ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: **2011/2012**

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	**Gabriela VORLÍČKOVÁ-WUNDERLICHOVÁ**
Osobní číslo:	**Z09B0066K**
Studijní program:	**B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor:	**Všeobecná sestra**
Název tématu:	**Ošetřovatelská péče o klienta s hyperkinetickou chorobou**
Zadávající katedra:	**Katedra ošetřovatelství a porodní asistence**

Zásady pro vypracování:

* Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma * Stanovit cíl kvalifikační práce * Zpracovat teoretickou a praktickou část práce požadavků FZS * Popsat metodiku praktické části * Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce * Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS * Dodržet citační normu

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

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

Seznam odborné literatury:

DRTÍLKOVÁ,I.Hyperaktivní dítě.2vyd.Praha:Galén,2007,87s.ISBN 978-80-7262-447-8 DRTÍLKOVÁ,I.,ŠERÝ,O.et al.Hyperkinetická porucha/ADHD.1.vyd.Praha:Galén,2007,268s.ISBN 978-80-7262-419-5 GOETZ,M.,UHLÍKOVÁ,P.ADHD Porucha pozornosti s hyperaktivitou.1.vyd.Praha:Galén,2009,160s.ISBN 978-80-7262-630-4 DRTÍLKOVÁ,I.Dítě s hyperkinetickou poruchou.1.vyd.Praha:Gasset,2006,55s.ISBN 80-903682-6-3 PACLT,I.a kol.Hyperkinetická porucha a poruchy chování.1.vyd.Praha:Grada,2007,240s.ISBN 978-80-247-1426-4

Vedoucí bakalářské práce: **Bc. Martina Šellingová**

Datum zadání bakalářské práce: **31. ledna 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2012**

L.S.

Doc. MUDr. Luboš Holubec, CSc.
děkan

Mgr. Lucie Kašová
vedoucí katedry

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012 **Gabriela Vorlíčková Wunderlichová**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
Studijní program : B 5341 Ošetřovatelství

Gabriela Vorlíčková Wunderlichová

Studijní obor : Všeobecná sestra B5341

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O KLIENTA S HYPERKINETICKOU CHOROBOU

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Bc.Martina Šellingová

PLZEŇ 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne :

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:
Děkuji Bc. Martině Šellingové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů.

OBSAH

ÚVOD **12**

TEORETICKÁ ČÁST **13**

1. HYPERKINETICKÁ CHOROBA **13**

1.1 PRIMÁRNÍ CHARAKTERISTIKA 14
1.1.1 DEFICIT POZORNOSTI 14
1.1.2 HYPERAKTIVITA 14
1.1.3 IMPULZIVITA 15
1.2 HISTORIE A KRITERIA 15
1.3 VÝSKYT 16
1.4 PŘÍČINY HYPERKINETICKÉ CHOROBY 17
1.5 DIAGNOSTICKÁ KRITERIA PRO HYPERKINETICKOU PORUCHU DLE MKN-10 18
1.6 POMOCNÉ VYŠETŘOVACÍ METODY 19

2 TERAPIE HYPERKINETICKÉ CHOROBY **21**

2.1 FARMAKOTERAPIE 21
2.2 PSYCHOTERAPIE 21
2.3 PROGNÓZA ONEMOCNĚNÍ 23

3 SOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA **24**

3.1 PEDAGOGICKO - PSYCHOLOGICKÁ PORADNA 24
3.2 PORADENSKÁ CENTRA A SDRUŽENÍ 24

4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U KLIENTA S HYPERKINETICKOU CHOROBOU **26**

4.1 ZÁSADY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U KLIENTA S HYPERKINETICKOU CHOROBOU 26

PRAKTICKÁ ČÁST **29**

5 FORMULACE PROBLÉMU **29**

6 CÍL A ÚKOL PRÁCE **30**

7 VZOREK (VÝBĚR JEDNOTLIVCŮ) **31**

8 OBECNÁ ČÁST **32**

8.1 VÝBĚR OŠETŘOVATELSKÉHO MODELU 32
8.2 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA 33
8.3 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ KLIENTA VŠEOBECNOU SESTROU 36
8.4 VYUŽITÍ HODNOTÍCÍCH ŠKÁL 38
8.5 CHARAKTERISTIKA OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU 38

9 SPECIÁLNÍ ČÁST- KAZUISTIKA 40
9.1 UVEDENÍ DO PŘÍPADU 40
9.2 VLASTNÍ ŠETŘENÍ 42
9.2.1 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÉ ANAMNÉZY 42
9.2.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ VŠEOBECNOU SESTROU 46
9.3 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE 48
9.3.1 AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY 48
9.3.2 POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY 50
9.3.3 HODNOCENÍ PLÁNU OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE 51
9.3.4 EDUKAČNÍ PLÁNY 54
10 DISKUSE 57
ZÁVĚR 60

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ
SEZNAM CIZÍCH SLOV A UŽITÝCH ZKRATEK
SEZNAM PŘÍLOH

ANOTACE

Příjmení a jméno: Vorlíčková Wunderlichová Gabriela

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetřovatelská péče o klienta s hyperkinetickou chorobou

Vedoucí práce: Bc. Martina Šellingová

Počet stran: 60

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 23

Klíčová slova: ADHD - hyperaktivita - impulzivita - ošetřovatelská péče

SOUHRN

Bakalářská práce se zabývá komplexní ošetřovatelskou péčí u klienta s hyperkinetickou chorobou.

Součástí teoretické části je charakteristika hyperkinetické choroby, její příznaky, diagnostika a léčba. Zahrnuje také sociální problematiku a zásady ošetřovatelské péče u klienta s hyperkinetickou chorobou.

Praktická část je zaměřena na komplexní ošetřovatelskou péči a ošetřovatelský proces. Součástí je i kazuistika hospitalizovaného klienta.

ANNOTATION OF BACHELOR WORK

Author: Vorlíčková Wunderlichová Gabriela

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title: Nursing care of clients with hyperkinetic disease

Supervisor: Bc. Martina Šellingová

Number of pages: 60

Number of attachments: 3

Number of references: 23

Key words: ADHD - hyperactivity - impulsivity - nursing care

SUMMARY

This bachelor work deals with complex nursing care of clients with hyperkinetic disease.

The theoretical part includes characteristic of hyperkinetic disease, its symptoms, diagnosis and treatment. It also covers social issues and principles of nursing care of clients with hyperkinetic disease.

The practical part is focused on complex nursing care and nursing process and includes also the case history of hospitalized client.

.

ÚVOD

Moje bakalářská práce je zaměřena na problematiku ošetřovatelské péče u klientů s hyperkinetickou chorobou. Cílem mé práce je shromáždit co nejvíce informací o nemoci a nastínit ošetřovatelskou péči o klienta s hyperkinetickou chorobou. Na splnění cílů používám výzkum. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou.

V teoretické části se seznamujeme s podstatou hyperkinetické choroby, jejími příznaky, diagnostikou a léčbou. Je zde rozebrána historie onemocnění, výskyt a příčiny vzniku. Velká část je věnována sociální problematice, zde jsou uvedena centra, která poskytují pomoc dětem, adolescentům a rodičům dětí s ADHD. V další kapitole se věnuji ošetřovatelské problematice a zabývám se zde zásadami ošetřovatelské péče u klienta s hyperkinetickou chorobou.

Praktická část je rozdělena na obecnou a speciální část. Na začátku praktické části jsem si stanovila cíl a úkol práce. V obecné části jsem se zaměřila na výběr ošetřovatelského modelu, který tvoří základ pro speciální část bakalářské práce. Ve speciální části jsem na základě rozhovorů, pozorování a studia dokumentace zpracovala kazuistiku u klienta s hyperkinetickou chorobou a popsala všechny fáze ošetřovatelského procesu.

V této práci jsem se snažila shrnout důležité a dostupné informace o tomto onemocnění. Syndrom ADHD je chápán jako určitá odchylka osobnosti jedince. Klientů s touto diagnózou je v dnešním světě stále více a je nutné, aby společnost byla na to připravena, je nutné umět pečovat, vychovávat, vzdělávat a znát složitosti v chování těchto dětí. V minulosti byla ADHD vnímána jako nevychovanost a selhání rodičovství. V dnešní době, za pomoci moderní vědy a medicíny, kdy odborníci přinášejí nové poznatky o této nemoci, je vnášen nový pohled na toto onemocnění a výchovu dětí. Velký důraz je kladen na vzdělávání a možnost začlenění těchto dětí do kolektivu. Fyzicky tyto děti nejsou odlišné od vrstevníků, ale svou hyperaktivitou a impulzivitou , dokážou přivést své rodiče a učitele na pokraj zhroucení. Před osmi lety byla tato choroba diagnostikována u našeho vnuka, dokáži tedy pochopit rodiče takto postižených dětí. Mohu říci, že možnost zvolení tohoto tématu, bylo pro můj soukromý i pracovní život, zásadním přínosem.

Doufám, že práce pomůže všem lidem, kteří se s touto chorobou setkali, nebo jí trpí.

TEORETICKÁ ČÁST

1. HYPERKINETICKÁ CHOROBA

Hyperkinetická choroba (dále jen ADHD), tento název je v současné době používán jak v České republice, tak v Evropě pro poruchy projevující se zejména sníženou pozorností, často spojené se specifickými poruchami učení a jistým neklidem. Užívá se namísto původního označení jako lehká dětská encefalopatie, (dále jen LDE) , lehká mozková dysfunkce (dále jen LMD) , nebo minimální mozková dysfunkce (dále jen MMD), a podobně. Tuto hyperkinetickou poruchu dělíme při jejím posuzování na poruchu aktivity a pozornosti a hyperkinetickou poruchu chování. V terminologii opírající se o americkou klasifikaci, jsou odpovídajícími kategoriemi porucha pozornosti (dále jen ADD), nebo porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou (dále jen ADHD). Dle světové literatury lze říci, že tyto poruchy se výrazněji vyskytují u chlapců, statistiky hovoří až o 2 – 3 procentech. Děti, které trpí ADHD (LDE, MMD), mají největší potíže s tím, aby udržely pozornost, respektive vytrvaly v úsilí zaměřeném na daný úkol. Termíny LDE, nebo MMD, vycházely z etiopatogenetických představ o syndromu, zatímco termín „hyperkinetický syndrom“ vychází přísně ze symptomatického popisu poruchy. Hyperkinetický syndrom se vyskytuje asi u 6% dětské populace v poměru chlapců a dívek 3 až 5 : 1. Děti trpící hyperkinetickým syndromem s poruchou pozornosti trpí chronicky nepozorností, nadměrnou aktivitou a impulsivitou. (Paclt a kol., 2007)

V současnosti je kladena na děti velká psychická zátěž, a to již od kojeneckého věku. Vliv současné uspěchané a překotné doby se přenáší pochopitelně na nejmladší populaci, kde je svým způsobem vyžadovaná jistá dravost a umění obstát v kolektivu dětí a dospělých. Proto můžeme hyperkinetickou poruchu ztotožňovat jako adaptivní chování, což je podmiňováno potřebami dítěte a jeho celého okolí docílit sociálně ekonomických úspěchů. Jako dalším a zřejmým důvodem hyperkinetické poruchy je ale většinou naprosto neadaptivní chování v životě dítěte, a to ať v jeho mimoškolním jednání, nebo včetně jeho školních aktivit. (Riefová, 2010)

Dle některých jiných názorů, by mohla být hyperkinetická porucha chápána jako určitý genetický pozůstatek adaptace jedince na životní podmínky, které pochází z jeho někdejší minulosti. V hluboké minulosti člověk jako jedinec mohl přežít pouze díky svým zdravým instinktům a schopnostem rychlé orientace v konkrétním prostředí.

Hyperkinetická porucha tedy představuje bio-psycho-sociální problém nejen pro pacienty, ale také pro lékaře, zdravotnický personál, učitele, psychology a celou rodinu dítěte. Tato porucha pomalu přerůstá do všech věkových kategorií, kde se projevuje maladaptací a kriminalitou. (Paclt a kol., 2007)

1.1 Primární charakteristika

1.1.1 Deficit pozornosti

Děti trpící ADHD mají problémy s udržením pozornosti a to ve výraznější míře než jiné a normální děti stejného věku a pohlaví. Tyto potíže se obvykle projevují tím, že ADHD jedinci velice často i při hraní si přebíhají a jsou těkavé, nic je neoslovuje a nejsou schopni udržet pozornost. Tyto děti se nerady soustřeďují na obtížnější situace, nemohou se soustředit na nudnější a těžkopádnější situace – např. složitější stavebnice a bez pedagogického dohledu nepodávají rovnoměrný výkon, nepíší domácí úkoly a v životě nepodávají stálý a intenzivní výkon. U dětí s ADHD je charakteristické, že jejich porucha pozornosti je snadno odváděna k jinému a tzv. „ zajímavějšímu „ úkolu. Problém v této první fázi, poruše pozornosti, je rovněž i problémem vytrvalosti. (Drtílková, Šerý, 2007)

1.1.2 Hyperaktivita

Druhým výrazným rysem ADHD je nadměrná nebo vývojově nepřiměřená úroveň motorické, či hlasové aktivity. Výrazným prvkem u těchto ADHD dětí je tzv. neklid, či hyperaktivita. (Paclt a kol., 2007)

Rodiče často popisují své děti jako : „ … pořád někam leze, chvíli klidně neposedí, moc povídá ...“. Tyto děti jsou neklidné i při školní práci, často se pohybují mimo lavici, pohybují se po třídě bez povolení učitele, nemají vztah k povinnosti – tj. k zadanému úkolu, často skáčou do řeči ostatním, nebo i někdy vydávají podivné zvuky. Přímé pozorování jejich sociálních interakcí s jinými dětmi rovněž ukazují celkově nadměrný řečový projev a velmi časté nemístné komentáře. (Drtílková, Šerý, 2007)

1.1.3 Impulzivita

S problémem této tzv. nevytrvalosti je propojena nedostatečnost v útlumu chování, neboli nebrzděná a nadměrná impulzivita v porovnání s jinými dětmi téhož věku a pohlaví. Tak jako pozornost, je impulzivita svojí povahou multidimenzionální. Ne všechny aspekty impulzivity u těchto dětí jsou však naprosto pochopitelné a vysvětlitelné. Výsledkem potom bývají omyly, které vznikají z nepozornosti dětí s ADHD. Děti rovněž často selhávají při vlastním uvažování a hodnocení věci a následkem toho mohou vznikat negativní jevy, jako nejen nedorozumění, ale i úrazy, či jiná činnost, která může přímo ohrožovat život jedince, či skupiny. O těchto dětech je všeobecně známo, že potřebují časově krátké pracovní úseky. Tyto děti věnují mnohokrát minimální množství úsilí i času úkolům, které je nudí, nebo ke kterým mají nízký, nebo nemají vůbec žádný vztah, a ke kterým mají spíš odpor . (Goetz, Uhlíková, 2009)

Studie nonverbální komunikace normálních a hyperaktivních dětí ukázali rovněž výrazný podíl neřízené motorické aktivity horních, ale i dolních končetin, které narušují období komunikačních pauz ostatních komunikujících subjektů. Tím rovněž dochází ke zřetelné disharmonii mezi dítětem a okolím. Zdá se velmi pravděpodobné, že tyto impulsivní projevy souvisí se striatálním postižením. Pakliže změříme většinu symptomu ADHD tak, že je podrobíme diskriminační funkční analýze, zjistíme, že děti s ADHD od non-ADHD dětí nejlépe odlišují příznaky, jako jsou impulzivní omyly v důsledku impulsivního řešení a nadměrná úroveň aktivity. (Barkley a kol., 1990)

1.2 Historie a kriteria

V průběhu 19. – 20. století došlo k velkému rozvoji psychiatrie a k přehodnocování příznaků a diagnóz. Např. George Still v počátcích 20. století popsal 43 dětí s agresí, neposlušností, emocionalitou a zvýšenou hyperaktivitou. O této práci, lze říci, že je jednou z prvních, zmiňujících se a popisujících hyperkinetické poruchy u dětí. (Drtílová, Šerý, 2007)

V polovině 20. století se symptomy hyperkinetické poruchy často spojovaly s poškozením mozku, které byly způsobeny různými toxiny, infekcemi otevřených ran po úrazech a následnými traumaty hlavy. V této době byla tato porucha nazývána tzv. „

minimal brain dysfunction “ (LMD). Přibližně v létech 1970 - 1980 se začal v psychiatrických kruzích užívat termín hyperaktivní dítě. Pojem ADHD byl v roce 1987 zaveden Americkou psychiatrickou společností. Poruchy jsou zde roztříděny do 3 skupin. První skupinou je ADHD s převládající poruchou osobnosti, dále ADHD s převládající impulzivitou a hyperaktivitou a posledním typem je ADHD s převládající impulzivitou a hyperaktivitou, kombinovaný typ ADHD. Diagnóza ADD – „ attention deficit disorder “ ze symptomu vyčleňuje poruchu pozornosti (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008).

V České republice se používá diagnóza, zavedená 10. revizí Mezinárodní klasifikace nemocí, pod kódem a značením F 90. hyperkinetické poruchy. Poslední průzkumy hovoří o 15% výskytu ADHD v České republice u dětské populace. Screeningový záchyt prováděli v roce 1999 prof. Matějíček, Doc. Dytrych a Dr. Tyl u 6.000 žáků 2.třídy základní školy. Dle jejich studie je 66% dětí bez příznaků LMD, 18% vykazovalo zřetelné klinické znaky a 16% vykazovalo znaky subklinické. (Michalová, 2007)

1.3 Výskyt

Světové posouzení této diagnózy se liší a záleží v jaké části světa je průzkum prováděn, rovněž s jakým srovnatelným vzorkem je prováděn. Přesto lze říci, že ADHD se vyskytuje v celosvětovém měřítku cca u 1 – 5% celkové populace. Dle výsledků ve Velké Británii, dle profesora Taylora (The Institut of Psychiatry and Maudsley Hospital London) je uváděno, že cca 1,7% britské populace trpí poruchou ADHD v závažnější podobě. Zde je potřeba říci, že velmi záleží na formě a metodách, které využívají kliničtí odborníci. Myslím tím např. srovnání za pomocí metody DSM-I (zde je uváděno 1,5 %), nebo benevolentnější podmínky dle kriteria DSM – IV. Dle profesora Taylora je zřejmé, že počet chlapců je vyšší, než je tomu u dívek. Jedním z momentů posuzování může být i určitá obhroublost a sklon k hrubosti něž je tomu u děvčat stejného věku. U australských studií je tento poměr vyšší, cca 10 : 1 ve prospěch chlapců. Bylo provedeno mnoho průzkumů, které měly porovnat výskyt ADHD v různých zemích světa, ve městech, na vesnicích. Např. v Číně bylo zjištěno, že počet chlapců s tímto onemocněním je 3x vyšší než v Anglii. Tam je ADHD naopak zjišťováno u 1 dítěte z deseti. (Munden, Arcelus, 2006).

1.4 Příčiny hyperkinetické choroby

Příčiny ADHD nejsou plně známe a v současné době jsou předmětem zkoumání klinických lékařů na celém světě. Přesto, že známe stále více o mozku, nadále zkoumáme co ovlivňuje pozornost a učení. V současnosti připisujeme ADD / ADHD dědičnosti a dalším biologickým faktorům. Sledováním rodičů dětí s ADHD zjišťujeme, že si mnohdy vyčítají možnost, že bylo v jejich silách udělat něco proto, aby děti tyto problémy neměli. Bohužel, není toto v jejich silách, protože to není ničí chyba. (Drtílková, 2006)

Příznaky hyperkinetické poruchy může zároveň posilovat, nebo naopak zmírňovat rodinné prostředí, kde dítě vyrůstá. Velmi negativně působí disharmonické, nestabilní a nespolehlivé vztahy uvnitř rodiny, zanedbávání, či nepřiměřené tresty. Děti mohou reagovat zhoršeným chováním na tuto psychickou zátěž a stres, kterými mohou být např. rozvod v rodině, úmrtí v rodině, přestěhování, změna školy, nebo jiné traumatické události. (Drtílková, 2007)

K příčinám, způsobujících ADD/ ADHD můžeme přiřadit tyto:

Genetické příčiny – Je všeobecně známo, že se ADHD v některých rodinách vyskytuje opakovaně a v těchto rodinách je většinou rodič, nebo prarodič, sourozenec, či jiný člen rodiny, který měl rovněž podobné problémy s chováním, rodu mužského, dědictví ze strany matky je méně časté.

Biologicko-fyziologické příčiny – Mnoho lékařů popisuje ADHD jako neurologickou poruchu, která postihuje oblast mozku, kde jsou zpracovávány impulzy a podílí se na třídění smyslových vjemů a dále na schopnosti koncentrace. Kliničtí lékaři se domnívají, že může být spojena s nerovnováhou, nebo nedostatečným množstvím dopaminu, chemické látky, jež přenáší nervové signály. Je to vysvětlováno tím způsobem, že náš mozek, který se soustřeďuje, uvolňuje více přenašečů signálu mezi neurony (neurotransmiterů), což nám umožňuje soustředit se na jednu věc a blokovat ostatní podněty. Vzhledem k tomu vzniká domněnka, že lidé s ADHD mají těchto přenašečů málo. (Drtílková, 2007)

Otrava olovem (např. ze znečištěného životního prostředí)

Strava – Příznaky, spojené se stravou, které jsou u ADHD vyvolávány, vyvolávají mezi lékaři různé spory, které jsou ovšem neprokázané a bude záležet na dalších výzkumech, zda se tato domněnka potvrdí. Existuje však několik typů alergií, které jsou u dětí s ADHD typické, jsou to především alergie na umělá barviva, konzervační látky a salicyláty. (Train, 1997)

Užívání alkoholu a drog v těhotenství - Po zhodnocení všech negací, které jsou způsobovány požíváním alkoholu a drog, dochází ještě k poškozování plodu, pokud budoucí matka požívá alkohol a tyto návykové látky v těhotenství. Můžeme v mnoha případech u dětí těchto matek zjišťovat neurologické poškození a objevují se nejrůznější typické projevy pro děti s poruchami jednání. Při posuzování těchto neurologických nedostatků bylo např. v Californii (USA) zjištěno, že u každé 10 matky, která požívá v těhotenství drogy a alkohol, jsou děti postižené syndromem ADD. (Riefová, 2010)

1.5 Diagnostická kriteria pro hyperkinetickou poruchu dle MKN-10

Studiem literatury lze říci, že tyto příznaky mají být zjištěny již před 7. rokem věku dítěte, a to po dobu nejméně 6 měsíců.

Porucha pozornosti (přítomno 6 příznaků z 9)

- obtížně koncentruje pozornost
- nedokáže udržet pozornost
- neposlouchá
- nedokončuje úlohy
- vyhýbá se úkolům vyžadujícím mentální úsilí
- nepořádný, dezorientovaný
- ztráta věcí
- roztržitý
- zapomětlivý

Hyperaktivita (přítomny 3 znaky z 5)

- neposedný, vrtí se
- nevydrží sedět na místě
- pobíhá kolem
- vyrušuje, je hlučný, obtížně zachovává klid a ticho
- „on the go“ (v neustálém pohybu)
- mnohomluvný (excesivně)

Impulzivita (přítomen 1 příznak ze 4)

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

(Drtílková, 2007).

Tato diagnostika představuje pro vyšetřované děti složitý a časově rozsáhlý úkol, kde záleží na vhodně zvoleném přístupu. Jinak by mohlo být dítě tímto vyšetřením i poškozeno. Můžeme tedy říci, že i momentální antipatie dítěte k okolí a osobám musí být posouzena a v případě zjištění negativních příznaků, které působily na dítě, toto vyšetření nezávisle zopakovat. Při vyšetřování by mělo být jasno, s jakými hypotézami a plány se k úkolu přistupuje, aby bylo minimalizováno nežádoucí zkreslení tohoto vyšetření, a to jak v kladném, tak záporném smyslu. (Munden, Arcelus, 2006)

Samostatnou kapitolu tvoří účel psychodiagnostického vyšetření a využitelnost jeho výsledků. V běžné praxi se často projevuje určitá povrchnost s tím, že psychologické vyšetření představuje pouze jakýsi arbitrární krok, který vede často k povrchním a všeobecným doporučením. Naopak kvalitně provedené komplexní a systematické vyšetření potom umožňují kvalifikovaně zhodnotit efektivitu všech postupů, včetně psychofarmakoterapie. K přesnému a jasnému určení diagnózy a stanovení poruchy pozornosti a také impulzivity jsou používány specifické testy, a to společně se stanovením úrovně inteligence (IQ testy) a některých dalších sekundárních psychických kvalit. (Paclt a kol. 2007)

1.6 Pomocné vyšetřovací metody

Vzhledem k tomu, že neexistuje žádné jednoduché speciální vyšetření, jak stanovit diagnózu hyperkinetické poruchy (nebo ADHD), je nutné mozaikově poskládat různá pomocná vyšetření, která bude tvořit dětský psychiatr s mnoha dalšími klinickými odborníky. Celkový rozsah všech lékařských vyšetření, která nelze vždy zařadit jen pod pojem pomocná vyšetření, je určován potřebami vyšetření a ke kterým nám může pediatr, který dítě zná po delší dobu, předat mnoho užitečných podkladů. Vzhledem k výše zmiňovanému můžeme říci, že pro diagnostiku hyperkinetické poruchy lze použít tato vyšetření.

Odborní lékaři :

- anamnéza zaměřená na tělesný a psychomotorický vývoj dítěte a anamnéza rodinná
- speciální dotazníky cílené na projevy hyperkinetické poruchy (v rodině, ve škole, …)
- pedopsychiatrické vyšetření
- tělesné a neurologické vyšetření
- elektroencefalogram – EEG
- laboratorní vyšetření (krevní obraz, jaterní testy, hodnoty štítné žlázy, kreatin, …)
- EKG před nasazením některých léků

Dětský psycholog :

Psychodiagnostika

- standardizovaný test určující inteligenci dítěte
- vyšetření dílčích funkcí (např. paměti a vnímání)
- zkouška pozornosti

Další vyšetření dle potřeby zaměřené na :

- zjištění dalších, přidružených poruch (např. dotazník)
- zjištění emociálních podmínek (např. projektivní test)
- diagnostika s využitím videa

V odůvodněných případech může být provedeno sociální šetření v rodině.(Drtílková, Šerý, 2007).

2 TERAPIE HYPERKINETICKÉ CHOROBY

2.1 Farmakoterapie

Léčba v případě hyperkinetických poruch a ADHD lze rozdělit na několik léčebných opatření a postupů. Kliničtí specialisté využívají všech možností k uvážené léčbě, dle vyšetření jednotlivce a mimo jiné sem tedy patří užívání léků, psychoterapie, opatření ve škole, v rodině a prostředí, kde se jedinec zdržuje a projevuje a v neposlední řadě se jedná o sociální intervenci. Lze říci, že užívání léků u dětí je vždy aplikováno u těžkých poruch, se skutečnou změnou v chování a jedná se o jedinou možnost, jak zajistit účinnost ostatních opatření. V případě lehčích forem s mírnějšími příznaky nemoci zvažují lékaři kombinaci psychologických, speciálněpedagogických a sociálních opatření. Všechny tyto prvky probíhají v kontinuitě lékaře, pacienta a jeho rodičů. Důležitý a prvotní je vždy stav dítěte, vývoj onemocnění a chápání vzájemných souvislostí, jak jsem již v případě klinických vyšetřování popisovala. V případě podávání léků je nutno toto s dítětem probrat, aby správně chápalo všechny důvody, aby tuto léčbu například nepokládalo za trest, ale naopak veškerý komplex léčby, kterou společně s pacientem a jeho rodiči lékař provádí.

Při léčbě hyperkinetického syndromu jsou ponejvíc voleny psychostimulancia, a to jak pro děti, tak i pro dospělé. V zásadě je ale vždy lépe, když je možno použít léčbu psychoterapeutickou, bez zatěžování organizmu farmakologickými přípravky, které dále potažmo negativně zatěžují další orgány, jako jsou např. ledviny a játra a ty musí být dále podpůrně přeléčovány dalšími farmaky. V neposlední řadě je nutno vždy přihlédnout ke genetickým předpokladům a vlivu prostředí, kde se dítě narodilo a vyrůstá. Vliv prostředí bude vždy podpůrnou formou jakékoliv léčby, ať půjde o vhodné kamarády, sportovní vyžití a postupnému začleňování do společností dospělých. (Munden, Arcelus, 2006)

2.2 Psychoterapie

ADHD představuje chronickou problematiku, často celoživotní. Terapie vyžaduje bio – psycho – sociální intervence, zaměřené na dětské a adolescentní pacienty, rodiče dětí a učitele. Většina postupů pro terapii je zaměřena na více skupin současně. Dítě

bývá většinou v péči pedagogicko - psychologické ambulance, nebo střediska výchovné péče. Psychoterapie patří mezi metody používané nejen v psychiatrii. Vede ke zvládnutí problémů a konfliktů. Může být skupinová, komunitní nebo individuální. Pouze stručně zde uvádím nejběžněji používané psychologické postupy pro terapii ADHD. (Paclt a kol, 2007)

Behaviorální terapie a výcvik rodičů

Tyto techniky pomáhají identifikovat problémové situace, analyzovat problémové chování, zmírnit negativní interakce mezi dítětem a rodiči, naučit rodiče efektivním metodám kontroly dítěte a jak účinně udělovat příkazy. Terapeut nejdříve zjišťuje podstatu problému, potom ze škály psychologických postupů vybere, co je pro danou situaci a rodinu nejlepší a připraví s nimi plán řešení. Vše je založeno na získání žádoucích reakcí, výměnou za nežádoucí. Většina dětí s ADHD je vzpurná a svéhlavá a rodiče jsou tímto velice vyčerpaní. Některým rodičům se může zdát, že už vyzkoušeli všechny možnosti, ale jak dítě roste, jinak reaguje, popřípadě i v kombinaci s léky, je vše jednodušší. (Munden, Arcelus 2006)

Trénink řešení problémů

U jedinců s ADHD lze velmi obtížně ovládnout způsob myšlení a chování. Tato terapie pomáhá při nalézání a řešení problémů. Pomáhá zhodnotit kladný či záporný dopad na úspěch nebo neúspěch a taktéž nutnost soustředit se na běh událostí. Využívá pozitivního nácviku asertivity. Patří mezi metody opakování a tréninku. (Pokorná, 2001)

Pozitivní posilování

Pochvaly by měly směřovat ke každému projevu žádoucího chování, je však nutno myslet na to, že každé dítě je jiné a pro každé platí něco jiného. Tresty by měly být mírné, časově posloupné. Je prokázané, že tato technika má u dětí s ADHD úspěch. (Paclt a kol., 2007)

Dítěti je nutno dopodrobna popsat, co od něj očekáváme, aby poznalo, co je možné a co nesmí.Je nutné odměnit dítě za to,že bylo šikovné. Vhodné je také, do určité míry nereagovat na nevhodné chování a pomoci mu ke správnému zvládnutí situace. (Munden, Arcelus, 2006)

Relaxační techniky

Děti, které trpí ADHD se často ocitají v problémových situacích díky projevům impulzivního chování. Relaxační techniky je napomáhají zvládat. Díky nim alespoň částečně ovlivňují tyto poruchy. Přispívají ke zklidnění, zlepšují výkonnost, ovládání a sebekontrolu. Relaxačních technik je mnoho a je důležité vybrat ty správné. Některé jsou zaměřeny na klidný spánek, další pak na odbourání hněvu, zlosti a vzteku. Je důležité pro dítě některé vyzkoušet a vybrat ty, které jsou nejvhodnější a dítěti a rodině vyhovují.(Jucovičová, Žáčková, 2010)

2.3 Prognóza onemocnění

Dle dlouhodobého zkoumání bylo zjištěno, že asi polovina postižených dětí na prahu dospělosti bude bez známek ADHD. Druhá polovina postižených dětí bude mít i nadále problémy v jejich dospělém životě. Asi 30 – 80 % všech diagnostikovaných dětí s ADHD si ponese příznaky do dalšího života. Pakliže bude jejich onemocnění včas diagnostikováno a léčeno společně s následným vhodným zaměstnáním a životním stylem, nebude toto onemocnění zásadním omezením u těchto dospělých jedinců. Současné výzkumy ukazují, že v rámci diagnostického „deštníku“ ADHD (skupiny poruch se stejným typem symptomatologie), existuje mnoho dalších podtypů. Bylo zjištěno, že např. lidé s ADHD a symptomy úzkostných poruch se projevují a reagují na léčbu zcela jinak než lidé se silnějšími agresivními a antisociálními sklony. Bylo prokázáno, že porucha chování, která se vyskytla velmi brzy zároveň s ADHD, má vysokou souvislost s kriminalitou, agresivitou a závislostí na drogách a alkoholu v dalším životě. V současné době se zdá být rozumnější pokusit se diagnostikovat děti s ADHD a zavést efektivní léčbu a strategická opatření co nejdříve. (Munden, Arcelus, 2006)

3 SOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA

Pro děti a adolescenty s ADHD existuje několik zařízení po celé České republice, která pomáhají zlepšovat využití jejich volného času, ale fungují i jako centra pro rodiče dětí s ADHD. Zde stručně uvádím některá z nich.

3.1 Pedagogicko - psychologická poradna

Pedagogicko-psychologická poradna (dále jen PPP) poskytuje poradenství, vyšetření, psychoterapii a preventivní služby dětem a jejich rodičům. Práce s dětmi probíhá formou terapeutického rozhovoru, je přizpůsobena dané věkové kategorii. Používá se řada technik, které jsou nejen hravé, ale mají i terapeutický podtext. PPP využívá technik z oblasti arteterapie, psychodramatu, muzikoterapie a imaginativní terapie. U ADHD dětí se zaměřuje na jejich projevy chování, jako je hyperaktivita, nesoustředěnost, ulpívavost, sociální dotěrnost, ale také problémy v komunikaci s vrstevníky a dospělými. Zvláštní pozornost je zaměřena na agresi a zvládání tohoto projevu. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

3.2 Poradenská centra a sdružení

Poradenské centrum S- E- N

Poskytuje komplexní poradenské služby dětem, dospívajícím, rodičům a pedagogům, zaměřuje se na děti se specifickými vzdělávacími potřebami, což jsou poruchy učení a chování, ADHD, ADD. Toto centrum je členem asociace OACAC (Overseas Association for College Admission Counseling), ta sdružuje přes šestset kariérních poradců a členů univerzitních přijímacích komisí ve světě. (www.s-e-n.cz)

Občanské sdružení hyperaktivita

Založeno v roce 2003, hlavním motivem byla podpora a pomoc rodinám s hyperaktivními dětmi. Cílem je osvětová, vzdělávací, výzkumná a publikační činnost a spolupráce s organizacemi zabývající se podobnou problematikou po celém světě. Důraz je kladen na komplexní pojetí problematiky, vyhledávání a práci s rizikovými skupinami dětí a mládeže. Pořádá výchovně rekreační pobyty pro děti, včetně socializačních a terapeutických programů. Podporuje také vzdělávání laické i odborné populace. (www.hyperaktivita.cz)

Občanské sdružení Ještěrka

Založeno na podzim 2007, poskytuje služby v oblasti volného času dětem se specifickými poruchami v učení a chování, s ADHD. Sdružení spolupracuje s odborníky ze zahraničí. Pořádá tábory pro děti z celé České republiky, poskytuje informace o možnostech vzdělávání, terapie a trávení volného času dětí s ADHD. (www.osjesterka.cz)

D Y S Centrum

Tato organizace provozuje činnost na území celé české republiky, vychází z mnohaletých zkušeností s problematikou specifických vývojových poruch učení a chování dětem s ADHD. Nabízí činnost v pěti základních oblastech: informační, dokumentační, terapeutická, vzdělávací a doplňková. DYS centrum Praha je dobrovolné, nezávislé sdružení občanů, kterých se jakkoliv dotýká problematika ADHD a vývojových poruch učení a chování. (www.dyscentrum.org)

Centrum pomoci dětem, mládeži a rodině – Střecha

V Plzni se nachází centrum, které poskytuje poradenství i dlouhodobou komplexní, výchovnou, psychologickou, sociální a duchovní pomoc dětem, adolescentům a rodičům dětí s ADHD a poruchami chování a učení. Nabízí pomoc při překonávání životních obtíží. Děti se v centru mohou zapojit do arteterapie, dramatické výchovy, mají možnost pohybové aktivity a dalších forem výchovy. Programy centra jsou určeny pro klienty od 8 – 26 let z Plzně a blízkého okolí. (www.sdbplzen.cz)

4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U KLIENTA S HYPERKINETICKOU CHOROBOU

Hlavním úkolem sestry ve fázi dekompenzace onemocnění je zajištění bezpečnosti klienta a jeho okolí. Je důležitý klidný, ale rozhodný přístup. Nezbytná je také spolupráce s rodinou klienta. Sestra sleduje změny v chování, dohlíží na správné podání léků dle ordinace lékaře a zná i vedlejší účinky podávaných medikamentů. Zapojuje klienta do nejrůznějších aktivit a terapií. Důležitou součástí péče setry je i edukace klienta a jeho rodiny o léčbě, poučení o pravidelném denním režimu a o nevhodnosti konzumace alkoholu.

4.1 Zásady ošetřovatelské péče u klienta s hyperkinetickou chorobou

Trpělivost, klid a optimismus

Snažíme se vytvořit vztah mezi dítětem a ošetřovatelským personálem, výhodou je individuální péče, pomáháme mu komunikovat, snažíme se ho zaujmout, naše chování a přístup k dítěti se na něm odráží. Budeme-li rozrušené, netrpělivé, bez profesionálního přístupu, tak nám to dítě bude vracet formou neposlušnosti, ignorace a vzteku. Používáme krátké a srozumitelné věty.

Povzbuzení, pochvala, ocenění

Dítě je nutné pochválit i za sebemenší zájem, snahu, ochotu, nečekáme, až se mu něco zdaří, je nutné mu pomáhat, aby se mu nedařilo dělat věci špatně. Oceňujeme jakékoliv úsilí a činnost, kterou samo vynaloží. Dotykem, nebo pohlazením je můžeme zklidnit, ale i odměnit a motivovat k další činnosti. Důležitou roli hraje i neverbální projev ze strany ošetřovatelského personálu.

Nedopustit špatné návyky

Je nutné od počátku dbát na vytváření správných návyků, odbourávat nežádoucí fixace. Tomu, čemu se již naučilo a co si již osvojilo, se nerado vzdává, ulpívá na zajetých činnostech a je velmi těžké ho přeorientovat. Je nutné být zásadový a důslední, vytvářet určitá pravidla a uzavírat dohody o jejich dodržování.

Ne úkol, ale spolupráce

Děti s ADHD potřebují po většinu života přímé vedení a pomoc . Je nutno, aby v nás cítilo oporu, klid. Je velké umění vzbudit v něm zájem a udržet ho v klidu. Musíme mu zajistit klidné prostředí, bez rušivých podnětů. Využíváme hračky, obrázky a knihy. O všem mluvíme společně, staneme se partnery. Správná komunikace nám pomůže navázat kvalitní vztah a tím i spolupráci.

Málo a často

Dítě s ADHD se nedokáže dlouhodobě soustředit, je proto důležité mu úkoly dávkovat po chvilkách. Většinou neudrží pozornost déle než 10 minut. Jako odpočinek mezi úkoly se jeví nejlépe pohyb, je však možnost použít i rehabilitační a relaxační techniky. Důležité je časté opakování všech činností, které potřebujeme dítě naučit.

Hodně pohybu

Děti s ADHD potřebují dostatek pohybu, aby vydaly svoji přebytečnou energii. Samo toto nedokáže potlačit, je vhodné mu dát mezi úkoly čas k proběhnutí, volnému pohybu. Důležité je neomezovat je, netrestat za hyperaktivitu, to u dítěte zvyšuje nervozitu a snižuje výkonnost. Je vhodné vybrat spíše nesoutěživý druh sportu, jako je jízda na kole, bruslích, nebo plavání. Ve chvilkách mezi úkoly postačí i poskakování na místě.

Využít zájmu

U dětí s ADHD je důležité podporovat jejich zájmy a koníčky, povzbuzovat pochvalou, zájem znamená pozornost. Pokud chceme dítě něco naučit, je spolupráce nezbytnost. Sestra by měla znát sociální prostředí dítěte, být obeznámena se zájmy a znalá specifik komunikace s těmito dětmi. Zrcadlení v pohybu nám dává možnost zaujmout, pokud je dítě v pohybu a my to přijmeme a přidáme se, bere to jako výzvu ke hře.

Zabránit pocitům méněcennosti

Snažíme se ochránit dítě před neúspěchem, najít jeho uspokojení v rodině, škole, i mezi vrstevníky. Aktivně vyhledáváme, za co je možno dítě obdivovat. Snažíme se uplatnit jeho zájem tam, kde může vyniknout. Je důležité zabránit možnosti ponižování ze strany ostatních vrstevníků, které by mohlo odstartovat agresivitu u dítěte.

Spolupráce rodiny a školy

Škola je pro tyto děti velmi zatěžkávající zkušeností, málokteré nemá problémy s učiteli a vrstevníky. Proto je nutné, aby učitel znal situaci, zvláštnosti chování, příznaky onemocnění a byl školen k tomu, tyto situace zvládat. Důležité je, aby se dítě cítilo v bezpečí. Je-li možná aktivní spolupráce s rodinou, zapojíme ji do celého procesu.

Edukace klienta a rodiny

Základním pilířem v sesterské práci o tyto děti je každodenní edukace. Je nutné umět podat vhodnou formou informace, které si dítě a jeho rodina žádá. Nevědomost podporuje fantazii. Zásadou je, že dítěti nikdy nelžeme, snažíme se vše vysvětlit trpělivě a s přihlédnutím k jeho věku a psychické vyzrálosti. Sestra edukuje o vyšetřeních, která dítě čekají, o dietoterapii, o aplikaci injekcí, ale třeba i o vhodném využití volného času. Vždy se zpětnými otázkami přesvědčíme, zda nás všichni chápou. Sestra je pro dítě kromě rodičů nejbližší osobou, proto se s otázkami bude dítě otáčet především na ni.

(Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

V praktické části se zabývám ošetřovatelskou péčí o klienta s hyperkinetickou chorobou. V rámci vytvoření kazuistiky se budu snažit sledovat veškeré potřeby a odlišnosti u klienta s ADHD. Ke sběru informací použiji rozhovor a pozorování klienta. Budu vycházet také ze sběru dat z veškeré dostupné zdravotnické dokumentace. Ze získaných informací následně vytvořím ošetřovatelský a edukační plán, který doufám bude sloužit pro všechny zdravotníky, kteří by měli znát specifika péče o tyto klienty.

6 CÍL A ÚKOL PRÁCE

Úkolem mé bakalářské práce bylo zjištění co nejvíce informací o klientovi se syndromem ADHD, které jsem získala rozhovorem s klientem, pozorováním a studiem dokumentace. Na základě těchto informací byl sestaven ošetřovatelský plán a hodnocení ošetřovatelské péče.

Cílem mé práce je nastínit ošetřovatelskou péči o klienta se syndromem ADHD se všemi jejími zvláštnostmi.

7 VZOREK (VÝBĚR JEDNOTLIVCŮ)

Do této práce jsem si vybrala klienta, který byl hospitalizován v psychiatrické léčebně po dobu mé praxe ve třetím ročníku mého studia. Jedná se o 18letého muže, kterému byla ADHD diagnostikována ve čtyřech letech, po nástupu do mateřské školy. Nyní se jedná o třetí hospitalizaci na psychiatrickém oddělení, kam byl odeslán na doporučení PPP pro stavy agresivity. Data ke zpracování kazuistiky v mé práci jsem použila po předešlém souhlasu klienta.

8 OBECNÁ ČÁST

8.1 Výběr ošetřovatelského modelu

Dr. Majrory Gordonová

Model Dr.Majory Gordonové „Funkční typy zdraví“ vychází z toho, že zdraví člověka je vyjádřeno bio-psycho-sociální interakcí. Ovlivňují ho především biologické, kulturní, vývojové, duchovní a další faktory. Je li některý z těchto faktorů porušen, hovoříme o dysfunkci.“ (Archalousová, 2003)

Gordonová hovoří o tom, že všichni jedinci mají společné určité typy chování, ty přímo souvisejí se zdravím a kvalitou života. Sestra svým popisem a hodnocením typů zdraví dokáže rozpoznat funkční nebo dysfunkční chování.Model Gordonové je přínosem v moderním ošetřovatelství. Zaměřuje se na zdraví, jeho podporu, lze ho použít v primární ošetřovatelské péči zaměřené na rodinu, ale je vhodný i pro nemocniční péči o klienty. Pro svůj holistický přístup se užívá i v taxonomii ošetřovatelských diagnóz. (Farkašová, 2006)

Model Gordonové tvoří dvanáct oblastí, z nichž každá představuje funkční, nebo dysfunkční součást zdravotního stavu člověka.

Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví
Výživa a metabolismus
Vylučování
Aktivita, cvičení
Spánek a odpočinek
Vnímání, poznání
Sebekoncepce, sebeúcta
Plnění rolí, mezilidské vztahy
Sexualita
Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance
Víra, přesvědčení, životní hodnoty
Jiné
(Trachtová a kol., 1998)

8.2 Ošetřovatelská anamnéza

Slovo anamnesis pochází z řečtiny a znamená rozpomínání. Ošetřovatelskou anamnézu zpracovává sestra. Během rozhovoru s nemocným, který vede v klidném tempu a prostředí, klade vhodné otázky. Zaměří se na zpětnou vazbu, aby si ověřila, zda nemocný otázky správně pochopil. Jejím cílem je získat co nejvíce informací, které mohou napomoci ke stanovení ošetřovatelské diagnózy. Za velmi důležité, během rozhovoru, považuji i sledování neverbální komunikace, důležitá je empatie a klidný přístup. Informace sestra získává od klienta, rodiny, či doprovodu.

Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Prodělal jste v posledním roce nějaké nachlazení, úrazy a nehody ?

Byly v minulosti nějaké problémy s dodržováním doporučení lékařů a sester ?

Co všechno děláte pro udržení svého zdraví ?

Jaký je Váš postoj ke kouření, alkoholu a užívání drog ?

Výživa a metabolismus

Kolik tekutin za den vypijete ?

Jaké tekutiny pijete ?

Jaká je Vaše hmotnost, pozorujete zvýšení váhy, nebo úbytek ?

Jste abstinent, nebo pijete alkohol ?

Máte nějaká dietní omezení ?

Jaké množství jídla denně sníte ?

Máte nějaké alergie na potraviny ?

Máte chuť k jídlu ?

Jaká jsou Vaše oblíbená jídla ?

Máte nějaké zažívací potíže po přijmu potravy ?

Jaký je stav Vaší kůže, vlasů, nehtů a zubů ?

Vylučování

Máte pravidelnou stolici ?

Jak často se denně vyprazdňujete ?

Máte zacpu, nebo průjem ?

Kdy byla poslední stolice ?

Máte problémy s nadýmáním ?

Máte potíže při močení ?

Močíte pravidelně ?

Užíváte nějaké léky ovlivňující močení či stolici ?

Potíte se nadměrně ?

Aktivita, cvičení

Cvičíte ? Jaké typy cvičení ?

Jak trávíte svůj volný čas ?

Cítíte se často unavený ?

Máte pocit síly a energie ?

Jste schopnu udržovat sám hygienu ?

Jste schopný se sám upravit ?

Jste schopný sám jít nakoupit ?

Jste schopný si udržet domácnost v pořádku a čistotě ?

Spánek a odpočinek

Usínáte rychle ? Spíte klidně ?

Budí Vás sny ?

Budíte se odpočatý ?

Jak dlouho spíte ?

Jste zvyklý spát přes den ?

Užíváte nějaké léky na spaní ?

Vnímání, poznání

Máte nějaké potíže se sluchem ?

Vidíte dobře ? Nosíte brýle ?

Máte problémy s učením, zapamatováním, výpadky paměti ?

Máte pocit nejistoty ?

Máte problémy s komunikací?

Trápí Vás nyní nějaký problém ?

Znáte dobře svůj zdravotní stav, byl jste dostatečně informován ?

Sebekoncepce, sebeúcta

Jak se cítíte, jakou máte náladu ?

Jste si jist sám sebou ?

Jak byste popsal sám sebe ?

Máte ve svém okolí přátele ?

Jak jednáte v náročnějších situacích ?

Existuje něco, co Vás nudí, znervózňuje ?

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Bydlíte s rodiči ?

Jsou u Vás v rodině nějaké problémy ?

Jste spokojen ve škole ?

Máte pocit osamělosti ?

Cítíte se izolován, nebo součástí svého okolí ?

Sexualita

Jste sexuálně aktivní

Pociťujete nějaké změny v sexuální oblasti související s Vaší nemocí ?

Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance

Staly se v posledních dvou letech u Vás nějaké důležité změny ?

Kdo Vám nejvíce pomáhá ve stresových situacích ?

Co vám pomáhá zvládat napětí ?

Užíváte nějaké drogy, alkohol ?

Jsou vaše způsoby řešení efektivní ?

Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Máte plány do budoucna ?

Vyznáváte nějaké náboženství ?

Jak máte seřazené životní hodnoty ?

Jiné

Jaký je Váš názor na umírání ?

Měl jste někdy úmysl zkončit se životem ?

Pokusil jste se někdy o sebevraždu ?

Chtěl byste se zmínit o nějaké záležitosti o které jsme ještě nemluvili ?

(Trachtová a kol., 2008)

8.3 Fyzikální vyšetření klienta všeobecnou sestrou

Fyziologické funkce

Teplota

Tělesná teplota je centrálně řízena z hypothalamu. Jeho funkcí je udržování rovnováhy mezi tvorbou a výdejem tepla. Příčinou zvyšování tělesné teploty jsou toxiny bakterií a pyrogeny v krvi. Při měření tělesné teploty se obvykle používá digitální teploměr. Můžeme jím měřit teplotu v ústech (naměřená teplota je vyšší o 0,1 – 0,3°C), v axile, v rectu (teplota je vyšší o 0,5°C). Nejnižší tělesnou teplotu můžeme naměřit mezi 4 – 6 hodinou ranní, naopak nejvyšší bývá mezi 17-19 hodinou večerní.

Hypotermie	do	36°C
Normální teplota	je	36 – 37°C
Subfebrilie	je	37 - 38°C
Febris	je	38 - 40°C
Hyperpyrexie	nad	40°C

Tep

Tep vzniká objemovou změnou arterie, lze ho vidět, hmatat, či registrovat přístrojem. U tepu zjišťujeme jeho frekvenci, rytmus, charakter a napětí cévní stěny. Nejčastěji tep hmatáme na arterie radiális, to znamená na palcové straně zápěstí.

Fyziologická hodnota 70 – 80 ´/ minuta	
Bradykardie	pod 60´/ minuta
Tachykardie	nad 90´/ minuta

Dech

Dech je hodnotitelný a sledovatelný projev dýchání. Dýchání je proces, při nemž dochází k výměně plynů mezi atmosférou a krví a mezi krví a tkáněmi. Při vyšetření se zaměřujeme na rytmus, frekvenci a vedlejší dechové jevy. Při počítání dechu se

orientujeme zvedáním hrudníku, avšak snažíme se, aby klient o měření nevěděl. Můžeme předstírat, že měříme pulz. Pacient, který ví, že měříme dech, začne často dýchat nepřiměřeně.

Eupnoe		16 – 18´ / minuta
Bradypnoe	pod	15´ / minuta
Tachypnoe	nad	20´ / minuta
Apnoe	zástava dechu (přechodná, definitivní)	
Hyperpnoe	prohloubené dýchání	
Hypopnoe	mělké dýchání	

Krevní tlak

Krevní tlak vzniká stahem srdečního svalu. Nejvyšší hodnota- systolický tlak- vzniká vytlačením krve do aorty. Nejnižší hodnota- diastolický tlak- je projevem smrštění aorty. K měření se nejčastěji používá metody nepřímého měření (metoda Riva- Rocci). Pacient by měl být alespoň 30 minut v klidu, bez fyzické námahy, měříme v poloze vsedě, popřípadě vleže, obvykle na arteria brachiális. Používáme přístroje tonometr a fonendoskop.

Normotenze	120/80 Torr
Hypotenze	pod 100/60 Torr
Hypertenze	nad 140/90 Torr

(Nejedlá, 2006)

Hmotnost a výška

BMI- Body Mass Index- znamená index tělesné hmotnosti. Počítá se z poměru tělesné výšky a váhy a ukáže, zda se u klienta jedná o podvýživu, či zda trpí obezitou.

Podvýživa	BMI	pod	19
Normovýživa	BMI		19-25
Mírná obezita	BMI		26-30
Obezita	BMI		31-35
Obezita 2.stupně	BMI		36-40
Těžká obezita	BMI		40 a více

8.4 Využití hodnotících škál

Barthelův test všedních činností

Test hodnotí míru závislosti při vykonávání běžných denních aktivit (příloha č. 1).

Zhodnocení rizika sebevražedného jednání (NGASR)

Test vyhodnocuje míru rizika sebevražedného jednání v příštích 48 hodinách (příloha č. 2)

Vyhodnocení rizika agrese- Broset violence checklist

Vyhodnocuje pravděpodobnost agrese vůči okolí a sobě v následujících 24 hodinách (příloha č. 3)

8.5 Charakteristika ošetřovatelského procesu

Ošetřovatelský proces je základním pilířem veškeré sesterské práce, nabízí řadu možností a lze ho použít pro jakoukoliv ošetřovatelskou péči. Je využíván téměř v celém západním světě jako osnova práce zdravotní sestry. Je to racionální metoda poskytování moderní ošetřovatelské péče. Na sestavování ošetřovatelského plánu se spolupodílí i klient, ten má právo se rozhodnout, jaká ošetřovatelská péče mu bude poskytována. Zabývá se zdravotními potřebami jednotlivce, které mohou být co nejlépe uspokojeny ošetřovatelskou péčí. Skládá se z pěti fází, které se vzájemně prolínají.

Fáze ošetřovatelského procesu :

Posuzování- anamnéza- sestra zjišťuje informace o klientovi, tvoří si vlastní anamnézu, ta se však prolíná s lékařskou. Je to nepřetržitý proces, protože data je nutno stále doplňovat a upřesňovat. Nutností je spolupráce pacienta a dostupnost dřívějších materiálů.

Diagnostika- ošetřovatelská diagnoza- pojmenování potřeb klienta, stanovení priorit, pokud je možné, tak zapojíme i klienta. Je nutné využít všech profesionálních dovedností, jako je komunikace, pozorování a schopnost vyhledávání dat. Problémy řadíme dle jejich naléhavosti.

Plánování- zahrnuje stanovení cílů ošetřovatelské péče, vypracování vhodného plánu, intervencí, které by měly efektivně řešit problémy klienta a udržet ho v optimální pohodě. Sestavujeme cíle krátkodobé a dlouhodobé. Do stanovení cílů je vhodné zapojit klienta a určit výsledné kritérium. Cíle ošetřovatelské diagnozy je nutno seřadit podle důležitosti.

Realizace- vlastní ošetřování- zahrnuje poskytnutí péče dle sestaveného ošetřovatelského plánu, cílem je upevnění zdraví klienta, léčba dle momentálního stavu a prevence neplánovaných událostí. Péče je prováděna celým ošetřovatelským týmem. Jedná se o jednu u nejdůležitějších fází procesu. Vedle intervencí, které vyplývají z plánu ošetřovatelské péče, plní sestra i ordinace lékaře.

Hodnocení- dosažené výsledky porovnáváme s plánovaným cílem, pokud nebylo dosaženo, plán upravíme a pokračujeme v intervencích. Nesplnění cílů by mělo sestru donutit k zamyšlení, zda dobře diagnostikovala problémy pacienta. I v této fázi je vhodné zapojit klienta do hodnocení.

9 SPECIÁLNÍ ČÁST- KAZUISTIKA

9.1 Uvedení do případu

Pohlaví	muž
Rok narození	1993
Věk klienta	18
Datum příjmu	08.12.2011
Poslední hospitalizace	2001 Psychiatrická léčebna
Škola	OA
Alergie	neguje
Kouření	ano (asi krabička denně)
Alkohol	ano, dle příležitosti

RA: v rodině se ADHD nevyskytla, matka (44 let) – hypothyreoza, jinak zdráva, otec (62 let) – DM 2. typu, sestra (20 let), bratr (22 let) – zdrávi

Klient se narodil v termínu – 37. týden fyziologického těhotenství. Vážil 3.450 g, měřil 52 cm. Po porodu měl normální adaptaci, bez komplikací. Po propuštění z porodnice ho matka kojila do 7. měsíce života. Už v té době prý byl živější, než ostatní děti jeho věku. V 10. měsících, začal sám chodit, byl velice aktivní, všude ho bylo plno. Ve dvou letech už plynně mluvil a částečně uměl „ř“. V této době začíná být impulzivní, vzdorovitý a často prý matce utíkal a schovával se. Na hřišti s ostatními dětmi propadal záchvatům vzteku, házel po nich hračky, nezdržel se uhodit vedle sedící dítě. Doma, když byl sám a maminka se mu věnovala na 100%, agresivita a vztek nepropukaly. Velice rád kreslil, v čemž ho rodiče podporovali. Ve čtyřech letech byl zařazen do mateřské školy. Matka nastoupila zpět do zaměstnání. Tím začaly velké problémy. Vystoupila do popředí nesoustředěnost, impulzivita a nastoupila agresivita vůči ostatním dětem. Rodičům byla prvně doporučena návštěva PPP. Po celkovém vyšetření, včetně psychologických testů, jim byla sdělena diagnóza ADHD s poruchou chování. Dětský psychiatr ve spolupráci s psychologem jim doporučily výchovné metodiky, přes veškerou snahu rodičů i učitelek ve školce se nepodařilo zvládat jeho chování.Na doporučení psychiatra byl v pěti letech poprvé hospitalizován

v psychiatrické léčebně. Zde mu byly předepsány léky na zklidnění, klient hovoří o nepříliš šťastném období. Pobyt trval cca 1 měsíc. Za tu dobu se při společné terapii naučil komunikovat s vrstevníky. Nástupem do základní školy, v šesti letech, se však jeho problémy s chováním opět vyostřily. Klient nevydržel sedět v klidu při vyučování, předváděl se před ostatními, ignoroval učitele, byl drzý a k ostatním dětem často i agresivní. Byl na doporučení PPP přeřazen do speciální třídy, ale i zde byly problémy, nosil domů poznámky, ztrácel věci, o učení neměl zájem.V osmi letech začal chodit na fotbal, musel se naučit disciplíně. Ve škole však docházelo ke stále větším konfliktům, začaly se ztrácet věci, peníze. Klient byl opět odeslán do psychiatrické léčebny. Pod vlivem léků byl celkem klidný, spolupracoval, v rámci terapie začal opět malovat. Rodiče absolvovali sezení u psychologa a začali dodržovat výchovné postupy, snažili se o důslednost. Podporovali syna ve fotbale a zároveň v malování. Vše se zdálo být v pořádku. Chování se opět vyhrotilo v období puberty, sám klient přiznává, že měl v té době velké výkyvy nálad, vnitřní neklid, nedokázal se soustředit, gradovala se agresivita vůči okolí, věcem i osobám. Přechodem na střední školu, kde bude příští rok maturovat, si uvědomil, jak svým chováním ubližuje své rodině. Školní výsledky jsou průměrné, jeho inteligence je dle psychologického vyšetření nadprůměrná. Na začátku prosince roku 2011, byl klient opět hospitalizován v psychiatrické léčebně, na doporučení PPP. U klienta se opět začala zvyšovat agresivita, k čemuž byl spouštěčem rozchod s dívkou, kterou dle jeho slov stále miluje. U klienta byla zavedena léčba psycholeptiky a psychoterapie.

Diagnóza: F 90.1 Hyperkynetická choroba s poruchou chování

Medikace: Risperdal 1 mg tbl. 1 – 0 – 1
Seroquel 200 mg tbl. 0 – 0 – 1
Prothazin 1 drg. při nespavosti
Tisercin 1 amp. i.m. při neklidu (apl. možno opakovat po 4 hodinách)

9.2 Vlastní šetření

9.2.1 Stanovení ošetřovatelské anamnézy

Rozhovor byl veden pouze s klientem, informace byly sbírány v průběhu mé praxe na psychiatrickém oddělení v zimním semestru třetího ročníku studia.

Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Subjektivně

Klient hovoří o nynější hospitalizaci jako o třetí na psychiatrickém oddělení ve svém životě. Poslední dobou nijak vážněji nestonal. To, že zde musí být, bere jako pozitivum. Konečně opět někdo nastolí řád a pořádek v jeho životě a věcech. Takto vždy prý chápal pobyt v léčebně, zklidnění, řád a disciplína. Po propuštění „to“ vždy chvilku fungovalo. V PPP jsou na něj hodní, dochází tam na kontroly, paní doktorka si ho zve dvakrát za rok na kontrolu. Rád se účastní i skupinových sezení. Svoji hyperaktivitu a vnitřní neklid se snaží odbourat na trénincích fotbalu. Rád kouří, prý to vnitřně uklidňuje. Alkoholu neholduje, ale příležitostně si dá rád pivo.

Objektivně

Náhled na své onemocnění má klient zkreslené. Pokud je pod dohledem, snaží se spolupracovat, bere ochotně léky, účastní se psychoterapie.

Výživa a metabolismus

Subjektivně

Klient se stravuje doma, nebo ve škole. Jí pravidelně 3 – 4 krát denně. V léčebně mu prý také chutná, sní vše, co dostane, hlad nemá. Alergický na nic není a dietu dosud žádnou nedodržoval.

Z tekutin má rád minerálky, které mu nosí matka z domova. Vypije asi 2 litry za den. Čaj, který podávají v léčebně, vypije, ale nechutná mu. Má rád černou, silnou kávu, kterou zde uvaří sestřičky. Alkohol, když je příležitost, tak neodmítne. Zažívací potíže nemívá.

Kožní problémy nemá žádné, vlasy mu nepadají, pouze se zvýšeně mastí, musí si je každý den mýt.

Objektivně

Klient je štíhlé postavy. Hodnota BMI je 23. Stav kůže je v normě, nehty zdravé, dobrá kvalita vlasů. Chrup vlastní, problémy se zuby neudává.

Vylučování

Subjektivně

Doma se prý vyprazdňuje pravidelně dvakrát denně, zde má občas zácpu, dnes už ale na stolici byl. Nikdy žádná projímadla nebral, ani léky na močení. S tím problémy také nemá, pálení a řezání ho neobtěžuje. Zvýšeně se potí vždy, když je nervózní a při stavech vnitřního neklidu.

Objektivně

Klient je plně kontinentní, stolice a močení je pravidelné, bez větších obtíží. Při záchvatu neklidu, znaky zvýšeného pocení.

Aktivita, cvičení

Subjektivně

Klient udává, že doma chodí pravidelně hrát fotbal, tréninky mají třikrát týdně. Rád si hraje na počítači, volný čas tráví na internetu, stahuje si hry a filmy. Únavu nepociťuje téměř nikdy, ani po náročném tréninku, to cítí spíš úlevu z „ vybouření “. Hygienu dodržuje, rád se pěkně a moderně obléká, s nákupy mu pomáhá matka, nebo donedávna přítelkyně.

O svůj pokoj se příliš nestará, když matka nařídí, tak se snaží uklízet, ale moc mu to nejde, vždy se u toho rozčílí. Raději má uklizeno od matky, ale dle něho, by se nemuselo uklízet vůbec, vždyť má vše při ruce a on se v tom „zmatku“ vyzná.

Objektivně

Klient je plně soběstačný, zapojuje se do denních aktivit na oddělení. Je však nutný stálý dohled a důslednost.

Spánek, odpočinek

Subjektivně

Se spánkem má prý potíže snad celý život, nepamatuje si, že by někdy spal celou noc. Stačí mu tak pět hodin spánku. Špatně usíná, poslední dobou stále přemýšlí, co udělal špatně, proč se s ním přítelkyně rozešla, co je na něm špatného, pak začne být

nervózní a potřebuje se vybít. Zde si občas řekne o lék na spaní, to pak usne rychleji a spí klidně i sedm hodin.

Objektivně

Klient je aktivní, bez únavy. Ráno vstává bez problémů, účastní se rozcvičky, přes den nepospává. Několikrát mu byla podána ordinace při nespavosti. Při nočních kontrolách většinou spí.

Vnímání, poznání

Subjektivně

Potíže se sluchem nemá, brýle nepotřebuje, vidí dobře. Komunikuje rád s vrstevníky, už se těší zpátky do školy. Učení moc rád nemá, ale ví, že dostudovat musí, vždyť maturita je důležitá. Horší je to se zapamatováním učiva, když má pocit vnitřního neklidu, to se nedokáže soustředit a potřebuje „vybít baterky". Klient zná dobře svůj zdravotní stav, ale novým informacím se nebrání.

Objektivně

Klient je orientován, odpovídá adekvátně na otázky, komunikuje bez jakýchkoliv problémů. Občas nesoustředěný, po chvilce oddychu je opět bez potíží.

Sebekoncepce, sebeúcta

Subjektivně

Klient se dnes cítí dobře, je v dobré náladě, čeká návštěvu rodičů. Sám sebe hodnotí jako „papiňák", nikdy neví, kdy bouchne a zasyčí. Je dobrý ve fotbale, hraje za druhou ligu, to prý ho velmi baví. Vadí mu, že nyní nemůže chodit na tréninky. Když je plný neklidu, cítí, že ho nikdo nechápe, to si pak vylévá vztek na věcech, třeba hodí knihou, nebo bouchne pěstí do zdi.

Objektivně

Náladový, výbušný, sebevědomí má v normě. Náročnější situace zvládá za pomoci rodiny.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Subjektivně

Klient udává, že žije se svou rodinou v panelovém domě, v bytě 4+1. Má svůj vlastní pokoj. S rodiči má dobrý vztah, vždyť už si s ním „vytrpěli své". S problémy mu pomáhají oba dva. Může se na ně vždy obrátit o pomoc. Sourozence má dva, bratra a

sestru, oba studují v Praze na vysoké škole a jsou tam ubytováni na koleji, domů jezdí jen občas a na prázdniny. Ve škole se mu líbí, ale hlavně kvůli spolužákům, ti mu zde schází. Neustále myslí na přítelkyni, chtěl by ji získat zpět. Rodiče za ním jezdí na návštěvu dvakrát týdně. Spolužáci mu napsali dopis a on si s nimi píše po internetu.

Objektivně

Rodinou i okolím je klient vnímán dobře, dochází za ním pravidelně návštěvy. Spolužákům už dvakrát odepisoval na dopisy. Snaží se komunikovat i přes internet.

Sexualita

Subjektivně

Klient rád hovoří o své bývalé přítelkyni. Moc mu chybí. Vztah měli bezproblémový, po sexuální stránce byl vztah uspokojivý. Udává, že to nebyla jeho první partnerka, zkušeností prý už má více. Nemoc vliv na uspokojení nemá, když je vnitřně neklidný, pak prožitek je mnohem větší.

Objektivně

Klient se na toto téma velice rád baví, skutečnost, že nemá momentálně partnerku, je pro něj skličující.

Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance

Subjektivně

Klient udává, že nejhorší v poslední době byl rozchod s přítelkyní. Proto je i zde, v léčebně. Byl z toho tak strašně rozčílený, že ve škole rozbil okno a dveře a doma tloukl židlí o zeď, až se celá rozlámala. Se vším se většinou snaží vyrovnat, pomáhá mu fotbal, a když už neví „kudy kam“, tak jde za matkou, ta se mu snaží pomáhat. Drogy nikdy nebral, pouze kouří cigarety a občas se napije alkoholu. Cigarety mu pomáhají uklidnit se.

Objektivně

Se zvládáním stresu je klient velmi závislí na matce. Je náruživý kuřák. Je málo tolerantní, výbušný.

Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Subjektivně

Klient by chtěl příští rok úspěšně odmaturovat. Jestli se mu nepodaří obnovit vztah s přítelkyní, tak by si rád našel nějakou novou kamarádku, nebaví ho být sám. V Boha nevěří, ale něco prý mezi nebem a zemí je, jen to neumí popsat.

Objektivně

Klient zná své priority, věří sám v sebe.

Jiné

Subjektivně

Klient udává, že se umírání bojí, nechce trpět. Nemá rád bolest. Přiznává, že jednou o sebevraždě uvažoval, ale nevěděl jak „to“ provést. Má sám sebe totiž rád a bojí se. Přítelkyně mu to tehdy rozmluvila.

Objektivně

Klient jeví známky strachu a úzkosti při komunikaci o smrti.

9.2.2 Fyzikální vyšetření všeobecnou sestrou

Fyzikální vyšetření

TK PHK 115/70
LHK 120/70

Pulz 72/minutu

TT 36,7°C

Dech 14/minutu

Hmotnost 75 kg

Výška 180 cm

BMI 23

Stav vědomí: klient při vědomí,orientován místem, časem, osobou i situací

Hodnocení psychického stavu: klient rozumí otázkám, má však problém udržet pozornost, má časté výkyvy nálad

Dýchání: normální, bez kašle, astma nemá

Kůže: růžová, bez ikteru a eflorescencí, hematomy nemá

Kožní turgor: v normě, bez známek dehydratace

Zuby: zubní náhrady nemá, bez chybějících zubů

Nehty: pevné, udržované

Vlasy: pevné, bez známek poškození

Otoky: nemá

Vyprazdňování: stolice – pravidelná, projímadla neužívá

močení: pravidelné

Zrak: bez obtíží

Sluch: normální

Chůze: přirozená

Držení těla: fyziologické

Rozsah pohybu kloubů: HK – v normě

DK – v normě

Kyčle – menší rozsah

Ramena – v normě

Hlava: poklepově nebolestivá, oči, uši, nos bez patologie, držení přirozené

Krk: bez patologie

Hrudník: atletický, dýchání čisté, pravidelné, bez vedlejších fenoménů, akce srdeční pravidelná

Břicho: souměrné, na pohmat měkké, nebolestivé

Měření dle škál

Barthelův test všedních denních činností	100 bodů – nezávislý
Body Mass Index	23 – normální tělesná hmotnost
Broset violence checklist	0 bodů – nízká pravděpodobnost agrese vůči okolí v následujících 24 hodinách
NGASR zhodnocení rizika sebevražedného jednání	0 bodů – nízké riziko

9.3 Plán ošetřovatelské péče

9.3.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy

1. Společenská interakce porušená související s ADHD, projevující se:
Subjektivně:

Klient udává, že často jedná rychleji, než začne přemýšlet a neumí odhadnout důsledky.

Objektivně:

Klient má časté výkyvy nálad, změny chování, konflikty se spolupacienty.

Cíl:

Klient se chová přiměřeně ke svému okolí.

Ošetřovatelské intervence:

Sleduj změny v chování klienta !

Veď pečlivě záznamy v ošetřovatelské dokumentaci!

Komunikuj s klientem a usměrňuj jeho chování!

Zajisti využití volného času klienta!

Zapoj do řešení problému rodinu klienta!

2. Nedostatek zájmových aktivit související s hyperaktivitou a nesoustředěností, projevující se:
Subjektivně:

Klient udává, že je roztržitý, nic ho nebaví, chtěl by domů a hrát fotbal.

Objektivně:

Klient se zvládne soustředit jen kratší dobu, stěžuje si, že se zde nemůže věnovat svým zálibám.

Cíl:

Klient bude mít dostatek zájmových aktivit k zaplnění svého volného času. Klient pomáhá identifikovat alternativní aktivity, které nahradí obvyklé a zapojuje se do nich.

Ošetřovatelské intervence:

Zjisti klientovy zájmy během ošetřovatelské anamnézy!

Poskytuj klientovy vhodné stimuly, možnost sledování televize!

Zapoj do péče fyzioterapeuty a psychoterapeuty!

Umísti na klientův pokoj vhodné spolupacienty!

Prováděj ošetřovatelskou péči formou ošetřovatelského procesu!

3. Porušený spánek související s hyperaktivitou a psychickým stresem, projevující se:

Subjektivně:

Klient udává problémy s usínáním a častým probouzením během noci, trápí ho vnitřní neklid a vzpomínky na přítelkyni.

Objektivně:

Ráno klient aktivní, účastní se rozcvičky, usíná v pozdních nočních hodinách, při kontrolách většinou spí, ale budí se okolo 4 hodiny ranní.

Cíl:

Klient chápe nutnost optimální rovnováhy mezi aktivitou a odpočinkem, klient bude spát alespoň 6 hodin bez probuzení.

Ošetřovatelské intervence:

Zajisti pro klienta vhodné prostředí!

Omez rušivé podněty z okolí!

Neruš zbytečně klientův spánek!

Zajisti spánkové rituály klienta!

Podávej léky na spaní dle ordinace lékaře a sleduj jejich efektivnost!

Vše zaznamenávej do dokumentace!

4. Porušený život rodiny související s dekompenzací ADHD, projevující se:

Subjektivně:

Pacient udává pocity nepochopení ze strany otce.

Objektivně:

Klient nechápe situaci, je netolerantní.

Cíl:

Klient si uvědomuje problém a spolupracuje na jeho nápravě.

Ošetřovatelské intervence:

Zhodnoť postavení každého člena rodiny a jeho přístup k dané situaci!

Dohodni se s klientem na postupu překonávání potíží!

Posuď předpoklady rodiny pro úspěšné zvládnutí problému!

Zapoj rodinu do skupinové terapie!

5. Sociální izolace související se syndromem ADHD, projevující se:
Subjektivně:

Klient udává pocit osamělosti, izolovanosti a nepochopení.

Objektivně:

Klient je impulzivní, nedokáže navazovat vztahy, odkládá svá rozhodnutí.

Cíl:

Klient si vytvoří nové vztahy a bude konstatovat zlepšení.

Ošetřovatelské intervence:

Kontaktuj kamarády klienta se kterými měl vytvořené vztahy!

Motivuj rodinu k podpůrnému jednání!

Navrhuj možná řešení k vytvoření nových vztahů!

9.3.2 Potencionální ošetřovatelské diagnózy

1. Riziko osamělosti související s hospitalizací.
Cíl:

Klient se zapojí do kolektivu, nebude se cítit osamělý.

Ošetřovatelské intervence:

Snaž se získat důvěru klienta!

Respektuj individualitu klienta!

Zapoj klienta do psychoterapie!

Měj vždy dostatek času na rozhovor s klientem!

2. Riziko agresivity hrozící související s dekompenzací ADHD
Cíl:

Klient je ohleduplnější ke svému okolí.

U klienta nedojde k atace agresivity.

Ošetřovatelské intervence:

Zajisti klidný přístup ke klientovi!

Zmírni rušivé elementy!

Komunikuj s klientem!

Zmírni rušivé elementy!

Zjisti vyvolávající příčiny!

3. Riziko zácpy související se změnou prostředí

Cíl:

Klient má stolici alespoň jedenkrát za dva dny.

Ošetřovatelské intervence:

Zajisti dostatečný pitný režim!

Umožni klientovi pohyb!

Sleduj množství a frekvenci stolice!

Informuj lékaře a plň jeho ordinace!

Vše zaznamenávej do dokumentace!

4. Riziko zranění související s hyperaktivitou a dekompenzací onemocnění

Cíl:

U klienta nedojde k pádu a úrazu během hospitalizace.

Klient bude seznámen s prostředím a pravidly bezpečného pohybu.

Ošetřovatelské intervence:

Zajisti klientovi bezpečné prostředí!

Edukuj klienta o pravidlech bezpečného pohybu!

Zjisti všechny rizikové faktory, které mohou ohrozit bezpečnost klienta!

9.3.3 Hodnocení plánu ošetřovatelské péče

Prvé hodnocení bylo provedeno po pěti dnech vytvoření ošetřovatelských diagnóz. Druhé hodnocení bylo provedeno v den ukončení mé praxe na psychiatrickém oddělení.

1. Společenská interakce porušená související s ADHD

1. hodnocení:

Subjektivně:

Klient udává mírné zlepšení.

Objektivně:

U klienta přetrvávají výkyvy nálad, už však s menší frekvencí. Konflikty s ostatními klienty nejsou již tak vyhrocené.

2. hodnocení:

Subjektivně:

Klient udává zlepšení, našel si zde pár kamarádů, kteří mu vyhovují.

Objektivně:

Klient stále velmi náladový. Komunikuje ochotněji a s ostatními klienty již nedochází téměř k žádným hádkám .

2. Nedostatek zájmových aktivit související s hyperaktivitou a nesoustředěností

1. hodnocení:

Subjektivně:

Klient udává, že mu terapeut navrhl cvičení, ale stále ho ještě nic nebaví.

Objektivně:

Klient dochází na ergoterapii, kde maluje. Stále se však nedokáže soustředit delší dobu, s fyzioterapeuty chodí každé odpoledne do tělocvičny.

2. hodnocení:

Subjektivně:

Klient udává, že chodí s terapeuty na hřiště a cvičit do posilovny.

Objektivně:

Klient se zapojuje do ergoterapie, využívá možnosti navštěvovat posilovnu. Doba, kdy se jen netečně procházel po oddělení, už minula.

3. Porušený spánek související s hyperaktivitou a psychickým stresem

1. hodnocení:

Subjektivně:

Klient udává jen mírné zlepšení, pomáhají mu léky na spaní, stále musí myslet na svoji přítelkyni a nemůže spát.

Objektivně:

Klient usíná okolo 23 hodiny, po podání léků dle ordinace lékaře, při nočních kontrolách spí, probouzí se okolo 6 hodiny ranní.

2. hodnocení:

Subjektivně:

Klient udává klidnější spaní, stále usíná později než ostatní, ale spí do 7 hodiny ranní, hodně mu prý pomáhají léky na spaní, o které si vždy požádá.

Objektivně:

Klient spí nepřetržitě 7 hodin, ráno je odpočatý.

4. Porušený život rodiny související s dekompenzací ADHD

1. hodnocení:

Subjektivně:

Klient udává, že otec přijede na návštěvu a vše si vyříkají.

Objektivně:

Klient stále ještě plně nechápe svoji situaci, komunikuje ochotně, účastní se psychoterapeutických sezení.

2. hodnocení:

Subjektivně:

Klient říká „ S otcem jsem si vše několikrát prohovořil, už vím, že měl ve všem pravdu, hovořil jsem o tom také s psychologem, ten mi doporučil, abych byl trpělivý a snažil se o tom všem stále hovořit.“

Objektivně:

Klient působí klidnějším dojmem, je více tolerantní, začíná chápat situaci.Účastní se psychoterapeutických sezení.

5. Sociální izolace související se syndromem ADHD

1. hodnocení:

Subjektivně:

Klient udává, že se stále cítí osamocen, nepochopen, ale na pokoji si našel kamaráda, se kterým si začíná povídat.

Objektivně:

Klient stále ještě impulzivní, nerozhodný, zapojuje se však do ergoterapie, navštěvuje psychoterapeutická sezení, sbližuje se s ostatními klienty.

2. hodnocení:

Subjektivně:

Klient udává zlepšení, napsali mu kamarádi ze školy a přijedou prý na návštěvu.

Objektivně:

Klient již méně impulzivní, vyhledává kontakty, na psychoterapeutických sezeních komunikuje, zapojuje se do dialogů.

9.3.4 Edukační plány

Edukační plán 1

Účel: Poskytnout klientovi dostatek informací o pravidlech bezpečného pohybu.
Cíl: Klient bude dostatečně informován pravidlech bezpečného pohybu během pěti desetiminutových schůzek.

Oblast kognitivní

Očekávaný výsledek: Klient pochopí důležitost bezpečného pohybu.
Hlavní body plánu: Podání informací o bezpečném pohybu. Seznámení s prostředím.
Časová dotace: 3 x 10 minutová schůzka
Metoda presentace: rozhovor
Metoda hodnocení: Klient chápe, jak se má bezpečně pohybovat, aby nedošlo ke zranění.

Oblast afektivní

Očekávaný výsledek: Klient vyjádří své obavy z možného zranění
Hlavní body plánu: Povzbuzení, podpora
Časová dotace: 2 x 10 minutová schůzka
Metoda presentace: diskuse
Metoda hodnocení: Klient je schopen hovořit o svých obavách a dojde ke zmírnění obav.

Edukační plán 2

Účel: Vysvětlit klientovi nutnost optimální rovnováhy mezi aktivitou a odpočinkem.
Cíl: Klient pochopí důležitost a význam optimální rovnováhy mezi aktivitou a odpočinkem během čtyř desetiminutových schůzek.

Oblast kognitivní

Očekávaný výsledek: Klient pochopí důležitost optimální rovnováhy mezi aktivitou a odpočinkem. Uvědomí si, jaký vliv má na jeho zdravotní stav.
Hlavní body plánu: Nastíním možnosti alternativních aktivit, vysvětím důležitost optimální rovnováhy.
Časová dotace: 2 x 10 minutová schůzka
Metoda presentace: rozhovor
Metoda hodnocení: Klient je schopen si uvědomit důležitost optimální rovnováhy mezi aktivitou a odpočinkem a vlivem na zdravotní stav.

Oblast afektivní

Očekávaný výsledek: Klient bude schopen vyjádřit své obavy z nerovnováhy mezi aktivitou a odpočinkem.
Hlavní body plánu: povzbuzení, podpora
Časová dotace: 2 x 10 minutová schůzka
Metoda presentace: rozhovor
Metoda hodnocení: Klient je schopen hovořit o svých obavách, je klidný, spokojený.

Edukační plán 3
Účel: Poučit zdravotnický personál o ošetřovatelské péči a jejích zvláštnostech u klientů s ADHD
Cíl: Během 20 minut bude zdravotnický personál znát příznaky syndromu ADHD a možné ošetřovatelské problémy u klientů s ADHD.

Očekávaný výsledek: Zdravotnický personál bude znát příznaky syndromu ADHD a možné ošetřovatelské problémy u těchto klientů.
Hlavní body plánu: Vyjmenuji příznaky syndromu ADHD a možné ošetřovatelské problémy.
Časová dotace: 10 minut
Metoda presentace: přednáška, diskuse
Metoda hodnocení: Zdravotnický personál zná příznaky ADHD a zná možné ošetřovatelské problémy u těchto klientů.

Očekávaný výsledek: Zdravotnický personál bude znát zvláštnosti ošetřování u těchto klientů.

Hlavní body plánu: Poučím zdravotnický personál o zvláštnostech péče o klienty s ADHD.

Časová dotace: 10 minut

Metoda presentace: přednáška, diskuse

Metoda hodnocení: Zdravotnický personál zná zvláštnosti ošetřovatelské péče u klientů s ADHD.

10 DISKUSE

Ve své bakalářské práci jsem se snažila popsat problematiku klienta s hyperkinetickou chorobou. Toto téma je mi velmi blízké. Pracuji v psychiatrické léčebně a mám možnost se s touto problematikou setkávat téměř denně, ale rovněž se tématika vyskytuje v mé rodině. Před osmi lety byla tato choroba diagnostikována u našeho vnuka. Mohu tedy říci, že dokážu pochopit rodiče takto postižených dětí. Velký důraz je kladen na vzdělávání a možnost začlenění těchto dětí do kolektivu. V minulosti byla ADHD vnímána jako nevychovanost a selhání rodičovství.

Moji práci jsem rozdělila na dvě části, teoretickou a praktickou. Cílem mé práce bylo shromáždit co nejvíce informací o nemoci. Myslím, že jsem v teoretické části popsala vše, co s onemocněním souvisí. Snažila jsem se přiblížit složitost a časovou náročnost diagnostiky, kdy je nutné mozaikovitě poskládat různá pomocná vyšetření, na kterých spolupracuje mnoho odborníků. Jedna kapitola je také věnována terapii syndromu ADHD. Přihlédnuto je k farmakologické i nefarmakologické léčbě. Zvláštní důraz jsem kladla na psychoterapii, která vyžaduje bio – psycho – sociální intervence. Důležitý je i vliv prostředí, ve kterém se klient narodil a vyrůstá, vliv prostředí je a bude vždy podpůrnou formou jakékoliv léčby.

Důležitá je i zmiňovaná sociální problematika. Děti, adolescenti i rodiče mají možnost využít pomoci a podpory několika center a společností fungujících po celé České republice. V našem kraji velkou pomoc a poradenství nabízí farnost Salesiánů, pod kterou se nachází centrum - Střecha se sídlem v Plzni. Ta poskytuje pomoc klientům nejen z Plzně, ale i blízkého okolí. Myslím však, že by centra měla být zřizována i v menších městech, protože tato problematika se týká stále většího počtu obyvatel a velký důraz je kladen na vzdělávání a možnost začlenění těchto lidí do společnosti.

Hlavním úkolem sestry je zajištění kvalitní ošetřovatelské péče. V další kapitole své práce jsem uvedla zásady péče týkající se klienta s hyperkinetickou chorobou. Důležitý je klidný, ale rozhodný přístup v péči a spolupráce rodiny klienta. To prokázala ve své bakalářské práci i M. Vlastníková, když porovnáním dvou kazuistik klientů s ADHD zjistila, že prvořadým v přístupu, je trpělivost a důslednost.

Cílem mé praktické části, která je rozdělena na obecnou a speciální část, bylo nastínit ošetřovatelskou péči o klienta se všemi jeho zvláštnostmi. Ke splnění cíle jsem

si vybrala model Dr. Majory Gordonové, který je mi blízký a dobře se s ním pracuje. Popisuji ho blíže v obecné části. Je používán ve většině zdravotnických zařízení, tedy i v tom mém, kde pracuji. Přemýšlela jsem o užití modelu Hildegard E. Peplauové, ten poskytuje logický a systematický pohled na ošetřování, klade důraz na komunikaci, je vhodný pro použití na psychiatrii, ale nevhodný v prostředí, kde je kontakt mezi sestrou a klientem krátkodobý. Vzhledem k tomu, že má praxe trvala dva týdny, použila jsem osvědčený a nejvíce používaný model funkčních typů zdraví, který respektuje a splňuje holistický přístup ke zdraví člověka. Pro to se také osvědčil v taxonomii ošetřovatelských diagnóz. Získané informace o klientovi jsem utřídila podle 12 oblastí, z nichž každá představuje funkční, nebo dysfunkční součást zdravotního stavu.

Ve speciální části jsem si pro kazuistické šetření vybrala 18letého klienta, kterému byla diagnostikována choroba při nástupu do mateřské školy. Kladně hodnotím to, že na základě rozhovorů s klientem, pozorováním a studiem dokumentace, jsem dokázala zpracovat tuto kazuistiku s informacemi od jeho narození, až po dnešní dobu. Snažila jsem se popsat příznaky choroby v jeho počátcích a dále v raném dětství, jak postupovaly a vyvíjely se. Studiem literatury a srovnáním své kazuistiky, jsem zjistila, že můj klient svým chováním, impulzivitou a nesoustředěností, splňuje vše popsané v literatuře uznávaných odborníků. Potvrdilo se mi, že velmi důležitá je důslednost, rozhodnost, klidný přístup, krátké a časté opakování úkolů a velmi důležitá je spolupráce rodin. Za nutnou a velmi důležitou považuji edukaci, ať už se jedná o klienta, rodinu, nebo širší veřejnost a zdravotníky. Základem sesterské práce je neustálé podávání informací o denním režimu, stravování, ale i o bezpečnosti, vhodnou a srozumitelnou formou. Důležitá je i příprava na určitá vyšetření.

Dle vlastního šetření jsem stanovila 9 ošetřovatelských diagnóz, z toho 5 aktuálních a 4 potencionální. Z aktuálních diagnóz je důležitá porušená společenská interakce a nedostatek zájmových aktivit.

Ošetřovatelskou péči i ošetřovatelský plán, hodnotím úspěšně, protože se zdařilo klienta zapojit do ergoterapie, začal ochotněji komunikovat, byl více tolerantní, působil celkově klidnějším dojmem.

Zaměřila jsem se také na edukační plány, které bylo nutno pojmout v několika sezeních, vzhledem k náročnosti na soustředěnost.

Zdravotníci by měli znát specifika péče o tyto klienty, proto jsem edukaci zaměřila i na ně. Při přednášce jsem je seznámila s problematikou ADHD a poučila je o zvláštnostech ošetřovatelské péče u těchto klientů.

Tím, že jsem měla možnost poznat klienty různého věku, u nichž byla diagnostikována ADHD, jsem se obohatila o poznatky o této chorobě z pohledu druhých. Poznala jsem obtížnost úspěšného přístupu ke klientům s ADHD v rámci vyučování a v jejich volném čase. Zvláštní obdiv u mě mají pedagogičtí pracovníci, kteří jsou zaměřeni na specifickou práci u dětí s ADHD a jejich úroveň systematického otevřeného chování vůči dětem.

Cíl a úkol práce, tedy zjištění co nejvíce informací o klientovi a nastínění ošetřovatelské péče o klienta s ADHD, byly splněny.

ZÁVĚR

ADHD mě jako téma velice zajímalo a obohatilo o mnoho nových poznatků. Snažila jsem se shrnout všechny mě dostupné informace, které jsem čerpala z literatury a internetových zdrojů. Cílem mé práce bylo nastínit ošetřovatelskou péči o klienta s hyperkinetickou chorobou a všemi jejími zvláštnostmi.

Moje bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V první části jsem se snažila popsat vše co se syndromem ADHD souvisí, včetně diagnostiky, léčby a prognózy onemocnění. Jedna kapitola je věnována sociální problematice, kde uvádím několik center věnujících se pomoci a poradenství dětem, dospívajícím, rodičům a pedagogům. Centra se nacházejí ve větších městech po celé České republice. V další kapitole se věnuji ošetřovatelské péči o klienta s ADHD a jejím zvláštnostem, jsou zde popsány zásady ošetřovatelské péče a nutnost klidného, ale rozhodného přístupu.

Úkolem mé práce bylo zjištění co nejvíce informací o klientovi. Proto v druhé části mé práce je uvedena kazuistika u klienta se syndromem ADHD. Obsahuje veškeré informace o klientovi od narození do současnosti, které jsem získala rozhovorem s klientem, pozorováním a studiem dokumentace. Data ke zpracování kazuistiky jsem použila po předešlém souhlasu klienta. Dále byla vypracována ošetřovatelská anamnéza a fyzikální vyšetření všeobecnou sestrou. Na základě zjištěných poznatků byl vypracován plán ošetřovatelské péče se zaměřením na specifické problémy a následné hodnocení ošetřovatelské péče. V edukaci jsem se zaměřila nejen na klienta, ale i na zdravotnický personál, kterému jsem poskytla 20 minutovou přednášku o ošetřovatelské péči a jejích zvláštnostech u klientů s ADHD.

Mojí hlavní myšlenkou bylo uceleně podat veškeré dostupné informace o syndromu ADHD. Dnes, za pomoci moderní vědy a medicíny, znalostí psychologie a psychiatrie, můžeme tyto klienty vychovávat a léčit tak, aby byli ve svém okolí přijímáni bez větších rozporů, v kolektivu obstáli a ve věku adolescence se mohli bez větších problémů připravovat na svůj budoucí život. Snažila jsem se vytvořit ošetřovatelský plán, který doufám bude přínosem pro všechny zdravotnické pracovníky a čtenáře mé práce.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetřovatelských modelů*. vyd.1. Ráby: Nucleus hk, 2003. ISBN 80-86225-33-X.

BARKLEY Russell A.: *Attention deficit hyperactivity disorder* [online]. New York: The Guilford Press, 1990, 10.01.2011 [cit. 2012-03-15]. Dostupné z: www.continuingedcourse.net

DRTÍLKOVÁ, I. *Dítě s hyperkinetickou poruchou*. vyd.1. Praha: Gasset, 2006, str.55. ISBN 80-903682-6-3.

DRTÍLKOVÁ, I. *Hyperaktivní dítě:vše,co potřebujetevědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou(ADHD)*. vyd.2. Praha: Galén, 2007, str.87. ISBN 978-80-7262-447-8.

DRTÍLKOVÁ, I. a O. ŠERÝ. *Hyperkinetická porucha:ADHD*. Praha: Galén, 2007, str.268. ISBN 978-80-7262-419-5.

DYS-centrum Praha. *Úvodní stránka* [online]. Praha, 1995 [cit. 2012-03-15]. Dostupné z: www.dyscentrum.org

FARKAŠOVÁ, D. *Ošetřovatelství-teorie*. vyd.1. Martin: Osveta, 2006, str.211. ISBN 80-8063-227-8.

GOETZ, M. a P. UHLÍKOVÁ. *ADHD-porucha popzornosti s hyperaktivitou:příručka pro sterostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. vyd.1. Praha: Galén, 2009, str.160. ISBN 978-80-7262-630-4.

HYPERAKTIVITA: *institut pro studium a terapii hyperaktivity a poruch pozornosti* [online]. 11.26.2003, 12.21.2010 [cit. 2012-01-30]. Dostupné z: www.hyperaktivita.cz

JEŠTĚRKA,o.s.: *Úvodní stránka* [online]. D+H, 07.18.2008, neaktualizováno [cit. 2012-01-10]. Dostupné z: www.osjesterka.cz

JUCOVIČOVÁ, D. a H. ŽÁČKOVÁ. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině:základní projevy ADHD,zásady výchovného vedení,působení relaxačních technik,dospívání hyperaktivních dětí*. vyd.1. Praha: Grada, 2010, str.238. ISBN 978-80-247-2697-7.

MARKOVÁ, E., M. VENGLÁŘOVÁ a M. BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetřovateská péče*. vyd.1. Praha: Grada, 2006, str.352. ISBN 80-247-1151-6.

MICHALOVÁ, Z. *Sonda do problematiky specifických poruch chování*. vyd.1. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2007, str.207. ISBN 978-80-7311-075-8.

MUNDEN, A. a J. ARCELUS. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita:přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. vyd.2. Dagmar Tomková. Praha: Portál,

2006, str.119. ISBN 80-7367-188-3.

NEJEDLÁ, M. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. vyd.1. Praha: Grada, 2006, str.248. ISBN 80-247-1150-8.

PACLT, I. A KOL. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. vyd.1. Praha: Grada, 2007, str.234. ISBN 978-80-247-1426-4.

POKORNÁ, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. vyd.1. Praha: Portál, 2001, str.333. ISBN 80-7178-570-9.

RIEFOVÁ, S.F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole:praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD*. vyd.4. Praha: Portál, 2010, str.251. ISBN 978-80.7367-728-2.

SALESIANI DONA BOSKA: *Centrum Střecha* [online]. 09.10.2001, 09.11.2006 [cit. 2012-02-15]. Dostupné z: www.sdbplzen.cz/strecha-centrum-pomoci-detem-mladezi-a-rodine

S-E-N PORADENSKÉ CENTRUM. *Úvodní stránka* [online]. studio4Desing, 2010, neaktualizováno [cit. 2012-02-15]. Dostupné z: www.s-e-n.cz

TRACHTOVÁ, E. A KOL. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. vyd.2. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008, str.185. ISBN 80-7013-324-4.

TRAIN, A. *Specifické poruchy chování a pozornosti*. vyd.1. Praha: Portál, 1997, str.164. ISBN 80-7178-131-2.

VLASTNÍKOVÁ, M. *ADHD-porucha pozornosti,impulzivita a agresivita*. ZLÍN, 2011. Dostupné z: www.theses.com. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce doc. PhDr.Lenka Haburajová Ilavská,Ph.D.

SEZNAM CIZÍCH SLOV A UŽITÝCH ZKRATEK

ADD – Attention deficit disorder

ADHD – Attention deficit hyperactiviti disorder

DSM IV. – Klasifikační systém Americké psychiatrické asociace

DSM I. – Klasifikační systém Americké psychiatrické asociace

EEG – elektroencefalogram

EKG – elektrokardiogram

IQ test – test inteligence

LDE – lehká dětská encefalopatie

LMD – lehká mozková dysfunkce

MKN – 10 – Mezinárodní klasifikace nemocí. Systém světové zdravotnické organizace

MMD – minimální mozková dysfunkce

NGASR – Nurses Global Assessmentof Suicide Risk

OACAC – Overseas Association for College Admission Counseling

PPP – pedagogicko – psychologická poradna

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Barthelův test všedních činností

Příloha č. 2 Zhodnocení rizika sebevražedného jednání

Příloha č. 3 Vyhodnocení rizika agrese

Příloha č. 1

Barthelův test všedních činností

Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10 bodů
	S pomocí	05 bodů
	Neprovede	00 bodů
Oblékání	Samostatně bez pomoci	10 bodů
	S pomocí	05 bodů
	Neprovede	00 bodů
Koupání	Samostatně nebo s pomocí	05 bodů
	Neprovede	00 bodů
Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	05 bodů
	Neprovede	00 bodů
Kontinence moče	Plně kontinentní	10 bodů
	Občas inkontinentní	05 bodů
	Trvale inkontinentní	00 bodů
Kontinence stolice	Plně kontinentní	10 bodů
	Občas inkontinentní	05 bodů
	Inkontinentní	00 bodů
Použití WC	Samostatně bez pomoci	10 bodů
	S pomocí	05 bodů
	Neprovede	00 bodů
Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci	15 bodů
	S malou pomocí	10 bodů
	Vydrží sedět	05 bodů
	Neprovede	00 bodů

Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15 bodů
	S pomocí 50 metrů	10 bodů
	Na vozíku 50 metrů	05 bodů
	Neprovede	00 bodů
Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10 bodů
	S pomocí	05 bodů
	Neprovede	00 bodů

Hodnocení stupně závislosti:

Vysoce závislý	00 – 40 bodů
Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
Lehká závislost	65 – 95 bodů
Nezávislý	96 – 100 bodů

Příloha č. 2

Zhodnocení rizika sebevražedného jednání NGASR

Beznaděj	ano-ne 03 – 00 bodů
Deprese a ztráta zájmu a potěšení	ano-ne 03 – 00 bodů
Plán spáchat sebevraždu	ano-ne 03 – 00 bodů
Aktuální ztráta blízkého nebo rozpad vztahu	ano-ne 03 – 00 bodů
Sebevražedný pokus v anamnéze	ano-ne 03 – 00 bodů
Přítomnost stresových událostí	ano-ne 01 – 00 bodů
Perzekuční hlasy a přesvědčení	ano-ne 01 – 00 bodů
Vážné duševní problémy nebo sebevražda v rodinné anamnéze	ano-ne 01 – 00 bodů
Varovné známky sebevražedného záměru	ano-ne 01 – 00 bodů

Psychóza v anamnéze	ano-ne 01 – 00 bodů
Ztráta manžela/manželky nebo životního partnera	ano-ne 01 – 00 bodů
Známky sociálního stažení	ano-ne 01 – 00 bodů
Socioekonomické strádání v anamnéze	ano-ne 01 – 00 bodů
Užívání alkoholu nebo jiných toxických látek v anamnéze	ano-ne 01 – 00 bodů
Přítomnost terminálního onemocnění	ano-ne 01 – 00 bodů

Hodnocení:

0 – 5 bodů – nízké riziko
6 – 11 bodů – střední riziko
12 a více bodů – vysoké riziko

Příloha č. 3

Vyhodnocení rizika agrese – Broset violence checklist

Zmatenost	ano-ne
Podrážděnost	ano-ne
Výbušnost	ano-ne
Slovní vyhrožování	ano-ne
Agrese vůči věcem	ano-ne

Hodnocení:
Za každé ano 1 bod.

0 – 1 bod – nízká pravděpodobnost agrese vůči okolí v následujících 24 hodinách

2 – 5 bodů – vysoké riziko agresivního chování v následujících 24 hodinách