

Ošetrovatelská péče u dětí s poruchami chování v psychiatrické nemocnici

Jana Škrobová

Bakalářská práce
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana Škrobová**
Osobní číslo: **H14212**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Ošetrovatelská péče u dětí s poruchami chování v psychiatrické nemocnici**

Zásady pro vypracování:

Vypracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti problematiky poruch chování u dětí v psychiatrické nemocnici.

Příprava metodiky výzkumu.

Realizace kvalitativního výzkumu technikou kazuistik.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

DOIDGE, Norman a Eva KADLECOVÁ. Váš mozek se dokáže změnit. Brno: Computer Press, 2011. ISBN 978-80-251-3331-6.

HORT, Vladimír et al. Dětská a adolescentní psychiatrie. 2. vydání. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-404-5.

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. Psychiatrie a pedopsychiatrie. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.

LAGMEIER, Josef, Karel BALCAR a Jan ŠPITZ, 2010. Dětská psychoterapie. Vyd. 3. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-710-7.

PLATZNEROVÁ, Andrea. Sebepoškozování: Aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-606-9.

SADOCK, Benjamin James a Virginia Alcott SADOCK. Concise textbook of child and adolescent psychiatry. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2009. ISBN 978-0-7817-9387-2.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

5. ledna 2018

Termín odevzdání bakalářské práce:

18. května 2018

Ve Zlíně dne 5. ledna 2018


doc. Ing. Aněžka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně *28.2.*.....

Gusman
.....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá jedním z méně častých témat dnešní doby, a to ošetrovatelskou péčí o děti s poruchami chování v psychiatrické nemocnici. Práce je rozdělena do dvou hlavních částí - teoretické a praktické. První část se věnuje základním informacím o přirozené vývojové fázi dítěte. Dále se zde dozvídáme o samotné diagnóze, vyšetřovacích metodách, léčbě a prognóze. V poslední kapitole teoretické části je popsána ošetrovatelská péče. Empirická část je věnována samostatnému průzkumu dané problematiky, v tomto případě ošetrovatelské péči u dětí hospitalizovaných na dětském oddělení v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži.

Klíčová slova: ošetrovatelská péče, poruchy chování, děti, psychiatrická nemocnice.

ABSTRACT

This bachelor thesis deals with one of the less frequent topics of the present day, namely nursing care for children with behavioral disorders in a psychiatric hospital. The thesis is divided into two main parts - the theoretical and practical. The first part provides basic information about the child's natural development phase. Here, we also learn about the diagnosis, examination methods, treatment and prognosis. The last chapter of the theoretical part describes nursing care. The empirical part is devoted to a separate survey of the given issue, in this case the nursing care of children hospitalized in the children's department at the Psychiatric Hospital in Kroměříž.

Keywords: nursing care, behavioral disorders, children, psychiatric hospital.

Chtěla bych tímto poděkovat své vedoucí bakalářské práce Mgr. Zlatici Dorkové, Ph.D za odborné vedení, za pomoc a rady při zpracování této práce. A také své rodině, přátelům a kolegům za pomoc a trpělivost při studiu.

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

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 PŘIROZENÝ VÝVOJ DÍTĚTE A ADOLESCENTA.....	12
1.1 ZÁKLADNÍ PSYCHOLOGICKÉ VÝVOJOVÉ TEORIE	12
1.1.1 Sigmund Freud, 19. – 20. st.	12
1.1.2 Erik Erikson, 20. st.	12
1.1.3 Margaret Mahlerová, 19. – 20. st.	12
1.2 VÝVOJOVÁ FÁZE	13
1.3 VÝVOJOVÉ ASPEKTY RODIČOVSKÉHO CHOVÁNÍ	13
2 PORUCHY CHOVÁNÍ	15
2.1 KLASIFIKACE PORUCH CHOVÁNÍ	15
2.2 EPIDEMIOLOGIE A ETIOPATOGENEZE PORUCH CHOVÁNÍ	15
2.2.1 Rizikové faktory	15
2.3 KLINICKÉ PŘÍZNAKY PORUCH CHOVÁNÍ	16
3 VYŠETŘOVACÍ METODY PORUCH CHOVÁNÍ.....	19
3.1 PATOLOGIE A LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ.....	19
3.2 PSYCHIATRICKÉ VYŠETŘENÍ	19
3.3 POMOCNÁ VYŠETŘENÍ	19
4 LÉČBA A PROGNÓZA PORUCH CHOVÁNÍ.....	20
4.1 PSYCHOTERAPIE	20
4.2 FARMAKOTERAPIE.....	20
4.2.1 Neuroleptika	20
4.2.1.1 Nežádoucí účinky	20
4.2.2 Lithium	21
4.2.2.1 Nežádoucí účinky Lithia	21
4.2.3 Karbamazepin	21
4.2.3.1 Nežádoucí účinky Karbamazepinu	21
4.3 PSYCHIATRICKÁ REHABILITACE A SOCIÁLNÍ TERAPIE.....	22
4.4 PROGNÓZA PORUCH CHOVÁNÍ	22
5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE.....	23
5.1 OŠETŘOVATELSKÝ TÝM A OCHRANA PRÁV PACIENTŮ	23
5.2 ADAPTACE DÍTĚTE NA DĚTSKÉM ODDĚLENÍ V PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICI.....	23
5.3 KOMPETENCE SESTRY V OBLASTI PSYCHIATRICKÉ PÉČE.....	24
5.4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O DĚTI S PORUCHOU CHOVÁNÍ	25
5.4.1 Podpora dětské kreativity u poruch chování z pohledu ošetrovatelské péče	26
5.4.2 Důvěra a naděje, dítě je víc než zázrak – z pohledu ošetrovatelské péče v rámci empatie.....	26
II PRAKTICKÁ ČÁST	27
6 METODIKA	28

6.1	FORMULACE PROBLÉMU	28
6.2	CÍLE PRŮZKUMU	28
6.2.1	Dílčí cíl	28
6.3	CHARAKTERISTIKA SOUBORU	28
6.4	METODA SBĚRU DAT	28
6.5	ORGANIZACE PRŮZKUMU	29
6.6	ZPRACOVÁNÍ DAT	29
6.7	VÝSLEDKY	29
6.7.1	Kazuistika č. 1	29
6.7.1.1	Anamnéza	29
6.7.1.2	Průběh hospitalizace	30
6.7.1.3	Poskytnutá ošetrovatelská péče	31
6.7.1.4	Závěr	31
6.7.2	Kazuistika č. 2	32
6.7.2.1	Anamnéza	32
6.7.2.2	Průběh hospitalizace	33
6.7.2.3	Poskytnutá ošetrovatelská péče	34
6.7.2.4	Závěr	34
6.7.3	Kazuistika č. 3	34
6.7.3.1	Anamnéza	34
6.7.3.2	Průběh hospitalizace	35
6.7.3.3	Poskytnutá ošetrovatelská péče	36
6.7.3.4	Závěr	36
6.7.4	Kazuistika č. 4	36
6.7.4.1	Anamnéza	37
6.7.4.2	Průběh hospitalizace	38
6.7.4.3	Poskytnutá ošetrovatelská péče	39
6.7.4.4	Závěr	39
6.7.5	Kazuistika č. 5	39
6.7.5.1	Anamnéza	39
6.7.5.2	Průběh hospitalizace	40
6.7.5.3	Poskytnutá ošetrovatelská péče	41
6.7.5.4	Závěr	41
6.8	DISKUZE	42
	ZÁVĚR	43
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	44
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	46
	SEZNAM OBRÁZKŮ	47
	SEZNAM PŘÍLOH	48

ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce je ošetrovatelská péče u dětí s poruchami chování v psychiatrické nemocnici. Hlavním důvodem, proč jsem si toto téma vybrala, bylo především z toho důvodu, že pracuji na Dětském oddělení Psychiatrické nemocnice v Kroměříži. Proč je tedy, diagnóza s názvem poruchy chování u dětí jedno z nejčastějších diagnostikovaných psychiatrických dětských onemocnění se dozvíme v následujícím výzkumu. Dalším důvodem je malá informovanost veřejnosti o této diagnóze a jejích následcích. Veřejnost také často zaměňuje diagnózu s názvem poruchy chování, s diagnózou ADHD.

Teoretická část je rozdělena do pěti kapitol. V první kapitole se věnujeme přirozenému vývoji dítěte a adolescenta, v druhé se zaměřujeme na samotnou diagnózu, tedy poruchy chování. Třetí kapitola je navazující a pojednává o vyšetřovacích metodách poruch chování, ve čtvrté kapitole se zabýváme prognózou a léčbou tohoto onemocnění. V poslední kapitole, tedy páté se zaměřujeme na ošetrovatelskou péči u dětí s poruchami chování.

Praktickou část realizujeme kvalitativní metodou dlouhodobého přímého pozorování, doplněnou o informace a záznamy ošetrojícího personálu na Dětském psychiatrickém oddělení Psychiatrické nemocnice v Kroměříži. V praktické části se věnujeme pěti dětem, které mají diagnostikovanou poruchu chování. Následně jsme se zaměřili na anamnézu dítěte, poté průběh hospitalizace, dále poskytnutou ošetrovatelskou péči a hodnocení dítěte po ukončení hospitalizace.

Cílem práce je zmapovat ošetrovatelskou péči u dětí s poruchami chování hospitalizovaných v psychiatrické nemocnici, zaměřujeme se na jejich chování v cizím nemocničním prostředí a následně i v domácím a školním prostředí. Jakým způsobem poskytujeme ošetrovatelskou péči. Na co se budeme především zaměřovat, se bude odvíjet od záznamového archu pro pozorování.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PŘIROZENÝ VÝVOJ DÍTĚTE A ADOLESCENTA

Pro ošetřovatelskou péči je důležité znát průběh přirozeného vývoje dítěte. Co považujeme za přirozené v určitém období dětství, může být v jiném dětském věku abnormální nebo příznak psychiatrické poruchy. Dětská psychiatrie se nejčastěji setkává s psychiatrickou poruchou - poruchy chování a opozičního vzdoru – tvoří zásadní poruchy vývoje přiměřených sociálních dovedností a způsobu chování (Barker, 2004, s. 7).

1.1 Základní psychologické vývojové teorie

Dříve bývaly vývojové teorie rozdělovány na empiristické, které zdůrazňují význam zkušeností a učení pro vývoj (např. behaviorismus) a na nativistické teorie, které udávají podstatný vliv endogenních faktorů vývoje. Nyní pohled na vývoj zdůrazňuje vzájemné působení mezi biologickými faktory a zkušenostmi dítěte, které získává v průběhu svého života (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008, s. 28).

1.1.1 Sigmund Freud, 19. – 20. st.

Je zakladatelem klasické psychoanalýzy. Poukázal na význam dětských zkušeností pro vývoj, formování osobnosti i psychopatologické projevy v životě. „*V rámci této teorie hraje významnou úlohu koncept dětské sexuality*“. Popisuje fáze orální, anální a falickou. (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008, s. 28).

1.1.2 Erik Erikson, 20. st.

Erikson vyšel z klasické psychoanalýzy, které je zakladatel Freud, a obohatil ji v pohledu na lidský vývoj o sociální hlediska. Vypracoval sekvenci vývojových stádií, v nich hrají roli psychosexuální zóny a shodující se způsoby chování dítěte. Mezi vývojová stadia patří dosažení základní důvěry (orální fáze), autonomie (anální fáze), iniciativa (falická fáze), pracovitost a identita (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008, s. 29).

1.1.3 Margaret Mahlerová, 19. – 20. st.

Je představitelkou vývojové egopsychologie, zajímala se o vlivy prostředí a mateřské péče na vývoj dítěte. Zdůraznila vliv chování matky na vývoj dítěte a uvádí tyto vývojové fáze: autistická fáze, symbiotická fáze, separačně – individuační fáze (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008, s. 30-31).

1.2 Vývojová fáze

Dítě prochází určitými fázemi života a v každé z nich se jinak vyvíjí, od prvního roku života až po dospívání.

První rok života je období hlavních změn, jehož hlavní rysy jsou: vývoj základní důvěry a schopnost vytvářet intimní vztahy. Dochází ke změně v sociálním chování a citění dítěte, například z úsměvu, jako reflexního aktu se stává sociální úsměv. Dítě již rozeznává blízké osoby od cizích, objevují se známky úzkosti a separační úzkosti. Dochází k rozvoji motorických a kognitivních funkcí. Dále **v druhém roce života** nastává změna vývoje dítěte, začíná narůstat pocitu autonomie, začíná již chodit a poznávat nové věci a musí se naučit rozlišovat, co může a co naopak ne. Také se dítě učí být členem rodiny. V tomto věku se děti začínají učit základním hygienickým návykům. Nastává rozvoj slovní zásoby. Období vzdorovitého chování, projevující se pláčem, výbuchy vzteku. Začíná být schopno symbolizovat předmět pomocí slov a kresby. Následující fáze je **předškolní věk**, dítě si osvojuje smysl pro iniciativu. Rozvíjí se fantazie, někdy i s imaginárními osobami a často s přechodovými objekty (oblíbená hračka, polštář, ale třeba tužka...). U dítěte se rozvíjí motivace k sobě i činnostem. Genitální stádium, znamená stádium, kdy si děti uvědomují totožnost svého pohlaví. Narůstá komplexní rozvoj řeči. Nyní dítě již chodí do školy, tedy **období školního věku**, učí se základním instrumentálními dovednostem, které zahrnují schopnost učit se, těší se z kontaktu s vrstevníky, proto hrozí pocit méněcennosti a pocitu selhání. Rozvíjí se svědomí a kooperace při hře. Myšlení dítěte je v tomto období méně sebestředné. Nastává fáze **dospívání** dítěte, začátek počíná pubertou. Zdravý adolescent ví, kým je a je přesvědčen o své identitě, ví jakou cestou se v životě vydat. Je schopen racionálního myšlení, řešit spory a formulovat hypotézy. Je schopen pojímat svět v souvislostech, přemýšlet nad budoucností, rodinou a zaměstnáním (Barker, 2004, s. 8 – 11).

1.3 Vývojové aspekty rodičovského chování

Je důležité uvést i aspekty rodičovského chování, protože úzce souvisí s poruchou chování dítěte. „*Významnou okolností je emoční vazba budoucí matky k otci dítěte, její identifikace s rolí matky, představa o preferovaném pohlaví dítěte, strach z porodu apod.*“ Uspokojení psychických potřeb je stejně tak důležité, jako uspokojení potřeb biologických. Matka by měla být plně koncentrována na potřeby dítěte. To je komplikováno nezralostí matky, pokud žena nemá v partnerovi oporu nebo v blízké rodině. Dítě především v batolecím obdo-

bí potřebuje pocit bezpečí a jistoty, neboť toto pomáhá vytvářet jeho zkušenost a vytváří podmínky pro rozvoj autonomie. Rodiče musí se vzdorem dítěte umět pracovat, ne vše mu zakazovat, ale také ne vše mu dovolit. V batolecím věku, se také u dětí rozvíjí důležitá emoce, což je hrdost, která může být snadno ohrožena studem a zahanbením. Rodiče by své dítě neměli ponižovat, ale naopak ho povzbuzovat. V životě nastávají chvíle, kdy matka musí vychovávat dítě zcela sama a poté dítěti chybí mužský vzor. Dále vývoj ovlivňují nepříznivé sociální a finanční podmínky, např.: pobyt v Azylových domech, kam matka i s dětmi odejde, klokánky, kam děti matka umístí přes nepříznivé finanční problémy (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008, s. 39).



Obrázek 1: Smutné oči, autor: Bob Gajdoš

<http://fotografroku.ifotovideo.cz/obrazek.php?picture=362637&theme=150&list>

2 PORUCHY CHOVÁNÍ

Opoziční a agresivní chování v dětství a dospívání patří mezi nejčastější důvody, proč je daná mládež určena pro diagnostiku duševního zdraví (Kaplan a Sadock's, 2009, s. 92)

2.1 Klasifikace poruch chování

V Evropě je používána od roku 1992 MKN-10 (Orel a kolektiv, 2016, s. 131). Poslední aktualizace u 10. revize Mezinárodní klasifikace byla provedena 1. 1. 2018 (ÚZIS ČR, 2010 – 2018).

V současné době je používána nová DSM-5, oficiálně se používá v Austrálii, Novém Zélandu, Severní a ve většině území Jižní Ameriky. Od roku 2015 je DSM-5 k dispozici také v české verzi, je daleko podrobnější a obohacená o nové kategorie a pojmy. DSM-5 zhotovili v mezinárodní spolupráci odborníci lékařských i nelékařských oborů a disciplín. V této bakalářské práci se zabývám kódem diagnózy: F91 Poruchy chování. (Orel a kolektiv, 2016, s. 131-136).

Dle MKN-10 jsou poruchy chování rozděleny na socializované a na nesocializované. Někdy se připojují i agresivní a neagresivní formy poruch chování, dále i vliv prostředí (Říčan, Krejčířová a kolektiv, 1997, s. 178).

2.2 Epidemiologie a etiopatogeneze poruch chování

„Prevalence poruch chování se pohybuje kolem 5 %. Poruchy jsou častější u chlapců než u dívek v poměru 2-4:1“ (Hosák, Hrdlička, Libirger a kolektiv, 2015, s. 368).

Etiopatogeneze poruch chování jsou podmíněné více vlivy, kam zahrnujeme genetické příčiny, které jsou spojené s nepříznivými okolnostmi prostředí. Dědičnost se odhaduje kolem 50 %. Příčina souvisí především s rizikovými faktory, uvedenými níže. Neurochemické studie se zaměřují na hladinu serotoninu, agrese souvisí s nízkou hladinou serotoninu v CNS (Hosák, Hrdlička, Libirger a kolektiv, 2015, s. 368).

2.2.1 Rizikové faktory

Biologické faktory

- předčasné narození
- genetické predispozice
- komplikace před a po porodu

- poranění nebo onemocnění mozku
- mužské pohlaví

Individuální faktory

- hyperkinetické poruchy
- mentální retardace
- dysfázie a dyslexie

Rodinné faktory

- asociální chování nebo závislost na alkoholu a drog u rodičů
- domácí násilí
- absence jednoho z rodičů, rozvod, úmrtí
- zanedbaná výchova dítěte
- spory mezi rodičem a dítětem
- volná výchova
- přehnaná kontrola ze strany rodičů
- výskyt deprese a úzkosti u matky
- nezralost matky

Sociální a školní faktory

- kontakt s problémovými vrstevníky
- ignorace vrstevníky
- oběť fyzické či psychické šikany nebo i trestného činu
- nízké socioekonomické postavení
- negativní vliv médií
- pochybný okolí (kriminalita, sociálně nižší vrstvy)
- problematika ve školství, špatná organizace navštěvované školy

(Hosák, Hrdlička, Libirger a kolektiv, 2015, s. 368-369)

2.3 Klinické příznaky poruch chování

Příznaků je mnoho a jsou ovlivněny věkem dítěte. Musí se umět rozlišit, zda se nejedná o běžné dětské zlobení či rebelství adolescentů, dle vývojového stupně dítěte. Porucha chování musí značně zhoršit sociální, školní nebo pracovní fungování. Klinické příznaky můžeme rozdělit do těchto oblastí:

- 1 **Vzdorovitost, odmítavost, nepřátelské postoje**, projevující se lhaním, krádežemi, vandalismem, dále úmyslným zakládáním požárů. Děti odmítají chodit do školy, falšují si podpisy rodičů v omluvném listu. Jsou zaznamenány časté útoky z domova i v pozdních večerních hodinách. Může se u nich vyskytnout agrese, která se projevuje šikanou a týráním jak lidí, tak i zvířat. Děti nerespektují autoritu, rádi diskutují s dospělými, obrací se na svá práva, často provokují dospělou osobu, jak slovně, tak věcně dělají naschvály. Toto dítě většinou nemá pocit viny, není empatický vůči svému okolí.
- 2 **Porucha chování ve vztahu k rodině**, projevující se porušováním základních práv jiných nebo závažnějších společenských pravidel nebo norem přiměřených věku pouze v rodině. Vyskytují se krádeže v domě, kde dítě vyrůstá nebo v domech u příbuzných, dochází k úmyslnému podpalování chat či domu patřící rodině. Dítě je vychováno většinu času nevlastním rodičem nebo to může být projev nepřiměřené reakce na rozvod rodičů.
- 3 **Nesocializovaná porucha chování**, jde o typ poruchy, kdy jedinec je samotářský, nespolečenský se všemi příznaky poruch chování, i těmi nejzávažnějšími. Projevuje se u něj agrese, tyranie, šikana, nucení jiné osoby k sexuální aktivitě, loupežná pře-padení a krádeže. Takové dítě nepocituje lítost ani pocit viny, většinou nemívá kamarády a k dospělým postrádá veškerou důvěru.
- 4 **Socializovaná porucha chování**, daný jedinec má za své přátele nejčastěji vrstevníky, je schopen trvalého přátelství. Přestupky koná s přáteli nebo sám. Typický je negativní vztah k autoritám, především ke škole, záškoláctví. Dále se jedná o vandalismus, drobnější krádeže, ničení veřejného či cizího majetku, k závažnějším projevům agrese nedochází. Problémy v chování se odehrávají v prostředí mimo domov a rodinu.
- 5 **Porucha opozičního vzdoru**, tato porucha se diagnostikuje pouze do 10 let života dítěte. Je pro ni typické vzdorovité, nepřátelské, provokativní a negativní chování vůči druhým lidem, především k dospělým. Bez vážnějšího výskytu antisociálních a agresivních činů. Dítě odmítá dodržovat pravidla, nerespektuje autoritu a uráží se. Často dochází ke konfrontacím mezi dítětem a dospělým, což vede ještě k větší vzdorovitosti.

(Hosák, Hrdlička, Libirger a kolektiv, 2015, s. 369-372)



Obrázek 2: Každé dítě trpí nějakou formou emocionální poruchy nebo poruchy chování,
autor: Shutterstock

<https://www.info.cz/galerie/magazin/4675/je-dite-dusevne-v-poradku-6-priznaku-ktremuzou-znacist-opak?foto=0>

3 VYŠETŘOVACÍ METODY PORUCH CHOVÁNÍ

„Základem diagnostiky a léčby psychických nemocí je vstupní psychiatrické vyšetření“.

Psychiatr vyšetření provádí ambulantně nebo během hospitalizace v psychiatrické nemocnici. Je třeba pořídit záznam, který je veden papírově nebo dnes běžně v elektronické podobě, nazývá se chorobopis, který je součástí zdravotnické dokumentace. K chorobopisu patří identifikační údaje pacienta, anamnéza, nynější onemocnění, tělesné a psychické vyšetření, hlavní a diferenciální diagnózy, plán léčby a návrh terapie (Orel a kolektiv, 2016, s. 60).

3.1 Patologie a laboratorní vyšetření

Neexistují žádné patologické nálezy či speciální laboratorní testy, které by odhalily poruchu chování. Je však prokázáno, že některé děti s poruchou chování mají v dospělosti při agresivním chování nižší hladinu serotoninu v centrálním nervovém systému (Kaplan a Sadock's, 2009, s. 93).

3.2 Psychiatrické vyšetření

Začíná pozorováním a zaznamenáním objektivních i subjektivních projevů nemocného. Základním postupem je rozhovor s nemocným, odebírá se anamnéza a současný stav pacienta. Pro efektivní spolupráci je třeba navázat kontakt a terapeutický vztah, vytvořit důvěrnost a vzájemnou spolupráci. Dle rozhovoru by měl psychiatr stanovit diagnózu a terapeutický plán (Praško a kolektiv, 2011, s. 141).

3.3 Pomocná vyšetření

Velmi důležité jsou zobrazovací metody, kam zařazujeme elektroencefalografii (EEG vyšetření), které znázorňuje a zaznamenává elektrickou aktivitu mozku, dále počítačovou tomografií (CT) a podrobnější rozlišení zajišťuje magnetická rezonance (MR).

Další pomocné a důležité vyšetření je elektrokardiograf (EKG), který znázorňuje a zaznamenává změny srdečního rytmu při nasazení některých psychofarmak (Praško a kolektiv, 2011, s. 156).

Na dětském psychiatrickém oddělení v Kroměříži, ordinují lékaři vyšetření EKG zejména dětem, kterým mají v plánu nasadit léčbu farmaky: Strattera a Rivotril.

4 LÉČBA A PROGNÓZA PORUCH CHOVÁNÍ

K léčbě poruch chování se využívá mnoho metod, které jsou uvedeny níže. Vhodná léčba je také interdisciplinární, do které jsou kromě pacienta, rodičů, a zdravotníků, také zapojeni učitelé, vychovatelé (škola bývá součástí psychiatrického dětského oddělení nebo je blízko něj, ale je určena pouze pro děti hospitalizované na psychiatrii) a pracovníci sociálních služeb. Léčbu je vhodné zahájit včas, nejlépe hned od nástupu poruchy, u těžších poruch chování je léčba obtížná a dítě bývá často opakovaně hospitalizováno na dětských psychiatrických odděleních nebo je umístěno do diagnostických a výchovných ústavů (Hosák, Hrdlička, Libirger a kolektiv, 2015, s. 373).

4.1 Psychoterapie

Nabízí širokou škálu možností léčby, mezi ně například patří speciální sociální nácvik, individuální či skupinová terapie a behaviorální terapie. Práce s rodiči je rovněž důležitá, patří sem rodinná terapie, u které se lékaři a psychologové zaměřují na nemoc dítěte a vstřípení určitého specifického chování rodičům za účelem úpravy různých činností a funkcí dítěte. Je nesmírně důležitá spolupráce rodičů, nemocné dítě může mít dopad na konflikty mezi rodiči, či abúzus alkoholu rodičů nebo opačný dopad, kdy dítě může být doma týrané, zneužívané, ponižované a přehlíženo. Ve škole jsou intervence psychiatra či psychologa zaměřené na podporu adaptačních, pozitivních funkcí a zvýšení školního výkonu dítěte (Paclt, Florian, 1998, s. 21 - 23).

4.2 Farmakoterapie

Účinky farmakoterapie u dětí s poruchou chování jsou velmi příznivé, děti více spolupracují, jsou méně agresivní a násilné (Paclt, Florian, 1998, s. 24).

4.2.1 Neuroleptika

Slouží ke snížení agresivity a neklidu, nejčastěji se ordinují haloperidol, levopromazin a chlorprotixen. Vzhledem k riziku dystonických potíží je vhodnější při dlouhodobější léčbě užít spíše tiapridal (doporučuje se u adolescentů v dávce 50 – 200 mg za 24 hod.) a risperidol (4 – 6 mg za 24 hod.), (Paclt a kolektiv, 2007, s. 148 – 149).

4.2.1.1 Nežádoucí účinky

Všeobecně: méně časté, objevují se zřídka, pokud však denní dávka je vyšší, než 150 mg za den, riziko nežádoucích účinků stoupá. Nejčastější bývá ospalost, únava, závratě a bo-

lesti hlavy. Jen zřídka se objevují extrapyramidové příznaky (Ocisková, Praško, 2017, s. 136).

Risperidon: Riziko zvýšení prolaktinu, když je dodrženo dávkování, je tento nežádoucí účinek ojedinělý. Dále dochází ke zvýšení hmotnosti, vzestup hladiny triglyceridů, cholesterolu a LDD cholesterolu, dále také ke zvýšení ortostatické hypotenze (Paclt a kolektiv, 2007, s. 148 – 149).

4.2.2 Lithium

Lithium carbonicum se jeví jako perspektivní u pacientů s poruchami chování, kteří jsou odolní vůči jiným farmakům (Paclt, Florian, 1998, s. 227 – 228).

Lithium se vyznačuje antisuicidiálním účinkem, také snižuje impulzivitu a agresi, jedná se o vysoce rozpustnou sůl, kompletně je organismem vstřebáno do 8 hodin, pro posouzení efektivity léčiva je třeba dlouhodobé podávání (Paclt a kolektiv, 2007, s. 150 - 151).

4.2.2.1 Nežádoucí účinky Lithia

Patří sem enuréza, ataxie, bolest hlavy, zácpa, zhoršení zraku, dráždivost, dysartrie, nauzea související s vomitem a zejména třes. Dále vzestup hmotnosti, psychomotorický útlum a bolest břicha (Paclt a kolektiv, 2007, s. 151).

4.2.3 Karbamazepin

Účinek karbamazepinu příznivě ovlivňuje klinický stav i chování pacientů, kteří trpí poruchami chování. Absorbce a vylučování účinné látky je velmi rychlá, především u dětí. Dále se uplatňuje i při léčbě tonicko-klonických záchvatů (Paclt a kolektiv, 2007, s. 153 – 154).

4.2.3.1 Nežádoucí účinky Karbamazepinu

Je nutná indikace vyšetření krevního obrazu pro kontrolu, a to v prvních 3 týdnech léčby každý týden, později v měsíčních intervalech, je totiž možná závažná komplikace poruchy krvetvorby (samozřejmě vzácně). U dětí je možná instabilita, neklid, obsese, agresivita a psychózy. Tyto komplikace se ihned upravují po vysazení medikace (Paclt a kolektiv, 2007, s. 153 – 155).

4.3 Psychiatrická rehabilitace a sociální terapie

Psychiatrická rehabilitace je nesespecifické léčebné odvětví, do kterého patří více činností. Společný cíl je však zachovat zručnost pacientů, odstranit problémy, které vznikají po dlouhodobém podávání psychofarmak a jejich nežádoucích účinků. Do psychiatrické rehabilitace a sociální terapie můžeme zařadit ergoterapii (léčba prací), muzikoterapii (léčba hudbou), chráněné dílny (pracovní zařazení mezi pracujícím a nepracujícím, nesoustředí se na zvyšování výkonu), biblioterapie (léčba literaturou), kluby pacientů (umožňují udržovat sociální kontakty), (Ondriášová, 2005, s. 68 - 69).

4.4 Prognóza poruch chování

Co se týče agresivního chování, tak je v dětství a adolescenci téměř stabilní. Pokud se však objevuje více rizikových faktorů poruch chování, vyvíjí se poruchy osobnosti (tři a více symptomů: u 27 % chlapců a 21 % dívek, šest a více symptomů: u 49 % chlapců a 33 % dívek). Porucha osobnosti, tedy pravděpodobná souvislost s poruchou chování v dětství, byla diagnostikována u 40 % mužských vězňů a 18 % vězenkyň.

Následné statistiky poukazují na to, že poruchy chování jsou určitým odhadcem rizikového chování v adolescenci a dospělosti, samozřejmě nejsou nezbytným předpokladem. Prognóza oproti jiným poruchám, kam řadíme například ADHD a poruchy emocí, je u poruchy chování negativnější. Je velmi důležitá včasná diagnostika, pravidelné a nápravné práce s dítětem v souvislosti nejširšího pojetí sociálního prostředí (Ptáček, 2006, s. 16 – 17).

5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Ošetřující lékař je důležitou součástí psychiatrické péče o nemocné dítě. Informace, které podává, jsou nejpřesnější a nejdůvěryhodnější. Má určitou autoritu, jako specialista. Dále se do týmu zařazuje psycholog, který podává informace o psychickém stavu dítěte. A posledním členem týmu je všeobecná sestra, která s dítětem tráví nejvíce času (Langmeier, Balcar, Špitz, 1989, s. 236 - 245).

Je nutné podpořit nemocné dítě a jeho rodinu a spolu pozorovat a zaznamenávat prožitky nemoci, léčby, nemocničního pobytu, styku s ošetřujícím personálem. Je důležité pomoci rodině zvládat abnormální zátěže a řešit vznikající spory (Langmeier, Balcar, Špitz, 1989, s. 237 - 238).

5.1 Ošetřovatelský tým a ochrana práv pacientů

Na dětském oddělení v psychiatrické nemocnici pracují všeobecné sestry, dětské sestry a sestry se specializací na psychiatrii a další zdravotnický personál. Sestra se nejprve podílí na diagnostice onemocnění, poté na terapeutickém a výchovném vedení. Dodržuje práva a ochranu dítěte. Dále se podílí na spolupráci s rodinou, školním zařízením dítěte a dalšími zařízeními (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 322).

Od května 2018 bude platit GDPR, čili nařízení Evropského parlamentu a Rady 2016/679 o ochraně fyzických osob v návaznosti se zpracováním údajů a o volném pohybu těchto údajů (Kajzar, 2017).

5.2 Adaptace dítěte na dětském oddělení v psychiatrické nemocnici

Velmi časté a významné pro rozvoj dítěte je přiměřený strach, čili emocionální složka, která se řadí mezi základní psychické potřeby dítěte – potřeby jistoty a bezpečí. Uvědomuje si možné nebezpečí, což stimuluje jeho pozitivní adaptaci na požadavky prostředí. Nadměrnému strachu se dítě vystavuje především v nemocničním prostředí (neznámé prostředí a lidí, stresující situace, požadavky na dítě). Pro snížení negativních emocionálních problémů hraje nezastupitelnou roli ošetřovatelský personál, zejména dětská sestra, proto je vhodná aktivizace (Mazalová, 2014, s. 300).

Metody kognitivního řešení problémů mají na děti příznivý účinek, dále se využívá relaxačních technik. Je třeba připomenout i metody, které dítěti usnadní lepší kontakty s vrstevníky a nácvik sociálních skupinových dovedností (Musil a kol., 2006, s. 174).

5.3 Kompetence sestry v oblasti psychiatrické péče

1. Sestra je schopna vyhodnocovat soběstačnost a potřeby pacienta, zároveň rozpoznat příznaky, rizikové faktory a projevy zhoršení onemocnění. K vyhodnocení jí slouží ošetrovatelské měřící techniky (např. Barthelův test základních všedních činností – ADL, Nutriční anamnéza, Hodnocení rizika sebevražedného jednání...).
2. Sestra dokáže pacientovi poskytnout psychoterapeutickou podporu, formou aktivizace (hraní společenských her, rozvoj kreativity), nácvik sociálních dovedností (učení slušného chování, kulturního stolování), relaxace, rehabilitační cvičení.
3. Sestra je ta, která řídí ošetrovatelský tým v péči o pacienta, podílí se i na poradenské činnosti.
4. Sestra zná a rovněž také používá psychoterapeutické techniky, včetně individuálních rozhovorů. Může pacientovi dát životní směr, naději na lepší život, proto je u ní velmi důležitá empatie. Také dá naději rodičům, kteří si s problémovým dítětem už nevědí rady.
5. Sestra dokáže pacientovi naslouchat, navázat s ním kontakt, získat si důvěru dítěte. Umí popsat problém, rozpoznat známky agrese a zároveň předcházet následným problémům.
6. Sestra pozoruje stav pacienta, nežádoucí účinky léků, zhoršení stavu, jeho chování a následně vše zapisuje do zdravotnické dokumentace.
7. Sestra musí umět konzultovat stav dítěte s psychiatry, psychology, sociálními pracovníky, učiteli ve škole, kam děti dochází během hospitalizace, stav dítěte, aby byla léčba účinná.
8. Sestra si musí stanovit hranice s pacientem, je důležitá vzájemná důvěra, která ale nesmí přeskočit v hlubší city (lítost, nadměrná láska k dítěti, zaměření se pouze na jedno dítě...). Nebo naopak si sestra nesmí stanovit odpor k dítěti, ať je jí jakkoliv jeho chování nepříjemné, musí být dítěti rovněž nápomocná.
9. Nejdůležitější je osobnost a profesionalita sestry. Její charakter ovlivňuje následnou léčbu pacienta. Měla by být hodná, ochotná, láskyplná a empatická. Umět si sjednat pořádek a respekt. Sestry, které jsou chladné, příliš přísné a bez energie by rozhodně na dětském psychiatrickém oddělení pracovat neměly (Petr, Marková, 2014, s. 38 – 39).

5.4 Ošetřovatelská péče o děti s poruchou chování

V první řadě by sestra měla znát celou anamnézu pacienta, dále je nutné si získat dítě ke vzájemné spolupráci. U dítěte by sestra měla být schopna vytvářet správné návyky, nabídnout mu řešení problémů a využít jeho zájmu. Jeho zájem vede k pozornosti, co se má naučit a je důležité jeho zájem umět pochválit. Nejvýznamnějším faktorem pro dítě s poruchou chování je míra jeho uspokojení v rodinném a školním prostředí, a také v oblasti vrstevníků (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 330).

Prevence:

- **Primární:** utužování dobrých rodinných vztahů, správná výchova rodičů.
- **Sekundární:** psychiatricko – psychologická péče, sociální a pedagogická péče, včasná diagnostika.
- **Terciální:** snížení již vzniklých poruch, odstranění maladaptivních symptomů jako je opakovaná hospitalizace, nálepka „kriminálního“ (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 331).

Je důležité být především trpělivý, dítě je impulzivní a trvá u něho poněkud déle, než se přizpůsobí a vytvoří si s personálem vzájemný vztah. Je důležité si sjednat respekt, zapojit ho do režimu na oddělení, upozornit ho na chyby, které dělá, ale nesmí se zapomínat i dítě pochválit i za maličkosti. Dítě může být deprivované a jeho nevhodné chování je odrazem jeho úzkosti, beznaděje a méněcennosti (Petr, Marková, 2014, s. 270 - 271).

V případě agrese dítěte sestra musí dodržovat odstup od dítěte a využít komunikačních dovedností a technik zvládnutí neklidného a agresivního chování. Z dosahu pacienta odstraní nebezpečné předměty, rozhodně by na oddělení měly být mimo dosah ostré předměty (nože, vidličky, špendlíky na nástěnkách by měly být nahrazeny lepící gumou na papír, ostré nástroje...). Stále udržujeme oční kontakt, dítě nesmí poznat, že z něj máme strach, jinak si respekt sestra nikdy nevybuduje. Pokud agrese trvá, má sestra právo použít omezovacích prostředků nebo aplikace neklidové medikace, dle ordinace lékaře. Samozřejmě pokud je to nezbytné, i jiný zdravotnický pracovník může použít omezovacích prostředků, ale lékař musí být o omezovacích prostředcích neprodleně informován. Dítě by mělo být motivováno odměnou (např.: když se uklidníš a budeš se chovat slušně, jak vůči personálu, tak i ostatním dětem, můžeš jít potom s námi společně ven na procházku). Sestra se zaměřuje na neklid, verbální i brachiální agresi, ničení majetku, vyhrožování, křik, tendence ublížit druhé osobě nebo více lidem (Petr, Marková, 2014, s. 270 - 271).

5.4.1 Podpora dětské kreativity u poruch chování z pohledu ošetřovatelské péče

Nesmíme opomínat dětskou kreativitu, obzvlášť u dětí s poruchou chování vázanou na frustraci s podkopáváním sebevědomí ze strany rodičů. Když dítě něco vytvoří, nezapomeňme ho pochválit, podpořit ho v naději a radosti budovat, je to nesmírně důležité pro budoucnost dítěte. Dejme mu prostor k tvořivosti a nápaditosti, pak je dítě bez nápadů a není schopno samo něco vymyslet. Pro dítě je štěstí, když může společně s ostatními samo sebe objevovat. Pokud mu toto chybí, brání mu to v osobním rozvoji a snaží se na sebe poutat pozornost. Dítěti musíme dát prostor se rozvíjet, samostatně myslet, tvořit a objevovat. Děti se poté učí řešit konflikty a nové výzvy (Huther, Hauser, 2012, s. 43 – 46).

5.4.2 Důvěra a naděje, dítě je víc než zázrak – z pohledu ošetřovatelské péče v rámci empatie

Děti nevědí, že existuje nějaké nebezpečí, problémy s kterými se rodiče potýkají. Také netuší, že rodiče do dětí vložili očekávání, strach a naději. Děti svým rodičům vkládají obrovskou důvěru, žijí na principu naděje. I když někteří rodiče děti nepřijímají s láskou, jsou děti ochotny nadále důvěřovat jim i blízkým osobám. Plní očekávání rodičů, i když si toho rodiče neváží. Děti mají obrovskou důvěru a víru ve svět, je pouze na nás, aby o ni nebyly ochuzeny (Huther, Hauser, 2012, s. 50 – 52).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 METODIKA

K realizaci kvalitativního šetření byla použita metoda přímého pozorování. Pozorování proběhlo na dětském oddělení Psychiatrické nemocnice v Kroměříži, které s výzkumem souhlasilo (viz PŘÍLOHA P I). Se souhlasem rodičů byly pozorovány děti s diagnózou „porucha chování“.

6.1 Formulace problému

Ošetrovatelská péče u dětí s poruchou chování v psychiatrické nemocnici je velmi individuální. Všeobecná ošetrovatelská péče je téměř u každého dítěte stejná, liší se pouze v přístupu. Dítě patří do různorodých sociálních skupin a právě souznění v nich je pro dítě s onemocněním obtížné.

6.2 Cíle průzkumu

Hlavním cílem průzkumu bylo popsat ošetrovatelskou péči u dětí s poruchami chování.

6.2.1 Dílčí cíl

Popsat ošetrovatelskou péči u dětí s poruchami chování během hospitalizace na dětském psychiatrickém oddělení při dodržování režimu a léčby.

6.3 Charakteristika souboru

Pro psaní této práce byl použit kvalitativní výzkum založený na dlouhodobém přímém pozorování. Se souhlasem rodičů bylo pozorováno 5 dětí. Tito pacienti byli hospitalizováni se stejnou diagnózou, jíž byla porucha chování a z ní plynoucí obtíže. Výzkum probíhal pozorováním dítěte při kontaktu s rodinou, vrstevníky, ve školním zařízení a při stresových situacích. Na základě získaných informací byly vyhodnoceny závěry. Na výzkumu se podílely všeobecné a dětské sestry, dále ošetrovatelský personál pracující na příslušném dětském oddělení, pro objektivizaci byly využity i záznamy ze zdravotnické dokumentace.

6.4 Metoda sběru dat

Pro sběr dat byl vytvořen záznamový arch, viz PŘÍLOHA P II až PŘÍLOHA P IV. Do něj byly zaznamenány informace získané také ze zdravotnické dokumentace dítěte. Ta obsahuje základní psychiatrickou diagnózu, anamnestické údaje, psychiatrické vyšetření, komplexní psychologické vyšetření a jiné dokumenty (zprávy ze školy apod.), dále denní zá-

znamy v dekursu o aktuálním stavu dítěte. Další informace byly získány nestandardizovaným, střednědobým a individuálním pozorováním.

6.5 Organizace průzkumu

Leden 2018: Příprava záznamového archu pro pozorování

Únor 2018: Pozorování pacientů

Březen 2018: Pozorování pacientů a analýza získaných dat

Duben 2018: Formulace závěrů a hodnocení dosažených cílů

6.6 Zpracování dat

Zpracování dat probíhalo za pomoci záznamového archu, do kterého byly zapisovány údaje dle příslušných požadavků. Data byla vyhodnocena a následně byla také zpracována kazuistika.

6.7 Výsledky

V této kapitole jsou vyhodnoceny jednotlivé záznamové archy související s pacientem na dětském oddělení Psychiatrické nemocnice v Kroměříži.

6.7.1 Kazuistika č. 1

Desetiletý chlapec, který byl hospitalizovaný v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži poprvé. Předchozí hospitalizace absolvoval v Psychiatrické nemocnici ve Velké Bíteši. Byl hospitalizován na doporučení psychiatra z důvodu poruchy přizpůsobení vlivem rozpadu rodiny. Dalším důvodem byla nesocializovaná porucha chování, projevující se nerespektováním vůči autoritě, především ve škole, dále krádeže, výtržnosti a neplnění si svých povinností.

6.7.1.1 Anamnéza

Chlapec nyní žije dva roky v rozpadlé a početné rodině, otec se od matky a pěti dětí odstěhoval před dvěma lety, jinak spolu s matkou žili v druhovském soužití téměř deset let. Nyní se matka o děti stará sama, nejstarší bratr chlapce je ale v pěstounské péči u babičky. Po odstěhování otce od rodiny matka nebyla schopna se o děti postarat a dát jim finančně sociální zabezpečení, s dětmi bydlela v azylových domech, poté byly děti po nějakou dobu umístěny do Klokánku. Nyní žije s dětmi v bytě, kromě nejstaršího syna. Otec byl před

vztahem s matkou dvakrát ženatý a má dalších 6 dětí. Pracuje v zahraničí, děti vidí sporadicky, dle matky zájem o děti má, dokonce jim volá častěji než dřív.

Chlapec pochází z 3. fyziologické gravidity, jeho porod byl spontánní, nebyl kříšen. Prodělala běžná dětská onemocnění v dětství. Mateřskou školu chlapec nenavštěvoval, kvůli častějšímu stěhování vystřídal mnoho základních škol. Nyní je ve 4. třídě, staví se do opozice a odmítá ve škole spolupracovat. Neplní si zadané úkoly, odmítá se učit, protože ho to nebaví, nerespektuje autority a vulgárně je napadá. Nyní ani nechodí s kamarády ven, protože s nimi dělal výtržnosti. Matce bylo sociální pracovnící z OSPOD doporučeno, aby chlapce samotného ven nepouštěla. Vztah s matkou má chlapec dobrý, chová se k ní slušně, ale respektuje ji pouze částečně; když se chlapci něco nelíbí, tak to matce dá značně najevo. Chlapec v minulosti ukradl telefon, který patřil sociální pracovníci. Tento případ byl řešen policií. Dále fyzicky napadl spolužáka, což bylo také řešeno policií. Chlapec je manipulativní, impulzivní a emočně deprimovaný. Nyní užívá medikaci, Timonil 150 mg ½ tbl., ráno a večer.

6.7.1.2 Průběh hospitalizace

„Chlapec byl na příjem přiveden v doprovodu matky, byly převzaty všechny osobní věci, karta zdravotní pojišťovny, kapesné žádné, matka dodá až při návštěvě. Matka i chlapec byli edukováni o režimu na odd. Chlapec je neochotný spolupracovat. Byl proveden hygienický filtr, vlasy jsou čisté, bez nálezu vši a hnid, na PHK na předloktí má hematom velikosti 2x2 cm.“ Chlapec odmítal po celý den spolupracovat, vulgárně oslovoval personál a při nepříjemných dotazech unikal do slova „nevím“. Na druhý den byla spolupráce s chlapcem sice o něco lepší, následující dny a týdny byla s chlapcem přesto obtížná spolupráce. Verbálně napadal jak personál, tak i děti. U chlapce se projevila i brachiální agrese vůči ostatním dětem. Chlapec měl startovací a provokativní projevy chování. Byla nutná korekce nevhodného chování hned od začátku hospitalizace. Při agresivním chování a následné korekci nevhodného chování ze strany personálu byl chlapec lítostivý a plačtivý, měl tendence k automutilaci a vyhrožování, že z oddělení uteče nebo si něco udělá. Chlapec si nerad povídal o své rodině, i když je má rád. Matka během hospitalizace přijela za chlapcem až po třech týdnech, přičemž mu nedovezla ani čisté prádlo na výměnu. I přes své nevhodné chování byl puštěn s matkou na chvíli ven. Jeho chování se pouze usměrňováním nelepšilo.

Následující týdně lékař chlapci změnil medikaci, k Timonilu byl naordinovaný ještě Tisercin 25 mg ½ tbl., ráno a večer. Chlapcovo chování se zlepšilo, brachiální agrese vůči dětem již vymizela, ale zůstaly provokace vůči dětem a občasné vulgarismy k personálu. Následně měl navýšen Tisercin ½ tbl., odpoledne. Chlapec byl na oddělení zapojen do služeb a své nevhodné chování, za které byl hodnocen v hodnotícím systému, se snažil nahradit pomocí personálu a mladším dětem. Své úkoly na přípravách do školy si začal plnit samostatně. Během hospitalizace probíhaly rodinné terapie s psychologem a lékařem, kde byli přítomni rodiče i dítě, dále individuální pohovory, a to jak s dítětem, tak s rodinou.

Po zlepšení v chování byla chlapci umožněna víkendová terapeutická propustka domů. Ve škole v psychiatrické nemocnici byl na konci týdenního hodnocení vyhodnocen, jako jeden z nejlepších žáků. Po více než dvou a půl měsíční léčbě byl chlapec na týdenní terapeutické propustce se zařazením do školního prostředí v místě bydliště a po pozitivním průběhu byl následně propuštěn domů do péče psychiatrické ambulance.

6.7.1.3 Poskytnutá ošetrovatelská péče

Chlapec byl při přijetí seznámen s řádem a režimem na oddělení, následně mu byl vysvětlen hodnotící systém, dle kterého byl hodnocen po celou dobu hospitalizace. Nevhodné chování bylo nutno chlapci několikrát vysvětlovat a na doporučení lékaře si chlapec za pomoci ošetrovatelského personálu nastudoval knihu o slušném chování. Chlapec byl během hospitalizace zapojen do služeb a prací na oddělení. Pro nedostatek účinku usměrňování byla chlapci nasazena medikace, následně se týden zaznamenávalo chlapcovo chování při změně medikace a následně pro objektivizaci při vážnějších přestupcích byly dodatečně psány zápisy o chování. Chlapec byl zapojen i do aktivizačních metod, vyrábění, společenských her a následně i do činnostní terapie. Během hospitalizace byla nutná opakovaná korekce nevhodného chování a nácvik respektování autorit.

6.7.1.4 Závěr

Ve spolupráci ošetrovatelského personálu s lékařem a psychologem bylo chlapcovo chování výrazně zlepšeno. Problém spočívá v nepříznivé životní situaci rodiny a nedostatečným zájmem o chlapce ze strany rodičů, což bude pravděpodobně příčinou další hospitalizace chlapce.

6.7.2 Kazuistika č. 2

Jedenáctiletá dívka byla přijata na doporučení psychologa, a to z důvodu poruchy chování, projevující se vzdorovitostí, neplněním si svých povinností, lhaním a krádežemi. V psychiatrické nemocnici byla hospitalizovaná poprvé.

6.7.2.1 Anamnéza

Dívka žije ve střídavé péči, týden u otce a týden u matky. Matka s otcem se spolu rozvedli před čtyřmi lety, na střídavé péči se společně dohodli před rokem. Otec je nezaměstnaný a má laxní přístup k povinnostem, dle matky otci platí byt a dluhy jeho rodiče, v bytě žije sám. Matka je zaměstnaná, s přítelem žijí dva roky v rodinném domě. Dívka má ráda oba rodiče a vychází s nimi dobře. Otec a jeho rodiče dívce povolí všechno, shodovali se i na zbytečné hospitalizaci dívky. S přítelem od matky dívka také vychází dobře, chtěla mu říkat „táto“, ale pan psycholog toto oslovení nedoporučoval, proto zůstali u oslovení „středjo“. Přítel od matky má ve střídavé péči dvě dcery, které jsou téměř stejně staré jako dívka. Dívky sdílejí i společný pokoj. Dívka s oběma děvčaty vychází dobře, má je ráda a nemožnost se s nimi vidat vnímá špatně.

Dívka pochází z první gravidity, porod proběhl před termínem, komplikací byla omotaná pupeční šňůra kolem krku, dívka ale nebyla kříšena. Matka kojila dívku čtyři měsíce, poté nechtěla sát a následně matka neměla dostatek mateřského mléka. Dívka prodělala běžná dětská onemocnění. V minulosti jí byl doporučen Ritalin, matka ale nesouhlasila s podáváním. Dívka do mateřské školy docházela ráda, byla tam spokojená. Do základní školy nastoupila téměř v sedmi letech, nyní dochází do čtvrté třídy, kde se začaly vyskytovat problémy s učením, dále nezodpovědný přístup ke školním povinnostem a také nerespektování autorit. Když se dívka ve škole snaží, problémy s učením nemá, je chytrá a bystrá. Snaží se vyhýbat povinnostem a záměrně si nezapisuje zadané úkoly ze školy. Matce ale lže, že žádné úkoly nemá. Také je opakovaně v hodinách přesazovaná pro neustálé vyrušování (nedává pozor, baví se se spolužáky apod.). V dětském kolektivu je zapojená a přátelská, v minulosti se ale vyskytovaly problémy, kdy si ostatní děti stěžovaly na to, jak se k nim dívka chová. Následně se začaly objevovat krádeže kamarádčinych náušnic. Od doby, co dívka žije společně s dcerami od přítele matky, se chování v dětském kolektivu výrazně zlepšilo. Krádeže dívka provádí především v rodinném prostředí, babičce vzala odlakovač a lak na nehty, dědovi chtěla ukrást knižní čtečku. Mimo rodinné prostředí se

snažila ukrást v drogerii gumičku do vlasů, babička ji ale přistihla. Mezi dívčiny koníčky patří hudba, tanec, dále má ráda zvířata.

6.7.2.2 Průběh hospitalizace

„Dívka se dostavila na příjem v doprovodu matky, klidná a spolupracující, byl převzat průkaz zdravotní pojišťovny a kapesné ve výši 200 Kč, dále byl proveden hygienický filtr, u dívky byly ve vlasech nalezeny hnidy, ošetřeno. Kůže čistá a bez poranění.“ Matka byla edukována dle standardu nemocnice. Při loučení s matkou byla dívka plačtivá. Personál byl informován lékařem o možných krádežích dívky. Hned následující den byla zařazena do školního prostředí. S psychologem docházela na canisterapie. Dívka měla v prvním týdnu problém s adaptací na oddělení, projevovala se nevýrazně, příliš nekomunikovala, ale na dotazy reagovala bez potíží. Hodnotící kategorie se bez důsledného vedení učit odmítala. Do dětského kolektivu byla zařazena částečně, konflikty s dětmi zpozorovány nebyly, ale ani si s nimi sama od sebe nepovídala. Své školní přípravy, které si děti plní o víkendu za pomoci ošetřujícího personálu, plnila při důsledném vedení. Po dvoutýdenní hospitalizaci byla již dívka na oddělení zvyklá, hodnotící kategorie se naučila a následně jí byl zrušen režim „cave“, tedy mohla jít s rodiči při návštěvě na vycházku. V dětském kolektivu byla impulzivní a předváděla se, společně s děvčaty stejné věkové kategorie vyrušovala při poledním klidu, následně se začala projevovat v nerespektování autorit. Matka i otec chodili na návštěvu za dívkou střídavě každou sobotu i neděli. Krádeže u dívky nebyly po dobu hospitalizace zpozorovány. Medikaci u dívky nebylo potřeba nasazovat, k jejímu zlepšení pomohla důsledná korekce chování a dohled nad plněním povinností. Ve škole po dobu hospitalizace měla dívka individuální přístup, po třech týdnech byla dokonce vyhodnocena jako jedna z nejlepších žáků. Nerespektování autorit již bylo taky zlepšeno, proto měla po měsíci umožněnou víkendovou terapeutickou propustku. Během hospitalizace probíhaly rodinné terapie s psychologem a lékaři, kde byly přítomni rodiče i dítě, dále individuální pohovory s dítětem i rodinou.

Po následujících týdnech a stabilizaci chování byla dívce umožněna týdenní terapeutická propustka, kdy docházela během týdne do své kmenové školy. Po pozitivním průběhu týdenní propustky doma i ve škole jí bylo následně umožněno propuštění do domácího prostředí.

6.7.2.3 Poskytnutá ošetrovatelská péče

Dívka první den hospitalizace byla edukována o chodu a režimu oddělení a následně ji byl vysvětlen hodnotící systém, dle kterého bude hodnocena po dobu hospitalizace a následně si měla do svého pocitového deníčku zapsat kategorie z hodnotícího listu, pročíst si je a v následujících dnech učit. Dívce bylo vysvětleno, k čemu pocitový deníček slouží. V následujících dnech byla dívce přidělena pracovní služba na oddělení. Byla zapojena do všech společných aktivit. U dívky bylo ošetrovatelským personálem zaznamenáno chování po dobu adaptace, to znamená prvních tří dnů hospitalizace, poté se zaznamenávalo chování každý víkend při vizitě ošetrovatelského personálu a při zvláštnostech chování dívky. Po dobu hospitalizace ošetrovatelským personálem byla dívka důsledně vedena.

6.7.2.4 Závěr

V rámci strukturovaného režimu oddělení se stabilním harmonogramem dne byla dívce poskytnuta komplexní péče. Ve spolupráci ošetrovatelského personálu s lékaři, psychology a učiteli byl objektivně zlepšen stav dívky. Vzhledem k laxnímu přístupu otce k výchově dívky bude matka muset přehodnotit střídavou péči.

6.7.3 Kazuistika č. 3

Třináctiletý chlapec byl přijat na doporučení praktického lékaře kvůli potížím s výchovou, záškoláctví a nerespektování autorit. Byl jednou hospitalizovaný v Psychiatrické nemocnici v Opařanech, kde hospitalizaci rodiče hodnotili kladně, ale po propuštění do domácího prostředí chlapec odmítal užívat léky a jeho chování se opět zhoršilo.

6.7.3.1 Anamnéza

Chlapec pochází z úplné rodiny, žije v rodinném domě s rodiči a mladším bratrem. Otec je zaměstnaný, povahou flegmatik, veškeré problémy ale nechává na matce. Chlapec v otci vidí autoritu, ale taky ne vždy. Matka je také zaměstnaná, povahou velmi klidná, trpělivá a starostlivá, ale chlapec v matce autoritu nevidí. S bratrem chlapec vychází dobře, jen když něco potřebuje, pokoj mají společný. Největší trest pro chlapce je, když rodiče vypnou wifi připojení, ale zjistil, že naproti domu, ve kterém bydlí, je hospoda s připojením, a tak postává před hospodou.

Chlapec pochází z první gravidity, nebyl kříšen, prodělal běžná dětská onemocnění. Trpí nadměrnou obezitou vzhledem k jeho věku, matka ho zkoušela omezovat v jídle, ale vždy

si něco k jídlu našel. Od psychiatra má naordinované léky Medorisper, Stratteru a Deprex, ale užíval je jen když věděl, že má přijít kontrola z OSPOD. Dle výsledku dřívějšího psychologického vyšetření je intelekt chlapce podprůměrný. Problémy nastaly v 5. třídě, kdy byl dle jeho názoru šikanován. Poté se rodina stěhovala a chlapec nastoupil znovu do 5. třídy, ale na jinou školu, kde měl výrazný známkový propad a neomluvené hodiny. Nyní chodí do 6. třídy a je neklasifikovaný z 8 předmětů, protože nechodil do školy. V obou ročnících měl zhoršenou známku z chování.

Chlapec každé ráno odmítal vstávat i přes každodenní a opakované buzení matky. Matce často říkal, že si „potřebuje pár dnů odpočinout“. Měl otočený spánkový režim, přes den spal a v noci byl vzhůru, hrál si na telefonu a neustále jedl. Povahou je flegmatický, má nízké sebevědomí, nerad se přizpůsobuje změnám nebo zkouší nové věci. Když mu něco nejde, vybuchne, vzteká se, je až zlý a agresivní. Reaguje až tak přehnaně, že bouchá hlavou a pěstmi do zdi. Vztah k povinnostem má negativní a laxní, odmítá v domácnosti vypomáhat, na všechno matce řekne, že si má udělat sama nebo rodičům vyhrožuje, že si něco udělá, jestli bude muset dělat domácí povinnosti. Vztah k rodičům má kladný, ale jak není něco „po jeho“, je drzý a vulgární, především k matce. Jednou matku uhodil, kvůli jídlu, vzal si léky, zamknul se do koupelny a vyhrožoval, že je všechny sní. Nakonec byla zavolána RZP, chlapci bylo nutno aplikovat injekci na zklidnění. Chlapec má kamarády nárazově, stálé přátele nemá, mezi jeho záliby dříve patřilo rybaření.

6.7.3.2 Průběh hospitalizace

„Chlapec byl přivezen na příjem v doprovodu rodičů, byly převzaty osobní věci, karta zdravotní pojišťovny a kapesné ve výši 200 Kč. Chlapec zaujímá ostýchavý přístup, příliš nekomunikuje, pouze odpovídá na otázky. Byl proveden hygienický filtr: chlapec má vlasy čisté, bez nálezů hnid a vši, kůži má bez známek poranění a hematomů.“ Rodiče byli edukováni o režimu oddělení. Dle ordinace lékaře bude chlapec bez přídavek jídla, vzhledem k jeho nadváze, dále bude docházet dvakrát týdně na rehabilitace. Chlapec byl ihned na druhý den zařazen do školního prostředí. Zpočátku hospitalizace se chlapec příliš neprojevoval, spolupracoval a autoritu respektoval, protože vzhledem k adaptaci chlapec nebyl hned zařazen do služeb na oddělení a neměl příliš mnoho povinností.

Po adaptaci se již musel zapojit do léčebného procesu, při konání povinností byl vzteklý a vulgární. Vzhledem k zanedbání školní docházky a neklasifikaci předmětů v kmenové škole měl vypracován učební plán, dle kterého se měl učit a dohánět zameškané učivo. Musel

mít dohled personálu, aby si dělal povinnosti. K povinnostem měl velmi laxní přístup. I v dětském kolektivu se začaly objevovat problémy týkající se posmívání a nevhodného urážení dětí. Během hospitalizace probíhaly rodinné terapie s psychologem a lékařem, kde byli přítomni rodiče i dítě, dále individuální pohovory, jak s dítětem, tak s rodinou.

Po delším pobytu, po zlepšení jeho chování i vztahu k povinnostem, byla chlapci umožněna víkendová terapeutická propustka a následně týdenní terapeutická propustka s docházením do kmenové školy. Po pozitivním průběhu terapeutických propustek byl chlapec propuštěn domů.

6.7.3.3 Poskytnutá ošetrovatelská péče

Chlapec byl první den seznámen s režimem oddělení a následně mu byl vysvětlen hodnotící systém, dle kterého byl hodnocen po dobu hospitalizace. Následně si měl do svého pocitového deníčku zapsat kategorie z hodnotícího listu a důsledně se je naučit. Bylo mu vysvětleno, k čemu pocitový deníček slouží. Pravidelně mu byly podávány léky dle ordinace lékaře. V následujících dnech byla chlapci přidělena pracovní služba na oddělení. Byl zapojen do společných aktivit. U chlapce bylo ošetrovatelským personálem zaznamenáno chování po dobu adaptace, prvních tří dnů hospitalizace, poté se zaznamenávalo chování každý víkend při vizitě ošetrovatelského personálu a při zvláštnostech chování chlapce. Po dobu hospitalizace ošetrovatelským personálem byl chlapec důsledně veden.

6.7.3.4 Závěr

V rámci strukturovaného režimu oddělení se stabilním harmonogramem dne byla chlapci poskytnuta komplexní péče. Ve spolupráci ošetrovatelského personálu s lékařem, psychologem a učitelem byl objektivně zlepšen stav chlapce. Vzhledem k pohodlnému přístupu obou rodičů k chlapcově výchově je možné opětovné zhoršení stavu chování.

6.7.4 Kazuistika č. 4

Jedná se o třináctiletou dívku, která byla přivezena RZP na akutní příjem, z důvodů nezvladatelnosti ze strany matky, pro agresivitu a vzdorovitost. Jedná se sice o první hospitalizaci v psychiatrické léčebně, předtím ale docházela kvůli poruše chování k psychiatrovi do ambulantní péče.

6.7.4.1 Anamnéza

Dívka žije ve společné domácnosti v bytě s matkou, matčíným manželem a dvěma bratry. Vlastní otec je nezaměstnaný, má příznán ID III. stupně, je omezen ve svéprávnosti, ale rodičovské právo a odpovědnost má. Vlastní otec žije sám v bytě, byl opakovaně hospitalizován na psychiatrii, pro opakované sebevražedné pokusy. Má dluhy, často hrával automaty. Dle matky je povahou flegmatik a nespolehlivý, častý konzument alkoholu. Dívka otce údajně navštěvovala ráda, ale matka pak zjistila, že otce využívala, chodila za ním pouze pro peníze.

Matka pracuje, ale nyní je na PN kvůli bolestem zad. Povahou je klidná, stará se o rodinu, dříve s dívkou vycházela dobře, měly se rády. Nyní dívka říká matce, že ji ráda nemá, často jsou spolu v konfliktu. S vlastním otcem dítěte žila matka osm let, ze začátku bylo společné žití dobré, postupem času se rodina zadlužovala, otec propadl hraní automatů a alkoholu. Nyní je matka šťastná a spokojená ve společném manželství s nevlastním otcem dívky již šest let. S nevlastním otcem dívka dříve vycházela dobře, viděla v něm i autoritu, nyní autoritu nerespektuje. Dle dívky „strejda“, jak říká nevlastnímu otci, pije příliš mnoho alkoholu a pak ji i bratry bije.

Dívka má dva mladší bratry, s mladším jedenáctiletým bratrem mají společného otce, chlapec byl v psychiatrické nemocnici v Kroměříži opakovaně hospitalizovaný pro poruchy chování a hyperkinetickou poruchu. Druhého nejmladšího pětiletého bratra má matka s nynějším manželem.

Dívka pochází z první gravidity, těhotenství bylo rizikové, matka rodila císařským řezem. Dívka měla silný novorozenecký ikterus, byla nutná fototerapie. Byla kojena pouze týden, nechtěla sát mateřské mléko. Následně prodělala běžná dětská onemocnění.

Již v mateřské školce byla dívka velmi urážlivá, ale vše šlo vyřešit domluvou. Nyní je v 6. třídě základní školy, na pololetí měla dvě čtverky. Ve třídě napadala slabší jedince, je drzá a vulgární, pod přímým dohledem autority své chování koriguje. Napomenutí třídního učitele měla třikrát. V dětském kolektivu je neoblíbená, pouze venku se stýká se starší dívkou, která ji navádí ke špatnostem. S bratry doma také dobře nevychází, když je v afektu, tak se spolu bijí. Dívka často utíká z domova, buď za vlastním otcem, nebo za tetou. Nemá žádný vztah k povinnostem, poslední dva měsíce doma s ničím nepomáhala, pokoj si neuklízela, když jí nešlo učivo do školy, odmítala se ho učit, přecházela do agrese a vulgarity. Poslední půl rok je rodina pod dozorem OSPOD.

6.7.4.2 Průběh hospitalizace

„Dívka byla přivezena na příjem v doprovodu RZP, matka přišla samostatně na odd., byla převzata karta ZP, osobní věci a kapesné matka dodá následující den. Dívka klidná a spolupracující. Byl proveden hygienický filtr, vlasy jsou čisté, bez známek vši a hnid. Na ramenech obou horních končetin hematomy o velikosti 1x1 cm. Na frontální části hlavy vlevo hematom o velikosti 1x1,5 cm. Na LDK v oblasti holeně hematom o velikosti 4x3 cm. Na PDK v oblasti lýtka jizva o velikosti 3 cm staršího data, dle dívky po poranění holítkem, když si holila nohy.“ Ve večerních hodinách se na oddělení nejprve dostavila matka, která byla edukována o režimu na oddělení, ale vše si již pamatovala z předchozí hospitalizace syna. Dívka byla vyšetřena na centrálním příjmu. Dívka byla ihned na druhý den zařazena do školního prostředí. Velmi rychle se na oddělení zadaptovala, byla veselá, ihned byla přijata do dětského kolektivu, byla ráda středem pozornosti, autoritu respektovala. V následujících dnech se ale začalo projevovat její negativní chování. Pokud není pod přímým dohledem autority, je vulgární a má direktivní přístup.

Během průběhu hospitalizace měla každý týden návštěvu matky i s bratry, nechtěla si s nimi moc povídat nebo trávit čas, chtěla pouze výměnu prádla. Dívka se na oddělení cítila lépe, než doma. V pocitovém deníčku jednou zmínila, že ji její nevlastní otec zneužívá, na optání při vizitě o tom dívka nechtěla mluvit. Personálu i matce svůj problém sdělila, pod pojmem „zneužívání“ myslela zákaz sledování televize nebo vycházky s kamarády, jako trest za své negativní chování. Zneužívání ze strany nevlastního otce se tedy nepotvrdilo.

Během hospitalizace byla dívce nasazena medikace, Medorisper 0,5 mg 1 tbl., ráno a odpoledne, postupně byla medikace navyšována a po ustálení medikace dávka zůstala na 2 tbl., ráno a odpoledne, a 1 tbl., večer. Během hospitalizace probíhaly rodinné terapie s psychologem a lékaři, kde byly přítomni rodiče i dítě, dále individuální pohovory, jak s dítětem, tak s rodinou.

Po delším pobytu došlo ke zlepšení vztahu k povinnostem a zlepšení chování. Dívce byla umožněna víkendová terapeutická propustka a následně týdenní terapeutická propustka s docházením do kmenové školy. Po pozitivním průběhu terapeutických propustek byla dívka propuštěna domů.

6.7.4.3 Poskytnutá ošetrovatelská péče

Dívka byla při přijetí klidná, spolupracující, vzhledem k večerním hodinám se dívce pouze vysvětlil režim na oddělení. Následující den byl dívce vysvětlen hodnotící systém, dle kterého byla hodnocena po dobu hospitalizace. Následně si měla do svého pocitového deníčku zapsat kategorie z hodnotícího listu, pročíst si je a v následujících dnech se je naučit. Bylo jí vysvětleno, k čemu pocitový deníček slouží. V následujících dnech byla dívce přidělena pracovní služba na oddělení. Byla zapojena do společných aktivit a canisterapie. U dívky bylo ošetrovatelským personálem chování zaznamenáváno po dobu adaptace, prvních tří dnů hospitalizace, poté se chování zaznamenávalo každý víkend při vizitě ošetrovatelského personálu a při zvláštnostech chování dívky. Kvůli nově nasazené medikaci se chování dívky zaznamenávalo každý den po dobu ustálení dávek. Po dobu hospitalizace byla dívka důsledně vedena ošetrovatelským personálem, její korekce chování byla nezbytná.

6.7.4.4 Závěr

V rámci strukturovaného režimu oddělení se stabilním harmonogramem dne byla dívce poskytnuta komplexní péče. Ve spolupráci ošetrovatelského personálu s lékaři, psychology a učiteli byl objektivně zlepšen stav dívky. Vzhledem k rodinným podmínkám bude rodina nadále navštěvována OSPOD.

6.7.5 Kazuistika č. 5

Šestiletý chlapec byl přijat k první hospitalizaci na doporučení psychiatra, a to z důvodů poruchy chování – opoziční vzdorovité chování. Chlapec byl přijat pro nezvladatelnost a agresivní projevy v domácím prostředí.

6.7.5.1 Anamnéza

Chlapec žije ve společné domácnosti s rodiči, starším bratrem a babičkou, matkou matky. Vlastní otec žije s rodinou, je zaměstnaný, ale povahou je flegmatik a výchova dětí je mu lhostejná. Chlapec k němu autoritu nemá, otce odmítá. Matka nepracuje, je doma jako osoba pečující o osobu blízkou. Povahou je matka v celku výbušná, ale o rodinu se stará, chlapec v ní ale autoritu nevidí. Matka má půl roku přítele, který s nimi ale zatím nebydlí, nyní řeší společné bydlení. Dle matky chlapec přítele respektuje, ale údajně ne na dlouho, do výchovy příliš nezasahuje. Babička, matka matky, hraje v rodině důležitou roli, doma je velitelem a řídí celou domácnost. Chlapec s ní spí v jedné posteli. Babičku chlapec respektuje více než rodiče. Bratr od chlapce trpí Aspergovým syndromem, atopickým ekzémem a

alergiemi, společně se příliš nesnesou. Chlapec tvrdí, že bratra nemá rád, protože se narodil první.

Chlapec pochází z druhé gravidity, porod probíhal bez komplikací, byl nekříšen. Poporodní průběh probíhal bez komplikací, chlapec nebyl kojen z důvodů zástavy laktace kvůli poporodní deprese matky u prvního syna. Je alergický na penicilin. Chlapec špatně artikuluje, ale logopedii nenavštěvuje. Do mateřské školy chodí chlapec rád, autoritu respektuje. Matka sama chtěla, aby měl chlapec ještě odklad pro nevyzrálou. Je už přijat do speciální školy pro děti s různými vadami a zdravotnickými problémy. Matka chce, aby k sobě chlapec měl asistenta, pro jeho bezpečnost a bezpečnost dětí. Chlapec se staví do opozice vůči autoritě v rodině. Často si vynucuje své, v jídlu je hodně vybíravý. Když není po jeho, rozhazuje kolem sebe věci, kope do nábytku, dokonce kope i do bratra. Vulgárně rodině nadává a nožem vyhrožuje, že zabije sebe nebo rodinu. O hospitalizaci chlapce rozhodla babička.

6.7.5.2 Průběh hospitalizace

„Chlapec byl přijat v doprovodu matky a babičky, matka matky. Chlapec v přítomnosti rodiny nespolupracuje, zaujímá vzdorovité chování, dupe a válí se po zemi. Byly převzaty osobní věci, karta ZP a kapesné ve výši 200 Kč. Po odchodu rodiny se chlapec zklidňuje, ale stále odmítá spolupracovat, pláče a nekomunikuje, pouze přikyvuje. Byl proveden hygienický filtr: vlasy jsou čisté, bez známek vši a hnid. Na PDK v oblasti lýtka je tržná rána velikosti 5 cm, vzniklá škrábnutím od vlastního psa, novějšího data.“ Matka s babičkou byly při příjmu seznámeny s režimem oddělení, mluvila spíše babička, šlo vidět, že má v rodině hlavní slovo. Obě byly při odchodu plačtivé, babička ještě se slzami v očích sdělila, že chlapec s ní usíná v posteli a drží ji za vlasy, aby se mu lépe usínalo. Chlapce personál provedl po oddělení a seznámil jej s režimem oddělení, samozřejmě adekvátně k jeho věku. Následující den byl zařazen na hodiny logopedie a do předškolní přípravy, po dvou týdnech docházel do školy každou středu. Chlapci pár dnů trvalo, než si k personálu vytvořil vztah a především důvěru. Z počátku neustále opakoval, že si ho maminka přijede vyvednout a sliboval, že už na ni bude hodný a bude ji poslouchat. Když si k personálu našel cestu, byla s chlapcem daleko lepší domluva. Autoritu respektuje, vulgarismy ani agrese se zatím neprojevila. U jídla si vynucuje své, říká: „toto nepapám, to nemám rád“ apod. Z počátku byl nervózní, vystresovaný, bylo nutné k chlapci přistupovat individuálně. Pod přímým dohledem jídlo snědl bez problémů. Do dětského kolektivu nebyl zařazen, s dětmi si odmítal hrát, je raději v přítomnosti dospělé osoby nebo si hraje sám. Až téměř po dvou

týdnech si s dětmi jeho věkové kategorie začal společně hrát. Po náročnější adaptaci se již chlapec párkrát stavěl do opozičního vzdoru vůči autoritě, ihned byl usměrněn a chování bylo vysvětleno. V dětském kolektivu byl nenápadný a stalo se, že některé děti byly na něho příliš divoké a mu to bylo nepříjemné. U chlapce nebyla nutná medikace, pouze důsledný přístup s nutnou korekcí chování. Během hospitalizace probíhaly rodinné terapie s psychologem a lékaři, kde byly přítomny rodiče i dítě, dále individuální pohovory, jak s dítětem, tak s rodinou.

Po zlepšení opozičního vzdoru a zlepšení chování byl chlapci umožněn stacionář, to znamená, že mohl víkendy trávit doma s rodinou. Po pozitivním průběhu stacionářů byl chlapec propuštěn domů.

6.7.5.3 Poskytnutá ošetrovatelská péče

Chlapec byl první den seznámen s režimem oddělení a následně mu byl vysvětlen hodnotící systém, dle kterého byl hodnocen po dobu hospitalizace. Dle předškolního věku chlapce byl zařazen do malého hodnotícího systému a místo pocitového deníčku vymalovával obrázky nebo vyplňoval cvičné pracovní listy pro děti předškolního věku. S chlapcem se dopoledne pracovalo na předškolní přípravě. V následujících dnech byla chlapci přidělena pracovní služba na oddělení, úměrná k jeho věku. Byl zapojen do společných aktivit. U chlapce bylo ošetrovatelským personálem zaznamenáváno chování po dobu adaptace, prvních tří dnů hospitalizace, poté se zaznamenávalo chování každý víkend při vizitě ošetrovatelského personálu a při zvláštích chování chlapce. Vzhledem k přítomnosti chlapce v dopoledních hodinách na oddělení, kdy ostatní děti docházely do školy, se psal zápis každý den. I když za ním docházela logopedka každý týden, trénoval logopedii s ošetrovatelským personálem. Po dobu hospitalizace byl chlapec důsledně a především individuálně veden ošetrovatelským personálem.

6.7.5.4 Závěr

V rámci strukturovaného režimu oddělení se stabilním harmonogramem dne byla chlapci poskytnuta komplexní péče. Ve spolupráci ošetrovatelského personálu s lékaři, psychologem a učiteli byl objektivně zlepšen stav chlapce. Vzhledem k nadměrnému starostlivému přístupu výchovy matky a babičky je možné opětovné zhoršení stavu chování.

6.8 Diskuze

V šetření bylo zjištěno, že diagnóza poruch chování se ve zkoumané skupině vyskytuje v podobné míře u dívek i u chlapců, pokaždé v individuální míře jedince. Každé dítě mělo v rodině jiné sociální a finanční podmínky.

U všech šetřených dětí bylo zaznamenáno, že otcové neměli téměř žádný podíl na společné péči o dítě, nebo byl jejich podíl velmi malý. Většinou děti vychovávala matka sama nebo ve spolupráci s rodinou či druhy matek. Děti byly nedostatečně vedeny, což vedlo ke zhoršení jejich chování.

U většiny dětí byla podávána medikace, která jim byla nastavena, či upravena během hospitalizace. Na pacienty měla medikace velmi příznivý vliv, vedla ke zlepšení chování, dále byla velmi důležitá korekce chování a vedení k důslednosti.

K příznivému průběhu přispěl i hodnotící systém, který dětem pomáhal k lepšímu pochopení jejich nevhodného chování.

Ve srovnání s jinými výzkumy se ostatní zaměřovali na školní docházku, tedy záškoláctví, vysoká absence a nevhodné chování. V mém výzkumu jsem zaznamenala spíše vzdorovité a opoziční chování, dále nesnášenlivost v kolektivu, krádeže a agresivitu. Ale ve všech výzkumech jsme se společně shodli, že největší příčinou je negativní vliv rodinného prostředí a neplnění rodičovských povinností. Rodiče zauímají příliš benevolentní výchovný přístup.

ZÁVĚR

Cílem práce bylo zmapovat ošetrovatelskou péči u dětí s poruchami chování v psychiatrické nemocnici, zaměřili jsme se na jejich chování v cizím nemocničním prostředí, následně v domácím a školním prostředí. Sledovali jsme, jakým způsobem poskytujeme ošetrovatelskou péči.

U dítěte jsme se zajímali, proč byl přijat na oddělení, dále jaké problémy a potíže se vyskytovaly v domácím prostředí. V práci jsme se orientovali, dle poznámek ze záznamového archu pro pozorování, kam jsme zaznamenávali rodinnou a osobní anamnézu dítěte. Dále jsme se zaměřili na průběh hospitalizace, podanou medikaci a především na poskytnutou ošetrovatelskou péči.

Není možné v této práci vystihnout veškeré příznaky týkající se poruchy chování, ale nejčastějšími příznaky byly nerespektování autorit, vzdorovitě a opoziční chování a pasivita. A v neposlední řadě především verbální a brachiální agresivita.

Od teoretické části se následně odvíjela část praktická, v šetření jsme tedy zjistili, že každé dítě vyžaduje individuální přístup a nutnou důslednost, která pak může opět selhat v rodinném prostředí. Pro agresivní projevy bylo nutné doplnit léčbu i o psychiatrickou medikaci, která měla velmi příznivý vliv na změnu chování dítěte.

V neposlední řadě bych tedy ráda zmínila, že poskytovat ošetrovatelskou péči u dětí s poruchami chování je daleko náročnější, než poskytovat ošetrovatelskou péči u dětí s diagnózou ADHD. Je to proto, že děti s poruchami chování nejsou výchovně vedené, a proto jejich péče vyžaduje důslednější přístup, naopak děti s onemocněním ADHD, jsou lépe zvladatelní a přístupní k léčbě.

Považujeme za podstatné, léčbu u dětí s poruchami chování zahájit co nejdříve, v pozdějším věku může být jejich léčba nevladatelná a může vést dokonce i v budoucnu ke kriminalitě.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Aktuální verze MKN-10 v ČR, 2017. *ÚZIS ČR* [online]. 1 [cit. 2018-05-13]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/zpravy/aktualni-verze-mkn-10-cr>

BARKER, Philip, 2007. *Základy dětské psychiatrie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-955-9.

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER a kolektiv, 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2998-8.

HORT, Vladimír et al., 2008. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-404-5.

HÜTHER, Gerald a Uli HAUSER, 2017. *Každé dítě má talent*. Praha: Euromedia Group. ISBN 978-80-7549-325-5.

KAJZAR, Petr, 2017. GDPR ve zdravotnictví zajistí lepší ochranu dat pacientů. *Root* [Online]. 1 [cit. 2018-5-1]. Dostupné z: <https://www.root.cz/clanky/gdpr-ve-zdravotnictvi-zajisti-lepsi-ochranu-dat-pacientu/>

KAPLAN a SADOCK´S, 2013. *Concise textbook of child and adolescent psychiatry*. 10th Edition. New York: Wolters Kluwer. ISBN 978-0-7817-9387-2.

LANGMEIER, Josef, Karel BALCAR a Jan ŠPITZ, 1989. *Dětská psychoterapie*. Praha: Avicenum/Zdravotnické nakladatelství. ISBN 08-073-89.

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

MAZALOVÁ, Lenka, 2014. *Hodnocení projevů strachu u dětí v nemocnici dětskými sestrami* [online]. Olomouc, **15**(5) [cit. 2018-05-13].

MUSIL, Jiří a kol., 2006. *Klinická psychologie a psychiatrie*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého. ISBN 80-244-1153-9.

OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO, 2017. *Generalizovaná úzkostná porucha v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5822-0.

ONDRIÁŠOVÁ, Mária, 2005. *Psychiatria*. Martin: Grafické štúdio Osveta. ISBN 80-8063-199-9.

OREL, Miroslav a kolektiv, 2016. *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5516-8.

PACLT, Ivo a kolektiv, 2007. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. 1.: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1426-4.

PACLT, Ivo a Jakub FLORIAN, 1998. *Psychofarmakoterapie dětského a dorostového věku*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-506-8.

PETR, Tomáš, Eva MARKOVÁ a kolektiv, 2014. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-247-4236-6.

PRAŠKO, Ján, 2011. *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-2570-2.

PTÁČEK, Radek, 2006. *Poruchy chování v dětském věku* [online]. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí [cit. 2018-05-13]. ISBN 80-86991-81-4. Dostupné z: <https://www.zkola.cz/rodice/vychovadeti/Stranky/Pt%C3%A1%C4%8Dek,-Radek---Poruchy-chov%C3%A1n%C3%AD-v-d%C4%9Btsk%C3%A9m-v%C4%9Bku.aspx>

ŘÍČAN, Pavel, Dana KREJČÍŘOVÁ a kolektiv, 1997. *Dětská klinická psychologie*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-512-2.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ADHD	Hyperkinetická porucha
GDPR	General Data Protection Regulation
RZP	Rychlá záchranná pomoc
ID	Invalidní důchod
ZP	Zdravotní průkaz
PN	Pracovní neschopnost
PHK	Pravá horní končetina
PDK	Pravá dolní končetina
LDK	Levá dolní končetina
tbl.	Tableta
OSPOD	Orgán sociálně - právní ochrany dětí
MKN - 10	Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů
DSM - 5	5. revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch Americké psychiatrické společnosti

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Smutné oči.....	14
Obrázek 2: Každé dítě trpí nějakou formou emocionální poruchy nebo poruchy chování	18

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Souhlas zařízení s výzkumem

Příloha 2: Záznamový arch, část první

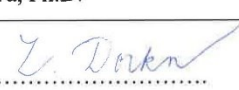

Příloha 3: Záznamový arch, část druhá

PŘÍLOHA P I: SOUHLAS ZAŘÍZENÍ S VÝZKUMEM

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

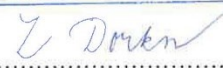
ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

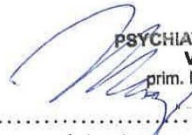
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 4. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Jana Škrobová	
Téma bakalářské práce	Ošetrovatelská péče u dětí s poruchami chování v psychiatrické nemocnici	
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  podpis	
Skupina respondentů	Děti hospitalizované na dětském oddělení	
Pracoviště	Vyjádření <u>veřejní</u> sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
Psychiatrická nemocnice v Kroměříži	Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím <input type="checkbox"/>	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne - 9 - 05 - 2018


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


.....
PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE
V KROMĚŘÍŽI
prim. MUDr. Petr MOŽNÝ
ředitel
.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P II: ZÁZNAMOVÝ ARCH, ČÁST PRVNÍ

Záznamový arch pro pozorování

Data byla získaná ze zdravotnické dokumentace dítěte a reálné observace.

1. Věk a pohlaví:
2. Důvod přijetí:
3. Vyskytující se problémy v domácím prostředí:
4. Vyskytující se problémy ve škole:
5. Vyskytující se problémy v dětském kolektivu:

Rodinná anamnéza pacienta:

A. Základní údaje o rodičích:

1. Věk:
2. Zaměstnání:
3. Abusus návykových látek:
3. Manželství/partnerství:
4. Povahové rysy:
5. Vztah rodiče k dítěti a naopak:
6. Kriminalita:
7. Prodělané onemocnění rodičů, prarodičů:
8. Psychiatrická zátěž:
9. Aktuální rodinné potíže:

Osobní anamnéza:

1. Gravidita, počet
2. Poporodní komplikace:
3. Prodělaná onemocnění, úrazy, zranění:
4. Enuretické a enkopretické potíže:
5. Scholarita:
6. Vztah k rodičům, sourozenci:

PŘÍLOHA P III: ZÁZNAMOVÝ ARCH, ČÁST DRUHÁ

7. Koničky, aktivity:
8. Chuť k jídlu a pití:
9. Spánek:
10. Kompenzační pomůcky, vady zraku, sluchu a řeči:
11. Povahové rysy:
12. Vztah k povinnostem:
13. Vztah ke kolektivu:

Průběh hospitalizace:

1. Stav dítěte při přijetí, během hospitalizace, před propuštěním:
2. Režimové opatření:
3. Průběh tří denní adaptační fáze:
4. Vztah k autoritám:
5. Chování v dětském kolektivu:
6. Aktivizace:
7. Průběh školní docházky během hospitalizace:
8. Krádeže, bitky:

Medikace:

1. Medikace při přijetí:
2. Změna medikace během hospitalizace a následné chování dítěte po změně:
3. Další zdravotnické úkony spojené s podáváním medikace:

Ošetřovatelská péče:

V ošetřovatelské části budeme sledovat příznaky a příčiny chování dítěte. Dále pozorujeme aktivizaci u dětí.
