

Psychosociální aspekty péče o děti se smíšenými poruchami chování a emocí

Dominika Badidová

Bakalářská práce
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Dominika Badidová**

Osobní číslo: **H14537**

Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Psychosociální aspekty péče o děti se smíšenými poruchami chování a emocí**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti pedopsychiatrie u smíšených poruch chování a emocí u dětí.

Příprava metodiky empirické části.

Realizace výzkumu technikou přímého a nestandardizovaného pozorování.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

Prezentace výsledků šetření a formulace závěrů pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. Psychiatrie a pedopsychiatrie. Praha: Karolinum, 2015. 627 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

HORT, Vladimír, Michal HRDLIČKA, Jana KOCOURKOVÁ, Eva MALÁ a kol. Dětská a adolescentní psychiatrie. 2. vydání. Praha: Portál, 2008. 496 s. ISBN 978-80-7367-404-5.

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Grada Publishing, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

PETR, Tomáš, Eva MARKOVÁ a kol. Ošetrovatelství v psychiatrii. Praha: Grada Publishing, 2014. 296 s. ISBN 978-247-4236-6.

RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a kol. Basic psychopathological terms and psychiatric diagnoses. Prague: Karolinum, 2004. 203 s. ISBN 80-246-0825-1.

RABOCH, Jiří, Petr ZVOLENSKÝ a kol. Psychiatrie. Praha: Galén, 2001. 622 s. ISBN 80-7262-140-8.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

9. prosince 2016

Termín odevzdání bakalářské práce:

19. května 2017

Ve Zlíně dne 9. prosince 2016


doc. Ing. Anežka 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 10.2.2014

Bozdianca

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 nevydělčně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků 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 ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

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

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

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, 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 škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

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

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

3). *Odporuje-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 jim 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 přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá jedním ze stále opomíjených témat dnešní doby, a to psychosociálními aspekty péče o děti se smíšenou poruchou chování a emocí. Práce je rozdělena do dvou hlavních částí - teoretické a praktické. První část se věnuje základním informacím o pedopsychiatrii. Dále se zde dozvídáme o etiologii, symptomatologii, diagnostice, léčbě a ošetrovatelské péči smíšených poruch chování a emocí. V poslední kapitole teoretické části jsou uvedeny příklady praxe z reálného pedopsychiatrického oddělení. Empirická část je věnována samostatnému průzkumu dané problematiky, v tomto případě dětem podstupujícím léčbu v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži.

Klíčová slova: pedopsychiatrie, děti, psychosociální aspekty, smíšené poruchy chování a emocí.

ABSTRACT

This thesis deals with one of the increasingly rare issues of our times, and it psychosocial aspects of care for children with mixed disorders of behavior and emotions. The work is divided into two main parts, the theoretical and practical. The first named section provides basic information to readers child psychiatry. Furthermore, we learn about the etiology, symptoms, diagnosis, treatment and nursing care of mixed emotions and behavior disorders. Last chapter of the theoretical section provides examples of good practice from the real pedopsychiatrického department. The empirical part is devoted to independent research on the issue, in this case children undergoing treatment at the Psychiatric Hospital in Kroměříž.

Keywords: child psychiatry, children, psychosocial aspects, mixed emotional and behavioral disorders.

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 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 HISTORIE PEDOPSYCHIATRIE	12
1.1 VÝVOJ PEDOPSYCHIATRIE V ČESKÉ REPUBLICE.....	12
2 SMÍŠENÉ PORUCHY CHOVÁNÍ A EMOCÍ.....	13
2.1 KLASIFIKACE DLE MKN-10	13
2.2 PŘÍČINY PORUCH CHOVÁNÍ A EMOCÍ.....	13
3 PŘÍZNAKY.....	15
3.1 PŘÍZNAKY PORUCH CHOVÁNÍ	15
3.2 PŘÍZNAKY PORUCH EMOCÍ.....	16
3.2.1 Poruchy afektů	16
3.2.2 Poruchy nálad.....	17
3.3 CHARAKTERISTICKÉ PŘÍSTUPY K DÍTĚTI S PORUCHOU EMOCÍ NEBO CHOVÁNÍ	18
3.4 ŠKOLNÍ PROBLEMATIKA	18
4 DIAGNOSTIKA	19
4.1 ANAMNÉZA	19
4.2 PSYCHIATRICKÉ VYŠETŘENÍ	20
4.3 PSYCHOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ.....	20
4.4 SPECIÁLNÍ VYŠETŘOVACÍ METODY	20
5 LÉČBA	22
5.1 FARMAKOTERAPIE.....	22
5.2 PSYCHOTERAPIE	23
5.3 PROGNÓZA	25
6 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE.....	26
6.1 SPECIFIKA PRÁCE SESTRY V PEDOPSYCHIATRII.....	26
6.2 ZÁKLADNÍ PRACOVNÍ NÁSTROJE SESTRY NA DĚTSKÉ A DOROSTOVÉ PSYCHIATRII	27
6.3 OSOBNOSTNÍ PŘEDPOKLADY A SCHOPNOSTI DĚTSKÉ SESTRY V PSYCHIATRII	28
6.4 KOMUNIKACE S PACIENTEM	28
6.5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O DÍTĚ SE SMÍŠENOU PORUCHOU CHOVÁNÍ A EMOCÍ	29
7 PŘÍKLAD DOBRÉ PRAXE.....	31
7.1 PŘÍJEM PACIENTA SESTROU NA ODDĚLENÍ	32
7.2 REŽIMOVÁ LÉČBA	35
7.2.1 Ošetřovatelská péče sestry při poskytování režimové léčby.....	38

7.3	TERAPEUTICKÉ AKTIVITY NA PEDOPSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICE V KROMĚŘÍŽI.....	41
7.4	ZÁKLADNÍ ŠKOLA A DRUŽINA PŘI PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICI V KROMĚŘÍŽI.....	44
II PRAKTICKÁ ČÁST		46
8	METODIKA	47
8.1	FORMULACE PROBLÉMU	47
8.2	CÍLE PRŮZKUMU.....	47
8.2.1	Dílčí cíl.....	47
8.3	CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....	47
8.4	METODA SBĚRU DAT	48
8.5	ORGANIZACE PRŮZKUMU	48
8.6	ZPRACOVÁNÍ DAT.....	48
8.7	VÝSLEDKY	48
8.7.1	Kazuistika č. 1	49
8.7.1.1	Anamnéza	49
8.7.1.2	Průběh hospitalizace	49
8.7.1.3	Poskytnutá ošetrovatelská péče	52
8.7.1.4	Závěr	53
8.7.2	Kazuistika č. 2.....	53
8.7.2.1	Anamnéza	54
8.7.2.2	Průběh hospitalizace	54
8.7.2.3	Poskytnutá ošetrovatelská péče	56
8.7.2.4	Závěr	56
8.7.3	Kazuistika č. 3.....	57
8.7.3.1	Anamnéza	57
8.7.3.2	Průběh hospitalizace	58
8.7.3.3	Poskytnutá ošetrovatelská péče	58
8.7.3.4	Závěr	59
8.7.4	Kazuistika č. 4.....	59
8.7.4.1	Anamnéza	59
8.7.4.2	Průběh hospitalizace	60
8.7.4.3	Poskytnutá ošetrovatelské péče	61
8.7.4.4	Závěr	62
8.8	DISKUZE.....	62
ZÁVĚR		64
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....		65
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....		67
SEZNAM OBRÁZKŮ		68
SEZNAM PŘÍLOH.....		69

ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce jsou psychosociální aspekty péče o děti se smíšenou poruchou chování a emocí. Toto onemocnění mě velmi zaujalo, protože pracuji na Dětském oddělení Psychiatrické nemocnice v Kroměříži, kde je tato choroba diagnostikována jako nejčastější porucha chování a emocí u dětí, což je hlavním důvodem výběru tématu mé bakalářské práce.

Teoretická část je rozdělena do sedmi kapitol. První kapitola je věnována historickému vývoji pedopsychiatrie, druhá je zaměřena na smíšené poruchy chování a emocí a jejich příčiny, třetí obsahuje příznaky této diagnózy. Diagnostice je věnována čtvrtá kapitola, léčba tohoto pedopsychiatrického onemocnění je uvedena v kapitole páté. Nejdůležitější kapitolou je právě ošetrovatelská péče o děti s psychiatrickým onemocněním. A v závěru teoretické části je uveden příklad dobré praxe obsahující konkrétní fungování Dětského psychiatrického oddělení Psychiatrické nemocnice v Kroměříži.

Praktická část je realizována kvalitativní metodou nestandardizovaného přímého pozorování, doplněná o informace a záznamy všeobecných sester pracujících na Dětském oddělení Psychiatrické nemocnice v Kroměříži.

Cílem práce je zmapovat psychosociální aspekty péče o děti se smíšenou poruchou chování a emocí v oblasti rodinného prostředí, v rámci výuky a školních vztahů a neposlední řadě v dětském kolektivu, režimu oddělení a léčby.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE PEDOPSYCHIATRIE

O duševních poruchách u dětí nebylo ve starověku a středověku zmíněno mnoho, kromě výjimek o nočním pomočování, koktavosti a jiných. K rozkvětu pedopsychiatrie dochází teprve v 19. století. V období 1910–1934 byly rozeznány organické poruchy, psychózy, neurózy a delikvence mládeže. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 314).

Zájem o tělesně postižené děti přichází dříve než rozvoj samotné pedopsychiatrie, a to koncem 18. století. První učebnice dětské psychiatrie však byla vydána v 19. století. Nejzásadnějším dnem se stává 19. květen 1933, kdy Tramer vymezil dětskou psychiatrii jako samostatný a nový lékařský obor. Poté začínají vznikat první diagnostická kritéria. V 19. století se klade důraz především na prevenci, zájem se vztahuje hlavně na rodinu dítěte. *„Důležitou se stává problematika dětí zanedbávaných, týraných a sexuálně zneužívaných, problematika mladistvých zneužívajících návykové látky“* (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008, s. 22).

1.1 Vývoj pedopsychiatrie v České republice

Česká republika významně přispěla k rozvoji oboru pedopsychiatrie. Lékař a pedagog Karel Slavoj Amerling se stal v roce 1871 ředitelem prvního ústavu „Ernestinum“ pro slabomyslné děti. Pedologický ústav založil v roce 1913 Karel Herfort, který navázal na práci Amerlinga. Diagnostiku dítěte z pohledu lékařského, pedagogického a sociálního umožňoval pedologický ústav založený roku 1913 v Praze. Základ institucí pro děti a mládež v České republice pro děti byl položen roku 1924 v Opařanech (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008, s. 22).

V roce 1947 vzniklo první dětské psychiatrické lůžkové oddělení, které se zabývalo delikventní mládeží, věnovalo se také dorostové psychiatrii, pubertě a hlediskům rozvoje dítěte (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 315).

Nemocnice Motol v Praze otevřela první dětské psychiatrické oddělení v roce 1971. Postupně dále vznikaly pedopsychiatrické ambulance a lůžková oddělení po celé České republice. Byly vedeny podle moderní koncepce oboru a zaměřovaly se na potřeby dětských pacientů (Raboch, Zvolenský et al., 2001, s. 356–357).

2 SMÍŠENÉ PORUCHY CHOVÁNÍ A EMOCÍ

Psychiatrické poruchy se v dětském věku nedají přesně zařadit do skupiny, ve které by přesně odpovídaly zadaným kritériím, protože okolní a vnitřní podněty vytvářejí ucelený spouštěč poruch. V případě určení diagnózy se zaměříme na nejpodstatnější příznaky, které mohou následně vytvořit kombinované onemocnění smíšené poruchy (Barker, 2004, s. 81).

Podle MKN-10 je možno samostatně klasifikovat stav, kdy se současně projevuje s poruchami chování trvalá změna nálady nebo jiné emoční příznaky (Raboch, Zvolenský et al., 2001, s. 373).

2.1 Klasifikace dle MKN-10

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR rozděluje podskupiny smíšených poruch chování a emocí na depresivní poruchy chování, jiné smíšené poruchy chování a emocí a smíšenou poruchu chování a emocí nespecifikovanou (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2012 [online]).

Při objevení příznaků depresivní nálady, smutku, ztráty zájmů, neschopnosti pociťovat kladné emoce, sebeobviňování a beznaděje je diagnostikována F 92.0 Depresivní porucha chování. Dále se u dítěte s touto poruchou objevuje agrese, experimenty s návykovými látkami a krádeže. U depresivní poruchy chování se mohou objevovat somatické projevy, velmi často u dětí mladšího věku. Často trpí bolestmi břicha a hlavy, poruchami spánku a příjmu potravy bez organického podkladu (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008, s. 322).

F 92.8 Jiné smíšené poruchy chování a emocí lze definovat spojením poruchy chování a emočních příznaků jako je úzkost, ostýchavost, nutkavé myšlenky nebo jednání, odosobnění nebo derealizace, fobie nebo hypochondrie. Může být přítomna i podrážděnost a zlost. F 92.9 Smíšená porucha chování a emocí nespecifikována se využívá, když ani jedna z dalších poddiagnóz nevyhovuje (Barker, 2004, s. 82).

2.2 Příčiny poruch chování a emocí

Velký vliv na rozvoj poruch chování má rodina dítěte. U rodičů bývá pozorováno kriminální chování, závislosti, početnější množství dětí, rozvod a patologická výchova (Hort,

Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008, s. 315; Pugnerová a Kvintová, 2016, s. 149–150).

Biologické faktory také spadají mezi příčiny vzniku smíšených poruch chování a emocí. Genetické dispozice jsou snad nejdůležitějším faktorem v rozvoji psychiatrických poruch. Dále jsou uváděny komplikace v prenatálním vývoji a při porodu, nedonošenost dítěte, onemocnění a poranění mozku. Častěji tímto onemocněním trpí mužské pohlaví. V neposlední řadě určují příčinu individuální faktory dítěte. Tato porucha se objevuje u dětí s nízkým IQ, nevladatelným temperamentem, hyperaktivitou, agresivitou, nezdrženlivostí, poruchou pozornosti, čtení a vadami řeči. Všechny tyto faktory přispívají k rozvoji nebo vzniku onemocnění (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 368; Vojtová, 2008, s. 42–43).

Poškození CNS systému v perinatálním, prenatálním a postnatálním období přispívá k rozvoji duševních onemocnění u dětí, vývoj a zrání CNS k rozvoji psychických vlastností a procesů. Je také ovlivněn vnějšími faktory (Vágnerová, 2012, s. 23; Říčan, Krejčířová a kol., 2006, s. 55).

Vyšší riziko výskytu poruch chování bylo pozorováno u adoptivních dětí, které sice byly vychovávány ve vhodném domácím prostředí, ale jejich biologičtí otcové byli soudně trestáni (Raboch, Zvolenský et al., 2001, s. 372).

Dále jsou jako příčiny vzniku smíšených poruch chování a emocí uváděny nejisté vazby dítěte, neorganizované, nestrukturované rodinné prostředí s nedostatkem sociální výchovy, nestabilní emoční prostředí, absence pocitu bezpečí a podpory rodiny a z toho plynoucí nízké sebevědomí, sebeúcta, pocity selhávání a neuspokojování potřeb (Barker, 2004, s. 82; Kaleja, 2013, s. 58).

Příčinu vzniku emocí určují jasné konkrétní situace nebo podněty. V dítěti vzbuzují emoční ladění, které je důsledkem poruchy emocí (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006, s. 115–116).

Nadměrné emoce může dítě pociťovat kvůli odloučení od blízké osoby. Nepřiměřený strach spojovaný s konkrétními objekty či situacemi. Neznámí lidé a situace vzbuzují rovněž v dítěti strach, který zapříčiňuje vyhýbání se lidem a sociálním situacím. Specifickým rysem emočních poruch jsou projevy strachu a úzkosti, které narušují jeho sociální fungování (Petr, Marková a kol., 2014, s. 263).

3 PŘÍZNAKY

Při pozorování příznaků je vždy nutné přihlížet k vývojovému stádiu dítěte. Některé projevy jsou typické pro určitý věk. Diagnostikovat poruchu můžeme v případě opakovaného patologického chování (Raboch, Zvolenský et al., 2001, s. 372).

Typickými příznaky pro smíšené poruchy chování a emocí je mírně sociálně a výchovně anormativní chování pohybující se na hranici normy, většinou přechodného rázu. Dificilní chování musí být dále kombinováno se vzdorovitým a útočným jednáním, které trvá nepřetržitě. Charakteristická je i emoční nestabilita a neurotické projevy (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008, s. 322).

„Diagnostická kritéria smíšené poruchy chování a emocí je charakterizována kombinací trvale narušeného agresivního, disociálního nebo vzdorovitého chování s jasně vyjádřenými příznaky deprese, úzkostné poruchy nebo jiných emočních příznaků (obsese, kompulze, depersonalizace, derealizace, hypochondrie). Musí být splněna diagnostická kritéria jak pro poruchu chování, tak pro poruchu emocí“ (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 375).

Jako projev smíšené poruchy chování a emocí je uváděno agresivní chování dítěte, depresivní nálady, absence zájmu o záliby, pocity viny a poruchy spánku. Často se u něj projevují somatické problémy. Symptomy somatického typu souvisejí s poruchami nálady (Raboch, Pavlovský a kol., 2004, s. 148–149).

3.1 Příznaky poruch chování

Za příznaky poruch chování se považuje takové chování, kdy dítě porušuje společenské normy a pravidla a nerespektuje práva druhých osob. Jako příznaky jsou uváděny:

- agresivita,
- ničení majetku,
- krádeže,
- vážné porušování pravidel.

Příznakem se toto chování stává, pokud jsou během roku pozorovány tři a více z uvedených patologických situací a jedna přítomna v posledním půlroce. Poruchy chování zhoršují fungování jedince ve školním zařízení (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008, s. 316–317).

V různých vývojových stádiích dítěte se mohou poruchy chování projevovat odlišně. Při posuzování chování jako příznaku vždy zohledňujeme, zda se jedná o běžné chování nebo zvláštní projev. Porucha chování vždy způsobí další obtíže v sociálních vztazích dítěte a školním prostředí. Nejčastějším projevem je nepřátelské a opoziční chování, vzdorovitost, násilí vůči lidem a zvířatům, jednání nespádající do morálních norem (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 369–370).

Dle psychologů lze chápat dimenzionální hlediska jako příznak poruch sloužící k diagnostice. Data a informace pro posouzení příznaků získávají psychologové od dítěte, rodičů a pedagogů. Při diagnostice přihlížíme k popisu vlastního charakteru a aktuálního stavu dítěte. To postihuje a vysvětluje vztah k sobě, rodině a jiným, popisuje vlastní touhy, zvažuje hodnoty, výsledky v oblastech rodinného prostředí a školní docházky, posuzuje jednání v určitých situacích života, hodnotí chování své i druhých, rozebírá vlastní potřeby pro život. Výsledky pak určují míru poruchy chování dítěte (Kaleja, 2013, s. 78–79).

3.2 Příznaky poruch emocí

Pocity (emoce) jsou projevem našeho vlastního vnímání, postavení vůči okolí a k sobě samému. Souvisejí s kontrolou našich projevů chování. Tyto jasně určují emoční prožívání v negativním nebo pozitivním postavení. Emoce vyvolávají určité odezvy a spouštějí naše chování. Prožívání vychází z anatomického hlediska z limbického, přesněji nervového systému. Emoční problematiku lze snadno rozdělit na poruchy afektu a poruchy nálady. Každá porucha splňuje svá diagnostická kritéria. Dělí se na afekty a nálady. (Vágnerová, 2008, s. 67; Malá a Pavlovský, 2002, s. 27–28).

Emoce je jev zrcadlící naše vlastní prožívání a poznání. Sem spadá objevení nového pomocí smyslů, inteligence nebo kontaktu s určitou situací. Projev pocitů je náš vlastní a neměřitelný postoj vedoucí k zaujetí stanoviska k dané problematice a posléze k reakci a aktivitě. (Musil a kol., 2006, s. 67).

3.2.1 Poruchy afektů

Afekt je specifický velkou intenzitou, ale krátkým trváním. Vzniká nepředvídatelně, spouštěcí podnět je konkrétní. Afekt musí být vždy vyjádřen vybitím nebo odreagováním a je doprovázen změnami fyziologických funkcí, pohyby, gesty a grimasami. V případě neuvolnění afektu nastává jeho hromadění a další sdružování ve více afektů. Afektivitu chá-

peme jako promptnost pro případ emoční odezvy. Afekty mají mnoho podob, proto je nutné je dělit na:

- patický afekt,
- zvýšenou afektivní dráždivost,
- přesun afektů,
- afektivní raptus,
- nezvládnutý afekt,
- afektivní ztlum,
- afektivní stupor,
- hypersensitivitu,
- paroxysmální afekt,
- emoční oploštělost,
- emoční labilitu,
- emoční inkontinenci,
- emoční nepřiléhavost,
- emoční tenacitu,
- afektivní ambivalenci,
- katatymii,
- indiosynkrazii,
- fobii.

Každý afekt je charakterizován odlišným druhem jednání (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006, s. 116–118).

3.2.2 Poruchy nálad

Poruchy nálad se neprojevují tak výrazně emočně jako afekty, avšak trvají mnohem déle. Na rozdíl od nálady během dne jsou konkrétnější. Naše chování je projevem naší patologické nálady, a proto nás ovlivňuje. Rozlišujeme náladu:

- depresivní,
- manickou,
- euforickou,
- anxiózní,

- explozivní,
- apatickou.

Vždy jde o subjektivní prožívání dítěte. Nálada je však rozpoznatelná dle charakteristických projevů chování dané nálady (Vágnerová, 2008, s. 67–68).

3.3 Charakteristické přístupy k dítěti s poruchou emocí nebo chování

Dítě je vinou těchto poruch ochuzeno o uspokojování svých potřeb kvůli konfliktům, negativnímu prožívání a stresovým reakcím. Jeho chování nevede k přiměřené konfrontaci s okolím a není vhodné pro jeho rozvoj. Dítě není stabilní ve svém chování, které ventiluje směrem k okolí, nejčastěji agresivitou. Druhým projevem nestability v chování je sociální izolace. Takové chování vede k vyčleňování jedince ze sociální skupiny. Charakteristické je také negativní ladění vůči ostatním nebo i sobě samým. V sociálních skupinách jsou tyto děti neoblíbené, vyvolávají konflikty, nepatří k vůdčím osobnostem, ve školních zařízeních pak dochází k selhání. Samy k sobě zaujímají negativní postoj, mají nízké sebevědomí, jsou impulzivní, vzdávají se svých tužeb, nejsou dostatečně motivovány a nedokáží se radovat ani z malých úspěchů. Všechny tyto projevy jejich onemocnění v nich vyvolávají nervozitu, pocity nedorozumění, nedokáží tedy situaci řešit adekvátním způsobem. Nepřiměřená reakce v chování a v oblasti emocí je pak důsledkem (Vojtová, 2004, s. 70–71).

3.4 Školní problematika

Školní prostředí hraje také významnou roli v onemocnění dítěte. Školská problematika je pestrá a je nutné s ní u dítěte při vzniku smíšené poruchy chování a emocí počítat. Během školní výuky dochází u takového dítěte ke snížení výkonosti. Zvládání školních nároků je dáno intelektovými hranicemi, mimointelektovými schopnostmi a vlastnostmi dítěte. Objevují se také poruchy přizpůsobení. Přihlíží se k tomu, zda dítě zvládá adaptační procesy ve školním zařazení, zda se neobjevuje agrese nebo odchýlné chování ve školním prostředí. Školní selhávání je také častým příznakem onemocnění. Je zkoumána interakce dítěte s učitelem a kolektivem. K těmto složkám přihlíží při diagnostice onemocnění u dítěte pedopsychiatr (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 321).

4 DIAGNOSTIKA

Pro vyšetření a určení příslušné diagnózy je dítě nutné přivést k pedopsychiatrovi. To je odesláno obvodním lékařem s poukazem na psychiatrické vyšetření a tam přichází vždy s rodičem nebo opatrovníkem. Vyšetření samotná probíhají bez přítomnosti doprovodu. Spolupráce všech pracovníků pedopsychiatrického ambulantního nebo lůžkového zařízení se podílí na diagnostice duševního stavu dítěte. Pracovní tým je složen z lékařů, psychologů, sester a sociálních pracovníků (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 318).

4.1 Anamnéza

Důležité údaje získáváme od dítěte, informace doplňují vždy i rodiče. Fakta jsou také získávána ve spolupráci s pedagogy, psychology a dalšími ošetřujícími lékaři dítěte. Pokud je dítě v péči OSPOD, jsou vyžadovány informace i od nich (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 318).

Do podstatných informací o osobní anamnéze dítěte patří prenatální vývoj, průběh porodu, psychomotorický rozvoj, společenské přizpůsobení, povahové rysy a emoční vazby dítěte.

U školnou povinných dětí se uvádí:

- množství přátel, vztahy se stejnou věkovou skupinou,
- zvládání nároků školní docházky a jejich výsledky,
- vyplnění volného času a mimoškolních aktivit,
- typické projevy při náročných situacích,
- vazby na rodinné členy,
- významné podíly na výchově dítěte ostatními členy rodiny nebo přáteli,
- popis aktuální situace, projevy a změny v chování dítěte, příčina návštěvy pedopsychiatra,
- riziko užívání drog či jiných návykových látek.

Rodinná anamnéza je také nedílnou součástí. Rodiče popisují své povahové rysy, aktuální zaměstnání, vztah s dítětem a případně vlastní psychické problémy. Rodiče jsou také dotazováni na psychiatrickou zátěž vyskytující se u kohokoliv v rodině (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008, s. 43–45).

4.2 Psychiatrické vyšetření

Lékař si při rozhovoru s dítětem musí vytvořit vztah. Po jeho navázání a získání důvěry je dítě otevřenější a probíhá samotné psychiatrické vyšetření. Psychiatrické vyšetření je založeno na dialogu a pozorování (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 318).

V rámci vyšetření pedopsychiatr posuzuje somatický stav a vývojový stupeň dítěte. K posouzení přiměřeného vývoje nebo odchylky se zaměřuje na psychomotoriku, řeč, emoční prožívání, kognitivní funkce a společenské chování. Na závěr vypracuje tzv. status praesens psychicus. Ten označuje závěrečné shrnutí všech získaných informací o vývojovém zhodnocení dítěte (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008, s. 46–48).

Dle zjištěných informací lékař stanovuje hlavní diagnózu přijetí a případně ji doplňuje o podstatné vedlejší diagnózy. Sestavuje léčebný plán a zahajuje aktuální léčbu. Tyto úkony provádí v rámci spolupráce se zdravotnickým týmem (Petr, Marková a kol., 2014, s. 80).

4.3 Psychologické vyšetření

Psychologické vyšetření spočívá v prohlídce doplňující posudek pedopsychiatra a vyšetření, které psychologovi napomáhá sestavit vlastní léčebný postup. Tento spolupracuje s dokumentací lékařů, jiných psychologů a opírá se také o anamnézu, pozorování dítěte a rozhovor s ním. Informace je třeba doplnit i o metody zjišťující a měřící vlastnosti, stavy a charakteristiky dětského klienta. Vychází z psychologie osobnosti a diferenciatní psychologie. Pro efektivnost je důležité jasně specifikovat druh vyšetření. To může proběhnout za účelem posouzení vývojového stupně, kognitivních možností, emočního ladění, společenských charakteristik, rodinného prostředí a vztahů v něm, osobnostních předpokladů, rozpětí přízpůsobení a druhů sebepojetí (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008, s. 67–68).

4.4 Speciální vyšetřovací metody

Vyšetření pro vyloučení organického podkladu psychiatrického onemocnění nebo k upřesnění diagnózy doporučuje pedopsychiatr. Často vyžaduje vyšetření funkční elektrické aktivity CNS, ultrazvuk mozku, posouzení patologie mozku nebo CT. Laboratorní vyšetření se vztahují převážně na biochemické a hematologické hodnoty krve. Ty mohou

být doplněny o sérologii a imunologii. Toxikologický rozbor moči je možný v případě podezření z užívání drog nebo zjištění kontrolní hladiny podávaných medikamentů (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 94–95, s. 318–319).

5 LÉČBA

Vzhledem k tomu, že se na vzniku duševních nemocí a poruch u dětí podílí celá řada biologických, psychologických a sociálních činitelů, musí i terapie působit komplexně na osobnost nemocného (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 319).

Mohou být využity léčebné metody vhodné pro poruchy chování, poruchy opozičního vzporu nebo emoční či depresivní poruchy. Léčbu je vhodné zaměřit na nejvýraznější příznaky onemocnění. Velmi zásadní je také sestavení léčebného plánu na více patologických projevů (Barker, 2004, s. 82).

Při léčbě dítěte je vždy nutná hlavně spolupráce rodiny, a to ve všech směrech. Práce s rodiči zahrnuje celou řadu intervencí, kterými se zabývá celý zdravotnický tým daného oddělení. Rodině jsou také poskytnuty informace související s léčbou jejich dítěte. To přispívá ke zkvalitnění léčebného postupu. Nutná je vždy také součinnost oddělení se školním zařízením dítěte. Ta je zaměřena na zvýšení výkonnosti ve škole, začlenění a zlepšení pozitivních činností (Pactl a Florian, 1998, s. 21–23).

5.1 Farmakoterapie

I u dětí je možnost nasazení medikamentózní léčby. Léky užívané v psychiatrii obecně nazýváme psychofarmaka. V současnosti se rozšířil trh s psychofarmaky pro děti, avšak pedopsychiatr vždy zvažuje jejich nasazení. Děti a adolescenti vylučují léčiva daleko rychleji než dospělí a ve srovnání s dospělými reagují na psychotropní medikaci odlišným způsobem (Petr, Marková a kol., 2014, s. 273).

Hlavními skupinami psychofarmak u dětí jsou:

- nootropika,
- psychostimulancia,
- hypnotika,
- antidepressiva,
- anxiolytika,
- tymoprofylaktika,
- neuroleptika.

Při podávání psychofarmak sestra spolupracuje s lékařem. Před nasazením léku sleduje a zaznamenává patologické chování dítěte a informuje ošetřujícího lékaře. Podává medikamenty vždy dle doporučení lékaře a standardů nemocnice, po jejich aplikaci pozoruje, zaznamenává a sděluje pedopsychiatrovi žádoucí a nežádoucí účinky léku vzhledem k vyšší citlivosti účinků na dětského pacienta (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 320).

Nežádoucí účinky psychofarmak mohou být:

- akutní dyskineze,
- anticholinergní krize,
- zvýšená chuť k jídlu a posléze nárůst hmotnosti,
- zvýšená sedace,
- epileptické paroxysmy,
- hyperprolaktinemie,
- neutropenie,
- hyperglykemie,
- hyperlipidemie,
- extrapyramidový syndrom,
- neuroleptický maligní syndrom.

5.2 Psychoterapie

Psychoterapie je v dětské a adolescentní psychiatrii nedílnou součástí péče o dítě a jeho rodinu. Současný postoj odborníků k diagnostice i terapii psychiatrických poruch u dětí zdůrazňuje biopsychosociální přístup a spolupůsobení biologických, psychologických a sociálních vlivů na vývoj dítěte. Při indikaci specifického psychoterapeutického postupu bereme v úvahu vývojovou úroveň dítěte a také další psychosociální charakteristiky (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008, s. 458).

Základní přístupy a metody:

- psychoanalytická a psychodynamická terapie,
- behaviorální a kognitivní terapie,

- humanistická a existenciální psychoterapie,
- rodinná terapie,
- skupinová psychoterapie,
- relaxační techniky,
- imaginativní techniky,
- interpersonální metody,
- sugestivní terapie,
- hypnoterapie,
- arteterapie.

Psychoterapie probíhá na úrovni péče ambulantní nebo lůžkové. K nejdůležitějším nástrojům při terapii s dětským pacientem je psychoterapeutický přístup a vztah. *„Psychoterapeutický přístup představuje kladné chování zdravotníků, které přispívá k dosažení záměrů léčby a pomáhá stabilizovat biopsychosociální rovnováhu dítěte“*. Psychoterapeuti využívají verbální, neverbální komunikaci, mlčení, vztahy a vazby na základě emocí, studium a manipulaci prostředím. *„Psychoterapeutický vztah vytváří mezi terapeutem a pacientem dynamický celek reakcí a vazeb, racionálních a emočních, které dopřávají dítěti pocit, že není s problémem samo, ale že mu někdo rozumí a chce mu pomoci.“* Dalším léčebným opatřením je režimová léčba. Pacientům vymezuje hranice chování a dává jim pocit jistoty a bezpečí. Zvláště pro dětské pacienty je režimová léčba velmi důležitá. Vytváří a obnovuje v nich základní sociální dovednosti ve vztahu k okolí. *„Cílem rehabilitačně resocializační péče je pomoci dítěti znovu získat nebo nově vytvořit nejvýše možnou fyzickou, emocionální intelektuální dovednost potřebnou pro jejich další vzdělávání, pracovní zařazení a kvalitní život“*. Režimové vedení nebo také léčba je soustava činností vedoucí k tomu, aby se dítě jasně orientovalo ve strukturovaném režimu na oddělení a mělo pocit jistoty, bezpečí a hranic v jeho chování během hospitalizace (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 320).

Individuální psychoterapie je hlavní metodou využívanou na dětském psychiatrickém oddělení. Dělíme je dle jejich působení na cíle osobnostních složek a dějů. Sugestivní a racionální metody slouží k poznání zdroje poruch a její nápravy. K ovlivnění citění a snažení slouží metody emocionální a motivační. K ovlivnění vnějšího chování a vnitřní fyziologie

využíváme behaviorální a psychofyziologickou metodu. Všechny metody vždy ovlivňují všechny komponenty osobnosti dítěte (Langmeier, Balcar, Špitz, 2010, s. 67).

5.3 PROGNÓZA

Nebyly prokázány studie na odhad dalšího vývoje tohoto onemocnění. Z praxe však vyplývá nepříznivá prognóza. Přítomnost poruch chování tomu také nasvědčuje. V případě depresivních nebo úzkostných potíží je předpověď pozitivnější. Velkou roli v dalším vývoji hraje vždy rodina, pokud je schopna dodržet nastavená terapeutická opatření. Emoční spojení s rodinou je pro dítě s diagnózou smíšené poruchy chování a emocí velmi důležitá. Čím jsou pro dítě jistější pevné a bezpečné vazby, tím pozitivnější je jeho další vývoj. V případě neuspokojivých sociálních základů (pokud nedochází k jejich rozvoji) se terapeutický proces stává náročnějším (Barker, 2004, s. 82–83).

Léčba dítěte psychiatrem neznamena rozvoj dalších duševních onemocnění nebo progresy do dospělosti. Určité duševní poruchy jsou specifické pouze pro dětský věk. Během věku pacienta, v návaznosti na sociální prostředí a další faktory, se duševní poruchy mohou měnit nebo doplňovat. Výzkumy však dokazují, že 10 - 30 % dětí léčených psychiatry vyžaduje psychiatrickou léčbu i v dospělosti. Pedopsychiatrie je samostatný klinický obor a věnuje se problematice projevů, které jsou specifické pouze pro dětství a adolescenci, a nelze tedy přesně určit prognózu nebo propojení s duševními onemocněními v dospělosti (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 337).

6 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Na pedopsychiatrickém oddělení pracují všeobecné sestry, sestry se specializací na pediatrii nebo psychiatrii, zdravotně-sociální pracovníci a další zdravotnický personál. Pracovní náplň sestry je velmi rozmanitá, ať už jde o ambulantní, lůžkovou nebo terénní péči. Pracovnice se vždy podílí nejprve na diagnostice onemocnění, posléze na léčebném a zdravotně výchovném vedení. Zaměřuje se také na preventivní opatření vzniku pedopsychiatrických onemocnění. Vždy ctí a dodržuje ochranu a práva dítěte. Sestra se také velkou mírou podílí na komunikaci s rodinou, školním zařízením dítěte a dalšími instituty (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 322).

6.1 Specifika práce sestry v pedopsychiatrii

Při poskytování ošetrovatelské péče musí sestra postupovat dle vývojového stádia pacienta a aktuální duševní poruchy. Jde o velmi náročnou ošetrovatelskou péči s ohledem na rozdílný věk pacientů. Sestra pracuje s dětmi od 3 do 18 let. Poskytuje čtyřadvacetihodinovou péči a zajišťuje bezpečnost dětí. Musí zvládat negativní reakce na poskytovanou ošetrovatelskou péči, při kontaktu s verbálními nebo neverbálními projevy agrese vyhodnocovat situace objektivně, bez zásahu vlastní emotivity, promptně vyhodnocovat konflikty a předcházet jim a také preventivně předcházet vzniku syndromu vyhoření u vlastní osoby. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 322).

Sestra provádí ošetrovatelskou péči dle kritérií příznaků, syndromů a psychopatologií duševních poruch u dětského pacienta. U většiny těchto poruch sestra zkoumá subjektivní příznaky nemoci, které jsou ne vždy objektivizovány. Zaznamenává do dokumentace i sebemenší odchylku v somatickém a psychickém stavu dítěte a informuje lékaře. Jakákoliv změna u dítěte je pro stanovení diagnózy a léčby velmi důležitá. Dále ještě musí přesně a zodpovědně plnit léčebný plán ordinovaný lékařem (Petr, Marková a kol., 2014, s. 268–269).

Předávání informací o zdravotním stavu dítěte probíhá ústně i písemně. Zdravotní dokumentace obsahuje:

- průběh a reakci ošetrovatelských intervencí poskytovaných dítěti,
- přístup a zapojení k činnosti,
- zapojení do kolektivu a projevy v něm,
- dodržování hygienických zásad,

- společenské návyky,
- hodnocení chování dítěte,
- emoční toleranci, změny nálad,
- chování dítěte při hře,
- vztah k autoritám,
- adaptaci během hospitalizace nebo změn,
- školní problematiku.

Dále sestra hodnotí konkrétní požadavky ordinujícího lékaře - enurézu, kontrolu spánku, odmítání jídla a jiné (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 323).

Sestra plánuje specializovanou ošetrovatelskou péči, vykonává ošetrovatelské intervence a vyhodnocuje kvalitu poskytované péče. Spolupracuje v multidisciplinárním týmu v rámci režimového a léčebného prostředí. V případě neklidu, zmatenosti pacienta nebo jiné mimořádné situace vždy dokáže profesionálně vyhodnotit událost a zvolit vhodný postup. Ihned se aktivně podílí na kompenzaci stavu dítěte. Vytváří léčebné a volnočasové aktivity pro děti, účastní se jich, vyplňuje vhodně volný čas dětem během léčby, následně informuje rodinu i klienty o vhodných aktivitách a režimovém vedení dítěte, které rodina potřebuje pro jeho zdravý rozvoj a vývoj. Musí rovněž dodržovat a respektovat práva pacientů (Petr, Marková a kol., 2014, s. 268–269).

6.2 Základní pracovní nástroje sestry na dětské a dorostové psychiatrii

Poznatky nebo projevy duševních poruch nedokážeme nijak změřit nebo prokázat. Sestra se při pomoci v diagnostice spoléhá pouze na svoje dovednosti, kterými jsou pozorování a komunikace. Pozorování využívá od prvního kontaktu s dítětem a jeho rodinou. Všechny neobvyklé, patologické projevy pečlivě zaznamenává do dokumentace a předává lékaři. Verbální i neverbální komunikaci musí zvládat každý zdravotnický pracovník. Při práci v psychiatrii se komunikace stává hlavním diagnostickým a terapeutickým nástrojem každé sestry. Ta přizpůsobuje komunikaci na míru každého dětského pacienta s ohledem na věk, duševní poruchu a vede s ním rozhovor. Jak již bylo zmíněno, záleží na tom, za jakým cílem jej vedeme. Zda-li kvůli získání informací, zpracování ošetrovatelské anamnézy při předávání informací a požadavků, edukaci pacienta nebo podpoře motivace v léčbě. Nejvýznamnější je rozhovor terapeutický, který je mnohdy velmi těžké s dítětem navázat.

Tento postup vede dítě k vyjádření pozitivních a negativních pocitů. Sestra pacienta nikdy nekritizuje, neodsuzuje ani jinak nehodnotí (Petr, Marková a kol., 2014, s. 274–275).

6.3 Osobnostní předpoklady a schopnosti dětské sestry v psychiatrii

- Vzdělanost a informovanost sestry spadá mezi základní předpoklad poskytování péče.
- Cílevědomost k celoživotnímu vzdělávání a ochota učit se nové poznatky.
- Bezproblémové zvládnutí spolupráce v týmovém prostředí.
- Pozitivní vztah k lidem a práci s dětmi.
- Empatický přístup, schopnost vytvoření si zdravé a profesní důvěry k pacientovi.
- Odborné vedení komunikace na verbální a neverbální úrovni.
- Zvládání vyjádřit konkrétní myšlenky.
- Klidný přístup a aktivní zájem při řešení problémů.
- Schopnost rozpoznávat a pozorovat.
- Duševní stabilita a schopnost profesionálního přístupu (Marková, Venglářová, Babíaková, 2006, s. 322).

Vždy je kladen důraz na získání odborných znalostí vztahujících se k práci na pedopsychiatrii. Sestra musí znát koncepci a metaparadigmata oboru. Měla by se přesně orientovat v projevech nemocí, jimiž se pedopsychiatrie zabývá. Dále musí obsáhnout znalosti v oboru psychiatrie zabývající se dospělým pacientem a spojitostmi s dětskou a adolescentní psychiatrií, zásady podávání psychofarmak, projevy vedlejších účinků medikace, souvislost somatického onemocnění s psychiatrickým. Musí kvalitně vyhodnocovat využívané vyšetřovací metody (Petr, Marková a kol., 2014, s. 274).

6.4 Komunikace s pacientem

Schopnost komunikace s pacientem rozvíjí vztah mezi dítětem a personálem. S pacientem mluvíme tak, abychom od něj získali důležité informace pro zhodnocení jeho aktuálního stavu. Nemocný by se měl během hovoru cítit bezpečně a zároveň by neměl ztratit naději v úspěšnou léčbu.

Je důležité dbát na tyto zásady:

- Zachováváme důstojnost pacienta (během hovoru se musí cítit bezpečně a bez obav může vyjádřit svůj názor).
- Sdělení jsou stručná a srozumitelná.
- Informace jsou konkrétní a jasné.
- Dbáme na shodnou verbální i neverbální komunikaci.
- Dítě přijímáme s respektem a úctou.
- Zajistíme vřelou atmosféru.
- Pacient k nám musí získat důvěru.
- Ochotně nasloucháme.
- Vždy jednáme s taktem.

Rozhovor přizpůsobujeme momentálnímu stavu pacienta. Vždy bereme v úvahu časovou délku hovoru, abychom dítě nepřetížili. Rozhovory lze dělit také dle jejich účinku. Diagnostický rozhovor vedeme za účelem získat od pacienta podstatné informace potřebné pro diagnostiku jeho onemocnění. Do takové konverzace spadají údaje o rodině, anamnéza, vztahové role a sociální působení. Předávání údajů, edukaci a další řadíme do rozhovoru informačního. Dítě informujeme o léčebném režimu a jeho onemocnění. Podpůrné rozhovory a další terapeutické úkony patří do rozhovorů terapeutických. Může jít o plánované rozhovory, ale také o akutní dle stavu dítěte (Herman, Praško a Seifertová, 2007, s. 19–22).

6.5 Ošetřovatelská péče o dítě se smíšenou poruchou chování a emocí

Sestra vždy jedná klidně a trpělivě. Vytváří na oddělení takové podmínky, aby se pacient cítil jako v domácím prostředí. Během léčby u dítěte vytváří vhodné návyky a odbourává nežádoucí, vždy se dítě snaží motivovat ke spolupráci, vybírá a zajišťuje dítěti vhodné zaměstnání vždy s ohledem na jeho vývojové stádium, neomezuje dítě v pohybu a nepřetěžuje jej, ale naopak mu pomáhá vytvářet cíle v léčbě a napomáhá k jejich splnění. Také zajišťuje kontakt s rodinou a její spolupráci při léčbě. Vždy by měla podrobně znát anamnestické informace o dítěti a všechny výsledky lékařských vyšetření během hospitalizace, vždy pacientovi nabízí vhodné řešení momentální problémů, jedná s ním s úctou a respektem a bere ohled na etnické kořeny dětského pacienta. Dokáže v dítěti vzbudit zájem, zvědavost a tím jej snadněji zapojit do režimu oddělení, využívá v praxi kompetentní psychoterapeutické postupy, dbá na to, aby dítě nebylo vyčleňováno ze sociálních skupin, spolupra-

cuje se školním zařízením v psychiatrické nemocnici, předává škole podstatné informace a provádí edukaci dítěte i rodiny (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 330–331, 335–336).

7 PŘÍKLAD DOBRÉ PRAXE

Jedno z využívaných pedopsychiatrických oddělení se nachází v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži. Bylo založeno v roce 1952. Prvotně byly přijímány děti s epilepsií, nyní jsou hospitalizovány i děti s diagnózou ADHD, automutilačními projevy, poruchami příjmu potravy, po suicidálních pokusech, s tikovými poruchami, poruchami chování, enuresis nocturna a jinými psychickými potížemi. Stanice disponuje 30 lůžky. Jsou přijímány děti od 3 do 16 let absolvující povinnou školní docházku. Jedná se o koedukované oddělení zaměřené na poskytování následné péče (Psychiatrická nemocnice v Kroměříži, 2012, [online]).



Obrázek 1: Dětské oddělení, vlastní zdroj

Příjem dítěte na oddělení je plánovaný. Obvodní lékař, pedopsychiatr nebo jiná instituce doporučí zasláním příslušných dokumentů dítě k hospitalizaci. Sociální pracovník dětského oddělení zašle zákonnému zástupci pozvánku k přijetí s termínem, doplňujícími informacemi potřebnými pro hospitalizaci a základními údaji o oddělení. Dále viz PŘÍLOHA P I a PŘÍLOHA P II.

Dítě si při přijetí ponechává svůj civilní oděv, prádlo, obuv i osobní věci, po ubytování vše přehledně uloží do přidělené skříňky.

Pro bezpečnost dětí, zajištění plnohodnotné léčby a možného rizika odcizení by na oddělení nemělo být následující:

- cenné předměty (drahé prsteny, náramky, přívěsky apod.),
- elektronika (mobilní telefony, tablety, notebooky, přehrávače aj.),

- nevhodné a nebezpečné předměty (nůžky, strouhátka, zapalovače apod.).

Zdravotnický nebo taktéž terapeutický tým je složen z primáře, lékaře, psychologa a sestery.

Všechny tyto osoby se podílí na léčebném procesu, který obsahuje:

1. režimovou léčbu,
2. individuální a skupinovou psychoterapii,
3. rodinnou terapii,
4. edukaci pacientů,
5. spolupráci rodiny,
6. další terapeutické aktivity.

7.1 Příjem pacienta sestrou na oddělení

Sestra se setkává s dítětem a jeho rodinou jako první. Vždy se představí celé rodině, dítěti obzvlášť. Poté v přítomnosti všech rodinných členů zajistí sepsání ošetrovatelské dokumentace. Nejprve ověří totožnost dítěte dle zdravotnického průkazu pojištěnce, následně zapíše celé jméno s rodným číslem a kódem zdravotní pojišťovny do dokumentace a zaznamená, zdali se jedná o hospitalizaci dobrovolnou nebo nedobrovolnou. Následně si zapíše tyto základní údaje o dítěti:

- adresu bydliště,
- telefonní kontakt na zákonného zástupce,
- název a adresu školního zařízení, které dítě navštěvuje,
- jméno a adresu obvodního lékaře,
- jméno a adresu pedopsychiatra nebo psychologa,
- telefonní kontakt na rodinu.

Poté sestra poučí rodinu o režimových opatřeních na oddělení:

- Zpraví je o možnosti uložení cenností, uschování vhodných věcí ve vyšetřovací jednotce oddělení, připomene pravidlo nevnášení nevhodných věcí na oddělení.
- Dítě si za své osobní věci a svršky zodpovídá samo, oddělení zajišťuje dostatečný komfort v tom, že každé dítě má svou skříň, postel s úložným prostorem a prostor s číslem pro odkládání znečištěného prádla.

- Od rodiny vybere kapesné pro zajištění zájmových aktivit v odpoledních hodinách školní výuky a v případě nutnosti na zajištění základních hygienických potřeb. Peníze má každý pacient uložen na své peněžní kartě u vrchní sestry oddělení.
- Informuje rodinu o návštěvách (středa a sobota od 13:00 do 17:00, neděle od 9:00 do 17:00) a systému dovolenek po proběhnutí třítydenní adaptační fáze na oddělení.
- Zajistí souhlas s kontrolou korespondence pro bezpečnost všech pacientů na oddělení a s účastí dítěte na všech aktivitách v rámci školy i oddělení.
- Informuje rodinu o možnosti informací o zdravotním stavu dítěte, a to pouze osobně každou středu od 13:00 do 16:00 u lékařů a psychologů oddělení.
- Umožňuje kontakt rodiny s dítětem denně od 18:30 přes pevnou linku a mobilní telefon.
- Seznamuje pacienta s režimem na oddělení, jeho právy a povinnostmi.

Poté zjišťuje aktuální bezinfekčnost dítěte a informuje se, zda v předchozích dnech nedošlo ke kontaktu s infekčním onemocněním. Vše stvrzuje zákonný zástupce podpisem na ošetřovatelské dokumentaci. Sestra také čitelně podepisuje sepsání dokumentace s rodinou. Dále je třeba zajistit:

- druh stravování, případnou dietu, chuť k jídlu a příjem tekutin,
- stav vyprazdňování moči a stolice,
- tělesnou soběstačnost,
- alergii na léky, potraviny a jiné,
- závislosti (kouření, drogy a alkohol),
- užívání kompenzačních pomůcek,
- užívanou aktuální medikaci,
- jiné zvláštnosti a potřeby dítěte.

Sestra také zajišťuje písemný souhlas zákonného zástupce stvrzený podpisem o navštěvování školního zařízení při Psychiatrické nemocnici v Kroměříži. K souhlasu se uvádí:

- název školy s adresou,
- aktuální ročník výuky,
- opakování některého ročníku,
- omezení v tělesné výchově,
- případná zdravotní omezení a onemocnění pacienta,

- souhlas s přístupem na sociální sítě (např. Facebook) ve škole,
- pedopsychiatrická diagnóza dítěte,
- režimové cave.

Dokument je stvrzen podpisem sestry a lékařem provádějícím vstupní psychiatrické vyšetření.

Poté sestra odesílá zákonného zástupce k sociální pracovníci oddělení pro zajištění souhlasu s poskytováním informací, souhlas s dobrovolnou hospitalizací a prohlášením. Tyto dokumenty jsou vždy stvrzeny podpisem zákonného zástupce a sepsáním podrobné rodinné a osobní anamnézy dítěte.



Obrázek 2: Jídlna, vlastní zdroj

Následně sestra zůstává s dítětem na oddělení sama. Nejprve provede kontrolu všech věcí, které si s sebou dítě na oddělení přineslo, nevhodné věci odebere a v případě nutnosti rodiči požádá o poskytnutí chybějícího materiálního zabezpečení. Poté provede u dítěte hygienický filtr nařízený Psychiatrickou nemocnicí v Kroměříži, který spočívá v kontrole vlasů, těla a zaznamená všechny patologie. Omyje tělo i vlasy a převlékne dítě do pohodlného oblečení. Následně změří fyziologické funkce, uvede pacienta na příslušný pokoj a založí mu pocitový deníček, do kterého si později dítě opíše hodnotící kategorie. Poté jej provede po oddělení a vysvětlí režim. Příjem dítěte zaznamená do všech požadovaných dokumentů, provede záznam o výše zmíněných úkonech do příslušné zdravotnické dokumentace a

stvrdí podpisem: „*Chlapec přiveden na příjem matkou. Převzat průkaz pojišťovny, kapesné 200 korun českých, léky (rodinou vysvětleno dávkování), osobní věci a školní pomůcky. Provedena kontrola věcí. Proveden hygienický filtr: vši nenalezeny, kůže bez patologických nálezů. Změřeny fyziologické funkce. Uložen na pokoj č. 6. Zaveden prožitkový deníček. Vysvětleny hodnotící kategorie a režim oddělení. Rozloučení klidné.*“



Obrázek 3: Pokoj dětských pacientů, vlastní zdroj

S dítětem sestra posléze sepíše ošetrovatelskou dokumentaci. Vytvoří screening pacienta v zadaných oblastech dle standardů nemocnice a první ošetrovatelský plán péče s diagnózou „adaptace porušená“. A naposledy seznámí dítě s režimem oddělení a sepíše zápis.

7.2 Režimová léčba

Do režimové léčby je zařazeno každé nově hospitalizované dítě. Režim oddělení je stanoven denním řádem oddělení, viz PŘÍLOHA P III a PŘÍLOHA P IV. Plnění tohoto režimu je hodnoceno pomocí bodovacího systému. Dosažení předem stanoveného počtu bodů je předpokladem pro udělování výhod a odměn pacientům.

Každé dítě nastupující do léčebného procesu je automaticky zařazeno do adaptačního režimu cave. Jedná se o období, ve kterém se seznamuje s režimem oddělení a bodovacím systémem. Režim cave má pro nastupující dítě do léčebného procesu ochranný charakter. O jeho zrušení může dítě požádat nejdříve po uplynutí 14 dnů. Musí splňovat zadané parametry, kterými jsou osvojení a přednesení hodnotících kategorií na primářské nebo lékařské vizitě. Po zrušení může dítě využít návštěvy rodiče k tomu, aby se mohlo podívat i mimo areál PN, ale nemůže se zúčastnit odpolední terapeutické aktivity s vychovatelem

školy. Děti se opakovaným závažným porušováním režimové léčby mohou opakovaně ocitnout v režimu cave, v tomto případě jde o preventivně - restriktivní opatření.

Povinnosti pacienta po přijetí na dětské oddělení:

1. Seznámit se s režimem léčby dětského oddělení a dodržovat ho, zejména respektovat a dodržovat pokyny terapeutického týmu.
2. Seznámit se se skupinovými pravidly, sepsat cíle své léčby v rámci skupinové psychoterapie.
3. Dodržovat časový plán dne.
4. Zavést si a psát pocitový deník.
5. Zaznamenat si kategorie do pocitového deníku a naučit se je.
6. Seznámit se s náplní právě přidělené služby, kontrolovat změny služeb.
7. Zhodnotit na poslední komunitní vizitě a psychoterapeutické skupině průběh své léčby a naplnění cílů (před propuštěním).

Bodovací systém – Postoj pacienta k léčbě je mimo jiné hodnocen přidělováním plusových a minusových bodů. Po přijetí na oddělení je každému pacientovi založen jeho bodovací list, kam je po celou dobu léčby zaznamenáno jeho hodnocení, které probíhá v kategoriích (viz PŘÍLOHA P V). Bodování je prováděno průběžně během celého dne. Závěr se provádí v rámci večerních hodnotících skupin. Bodovací týden na dětském oddělení začíná v sobotu ráno a končí v pátek večer. Všechny získané body všech dní jsou jednotlivým pacientům zapisovány do bodovacího listu. Na konci každého bodovacího týdne se sčítají všechny získané body jak za uplynulý bodovací týden, tak za celou dobu pobytu. Vše provádí terapeutický tým. V pátek provede noční služba souhrn včetně školního bodování, zaznamená jej a provede záznam do dekurzu jako hodnocení dítěte za týden.

Pro děti se školním zařazením je základní denní sazba 10 bodů, což je nazýváno jako Velké hodnocení. Body připočítáváme a odpočítáváme dle předem stanovených pravidel (viz fotodokumentace „Velké hodnocení“). Nejlepším na oddělení se dítě stává ziskem 75 bodů a výše, přičemž ztráta nesmí být větší než 5 bodů za týden. Při zisku 55 bodů včetně a níže se dítě stává nejhorším na oddělení. Nejhorší se automaticky může dítě stát v případě hrubého porušení režimu.

Malé hodnocení (viz PŘÍLOHA P VI) se vztahuje na děti se zvláštním režimem, děti předškolního věku a děti se závažným zdravotním postižením. Jsou hodnoceny známkami 1 až 3, během dne jsou jim přidělovány hvězdičky a mínusy dle stanovených pravidel. Jsou-li

děti během týdne hodnoceny jedničkami, mohou mít 3 mínusy za týden, ale i tak se stávají nejlepšími na oddělení. Nejhoršími se stanou při hodnocení známkou 3, pokud mají více než 3 mínusy za týden.

Navštěvuje-li dítě školní výuku, přihlíží terapeutický tým také k jejímu hodnocení. Nárok na dovolenku má dítě, které dosáhne nejlepšího hodnocení v rámci oddělení i školního zařízení.

Vítězové bodování získávají nárok na víkendovou dovolenku po poradě terapeutického týmu. O tu může dítě zažádat po třech týdnech pobytu a bývá zpravidla povolena jednou za dva týdny. Při dobrém hodnocení dítěte v domácím prostředí a zlepšení jeho zdravotního stavu je postupně plánována týdenní terapeutická propustka. Po jejím proběhnutí s kladným hodnocením v domácím i školním prostředí a za předpokladu, že se zdravotní stav pacienta jeví kompenzován, je dítě propuštěno z oddělení do jednoho týdne a předáno do péče ambulantního lékaře.

Porušení režimové léčby – Mínusový bod se uděluje, pokud dítě poruší režimová opatření v hodnotícím systému, o jehož udělení je pacient okamžitě informován zdravotnickým personálem. Mínusový bod se odečítá od základní bodové položky dne. Po udělení negativního hodnocení se terapeutický tým rozhodne o udělení sankce dle závažnosti porušení režimu:

- Zákaz sledování televize -1 bod
- Vypracování písemného úkolu -2 body
- Zákaz doplňkových aktivit -3 body
- Zákaz vycházek -4 body
- Zákaz víkendové dovolenky -4 až -5 bodů
- Navrácení režimu cave -5 bodů

Pokyny pro udělování výhod:

1. Víkendová terapeutická propustka – dítě si o dovolenku může zažádat po třech týdnech hospitalizace, podmínkou je zrušené cave a dostatečný počet bodů pro vyhodnocení jako nejlepší na oddělení i ve škole. Kromě toho nesmí během týdne ztratit 5 a více bodů.

2. Sobotní a nedělní návštěvy – dítě nastupující do léčebného procesu je navštěvováno na dětském oddělení v návštěvní místnosti. Po zrušení režimu cave má povolené návštěvy v areálu nemocnice i mimo něj.
3. Týdenní ověřovací terapeutická propustka – dítě musí před plánovaným propuštěním absolvovat týdenní ověřovací dovolenku. Ověřuje si tak nové léčebné postupy v domácím i školním prostředí.
4. Časově omezená propustka – uděluje ji vždy primář oddělení na základě předvolání nebo pozvánky.

Povinností pacienta při udělování výhod je:

- zažádat po splnění podmínek o terapeutickou propustku,
- vypracovat plán dovolenky a předložit lékaři oddělení (ten obsahuje jasný harmonogram dnů v domácím prostředí a samostatné strukturované vedení v oblasti školy, rodiny a volnočasových aktivit),
- zajistit od zákonného zástupce zprávu o průběhu propustky,
- dodržovat časové termíny odjezdu a návratu z propustky.

7.2.1 Ošetřovatelská péče sestry při poskytování režimové léčby

Na ošetřovatelském procesu se podílí všechny sestry pracující na Dětském psychiatrickém oddělení v Kroměříži. Během dne zajišťují dohled a ošetřovatelskou péči tři sloužící sestry, které se postupně střídají. Sestra vykonává péči dle harmonogramu dne oddělení. Ten se liší dle různých aktivit v rámci pracovních dní, víkendů a státních svátků. Sestra rovněž přizpůsobuje harmonogram zdravotnímu stavu dětí.



Obrázek 4: Pracovna sester s vyšetřovnou 1, vlastní zdroj



Obrázek 5: Pracovna sester s vyšetřovnou 2, vlastní zdroj

Během **pracovního dne** sestra zajišťuje buzení dětí. Následně dohlíží na hygienu a případně dopomůže dětem se zvláštním režimem. Děti si v rámci ranní hygieny čistí dutinu ústní, omyjí si obličej, učešou se a čistě obléknou. Povinností dítěte je před odchodem na snídani a do školy uklidit si svůj pokoj dle hodnotící kategorie I. Sestra provede v rámci úklidu kontrolu všech pokojů. Děti se následně usadí ke snídani ve společném sále. Sestra podá všem pacientům léky a provede ošetrovatelské výkony dle standardů Psychiatrické nemocnice v Kroměříži. Po snídani vede děti k úklidu po snídani, připraví pacienty k vizitě, u níž

je přítomna, asistuje lékaři při lékařských výkonech a nakonec odvede děti do školského zařízení a předává podstatné informace o dětech pracovníkům školy.

Během dopoledne zpracovává lékařskou vizitu, plní ordinace lékaře a zajišťuje doprovod dětí do individuálních terapií nebo vyšetření. Po návratu dětí ze školy sestra zajišťuje podání a kontrolu léků. Po podání a ukončení oběda dohlíží a dopomáhá dětem ve vykonávání služby, zajistí převlečení dětí do čistého oblečení a připomene povinnosti v rámci skupinových psychoterapií, relaxace a edukačních skupin. Během odpoledne dětem, které nemají speciální léčebné aktivity, zajistí svým dle vlastního výběru volnočasovou činnost a aktivně se jí s dětmi účastní. Může se jednat o pobyt na terapeutické zahradě, společenské a kolektivní hry a jiné.

Během odpoledne se skupiny dětí vyměňují a sestra zajišťuje plynulý chod oddělení a podává stravu a medikaci pacientům dle harmonogramu. V podvečer provede dohled nad hygienou dutiny ústní u všech pacientů, zajistí případnou pomoc, vykoná hodnotící skupiny a dohlédne na zápisy v pocitových denících dětí. Večer dětem zajistí zklidňující aktivity, provede u nich celkovou hygienickou péči a uloží je ke spánku. Pokud během dne dojde ke zhoršení stavu některého dítěte nebo nenadálé situaci, vždy vše zaznamená do dekurzu pacienta a informuje lékaře vykonávajícího službu. V případě potřeby opět plní ordinace lékaře.



Obrázek 6: Terapeutická herna č. 3, vlastní zdroj

O **víkendu a státních svátcích** je harmonogram dne velmi podobný programu běžného dne. Děti pouze nenavštěvují školní zařízení, a proto jsou na sestru kladeny větší nároky na jejich zaměstnání. Sestra zajišťuje během dopoledne pracovní terapii pro všechny děti, při aktivitě v rámci terapie uděluje pacientům pozitivní hodnocení. V rámci školní výuky mají děti na víkend zadány domácí úkoly a sestra musí u dětí zajistit jejich splnění. Dítě je pozitivně motivováno k dodržování léčebného procesu a harmonogramu dne. Vyskytne-li se u dítěte potřeba samostudia, personál vždy vychází vstříc a zajistí adekvátní prostředí, informace a pomůcky k učení. V rámci víkendového chodu oddělení a vhodného odpočinku pacientů sestra ukládá děti k odpolednímu klidu, před ním sestra s dětmi vykonává relaxaci.



Obrázek 7: Terapeutická herna č. 1, vlastní zdroj

7.3 Terapeutické aktivity na pedopsychiatrickém oddělení Psychiatrické nemocnice v Kroměříži

Na terapeutických aktivitách pro děti se podílí celý terapeutický tým. O aktivitách jsou vytvářeny záznamy do dekurzu dítěte, který obsahuje informace o chování dítěte a jeho zapojení do aktivit. Díky tomu získáváme obraz o tom, jak se dítě během léčby a při těchto aktivitách chová a zda nevzniká projev onemocnění přímo v konkrétních situacích.

Individuální a skupinová psychoterapie – Individuální psychoterapie je zaměřena na jednotlivce. Skupinová psychoterapie využívá k terapeutickým účelům dynamiky vztahů vznikajících mezi členy plánovitě vytvořené terapeutické skupiny. Tu zajišťují psychologové oddělení.

Rodinná terapie – Zabývá se rodinnými problémy, snaží se o jejich překonání a dosažení harmonického neporuchového fungování celé rodiny. Pracuje se v terapeutických sezeních s celou rodinou. Ke každému pacientovi se přistupuje tak, že je na něj pohlíženo jako na dílčí součást rodinného systému a v jeho problémech a poruchách se hledají souvislosti v současném fungování rodiny. Tuto terapii vykonávají lékaři a psychologové oddělení.

Edukační skupina – Edukační skupina je zaměřena zejména na problematiku poruch příjmu potravy, sebepoškozování a zdravý životní styl. Skupinu vždy vede lékař. Je rozdělena dle pacientů s konkrétní problematikou.

Činnostní terapie – Zaměřuje se na podporu zdraví a celkové pohody jedince prostřednictvím zaměstnání. Primárním cílem je umožnit dětem účast na každodenních aktivitách, pomáhat v rozvoji jejich schopností, které uplatňují při zvládnání sebeobsluhy, pracovních činností a volného času, pomáhají pacientovi naplnit jeho sociální role a plně se začlenit do společnosti. Posiluje pacienta udržet, obnovit či získat kompetence potřebné pro plánování a realizaci jeho každodenních činností v interakci s prostředím. Na činnostní terapii se podílí střední zdravotnický personál.



Obrázek 8: Terapeutická zahrada, vlastní zdroj



Obrázek 9: Terapeutická zahrada, vlastní zdroj



Obrázek 10: Terapeutická zahrada, vlastní zdroj

Relaxace – Relaxační a imaginační psychoterapie využívá svalovou relaxaci, koncentraci a řízené představy, a to jak samostatně, tak ve vzájemné kombinaci. Používáme nejrozšířenější tréninkovou metodu založenou na relaxaci, a to autogenní trénink. Využíváme i tzv. progresivní relaxaci, která je zaměřena na postupné celkové svalové uvolnění. Během relaxace nabízíme metody řízené imaginace poskytující určité obrazy, motivy nebo témata, u nichž má pacient ve vnitřním pohroužení určitou dobu setrvat. Na poskytování relaxace se podílí celý terapeutický tým během každého dne léčebného procesu.

Fyzioterapie – Je část komprehensivní rehabilitace, která se zabývá diagnostikou, léčbou a prevencí poruch pohybového systému organismu. Vykonává ji vždy školený fyzioterapeut Psychiatrické nemocnice v Kroměříži.

Canisterapie – Jedná se o léčebný kontakt psa a člověka. Klade důraz především na řešení problémů psychologických, citových a sociálně integračních, přičemž působení na fyzické zdraví je druhotné a zahrnuje spíše složku motivační. Pes je výborným společníkem a pro dítě také výchovným prostředkem. Canisterapie podporuje rozvoj jemné a hrubé motoriky, verbální i neverbální komunikaci, orientaci v prostoru, zvyšuje motivaci při podílení se na vlastním léčebném procesu, zlepšuje interakci dítěte s ostatními dětmi, zdravotnickým týmem anebo rodiči. Dále přispívá k nácviku koncentrace a zvýšené pozornosti, rozvoji sociálního citění, zlepšení kvality života a v některých případech i snížení agresivity dítěte. Na dětském oddělení přispívá canisterapií psycholožka s canisterapeutickým zlatým retrívrem Amálkou.

7.4 Základní škola a družina při Psychiatrické nemocnici v Kroměříži

Škola je určena pro děti hospitalizované ve zdravotnickém zařízení Psychiatrické nemocnice v Kroměříži. Žáci jsou po dobu pobytu v našem zařízení vyučováni všem předmětům, ale u některých jsou časově omezené dotace. Vyučování probíhá ve třídách malotřídního typu - v každé je více ročníků, v některých i integrování žáci různých typů škol. Škola je speciální, a proto k výuce a vzdělávání využívá speciálně pedagogické a terapeutické metody. Tyto přístupy jsou přizpůsobeny potřebám hospitalizovaných dětí. Rozsah výuky a zatížení dítěte konzultují pedagogové s terapeutickým týmem podle jeho aktuálního zdravotního stavu. Součástí vzdělávání naší školy je i logopedická péče zajišťovaná formou individuální nebo skupinové terapie speciální pedagožkou s logopedickým vzděláním. Děti mají také možnost navštěvovat v rámci výuky hodiny výpočetní techniky. U mladších žáků a žáků se speciálním vzděláváním je kladen důraz na zvládnutí základních uživatelských dovedností s počítačem, na používání výukových programů, schopnost pracovat s médii a samostatné vyhledávání informací. Dále jsou dětem vštěpována pravidla bezpečného používání internetu a sociálních sítí, a to jak v rámci školní výuky, tak i odpoledních skupin s vychovatelem.

Ve školním zařízení také probíhá hodnocení v kategoriích, školní zařízení má však svůj vlastní hodnotící systém. Probíhá v každé vyučovací hodně, dni, týdnu i měsíci školního vyučování. Základní denní sazba čítá 10 bodů. K těmto bodům přičítají a odečítají pedagogové školy body dle stanovených pravidel. Týdenní hodnocení je ukončováno ve středu a předáno zdravotnickému personálu, který při pátečním hodnocení zapisuje souhrn a následně provede záznam do dekurzu pacienta.

Děti s nejhorším hodnocením v rámci školní výuky přijímají sankce typu vyřazení z výběrových odpoledních aktivit, zákaz dovolenek nebo zákaz navštěvování PC. Vše ovšem hlavně závisí na míře porušení pravidel. Škola všechny zásadní prohřešky konzultuje se zdravotnickým personálem ještě daný den.

Školské zařízení sloužící k výchově a vzdělávání žáků školy kvalifikovaně navazuje na činnost školy a její výchovné působení. Úkolem školní družiny je realizace výchovně vzdělávací činnosti mimo vyučování formou doplňkových, rekreačních a zájmových činností, dle individuálních možností také přípravy žáků na vyučování. Svým působením plynule navazuje na činnost školy. Činnost školní družiny je zpracována v pravidelných měsíčních plánech. Speciální úkoly školní družiny na pracovišti při psychiatrické nemocnici plní zejména preventivní funkci:

- Učí děti správnému trávení volného času, což je součástí prevence sociálně patologických jevů.
- Zvyšuje účinnost léčby etopedickým působením.
- Podílí se na rozvoji nadání dětí, umožňuje jim společenskou aktivitu, učí je správnému odpočinku a hospodaření s časem.
- Rozvíjí estetické cítění, výtvarné, hudební, pohybové a dramatické schopnosti.

Pracovníci školy i terapeutický tým spolu úzce spolupracují. Zdravotnický personál se podílí na některých aktivitách školy (hudební činnosti, aktivitách v rámci nemocnice) svou vlastní účastí a přípravou programu.

Události vhodné zvláštního zřetele předávají pracovníci školy zdravotnickému personálu a společně přijímají opatření ve vztahu k danému dítěti. Závažné události zapisuje zdravotnický personál do zdravotnické dokumentace dítěte. V případě neočekávané situace zasahuje u dítěte v rámci školy vždy zdravotnický personál a dítě odvádí zpět na oddělení pedopsychiatrie, kde je konzultován jeho aktuální stav s terapeutickým týmem.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

8 METODIKA

K získávání informací byla použita kvalitativní metoda nestandardizovaného přímého pozorování. Pro ně bylo zvoleno Dětské oddělení Psychiatrické nemocnice v Kroměříži, které souhlasilo s probíháním výzkumu (viz PŘÍLOHA P VII). Se souhlasem rodičů byly pozorovány děti s diagnózou smíšených poruch chování a emocí.

8.1 Formulace problému

Smíšená porucha chování a emocí spadá pouze do pedopsychiatrických onemocnění a v dospělosti se nevyskytuje. Každé dítě prožívá své onemocnění individuálně. Psychosociální aspekty a jednání jsou vždy osobité. Dítě patří do různorodých sociálních skupin a právě souznění v nich je pro dítě s onemocněním obtížné.

8.2 Cíle průzkumu

Hlavním cílem průzkumu bylo zmapovat psychosociální aspekty péče o děti se smíšenými poruchami chování a emocí.

8.2.1 Dílčí cíl

Zjistit psychosociální aspekty péče u dětí se smíšenou poruchou chování a emocí během hospitalizace na dětském psychiatrickém oddělení při dodržování režimu a léčby.

8.3 Charakteristika souboru

Probíhal kvalitativní výzkum založený na dlouhodobém přímém nestandardizovaném pozorování. Se souhlasem rodičů byly pozorovány čtyři děti. Tito pacienti byli hospitalizováni se stejnou diagnózou, jíž byla smíšená porucha chování a emocí 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 sestry pracující na příslušném dětském oddělení, pro porovnání využity i záznamy ze zdravotnické dokumentace.

8.4 Metoda sběru dat

Byl vytvořen záznamový arch, viz PŘÍLOHA P VIII až PŘÍLOHA P X. Do něj byly zaznamenávány informace získané také ze zdravotnické dokumentace dítěte. Ta obsahuje základní psychiatrickou diagnózu, základní psychiatrické vyšetření, anamnézu a denní záznamy v dekurzu o aktuálním stavu dítěte. Dále byla prováděna metoda sběru dat nestandardizovaným, střednědobým a individuálním pozorováním.

8.5 Organizace průzkumu

Září 2016: Příprava projektu, studium literatury, příprava metodiky

Říjen 2016: Příprava projektu a metodiky

Listopad 2016: Příprava teoretické části

Prosinec 2016: Příprava teoretické části

Leden 2017: Příprava záznamového archu pro pozorování

Únor 2017: Pozorování pacientů

Březen 2017: Pozorování a analýza získaných dat

Duben 2017: Hodnocení projektu, formulace závěrů a hodnocení dosažených cílů

Květen 2017: Prezentace a obhajoba výsledků šetření

8.6 Zpracování dat

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

8.7 Výsledky

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

8.7.1 Kazuistika č. 1

Čtrnáctiletá dívka přivezena na příjem ZZS. Během cesty premedikována tabletou Tisercinu per orálně. Kvůli opakovanému odporu dívky se nepodařil dřívější plánovaný nástup do Psychiatrické léčebny plánovaný pedopsychiatrem. V pedopsychiatrické ambulanci poprvé vyšetřena 6/2015, jako hlavní zdroj obtíží byla určena školní fobie.

8.7.1.1 Anamnéza

Dívka je žačkou sedmé třídy základní školy, školu navštěvovala pouze v září a říjnu. Od poloviny října se u ní zvýšila nemocnost, odmítala školní docházku a kontakt s psychologem nebo psychiatrem. Rodina, zejména matka, s ambulancí spolupracuje. Během doby, co dívka nedocházela do školy, se zhoršila její ochota k přípravě do školy, matka musela nosit zadání ze školy. Doma je dívka doma pasivní, polehává.

Rodina je sice kompletní a stabilní, ale autoritu žákyně spatřuje pouze v matce. Výchovně se rodiče rozcházejí - otec je materiálně založen, více povoluje, zatímco matka vychovává láskou, je autoritativní, důslednější a přísnější ve výchově. Slečna má dvě sestry, mladší a starší. U nich nebyly zaznamenány žádné výchovné nebo psychiatrické potíže. Rodina se nestýká s většinou prarodičů dívky. V rodinné anamnéze byla nalezena psychiatrická zátěž ze strany matky (suicidium dokonané otravou plynem).

Dle osobní anamnézy bylo těhotenství, porod a poporodní stav dívky fyziologický, psychomotorický vývoj v normě. Dívce byly opakovaně operovány ušní bubínky a odstraněny nosní a krční mandle. Adaptace v mateřské školce probíhala obtížně, do kolektivu se nezapojovala a jevila se uzavřená. Přejít do školního prostředí proběhl bez potíží, do 6. třídy bez školních nebo výchovných problémů. Následně se objevily první potíže s docházkou a plněním školních povinností. Dostavila se velká chuť k jídlu a z toho plynoucí obezita. Žákyně byla několikrát léčena na ozdravném pobytu na redukci nadváhy, spánek bez patologií.

Dle matky je dívka přátelská, ale s nízkým sebevědomím, na druhou stranu vztahovačná, lenivá a výbušná, přátele v domácím prostředí nemá.

8.7.1.2 Průběh hospitalizace

„Přivezena na příjem rodiči v doprovodu ZZS. Provedena kontrola osobních a školních pomůcek - dostatečné. Dívka se jeví klidná a málomluvná. Proveden hygienický filtr:

o ekzému na obou předloktích OL informováno, dále bez patologických projevů. Vši nalezeny nebyly.“ Fyziologické funkce se jeví v normě, edukace při přijetí byla provedena. „Rodiče i dívka byli seznámeni s oddělením, léčebným režimem, domácím řádem a právy pacienta. Vysvětlen hodnotící systém, návštěvy a telefonický kontakt s dítětem. Rodiče byli poučeni o možnosti osobních pohovorů s lékařem.“

Dívka užívá pravidelně pouze endokrinologickou medikaci. Dle lékaře naordinována postupná adaptace na školní zařazení, dieta v podobě stravy větších dětí a kategorie 4. Dívce bylo přiřazeno režimové cave. Ordinovány byly také vstupní odběry krve obsahující odběr krevního obrazu, sedimentace a biochemického vyšetření doplněné o endokrinologické vyšetření hladiny hormonů v krvi pro již léčenou hypertyreózu, byl také odebrán vzorek středního proudu moči na sediment. Všechny tyto odběry byly provedeny druhý den ráno po přijetí, dívka s personálem spolupracovala. Lékař také stanovil léčbu zařazením do kolektivu, aktivizací a povzbuzením k pohybu. Následně byla dívka zařazena do skupinové psychoterapie a relaxace. Druhý den, po konzultaci s nutriční terapeutkou (z důvodu již zmíněné obezity), proběhla změny diety na redukční, již dívka přijala s radostí, protože by ráda zhubla. Byla zařazena do rehabilitačního cvičení s fyzioterapeutem 1x týdně a proběhlo naordinování měření tělesné váhy, vždy 1x týdně pro kontrolu redukce.

Adaptace dívky na oddělení probíhala postupně. Vždy byla milá k personálu i dětem, autoritu respektovala, neobjevily se potíže s docházkou ani přítomností ve školní výuce. *„Dívka je bez zvláštností, spolupracuje a zapojuje se do rukodělných činností“.* Po týdnu pobytu na oddělení se dívka stala plačtivou, stýskalo se jí po domově. Proto byl proveden podpůrný pohovor se zdravotnickým pracovníkem, po němž došlo ke zlepšení stavu.

Výsledky běžných vstupních odběrů dopadly v normě. Za měsíc od data přijetí byla kvůli riziku hypertyreózy a nepravidelnému užívání léků v domácím prostředí provedena kontrola thyreotropního hormonu a tyroxinu. Následně byla dle hodnot upravena medikace Letroxem. Během pobytu jí byla nasazena medikace na akutní bolest nohy bez organického podkladu, po sedmidenním ošetření a vymizení bolesti medikace vysazena, nasazení psychiatrické medikace nebylo nutné.

Po týdnu hospitalizace byl zdravotnický personál poučen o tom, které pokrmy pacientka ráda přijímá. Ze záznamů vyplynulo, že dívka má ráda zeleninu, odmítá pouze zelný list a salát. Během hospitalizace bylo ze strany rodiny zajištěno obohacení stravy o ovesnou kaši, kterou dívka s oblibou snídávala. Jevila se spokojená a vděčná za změnu ve stravování.

Všeobecné sestry sledovaly příjem stravy a objektivizovaly případné odmítání jídla, odchylka ve stravování zaznamenána nebyla, během odpoledních svačin nebylo pozorováno přijímání nevhodných potravin vzhledem k probíhající redukční dietě.

Dívka byla zařazena do skupinového ranního cvičení s psychologem oddělení, ovšem následně se objevily lehké formy vyhýbavého jednání v rozcvičkách. Díky neústupnému jednání všech pracovníků oddělení bylo toto chování potlačeno a dívka se bez obtíží ranních rozcviček účastnila.

Lékařem jí bylo doporučeno samostudium v odpoledních hodinách. Ošetřující personál dívce vždy umožňoval studium, avšak ta jej příliš nevyhledávala. Raději se věnovala svým oblíbeným činnostem, jako bylo háčkování, malování a další výtvarné činnosti. Ráda se také zapojovala na oddělení do pohybových aktivit jako vybíjená a procházky. Do nich nikdy nemusela být nucena, pohybově je velmi nadaná.

Bylo prováděno pravidelné kontrolování vlasové části pro riziko vši, převlékání lůžkovin probíhalo 1x za 14 dní. Měření krevního tlaku u dívky fyziologické. Dohled nad hygienou u dívky nebyl nutný, návyky dodržovala.

Během hospitalizace byly prováděny pravidelně záznamy středního ošetřovatelského personálu o stavu dívky. Po čtrnácti dnech pobytu stále nevýrazná, musela být do aktivit vtažena personálem. Následně již usměvavá, aktivní a flexibilní, zapojená do všech činností na oddělení. Ubylo pasivního chování, v hovoru se jevila otevřenější a upřímnější. Neprojevila se opozice nebo vzdorovité chování. V průběhu hospitalizace mírný propad v aktivitě, dívka pasivní, sníženo zapojení do režimu oddělení. Tento stav trval jen krátce, poté se již do služeb a režimu oddělení aktivně zapojila. Po měsíci hospitalizace byla dívka na víkendové terapeutické propustce. Tato dle matky proběhla v pořádku, zvláštnosti nepozorovány. Po víkendové dovolence se u dívky objevily lehké psychosomatické stesky, lékař poučil zdravotnický personál o tom, aby jim nebyla přikládána pozornost kvůli vyhýbavému jednání. Poté již tyto stesky nebyly pozorovány. Během celého pobytu dívka v rámci oddělení neprojevovala odpor proti školní docházce či nezájem o ni. Do školy se těšila, ve škole aktivně spolupracovala. Opět udělala velký posun v aktivitě, pořádek na pokoji zlepšen. K dětem se chovala nekonfliktně, oblíbila si spolupacientku s těžkým psychiatrickým onemocněním, pro kterou vymyslela malování pohádkových poníků. V průběhu hospitalizace vyhodnocena každý týden jako nejlepší v chování vzhledem k hodnotícímu systému a režimu oddělení. Po týdenní dovolence se dívka vrátila díky pozi-

tivnímu hodnocení spokojená a usměvavá. Terapeutickou propustku absolvovala v novém školním zařízení. Třídní učitelka uvedla nejistotu dívky při příchodu do školy. Postupně zařazena do kolektivu i školního harmonogramu, adaptace v novém prostředí proběhla bez potíží. V hodinách aktivní a spolupracující, povinnosti související s výukou si plnila v domácím prostředí samostatně. Po návratu na oddělení po týdenní ověřovací dovolence spolupracující. *„Nenechá se strhnout ostatními dívkami k patologickému chování, za což byla oceněna. Služby plní aktivně a samostatně, režim oddělení dodržuje, konflikty zvládá s nadhledem.“*

Pro zlepšení stavu dívky a pozitivní hodnocení terapeutických propustek následně stanovená dimise a pokračování léčby v ambulantním prostředí. Během pobytu dívka zhubla o 5 kg a osvojila si základy správného stravování, který jí svědčí a s radostí je dodržuje.

Zdravotnickým personálem bylo provedeno poučení rodičů před propuštěním: *„Rodiče byli edukováni o návštěvě ambulantních lékařů do 5 dní po propuštění, informováni o zaslání propouštěcí zprávy ošetřujícím lékařům a také jim bylo vysvětleno dávkování medikamentů.“*

8.7.1.3 Poskytnutá ošetrovatelská péče

Na pedopsychiatrickém oddělení byla poskytnuta komplexní ošetrovatelská péče. Za pomoci sestry proběhla začleňovací třídní adaptační fáze se školním zařazením a postupná orientace v režimu oddělení. Zdravotnický tým se na léčebném procesu podílel zejména v rámci režimové léčby. Sestry zajišťovaly dohled a hodnocení dívky během dne. Kvůli nízkému sebevědomí a trvající obezitě byla dívce poskytnuta ošetrovatelská péče v oblasti výživy, zavedena redukční dieta a byly sledovány její stravovací návyky. V průběhu hospitalizace byl dle pokynů lékaře znovu sledován příjem stravy, který byl vyhodnocen jako fyziologický. Všeobecné sestry se ve spolupráci s rodinou aktivně podílely na snížení dívčiny hmotnosti. Dívka nepřetržitě dosahovala na pozitivní hodnocení a na základě zlepšení stavu uděloval ošetřující tým odměny v podobě terapeutických propustek, taktéž znamenával všechny odchylky v chování dívky během hospitalizace i dovolenek. Během pobytu byla dívka aktivizována vhodnými terapeutickými postupy v podobě výtvarných činností, které ráda absolvovala, a probíhalo zapojování do pohybových aktivit vedených zdravotními pracovníky. Léčebnými postupy došlo k posílení sebevědomí a podařilo se dosáhnout optimálního fungování v běžném životě prokazatelným při terapeutických propustkách.

Během léčebného procesu byly zdravotnickým personálem určeny ošetrovatelské diagnózy dle standardů Psychiatrické nemocnice v Kroměříži a následně v kooperaci zdravotnických pracovníků zavedeny intervence sloužící k dosažení cíle:

- ADAPTACE PORUŠENÁ
- CHOVÁNÍ DÍTĚTE NARUŠENÉ
- OCHOTA ZLEPŠIT SEBEPOJETÍ
- CHOVÁNÍ DÍTĚTE, MOŽNÉ ZLEPŠENÍ

8.7.1.4 Závěr

Ze záznamu personálu vyplývá, že se dívka adaptuje postupně a dokáže se přizpůsobit novému prostředí. Ze začátku hospitalizace klidná, ale nevýrazná, s pomalejším tempem, do aktivit bylo nutné ji motivovat. Nekonfliktní vůči kolektivu nebo autoritám. Postupně se režimu oddělení podřídila, nastala změna ve spolupráci, dívka se stala aktivnější, stabilnější s možností seberealizace. V komunikaci se jevila sdílná, otevřená a upřímná. Během pobytu nebyla zjištěna porucha vztahující se ke školnímu prostředí nebo příbuzné problematice. Ve volném čase se raději věnovala svým zálibám než samostudiu, které jí během hospitalizace bylo umožňováno. Během redukční diety došlo ke snížení váhy a dívka si osvojila vhodné stravovací návyky. S úbytkem váhy došlo ke zvýšení sebevědomí, rodina byla poučena o vhodném stravovacím režimu, instruována o dietě a jejím dodržování při propustce. Psychosomatické symptomy se projevíly v případě vyhýbavého jednání dívky při neoblíbených aktivitách. Pokud těmto příznakům nebyla přikládána pozornost, vymizely a spolupráce s personálem se zlepšila. Při léčebných a režimových opatřeních dívka fungovala pozitivně, nastavené hranice a normy stabilizovaly její poruchu. Vždy dosahovala nadměru pozitivního hodnocení a aktivně využívala odměnových výhod. Při terapeutických propustkách aplikovala získané dovednosti do praxe, rodina a nový školní institut hodnotily dívku kladně. Na dětském oddělení se k ostatním pacientům chovala přátelsky a dokázala jim vhodně pomoci, přičemž nepřejímala jejich starosti. Za velké sebezlepšování byla oceněna a motivována ke vhodnému zlepšování vlastním úsilím.

8.7.2 Kazuistika č. 2

Pacient přijat na doporučení psychiatra pro celkovou nevyzrálou, emoční labilitu, poruchu aktivity, zhoršení prospěchu a problematické chování ve školním prostředí. Rodina pouka-

zuje na poruchy chování v péči otce, matka popírá patologické chování v domácím prostředí, ale následně sama uvádí výchovné potíže s chlapcem.

8.7.2.1 *Anamnéza*

Chlapec pochází z rozvedené rodiny, ve které je otec dlouhodobě nezaměstnán a má násilnické a majetnické sklony vůči matce. Během soužití rodičů panují nefunkční, až patologické vztahy, na žádost matky rozvedeni. Rodina se poprvé setkává kvůli psychiatrickému onemocnění dítěte. Psychiatricky nebyl nikdo v rodině léčen, ale babička dítěte byla závislá na alkoholu a dědeček dokonal suicidium v dětském věku otce dítěte.

Pacient nepovažuje za autoritu žádného rodiče, své požadavky se snaží vynutit si nevhodnými způsoby. Při neústupnosti autority údajně dojde ke zklidnění.

Těhotenství proběhlo bez komplikací, poporodní stav běžný. Dítě se v oblasti psychomotoriky vyvíjeno fyziologicky, prodělalo běžné dětské nemoci. V pěti letech bylo sraženo autem, došlo k poranění nohy, ale obešlo se bez trvalých následků. Spánek i chuť k jídlu má chlapec normální.

Docházku do mateřské školy zvládal nadmíru dobře. Účastnil se logopedické péče probíhající ve školce, což upravilo jeho řeč. Během školní docházky několikrát vystřídal kmenovou školu, vždy podle svěření chlapce do péče konkrétnímu rodiči. Ve výchově otce došlo ke zhoršení v prospěchu. Nyní, v péči matky, se opět vyskytly výchovné potíže ve školním zařízení. Ve výuce je chlapec drzý a nesoustředěný, narušuje chod třídy a z kolektivu bývá vyčleňován. Aktuálně má sníženou známku z chování a kázeňský postih. Žádných volnočasových aktivit se neúčastní.

Chlapec se chová v domácím prostředí u matky klidně. Vyhledává dětský kolektiv, má kamarády a hezký vztah s bratrem. Po návratu z péče otce změna v chování.

8.7.2.2 *Průběh hospitalizace*

Při přijetí klidný. Úkony spojené s příjmem dítěte na oddělení proběhly dle standardů, rodina edukována, lékařem ordinován po tři dny záznam o adaptaci ve školním zařízení, kde byl chlapec zařazen do 6. třídy. „*Zapojen do kolektivu, autoritu respektuje.*“ Stanovena dieta větších dětí s omezením přísadků jídla pro udržení stabilní váhy dítěte. Druhý den po přijetí provedeny vstupní krevní odběry doplněné o gamaglutamyltransferázu, odběr moči na přítomnost drog v těle s negativním výsledkem, zavedeno režimové cave. Byl nut-

ný dohled nad nošením brýlí na televizi, počítač a tabuli. Pravidelně zapisoval do prožitkového deníčku, zapojen do skupinové psychoterapie a relaxace, zařazen do všech aktivit na oddělení. Po adaptační fázi, která proběhla bez problémů, byly objektivizovány první poruchy chování. „*Chlapec na pohled tichý a nenápadný. Pokud není pod dozorem, rád provokuje ostatní děti. Nebojí se fyzické agrese, ale výzvě vyhoví a uposlechně, následně dojde ke zklidnění. Povinnosti si plní částečně.*“ Na základě záznamů o chování chlapce vysazena terapie antidepresivy a nasazena atypická antipsychotika. Dávka antipsychotik postupně titrována. Následující den došlo k přímé agresi ke spolupacientce, sestrou ihned vyhodnocen jako nejhorší na oddělení. Objevily se i první přestupky v režimu oddělení. Ke svému chování byl nekritický, neschopný sebereflexe nebo uvědomění. Postupně se stával divočejším, musel být častěji usměrňován a stupňovala se brachiální agrese vůči ostatním dětem. Vždy ale slovně usmířitelný. Došlo k dalšímu hrubému porušení režimu (finance a sladkosti na pokoji, zakázaný mobilní telefon). Po porušení režimu mu byly vždy vysvětleny přestupky a navrženo náhradní řešení, situace byla zhodnocena v bodovém systému a byl naordinován důsledný přístup s pevně stanovenými hranicemi. Ze začátku neměly medikace a důsledný přístup citelně žádný efekt a ani při dalším navýšení léků nebylo pozorováno zklidnění. „*Přetrvává sklon k podvodům a lhaní. Pokud je napomenut, přiznává se až na opakovanou výzvu. Pozorovány drobné provokace, domluvou ovlivnitelný, autoritu respektuje.*“ Až po úpravě léčby a ustálení vhodné hladiny léků bylo zaznamenáno mírné zklidnění v chování dítěte. Personál ověřoval chování dítěte po návštěvách otce. Nebylo pozorováno zhoršení. Chlapec vyžadoval dohled nad nasazením brýlí, které jinak nenosí. Na žádost personálu bylo lékařem objektivizováno lhaní během pobytu, ze kterého vyplývají časté tendence a sklony k podvodům a lhaní. Chlapec byl nekritický ke svému chování, základní porci stravy dodržoval, zdravotnickým personálem byl zapojen do služeb i činností na oddělení, šikovný při sportovních aktivitách, ale při zaměstnání byl rád veden sestrou. Po měsíci užívání psychiatrické medikace a terapie komplexním režimovým vedením s důsledným přístupem a pevně stanovenými hranicemi došlo k postupnému ústupu patologického chování. Byl rád středem pozornosti dívek. Během léčby chlapec prodělal somatické onemocnění, které nemělo dopad na jeho psychický stav. Postupně se stal stabilnějším v hodnotícím systému, díky čemuž proběhly dovolenky v domácím prostředí, které rodiče vždy hodnotili kladně. Kmenové školní zařízení poukázalo na negativní spolupráci s rodiči, ale pocíťovalo zlepšení chlapce v hodinách. „*Na oddělení klidný, pobyt hodnotí kladně, je méně provokativní a manipulativní k dětem i*

personálu, po napomenutí zvládá uznat svou chybu, za posun v chování oceněn.“
V kompenzovaném stavu předán do péče psychiatrické ambulanci. Rodina edukována při propuštění o dalším postupu.

8.7.2.3 Poskytnutá ošetrovatelská péče

Personálem byla poskytnuta režimová léčba související s bodovým systémem, do kterého byla zaznamenána opakovaná porušování režimu chlapcem, o všem informován lékař. Následně byla provedena opatření související s agresivitou. Proběhla extrakce medikace a nasazena antipsychotika per orálně, personál byl poučen o záznamu účinku terapie. Po dobu deseti dnů došlo k objektivizování lhavého a podvodného jednání ze strany dítěte. Záznamy byly vyhodnoceny a postupně titrována terapie s efektivním účinkem na chlapce. Terapie byla doplněna o důsledný přístup a pevné stanovení hranic, které dítěti svědčí a napomáhají ke kompenzaci jeho stavu. V anamnéze bylo uváděno nevhodné chování po kontaktu s otcem, které nebylo při hospitalizaci potvrzeno. Chlapci nebyl dán prostor pro manipulace, namísto toho byla vytvořena vhodná náplň volného času.

Během léčebného procesu byly zdravotnickým personálem určeny ošetrovatelské diagnózy dle standardů Psychiatrické nemocnice v Kroměříži a následně v kooperaci zdravotnických pracovníků zavedeny intervence sloužící k dosažení cíle:

- ADAPTACE PORUŠENÁ
- CHOVÁNÍ DÍTĚTE NARUŠENÉ
- OCHOTA ZLEPŠIT SEBEPOJETÍ
- CHOVÁNÍ DÍTĚTE, MOŽNÉ ZLEPŠENÍ

8.7.2.4 Závěr

Na základě objektivního pozorování při hospitalizaci byla změněna medikace potlačující patologické chování chlapce. Postupným navyšování medikace vymizelo lhaní a podvodné jednání. Rodiče mají na chování chlapce velký podíl, postupným zlepšením vztahu mezi nimi se situace zlepšuje i v domácím prostředí. Špatnou spolupráci s rodinou uvádí i školní zařízení, které dítě navštěvuje. Školní problematika nebyla na přidruženém zařízení Psychiatrické nemocnice pozorována. Celkové zlepšení stavu přispělo ke kompenzaci v hodinách v kmenové škole, která uváděla nevhodné chování před nástupem. Terapeutickými

postupy došlo k ovlivnění poruch v kolektivním působení. Chlapec zvládá konflikty vhodnými vlastními postupy. Po komplexním zlepšení stavu chlapce došlo k ukončení léčby standardním postupem.

8.7.3 Kazuistika č. 3

Důvody hospitalizace pedopsychiatra a matky se lišily. Podle lékaře jde o pubescentního, výrazně psychicky infantilního a sociálně nezralého jedince s podprůměrnými intelektovými schopnostmi, automutilace využívá jako řešení tenze, často jedná opozičně až vzdorovitě. Matka má s chlapcem výchovné potíže po jeho navázání vztahu s dívkou. Pro chlapcovu nezralost se snaží rozvoji vztahu zabránit, ale bez úspěchu, a chlapec jedná podvodně, lže a následně dochází k rozvoji poruchového chování v domácím prostředí.

8.7.3.1 Anamnéza

Chlapec vyrůstá od narození pouze s matkou a prarodiči. Otec je k matce agresivní, nedokáže rodinu zabezpečit, je nezaměstnaný. Do rodiny výchovně zasahují rodiče matky, ale nerespektují matku, která pro syna není autoritou. Matka je velmi citlivá a přiznává emoční labilitu. Sestra matky ambulantně léčena pro deprese a úzkosti.

Těhotenství proběhlo bez komplikací, porod vyvolaný uměle pro hypertenzi rodičky. Silný novorozenecký ikterus léčen fototerapií a dítěti byly odstraněny nosní mandle. V adaptačních procesech zaznamenána nelibost vůči větší skupině osob, chlapec špatně navazuje nové kontakty. Ve škole se jeví pomalejší, pozorovány tiky v ruce, pro které byl vyšetřen na neurologii a psychologii a jejichž výsledkem bylo přerazení do speciální školy. K vyučujícím se chová s respektem.

Chlapcova chuť k jídlu je velká a spojená se zálibou ve vaření. Spánek i odpočinek normální. Dokáže se aktivně nebo s dopomocí připravovat do školní výuky, povinnosti si v domácím prostředí plní, dokáže se zapojit do kolektivu, v němž má přátele.

Při běžném průběhu dne klidný a spolupracující, sníženým sebevědomím netrpí. Při vlastní tenzi nebo nervozitě se stahuje před okolím. Nyní se nachází v pozici dospívajícího s vlastním názorem a odmítá respektovat ostatní.

8.7.3.2 Průběh hospitalizace

Během nástupu prodělal chlapec onemocnění zažívacího traktu, ale adaptace proběhla úspěšně. Bylo mu doporučeno zapojení do canisterapie, které se aktivně účastnil. Sestrám byl aktivizován a zařazen do režimu oddělení. Po prvních čtrnáct dnech pobytu bez zvláštností nebo porušování režimu, v kolektivu se jevil tichý a nenápadný. Během první terapeutické propustky ale selhal v domácím prostředí. Matka ho však při porušení stanovených pravidel nevrátila na oddělení, tím pádem v něm nebyla prohloubena vlastní sebekritika a odpovědnost za následky selhání. Během hospitalizace byl chlapec zapojen do aktivit připravovaných sestrami, nejraději měl pobyt na zahradě, kterou využíval ke sportovnímu vyžití jako vybíjená a fotbal. Při hrách dodržoval pravidla kolektivního chování, byly pravidelně vedeny záznamy ošetřujících sester o stavu chlapce. *„Má radost, že je nejlepší na oddělení. Spolupráce dobrá, více se i zapojuje do aktivit na oddělení. Dovede se zabavit jak s velkými, tak s malými dětmi, sestřičce je vždy k ruce. Za vše pochválen a podpořen.“* Kvůli selhání na první terapeutické propustce mu byla další odsunuta na neurčito, dle chování na oddělení. *„Ted’ spíše zase nenápadný. Dělá, co se mu řekne, proplová a snaží se nenarazit, odsunutí dovolenky ustál. V kolektivu bývá někdy sám pro sebe.“* Při potvrzení dalšího léčebného uvolnění z hospitalizace se u chlapce snížila snaha o zapojení do aktivit na oddělení. Matka byla zdravotníky poučena o tom, aby v případě selhání chlapce okamžitě vrátila na oddělení. *„Formálně podřízen režimu i personálu, na oddělení se cítí jako doma. Vyžaduje dohled nad plněním povinností a hlásí se jen účelově k drobné pomoci na získání plusových bodů.“* Během pobytu bylo jednou pozorováno vzdorovité a opoziční chování dítěte vůči matce, ale domluvou došlo k nápravě, návštěva poté probíhala bez potíží. Závěrečná ověřovací dovolenka proběhla v domácím i školním zařízení úspěšně. Stanovena dimise s možnou rehospitalizací dle potřeby, což matka akceptovala.

8.7.3.3 Poskytnutá ošetrovatelská péče

Na začátku hospitalizace došlo k ošetrovatelské péči v oblasti výživy pro onemocnění zažívacího traktu. Souběžně probíhalo pozorování během třídenní adaptační fáze. Dítě bylo edukováno o záznamu svého prožívání do pocitového deníku spadajícího do režimu oddělení. Chlapec byl začleněn do kolektivu a zaučen do systému hodnocení, které aktivně při pobytu využíval. Během pobytu jej zdravotníci podporovali ve sportovních aktivitách, při kterých ventiloval své emoce a nedocházelo tak ke hromadění afektu. Matka byla zdravotními pracovníky poučena o postupu následujícím při selhání dítěte.

Během léčebného procesu byly zdravotnickým personálem určeny ošetrovatelské diagnózy dle standardů Psychiatrické nemocnice v Kroměříži a následně v kooperaci zdravotnických pracovníků zavedeny intervence sloužící k dosažení cíle:

- ADAPTACE PORUŠENÁ
- CHOVÁNÍ DÍTĚTE NARUŠENÉ
- OCHOTA ZLEPŠIT SEBEPOJETÍ
- CHOVÁNÍ DÍTĚTE, MOŽNÉ ZLEPŠENÍ

8.7.3.4 Závěr

Porucha chování a emocí u chlapce spouštěna nedostatečným vedením v domácím prostředí. Matka výchovně slabá a nevhodně ovlivňována prarodiči chlapce. Ten je vůči matce manipulativní a lhavý. Pro nestabilní emoční ladění kvůli zamilovanosti docházelo k selhávání v domácím prostředí, při kterém matka nedokázala výchovně zasáhnout lékařem navrhovanými léčebnými postupy. Strukturovaný harmonogram dne podporoval v dítěti pozitivní vzorce chování a zlepšoval působení na jeho emotivitu. Dítě se naučilo nést následky za své selhání a dokázalo dále ovlivnit své působení v životě. Úprava medicace pro již zmíněné faktory působení během hospitalizace nebyla nutná.

8.7.4 Kazuistika č. 4

Devítiletý chlapec, poprvé hospitalizován na dětském oddělení Psychiatrické nemocnice v Kroměříži, přijatý na doporučení OSPOD pro výchovné problémy – lhaní, krádeže, toulky a vulgární mluvu.

8.7.4.1 Anamnéza

Pochází z početné rodiny, matka je na výchovu aktuálně sama. Nyní na mateřské dovolené, otec vykázán z domácnosti pro týrání svěřené osoby a matky dětí, soudně stíhán, momentálně na svobodě, dlouhodobě závislý na alkoholu a nezaměstnaný. Do rozvodu deset let v manželském soužití, děti nenavštěvuje, rodina je na nízké sociokulturní úrovni a nestýká se ani s otcovými rodiči. Další psychiatrická zátěž nezjištěna.

Chlapec pochází z druhé gravidity, matka léčena pro diabetes melitus. Porod proběhl bez komplikací, dítě léčeno na silnou novorozeneckou žloutenku, prodělalo běžné dětské

nemoci, vývoj v normě. Docházka do mateřské školky probíhala bez potíží, navštěvoval ji rád, ve škole výchovné problémy nezaznamenány. Spolu s bratrem chodili často za školu, matka jim všechny absence omlouvala. Ve volném čase se věnuje fotbalu a je velmi rád venku, kde má kamarády. Stravuje se ve velkém množství, spát chodí adekvátně ke svému věku, potíže se spánkem doma pozorovány nebyly. Povahově je různorodý, náladový, střídají se období klidu a prudkého vzteku. Své povinnosti si neplní, musí při nich být kontrolován, školní přípravu odmítá úplně. K sestřám je laskavý a přátelský, ale často v konfliktu s bratrem.

8.7.4.2 Průběh hospitalizace

„Chlapec se dostavil na příjem v doprovodu matky, klidný a spolupracující. Matka nemá u sebe průkaz zdravotní pojišťovny, kapesné nedodala, poučena o dodání základních hygienických potřeb a dostatečného množství spodního prádla. Proveden hygienický filtr: na těle pouze hematomy na dolních končetinách staršího data, údajně upadl. Kůže bez patologických nálezů, vši nenalezeny. Rozloučení klidné.“ Matka ihned při přijetí edukována dle standardu nemocnice. Chlapec se na oddělení adaptoval bez problémů. Od prvních dnů živý, hlučný, dráždivý, v běžné komunikaci užíval vulgarismy, ale vůči autoritě přistupoval s respektem. Režimová opatření ordinována lékařem podle standardu oddělení. Personál byl lékaři informován o možném riziku krádeží. Dítě bylo v harmonogramu dne nutno zapojovat do všech činností na oddělení, zajištěna činnostní terapie. *„Chlapec nezvládá vypracovat zadané písemné úkoly, je nutná pomoc a dohled při jejich plnění, spolupráce s ním se jeví jako velmi obtížná.“* Pro velkou živost a roztržitost dítěte byly během pobytu opakovaně řešeny neočekávané situace v podobě úrazů, naštěstí vždy bez následků. Po orientaci dítěte v režimu oddělení bylo lékaři rozhodnuto o jeho zapojení do služeb na oddělení. Aktivně se účastnil canisterapie, ve které se zdál být spokojený. Při první návštěvě domácího prostředí pozorována agresivita vůči bratrovi, která se v průběhu propustky zmírnila. Pro opakovanou agresivitu vyhodnocen jako nejhorší na oddělení. Ke svému chování byl kritický, hodnocení přijímal. Vzhledem k impulzivité a záznamům o agresivním chování byla s pozitivním efektem nasazena antipsychotická léčba. Po nasazení medicíny došlo ke zlepšení, ubylo vulgárních projevů a konfliktů mezi vrstevníky. Hodnocení se postupně stává stabilnější, dokonce byl dvakrát vyhodnocen nejlepším na oddělení. Díky zlepšenému chování navržena další terapeutická propustka, z níž se vrátil s pozitivním hodnocením. V chování pozorováno celkové zklidnění, korekce nevhodných vzorců, ná-

pomoc mladším dětem. S matkou dítěte byla spolupráce problematická – chlapce telefonicky nekontaktovala, navštěvovala jej sporadicky, musela být opakovaně vybízena k výměně prádla a zajištění hygienických potřeb. Chlapec je hravý, živé dítě, dokáže si najít samostatnou činnost, v kolektivu druhých dětí je oblíbený, přístupný domluvě. Jen je nutné stálé vymezování hranic a dohled nad dodržováním režimu. *„Je klidnější, ubylo konfliktů, ochranný ke slabším. Vyhovuje mu režimové vedení a jasné hranice, je rád v přítomnosti personálu, k mladším dětem vstřícný a kamarádský. Rád se účastní všech aktivit, je vděčný za pochvalu a ocenění. Rodina chlapce telefonicky nekontaktuje, návštěvy jsou velmi sporadické.“* Na doporučení lékaře oceňováno pozitivní chování chlapce, mluvu pro snížení výskytu vulgarismů již nebylo třeba korigovat. Pro zhodnocení udělena týdenní prověřovací propustka, která proběhla bez problémů, a pro pozitivní průběh léčby byla hospitalizace ukončena. *„Dimise v doprovodu matky, předány léky – vysvětleno dávkování, předána karta pojištěnce, osobní a školní věci dítěte. Matce nabídnuta možnost psychiatrické ambulance, byla poučena o nutnosti objednání, edukována o vhodném vyplnění volného času chlapce a možnosti využití nízkoprahových center pro jejich zajištění. Vše akceptuje.“*

8.7.4.3 Poskytnutá ošetrovatelská péče

Chlapec byl začleněn do režimu oddělení a poučen o hodnotících kategoriích. Po dobu jednoho dne prováděna observace dítěte po úrazu hlavy, potřeboval dopomoc při vypracování úkolů a dohled nad zlepšením zápisů v deníčku. Byl zapojen do práce na oddělení a aktivit a služeb na oddělení. Bylo třeba podporovat a oceňovat snahu, rozebrat nevhodné chování, provést jeho korekci. Pro patologické chování a nemožnost zklidnění konzervativní léčbou bylo nasazení medikace žádoucí. Personál po dobu jednoho týdne zaznamenával účinek medikace. Pro objektivizaci a určení závažnosti přestupků byl personál poučen o kontrolním zápisu situací. Po celou dobu pobytu bylo dítě zdravotními sestrami terapeuticky a režimově důsledně vedeno, usměrňovaly jej a korigovaly ve vulgární mluvě. Po dosažení kompenzace stavu bylo dítě dle instrukcí zdravotním personálem slovně oceňováno. Kvůli výskytu infekčního onemocnění musela být provedena preventivní opatření proti jeho rozšíření a bylo provedeno i ošetření dítěte. Hospitalizací a působením středního zdravotnického personálu ve spolupráci s ošetřujícím lékařem byl objektivně zlepšen celkový stav dítěte.

8.7.4.4 Závěr

V rámci strukturovaného režimu se stabilním harmonogramem dne byla dítěti poskytnuta holistická péče. Problematické potíže s chlapcem byly objektivizovány i na oddělení Psychiatrické nemocnice v Kroměříži. Nasazením medikace a důsledným režimovým vedením došlo postupně ke zlepšení stavu pacienta. Rodina je na nízké sociokulturní úrovni s malým zájmem o chlapce, kvůli kterému je dlouhodobě deprivován.

8.8 Diskuze

V šetření bylo zjištěno, že diagnóza smíšených poruch chování se vyskytuje častěji u chlapců. Měli buď špatný vztah s otcem, který jim neukazoval ani je neučil vhodné sociální vzorce chování ve společnosti. Matka dítěte většinou nestačila na výchovu a nezaujímal autoritativní postupy výchovy, často se vyskytoval snížený zájem dítěte o povinnosti. Vzдорovitě a opoziční chování je společným znakem poruchy u všech dětských pacientů, ostatní projevy nemoci jsou pro dané dítě specifické, což potvrzuje pedopsychiatrická publikace o různorodosti projevů diagnózy smíšených poruch chování a emocí. U každého pozorovaného dítěte bylo zjištěno psychiatrické zatížení rodiny. Nebyly zaznamenány poruchy adaptační fáze v nemocničním zařízení, při nastavení hranic a režimovém vedení bylo u všech dětí potlačeno patologického chování. U dětí se školní problematikou došlo k úplnému vymizení poruch vázaných na školu. Vlivem výchovně terapeutických postupů všech členů zdravotnického týmu, zejména sester, které zajišťují dohled a spolupráci dětí, došlo ke zlepšení a kompenzaci psychického stavu u všech pozorovaných dětí. Velkou nutností je pro objektivní hodnocení stavu pacienta na psychiatrickém oddělení záznam sestry vykonávající službu. Tato opatření informují lékaře o pravidelném léčebném průběhu a lze tak zhodnotit vývoj dítěte během hospitalizace. U všech pozorovaných dětí pozitivně ovlivnila onemocnění psychiatrická medikace. V průběhu léčby byla u dvou chlapců nasazena antipsychotická terapie, která u nich pozitivně ovlivňovala poruchové chování. U dětí projevujících se agresivním chováním nebylo nutné v případě agrese zasáhnout akutní medikamentózní terapií. Dítě s agresivitou reaguje na klidný a trpělivý přístup ošetřujících sester, akceptuje důsledky v podobě snížení bodů, čímž dostává zpětnou vazbu na své chování a dochází u něj ke zlepšení sebekritiky. Další terapeutické postupy jsou v pedopsychiatrické péči velmi rozmanité, jedná se zejména o práci s dítětem ve strukturovaném režimu, plánovanou aktivizaci a oceňování pozitivních vzorců chování. Spolupráce rodiny se zdravotnickým zařízením bývá různorodá. Nedokáží přesně specifi-

kovat míru zapojení rodiny do léčebného procesu z důvodu ověřování postupů v domácím prostředí, protože zde zdravotní pracovníci nejsou nepřítomni. Z ošetřovatelského hlediska je dětem poskytnuta komplexní psychosociální holistická péče zaměřující se na fungování dítěte ve všech oblastech života. Všechny děti měly společné čtyři ošetřovatelské diagnózy, které sestry volily nezávisle na sobě a prováděly intervence, aby došlo ke splnění cíle.

ZÁVĚR

Při zpracování mé bakalářské práce jsme došli k závěru, že za vznik smíšené poruchy chování a emocí může ve velké míře negativní působení rodiny. Ta dětem předává specifické vzorce chování, které poté v životě využívají. Vztahové problémy nebo jiné patologické chování v rodině se často zrcadlí do běžného života dítěte. Nejvíce selhává v domácím prostředí v soužití s členy rodiny a často má výchovné problémy ve školním zařízení.

Byly zjištěny psychosociální aspekty péče o děti s tímto onemocněním, které jsou podrobně rozepsány v praktické části práce. Šetřením bylo zjištěno, že každé dítě potřebuje individuální poskytnutí péče ve spolupráci s rodinným prostředím. Pokud jsou jasně vymezeny hranice a nastaven strukturovaný režim, ve kterém je schopno se orientovat, kompenzuje se jeho psychický stav a sníží se výskyt problematického chování. Pro agresivní projevy je nutné doplnit léčbu i o psychiatrickou medikaci, která bývá rodinou hodnocena pozitivně. Zmapování ošetřování probíhalo u čtyř pozorovaných dětí, kdy byla péče o každé dítě zcela odlišná a specifická, nebylo tedy možno stanovit přesný postup poskytované ošetřovatelské péče. Společným ošetřením bylo poskytnutí strukturovaného režimu oddělení, vymezení hranic a důslednost při opatrování dítěte.

Dále považujeme za podstatné zmapovat odhad dalšího vývoje onemocnění do dospělosti pacienta, konkrétněji u dětí hospitalizovaných pro smíšené poruchy chování a emocí na Dětském psychiatrickém oddělení.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BARKER, Philip, 2007. *Základy dětské psychiatrie*. Praha: Triton, 253 s. ISBN 978-80-7254-955-9.

Dětské oddělení. Psychiatrická nemocnice v Kroměříži [online]. Česká republika, 2012 [cit. 2017-04-25]. Dostupné z: <http://www.pnkm.cz/cs/oddeleni-lecebny/detske-oddeleni>

HERMAN, Erik, Ján PRAŠKO a Dagmar SEIFERTOVÁ, 2007. *Konziliární psychiatrie*. Praha: Medical Tribune CZ, 624 s. ISBN 978-80-7262-498-0.

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER, 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 627 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

HORT, Vladimír, Michal HRDLIČKA, Jana KOCOURKOVÁ, Eva MALÁ a kol., 2008. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vydání. Praha: Portál, 496 s. ISBN 978-80-7367-404-5.

KALEJA, Martin, 2013. *Etopedická propedeutika v inkluzivní speciální pedagogice*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 264 s. ISBN 978-80-7464-396-5.

LANGMEIER, Josef, Karel BALCAR a Jan ŠPITZ, 2010. *Dětská psychoterapie*. 3. vydání. Praha: Portál, 432 s. ISBN 978-80-7367-710-7.

MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ, 2002. *Psychiatrie*. Praha: Portál, 144s. ISBN 80-7178-700-0.

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ, 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

MUSIL JIŘÍ a kol., 2006. *Klinická psychologie a psychiatrie*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 205 s. ISBN 80-244-1153-9.

PACLT, Ivo a Jakub FLORIAN, 1998. *Psychofarmakoterapie dětského a dorostového věku*. Praha: Grada, 1998. 400 s. ISBN 80-7169-506-8.

PETR, Tomáš, Eva MARKOVÁ a kol., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, 296 s. ISBN 978-247-4236-6.

PORUCHY CHOVÁNÍ A EMOCÍ SE ZAČÁTKEM OBVYKLE V DĚTSTVÍ A V DOSPÍVÁNÍ (F90 – F98): PORUCHY DUŠEVNÍ A PORUCHY CHOVÁNÍ (F00–F99).

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. Česká republika: ÚZIS ČR, 2014 [cit. 2017-04-25]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F90-F98.html>

PUGNEROVÁ, Michaela a Jana KVINTOVÁ, 2016. *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada, 296 s. ISBN 978-80-247-5452-9.

RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a kol., 2004. *Basic psychopathological terms and psychiatric diagnoses*. Prague: Karolinum, 203 s. ISBN 80-246-0825-1.

RABOCH, Jiří, Petr ZVOLENSKÝ a kol., 2001. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 622 s. ISBN 80-7262-140-8.

ŘÍČAN, Pavel, Dana Krejčířová a kol., 2006. *Dětská a klinická psychologie*. 4. vydání. Praha: Grada, 680 s. ISBN 978-80-247-1049-5.

SVOBODA, Mojmír, Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ, 2006. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, 320 s. ISBN 80-7367-154-9.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vydání. Praha: Portál, 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2. vydání. Praha: Karolinum, 531 s. ISBN 978-80-246-2153-1.

VOJTOVÁ, Věra, 2004. *Kapitoly z etopedie*. Brno: Masarykova univerzita, 94 s. ISBN 80-210-3532-3.

VOJTOVÁ, Věra, 2008. *Úvod do etopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 127 s. ISBN 978-80-7315-166-9.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADHD	Hyperkinetická porucha
CNS	Centrální nervová soustava
CT	Výpočetní tomografie
ČR	Česká republika
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů
OSPOD	Orgán sociálně – právní ochrany dětí

SEZNAM OBRÁZKŮ


Obrázek 1: Dětské oddělení.....	31
Obrázek 2: Jídelna	34
Obrázek 3: Pokoj dětských pacientů.....	35
Obrázek 4: Pracovna sester s vyšetřovnou 1	39
Obrázek 5: Pracovna sester s vyšetřovnou 2	39
Obrázek 6: Terapeutická herna č. 3	40
Obrázek 7: Terapeutická herna č. 1	41
Obrázek 8: Terapeutická zahrada	42
Obrázek 9: Terapeutická zahrada	43
Obrázek 10: Terapeutická zahrada	43

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Pozvánka k hospitalizaci	70
Příloha 2: Pozvánka k hospitalizaci, druhá část.....	71
Příloha 3: Plán dne – pracovní den	72
Příloha 4: Plán dne – víkend, státní svátek a prázdniny	73
Příloha 5: Hodnotící systém.....	74
Příloha 6: Malý hodnotící systém	75
Příloha 7: Souhlas zařízení s výzkumem	76
Příloha 8: Záznamový arch, část první	77
Příloha 9: Záznamový arch, část druhá.....	78
Příloha 10: Záznamový arch, část třetí	79

PŘÍLOHA P I: POZVÁNKA K HOSPITALIZACI

Příloha 1: Pozvánka k hospitalizaci

	PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE V KROMĚŘÍŽI Havlíčková 1265, 767 40 Kroměříž IČ: 00567914 DIČ: CZ00567914 Telefon: 573 314 111, e-mail: plkm@plkm.cz	
---	--	--

Hovorna pro děti: 573 314 469 - 18.30 – 21.00 hod. / u mladších dětí pouze do 20.00 h. / mobil: 773 233 380

tel. kontakty: 573 314 342 dětské oddělení
573 314 352 MUDr. Irena Sedlaříková primář
573 314 357 PhDr. Lenka Gazdová, PhDr. Vlastimil Hrdza - psycholog oddělení
573 314 483 lékař oddělení

Vašemu dítěti nar.
bylo doporučeno léčení na Dětském oddělení Psychiatrické nemocnice v Kroměříži.

Dostavte se proto s dítětem dne..... v - do.....

Přineste s sebou: průkaz zdravotní pojišťovny dítěte, očkovací průkaz dítěte, přesnou adresu praktického lékaře pro děti a dorost u Vašeho dítěte. Navštěvuje-li dětskou psychiatrickou ambulanci, psychologickou ambulanci ev. nefrologickou ambulanci, – taktéž celou adresu lékaře, ke kterému s dítětem docházíte.

Pokud je dítě vedeno na OSPOD / Oddělení sociálně právní ochrany dětí /, také přesnou adresu a jméno soc. pracovnice či kurátorky, která má Vaše dítě v evidenci.

Dále – pokud bylo Vaše dítě vyšetřeno v PPP (Pedagogicko – psychologická poradna) – kopie zpráv z vyšetření.

- u dětí s nařízenou ÚV, dětí v PP, svěřených po výchovy jiné osoby – soudní rozhodnutí o této skutečnosti.

Při pobytu u nás bude Vaše dítě potřebovat spec. léky, které pravidelně užívá/ např. na astma, exem aj./, léky předepsané na psychiatrii budou dodány z naší strany.

Běžné osobní prádlo, oblečení pro volný čas i do školy, dle ročního období vhodnou obuv + přezůvky na oddělení /nejsou vhodné tenisky a papuče s látkovou podrážkou/. Dále ručník a veškeré toaletní potřeby, které po celou dobu hospitalizace budete průběžně dle potřeby doplňovat. / Zubní pastu a kartáček na zuby, mýdlo, šampon, hřeben, toaletní papír, děvčata menstruační vložky. / Všechny věci svému dítěti řádně označte - za veškeré věci si odpovídá samo. Pokud dítě navštěvuje školu, dovezte s sebou veškeré sešity a učebnice, žákovskou knížku, cvičební úbor, 1 volný sešit A 5. Pro volný čas -pastelky, výkresy, knihu, apod. Plavky.

Kapesné !

Prádlo dětem nepereme, vyměníte je dle potřeby při pravidelných návštěvách. Výjimkou jsou pouze děti z dětských domovů, kdy je nutné dodat prací prášek.

PŘÍLOHA P II: POZVÁNKA K HOSPITALIZACI

Příloha 2: Pozvánka k hospitalizaci, druhá část

návštěvy dětí: středa 14 - 17 hod.
sobota 13 – 17 hod.
neděle 9 - 17 hod.

Doporučujeme návštěvy nejméně 1x za 14 dní.

Informace o zdravotním stavu Vašeho dítěte Vám může podávat lékař, primář a psycholog oddělení a to každou středu při osobním pohovoru od 13 - 15 hodin.

Nežádejte důležité informace telefonicky, informace po telefonu ze zákona podávat nelze.

Pokud se v daném termínu nemůžete s dítětem z jakýkoliv důvodů k příjmu dostavit, prosíme, ihned po tomto zjištění podat telefonickou či písemnou omluvu, ev. domluvit náhradní termín přijetí.

Při příjmu a propuštění dítěte lze potvrdit propustku do zaměstnání, kterou si přinesete. Propustky nevystavujeme.

Při příjmu je třeba počítat s dostatečnou časovou rezervou k sepsání anamnézy u sociální pracovnice.

Vjezd osobním automobilem do areálu PN KM je možný pouze při příjmu a propuštění dítěte. Pokud cestujete hromadnou dopravou - vlakové a autobusové nádraží spolu sousedí.

K nemocnici je možné se dopravit MHD - zastávka se nachází u vlakového nádraží. MHD č. 4,6, - výstup / zastávka u nemocnice/ nemocnice je přímo naproti Psychiatrické nemocnice./ Jízdenky se kupují přímo u řidiče (13,-Kč).

Pokud Vaše dítě nenastoupí, nebo Vám nevyhovuje uvedený termín, prosím o sdělení či domluvu na níže uvedených kontaktech.

Za dětské oddělení PN v Kroměříži s pozdravem a přáním pěkného dne

Bc. Olga Zavadilová
sociální pracovnice
tel. 573 314 353
mob. 775 751 860
e.mail: zavadilovao@plkm.cz

PŘÍLOHA P III: PLÁN DNE – PRACOVNÍ DEN

Příloha 3: Plán dne – pracovní den

PLÁN DNE NA DĚTSKÉM ODDĚLENÍ

pracovní den

06.30	budíček
06.30 – 07.00	osobní hygiena, úklid pokojů
07.00 – 07.30	snídaně, výdej léků, ošetrovatelské výkony
07.30 – 08.45	Po – KOMUNITNÍ VIZITA Út a Pá – LÉKAŘSKÁ VIZITA St a Čt – PRIMÁŘSKÁ VIZITA
08.45 – 12.15	Po-Čt-Pá – ŠKOLA
08.45 – 13.00	Út-St – ŠKOLA
10.30 – 10.45	dopolední svačina
12.15 – 12.45	Po-Čt-Pá – oběd, výdej léků, ošetrovatelské výkony
13.00 – 13.30	Út-St – oběd, výdej léků, ošetrovatelské výkony
12.45 – 13.00	Po-Čt-Pá – služby dětí
13.00 – 13.45	Út-St – služby dětí
13.00 – 14.45	Po a Čt – SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE Pá – RELAXACE/ČINNOSTNÍ TERAPIE/CANISTERAPIE
13.45 – 14.30	Út – EDUKAČNÍ SKUPINA
13.00 – 17.00	St – POHOVORY S RODIČI/NÁVŠTĚVY S RODIČI St- 1x za měsíc možnost návštěva KINA
14.45 – 15.00	odpolední svačina
13.00 – 14.30	Po-Čt – SKUPINY S VYCHOVATELEM
14.00 – 15.30	Po – 1x za měsíc SKUPINA POD VEDENÍM METODIKA PREVENCE
15.00 – 16.30	Út – SKUPINY S VYCHOVATELEM
16.00 – 17.30	Po-Čt – ŠKOLNÍ PŘÍPRAVY
16.00 – 17.30	Út – ŠKOLNÍ PŘÍPRAVY
16.00 – 17.30	Pá – OSVĚTOVÉ DVD (velké děti)/ ZÁJMOVÉ AKTIVITY (malé děti)
18.00 – 18.30	večeře, výdej léků, ošetrovatelské výkony
18.30 – 18.45	služby dětí
18.45 – 19.15	HODNOTÍČÍ SKUPINA
19.15 – 20.00	PSANÍ POCITOVÝCH DENÍČKŮ, ÚVAH A ÚKOLŮ/TELEFONICKÉ HOVORY
19.30 – 20.30	osobní hygiena, zklidňující aktivity – četba, kreslení aj. (malé děti)
20.30	NOČNÍ KLID (malé děti)
20.00 – 21.30	sledování schváleného TV programu, zklidňující aktivity – četba, kreslení aj. (velké děti)
21.30	NOČNÍ KLID (velké děti)

!UPOZORNĚNÍ!

NA DĚTSKÉM ODDĚLENÍ JE OMEZENO SLEDOVÁNÍ TELEVIZNÍCH PROGRAMŮ.

PŘÍLOHA P IV: PLÁN DNE – VÍKEND, STÁTNÍ SVÁTEK A PRÁZDNINY

Příloha 4: Plán dne – víkend, státní svátek a prázdniny

PLÁN DNE NA DĚTSKÉM ODDĚLENÍ

sobota a neděle, svátky, prázdniny

08.00	budíček
08.00 – 08.30	osobní hygiena
08.30 – 09.00	snídaně, výdej léků, ošetrovatelské výkony
09.00 – 10.00	So – VELKÝ ÚKLID /praní prádla učitým dětem Ne – PŘEVLEKÁNÍ LŮŽKA 1x za 14 dní
10.00 – 12.00	So a Ne - POVINNÁ VYCHÁZKA PO AREÁLU/POVINNÉ AKTIVITY NA ZAHRADĚ/ZÁJMOVÉ AKTIVITY NA ODDĚLENÍ/ PŘÍPRAVY DO ŠKOLY/SAMOSTUDIUM
10.30 – 10.45	dopolední svačina
13.00 – 17.00	So – NÁVŠTĚVY S RODIČI/VYCHÁZKY S RODIČI
09.00 – 17.00	Ne – NÁVŠTĚVY S RODIČI/VYCHÁZKY S RODIČI
12.00 – 12.30	oběd, výdej léků, ošetrovatelské výkony
12.30 – 13.00	služby dětí
13.00 – 14.00	POLEDNÍ KLID
14.00 – 15.30	So a Ne - POVINNÁ VYCHÁZKA PO AREÁLU/POVINNÉ AKTIVITY NA ZAHRADĚ/ZÁJMOVÉ AKTIVITY NA ODDĚLENÍ/ PŘÍPRAVY DO ŠKOLY/SAMOSTUDIUM
15.30 – 16.00	odpolední svačina
16.00 – 18.00	So a Ne - ZÁJMOVÝ KLUB PŘIPRAVENÝ A VEDENÝ PACIENTEM
18.00 – 18.30	večeře, výdej léků, ošetrovatelské výkony
18.30 – 18.45	služby dětí
18.45 – 19.15	HODNOTÍCÍ SKUPINA
19.15 – 20.00	PSÁNÍ POCITOVÝCH DENÍČKŮ, ÚVAH A ÚKOLŮ/TELEFONICKÉ HOVORY
19.30 – 20.30	osobní hygiena, zklidňující aktivity – četba, kreslení aj. (malé děti)
20.30	NOČNÍ KLID (malé děti)
20.00 – 21.30	sledování schváleného TV programu, zklidňující aktivity – četba, kreslení aj. (velké děti)
21.30	NOČNÍ KLID (velké děti)

!UPOZORNĚNÍ

NA DĚTSKÉM ODDĚLENÍ JE OMEZENO SLEDOVÁNÍ TELEVIZNÍCH PROGRAMŮ.

PŘÍLOHA P V: HODNOTÍCÍ SYSTÉM

Příloha 5: Hodnotící systém

	<u>LÍBÍ SE NÁM</u>	<u>NELÍBÍ SE NÁM</u>
I. VZTAH K SOBĚ SAMÉMU	<ul style="list-style-type: none"> -pěkná úprava zevnějšku -upravené lůžko -poskládaná skříňka -kulturní stolování -dodržování pravidel osobní hygieny <p style="text-align: center;">+1až +2 BODY</p>	<ul style="list-style-type: none"> -neupravený zevnějšek -neupravené lůžko -nepořádek ve skříňce -nekulturní stolování -nehygienické chování <p style="text-align: center;">-1až -2 BODY</p>
II. VZTAH K REŽIMU A LÉČBĚ	<ul style="list-style-type: none"> -kvalitní výkon služby -ochota při plnění zadaných úkolů -pečlivě vedený deníček -řádné plnění úkolů zadaných terapeutickým týmem -dodržování režimu oddělení <p style="text-align: center;">+1až +3 BODY</p>	<ul style="list-style-type: none"> -nekvalitní výkon služby -neochota, pasivní přístup při plnění úkolů -lajdácky vedený deníček -porušovaný režim oddělení <p style="text-align: center;">-2 až -3 BODY</p> <ul style="list-style-type: none"> -úmyslné poškozování věcí -krádeže, kouření, útěk, sebe-poškozován <p style="text-align: center;">-4 až -5 BODŮ</p>
III. VZTAH K AUTORITĚ	<ul style="list-style-type: none"> -slušné chování k dospělým -respektování autority -nabízení pomoci dospělým <p style="text-align: center;">+3 až +4 BODY</p>	<ul style="list-style-type: none"> -vulgární projevy k dospělým -agresivní chování k dospělým -drzost, odmítání, opoziční chování -nerespektování pokynů -grimasování <p style="text-align: center;">-3až -5 BODY</p>
IV. VZTAH KE KOLEKTIVU	<ul style="list-style-type: none"> -nabízení pomoci kamarádovi -poskytnutí ochrany mladším a slabším -aktivita při společných akcích -kooperativní společník, který dovede povzbudit kolektiv -dovede uplatnit svůj vlastní názor (tzn. nepapouškuje, co už kdo řekl) -je stálý v kamarádských vztazích (tzn. nepřelétává ze vztahu do vztahu) <p style="text-align: center;">+1 až +5 BODŮ</p>	<ul style="list-style-type: none"> -agresivní chování, šikanování -hrubé a vulgární projevy -pasivita, lhostejnost -podvody, lhání -nepovolené vzdálení od skupiny -obnažování se, osahávání <p style="text-align: center;">-1 až -5BODŮ</p>

PŘÍLOHA P VI: MALÝ HODNOTÍCÍ SYSTÉM

Příloha 6: Malý hodnoticí systém

	<u>LÍBÍ SE NÁM</u>	<u>NELÍBÍ SE NÁM</u>
I. VZTAH K SOBĚ SAMÉMU	Pěkně o sebe pečuji. - dbám osobní hygieny - jím slušně - mám své věci uklizené	Zanedbávám péči o sebe. - nedbám osobní hygieny - u jídla se chovám neslušně - mám ve svých věcech nepořádek
II. VZTAH K REŽIMU A LÉČBĚ	Dodržuji režim na oddělení. - vedu si pěkný deníček - plním úkoly - službu vykonávám řádně	Nedodržuji režim na oddělení. - deníček mám ve špatném stavu - zapomínám na úkoly - službu neplním řádně
III. VZTAH K AUTORITĚ	Chovám se slušně k dospělým. - slušně mluvím s dospělými - podřizuji se dospělým	Nechovám se slušně k dospělým. - jsem vulgární nebo odmlouvám dospělým
IV. VZTAH KE KOLEKTIVU	Chovám se pěkně ke kamarádům. - pomáhám kamarádovi - umím potěšit a zabavit kamaráda	Nechovám se pěkně ke kamarádům. - jsem vulgární, agresivní vůči kamarádovi - lžu a podvádím

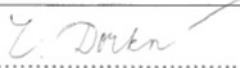


PŘÍLOHA P VII: SOUHLAS ZAŘÍZENÍ S VÝZKUMEM

Příloha 7: Souhlas zařízení s výzkumem

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

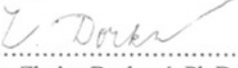
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z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

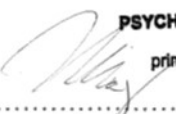
Jméno a příjmení studenta	Dominika Badidová		
Téma bakalářské práce	Psychosociální aspekty péče o děti se smíšenou poruchou chování a emocí		
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  podpis		
Skupina respondentů	Děti hospitalizované na dětském oddělení		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis	
Psychiatrická nemocnice v Kroměříži	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	 77 951 507	PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE V KROMĚŘÍŽI prim. MUDr. Irena Sedlářiková 767 40 Kroměříž, Havlíčkova 1265
	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 04-05-2017

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd


.....
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 VIII: ZÁZNAMOVÝ ARCH PRO POZOROVÁNÍ

Příloha 8: Záznamový arch, část první

ZÁZNAMOVÝ ARCH PRO POZOROVÁNÍ:

Data byla získaná ze zdravotnické dokumentace dítěte a reálné observace.

Věk:

Pohlaví:

Pozorovatel provádí nezúčastněné a skryté pozorování vzhledem ke svému zaměstnání a pozici vůči pozorovaným dětem.

1. Doporučení pro přijetí dítěte na pedopsychiatrické oddělení:

2. Důvod přijetí dítěte k hospitalizaci:

3. Příznaky, poruchy nebo problémy, které má dítě před hospitalizací:

Dále budou základní informace o dítěti čerpány z anamnézy sepisující rodiče při přijetí dítěte na dětské psychiatrické oddělení. Rodič je poučen o důležitosti těchto informací a nutností uvádět vše pravdivě. Anamnéza je v pedopsychiatrii velmi podstatná. Zjišťuje se podrobné fungování a vztahy rodiny a pátrá se po vzniku a příčině poruchy u dítěte. Vzhledem k predispozicím ke vzniku duševních poruch u dětí (viz teoretická část) nás také zajímá prenatální a postupný vývoj dítěte.

RODINNÁ ANAMNÉZA DÍTĚTE:

1. Základní údaje o matce dítěte:

- Věk:
- Zaměstnání:
- Onemocnění:
- Povahové rysy:
- Kriminalita:
- Vztah dítěte k matce:
- Závislosti (alkohol, kouření, drogy):

2. Základní údaje o otci dítěte:

- Věk:
- Zaměstnání:
- Onemocnění:
- Povahové rysy:
- Kriminalita:
- Vztah dítěte k otci:
- Závislosti (alkohol, kouření, drogy):

3. Pohlaví a rok narození sourozenců dítěte, zda mají/měli výchovné problémy/duševní poruchu:

- 4. Nynější onemocnění prarodičů, případná psychiatrická péče, při smrti i příčinu úmrtí:**
- matka-matky:
 - otec-matky:
 - matka-otce:
 - otec-otce:

5. Psychiatrická zátěž v rodině:

6. Manželství rodičů-trvání, vztahy rodičů mezi sebou, popřípadě příčina rozchodu:

PŘÍLOHA P IX: ZÁZNAMOVÝ ARCH PRO POZOROVÁNÍ

Příloha 9: Záznamový arch, část druhá

7. Aktuální rodinné starosti nebo problémy:
8. Druh výchovy v rodině:

OSOBNÍ ANAMNÉZA DÍTĚTE:

1. Pořadí těhotenství, komplikace:
2. Porod-váha, míry, komplikace, poporodní stav, vývojové vady:
3. Psychomotorický vývoj:
4. Logopedická péče:
5. Enuretické a enkopretické potíže:
6. Scholarita-postupná adaptace v školních zařízeních, vztah k učivu, případné podrobné potíže vztahující se ke škole:
7. Mimoškolní aktivity:
8. Onemocnění, úrazy, záchvaty a operace:
9. Chut' k jídlu:
10. Spánek:
11. Povahové rysy dítěte:
12. Vztah k povinnostem:
13. Vztahy se sourozenci:
14. Vztah s kamarády:

PRŮBĚH HOSPITALIZACE:

Informace jsou získávány ze zdravotní dokumentace. Observace je prováděna přímo mezi dětskými pacienty. Pozorování je tedy přímé, ale skryté, aby nedocházelo ke zkreslování pozorovaného.

Dítě je během hospitalizace hodnoceno bodovým systémem oddělení (viz příklady dobré praxe) v teoretické části práce, dále dítě v rámci léčby dodržuje režim oddělení.

1. Stav dítěte při přijetí, stav během příjmu, provedení základních ošetrovatelských úkonů (hygienický filtr-kontrola kůže a vlasů, kontrola osobních a školních věcí, fyziologické funkce, uložení pacienta atd.), rozloučení dítěte s rodinou:
2. Režimové opatření a ordinace ordinované lékařem při přijetí (enuretický režim, pozor na automutilační projevy, logopedická péče, začleňování do kolektivu atd.), záznamy ošetřujícího personálu vzhledem k opatřením, změna opatření během léčby:
3. Průběh tří denní adaptační fáze:
4. Průběh hodnocení během hospitalizace vzhledem ke kategoriím a dodržování režimu oddělení:
5. Udělení dovolenek po časové době, průběh dovolenek:
6. Nežádoucí události a jejich následný postup (útěk, sebepoškozování, agresivita atd.):
7. Zvolení a vyhodnocení vhodných ošetrovatelských diagnóz během hospitalizace:
8. Speciální ošetrovatelská péče u dítěte:
9. Záznam ošetřujícího personálu o stavu dítěte (záznam je prováděn minimálně 2x týdně, různým zdravotnickým personálem):
10. Provádění aktivizací a zájmových aktivit s dítětem, reakce dítěte na aktivitu (provádí zdravotnický personál):
11. Průběh školní docházky během hospitalizace:

PŘÍLOHA P X: ZÁZNAMOVÝ ARCH PRO POZOROVÁNÍ

Příloha 10: Záznamový arch, část třetí

MEDIKACE:

1. Medikace při přijetí:
2. Změna terapie během hospitalizace a průběh chování dítěte jako reakce na aktuální medikaci-pozorování a záznam provádí vždy zdravotnický pracovník:
3. Další zdravotnické úkony spojené s nastavením medikace: