, poslední schválení 16.7. 2008, přístup 2010-03-09

16. zdroj

<http://www.psychoweb.cz/leky-a-letaky/strattera---pribalovy-letak-ucinky-nezadouci-ucinky-davkovani/>, naposledy schváleno 29.7.2009, přístup 8.3. 2010

17. zdroj

<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/06/09.pdf>

doc. MUDr. L. STÁRKOVÁ, CSc.: *Metylfenidát v léčbě ADHD-10 let ambulantních zkušeností s léčbou*, dostupnost 2010-03-09

18. Zdravotnická dokumentace

Seznam zkratk:

DPL Dětská psychiatrická léčebna

DPA Dětská psychiatrická ambulance

Seznam příloh:

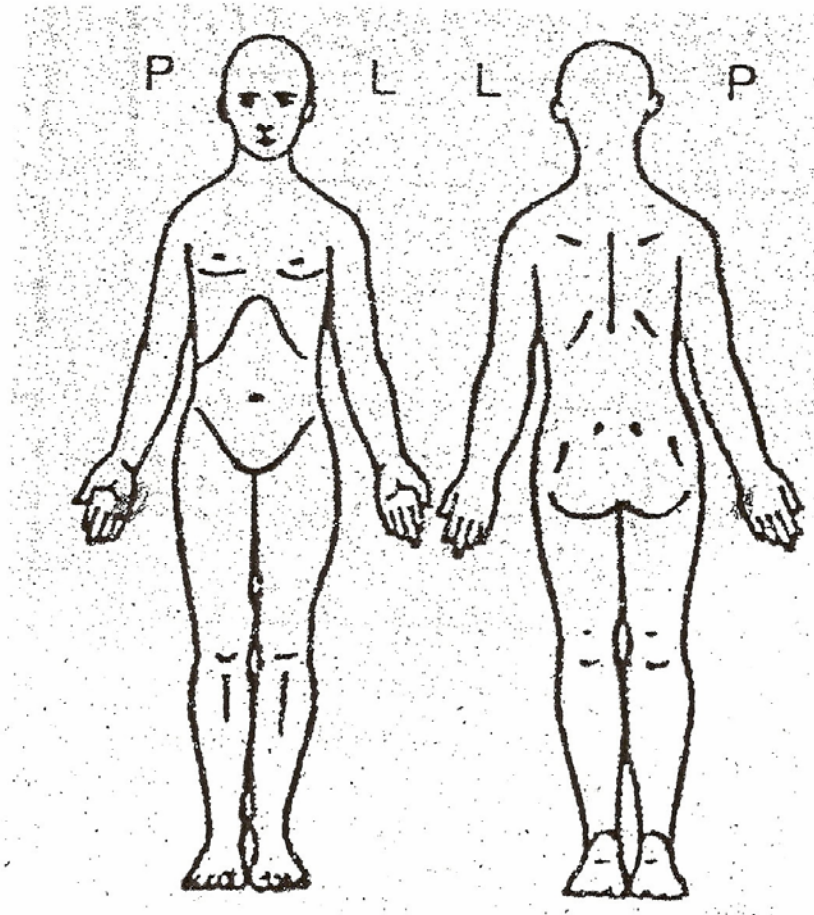
Příloha č. 1 Ošetřovatelská anamnéza

Příloha č. 2 Ošetřovatelský plán

PRÍLOHA č. 1

Ošetrovateľská anamnéza DPL

Jméno:	K. M.				
Rodné číslo:					
Stav kůže:	bež defektu	modřiny	podlitiny	tetováž	jizvy
Stav sliznic:	růžové	bledé	soor	afty	suché jiné
Vlasy:	vši	ano	ne		
Spánek:	kvalitní celou noc	problémy a usínáním	74 DEN PŘED	budí se, jak často	
	spánkové rituály (hračka, pohádky atd.)	74 DEN PŘED	HOPITMIE	předčasné probuzení	
Zrak:	brýle	ano	ne		
Menstruace:	ano	ne	poslední		
Ošetrovateľskou anamnézu vypracovala:	Kováč			Dne:	10.1.2009 prijim na odd. A



Datum	Ošetřovatelské diagnózy	Cíle (očekávané výsledky)	Ošetřovatelské intervence	Hodnocení	Datum Podpis
20/1 2009	Průběh poklesu z oběhové zóny průduchů	zohlednit a počítat s výstupem podle reaktivity a délky tl.	každá cvičení dle úrovně, která se bude, s ohledem na náročnost cvičení a na zrak, správně dle vlastního předpokladu našim, správně dle zápisu a příkazu našim s ohledem na zrak a délku cvičení délku cvičení, přičemž každé cvičení má svou délku	zohlednit i podobu s ohledem na náročnost cvičení a na zrak každé cvičení dle úrovně a na zrak každé cvičení dle úrovně a na zrak každé cvičení dle úrovně a na zrak	21/10/09 Kučerka
20/1 2009	Průběh poklesu z oběhové zóny průduchů a nervového systému	činnost v rámci cvičení a v rámci cvičení	zohlednit cvičení dle úrovně a na zrak každé cvičení dle úrovně a na zrak každé cvičení dle úrovně a na zrak každé cvičení dle úrovně a na zrak	zohlednit i podobu s ohledem na náročnost cvičení a na zrak každé cvičení dle úrovně a na zrak každé cvičení dle úrovně a na zrak každé cvičení dle úrovně a na zrak	21/10/09 Kučerka
20/1	Průběh poklesu z oběhové zóny průduchů a nervového systému	činnost v rámci cvičení a v rámci cvičení	zohlednit cvičení dle úrovně a na zrak každé cvičení dle úrovně a na zrak každé cvičení dle úrovně a na zrak každé cvičení dle úrovně a na zrak	zohlednit i podobu s ohledem na náročnost cvičení a na zrak každé cvičení dle úrovně a na zrak každé cvičení dle úrovně a na zrak každé cvičení dle úrovně a na zrak	21/10/09 Kučerka