

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5**

**EDUKACE MATKY DÍTĚTE S DIAGNOSTIKOVANÝM  
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Tereza Ženožičková, DiS.**

**Praha 2017**

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5**

**EDUKACE MATKY DÍTĚTE S DIAGNOSTIKOVANÝM  
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER**

Bakalářská práce

TEREZA ŽENOŽIČKOVÁ, DIS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Martina Fitříková

Praha 2017



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.  
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00,

Ženožičková Tereza  
3VS2

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 14. 10. 2016 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Edukace matky dítěte s diagnostikovaným Attention Deficit  
Hyperactivity Disorder

*The Education of the Mother of a Child Diagnosed with Attention  
Deficit Hyperactivity Disorder*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Martina Fitříková

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH

V Praze dne: 25. 10. 2016

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 5. 2017

Podpis

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych touto cestou poděkovala především vedoucí práce PhDr. Martině Fitříkové, která mi při psaní a tvorbě následujících stránek poskytla cenné rady, kterých si velice vážím.

## ABSTRAKT

ŽENOŽIČKOVÁ, Tereza. *Edukace matky dítěte s diagnostikovaným attention deficit hyperactivity disorder*. Vysoká škola zdravotnická, o.p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Martina Fitříková. Praha. 2017. 60 s.

Tato bakalářská práce je zaměřena na děti trpící poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder, účelem je představit různé možnosti, jak lze s Attention Deficit Hyperactivity Disorder dětmi pracovat a ve výsledku jejich matky edukovat tak, aby byly Attention Deficit Hyperactivity Disorder jedincům poskytnuty co možná nejpříznivější podmínky pro rozvoj v rodině, ve společnosti a v životě. Jedním z cílů této práce, je představit tuto poruchu široké laické veřejnosti zejména z medicínského hlediska. Velice často je mylně považována za pouhé nezvládnutí výchovy na konkrétním dítěti. Především z tohoto důvodu je zde popsána porucha Attention Deficit Hyperactivity Disorder velmi podrobně. Je zde možné najít definici Attention Deficit Hyperactivity Disorder, základní informace o etiologii vzniku, o charakteristických projevech, o možné terapii a v neposlední řadě o důležitosti celkového přístupu k Attention Deficit Hyperactivity Disorder jedinci. Hlavním cílem této práce je vyvrátit stigmatizaci nezvládnuté výchovy a poskytnout ucelený zdroj informací o této poruše, především za účelem přimět potencionální čtenáře ke změně v přístupu právě k Attention Deficit Hyperactivity Disorder jedinci. První část práce je zaměřena na charakteristiku, příčiny vzniku, projevy, etiologii a terapii Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Část druhá se zabývá edukací matek Attention Deficit Hyperactivity Disorder dětí, jejichž edukační proces je zde velice pečlivě zaznamenán.

Klíčová slova

Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Edukace. Impulzivita. Hyperkinetická porucha.

## ABSTRACT

ŽENOŽIČKOVÁ, Tereza. *Education mother of a child diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Martina Fitříková. Prague. 2017. 60 pages.

This thesis is focused on Attention Deficit Hyperactivity Disorder, the purpose is to introduce various ways how is possible to work with Attention Deficit Hyperactivity Disorder children. The main goal is educate their mothers and by this way made possible favorable conditions for development in their family, in society and in whole life. Another goal of this work is to introduce this disorder to general public, especially the medical point of view. Very widespread is mistake determining Attention Deficit Hyperactivity Disorder as a incorrect way of care. Mainly for this reason, there is described Attention Deficit Hyperactivity Disorder very detailed. In this thesis is possible to find a definition of Attention Deficit Hyperactivity Disorder, basic information about the etiology, occurrence, the characteristic manifestations and possible therapies. The main purpose of this work is to disprove the stigma uncontrolled education and to provide a comprehensive source of information, especially for people, who maybe change their own opinion to this thisorder. The work is divided into two main parts, theoretical and practical. Theoretical part is focused first on the characteristics, causes, symptoms, etiology and treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. The practical part deals with the education of mothers of Attention Deficit Hyperactivity Disorder children whose educational process is carefully recorded. The main goal is feedback of mothers of Attention Deficit Hyperactivity Disorder childrens, and the research is only an evaluation indicator of the efficiency of my education and their effort to change something, which is run in order.

### Keywords

Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Education. Impulsiveness. Hyperkinetic disorder.

# PŘEDMLUVA

Téma této práce, tedy poruchu Attention Deficit Hyperactivity Disorder, jsem si zvolila s ohledem na své současné zaměstnání, které mi poskytuje dostatek možností se s touto poruchou podrobněji seznámit nejen z pohledu teoretického, ale především z hlediska praktického. Domnívám se, že je tato porucha společností často mylně bagatelizována, což mě vedlo právě k sepsání následujících stránek. Jsem toho názoru, že z velké části je to pro dodnes ne zcela jasnou etiologii tohoto onemocnění a v dalším případě jsou to i její charakteristické projevy, které mohou na první pohled nesprávně evokovat dojem nevychovaného, rozmazleného dítěte. Mým cílem je tento pohled na jedince trpící poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder eliminovat a těm, kdo se chtějí o této poruše dovědět více poskytnout ucelený soubor snadno dostupných informací.

První část této práce je zaměřena na definici, klasifikaci, projevy a etiologii Attention Deficit Hyperactivity Disorder, toto vše je uvedeno za účelem detailního přiblížení toho, čím si jedinci trpící poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder procházejí. Následně je zde rozepsán postup hospitalizace a péče poskytovaná právě dětem trpícím poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Podrobně jsou zde uvedeny i jednotlivé postupy a úkony, které sestry a ošetřující personál provádí konkrétně u hospitalizovaných s poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder. To vše je zde uvedeno jako průvodce jednotlivými etapami postupného vypořádání se s touto poruchou.

V části druhé jsem se zaměřila na skutečný příběh těch, kdo poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder trpí. Tyto informace jsou v práci zprostředkovány matkami dětí, kterým byla tato porucha diagnostikována. Domnívám se, že právě tak lze získat validní informace o komplikovanosti poruchy Attention Deficit Hyperactivity Disorder.



# OBSAH

## SEZNAM ZKRATEK

## SRZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	12
<b>1 PORUCHA ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER.....</b>	<b>15</b>
1.1 HYPERKINETICKÉ PORUCHY (ICD-10).....	16
1.2 ETIOLOGIE VZNIKU ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER.....	17
1.3 CHARAKTERISTICKÉ PROJEVY ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER.....	19
1.1.1 NARUŠENÁ POZORNOST .....	20
1.1.2 HYPERAKTIVITA .....	21
1.1.3 IMPULZIVITA.....	22
1.4 DIAGNOSTIKA ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER .....	23
1.4.1 PSYCHOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ.....	24
1.4.2 HODNOCENÍ POZORNOSTI.....	25
1.5 OTÁZKA ZVOLENÍ TERAPIE ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER.....	26
1.6 ROLE EMPATIE V TERAPII ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER.....	27
1.7 MOŽNÉ VARIANTY PSYCHOTERAPIE ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER.....	30
1.8 DALŠÍ METODY LÉČBY .....	31
<b>2 PŘÍSTUP K DĚTEM S ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER.....</b>	<b>32</b>
2.1 ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER Z POHLEDU LAICKÉ VEŘEJNOSTI.....	34
<b>3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U DÍTĚTE S ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER .....</b>	<b>38</b>
<b>4 EDUKACE.....</b>	<b>42</b>
<b>5 EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA S DIAGNÓZOU ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER .....</b>	<b>43</b>
5.2 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	72
ZÁVĚR .....	74
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	76
PŘÍLOHY.....	79

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>ICD</b>	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
<b>MKN</b>	Mezinárodní klasifikace nemocí
<b>CNS</b>	Centrální nervový systém
<b>INPP</b>	Terapie neuromotorické nezralosti

(VOKURKA a kol. 2010).

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

<b>Striatum</b>	Hluboká oblast šedé hmoty mozkové
<b>Corpus callosum</b>	Struktura zprostředkovávající propojení mozkových hemisfér
<b>Centrální nervový systém</b>	Ústřední část nervové soustavy
<b>Hyperaktivita</b>	Nadměrná aktivita
<b>Impulzivita</b>	Sklon k unáhlenému jednání

(VOKURKA a kol. 2010).

## ÚVOD

Tématem této bakalářské práce je Edukace matky dítěte s diagnostikovaným Deficit Attention Hyperactivity Disorder, dále jen Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Toto téma je dle našeho názoru považováno za velmi aktuální, a to především proto, že se s touto diagnózou i v dnešní době pojí velké množství předsudků. Často jsou děti s poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder považovány pouze za nevychované a rodinou nezvládnuté a to nejen širokou laickou veřejností. Jedním z cílů naší práce je vyvrátit tuto domněnku a poskytnout ucelený zdroj informací o této poruše. V případě, že alespoň několika jedincům poslouží má práce, jako impuls ke změně pohledu na diagnózu Attention Deficit Hyperactivity Disorder, dovolíme si ji považovat za opravdu užitečnou.

První část této práce je zaměřena na charakteristiku, příčiny vzniku, projevy, etiologii a terapii Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Podrobněji budou rozepsány zejména kapitoly diagnostika s ohledem na přetrvávající nedůvěru ve vyšetření psychologického rázu a kapitola léčba pro ucelení představy o možnostech, které práce s Attention Deficit Hyperactivity Disorder poruchou nabízí. Dále se budeme věnovat především vlivu Attention Deficit Hyperactivity Disorder na sociální vztahy, které dítě postupně navazuje. Jelikož právě interakci s okolím považujeme za velice problémovou, ve smyslu dítě k okolí i okolí k dítěti. Ale zároveň se také domníváme, že právě zde existuje velký potenciál, který v případě, že se uchopí správně, v podobě uposlechnutí rad odborníka, znamená velice často příslib snadnější komunikace a tím i vzájemného soužití.

## **Také obsahuje:**

### **Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Poskytnout komplexní soubor informací o poruše Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

**Cíl 2:** Zdůraznit závažnost poruchy Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

**Cíl 3:** Dementovat tvrzení, že její podstatou je nezvládnutá výchova ze strany rodičů.

**Cíl 4:** Zdůraznit přínos včasného zahájení a vhodného zvolení terapie u této poruchy.

### **Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Hlavním cílem celé práce je úspěšně edukovat matku Filipa s Attention Deficit Hyperactivity Disorder a dovést ji tak přes vhodný přístup a použití výchovných metod ke spokojenějšímu soužití celé rodiny.

## **Vstupní literatura**

1. JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a Hana ŽÁČKOVÁ. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině: základní projevy ADHD, zásady výchovného vedení, působení relaxačních technik, dospívání hyperaktivních dětí*. Praha: Grada, 2010. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2697-7.
2. LANGMEIER, Josef, Karel BALCAR a Jan ŠPITZ. *Dětská psychoterapie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-710-7.
3. PEŠOVÁ, I., ŠMALÍK, M. *Poradenská psychologie pro mládež*. Praha: Grada Publishing, 2006. str. 152. ISBN 80-247-1216-4.
4. PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4742-366.

5. ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. Dětská klinická psychologie. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1049-8.

### **Popis rešeršní strategie**

Výše uvedená literatura byla vyhledána za účelem sepsání této bakalářské práce, čímž došlo k formulaci rešeršního požadavku, který byl zadán dle kritérií platných pro tvorbu bakalářské práce na výše uvedené škole. K formulaci tohoto požadavku jsme využili rešeršní služby Krajské knihovny v Pardubicích, za klíčové pojmy rešeršního požadavku byly zvoleny Attention Deficit Hyperactivity Disorder a hyperkinetická porucha.

Seznam potencionální možné literatury byl omezen tak, aby pro tuto práci nebyla použita literatura starší deseti let. Vzhledem k velkému množství nacházených zdrojů jsme omezili výběr pouze na publikace knižní s tím, že časopisové články jsme dohledávali následně sami dle jejich konkrétního zaměření tak, aby vhodně doplnili kontext celé bakalářské práce.

# 1 PORUCHA ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

Porucha Attention Deficit Hyperactivity Disorder spadá do skupiny vývojových poruch, jedná se tedy o poruchu, jejíž projevy jsou patrné již od raného dětství. Její podstata je spjata s deficitem, či opožděným zrání CNS (centrální nervové soustavy), tato porucha se projevuje konstantním projevem potíží, nejsou zde obvyklé exacerbace ani remise průběhu této poruchy. Je ale možné zaznamenat postupné zlepšení s postupným dozráváním CNS (ZELINKOVÁ, 2015).

Porucha Attention Deficit Hyperactivity Disorder patří do skupiny MKN-10, neboli ICD-10 v anglickém znění, tedy International Classification of Diseases, která platí od roku 1993. Právě zde se objevuje termín hyperkinetické poruchy, které patří do skupin onemocnění F90.0 "porucha aktivity a pozornosti" a F90.1 "hyperkinetická porucha chování" (MUNDEN, ARCELUS, 2008, s. 16.). Tato porucha je definována i v dalších diagnostických manuálech, ale s ohledem na preference lékařů v České republice jsem se rozhodla uvést nejprve řazení ICD-10 (MKN-10) a řazení pomocí Amerických diagnostických manuálů psychiatrických poruch tedy DSM-IV až následně.

Klasifikace DSM-IV je zde uvedena zejména z důvodu použití názvu Attention Deficit Hyperactivity Disorder, tedy zkratky vycházející z již výše zmiňované klasifikace DSM-IV. Za velice zajímavé je možno považovat porovnání obou uvedených klasifikačních norem.

Ve srovnání s výše uvedeným klasifikačním systémem ICD je Attention Deficit Hyperactivity Disorder dle DSM diagnostikováno i v případě, kdy je přítomen pouze jeden z výše uvedených příznaků (viz. výše uvedená porucha pozornosti, hyperaktivita, nebo impulzivita). Dále zde není pravidlem, že se všechny příznaky musejí vyskytovat jak v rodinném prostředí, tak při školní docházce. Pojem Attention Deficit Hyperactivity Disorder se nezabývá příznaky poruch chování a tudíž tedy není možné jej zařadit na totožné místo s hyperkinetickou poruchou v ICD. Oba systémy shodně trvají na prokazatelném výskytu příznaků v dětském věku, toto opatření má za úkol eliminovat záměnu s případnými sekundárními neurologickými důsledky onemocnění, či úrazů. Patrné tedy je, že hyperkinetická porucha zahrnuje závažnější příznaky, než jaké spadají do konceptu Attention Deficit Hyperactivity Disorder (PACLT, 2007).

Pro tuto práci bylo zvoleno právě označení Attention Deficit Hyperactivity Disorder, uvedené v D S M klasifikaci a to především z toho důvodu, že je to u nás, na rozdíl od termínu hyperkinetická porucha, kterou zmiňuje ICD , zaužívaný pojem.

Etiologie Attention Deficit Hyperactivity Disorder není zatím jednoznačně definována, právě díky této skutečnosti prošla v minulosti výše zmiňovaná porucha několika různými názvy, které vycházely zejména z projevů takto postiženého jedince. Nejčastěji zmiňovaným a zároveň vyvráceným rizikovým faktorem, je genetický přenos, dále zdravotní stav matky v době těhotenství, případná traumata před, v průběhu a bezprostředně po porodu, dále na příklad specifické potravinové alergie především na umělá barviva a aromata, ke kterým jsou jedinci Attention Deficit Hyperactivity Disorder obecně náchylnější (JUCOVIČOVÁ, ŽÁČKOVÁ, 2010).

## **1.1 HYPERKINETICKÉ PORUCHY (ICD-10)**

Hyperkinetické poruchy jsou dle ICD -10 označeny, jako „Skupina poruch charakterizovaná časným začátkem (obvykle v prvních pěti letech života), nedostatečnou vytrvalostí v činnostech, vyžadujících poznávací schopnosti, a tendencí přebíhat od jedné činnosti ke druhé, aniž by byla jedna dokončena, spolu s dezorganizovanou, špatně regulovanou a nadměrnou aktivitou. Současně může být přítomna řada dalších abnormalit. Hyperkinetické děti jsou často neukázněné a impulzivní, náchylné k úrazům a dostávají se snadno do konfliktů s disciplínou pro bezmyšlenkovité porušování pravidel spíše, než by úmyslně vzdorovaly. Jejich vztah k dospělým je často sociálně dezinhibován pro nedostatek normální opatrnosti a odstupu. Mezi ostatními dětmi nejsou příliš populární a mohou se stát izolovanými. Poznávací schopnosti jsou běžně porušené většinou u všech dětí a specifické opoždění v motorickém a jazykovém vývoji je tak disproporciálně časté. Sekundárními komplikacemi jsou disociální chování a nízké sebehodnocení“ (ÚZIS, 2016).

Klasifikace dle ICD požaduje k určení diagnózy hyperkinetická porucha, přítomnost poruchy chování ať již například v podobě opozičnictví nebo agresivity. Dále přesně daný počet základních klinických příznaků, závisejících především na věku pacienta. Zároveň je zde také stanoveno, že projevy těchto příznaků musely být patrné od raného dětství a trvaly, nebo trvají alespoň šest měsíců v kuse. Tyto příznaky musí být možné taktéž pozorovat současně v domácím i ve školním prostředí. A závěrem je nutné



dotat, že diagnózu hyperkinetická porucha nelze konstatovat v případě, kdy dojde k absenci a úplnému výpadku jedné z výše uvedených složek (porucha pozornosti, impulzivita, nebo hyperaktivita), (PACLT, 2007).

Příznaky typické pro poruchu Attention Deficit Hyperactivity Disorder prošly v minulosti již několika souhrnnými názvy, které zhruba odpovídaly dnešní definici poruchy Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Vždy se zde vyskytovaly drobné detaily, kterými se postupně zaváděné názvy lišily od sebe i od poruchy Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Poruchy způsobené hyperaktivitou a poruchou pozornosti byly zkoumány zhruba od počátku 20. století. Do té doby byly považovány pouze za selhání rodiny a jejího výchovného působení.

Základní projevy Attention Deficit Hyperactivity Disorder byly nejprve označovány jako LMD (lehká mozková disfunkce), z hlediska Attention Deficit Hyperactivity Disorder byly ale tyto projevy příliš obsáhlé a konkrétně zaměřené. Nyní se diferencovaly do několika specifických poruch, týkajících se na příklad čtení, psaní, počtů a tak dále.

Následně v 70. a 80. letech dvacátého století došlo k vyzdvižení hlavního příznaku, kterým je tato porucha typická, tedy neustálé nutkání něco dělat. Nový název pro poruchu vyznačující se příznaky typickými pro nynější Attention Deficit Hyperactivity Disorder byl tedy hyperkinetický syndrom. K tomuto označení se dále přidalo nedostatečné udržení pozornosti, v podobě ADD, následně hyperaktivita Attention Deficit Hyperactivity Disorder (PACLT, 2007).

## **1.2 ETIOLOGIE VZNIKU ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER**

U poruchy Attention Deficit Hyperactivity Disorder lze určit několik možných příčin, u kterých však není prokázáno, jak velký podíl mají ve skutečnosti na projevu této poruchy. Za potencionální rizikové faktory jsou považovány především genetika, vliv vnějšího prostředí, neurologická zralost CNS a dále faktory prenatální perinatální a postnatální (JUCOVIČOVÁ, ŽÁČKOVÁ, 2010).

Za důležitý se považuje především celkový zdravotní stav matky, který v případě, že není optimální, může pro dítě znamenat zvýšený rizikový faktor v podobě rizika hypoxie z hlediska na příklad predispozice k protražovanému porodu. Zdravotní stav matky může být ohrožen také infekčním a horečnatým onemocněním, užíváním léků, případně návykových látek. Špatný zdravotní stav je zvýšenou potencionální hrozbou především v kombinaci s již existujícími predispozicemi, jako je například projev hyperaktivity u jednoho z rodičů, především otce.

Z hlediska průběhu porodu je důležité zmínit, jak již bylo uvedeno výše, především komplikovaný protražovaný porod, jako riziko hypoxie, případně s rizikem poranění hlavy způsobeným na příklad použitím vakuového extraktoru, nebo kleští.

V postnatálním období je rizikovým faktorem především úraz hlavy, infekční či horečnaté onemocnění dítěte (JUCOVIČOVÁ, ŽÁČKOVÁ, 2010).

Podrobnější výzkumy prokázaly existenci anatomických odlišností mozkových struktur, jako na příklad ve striatu a corpus callosum, jedná se zejména o oblasti zodpovědné za moderaci chování a udržení pozornosti. U jedinců Attention Deficit Hyperactivity Disorder je corpus callosum menší ve srovnání s normálně fungujícím mozkem (LOVE, WEBB, 2008). Odlišně v takovém případě také fungují některé neurotransmitery, především dopamin a noradrenalin, na podkladě toho také dochází k projevům postihujícím koordinaci pohybů, udržení pozornosti a chování. Z tohoto zjištění také vychází schéma farmakoterapie, která vyrovnává deficit dopaminu v těle (UHLÍKOVÁ a kol., 2009).

Výsledky některých výzkumů potvrzují i geneticky podmíněný vznik poruchy Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

Dále je zmiňována otrava olovem, která je v současnosti velice vzácná, ovšem v případě, že k ní z nějakého důvodu dojde, má za následek encefalitidu s obvykle těžkým průběhem, při níž může docházet k poškození mozkových struktur a sekundárně tedy k projevům poruchy Attention Deficit Hyperactivity Disorder (PACLT, 2007).

Za jednu z dalších potencionálně možných příčin některých projevů Attention Deficit Hyperactivity Disorder je považováno přetrvání primárních reflexů. Do skupiny takto podmíněných projevů Attention Deficit Hyperactivity Disorder poruchy patří zejména poruchy pozornosti (ŘÍČAN, KREJČÍŘOVÁ, 2006).

### **1.3 CHARAKTERISTICKÉ PROJEVY ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER**

Dříve než přistoupíme k popisu narušených projevů ve vztahu k poruše Attention Deficit Hyperactivity Disorder, budou definovány projevy normální, respektive ty, od kterých se bude většina následně uvedených projevů chování zásadně lišit. Vzhledem k charakteru a pojetí této práce bylo z definic normality zvoleno sociokulturní pojetí, které popisuje, že za normální bývá obvykle považováno to, co je pro danou kulturu obvyklé (FISHER, ŠKODA, 2014). Dále je zde také zmiňována skutečnost, že za normu, je považováno to, co je společensky přijatelné, z čehož následně vyplývá, že to, co za společensky přijatelné považovat nelze, představuje pro vymykající se jedince jisté komplikace v podobě odmítání. Nutné podotknout, že toto odmítání nemusí znamenat úplnou neschopnost adaptace. Vyjadřuje pouze fakt, že daný jedinec je jiný, než ostatní a skutečnost, že takové chování není žádoucí. Což v podstatě mnohdy znamená, že žádoucí není samotný jedinec, dopouštějící se takového chování. Na příklad sociální integrace je proces rovnoprávného začlenění jedince do společnosti jako fungujícího celku a právě pro Attention Deficit Hyperactivity Disorder jedince představuje zejména ve školním prostředí značné usnadnění v podobě redukci neřízených projevů prostřednictvím na příklad nepřetržitého dohledu, podrobněji v kapitole terapie Attention Deficit Hyperactivity Disorder (SLOWÍK, 2007).

Projevy komplikující Attention Deficit Hyperactivity Disorder poruchou trpícímu jedinci zásadní i každodenní drobné úkony, lze dle Paclta rozdělit do tří následujících skupin. Nutné je však zmínit, že Attention Deficit Hyperactivity Disorder dítě netrpí deficitem intelektu, jak by se na první pohled mohlo jevit, jsou to pouze souhry nedokončených myšlenek, zbrklých úkonů a nedostatek trpělivosti, které se mohou podobným způsobem projevovat (PACLT, 2007).

### 1.1.1 NARUŠENÁ POZORNOST

Pozornost slouží u zdravého jedince, jako filtr. Zdůrazní to, co je v danou chvíli důležité a potlačí podněty nežádoucí, rušivé. Pro dítě trpící poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder je velice komplikované udržení pozornosti, zejména při opakovaných, nezábavných a dlouhodobých činnostech. Výzkumy poukazují na skutečnost, že děti s poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder nejsou u případné vnější stimulace těkavější, než normální děti. Za to je zde ale prokázána negativní účinnost irelevantní stimulace v rámci plnění zadaného úkolu. Je tedy nutné zvolit správný přístup ve správnou chvíli a zohlednit individualitu každého jednoho dítěte (MICHALOVÁ, PEŠATOVÁ, 2012).

Dalším, poruchu Attention Deficit Hyperactivity Disorder charakterizujícím a život komplikujícím, faktorem je zde i porucha vytrvalosti, která se v praxi projevuje především v situacích, kdy se objeví v blízkosti úkol plnění dítěte jiná, zajímavější činnost (MICHALOVÁ, PEŠATOVÁ, 2012). Obecně toto platí i u zdravého jedince, pouze s tím rozdílem, že ten je schopný silou vůle, smyslem pro povinnost, či jinou ušlechtilou pohnutkou mysli u této stereotypní činnosti vytrvat. Zejména v případě, kdy je to nezbytné, školní docházka, pracovní příležitost. Jedinci trpící Attention Deficit Hyperactivity Disorder poruchou tohoto schopni obvykle nejsou a v případě, že ano, představuje pro ně taková situace vyvinutí téměř nadlidského úsilí.

Dalším problematickým jevem, doprovázejícím Attention Deficit Hyperactivity Disorder je narušená schopnost přijímání podnětů. Některé podněty jsou okamžitě bezděčně eliminovány a to bez ohledu na jejich důležitost a intenzitu. Proto Attention Deficit Hyperactivity Disorder trpící jedinec není schopný podrobit úvahy obligátní syntéze, některé podněty jsou nevědomě, ale zcela ignorovány, tudíž v konečném řešení problému nejsou brány v úvahu (DRTÍLKOVÁ, 2007). V důsledku toho, je konečné řešení problému často neúplné a působí až ledabylým dojmem. Jak uvádí Říčan a Krejčířová děti, trpící specifickou poruchou chování, nedokáží dostatečně efektivně využívat kapacitu myšlení. Tedy mohou se jevit méně inteligentní, což je ovšem jen důsledek poruchy Attention Deficit Hyperactivity Disorder, nikoli deficitem skutečného intelektu (ŘÍČAN, KREJČÍŘOVÁ, 2006).

Neschopnost diferenciacie podnětů dle důležitosti je jedním z dalších zásadních znaků Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Attention Deficit Hyperactivity Disorder jedinci nejsou schopni odlišit podněty důležité a těm se primárně věnovat od těch naprosto nepodstatných (MICHALOVÁ, PEŠATOVÁ, 2012).

Není lehké představit si situaci, kdy pro nás samozřejmé věci, samozřejmé nejsou. Otázkou je dle čeho si vybrat objekt primární pozornosti, když intuice nefunguje. Zdravý jedinec neomylně cítí, že během trvajících testu ve škole není důležitá žvýkačka pod lavicí. Ale v případě, že tomu tak není, nastává chaos a vyvstává otázka dle čeho se rozhodovat? Kus papíru na lavici leží, ani se nehne, otázky nejsou příliš zajímavé a tužka je důvěrně známá. Ale lavice, do které jste posazeni pouze na test je jiná, jiná než ta vaše. Těsně pod okrajem cosi nahmatáte, ha žvýkačka. Jak dlouho tu asi takhle visí? Budou se do ní dát ještě zabořit prsty, které pak budou ještě dlouho vonět po jahodách? Řeknete si malichernost, hloupost, ale jak to poznáte, když to nepoznáte (MICHALOVÁ, PEŠATOVÁ, 2012)?

### **1.1.2 HYPERAKTIVITA**

Hyperaktivita je dalším velice výrazným projevem Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Jedná se především o nadměrnou hyperaktivitu, nebo k věku pacienta zcela nepřiměřenou a to ať již v oblasti motorické, nebo hlasové. Tyto projevy obvykle nelze přehlédnout, mohou mít podobu chaotického pobíhání po místnosti, bezmyšlenkovitého osahávání věcí s momentální činností nesouvisejících, hlasitého nesrozumitelného vykřikování, či pouze vydávání neidentifikovatelných zvuků, skákání do řeči a dalších (PACLT, 2007). To vše je chování, které mezi normálními jedinci musí nutně vyčnívat a okolí je považuje v lepším případě za nestandardní, rušivé, neukázněné, což znamená mnohdy nemalé komplikace v životě osobním i profesním.

### 1.1.3 IMPULZIVITA

Impulzivita se vyznačuje nedostatečnou sebekontrolou, okamžitým nápadem následovaným bezmyšlenkovitým provedením, bez zábran a bez konkrétní představy následků (PACLT, 2007). Takové chování může mít v praxi podobu častého vyrušování při výuce, neschopnost počkat při přecházení silnice, častých omylů z nepozornosti (PACLT, 2007).

Dále se tito jedinci vyznačují na příklad neovladatelným skákáním do řeči, jedná se především o náhle vzniklé myšlenky, které má Attention Deficit Hyperactivity Disorder osoba nutnost okamžitě sdělit, ty ve skutečnosti nemusí nikterak souviset s tématem výkladu, či rozhovoru. Attention Deficit Hyperactivity Disorder jedinci jsou schopni zadanou činnost v průběhu přerušit a jít na příklad spočítat mouchy sedící aktuálně na okně, náhle si ale u okna všimnou letícího páru holubů a okamžitě se jim do hlavy vloudí myšlenka, kdepak asi mají hnízdo, kampak poletí, není zbytí, je nutné holuby sledovat. Do toho všeho pravděpodobně uslyší z úst pedagoga větu typu: ty nemáš co na práci? Jenže vlivem narušené pozornosti uslyší Attention Deficit Hyperactivity Disorder poruchou trpící osoba na příklad: Kde žijí takoví opičáci. A s neskrývaným zájmem hlasitě vykřikne: Španělsko, Indie, Afrika. Pedagog obrátí oči v sloup, zalomí rukama a současně zazvoní konec hodiny, práce Attention Deficit Hyperactivity Disorder dítěte je nedopsaná, hodnocená nedostatečně. Otázkou však zůstává, čemu ve skutečnosti patří toto nedostatečné ohodnocení, pokud schopnosti udržet pozornost, pak ano ta je prokazatelně nedostatečná. Pokud se však má jednat o hodnocení intelektu, pak tuto známku nelze považovat za validní ukazatel. Výše uvedené příznaky nemají konkrétní původ vzniku, existují zde však jisté predispozice, které budou uvedeny v kapitole následující (PACLT, 2007).

## 1.4 DIAGNOSTIKA ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

Diagnostika poruchy Attention Deficit Hyperactivity Disorder se odvíjí od dlouhodobějšího pozorování, nejprve rodinou, případně pediatrem, následně psychologem. V současné době neexistuje žádný kodifikovaný test, spolehlivě odhalující poruchu Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Mezi nejčastěji užívané diagnostické nástroje v České Republice lze obvykle řadit, podobně, jako u dalších onemocnění podobné etiologie na: anamnézu, rozhovor s rodiči, vyšetření dítěte obvykle pomocí rozhovoru, případně lze zvolit pozorování, pokud jej odborník vyhodnotí, jako efektivnější cestu k získání informací, vyšetření orientovaná především na zjištění rozumových schopností a schopnost dítěte udržet pozornost (PEŠTOVÁ, ŠMALÍK, 2006).

Na podkladě výše uvedeného lze dospět k závěru, zda jsou nutná další odborná vyšetření, v případě, že jsou vyšetřujícím psychiatrem doporučena, jedná se zejména o vyšetření popsána níže.

Speciální neurologická vyšetření v případě poruchy Attention Deficit Hyperactivity Disorder, obdobně jako u většiny dalších neurologických poruch, jsou diagnostickými metodami při neurologickém vyšetření nejčastěji zvoleny CT, MR a EEG. Tyto metody jsou upřednostňovány zejména z důvodu jejich komplexnosti a účinnosti. Úkolem těchto vyšetření je rozpoznání případných patologických nálezů na CNS.

Poruchu Attention Deficit Hyperactivity Disorder zahrnuje na příklad škála Paulova, Barkleyův dotazník, nebo Gordonův systém. Vyšetření kognitivních předpokladů je nutné podstoupit především s ohledem na zvolení odpovídajícího individuálního plánu vzdělávání, který je pro jedince s poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder nutností.

Cílem vyšetření laterality je určit typ laterality. Lateralitou je definován vztah ruka, oko, ve smyslu dominance a funkceschopnosti. Obvykle bývá dominantní jedna polovina, tedy ruka a oko na shodné straně těla. U dětí s poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder dochází k výskytu laterality nevyhraněné, nebo zkřížené.

Za zprostředkování lateralit zodpovídají příslušná korová centra, situovaná v protilehlých mozkových hemisférách (PEŠTOVÁ, ŠMALÍK, 2006).

Je-li cílem efektivní intervence u Attention Deficit Hyperactivity Disorder dětí přiblížit je co možno nejbližší normálnímu chování, ukazuje se nezbytná spolupráce několika kvalifikovaných odborníků, mezi které patří zejména psycholog, pedagog, pediatr, psychiatr. Psycholog a jeho úloha v identifikaci Attention Deficit Hyperactivity Disorder bude rozepsána podrobněji níže. Úlohou pedagoga je především zajištění odborně vedeného vzdělávání dítěte, v případě potřeby je velice užitečná spolupráce s rodinou, případně dalšími odborníky. Pediatr je v roli prostředníka mezi rodiči dítěte a odbornou konzultací, právě na jeho doporučení jsou předepsána další odborná vyšetření. Psychiatr v konečné fázi zhodnocením všech výsledků potvrzuje konečnou diagnózu Attention Deficit Hyperactivity Disorder pouze psychiatr, ačkoli na diagnostice spolupracuje odborníků několik (LANGMEIER a kol., 2010).

#### **1.4.1 PSYCHOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ**

Psychologické vyšetření je zde rozepsáno podrobněji, jelikož je možné se i v dnešní době setkat s názorem, že se jedná o něco potupného a nedůstojného. Níže uvedené informace jsou uvedeny za účelem vyvrácení tohoto pohledu a naopak zde bude psychologické vyšetření představeno, jako účinný nástroj k odhalení nejen této poruchy. Psychologické vyšetření je tedy jeden z výchozích bodů ke správnému určení diagnózy Attention Deficit Hyperactivity Disorder, měl by se odehrávat v klidné, pohodlně zařízené a k tomuto účelu vybavené místnosti. Dále je zde velice důležité zohlednit povahové rysy každého jednoho dítěte. Obvykle jsou děti s testováním tohoto typu konfrontovány v takové situaci prvně a tak je přirozené, pociťují-li obavy, nervozitu, či napětí. Na podkladě toho také mohou zaujímat v rámci obrany negativní, či pasivní postoj. Právě s tím by měl psycholog, vedoucí podobné testování, zejména u dětí počítat a v konečném hodnocení jej zohlednit. Velice důležitý je také samotný přístup examinátora k vyšetřované osobě, měl by být dostatečně empatický, trpělivý a profesionální. Profesionalita je zde uvedena zejména ve spojitosti s administrací testů a výsledným hodnocením, do kterého by měla být vždy zahrnuta nejen data, ale i názory a domněnky samotného examinátora. Cílem takového testování by nemělo být pouze



zpracování dat, nýbrž snaha o porozumění, která pouze vychází z dotazníkem odhalených skutečností (BRADBURY, CATHY, 2016).

Dále jsou děti s podezřením na poruchu Attention Deficit Hyperactivity Disorder podrobeny testům pozornosti, inteligence, krátkodobé paměti, motorických reakcí, prostorové orientaci, představivosti, schopnosti abstrakce a logického myšlení (JUCOVIČOVÁ, ŽÁČKOVÁ, 2010 s. 19).

Dílčím příkladem komplexnosti psychologického vyšetření a jeho průběhu, kterému se budeme věnovat podrobněji, je hodnocení pozornosti. Níže uvedené je zde zmíněno především s ohledem na nemalé komplikace, které především deficit pozornosti v životě Attention Deficit Hyperactivity Disorder jedince představuje.

#### **1.4.2 HODNOCENÍ POZORNOSTI**

Vzhledem ke skutečnosti, kdy k základním rysům Attention Deficit Hyperactivity Disorder poruchy řadíme poruchy pozornosti, bude níže uvedena stručná charakteristika kritérií, dle kterých je pozornost hodnocena. Následující je zde uvedeno především pro orientaci a představu o tom, co vše diagnostika Attention Deficit Hyperactivity Disorder zahrnuje a jak komplexně k této problematice odborníci přistupují. Jednou z diagnostických pomůcek je číselný čtverec. Viz příloha A

Číselný čtverec slouží především na testování koncentrace pozornosti a po správném odečtení a vyhodnocení je velice odpovídajícím ukazatelem především zátěže, kterou je ještě dětská pozornost schopna snést. Test se provádí na podkladě metody, kdy je dítě vyzváno, aby v předloženém čtverci identifikovalo čísla, která jsou zařazena chybně a uvedla je ve správném pořadí (JUCOVIČOVÁ, ŽÁČKOVÁ, 2010).

Dalším, poměrně často užívaným testovacím nástrojem pozornosti, je Bourdonův test. I tento má tvar čtverce, skládajícího se z několika menších čtverců, z nichž má každý malý čtverec přiřazen určitý tvar, zkoumaný jedinec má za úkol zvolit a označit vždy jen takové tvary, které jsou předem uvedeny (JUCOVIČOVÁ, ŽÁČKOVÁ, 2010). Diagnostika poruchy Attention Deficit Hyperactivity Disorder vychází, jak je již uvedeno výše, velice často z výsledků testů, hodnotících především schopnost udržet pozornost.

Je to také jeden z hlavních a velice nápadných rysů této poruchy, proto jsem se mu rozhodla věnovat níže ještě podrobněji. Viz příloha B

Schopnost udržení pozornosti se zvyšuje přímo úměrně věku dítěte, zhruba 1 až 1,5 minuty za každý rok věku dítěte. Právě z tohoto poznatku také vychází náplň jednotlivých psychologických vyšetření. Velice snadno by se tedy mohlo přihodit, že by nevhodně rozvržené vyšetření mělo zásadní dopad na validitu konečného výsledku. Důležité je zejména střídání jednotlivých úkonů, ověření zda dítě chápe zadané úkoly, sledovat intenzitu pozornosti v průběhu testování (ŘÍČAN, KREJČÍŘOVÁ, 2006).

Míra rozvoje pozornosti je podmíněna zráním především korových oblastí čelního mozku. Jak již bylo uvedeno výše, právě díky této schopnosti filtrování vnějších podnětů je možné zaměřit pozornost potřebným směrem, tedy přizpůsobit se nárokům které jsou na míru pozornosti momentálně kladeny. (ŘÍČAN, KREJČÍŘOVÁ, 2006).

Důležitá je také skutečnost, že stejně jako u plnění každodenních úkolů i u udržení pozornosti zde již od útlého věku hraje zásadní roli vlastní zainteresovanost konkrétního jedince a potencionální profit, to je také podstatou některých doporučených výchovných, terapeutických metod.

## **1.5 OTÁZKA ZVOLENÍ TERAPIE ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER**

Velice zajímavě se k problematice integrace jedinců Attention Deficit Hyperactivity Disorder staví S. Emmerlingová (2015). Zmiňuje skutečnost, že farmakologická léčba je jistým způsobem jediné východisko, ale pouze u jedinců agresivních, či projevujících známky jiné poruchy prožívání. Otázkou číslo jedna by ale i u agresivních jedinců mělo být, zda je k nim opravdu profesionálně přistupováno. Mnohdy může být agresivní chování naopak pouze reakcí Attention Deficit Hyperactivity Disorder jedince na nevhodný přístup pedagoga. Farmakoterapie bývá však dle uvedeného rodičům podsouvána i v případech, kdy se tato léčba nemůže odrazit kladně na projevech pacienta. Bývá mylně považována za nejpohodlnější cestu ze strany nedostatečně informovaného

pedagoga, který má s farmakologicky utlumeným problémovým žákem méně práce. K utlumení již tak omezené pozornosti, může snadno dojít právě nevhodným typem medikace, což pro daného jedince jistě nepředstavuje žádné výhody. Bohužel existují i rodiny, jimž se zdánlivým zklidněním dítěte uleví a právě z tohoto důvodu farmakoterapii upřednostní. Těžké posoudit do jaké míry jim to ve skutečnosti lze dávat za vinu, neboť o druhu terapie by měl rozhodovat vždy k tomu kompetentní odborník. Ovšem v případě, že tomu tak není, stává se z dítěte neposedného, pomalu dítě rezignované. Naopak kouzlo spočívá ve správně zvoleném přístupu na příklad v podobě INPP terapie, viz níže. Následují příklady, proč je v některých případech farmakoterapie škodlivá (EMMERLINGOVÁ, 2015).

Chybějící nervové spoje není možné farmakologicky upravit, naopak lze je vytvořit správným a pravidelným tréninkem. Taktéž ani nedozrálé motorické reflexy pomocí medikace není možné potlačit, ale i zde platí, že je lze pomocí terapie, jako je na příklad INPP, moderovat ve prospěch pacienta.

Jakékoliv léky zvyšují zátěž organismu. U jedinců Attention Deficit Hyperactivity Disorder, kteří jsou náchylnější na jisté druhy alergií, by mělo docházet naopak k úpravám stravování ve smyslu snahy o detoxikaci dětského organismu.

A v řadě poslední, pomocí farmakologické léčby není možné odstranit emocionální příčiny ani následné adaptační problémy, kterými jsou nuceni Attention Deficit Hyperactivity Disorder jedinci procházet (EMMERLINGOVÁ, 2015).

## **1.6 ROLE EMPATIE V TERAPII ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER**

Jelikož dítě, ať již jakékoliv, je každodenní součástí života rodiny, je nezbytné podniknout veškeré kroky, které přislíbují alespoň částečné porozumění a toleranci ze strany dítěte i rodiny. Nutno dodat, že tyto kroky budou vždy největší částí úkolem rodiny samotné. Dítě s poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder samozřejmě také negativně vnímá veškerá nedorozumění, výtky, výčitky a výhrůžky, ale není schopno jim vlastní chování nijak přizpůsobit, či podřídit. Základem úspěchu je mít neustále na

paměti, že veškeré chování dítěte není důsledkem naschválů, nýbrž vrozenou poruchou. Z pozice rodiče není nikterak těžké dopustit se nesprávného, či chybného chování, důležité je mít na paměti, že právě tyto chyby ovlivňují děti trpící poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder daleko více. Především z důvodu, že nejsou tolik obratné v řešení mezilidských vztahů, zejména vypjatých. Negativně laděná atmosféra v rodině samozřejmě není vhodná ani pro dítě zdravé, to je ale obvykle prostřednictvím moderaace vlastního chování alespoň částečně napáchané průšvihy urovnat, dítě trpící poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder tohoto obvykle schopně není (CARTER, 2014).

Přesto, nebo spíše právě z tohoto důvodu, je nezbytné jej dostatečně podporovat, důležité je neprovádět úkoly za něj, nýbrž mu pouze podat pomocnou ruku, pokud se dítě naučí, že je během každé činnosti vedeno za ruku, nebude si do budoucna důvěřovat. V opačném případě, kdy bude dítě odkázáno pouze samo na sebe, bude mít velice pravděpodobně potíže s prací v kolektivu (VÍTKOVÁ, 2004). Právě z důvodu, že není snadné zvolit vhodný přístup ve vhodnou chvíli, budou níže uvedena pravidla, které považují za stěžejní, pro dosažení úspěchu v podobě spolupráce s Attention Deficit Hyperactivity Disorder dítětem.

Velice důležitá je názorná ukázka, ostatně tato strategie funguje u všech normálně se vyvíjejících kojenců a batolat, tak není důvod, aby nezafungovala i zde. Samozřejmě ostatně, jako u všeho, co chceme aplikovat na Attention Deficit Hyperactivity Disorder dítěti i zde musíme věnovat dítěti daleko větší pozornost a tedy vynaložit i odpovídající úsilí k jejímu udržení. Důležité je dítěti několikrát názorně předvést, co se po něm žádá. Toto opakování bude pravděpodobně mnohem delší než u normálních dětí a proto je nutné se na tuto situaci připravit nekonečnou trpělivostí, shovívavostí a především přípravou činnosti, kterou bude během názorné ukázky provádět samo dítě. V ideálním případě bude veškeré pohyby po předvedení samo napodobovat. Jestliže tohoto zejména ze začátku nebude schopné, může třeba bubnovat do rytmu, nebo trénovat stoj na jedné noze. Jednoduše je důležité jej udržet v blízkosti jedince, jehož chování by bylo žádoucí, aby si osvojilo.

V případě, že dítě již nějakou činnost několikrát sledovalo a napodobovalo, je důležité, mu jako projev úspěchů a uznání dovolit, aby při takovém úkolu samo mohlo asistovat, něco podržet, podat, narovnat, odnášení a přinášení věcí je méně vhodné s ohledem na stoupající míru rozptýlení. Důležité je v dítěti vzbudit dojem, že je k dané

činnosti nezbytné a zároveň dostatečně kompetentní. A stále dokola je potřeba chválit a chválit a chválit, neboť právě pro děti s poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder je pozitivní zpětná vazba věcí velice důležitou. S úspěchem se také může potkat objasnění skutečnosti, proč je důležité, aby se dítě na činnostech samo aktivně podílelo. Na příklad je možné zmínit, že maminka bude mít tak více času, ve kterém si mohou společně hrát.

Jako u každé činnosti, kterou si chce člověk bezchybně osvojit, i zde je nezbytný dohled, zde je nezbytný obvykle daleko déle a intenzivněji, ale také je porucha Attention Deficit Hyperactivity Disorder a je třeba s tím počítat. Důležitá je okamžitá pozitivní reakce na vše, co dítě provede správně, nebo alespoň téměř správně. Pro konečný úspěch je důležité tento krok nepodcenit a raději o něco déle setrvat ve fázi s dohledem, než ji předčasně opustit. V opačném případě, kdy by byl nad dítětem držen dohled nepřiměřeně dlouho, ale zároveň hrozí, že si dítě přestane věřit v zadaných úkolech. Je tedy nezbytné dítě pečlivě sledovat a pozorovat veškeré náznaky, vedoucí ke schopnosti samostatného plnění zadaného úkonu.

Jak již bylo naznačeno výše, následuje konečné svěření úkolu samotnému dítěti. Důležité je opět zdůraznit, jak moc je důležité, že dítě je již schopné zadaný úkol splnit. Že je evidentní, jak moc se muselo snažit, aby toho dosáhlo.

A bodem posledním se stává nezbytná kontrola, neboť zejména u činností ne až tak zábavných má ostatně i většina normálních lidí sklon dělat ne to, co se od nich čeká, nýbrž to, u čeho je pravděpodobnost, že si toho někdo všimne. Důležité je také dítě seznámit se skutečností, že bude jemu svěřený úkol kontrolován a také tuto kontrolu zasadit do reálného časového měřítka, tedy na příklad jednou denně.

V případě, že je nutné dítěti jednu z fází úkolu zopakovat, je účinnější zvolit jiný tón hlasu, vyšší, nižší, šepot, jednoduše něco odlišného, co jej donutí k zachycení změny a zaktivuje pozornost. Ačkoli by byl asi v takové chvíli nejpříznačnější řev, ten doporučen není. Užitečné a efektivní je také rozfázování jednotlivých úkolů do několika kratších úseků, které je dobré oddělit na příklad zazpívanou společnou písní, či provedení několika dřepů (CARTER, 2014).

## **1.7 MOŽNÉ VARIANTY PSYCHOTERAPIE ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER**

Psychoterapii Attention Deficit Hyperactivity Disorder dělit do několika následujících.

Individuální psychoterapie je obvykle doporučován při primárních emočních potížích, či stavech emoční disbalance, způsobených na příklad sekundárních poškozením mozku. Princip terapie spočívá v tom, že se pacient vrací do situací, ve kterých nedal dostatečný prostor vlastním emocím. Právě odstranění těchto nesrovnalostí na emoční úrovni umožňuje dokončit psychické zranění jedince.

Skupinová psychoterapie je důležité vytvořit klidné, příjemné prostředí. S pacienty jsou prováděna relaxační cvičení v improvizacním stylu. Děti by měly být vždy dostatečně kladně ohodnoceny, ale zároveň i zde musí existovat jasně daná pravidla, se kterými musí být děti od začátku seznámeny. Tyto terapie jsou obvykle zahajovány pohybovou aktivitou, následuje zklidnění v podobě relaxačního cvičení, hlavním prvkem je tvořivá činnost, která by měla být zvolena vždy s ohledem na pacienta/ y.

Rodinná terapie je speciální léčebný přístup, pracující s rodinou, jako se systémem. Cílem je změnit funkci celé rodiny, změny jednotlivců jsou považovány za očekávaný důsledek. Důležité je zaměřit se na celou rodinu, identifikovat problém, naučit se s ním pracovat a v konečném důsledku naučit rodinu podobné problémy řešit vlastní silou.

Mezi pomocné metody léčby poruchy Attention Deficit Hyperactivity Disorder patří zejména cvičení umožňující dostatečný výdej energie, či naopak pohybové aktivity vedoucí ke zklidnění, které jsou však obvykle aplikovány až po činnostech pohybových. Jedná se na příklad o odborně vedenou jógu, či bojová umění. Oba tyto typy pohybových aktivit vyžadují soustředěnost a jasně daná pravidla, které je nutné dodržovat, jsou však zúčastněným podsouvána velice nenásilnou formou, která je většinou u jedinců trpících poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder lépe akceptovatelná (ZDN, 2014).

## 1.8 DALŠÍ METODY LÉČBY

První druh léčby, který zde bude uveden a je v současné době Attention Deficit Hyperactivity Disorder pacientům nabízen, je zde zmiňován především pro velice pozitivní výsledky, kterých je právě pomocí EEG - biofeedbacku dosahováno. EEG – biofeedback je používán jako doplněk k již výše uvedeným typům terapie.

Tato metoda je aplikovaná v podobě počítačové hry, které je Attention Deficit Hyperactivity Disorder jedinec součástí. V určitých situacích je mu pomocí připevněných elektrod umožněno aktivní zasahování do průběhu hry. V případě, že se hráči daří držet pozornost, či naopak potlačovat vlastní hyperaktivitu, či impulzivitu, jsou mu přiděleny body, které je možné ve hře dále zúročit. Ke kladnému ohodnocení také patří zvukový doprovod hry, který je hráči zprostředkován pomocí sluchátek.

Elektrody snímají vlny, které mozek v určitých situacích vysílá, pro Attention Deficit Hyperactivity Disorder jedince tak představují konkrétní situace uměle vytvořené hrou, možnost trénovat reálné navození požadované frekvence (LOAIZA and collectiv, 2014).

Druhá léčebná metoda, která bude uvedena, úzce souvisí s již zmiňovanými primárními reflexy. Tato metoda se nazývá neuro vývojová terapie a jak je již patrné z názvu, souvisí s neurologickým vývojem dítěte, tedy s jeho patologií. Primární reflexy a jejich význam byly již uvedeny v kapitole s názvem Etiologie. Nyní bude zmíněno, jakým způsobem dochází k jejich pozvolnému a řízenému odbourávání, které má za následek nejen podporu správného držení těla a pohybového ústrojí, ale i celkové zklidnění dítěte.

V průběhu terapie se sledují především sledovány motorické odpovědi, na základě kterých je terapie navrhována tak, aby zohlednila potřeby každého pacienta. Terapie se skládá z několika opakujících se jednoduchých cviků, které napodobují právě primární reflexy, v konečném důsledku mají za následek právě vymizení aktivity primárních reflexů. Neboť účelem terapie je právě vědomému ovládnutí těchto činností. Velice důležité je zejména dokončení terapie, tedy absolvování všech doporučených cvičení v jasně daném sledu. Vymizení primárních reflexů je nezbytné zejména pro děti školního věku, neboť jak již bylo uvedeno, právě jejich vlivem může být dítě neklidné, nepozorné a impulzivní (NEURO-VÝVOJOVÁ TERAPIE, 2016).

## **2 PŘÍSTUP K DĚTEM S ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER**

Komplexní terapii lze rozdělit s ohledem na to, co pacientovi v závislosti na intenzitě potíží v danou chvíli poskytuje na několik níže uvedených fází. Fáze ovlivňování představuje především stanovení pevného řádu v udílení odměn a trestů, neopomenutelné je také dodržování častých přestávek mezi jednotlivými činnostmi.

Následná fáze je poradenství zaměřené především na behaviorální terapii, tedy snahu pevně zafixovat jednotlivé vzorce chování takovým způsobem, aby v určitých situacích došlo k jejich bezmyšlenkovitému zopakování. Dále je zde často doporučována metoda pozitivního posilování, která vychází z předpokladu, že chování, za které je dítě pochváleno, případně odměněno, se má tendenci velice často v podobných situacích opakovat, což je velmi přínosné a žádoucí (JUCOVIČOVÁ, ŽÁČKOVÁ, 2010).

Tento fakt je podmíněn i skutečností, že jsou děti s poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder napomínány a trestány častěji, než děti normálně fungující. Z tohoto důvodu je pro ně chvála a uznání daleko cennější a vzácnější, jsou proto velice silným motivátorem, v případě, že je jejich dosažení v silách dítěte (MONASTRA, 2005)

### **Druhy terapie**

Senzorická integrační terapie spočívá ve snaze zdokonalit zpracovávání vnějších i vnitřních podnětů a přiblížit tak neurologický proces k normálu.

Psychomotorická terapie je vnímána dítětem obvykle jako hra, kde je však nutné dodržovat jasně daná pravidla, právě tímto způsobem si dítě zafixuje dodržování řádu, jako jakési jistoty. Při pohybu, také dochází k formování hranic, toho, co je dítě schopno zvládnout a co ne (LANGMEIER a kol. 2010).

Cílem rodinné terapie může být na příklad doporučit, poradit rodině nové metody na zefektivnění spolupráce s dítětem, či probrat konkrétní situace společně.

Terapie psychofarmaky, která bude popsána níže, je obvykle rodiči volena až jako krajní způsob léčby, obavy vychází zejména z projevu nežádoucích účinků, které tyto léky teoreticky mohou způsobit. Na straně druhé může absence farmakoterapie způsobit sekundární rozvoj neurotických příznaků vzhledem k častému napomínání a zapomínání



dítěte. Proto je vždy nutné zvážit vážnost situace a objektivně zhodnotit vhodnost nasazení léčby psychofarmaky.

V případě, že je zvolena tato varianta léčby, bývá u dítěte diagnostikována společně s hyperaktivitou a poruchou pozornosti i porucha chování. V takovém případě vychází dávkování z přepočtu dávek aplikovaných dospělým jedincům, v úvahu je zde nutné vzít odlišnost jaterních funkcí v dětském věku, rychleji zde probíhá inaktivační exkreční činnost i detoxikace. S ohledem na tuto skutečnost je upraveno, zvýšeno dávkování, které se odvíjí od věku dítěte. Při zvolení příliš vysokých dávek dochází paradoxně k útlumu výkonů, které je dítě ve škole schopné podávat. Je proto nutné po nasazení farmakologické léčby dítě opravdu pečlivě sledovat a případně iniciovat úpravu předepsané dávky.

V České republice je obvykle lékem první volby Ritalin (metylfenidát). Po předepsání Ritalinu je důležité sledovat projevy dítěte zejména prvních 14 dní po prvním podání, v případě, že zde nedochází k patrnému zlepšení příznaků Attention Deficit Hyperactivity Disorder poruchy, bývá terapie obvykle ukončena. V případě, že jsou u dítěte zároveň patrné projevy agresivity, doporučuje se kombinovat Ritalin s Risperidonem. Risperidon patří do skupiny antipsychotik, důležité je ještě před začátkem terapie zhodnotit, zda není agresivita podmíněna něčím konkrétním, co je možné ze života dítěte odstranit a tím tedy i eliminovat agresivitu (ŘÍČAN, KREJČÍŘOVÁ, 2006).

Lékem druhé volby jsou, jak uvádí Mundenová a Arcelus, obvykle tricyklická antidepresiva. V tomto případě se již nejedná o přímou léčbu Attention Deficit Hyperactivity Disorder poruchy, ale spíše o kompenzaci jejich následků. Obvykle jsou předepisována pacientům úzkostlivým až depresivním (PETR, MARKOVÁ, 2014). V některých případech dochází i na antihypertenziva. Z antihypertenziv se předepisuje v krajních případech především Clonidin a to pouze v případě přítomnosti komorbidních tiků, vyskytujících se společně s poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder (CAGAŠ, 2004).

Obecně platí, že se s farmoterapií začíná na minimálních dávkách, které jsou v případě kladné odezvy a potřeby zvyšovány, pokud ani po zvednutí dávek na maximální možnou hodnotu není dosaženo přijatelného efektu, dochází k hospitalizaci dětí s poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A právě při umístění dítěte na

oddělení je zejména z pohledu sestry důležitá notná dávka empatie, neboť v domácím prostředí je dítě milováno automaticky, je součástí rodiny. Z té je ale v případě hospitalizace vytrženo a ocitá se v prostředí zcela novém a odlišném. Není výjimkou zhoršení již tak narušené pozornosti, neboť potencionálně rozptylujících podnětů je zde vlivem nového prostředí mnoho. Je proto velice důležitý přístup sestry, která o dítě pečuje. Může se stát opěrným bodem v novém sledu událostí, stejně tak, jako stresujícím faktorem číslo jedna. Netřeba rozvádět, že pro dítě je jistě první varianta prospěšnější (ŘÍČAN, KREJČÍŘOVÁ, 2006).

## **2.1 ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER Z POHLEDU LAICKÉ VEŘEJNOSTI**

V této kapitole budou uvedeny dle mého názoru cenné zkušenosti a poznatky, které byly nabyty v průběhu mé práce na psychiatrickém oddělení, kde jsou pacienti s poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder nezdědka hospitalizováni. V případě, že se jedná o dětské pacienty, v naprosté většině je rodiči, převážně matkami udáváno nepochopení ze strany, kamarádů, vrstevníků a v některých případech i pedagogů. Tím vším se u dítěte pomalu, ale jistě potlačují zbytky sociálního citění, to je obvykle u jedinců trpících poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder již tak omezené (CAGAŠ, 2004).

Attention Deficit Hyperactivity Disorder dítě se projevuje velmi nápadně, tyto projevy nejsou spojeny s přítomností v kolektivu, tam pouze vynikají hlavní znaky, odlišující je od normálních dětí. Attention Deficit Hyperactivity Disorder dítě nečeká, v okamžiku, kdy se mu v hlavě nápad zrodí, je připravené jej začít realizovat, problém nastává, když se mu v takovém případě postaví do cesty silnice, jedoucí auto, či nařízená činnost na příklad v průběhu školního vyučování. Dochází tak k okamžitému přerušeni dosavadní činnosti a uskutečnění momentálního nápadu. Dítě vykřikne myšlenku, rozeběhne se opačným směrem, zaujme ho kapající kohoutek a nepřetržitě na něj zírání, zvedne se z lavice a odchází sledovat dění na ulici, z nenadání zpívá, recituje básničky, často vznášejí dotazy vytržené z konceptu vyučování, či rozhovoru.

Attention Deficit Hyperactivity Disorder dítě nepřemýšlí o následcích svého jednání, neboť je není schopno odhadnout. Jelikož jedná spontánně, nemá čas předpokládat možné komplikace, které by svým jednáním mohlo způsobit. Nápad je vzápětí realizován, nevběhne do kaluže s tím, že se chce úmyslně celé zmáčct, pouze se chce proběhnout kaluží. Běží-li pro balón do silnice, nepočítá s tím, že by po ni mohlo jet auto, pouze chce donést svůj balón zpět. V případě, že skočí do vody, neřeší skutečnost, že neumí plavat, chce jen skočit.

Attention Deficit Hyperactivity Disorder dítě nekalkuluje se sociálním cítěním druhých osob, nedělá věci na truc, aby se pomstilo, nebo blízké osoby ranilo. Není schopné odhadnout, co druzí cítí a jak to souvisí s jeho chováním. Z uvedeného tedy vyplývá, že ani projevy náklonnosti mající v praxi podobu na příklad umytého nádobí, nebo uklizeného pokojíčku, u Attention Deficit Hyperactivity Disorder dítěte očekávat není na místě a ne proto, že by nechtělo, takové úvahy není schopno. Attention Deficit Hyperactivity Disorder jedinci přijímají věci takové, jaké jsou a obvykle nepřemýšlí o tom, jak by bylo možné je změnit. Obvykle je tedy základem včasné určení diagnózy, jelikož právě od ní se odvíjejí případné změny v přístupu ze strany nejprve matky a následně i okolí. Postup, jakým se diagnostika provádí, bude proto podrobně popsán níže (MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, BABIAKOVÁ, 2006).

## **2.2 ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER Z POHLEDU SESTRY NA PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ**

Ačkoliv k hospitalizaci pacienta s Attention Deficit Hyperactivity Disorder poruchou na psychiatrických klinikách dochází především dočasně, kdy se pobyt omezuje zejména na zvládnutí akutních příznaků agrese, po jejichž odeznění je pacient obvykle propuštěn do domácí péče, považují správný přístup zdravotnického personálu za velice základní předpoklad úspěšné terapie.

Obecně lze říci, že zásady v péči o pacienty s Attention Deficit Hyperactivity Disorder platí i pro komunikaci s ostatními pacienty, v případě Attention Deficit Hyperactivity Disorder poruchy je ale nutné je dodržovat velice striktně a při

jejich plnění jít více do hloubky. Níže bude uvedeno alespoň to, co by mělo být dodržováno vždy a za všech okolností.

Trpělivost je důležitou součástí přístupu k Attention Deficit Hyperactivity Disorder dítěti právě proto, že pacientům s Attention Deficit Hyperactivity Disorder trpělivost chybí a nelze jim to v žádném ohledu oprávněně dávat za vinu, zbývá vyrovnání tohoto nedostatku na zdravotnickém personálu, zejména tedy na pečující sestře u které se předpokládá nejčastější kontakt s hospitalizovaným pacientem. Důležitý je proto klidný, empatický přístup, zopakování požadavku v případě potřeby, názorné předvedení. V případě, že je od pacienta vyžadováno delší udržení pozornosti, je vhodné proložit úkol pauzou, během které je pacientovi umožněno fyzické vybití, v rámci možností oddělení.

Pochváleno by mělo být dítě s Attention Deficit Hyperactivity Disorder poruchou v podstatě za sebemenší projev snahy, který by měl být včas uchopen a společně doveden ke zdárnému konci. Tedy vždy je nutné předcházet případným nezdarů a včas podat pomocnou ruku. Pochvala by měla být vždy konkrétní, aby dítě přesně vědělo, za co je chváleno. Jak již bylo uvedeno výše, je pro jedince trpící poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder ocenění velice důležité. Vzhledem k časové náročnosti péče o Attention Deficit Hyperactivity Disorder pacienta, je vždy preferována individuální péče, kterou je však ne vždy možné zajistit. I v případě, že tomu tak není, měl by být pacient chválen vždy, když je k tomu sebemenší důvod, je totiž velice pravděpodobné, že právě díky těmto pochvalám k němu nalezneme cestu. Velice kladně bývá také vnímán fyzický kontakt s pacientem, ve smyslu pohlazení, stisknutí ramen v ideálním případě doprovázen verbálním oceněním, pochvalou (MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, BABIAKOVÁ, 2006).

Dále je velice důležité dbát na důsledné dodržování již osvojených správných návyků a vštípení návyků nových, stejně tak, jako na potlačení těch nesprávných. Důslednost je zde opravdu velice důležitá a i sebemenší zaváhání, či prominutí ze strany sestry se pak velice těžko napravuje. Na paměti by to mělo být i zde v dočasné péči, že nelze k péči o Attention Deficit Hyperactivity Disorder pacienta přistupovat tak, že bude v nejbližší době propuštěn domů. Naopak, v případě, že se jedná o akutní projevy Attention Deficit Hyperactivity Disorder na příklad tedy zvýšenou agresivitu, či nezvladatelnou hyperaktivitu, fyzickou, či verbální je jedním ze zásadních klíčů

k úspěchu včasné a důrazné stanovení hranic, které nesmí být překročeny. Tyto hranice je možné vykomunikovat na příklad pomocí uzavření smluv s pacientem.

V případě poruchy Attention Deficit Hyperactivity Disorder je nutné fungovat jako tým, je důležité rozdávat úkoly, ale zároveň být vždy připraven se do nich společně s dítětem pustit. Před plněním úkolu by měly být dle možností zredukovány rušivé podněty, které by dítě mohly rozptylovat a od splnění úkolu odvádět.

Ve chvíli, kdy se dítě samo a aktivně něčemu věnuje, je úkolem sestry dítě podporovat a jeho momentální zájem s ním sdílet, pokud je to alespoň trochu možné. Nestává se tak často a o to více je důležité dítěti ukázat, jak užitečné případně i zábavné může být vynaložené úsilí a jaký má v konečném důsledku smysl. Pokud samotná činnost nepřinese žádný výsledek, za který by bylo možné dítě pochválit, je důležité ocenit alespoň snahu, kterou dítě v dané činnosti vynaložilo

Dítě s poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder se není schopno dlouhodobě soustředit, je proto důležité úkoly rozfázovat. Osobnost každého dítěte je individuální a to platí i u poruchy Attention Deficit Hyperactivity Disorder, obvykle takové dítě neudrží pozornost déle než 10 minut. Jednotlivé přestávky mezi plněním úkolů je ideální vyplnit pohybem, či rehabilitační, nebo relaxační technikou. Zásadní je časté opakování činností, které jsou od dítěte vyžadovány. Za velice negativní je považováno trestání dítěte za jeho hyperaktivitu, neboť takové jednání u dítěte zvyšuje nervozitu a snižuje výkonnost. Velice důležité je zjištění informací o dítěti, jedná se mnohdy a specifika komunikace, na které je dítě zvyklé. Důležité je směřovat zájem dítěte tam, kde by bylo možné jej dále smysluplně rozvíjet. Zásadou je, že dítěti nikdy nelžeme, snažíme se vše vysvětlit trpělivě a s přihlédnutím k jeho věku a psychické vyzrálosti. Sestra edukuje přiměřeně k věku dítěte obzvláště pečlivě o všech vyšetřeních, o aplikaci injekcí, o dietních opatřeních a o léčebných procedurách, kterých se dítě zúčastní, důležité je se zpětnými otázkami přesvědčit, zda dítě výkladu porozumělo. Sestra je pro dítě kromě rodičů nejbližší osobou, proto se s otázkami bude dítě otáčet především na ni (MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, BABIAKOVÁ, 2006).

### **3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U DÍTĚTE S ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER**

Dojde-li k hospitalizaci jedince s poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder, jsou tito pacienti obvykle předem objednáni, nejedná-li se o stav akutní, v takovém případě jsou pacienti přijati neprodleně. V případě prvním je pacientovi následně stanoven den, hodina nástupu a informace o potřebném vybavení dítěte. První 2-3 týdny pobytu dítěte na oddělení lze označit jako adaptační a diagnostickou fází hospitalizace a následně se lékaři dohodnou s rodiči o dalším postupu. Průměrná doba léčby se pohybuje obvykle mezi 6 - 12 týdny. Pacienti jsou na oddělení rozděleni do skupin dle věku. Pokud to zdravotní stav dítěte umožní, navštěvuje pacient během hospitalizace Základní školu a mateřskou školu. V opačném případě, dojde-li k akutním projevům agrese, je nezbytné řešit situaci ihned farmakologicky za odborného dohledu lékaře, případně v obzvláště nezvladatelných situacích, kombinovat s dočasným omezením pohybu, jako je na příklad kurtace na lůžko, či užití síťových lůžek, ač je EU zásadně proti.

Z pohledu sestry je nejdůležitější seznámit se s hlavními rysy této poruchy, pokud tomu tak již nebylo učiněno dříve. Pro pacienta je zásadní klidné prostředí a harmonický vztah s ošetřujícím personálem. V případě potřeby se doporučuje upravit denní režim dle potřeb pacienta v takovém rozsahu, v jakém to provoz oddělení dovoluje. Jak již bylo uvedeno výše, velice důležitým motivátorem je pro jedince s Attention Deficit Hyperactivity Disorder poruchou pochvala, měla by být tudíž udílěna nejen za jednoznačné dosažení úspěchu, ale i v případě projevené snahy. Podstatné je také načasování této odměny, v případě poruchy Attention Deficit Hyperactivity Disorder by měla přicházet neprodleně, bez větší časové pauzy. Za velice osvědčený způsob zadávání úkolů, či sdělení proseb je považováno stručné, jasné, opakované zadávání úkolů. Je doporučeno si ověřit, zda skutečně pacient rozumí tomu, oč je žádán. V opačném případě úspěchu dosaženo být nemůže asi se sebevětší snahou pacienta, což působí naopak demotivačně. V případě, že je pacient obeznámen s požadavky a úkoly, je nutné jim udělit určitý řád. Stanovit, kdy se pacient účastní práce na úkolech a kdy odpočívá, relaxuje, či se věnuje nějakému druhu uvolňujícího cvičení, fyzického, či psychického rázu. Ve spojení s plněním úkolů by sestra měla být schopna rozpoznat přicházející únavu a snažit se tak předejít konfliktu vyvolanému únavou. V případě, že se

konfliktu předejít nepodaří, ať již vyvolanému únavou, nebo některou z jiných příčin, je nezbytné počítat s nadměrnou dráždivostí a mít na paměti bezpečnost pacienta samotného, pacientů ostatních a v neposlední řadě také svoji vlastní (PETR, MARKOVÁ, 2014).

V průběhu ošetrovatelské péče o pacienta s Attention Deficit Hyperactivity Disorder poruchou, se ale i navzdory výše uvedeným opatřením, můžeme setkat s následujícími komplikacemi, se kterými je nutné se v průběhu hospitalizace Attention Deficit Hyperactivity Disorder jedince vypořádat. Cílem komplexního ošetrovatelského procesu je dosažení zklidnění pacienta, pomocí skloubení všech specifických aspektů péče s aktivním předcházením nejčastěji uváděných rizikových faktorů níže.

Impulzivitu, která se pojí s poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder je nutné korigovat. Není vhodné dítě trestat ani mu zakazovat takový druh nežádoucího jednání, neboť není v jeho silách se od takového projevu oprostít, ač by mnohdy samo rádo. Je důležité snažit se impulzivnímu jednání u dítěte předcházet, tohoto je možné docílit znalostí chování dítěte. Tyto informace je možné získat na příklad rozhovorem s rodiči. V případě, že se již dítě takového jednání dopustí, je nutné s ním situaci dodatečně projít a vysvětlit mu jiné možnosti řešení podobných krizových situací. Nebude se jednat o jednorázovou záležitost, proto je nutné toto opakovat vždy, když se dítě nechá svým jednáním unést. Podstatné je hovořit klidně a přátelsky, nebýt soudce, ale spojenec.

Bolest hlavy v souvislosti s novým prostředím. V případě, že tyto komplikace nastanou, je důležité tyto projevy sledovat. Snažit se dítěti pobyt na klinice usnadnit poskytnutím dostatečné opory a pocitu bezpečí. Dopřát dítěti čas na odpočinek, pokud jej uvítá. Dostatek klidu, případně se s ním věnovat činnostem, které upřednostňuje. Pokud se nedaří bolest hlavy eliminovat, nebo dostat do snesitelných mezí nefarmakologicky, je třeba přistoupit k farmakologické léčbě. Tento krok samozřejmě musí být konzultován s lékařem a je důležité sledovat, jak na dítě podaný lék působí.

Porucha spánku v souvislosti se změnou prostředí se může stát další komplikací, se kterou se v průběhu hospitalizace můžeme potkat. Je dobré vysvětlit dítěti, že spánek je důležitý, že je prospěšný a na psychický stav má obrovský vliv, nejen u dítěte, ale i u všech ostatních. Je třeba zejména večerní program upravit tak, aby neobsahoval pro dítě rušivé prvky, mělo by být v klidu, bez emocionální zátěže. Před uložením

ke spánku je prospěšné dodržovat obvyklé rituály, na které je z domova zvyklé, vyvětrání, nechat dítě spát s oblíbenou hračkou, popřát dobrou noc a dítě pohladit.

S nervozitou a steskem z odloučení od rodiny se na psychiatrickém oddělení můžeme potkat také. Je důležité si všimnout projevů, které jsou s podobnými pocity spojené. Snažit se dítě během aktivit rozptýlit, tak aby se začalo cítit uvolněně a bezpečně. Poskytnout mu dostatečné množství prostoru pro vyjádření pocitů, navázání nových vztahů na oddělení, snažit se jej začlenit do kolektivu. V případě, že se nedaří s těmito pocity zdárně bojovat, je nutné neprodleně kontaktovat psychologa.

Riziko úrazu v důsledku hyperaktivity je dalším problémem, se kterým je při hospitalizaci na psychiatrickém oddělení nutné se vyrovnat. Dítěti by mělo být poskytnuto co možná nejbezpečnější prostředí a také dostatečná doba pro odpočinek, čímž zabráníme vyčerpání a zvýšenému riziku úrazů. Dítě s poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder je také nutné informovat o důležitosti vlastního zdraví a v neposlední řadě ho nenechávat bez dozoru déle, než je nezbytně nutné (BRADBURY, CATHY, 2016).

### **3.1 SPECIFIKA PÉČE V PRAXI**

Samotná specifika ošetrovatelské péče, tedy to, jak je ve skutečnosti po prvotní identifikaci problému s dítětem naloženo, jsme se rozhodli popsat pro praktickou představu níže. Skutečný příběh Attention Deficit Hyperactivity Disorder dítěte ve VFN Olomouc je popsán tak, jak se s ním psychologové a psychiatři na příslušných odděleních denně setkávají. Obecné zásady přijetí dětského pacienta s Attention Deficit Hyperactivity Disorder již byly popsány, nyní však využíváme autentičnost pohledu do jedné konkrétní nemocnice, kterou je VFN Olomouc.

Dítě přichází k psychologovi s doporučením od dětského lékaře, nebo v některých případech i bez tohoto doporučení, není to podmínkou. Obvykle do psychologické ordinace rodiče dítě přivádějí pro stupňující se problémy doma, ve školce, ve škole, v závislosti na věku dítěte. V psychologické poradně vyplní rodiče dotazník s tím, že druhá část dotazníku putuje do školky nebo školy. V případě, že vyhodnocení těchto dotazníků vyjde pozitivně, následuje psychologické vyšetření a právě na základě tohoto



vyšetření a výsledků z něj plynoucích se řeší, jak dále postupovat v léčbě, jak uklidnit situaci zejména v oblasti školy, školky, či rodiny. Jednou z možných variant je nastavení farmakoterapie, kdy lze užít pro dětské pacienty na příklad léky: Ritarin, Concerta, Strattera.

Po komplexním psychologickém vyšetření je dítě zaevidováno do psychoterapeutické péče. Projevy nadměrné agrese a impulzivity jsou obvykle řešeny úpravou medikace, zpravidla se jedná o předepsání léků Risperdal a Tiapridal. V případě, že je dítě označeno skutečně jako nezvladatelné, objevují se problémy závažného a opakovaného charakteru doma i ve škole, napadání dětí atd., je takový dětský pacient umístěn do psychiatrické léčebny, kde se obvykle spoléhá na pozitivní vliv režimových opatření v kombinaci s vhodně zvolenou farmakologickou léčbou. Důležitým závěrem je tedy skutečnost, že Attention Deficit Hyperactivity Disorder je skutečně onemocnění, nikoli pouze porucha, jak se někteří mylně domnívají, což vyplývá i z jeho zařazení v MKN, které je taktéž zmíněno v úvodu této práce (CARTER, 2014).

## 4 EDUKACE

Edukace je pojem vycházející z latinského slova *educio*, znamenající vést vpřed, nebo vychovávat. Jedná se o proces soustavného ovlivňování jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a v neposlední řadě dovednostech. Edukaci lze chápat, jako výchovu a vzdělávání jedince, celoživotní rozvíjení osobnosti člověka prostřednictvím formálních (školských) institucí i neformálního prostředí (rodina, přátelé, zdravotnická zařízení). Role edukanta spočívá v poskytnutí informací, vysvětlení a následnému ověření, zda sdělené bylo skutečně správně pochopeno. Edukace pacientů je účelným nástrojem zdravotní péče, sloužícím především k osamostatnění pacientů propuštěných ze zdravotnických zařízení. Podstatou edukace je kompletní poskytování informací o konkrétní nemoci dle kompetencí edukanta, o postupu při vyšetření, o režimových opatřeních, o rizikových faktorech a správné životosprávě. Edukant v průběhu edukačního procesu sděluje zkušenosti ostatních pacientů, své zkušenosti, naučné materiály, texty, brožury, dovednosti. Sestra by měla pacientovi shrnout informace, které má znát po propuštění domů a ověřit, zda byly skutečně správně pochopeny. Edukaci lze dělit na základní, reedukační a komplexní. Za základní edukaci označujeme edukaci, kdy jsou pacientovi předávány nové vědomosti, či dovednosti a ten je tímto způsobem motivován ke změně. Při reedukační edukaci již předpokládáme existenci vědomostí a dovedností edukovaného jedince a právě tyto vědomosti a dovednosti se snažíme rozšiřovat. Posledním typem je edukace komplexní, která probíhá obvykle ve vzdělávacích kurzech. Příkladem takové edukace jsou na příklad kurzy pořádané pro stomické pacienty. Cíle edukace lze rozdělit dle složitosti na cíle poznávací (kognitivní), afektivní (emocionální), behaviorální (týkající se chování), psychomotorické. Dosažení těchto cílů probíhá obvykle postupně tedy přes cíle kognitivní atd. postupně až k dosažení cílů psychomotorických, důležitou je zde právě postupné získávání vědomostí, chápání skutečností a osvojení si postupů, které je nutné dodržovat, ne však proto, že sestra povídala, ale především proto, že pacient chápe, chce a snaží se sám svůj zdravotní a psychický stav posunout k lepšímu (HAVELKOVÁ, TŮMOVÁ, 2014).

## 5 EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA S DIAGNÓZOU ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

### 5.1 Kazuistika pacienta

Po konzultaci s pediatrem a následně psychiatrem byla pacientovi Filipovi, respektive jeho rodičům, doporučena dne 14. 2. 2017 hospitalizace na psychiatrickém oddělení VFN Olomouc. Jednalo se zejména o nezvládání každodenních úkonů, včetně školní docházky, osobní hygieny, sdílení společného prostoru se spolužáky, či ostatními dětmi. Z rodičů byla přítomna pouze matka paní Ivana, která celou situaci popsala tak, že již delší dobu jedou s mužem a dalšími dvěma dětmi (chlapec a děvče) na maximum tak, aby bylo možné Filipovi školní docházku co nejvíce usnadnit. Filipovi je 7 let a od září tohoto roku navštěvuje první třídu základní školy v Litovli. U Filipa byla hyperaktivita a neschopnost udržet pozornost zaznamenávána od necelých 5 let věku. Jako první na skutečnost, že Filip nereaguje normálně, poukázala učitelka mateřské školy v Litovli, kam Filip od svých 4 let denně docházel. Matka uvádí, že od 3 let docházka možná nebyla pro naprostou neschopnost sebeobsluhy, jako je oblékání, svlékání, stolování a komunikace s dětmi. Filip se projevoval ve vypjatých situacích, kdy mu nebylo vyhověno poměrně často agresivně vůči dospělým i dětem. Matka toto chování připisovala skutečnosti, že je to 3 dítě, tedy nejmladší a takto se pouze snaží získat pozornost rodičů a sourozenců. Paní Ivana se v současné době léčí na psychiatrickém oddělení s depresiemi ambulantní léčbou, svůj psychický stav přičítá náročné péči o syna, v žádném případě mu jej ale nedává za vinu.

Dle mého pozorování, kdy jsem měla možnost, byť jen jedinkrát vidět přístup matky paní Ivany k ostatním dvěma dětem (Markovi 10 let a Anně 8 let), bych jej označila za velmi benevolentní, místy až laxní. Děti se v průběhu rozhovoru, který se konal v parku u dětského hřiště, válely po zemi, házely po sobě písek, skákaly v kalužích, ač na to nebyly dle mého názoru vhodně oblečeny, neměly holínky ani jiné nepromokavé boty, venku bylo čerstvě po dešti. Chování dětí si dovedu vysvětlit touhou po pohybu, který jim pravděpodobně během dopoledne z důvodu deštivého počasí chyběl, možná částečné deficitem matčiny pozornosti, o kterou jsem je připravila já svými dotazy směřujícími na

paní Ivanu. Ale skutečnost, že v průběhu opakovaného válení v mokré trávě a cákání v kalužích nebyly ani jednou paní Ivanou napomenuty, mě zarazila.

Nyní se rodina dostala do takové situace, kdy je na ni vyvíjen tlak, především ze strany školy s tím, že je třeba s Filipem něco udělat, je nevladatelný, stav se vyhroutil cca 2 měsíce od počátku školní docházky, tedy v listopadu tohoto roku. Vyučování ve třídě ignoruje a neustále narušuje zejména naprostou nespolupráci, chodí nepřipravený. Matce byla doporučena konzultace s pediatrem, následně s psychologem a psychiatrem, kteří se shodli na diagnóze Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Vzhledem k současnému psychickému stavu matky i syna Filipa, byla doporučena Filipova hospitalizace, zejména pro možnost sledování Filipových projevů a jako možnost poskytnout matce a celé rodině potřebný čas na regeneraci psychických sil.

Z mého pohledu shledávám zajímavým fakt, že Marek i Anna navštěvují základní školu s potížemi, ale jak bylo sděleno jejich třídními učitelkami, je to ještě v normě, obě děti jsou označeny za neukázněné, zapomětlivé a působí lehce zanedbaným dojmem. Oblečení neupravené, neostříhané nehty, žádné zájmové kroužky, inteligenčně spíše pod průměrem třídy.

Dne 14. 2. 2017 byl Filip přijat na psychiatrické oddělení VFN Olomouc. S matkou absolvoval primární pohovor, kde mu bylo důkladně a opakovaně vysvětleno proč je tak důležité, aby zde pobyt zvládnul a že za ním paní Ivana samozřejmě bude každý týden jezdit. Následně byl Filip přímo i nepřímo dotazován také na své pocity ze školy, z domova, z atmosféry, která je u nich v rodině a z toho, jak se tam on sám cítí. Otázky byly kladeny zejména tak, aby bylo možné co nejdříve potvrdit, či vyloučit případné depresivní či úzkostné sklony a dle toho s Filipem také co nejdříve začít adekvátně pracovat. U Filipa byla zjištěna vedle již diagnostikované Attention Deficit Hyperactivity Disorder komorbidita s tikovou poruchou postihující pravé oční víčko tak, že jej stahuje kaudálním směrem, zejména ve stresových situacích, nebo ve chvíli, kdy Filip příchod takové situace sám očekává, byť někdy mylně. Depresivní sklony u našeho pacienta prokázány nebyly, ale zaznamenán byl anxiózní typ jednání poměrně značného charakteru. Filipovi byl dále diagnostikován balbutismus, zejména ve spojitosti s již výše zmiňovanou anxiózní poruchou. Subjektivně se cítí dobře, pobyt je odhodlaný zvládnout, ale udává strach z nepřítomnosti matky, ze tmy a z lékařů.

# 1. FÁZE – POSUZOVÁNÍ

**Jméno:** Ivana

**Pohlaví:** žena

**Věk:** 45 let

**Bydliště:** Litovel

**Rasa:** europoidní (bílá)

**Etnikum:** slovanské (české)

## **Anamnéza**

*Nynější onemocnění:* Paní Ivana si připadá celkově unavená, slabá, bez nálady, apatická a negativní. Z předešlého rozhovoru s paní Ivanou vyplývá, že tyto symptomy se začaly projevovat viditelněji zhruba před 2 lety, od té doby postupně eskalují, nynější stav je pro paní Ivanu již neúnosný. Proto se také rozhodla vyhledat odbornou pomoc v podobě ambulantních návštěv psychologa. Dále je paní Ivana sledována s hypertenzí a lehkou formou diabetu, řešenou pouze dietními opatřeními, udává občasné nechutenství, související s výše zmiňovanou únavou.

*Osobní anamnéza:* Paní Ivana prodělala běžné dětské nemoci. Jako dítě byla lehce podprůměrná ve škole, ale mezi kamarády poměrně oblíbená. Ke sportu vztah nikdy neměla, trpěla mírnou nadváhou již od dětství, nyní lze nadváhu pozorovat stále, BMI 35, dle náročných situací týkajících se především péče o syna Filipa lze pozorovat kolísání váhy, která však normálu ani tak nedosahuje. Paní Ivana nosí brýle, je sledována s hypertenzí. Menses pravidelný, 3 prodělané přirozené porody bez větších komplikací. Paní Ivana příležitostně kouří cca 20 cigaret za měsíc, výjimečně se napije, pije i tvrdý alkohol ale udává, že v rozumné míře. V případě, že nemůže spát, bere prášky na spaní dle potřeby.

*Alergologická anamnéza:* neguje

*Farmakologická anamnéza:* Ramil 2,5 mg/den, Hypnox forte 1tbl před spaním dle potřeby, nyní i Prozac 40 mg/ den.

## Základní informace

<b>Tělesný stav</b>	přiměřený věku a nepříliš aktivnímu stylu života, BMI zvýšené, obezita
<b>Mentální úroveň</b>	adekvátní věku, orientována místem, časem i osobou
<b>Komunikace</b>	nejistá, působí nesoustředěně, unaveně
<b>Zrak, sluch</b>	zrak a sluch bez omezení
<b>Řečový projev</b>	srozumitelný
<b>Paměť</b>	bez patologických nálezů
<b>Motivace</b>	vzhledem k jasné souvislosti mezi Ivaniným a Filipovým stylem života velmi dobrá, ale je vhodné neustále dále motivovat
<b>Pozornost</b>	dobrá
<b>Typové vlastnosti</b>	flegmatik
<b>Vnímavost</b>	dobrá, aktivně si zapisuje nové poznatky
<b>Pohotovost</b>	reakce jsou přiměřené
<b>Nálada</b>	mírně negativní
<b>Sebevědomí</b>	nízká úroveň, nevěří si
<b>Charakter</b>	tichá, uzavřená
<b>Poruchy myšlení</b>	v normě
<b>Chování</b>	nenápadné, nejisté, nervozita
<b>Učení:</b>	typ - emocionální styl - vizuální, auditivní, systematické postoj – zvyká si na nová pravidla, která bude se synem Filipem dodržovat, dosavadní změny zatím přijímá dobře bariéry – bez výrazných omezení

## **Posouzení fyzického stavu, zdravotních problémů a edukačních potřeb**

*Posouzení podle Marjory Gordonové*

**1. Podpora zdraví:** Paní Ivana je dle svých slov na pokraji vyčerpání fyzického i psychického. Paní Ivana udává potíže s usínáním, ač si připadá neustále unavená od doby, kdy vstane z postele. Vzhledem k nedostatečným výsledkům snahy naučit, donutit či přemluvit syna Filipa ke spolupráci, zejména v některých neoblíbených činnostech, jako je psaní úkolů, uklízení a oblékání. Paní Ivana si připadá prázdná, nic ji nebaví, na nic nemá chuť a má-li o víkendu na chvíli volno, stráví jej znechucena v posteli téměř bez hnutí. V poslední době se již několikrát i omluvila z práce a volný den proležela v posteli, jak sama popisuje, neschopna vstát, trpí občasným nechutenstvím, spojeným s úpadkem nálady. Po návštěvě psychologické a psychiatrické ambulance byla paní Ivaně diagnostikována lehká depresivní epizoda. Celá situace je značně komplikována skutečností, že Filipovi nebyla doporučena farmakologická léčba s ohledem na vrozené dispozice k epilepsii, kdy hrozí reálně riziko epileptických záchvatů, které je pro matku i lékaře nepřijatelné. Za cestu k úspěchu lze tedy považovat pouze důsledné dodržování doporučených postupů, které budou paní Ivaně v průběhu edukace důkladně vysvětleny. Po osvojení těchto návyků by mělo dojít k viditelnému zlepšení celé situace jak z matčiny, tak i z Filipovy strany. Mezi nejvhodnější metody léčby Filipova Attention Deficit Hyperactivity Disorder patří především skupinový nácvik sociálních dovedností a EEG-biofeedback. Součástí terapie budou i některá dietní omezení, týkající se především umělých dochucovadel a potravin s vysokým glykemickým indexem, obecně platí dodržování zásad zdravé výživy, to vše bude paní Ivaně důkladně vysvětleno.

**2. Výživa:** Paní Ivana trpí dle uvedeného BMI 35 nadváhou. Ráda vaří i konzumuje sladké pokrmy i přes diagnostikovanou lehkou formu diabetu. Uvádí, že ve vypjatých situacích si nedovede představit fungovat bez cukru, považuje ho za jakýsi motor. Zelenina se v rodině příliš často nekonzumuje, paní Ivany manžel zeleninu nejí a dětem ji sama aktivně nabízet přestala, neboť ani tam neměla úspěch. V průběhu dne paní Ivana vypije cca litr tekutin, obvykle vodu, či minerálku, což považuje za dostatečné. Ráno a po obědě pije pravidelně hrnek kávy a něco sladkého k tomu.

**3. Vylučování:** Močení bez patologických příznaků. Stolica se u pacientky dostavuje obvykle 1 krát za dva dny, konzistence je tuhá a někdy je defekace pro pacientku obtížná.

**4. Aktivita, odpočinek:** Paní Ivana není příznivcem aktivní formy odpočinku, je-li možnost si na chvíli odpočinout, tráví tento čas nejraději v posteli s knížkou, nebo se dle vlastních slov jen tak povaluje. Rodina společné aktivity neplánuje, vzhledem k náročnosti péče o Filipa a nemožnosti odhadnout momentální míru jeho spolupráce, je to pro všechny zúčastněné údajně příjemnější. Dříve občas společně navštívili kino, či restaurační zařízení.

**5. Vnímání, poznávání:** Paní Ivana působí rozpačitým, stydlivým a nejistým dojmem, je na ní znát únava a stres. Snaží se najít východisko ze situace, kdy cítí, že již nemůže dál. Zároveň si uvědomuje i obrovský přínos pro Filipa, se kterým v současné době neumí spolupracovat a nechce v něm vzbudit dojem, že je to jeho chyba. Nyní si již uvědomuje, že Filipovo chování je do jisté míry odrazem jejího přístupu k němu a tak doufá, že se pod odborným vedením naučí praktikovat doporučené metody tak, aby byly ku prospěchu jí samé i Filipovi.

**6. Sebepojetí:** Paní Ivana je hodnocena jako flegmatik. Nynější nálada je hodně poznamenána projevy deprese, které paní Ivaně znatelně komplikují každodenní péči o Filipa, o sebe i o další dvě děti.

**7. Role a vztahy:** Vztah matky k Filipovi bych popsala do nedávna jako poměrně chladný. Matka jej brala stejně, jako dvě předešlé děti a tak s ním také jednala. Snažila se jej nenapomínat, nekritizovat a dopřát mu dostatek prostoru, což u Filipa nefungovalo. Filip nechápe, kdy je již jeho chování nepřipustné, hraji-li si Anna a Marek v kaluži, Filip je schopen si do ní lehnout a nepřipadá mu to zvláštní, reakcí matky je výprask, bez většího vysvětlování. Nyní po odborné konzultaci problémů vlastních i Filipových se paní Ivana rozhodla k radikální změně v přístupu ke svému synovi. Je rozhodnutá dodržovat vše tak, aby byl jejich vztah co možná nejvíce podobný normálnímu vztahu matky a syna. Filip má své sourozence rád, je na ně zvyklý a ví, co od nich může čekat. Mezi matkou a otcem nedochází k viditelným neshodám, ale ani k projevům náklonnosti. Matka se stará o domácnost a pracuje, jako uklízečka v restauračním zařízení, otec živí rodinu, pracuje jako zedník.

**8. Sexualita:** heterosexuální orientace.



**9. Zvládání zátěže:** Dlouhou dobu se paní Ivana zdatně potýkala se všemi nástrahami, které jí výchova syna Filipa přinášela. Velkou většinu se jí dařilo zdolat díky svému sklonu nepodstatné věci příliš neřešit, ze kterého to postupně přecházelo do stavu, kdy neřešila již skoro nic. Ne vlastní leností, či pohodlností, ale jednoduše došlo k nastartování obranného mechanismu, kterým se její tělo takto bránilo úplnému zešílení. V posledních 2 letech se tato strategie již přestávala dařit, problémů se vyskytovalo tolik, že paní Ivana jednoduše věděla, že se řešit musí, ale nebylo lehké, zvolit ten, který řešit dříve. Tím byla neustále ve stresu z toho, že ostatní vyřešené nemá a současně i ve strachu z toho, co ještě přijde. Následkem toho se projevil potíže se spánkem, nechutenství a zvýšila se konzumace sladkého.

**10. Životní hodnoty:** Zajistit chod domácnosti, připravit syna Filipa tak, aby zvládl školní docházku, nezbláznit se.

**11. Bezpečnost a ochrana:** Nejsou nutná žádná zvláštní bezpečnostní opatření.

**12. Komfort:** Paní Ivana je neklidná a nejistá z důvodu změny prostředí a hospitalizace syna.

**13. Jiné (růst, vývoj):** Porod syna Filipa proběhl bez větších komplikací, jak již bylo zmíněno, následovaly dva dny v inkubátoru z důvodu tachypnoe z důvodu nedokonalé adaptace. Vývoj v normě, lehce opožděný rozvoj řeči a motoriky. V raném dětství byl zaznamenán větší počet úrazů, zejména drobnějšího charakteru. Ostatní dva porody proběhly zcela v pořádku.

### **Profil rodiny**

Rodina, v níž paní Ivana Filipa vychovává, čítá pět členů, otec, matka paní Ivana, Filip a již výše zmiňovaní dva sourozenci. Matce je 45 let, pracuje jako uklízečka, vystudovala ZŠ, otec vyučený zedník. Dva Filipovi sourozenci jsou zdraví, ve srovnání s ostatními dětmi jsou živější, výchovou nemají dostatečně stanovené mantinely chování, které je přijatelné a které již nikoliv. Atmosféra v rodině je od narození syna Filipa značně napjatá. Matka paní Ivana je vyčerpaná, sourozenci postrádají dostatek pozornosti, otec vydělává finanční prostředky a po příchodu z práce chce mít chvíli klid, tudíž se ve výchově příliš neangažuje. V rodině paní Ivany a Filipa se obecně konzumuje větší množství sladkého a téměř žádná zelenina. Volný čas obvykle tráví rodina u televize. Finanční situace rodiny je vzhledem k počtu dětí přiměřená.

**Postoj rodiny k Filipově nemoci:** Matka je již s Filipovou nemocí velice dobře seznámena, sama cítí, že každodenní povinnosti jsou téměř nad její síly, že Filip je dítě fungující odlišně. Jak již bylo zmíněno výše, delší dobu se sama snažila situaci zvládnout, neboť otec si nepřál, aby byl Filip vyšetřen psychologem s tím, že nechce mít ze syna „debila“. Matka se snažila fungovat tak dlouho, jak jen to bylo možné, nakonec se sama psychicky zhroutila a vyhledání pomoci se stalo nevyhnutelné. Sourozenci Filipovu nemoc zvláště neregistrují, což je způsobeno nejspíše tím, že poměrně dlouho fungovali doma tak, jak to jen bylo možné a tak si na jeho chování jaksi zvykli. Otec o tom nemluví. Filip sám je nyní zmatený, ale začíná si uvědomovat, že to, co se okolo něj děje, není jeho chyba.

**Motivace paní Ivany:** Paní Ivana sama pocítuje nutnost změny, což lze považovat za motivaci nejsilnější. Uvědomuje si, že touto cestou to již sama nezvládne a proto je odhodlaná řídit se radami, které jí budou uděleny.

#### **Zdroje pomoci a podpory rodiny, sociálně ekonomický stav**

V podstatě je veškerá zodpovědnost na matce Filipa, paní Ivaně. Výchova dětí, včetně problémového Filipa, plnění domácích povinností dětí, domácích úkolů, obstarávání domácích prací. Ekonomická situace rodiny je přiměřená počtu dětí, které rodina čítá.

#### **Životní styl, kultura, postoje**

Paní Ivana není příliš aktivním jedincem, obzvláště v poslední době, ráda a často tráví volné chvíle v posteli, pozbývá energii. Společné akce rodina neplánuje, obvykle, až na syna Filipa, fungují jako samostatné jednotky, které pojí pouze opečování ze strany matky Ivany. Na prvním místě je nyní syn Filip a jeho začlenění do společnosti, na místě druhém uspořádání vlastního života a jeho radikální změna, týkající se zejména přístupu k nemocnému synovi. Paní Ivana je velice upjatá na změnu, kterou se chystá v podobě synovy léčby a změny vlastního přístupu k němu, nastolit.

**Náboženství:** Paní Ivana je ateistka, spíše praktického zaměření.

**Hodnoty:** nejdůležitější je pro paní Ivanu pocit smysluplnosti z vlastního počínání, získat alespoň chvilku času každý den, kterou bude moci věnovat pouze sama sobě.

**Postoj k nemoci:** paní Ivana neměla se synovou nemocí téměř žádné zkušenosti, což se rozhodla razantně změnit.

### **Adekvátnost a neadekvátnost rodinných funkcí**

Rodina pacienta spolupracuje, komunikuje, poskytuje pacientovi pomoc a podporu. Největší oporou mu je matka. Na celkové změně v přístupu k Filipovi se rozhodli podílet se všichni členové rodiny, zejména pro vzniklé obavy o paní Ivanu a o její zdravotní stav, který současnou situací velice trpí

### **Porozumění současné situace rodinou**

Rodina pacienta, zejména paní Ivana je již nyní dostatečně informována o Filipově nemoci, rodina je ochotna spolupracovat a pacienta podporovat při veškerých doporučených postupech.

Edukace proběhne směrem k matce Filipa, neboť se domnívám, že vzhledem k nízkému věku pacienta je vhodné takto zásadní informace sdělovat dospělé osobě, která může později zároveň dohlížet na jejich dodržování, které bude velice zásadní pro úspěch celého léčebného procesu, který je pro oba doživotní.

## Vstupní test

Otázky	Ano/ Ne
Víte co znamená Attention Deficit Hyperactivity Disorder?	Ne
Umíte vyjmenovat základní příznaky tohoto onemocnění?	Ne
Znáte základní komplikace tohoto onemocnění?	Ne
Znáte doporučené postupy pro práci s Attention Deficit Hyperactivity Disorder jedincem?	Ne
Znáte doporučená dietní opatření ve spojitosti a poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder?	Ne
Znáte doporučené volnočasové aktivity u jedince trpícího Attention Deficit Hyperactivity Disorder poruchou?	Ne

Z výše uvedeného vstupního testu vyplývá, že matka pacienta Filipa má zásadní nedostatky ve vědomostech o Attention Deficit Hyperactivity Disorder onemocnění. Zkušenosti, jsou dle zhodnocení testu pouze praktické, tedy ty, které sama na svém synovi pozoruje.

**Motivace matky:** Paní Ivana sama pociťuje nutnost změny, což lze považovat za motivaci nejsilnější. Uvědomuje si, že touto cestou to již sama nezvládne a proto je odhodlaná řídit se radami, které jí budou uděleny.

## 2. FÁZE – DIAGNOSTIKA

**Deficit vědomostí:** o poruše ADHD a jejich možných komplikacích  
o režimových a dietních opatřeních  
o volnočasových aktivitách  
o dechových cvičeních

**Deficit v postojích:** nejistota z pochopení předepsaného  
nejistota ze schopnosti dodržovat terapeutická opatření

### 3. FÁZE – PLÁNOVÁNÍ

Základním materiálem, ze kterého tato fáze edukačního procesu vychází je vstupní test, který pacientka vyplnila. Na základě toho jsme si stanovili dle priorit následující cíle:

- Seznámit matku Filipa paní Ivanu s pojmem Attention Deficit Hyperactivity Disorder
- Objasnit matce zásady péče o Attention Deficit Hyperactivity Disorder dítě
- Seznámit matku s dietními a režimovými opatřeními, vyhovující Filipově DG
- Edukovat matku o autogenním tréninku a jeho vlivu na projevy Attention Deficit Hyperactivity Disorder u dětského pacienta

#### **Záměr edukace:**

- seznámit se s léčbou nemoci a s dodržováním léčebného režimu
- seznámit se s výhodami, které dodržování režimu přinese
- seznámit se s možnostmi relaxace
- technicky zvládnout tyto postupy relaxace
- prostřednictvím úpravy chování Filipa moderovat situaci v rodině

#### **Rozdělení edukačního procesu do postupně dosažitelných cílů:**

- **Kognitivní:** Matka paní Ivana nabyla vědomostí o tom, co je porucha Attention Deficit Hyperactivity Disorder, o tom, jak je možné pracovat s jedincem trpícím touto poruchou. Dále o tom, které potraviny jsou pro Filipa vhodné a které méně. A závěrem byla matka poučena o možnostech trávení Filipova volného času tak, aby doplňoval aktuální Filipovy, či matčiny potřeby.
- **Afektivní:** Matka si velice dobře uvědomuje, že je změna nezbytná, velkou roli zde hraje i její viditelná vyčerpanost. Je ochotna se všemi doporučenými radami řídit a předávat je v postupných dávkách dále Filipovi.

- **Behaviorální:** Matka Filipa je schopná aplikovat doporučené postupy tak, že se její komunikace se synem Filipem udržuje na snesitelné úrovni, ve škole registrují taktéž změnu k lepšímu. Situace v rodině se blíží k normálu.

**Podle místa realizace:** v ordinaci dětského psychiatra, zabezpečit, soukromí a klid v místnosti.

**Podle času:** edukační proces je rozdělen do čtyř dnů s týdenními odstupy, edukace probíhala v hodinách, kdy bylo možné obsadit prázdnou ordinaci.

**Podle výběru:** výklad, vysvětlování, rozhovor, modelová situace, tematické články, literatura, vstupní, výstupní test, diskuze

**Edukační pomůcky:** obrázky, dostupné brožury, papír, tužka, notebook.

**Podle formy:** individuální.

**Typ edukace:** úvodní (iniciální)

**Struktura edukace:**

1. **Edukační jednotka:** Seznámení matky s Attention Deficit Hyperactivity Disorder, s jeho projevy a možnými komplikacemi
2. **Edukační jednotka:** Edukovat matku o důležitosti dodržování režimových a dietních opatření a jejich významu u dětského pacienta s Attention Deficit Hyperactivity Disorder
3. **Edukační jednotka:** Edukovat matku o vlivu volnočasových aktivit na stav dětského pacienta s poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder a jejich významu
4. **Edukační jednotka:** Edukovat matku o autogenním tréninku a jeho vlivu na projevy Attention Deficit Hyperactivity Disorder u dětského pacienta

## Časový harmonogram edukace

Čas jednotlivých edukačních jednotek byl domluven s matkou po její pracovní době.

1. **Edukační jednotka:** 1. 3. 2017, od 10:00 do 11:00, (celkový čas 60 min.)
2. **Edukační jednotka:** 8. 3. 2017, od 16:00 do 17:00, (celkový čas 60 min.)
3. **Edukační jednotka:** 15. 3. 2017, od 16:00 do 17:00, (celkový čas 60 min.)
4. **Edukační jednotka:** 22. 3. 2017, od 10:00 do 11:30, (celkový čas 90 min.)

## 4. FÁZE – REALIZACE

Tato fáze naší práce podrobně zaznamenává jednotlivá sezení s matkou Filipa paní Ivanou a jejich detailní průběh tak, aby bylo možné utvořit si představu o tom, jak složitý proces se paní Ivana rozhodla podstoupit a následně i úspěšně absolvovat.

### 1. edukační jednotka

**Téma edukace:** Seznámení matky s Attention Deficit Hyperactivity Disorder, s jeho projevy a možnými komplikacemi

**Místo edukace:** VFN Olomouc, ordinace MUDr. Martina Hunková

**Časový harmonogram:** 10:00 – 11:00, (celkový čas 60 min)

## **Cíl:**

- **Kognitivní:** Matka paní Ivana je edukována o poruše Attention Deficit Hyperactivity Disorder, téma bylo vysvětlováno postupně s tím, že hlavní důraz je kladen na projevy Attention Deficit Hyperactivity Disorder, které matka sama opakovaně u syna Filipa zaznamenává. Důležité je objasnit matce především to, jaké typy chování zahrnuje tato porucha a jak rozmanité mohou být její projevy. Dále jsou uvedena doporučení, jak k těmto stavům přistupovat, aby jejich trvání nebylo delší, než je nezbytně nutné, nebo jak jim v případě ideálním zcela předejít. Paní Ivana ví, které situace jsou pro Filipa obzvláště náročné, chápe, za které projevy chování její syn nemůže, neboť jsou spojeny s poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Dále je paní Ivana obeznámena i s tím, jak je vhodné se v konkrétních situacích zachovat, aby dodala Filipovi pocit bezpečí, jistoty a důležitosti, tedy zmírnila jeho projevy strachu, agrese, nebo nespolupráce.
- **Afektivní:** Matka paní Ivana projevuje zájem o nabytí informací o poruše Attention Deficit Hyperactivity Disorder, snaží se tak pomoci synovi Filipovi a také sama sobě. Zopakováním věcí důležitých prokazuje, že edukaci skutečně porozuměla, v případě nejasností klade aktivně otázky, na které dostává okamžité odpovědi.
- **Behaviorální:** Matka paní Ivana dokáže změnit přístup k synovi Filipovi, demonstrací je ukázka synova chování, kterou jsem ztvárnila já v průběhu sezení, její reakce obsahují vždy hlavní zásady toho, jak je doporučeno k takto nemocnému jedinci přistupovat.

**Forma:** individuální.

**Prostředí:** VFN Olomouc, ordinace MUDr. Martina Hunková

**Edukační metody:** rozhovor, diskuze, vysvětlování, zodpovězení otázek.

**Edukační pomůcky:** knihy, papír, počítač, brožury.



## Realizace 1. edukační jednotky

- **Motivační fáze:** (5 minut) pozdravit paní Ivanu, vytvořit vhodné prostředí a příjemnou atmosféru, povzbuzovat pacientku ke spolupráci a vlastnímu podílení se na edukaci.
- **Expoziční fáze:** (45 minut) seznámit matku Filipa paní Ivanu s poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder, zodpovězení kladených otázek

## Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Attention Deficit Hyperactivity Disorder patří mezi nejčastější příčiny psychiatrického vyšetření a léčby v dětském věku. Tedy důležité sdělení pro matku paní Ivanu v tom, že v této nelehké situaci není rozhodně sama. Na veřejnosti jsou tyto děti často považovány za nevychované, nezvladatelné a drzé. O Attention Deficit Hyperactivity Disorder se začalo hovořit zhruba na začátku 20. století, v současnosti převládá názor, že základ poruchy je vrozený, tedy nijak nesouvisí s přístupem rodičů k dítěti, jak se mylně někteří nevědomě domnívají.

Mezi obvyklé příznaky patří:

- děti jsou nepozorné, dělají chyby z nepozornosti,
- neudrží trvale pozornost
- v případě předčasného ukončení jimi prováděné činnosti, jsou impulsivní a afektované
- i v případě, že zadaný úkol pochopí, obvykle jej nedokončí
- nejsou schopny plnit úkoly vyžadující soustředění a trpělivost
- ztrácejí věci, zapomínají
- jsou snadno vyrušitelné
- nedokáží klidně sedět, vrtí se na židli, hrají si s rukama, skáčou do řeči
- dělá jim potíže čekat, až na ně dojde řada
- mají silné emoční projevy i na drobné podněty
- bývají sociálně nevyzrálé, mají komunikační i motorické potíže.

Jak je vhodné k jedinci, který trpí touto poruchou přistupovat, na co je důležité dávat obzvláště pozor. Komunikace s dítětem je nezbytný základ úspěchu, zapomeňte, že to nemá smysl, má a je to jediná cesta. Dítěti je nutné stručně sdělit své požadavky i s tím, co bude následovat po jejich splnění i nesplnění, ať již je to odměna, pochvala, možnost

soutěžení se spolužáky, nebo sourozenci, obdiv váš či učitelův, nebo naopak trest, či zákaz oblíbené činnosti. Mluvit je důležité klidně a jasně. Případné námitky k chování dítěte sdělte klidně a především neprodleně.

Pro lepší udržení pozornosti je vhodné plnění úkolů prokládat činnostmi, které má dítě rádo, které aktivně vyhledává, mohou být také jakousi formou odměny. Pokud Vám dítě něco chce sdělit bezprostředně po incidentu, končícím vztekem, pláčem, či netečností, poslouchejte jej, stává se, že Attention Deficit Hyperactivity Disorder děti mají jiný pohled na věc a považují za důležité jej sdělit. Nezbytné je úkoly neustále opakovat tak, aby si je dítě podvědomě samo zapamatovalo. Z počátku je nutné plnit úkoly vždy společně s dítětem. A po každém samostatném splnění úkolu by měla následovat, alespoň z počátku vždy kontrola, předcházíme tím tak nekvalitnímu odvedení práce, či zadaného úkolu. Pozor, činnosti provedené chybně je pak velice těžké odbourat a tak je časově daleko výhodnější věnovat se kontrolám opravdu důsledně.

- **Fixační fáze:** (5 minut) shrnutí všech informací, zodpovězení otázek paní Ivany. Zopakování a zdůraznění důležitých informací vztahujících se k tématu.
- **Hodnotící fáze:** (5 minut) diskuze, zhodnocení zpětné vazby, kladení kontrolních otázek a vyhodnocení správných odpovědí.

#### **Kontrolní otázky pro paní Ivanu:**

- Jaké jsou hlavní příznaky poruchy Attention Deficit Hyperactivity Disorder?
- Jak je k nim doporučeno přistupovat?
- Demonstrace tří konkrétních situací pomocí modelové situace, kdy já jsem byla v roli syna Filipa.

#### **Zhodnocení první edukační jednotky:**

Matka paní Ivana projevuje viditelný zájem o porozumění synovi s diagnosou Attention Deficit Hyperactivity Disorder, vidí nesporný smysl v tom naučit jej nezbytná pravidla a návyky, potřebné ke každodennímu fungování. A také v neposlední řadě doufá v naději pro sebe, kdy bude mít díky těmto zautomatizovaným návykům jednou více času

pro sebe samu. Matka naslouchá, zapisuje si důležité body do poskytnutých materiálů, v případě nejasností, klade otázky. Na modelových situacích, bylo vidět porozumění vysvětlovanému, její přístup byl v jednom případě zcela správný, v ostatních jsme jej společně musely doopravit, ale nepřičítám to ani nepozornosti ani celkovému nepochopení, nýbrž považuji vysvětlovanou problematiku za velice nesnadnou a proto se k ní budeme ještě v průběhu ostatních edukačních jednotek vracet vždy na přání Paní Ivany a namátkou z iniciativy mé. Cíle, které jsme si stanovili, byly splněny.

## 2. edukační jednotka

**Téma edukace:** Edukovat matku o důležitosti dodržování režimových a dietních opatření a jejich významu u dětského pacienta s Attention Deficit Hyperactivity Disorder

**Místo edukace:** VFN Olomouc, ordinace MUDr. Martina Hunková

**Časový harmonogram:** 16:00 – 17:00, (celkový čas 60 min.)

### Cíl:

- **Kognitivní:** Matka Filipa paní Ivana je seznámena s důležitostí pevného režimu, který je nutné u jedinců s poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder dodržovat zejména pro usnadnění plnění každodenních úkonů i úkolů. Matka paní Ivana zná zásady zdravé výživy. Rozumí spojitosti mezi nemocí Attention Deficit Hyperactivity Disorder a výživou. Paní Ivana má tendence zařadit do rodinného jídelníčku zeleninu a omezit konzumaci sladkého.
- **Afektivní:** Matka paní Ivana má zájem o získání nových vědomostí, aktivně spolupracuje, klade otázky. Matka aktivně spolupracuje, má zájem o získání nových vědomostí, uvědomuje si podstatu nově získaných informací a verbalizuje spokojenost s nově nabytými informacemi.
- **Behaviorální:** Matka je schopna jednat se synem Filipem tak, aby bylo možné zavést určitý režim do života rodiny. Paní Ivana mění jídelníček celé rodiny. Paní Ivana zařazuje zeleninu a ovoce do jídelníčku celé rodiny. Snaží se ji upravovat tak, aby ji děti přišly na chuť. Matka paní Ivana dohlíží na pitný režim syna Filipa i dalších dvou dětí.

**Forma:** individuální.

**Prostředí:** VFN Olomouc, ordinace MUDr. Martina Hunková

**Edukační metody:** rozhovor, zodpovězení otázek, vysvětlování, modelové situace.

**Edukační pomůcky:** knihy, brožury, papír.

## **Realizace 2. edukační jednotky**

- **Motivační fáze:** (5 minut) pozdravit paní Ivanu, vytvořit vhodné prostředí k edukaci, příjemnou a klidnou atmosféru, povzbuzovat pacientku ke spolupráci a vysvětlit význam nově získaných informací.
- **Expoziční fáze:** (45 minut) seznámit paní Ivanu s důležitostí dodržování režimových a dietních opatření u pacienta s Attention Deficit Hyperactivity Disorder

## **Pevný řád**

Názorná ukázka, kterou následuje společné provedení úkolu, by měla předcházet každý úkol, se kterým se dítě setkalo prvně, či úkol, který dítě považuje za složitý. Tato ukázka by měla být opakována dle potřeby a reakcí dítěte. Toto opakování bude pravděpodobně mnohem delší než u normálních dětí a proto je nutné se na tuto situaci připravit nekonečnou trpělivostí, shovívavostí a především přípravou činnosti, kterou bude během názorné ukázky provádět samo dítě. V ideálním případě bude veškeré pohyby po předvedení samo napodobovat.

V případě, že dítě již nějakou činnost několikrát sledovalo a napodobovalo, je důležité mu jako projev úspěchů a uznání dovolit, aby se při takovém úkolu samo zúčastnilo a mělo tak potřebný pocit důležitosti. Jak již bylo zmíněno, je třeba chválit a chválit být pouze za projevenou snahu.

Je důležité odhadnout jak dlouho je nutné kontrolu nad prováděnou činností dodržovat, v opačném případě hrozí ztráta samostatnosti. Dítě je také potřeba seznámit se skutečností, že úkol kontrolován bude a kdy.

V případě, že dítě nereaguje na výzvu ke splnění úkolu, lze se uchýlit k užití jiného tónu hlasu, na příklad šepot. Každé dítě je individualita a tak je k němu také třeba přistupovat, právě z tohoto důvodu je pravděpodobné, že právě matka bude ta, kdo na podkladě uvedených doporučení nalezne tu správnou cestu ke svému složitějšímu dítěti. (CARTER, 2014).

V průběhu této fáze edukace následovala ještě jedna názorná ukázka toho, jak společně plnit zadaný úkol, kde jsem opět plnila roli syna Filipa. Dále jsme provedli ještě dvě modelové situace, které se vztahovaly k utvrzování režimu Attention Deficit Hyperactivity Disorder dítěte, kde již plnění bylo pouze na synovi Filipovi, tedy na mě s tím, že jsem dbala pokynů matky Paní Ivany. Paní Ivana chápe, že dodržování řádu představuje pro Filipa jistotu toho, co bude následovat. Cítí se bezpečněji, jistěji, je sebevědomější.

### **Zdravá výživa obecně**

Potraviny s vysokým glykemickým indexem mají často za následek projevy hyperaktivity, neklidu, nepozornosti a dráždivosti. Na kolísání glykémie tělo odpovídá zvýšením stresových hormonů v krvi dítěte, což se projevuje nervozitou a neposedností. Na základě některých studií byla opravdu prokázána souvislost mezi frekvencí projevů Attention Deficit Hyperactivity Disorder a zvýšením glykémie v krvi.

### **Potravinová aditiva**

Potravinová aditiva jako umělá barviva, konzervanty a umělá ochucovadla byly označeny za látky, jejichž konzumace může projevy Attention Deficit Hyperactivity Disorder zhoršit. V některých případech je uváděn i negativní vliv čokolády, sójy, mléka, pšeničných výrobků, vajec, kukuřice a také pomerančů či hroznového vína. Záběr potravin je velice široký a tak je velice důležité sledovat projevy dítěte v souvislosti s tím, co v potravě přijímá.

### **Diety doporučené pro děti s Attention Deficit Hyperactivity Disorder:**

- *Hypoalergenní dieta*

Na první 2 týdny je ze stravy vynechán cukr, vejce, luštěniny, mléko a výrobky z něho, polotovary a instantní výrobky, potraviny s aditivou a potravinovými barvivy. Ve třetím týdnu se do jídelníčku potraviny postupně vrací a následně se zaznamenávají

projevy chování dítěte ve vztahu k tomu, čím je stravováno. Strava v této fázi je zcela bez cukru a mléčných výrobků. Ve třetí fázi pak nastává určitá stabilizace jídelníčku dítěte, přičemž jsou vyloučeny ty potraviny, které dle předchozích pozorování měly negativní vliv na chování dítěte.

- *Feingoldova dieta*

Feingoldův program spočívá ve vyloučení umělých sladidel, konzervantů a ochucovadel.

- *Fosfátová dieta*

Fosfátová dieta vylučuje fosforečnany v aditivech a také konzumaci potravin, jež obsahují fosforečnany přirozeně – např. kakao, ovesné vločky, sýry, ořechy aj.

### **Doplňky stravy**

Naopak pozitivní vliv na hyperaktivitu a pozornost byl prokázán u omega 3 mastných kyselin a zinku. (HUBÁČEK a kol., 2017).

- **Fixační fáze:** (5 minut) shrnutí všech informací, zodpovězení otázek paní Ivany. Zopakování a zdůraznění důležitých informací vztahujících se k tématu.
- **Hodnotící fáze:** (5 minut) diskuze, zhodnocení zpětné vazby, kladení kontrolních otázek a vyhodnocení správných odpovědí.

### **Kontrolní otázky pro paní Ivanu:**

Jaké jsou hlavní zásady úspěšného zavedení pevného režimu do života Attention Deficit Hyperactivity Disorder dítěte?

Které potraviny nejsou vhodné pro syna Filipa?

Které potravinové doplňky se naopak doporučují?

### **Zhodnocení druhé edukační jednotky:**

Matka paní Ivana je schopná jednat se synem Filipem tak, jak se při této diagnóze doporučuje, jedná klidně, prosby opakuje, s úkoly pomáhá, oceňuje synovy pokroky. Teoretické znalosti jsou dostatečné, pokud vyvstaly nejasnosti, byly ihned vysvětleny a uvedeny na pravou míru. Došlo na společné vytvoření kalendáře, do kterého jsou Filipovy úkoly a úspěchy zaznamenávány, což samo o sobě považují za veliký pokrok vpřed.

Matka paní Ivana dále zná zásady zdravé výživy, je si vědoma toho, co je pro syna Filipa vhodné a co nikoliv. V případě nejasností byly otázky probrány opakovaně. Pozornost byla věnována i pitnému režimu, který je pro Filipa neméně důležitý. Paní Ivana projevuje zájem o nové poznatky z ohledu zdravé výživy, kterými se rozhodla do budoucna řídit.

### **3. edukační jednotka**

**Téma edukace:** Edukovat matku o vlivu volnočasových aktivit na stav dětského pacienta s poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder a jejich významu

**Místo edukace:** VFN Olomouc, ordinace MUDr. Martina Hunková

**Časový harmonogram:** 16:00 – 17:00, (celkový čas 60 min.)

#### **Cíl:**

- **Kognitivní:** Poučit matku paní Ivanu o možnosti výběru vhodných volnočasových aktivit pro syna Filipa s ohledem na jeho Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Specifikovat situace, kdy je která aktivita vhodná, kdy méně a čím se ve výběru vhodné činnosti řídit. Objasnit matce důležitost odpočinkových činností syna v průběhu dne.
- **Afektivní:** Matka spolupracuje aktivně, projevuje zájem o získání nových vědomostí, uvědomuje si důležitost odpočinkových aktivit ve vztahu

k onemocnění Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Klade otázky v případě nejasností, přikyvuje, souhlasí s podanými informacemi.

- **Behaviorální:** Paní Ivana je schopná korigovat Filipovu bdělost pomocí vkládání volnočasových aktivit do jednotlivých fází dne, mezi kterými je nutné, aby byl Filip co možná nejdéle soustředěný. Syn je spokojenější, podává lepší výsledky, situace se stává pro oba přijatelnější.

**Forma:** individuální.

**Prostředí:** VFN Olomouc, ordinace MUDr. Martina Hunková

**Edukační metody:** rozhovor, výklad, demonstrace, zodpovězení Ivaniných otázek, diskuze.

**Edukační pomůcky:** obrázky, kniha, internet, papír, tužka

### **Realizace 3. edukační jednotky**

- **Motivační fáze:** (10 minut) pozdravit paní Ivanu, vytvořit vhodné prostředí a atmosféru k edukaci, povzbuzovat a motivovat pacientku ke spolupráci, vysvětlit význam nově získaných vědomostí.
- **Expoziční fáze:** (60 minut) seznámit paní Ivanu s hlavními zásadami trávení volného času a především nezbytného rozfázování každodenních aktivit pacienta s Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

### **Nezbytné rozfázování činností**

Pojmem volný čas označujeme čas, který zbyde po splnění všech vyžadovaných úkolů a nevyhnutelných činností spojených s osobní hygienou, jídlem a spánkem. Mezi tyto činnosti by mělo patřit především to, co dělá dítě rádo a dobrovolně, měly by navozovat pocit uspokojení a uvolnění. (ZELINOVÁ, 2012).

Jak již bylo několikrát zmíněno, osobnost každého dítěte je individuální a o to více to platí i u poruchy Attention Deficit Hyperactivity Disorder, takové dítě neudrží pozornost déle než 10 minut. A právě z tohoto důvodu jsou jednotlivé přestávky mezi



plněním úkolů ideálním časovým prostorem, který lze vyplnit pohybem, či rehabilitačním, nebo relaxačním cvičením. Zásadní je časté opakování činností, které jsou od dítěte vyžadovány a pokud se je rozhodneme zařadit do již zmiňovaných volnočasových aktivit, je třeba z nich udělat hru, legraci, či je nějak zajímavě zpestřit.

Dle Dumazediera je možné rozlišovat tři různé funkce volného času:

1. odpočinek – zotavení a reprodukce pracovní síly
2. rozptýlení – zábava, rozptýlení a únik z monotónnosti práce
3. rozvoj osobnosti – fyzický, kulturní a sociální rozvoj (Hodaň, Dohnal, 2008).

Ve spojitosti s poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder lze říci, že by měl být volný čas dopřáván dítěti vždy, když je na něm patrná únava či zhoršení pozornosti, ale zároveň je nutné omezit tyto pauzy na minimum, najít tedy rozumný kompromis. Dítě s Attention Deficit Hyperactivity Disorder je možné v případě dostavující se nepozornosti nejprve stimulovat, podporovat, motivovat a chválit a až když pozornost nadále klesá, je opravdu nutné udělat potřebnou pauzu i ta by měla být ale smysluplně využita. Nechat dítě napít, dodechnout si po svém, následně zařadit nějaké pohybové cvičení, které je pro dítě atraktivní, buď formou hry, či závodu. V ideálním případě toto cvičení může rozvíjet i hrubou motoriku, což je jedině přínosem. Krátce si popovídat o důležitosti úkolu, který má dítě před sebou a pauzu ukončit. Lze použít nastavení budíku, aby bylo předejito případným prosbám o prodloužení této pauzy, ideální délka je cca 10 min v závislosti na náročnosti plněného úkolu a také na frekvenci již předcházejících pauz. V případě, že přestávky dodržujeme častěji, je možné je zkrátit na minimum cca 5 min, v případě, že dítě vykazuje velkou snahu a úkol plní delší dobu vkuse, mohou být pauzy nastaveny, pravidla o délce pauzy by však měla být vždy jasně sdělena na začátku plněného každého úkolu. V případě, že se dítě věnuje úkolu, který vyžaduje soustředění a mozkovou aktivitu, je vhodné pauzy vyplnit pohybem. V případě, že je úkol fyzicky náročný, je možné přestávku vyplnit na příklad hledáním věcí stejné barvy, či počtem mravenců na chodníku. Dítě je vždy nutné sledovat a hranici schopnosti udržení pozornosti zbytečně nepřepínat, výkon se nedostaví a plnění úkolu se tak stává nepříjemné pro obě strany.

Několik vhodných cviků pro vyplnění pauzy mezi jednotlivými úkoly:

### **Střídavé dýchání nosními dírkami**

Tato technika cvičení podporuje zásobování mozku kyslíkem a tím i oživení mozkových buněk a mozkovou regeneraci. Provádí se tak, že položíme ukazováček a prostředníček pravé ruky ke kořeni nosu, palcem ucpeme pravou nosní dírku a volně dýcháme dírkou druhou. Obě nosní dírky prostřídáme.

### **Protážení – uvolnění**

Provádíme tak, že protahujeme některou část těla co možná nejdále, na příklad ruku. V maximální pozici setrváme několik vteřin a potom nataženou část těla postupně uvolňujeme. Je důležité uvolňovat se pomalu, postupně, nikoli naráz. Následně protaženou částí těla ještě jemně pohupujeme.

### **Mašinky**

Jedná se o vhodnou techniku v situaci stresové, či při výskytu napětí. Nadechneme se a při pomalém vydechování děláme „ššš“ nebo „húúú“.

Co se změnilo?

Dítě se otočí a matka na sobě změní tři věci, úkolem dítěte je poznat, co se změnilo. Poté můžeme role obrátit.

Kolik „A“?

Matka zvolí některé písmeno, např. „A“. Dítě má za úkol vyjmenovat jména kamarádů na A, zvířata, věci nacházející se v místnosti atd. (DOBIÁŠOVÁ a kol. 2017).

Zde byly uvedeny činnosti vhodné pro usnadnění plnění zadaných úkolů, co se týče klasických volnočasových aktivit, je možné zvolit vše, co je dítěti milé a pro rodiče přijatelné, na příklad běh, plavání, stavění z kostek, kreslení, hra na schovávanou a tak dále... tyto aktivity se nijak neliší od těch, kterým se věnují děti zdravé, proto jsme se jim zde podrobněji nevěnovali. Důležité je ale mít neustále na paměti Attention Deficit Hyperactivity Disorder a tedy i rizika, které s sebou pro dítě nese v podobě pádů a nepředvídatosti.

- **Fixační fáze:** (5 minut) důkladné a pečlivé zopakování informací, které souvisí s odreagováním u dětí s Attention Deficit Hyperactivity Disorder.
- **Hodnotící fáze:** (5 minut) zhodnocení zpětné vazby při diskuzi, kladení kontrolních otázek a vyhodnocení jejich správných odpovědí.

#### **Kontrolní otázky pro paní Ivanu:**

Kdy se rozhodneme pauzu udělat?

Jak je možné vyplnit pauzy v průběhu plnění úkolu?

#### **Zhodnocení edukační jednotky:**

Matka paní Ivana zná cvičení, kterými lze plnění jednotlivých úkolů vyplnit, počíná si velice empaticky, snaží se respektovat syna Filipa ve všech ohledech. V případě nejasností klade otázky, které jsou ihned zodpovězeny. Modelové situace proběhly dvě, použitá cvičení byla zvolena vhodně i ve správnou chvíli, cíle byly splněny.

## **4. edukační jednotka**

**Téma edukace:** Edukovat matku o autogenním tréninku, jako možném nástroji moderace projevů Attention Deficit Hyperactivity Disorder u dětského pacienta

**Místo edukace:** VFN Olomouc, ordinace MUDr. Martina Hunková

**Časový harmonogram:** 10: 00 – 11:30, (celkový čas 90 min.)

#### **Cíl:**

- **Kognitivní:** Seznámit paní Ivanu s metodou autogenního tréninku, vysvětlit základní pravidla a principy, na kterých metoda u dětských pacientů funguje a které je z tohoto důvodu nezbytné dodržovat.
- **Afektivní:** Paní Ivana se aktivně zapojuje do nacvičování ukázek autogenního tréninku. Klade zvědavé otázky, nebojí se dotázat v případě nejasností.

- **Behaviorální:** Paní Ivana je schopna vést autogenní trénink s tím, že pro případ nejasností má dostatek materiálů, knih a internetových odkazů, ze kterých může v případě potřeby dle potřeby čerpat.

**Forma:** individuální.

**Prostředí:** VFN Olomouc, ordinace MUDr. Martina Hunková

**Edukační metody:** rozhovor, výklad, demonstrace, zodpovězení Ivaniných otázek, diskuze.

**Edukační pomůcky:** obrázky, kniha, internet, papír, tužka, modelové situace

#### **Realizace 4. edukační jednotky**

- **Motivační fáze:** (10 minut) pozdravit paní Ivanu, vytvořit vhodné prostředí a atmosféru k edukaci, povzbuzovat a motivovat pacientku ke spolupráci, vysvětlit význam nově získaných vědomostí.
- **Expoziční fáze:** (60 minut) seznámit paní Ivanu s metodou autogenního tréninku a s jeho provedením tak, aby potřebně stimuloval aktuální projevy Attention Deficit Hyperactivity Disorder u syna Filipa v průběhu dne.

#### **Autogenní trénink u dětského pacienta**

Autogenní trénink je metoda lety prověřená a vzhledem k jejímu hojnému používání i v dnešní době i lety osvědčená. Používá se k ovládnutí projevů vlastního těla. Pouze v případě, že je tělo klidné, může být klidné i dítě samo. Hyperaktivním dětem obvykle schází pocit moci nad svým vlastním tělem, neumí se tak dostatečně uvolnit a odpočívat. Proto se právě metoda autogenního tréninku doporučuje, jako změna orientace pozornosti dítěte z vnějšího prostředí na sebe samo, své tělo a nitro. Tato metoda kombinuje prvky jógy s prvky užívanými při hypnóze. Cílem autogenního tréninku je navození stavu relaxace prostřednictvím hypnotizéra. V případě autogenního tréninku, jak již vypovídá samotný název této metody, může být každý jedinec schopný navození

tohoto stavu zcela nezávisle na osobě třetí. Vezmeme-li však v potaz dětské pacienty trpící poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder, lze očekávat, že zde bude chybět schopnost vlastního zklidnění a koncentrace, která je ke zdárnému dokončení tohoto procesu nezbytná. V našem případě jsme se rozhodli uvést metodu autogenního tréninku doprovázeného výkladem třetí osoby právě tak, aby došlo snáze a rychleji ke zklidnění přirozeně neklidných dětských pacientů.

### **Zásady autogenního tréninku**

Pacient zaujme pohodlnou polohu, nejlépe vleže na zádech, ruce spočívají volně vedle těla. Pacient pomalu a zhluboka dýchá do dolní poloviny hrudníku a do břicha.

Dále se přistupuje k vsugerování pocitu tíhy, začíná se dominantní rukou, dále se pokračuje druhou horní končetinou, následuje přenesení pocitu tíhy na obě dolní končetiny, pokračuje se trupem pacienta, břichem, zády a končí se obvykle hlavou pacienta, kdy se opakuje: „celé mé tělo je příjemně těžké“. V průběhu cvičení je vhodné pro usnadnění klidným hlasem opakovat na příklad: „má pravá ruka je těžká, má pravá ruka je stále těžší“, následuje: „obě mé ruce jsou velice příjemně těžké, obě mé ruce i nohy jsou těžké“.

Následně se pokračuje ve vsugerování pocitů postupně proudících do celého těla, ve fázi této se jedná konkrétně o pocit tepla, který se snažíme pacientovi navodit. Postupuje se systematicky stejně, jako u navozování pocitu tíhy, to znamená od ruky dominantní, přes obě nohy, trup, břicho záda až k hlavě. I zde se končí pocitem, že celé tělo je příjemně teplé.

V této čtvrté fázi by mělo již automaticky ve spojitosti se dvěma předešlými cvičeními dojít ke zklidnění dechu dětského pacienta. Pro umocnění tohoto pocitu a jeho vjemu je vhodné opakovat: „můj dech je klidný“.

Po dosažení zklidnění dechu by mělo následovat zklidnění srdeční činnosti. Obzvláště u dětí je možné položit si ruku na horní levou polovinu hrudního koše a sledovat tak vlastní tlukot srdce. Nahlas je opět dobré klidně pronášet na příklad: „mé srdce tlučte klidně a zdravě“.

Následně se opět vracíme k navozování pocitu tepla, nyní ovšem do dutiny břišní. Umělé navození tohoto pocitu má jistě smysl, neboť po dobrém obědě, když je naše břicho plné a díky nahromaděné krvi vydává ono výše zmiňované teplo, není problém

pro leckoho si na malou i větší chvíli zdřímnout. Postupujeme tedy identicky s navozováním pocitů výše uvedených. Hlasovým projevem klidně doprovázíme: „ mé břicho je teplé, cítím příjemné teplo vycházející z mého břicha“.

Úkolem posledním je navození pocitu chladu, který vnímá naše čelo. Doprovázet tento pocit je možné pomocí vět: „mé čelo ovívá příjemný vítr, cítím chlad na svém čele“.

Dle instrukcí J. Schulze, otce této metody, by měl nácvik jednotlivých pocitů probíhat postupně. Doporučuje se cca 14 dní věnovat nácviku každého pocitu. V případě, že se navození pocitu nebude z počátku dařit, neznamená to, že se metoda neosvědčila. Je nutné vytrvat a v jejím nácviku vytrvat. Důležitou roli zde hraje především u dětských pacientů sám „vypravěč“, právě jeho úkolem je dětem s iluzí těchto pocitů pomoci. Je nutné, aby „vypravěč“ hovořil klidným, příjemným hlasem, pomalu a jednotlivé věty dle potřeby opakoval. Nácvik této metody je vhodný zejména v prostředí dítěti známém a příjemném, z počátku je vhodné provádět autogenní trénink na příklad před spaním, po osvojení si základních metod a dovedností lze praktikovat v průběhu dne dle potřeby (VÍCHOVÁ, 2016).

Následovala vlastní modelová situace, kdy já jsem představovala syna Filipa a paní Ivana samostatně vedla metodu autogenního tréninku. Její provedení považujeme za velice zdařilé, jeho účinnost prověří praxe a čas, potěšením je nám oběma již nyní fakt, že se vydávají správným směrem.

- **Fixační fáze:** (10 minut) důkladné a pečlivé zopakování informací, které souvisí s dodržováním zásad při provádění autogenního tréninku u dětského pacienta s Attention Deficit Hyperactivity Disorder.
- **Hodnotící fáze:** (10 minut) Paní Ivana prokázala velkou snahu i empatický přístup při nácviku metody autogenního tréninku. Získané vědomosti si pečlivě zapisovala do poskytnutých materiálů.

#### **Kontrolní otázky pro paní Ivanu:**

Jaké jsou zásady pro nácvik autogenního tréninku?

Kdy se tato metoda užívá?

#### **Zhodnocení edukační jednotky:**

Veškeré cíle byly splněny, především samotný nácvik metody autogenní relaxace při modelové situace mě přesvědčil o skutečnosti, že Paní Ivana vše pečlivě vnímala. A především v konečném důsledku dokázala skloubit nově nabitě poznatky teoretické s praktickou demonstrací ukázky vedení této metody, což považujeme obě za cíl nejvyšší.

## FÁZE – VYHODNOCENÍ

Ve fázi vyhodnocení edukačního procesu matka Paní Ivana vyplnila vědomostní test, který se shoduje se vstupním testem ve fázi posuzování.

### Výstupní test

Otázky	Ano / Ne
Víte co znamená Attention Deficit Hyperactivity Disorder	Ne
Umíte vyjmenovat základní příznaky tohoto onemocnění?	Ne
Znáte základní komplikace tohoto onemocnění?	Ne
Znáte doporučené postupy pro práci s Attention Deficit Hyperactivity Disorder jedincem?	Ne
Znáte doporučená dietní opatření ve spojitosti a poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder?	Ne
Znáte doporučené volnočasové aktivity u jedince trpícího Attention Deficit Hyperactivity Disorder poruchou?	Ne

Filipova matka Paní Ivana si rozšířila již získané vědomosti o poruše Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

V průběhu edukace došlo také k přesnému vymezení tohoto onemocnění, odlišení od prosté hyperaktivity, či nepozornosti.

Zdůraznění podstaty této poruchy, tedy skutečnost, že Filip za své chování nemůže.

Zvláštní pozornost byla věnována především doporučením pro práci s jedinci trpícími poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

Zaměřená doporučení byla především týkající se zvládnání každodenních povinností a plnění zadaných úkolů.

Za velice přínosná považuje Paní Ivana společně sehrané modelové situace, které ji pomohly dostat se do role, kterou je třeba se synem Filipem dodržovat.

Nutnost dodržování pevného režimu, je také pro Filipa i Paní Ivanu novým úkolem, kterého je třeba se zhostit tak, aby bylo možné společně lépe a efektivněji fungovat.

Jinou velice důležitou změnou jsou dietní opatření, nebo-li dodržování zásad zdravé výživy, kterou nelze samostatně považovat za druh léčby, ale za podpůrný prostředek zcela jistě ano.

Za zásadní úkol pro Paní Ivanu považují osvojit si plánování a rozvrh Filipových aktivit a plnění zadaných úkolů včetně jejich nezbytnému proložení účelně strávenými pauzami.

Užitečné je též seznámení s možnostmi relaxačních her, které jsme společně nejen probrali, ale i prakticky vyzkoušeli.

Především společné zhotovení plánovacího kalendáře velice usnadní rozvržení denních úkolů.

Výplň těchto přestávek je třeba pečlivě a citlivě naplánovat tak, aby vyhovoval potřebám syna Filipa.

## **5.2 DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

U rodin s Attention Deficit Hyperactivity Disorder dětmi byl prokázán pozitivní vliv dodržování následujících zásad, plynoucích nejen z naší práce. Proto bychom doporučili všem členům rodiny věnovat maximální důslednost a pozornost při jejich plnění tak, aby byl chod rodiny co možná nejvíce podoben harmonickému prostředí, tak důležitému pro zdravý rozvoj každého dítěte.



- zachovávat klid i při opakovaném neúspěchu
- úkoly formulovat jasně
- dodržovat pevný režim
- aktivně hledat sebemenší důvod k pochvale
- vymezit si čas pro vlastní odpočinek, regeneraci si
- vytvářet bezpečné a láskyplné zázemí
- podporovat dítě ve všem, co dělá
- snažit se nenarušovat pevný řád dítěte

## ZÁVĚR

Porucha Attention Deficit Hyperactivity Disorder patří do skupiny vývojových poruch. Její podstata je spjata s deficitem, či opožděným zrání centrální nervové soustavy, skutečná příčina této poruchy tedy nesouvisí s přístupem rodičů k takto nemocnému dítěti, jak se mylně veřejnost domnívá.

Cílem této bakalářské práce bylo představit toto onemocnění laické veřejnosti především jako skutečně složitou a především celoživotní poruchu. Znamená tedy nekonečné snažení a boj se sebou samotným pro nemocného jedince a řádnou dávku vytrvalosti, sebezapření, lásky a shovívavosti pro rodinu, ve které dítě vyrůstá. Právě z tohoto důvodu byly cíle zvoleny celkem prostě, někdo, kdo je schopen dítě životem provázet krok za krokem s tím, že každý z těch krůčků je velice nejistý a je třeba jej několikrát zopakovat, si nezaslouží poslouchat výtky toho, jak své dítě vychoval či nikoliv. A právě prostřednictvím této práce jsme chtěli toto uvést na pravou míru.

Hlavním cílem této práce bylo vytvoření edukačního procesu pro matku, jejíž syn trpí poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Proces byl vytvořen po důkladném rozhovoru s matkou Paní Ivanou, tedy až následně po zjištění konkrétních nedostatků, na které jsme se v jeho průběhu zaměřili. Matce Paní Ivaně patří můj veliký obdiv za její přístup plný nadšení a očekávání, který lze považovat za základ úspěch pro celý edukační proces. Paní Ivana v průběhu celého edukačního procesu velice pečlivě spolupracovala a evidentně jí pomohlo i zjištění, že poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder trpí daleko více dětí, než sama tušila, po ukončení edukačního procesu se sama rozhodla s nově získanými vědomostmi podělit prostřednictvím internetu právě s matkami, jejichž děti pravděpodobně také trpí poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder. S potěšením tedy můžeme na závěr konstatovat, že cíle, které byly vytýčeny na začátku této práce, byly splněny.

Tato práce slouží jako ucelený a přehledný zdroj informací o poruše Attention Deficit Hyperactivity Disorder, který lze využít jako zdroj teoretických informací, informací pro samotné pacienty, nebo matky dětí trpících touto poruchou.

Pro rychlou orientaci v této problematice je součástí práce informační brožura, shrnující všechny základní údaje o problematice poruchy Attention Deficit Hyperactivity

Disorder a v případě, že komukoliv z výše uvedených pomůže, lze ji označit za užitečnou a společensky přínosnou, což představuje pro mě, jako autora, cíl největší.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BRADBURY, CATHY a kol. *Šest kroků ke zvládnutí ADHD: manuál pro rodiče i učitele*. Překlad Hana Antonínová. Vydání první. Praha: Portál, 2016. 143 s. ISBN 978-80-262-1035-1.

CAGAŠ, PETR. *Léčba ADHD* [online]. In: 2004 [akt. 2016-11-24]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/el/1423/podzim2004/PSY472/um/lecba\\_ADHD.pdf](https://is.muni.cz/el/1423/podzim2004/PSY472/um/lecba_ADHD.pdf)

CARTER, Cheryl R. *Dítě s ADHD a ADD doma i ve škole: praktický rádce pro rodiče i učitele*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0621-7.

*Diagnostika a léčba ADHD v průběhu života: ZDN* [online]. [akt. 2017-01-23]. DOI: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/diagnostika-a-lecba-adhd-v-prubehu-zivota-475772>.

DOBIÁŠOVÁ, Markéta, Martina HÁJKOVÁ a Michaela NEŠPOROVÁ. *Aktivity vhodné pro práci s dětmi ADHD* [online]. [akt. 2017-04-08]. Dostupné z: [http://www.neklidne-deti.cz/images/aktivity\\_vhodne\\_pro\\_praci\\_s\\_detmi\\_s\\_adhd.pdf](http://www.neklidne-deti.cz/images/aktivity_vhodne_pro_praci_s_detmi_s_adhd.pdf)

DRTÍLKOVÁ, Paní Ivana a Omar ŠERÝ. *Hyperkinetická porucha: ADHD*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-419-5.

EMMERLINGOVÁ, STANISLAVA. *MŠMT Ignoruje problém farmakologické "léčby" ADHD* [online]. In: [akt. 2016-11-24]. Dostupné z: <http://www.eduin.cz/clanky/msmt-ignoruje-problem-farmakologicke-lecby-adhd/>.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5046-0.

HAVELKOVÁ, Mgr. Eva a Mgr. Eva TŮMOVÁ. 2014, *Edukace v ošetřovatelství* [online]. [akt. 2017-02-04]. DOI: [http://194.12.38.16:7100/pluginfile.php/2007/mod\\_resource/content/1/Edukace%20v%20o%C5%A1et%C5%99ovatelstv%C3%AD.pdf](http://194.12.38.16:7100/pluginfile.php/2007/mod_resource/content/1/Edukace%20v%20o%C5%A1et%C5%99ovatelstv%C3%AD.pdf).

HODAŇ, Bohuslav a Tomáš DOHNAL. *Rekreologie*. 2., upr. a rozš. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-2197-1.

HUBÁČEK, Jiří. *ADHD a výživa* [online]. [akt. 2017-04-08]. Dostupné z: <http://www.dlouhovestkostbezleku.cz/mod/forum/discuss.php?d=214>

JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a Hana ŽÁČKOVÁ. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině: základní projevy ADHD, zásady výchovného vedení, působení relaxačních technik, dospívání hyperaktivních dětí*. Praha: Grada, 2010. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2697-7.

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

LOAIZA, Juana Gaviria and collectiv. *Is Neurofeedback training an efficacious treatment for ADHD? Results from a systematic review* [online]. In: [akt. 2016-12-08]. DOI: file:///C:/Users/Z /Downloads/Neurofeedback%20ingles.pdf.

LOVE, Russell J. a Wanda G. WEBB. *Neurology for the speech-language pathologist*. 5th ed. St. Louis, MO: Mosby/Elsevier, c2008. ISBN 978-0-7506-7526-0.

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

MICHALOVÁ, Zdeňka a Pešatová, Ilona. *Hyperkinetické poruchy a jejich dopad na školní úspěšnost*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2012. 88 s. ISBN 978-80-7372-933-2.

MONASTRA, Vincent J. *Parenting children with ADHD: 10 lessons that medicine cannot teach. Second edition*. ISBN 14-338-1571-0.

MUNDEN, Alison a Jon ARCELUS. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita: přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2008. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-430-4, s. 16.

NEURO-VÝVOJOVÁ TERAPIE [online]. In: . [akt. 2016-12-11]. <http://www.i-nvt.cz/oNVT.html>.

PACLT, Ivo. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1426-4, s. 15.

PEŠOVÁ, Ilona a Miroslav ŠAMALÍK. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1216-4.

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4742-366.

*Posilování žádoucího chování u dětí s ADHD* [online]. [akt. 2017-04-08]. Dostupné z: <http://www.adehade.cz/pece-a-vychova/posilovani-zadoucicho-chovani-u-deti-s-adhd/>

*Přehled příznaků ADHD* [online]. [akt. 2017-04-08]. Dostupné z: <http://www.adehade.cz/diagnostika/prehled-priznaku/>

ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1049-8.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1733-3, s. 31.

UHLÍKOVÁ, Petra a GOETZ, Michal. *ADHD - porucha pozornosti s hyperaktivitou: příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-630-4.

VÍCHOVÁ, Veronika. *Autogenní trénink a autogenní terapie: relaxace, která pomáhá*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-802-6209-997.

VÍTKOVÁ, Marie (ed.). *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a speciální*. 2. rozšíř. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2004. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-731-5071-9.

WHO/ÚZIS ČR (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR), [online]. 2016, [cit. 2016-10-13]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F90-F98.html>

ZELINKOVÁ, Olga a Eva MARKOVÁ. *Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD*. Vyd. 12. Praha: Portál, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-262-0875-4.

ZELINOVÁ, Milota. *Hry pro rozvoj emocí a komunikace: koncepce a model tvořivě humanistické výchovy*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-807-3671-976.

# PŘÍLOHY

Příloha A - Číselný čtverec

Příloha B - Bourdonův test

Příloha C – Edukační brožura

Příloha D – Edukační brožura

Příloha E – Edukační brožura

Příloha F – Edukační brožura

Příloha G – Edukační brožura

Příloha H - Protokol k provádění sběru podkladů pro bakalářskou práci

Příloha I – Literární rešerše

Příloha J – Čestné prohlášení

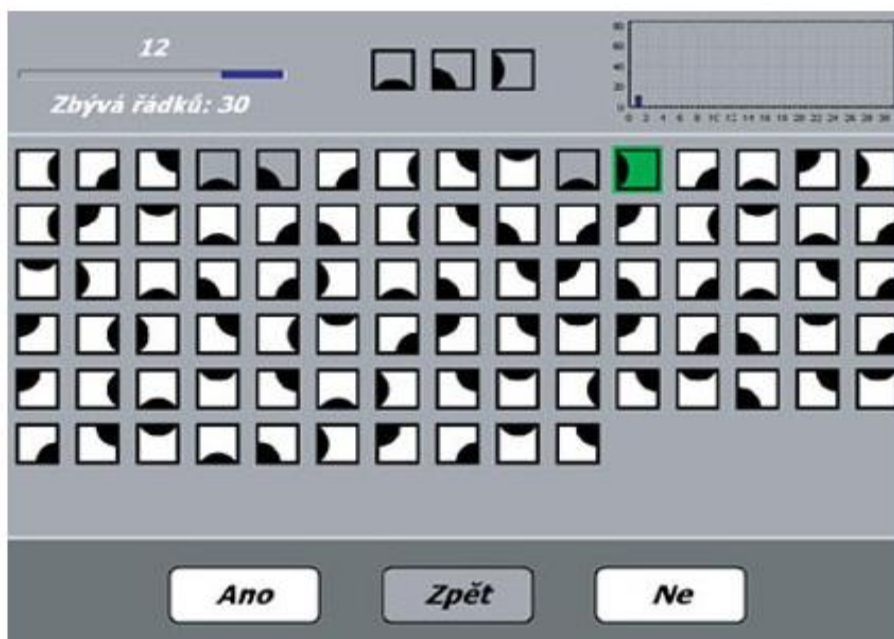
Příloha A: číselný čtverec

10	19	15	23	3
22	6	25	12	18
17	24	4	8	21
2	11	14	1	13
9	7	20	16	5

Zdroj: <http://www.psychosoft.cz/TCct.aspx>



Příloha B: Bourdonův test



Zdroj: <http://wings-group.cz/cs/testy/>



**ATTENTION  
DEFICIT  
HYPERACTIVITY  
DISORDER**

## ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER, ANEB JAK HO POZNAT

Přestože původ vzniku této poruchy není zcela jednoznačně určen a i historie názvu a zařazení do klasifikačních systémů prošlo v průběhu let několika změnami, lze naproti tomu zcela jasně konstatovat, že je to porucha život každého jednoho jedince velice zásadně komplikující. Základem úspěšného přístupu k takovému pacientovi je správná a včasná diagnostika této poruchy. Attention Deficit Hyperactivity Disorder dítě netrpí deficitem intelektu, jak by se na první pohled mohlo jevit, jsou to pouze souhry nedokončených myšlenek, zbrklých úkonů a nedostatek trpělivosti, které se mohou podobným způsobem projevovat.

Mezi základní znaky patří:

### • Narušená pozornost

Pro dítě trpící poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder je velice komplikované udržení pozornosti, zejména při opakovaných, nezábavných a dlouhodobých činnostech.

### • Hyperaktivita

Mezi charakteristické projevy hyperaktivity lze zařadit chaotické pobíhání po místnosti, bezmyšlenkovité osahávání věcí s momentální činností nesouvisejících, hlasité nesrozumitelné vykřikování, či pouze vydávání neidentifikovatelných zvuků, skákání do řeči a dalších.

### • Impulzivita

Impulzivita se vyznačuje nedostatečnou sebekontrolou, okamžitým nápadem následovaným bezmyšlenkovitým provedením, bez zábrán a bez konkrétní představy následků.

Dále mohou být pozorovány příznaky přidružené:

- nebere v potaz details, dělá chyby z nepozornosti
- neudrží trvale pozornost při plnění úkolu
- i když pochopí instrukce, nedokončuje úkoly
- nezvládá úkoly vyžadující soustředění a trpělivost
- ztrácí věci
- zapomíná na své úkoly a povinnosti
- nedokáže klidně sedět
- hraje si s prsty na rukou
- často pobíhá nebo v nevhodných situacích
- obtížně zachovává klid a ticho
- je stále v pohybu
- stále hovoří, často vyhrkne odpověď před dokončením otázky
- dělá mu potíže čekat, často přerušuje ostatní

## DIAGNOSTIKA ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER, ANEB CO SE BUDE DÍT S PACIENTEM U ODBORNÍKŮ A ČEHO NENÍ TŘEBA SE OBÁVAT

### Psychologické vyšetření

Pacienti jsou podrobeni testům pozornosti, inteligence, krátkodobé paměti, motorických reakcí, prostorové orientaci, představivosti, schopnosti abstrakce a logického myšlení, to vše je prováděno s ohledem na věk a momentální stav dětského pacienta. Otázka zvolení terapie probíhá dle aktuálních výsledků z psychologických vyšetření, které jsou odborně posouzeny, a na jejich základě je navržena individuálně příhodná terapie.

- Farmakoterapie – zmírnění projevů na venek
- Neurovývojová terapie - se skládá z několika opakujících se jednoduchých cviků, které napodobují právě primární reflexy, v konečném důsledku mají za následek právě vymizení aktivity primárních reflexů.
- EEG biofeed back – doplnění terapie

## PŘÍSTUP ČLENŮ RODINY K ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER JEDINCI, ANEB JAK SE NEZBLÁZNIT

- Stanovení pevného řádu pacienta
- Dodržování tohoto řádu
- Kontrola zavedeného řádu
- Pochvala za snahu pacienta, za dobře odvedenou práci
- Společné provedení zadaných úkolů
- Včasné přenechání zodpovědnosti pacientovi ve chvíli, kdy je dostatečně připraven
- Nekonečná trpělivost

Dítě s poruchou Attention Deficit Hyperactivity Disorder se není schopno dlouhodobě soustředit, je proto důležité úkoly rozfázovat. Důležité je směřovat zájem dítěte tam, kde by bylo možné jej dále smysluplně rozvíjet. Zásadou je, že dítěti nikdy nelžeme, snažíme se vše vysvětlit trpělivě a s přihlédnutím k jeho věku a psychické vyzrálosti.



Tento materiál je výstupem bakalářské práce s názvem Edukace matky dítěte s diagnostikovaným Attention Deficit Hyperactivity Disorder, která vznikla v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické o.p.s., Duškova 7, Praha 5.

Příloha H – Protokol k provádění sběru podkladů pro bakalářskou práci

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.  
Duškova 7, 150 00 Praha 5



**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ  
PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,  
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Ženožičková Tereza, Dis.	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3VS2
Téma práce	Edukace matky dítěte s diagnostikovaným Attention Deficit Hyperactivity Disorder.	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Fakultní nemocnice Olomouc, dětská psychiatrická ambulance	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Martina Fitříková	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	

Bc. podpis  
 Andrea Drabličková  
 Hlavní sestra  
 Odbor dětských sester  
 Fakultní nemocnice Olomouc

V Olomouci

dne 1.2.2017

Tereza Ženožičková  
 podpis studenta

EDUKACE MATKY DÍTĚTE S DIAGNOSTIKOVANÝM ATTENTION DEFICIT  
HYPERACTIVITY DISORDER



Klíčová slova: Attention deficit hyperactivity disorder,  
hyperkinetická porucha

Rešerše č. 3/20017  
Bibliografický soupis

Počet záznamů:	37 knihy
Časové omezení:	2006 až 2017
Jazykové vymezení:	čeština, angličtina, slovenština
Druhy literatury:	knihy
Datum:	3.1. 2017

Základní prameny:

- katalog Národní lékařské knihovny ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz))
- Jednotná informační brána ([www.jib.cz](http://www.jib.cz))
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- Databáze vysokoškolských prací ([www.theses.cz](http://www.theses.cz))
- Online katalog NCO NZO
- volný internet



## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem **EDUKACE MATKY DÍTĚTE S DIAGNOSTIKOVANÝM ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER** v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o . p. s ., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 31. 5. 2017

.....  
Jméno a příjmení studenta