



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Problematika komunikace mezi sestrou a dětským
pacientem se syndromem hyperaktivity**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Klára Bugošová

Vedoucí práce: Mgr. Radka Šulistová, Ph.D.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Problematika komunikace mezi sestrou a dětským pacientem se syndromem hyperaktivity“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 27. 4. 2018

.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí bakalářské práce paní Mgr. Radce Šulistové Ph.D. za ochotu, trpělivost a čas, který věnovala tomu, aby tato práce mohla vzniknout.

Problematika komunikace mezi sestrou a dětským pacientem se syndromem hyperaktivity

Abstrakt

Naše bakalářská práce se věnuje problematice, která se týká komunikace mezi sestrou a dětským pacientem se syndromem hyperaktivity (dále jen ADHD). Cílem naší práce bylo nalézt nejčastější chyby, ke kterým dochází v komunikaci mezi sestrou a dětským pacientem s ADHD. Dále jsme chtěli zjistit, jaké bariéry se vyskytují v komunikaci mezi dětským pacientem s ADHD a sestrou, zmapovat informovanost sester o správné komunikaci a přístupu k dítěti s ADHD a také zanalyzovat zkušenosti rodičů dítěte s ADHD během komunikace v rámci ošetrovatelské péče. Pro dosažení těchto cílů jsme si zvolili tři následné výzkumné otázky. Jaké bariéry se vyskytují v komunikaci mezi sestrou a dětským pacientem s ADHD? Jaké jsou znalosti sester o správné komunikaci a přístupu k dítěti s ADHD? Jaké zkušenosti mají rodiče dítěte s ADHD v souvislosti s komunikací při poskytování ošetrovatelské péče?

Pro uskutečnění výzkumného šetření jsme zvolili kvalitativní přístup pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný vzorek nám tvořilo 8 probandek z řad sester pracujících na dětském oddělení a v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. Dále 8 rodinných příslušníků, kteří mají dítě s ADHD.

Výsledky výzkumného šetření ukázaly vyskytující se problémy v komunikaci mezi sestrou a dětským pacientem s ADHD jak z pohledu sestry, tak i rodinných příslušníků. Dále nám výzkumné šetření odhalilo nejčastější bariéry, které se vyskytují během komunikace, kdy za nejčastější bariéru byly označeny projevy dítěte a rodiče. Při výzkumném šetření se nám znalosti sester potvrdily. Většina rodičů však uvedla negativní zkušenosti nejen se sestrami, ale i s ostatním nelékařským personálem. Naše výzkumné šetření otevírá prostor pro hlubší výzkumné šetření zaměřené i na jiné pracovníky než sestry, aby došlo k efektivnější komunikaci s dětským pacientem s ADHD.

Klíčová slova

komunikace; dětský pacient; sestra; syndrom hyperaktivity; ADHD; ošetrovatelství; adaptační model Callista Roy

The issue of communication between a nurse and a child patient with hyperactivity syndrome

Abstract

This bachelor thesis deals with the issue of communication between a nurse and a child with the hyperactivity syndrome (ADHD). The aim of this thesis was to determine the most common mistakes that occur during the communication between a nurse and an ADHD child. We also aimed to discover the barriers of communication between a child patient with hyperactivity syndrome and a nurse, map the nurses' knowledge of the appropriate way of communication when approaching a child with ADHD as well as to analyse the parent's experiences when communicating within the nursing care. To achieve these goals, we chose three research questions: What barriers occur in communication between a nurse and a child patient with ADHD? What kind of knowledge do the nurses have concerning the appropriate way of communicating when approaching a child with ADHD? What kind of experiences do the parents of a child with ADHD have concerning the communication within the nursing care?

To carry out the research, we have chosen a qualitative approach using semi-structured interview. The research sample consisted of 8 subjects – nurses working either in a paediatric ward or in the general practitioner's office for children and adolescents and 8 family members with a child suffering from ADHD.

The results of the research show that difficulties in communication between a nurse and a child with ADHD occur from the point of view of both parties: the nurses as well as the family members. In addition, the research has revealed the most common barriers that occur during this kind of communication. The child's and parent's behaviour were marked as the most frequent issue. The nurses' statements were confirmed by the research itself. However, most parents shared negative experiences not only with nurses but also with other non-medical staff. Our research opens up space for a deeper study that focuses on other workers rather than nurses in order to create more effective ways of communication with a child patient suffering from ADHD.

Key words

communication; child patient; nurses; hyperactivity syndrome; ADHD; nursing; adaptive model Callista Roy

Obsah:

ÚVOD	8
1 SOUČASNÝ STAV	9
1.1 Úvod do problematiky komunikace v ošetrovatelství	9
1.1.1 Přístup a komunikace mezi sestrou a dětským pacientem se syndromem hyperaktivity	10
1.1.2 Chyby při komunikaci s hyperaktivním dětským pacientem.....	13
1.2 Úvod do problematiky dítěte se syndromem hyperaktivity v souvislosti s ošetrovatelskou péčí .	14
1.2.1 Příčiny vzniku syndromu hyperaktivity u dětského pacienta.....	15
1.2.2 Projevy syndromu hyperaktivity u dětského pacienta v jednotlivých vývojových obdobích ...	17
1.2.3 Diagnostika syndromu hyperaktivity u dětského pacienta	21
1.2.4 Formy terapie u dětského pacienta se syndromem hyperaktivity	23
1.2.5 Relaxační techniky u dětského pacienta se syndromem hyperaktivity	25
1.3 Práce sestry se stimuly v pojetí s adaptačním modelem Callisty Roy v souvislosti s dětským pacientem se syndromem hyperaktivity	26
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	29
2.1 Cíle práce	29
2.2 Výzkumné otázky	29
3 METODIKA	31
3.1 Použité metody.....	31
3.1.1 Charakteristika polostrukturovaného rozhovoru	31
3.1.2 Charakteristika výzkumného vzorku	33
4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	36
4.1 Výsledky výzkumného šetření sester	36
4.2 Výsledky výzkumného šetření rodinných příslušníků	47

5 DISKUZE.....	54
6 ZÁVĚR.....	60
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	62
8 SEZNAM PŘÍLOH	66
9 SEZNAM ZKRATEK	69

Úvod

Téma naší bakalářské práce „*Problematika komunikace mezi sestrou a dětským pacientem se syndromem hyperaktivity*“ jsme si vybrali z důvodu, že se sestra setkává při své práci s pacienty s celou řadou specifíků, jak zdravotních, tak osobnostních, což je velice náročné. A ještě více, pokud se jedná o dětského pacienta. Jedním ze specifíků v komunikaci mezi sestrou a dětským pacientem může být nesprávně vedená komunikace s dětmi se syndromem hyperaktivity neboli ADHD, které je v současné době velice aktuální, neboť počet dětí diagnostikovaných s tímto syndromem stoupá. Sestra je tak postavena do situace, kdy by měla umět aplikovat komunikační dovednosti s tímto pacientem, neboť může v nesprávně vedené komunikaci dojít ke komunikačním bariérám, a tak poskytnutí méně kvalitní ošetrovatelské péče.

Úvodní část naší práce je věnována teoretickým poznatkům, například chybám v komunikaci s dětským pacientem s ADHD nebo práci sestry se stimuly v pojetí s adaptačním modelem Callisty Roy v souvislosti s dětským pacientem s ADHD. Naším hlavním cílem bylo odhalit nejčastější problémy, ke kterým dochází mezi sestrou a dětským pacientem s ADHD. Z tohoto hlavního cíle jsme si určili další tři cíle, a to intelektuální, praktický a personální. Dále nás zajímalo, jaké bariéry se vyskytují v komunikaci mezi dětským pacientem s ADHD a sestrou. Také jsme se zabývali informovaností sester o problematice, správné komunikaci a přístupu k dítěti s ADHD. Během výzkumného šetření jsme se dotazovali rodinných příslušníků dítěte, jaké mají zkušenosti s komunikací a přístupem sestry k jejich dítěti.

Dostupné literární zdroje týkající se naší problematiky jsou zahrnuty ve speciální pedagogice, a proto jsme se snažili uvést problematiku do oboru ošetrovatelství. Tato bakalářská práce by měla vést k poznatkům, které se týkají komunikace mezi sestrou a dětským pacientem s ADHD, a následně k možnému zkvalitnění komunikačních dovedností v ošetrovatelské péči.

1 Současný stav

1.1 Úvod do problematiky komunikace v ošetrovatelství

Vzhledem k tématu naší bakalářské práce je potřebné v úvodu ve vztahu k ošetrovatelství si definovat pojem komunikace. Tento pojem se nevyužívá pouze v ošetrovatelství, ale i v běžném životě. Komunikace je termín, který každý autor definuje různým způsobem. Dle Linhartové (2007) komunikace slouží k sdělení svých myšlenek, zážitků a díky ní můžeme navázat s druhými kontakt. Autorky Špatenková a Králová (2009) uvádí, že *komunikovat znamená poskytovat zprávy, sdílet informace, vyměňovat si myšlenky a vyjadřovat se takovým způsobem, aby si účastníci (aktéři) komunikace vzájemně rozuměli* (Špatenková, Králová, 2009, s. 9). Komunikační kompetence využívané v ošetrovatelství patří mezi důležité dovednosti, které by každý člen zdravotnického týmu měl ovládat. Tato schopnost neznamena pouze mluvit, ale také sdělovat a získávat informace od pacientů nebo jejich příbuzných, kdy získané informace mohou ovlivnit pacientovo zdraví, někdy i dokonce život (Janáčková, Weiss, 2008). Sestra musí brát zřetel na možnost zhoršení schopnosti pacienta vhodně komunikovat, zapříčiněnou stavem, kdy překážkou může být řada ovlivňujících faktorů (Plevová a kol., 2011a). Dále Plevová a kolektiv (2011a) ve své publikaci uvádí, že můžeme nalézt následující faktory, jako jsou vztahy mezi účastníky komunikace, vzdělání, situace, prostředí, sociokulturní prvky, zdravotní a emocionální stav a mnoho dalších faktorů.

Sestra, která má dobré komunikační kompetence, dokáže snáze vybudovat důvěrný vztah s pacientem nebo jeho příbuzným. Vybudování důvěry může pozitivně ovlivnit a upevnit pacientovo zdraví (Plevová, Slowik, 2010). Komunikační styly, které nejčastěji sestra může využívat jsou symetrické a asymetrické. V symetrickém stylu je sestra s pacientem na stejné úrovni, mají stejná práva a každý má právo na svůj názor. Pacient i sestra si navzájem střídají role, naslouchajícího a hovořícího. Vytvářejí přátelský vztah, kdy komunikace je doplněna úsměvem a klidným hlasovým projevem. Dále máme asymetrický styl, který je charakteristický závislostí pacienta na sestře. V tomto stylu nejsou stejná práva. Sestra je v roli kritika a je více aktivní než pacient (Zacharová, 2016). V pojetí Zacharové (2016) *v komunikaci převládají příkazy, zákazy, rady a doporučení, které vyvolávají dominanci v interakci* (Zacharová, 2016, s. 13).

Ve zdravotnictví stejně, jako v ošetrovatelské praxi, se využívají tři základní profesionální komunikace- sociální, specifická a terapeutická komunikace. Sociální komunikace je neplánovaná, probíhá neformálně při běžném rozhovoru s pacientem. Zatímco specifická komunikace je přesně naplánovaná a má určitou strukturu. V této komunikaci se sdělují důležité informace a dochází k edukaci pacienta. Nejčastěji je využívaná komunikace terapeutická, která je vedena formou rozhovoru. Terapeutický rozhovor má za účel podpořit účinnost jiných léčebných postupů u pacientů se somatickými nebo psychickými obtížemi. Ošetroující personál využívá druh této komunikace při každodenním styku s nemocným a také vytváří pacientovi oporu při těžkých situacích, kterým je vystaven. Dále je aplikována při sdělování negativních zpráv, při přípravě pacienta na změnu apod. (Plevová, Slowik, 2010).

Jak vyplývá z výše uvedeného, v ošetrovatelské profesi patří komunikace mezi důležité nástroje, které jsou nepostradatelné pro práci zdravotníka. Komunikace mezi ošetrojícím personálem a pacientem závisí na vztahu, důvěře a empatii. Proto je nezbytné, aby každý nelékařský profesionál tuto dovednost dobře ovládal, neboť je nezbytnou součástí pro poskytování adekvátní ošetrovatelské péče (Plevová, Slowik, 2010).

1.1.1 Přístup a komunikace mezi sestrou a dětským pacientem se syndromem hyperaktivity

Předchozí stať jsme věnovali obecným znakům komunikace v ošetrovatelství. Nyní se zaměříme blíže na problematiku komunikace s dětským pacientem se syndromem hyperaktivity (dále jen ADHD). ADHD je nejčastější z poruch chování, a to v celém světě (Pugnerová, Kvintová, 2017). Blíže se budeme věnovat v kapitole 1.2. Problematika komunikace v ošetrovatelství s dětským pacientem s ADHD není v současné době zpracována. Z oborů pomáhajících profesí, mezi které patří i profese sestry, jsou tyto poznatky zpracované především v oborech zaměřených v sociálních pracích a speciální pedagogiky.

Sestra se může často setkat s dětským pacientem s ADHD, proto je velmi důležité, aby znala specifika komunikace u dítěte s tímto onemocněním. První dojem může působit na sestru tak, že s dítětem s ADHD není snadné navázat rozhovor. Dítě s ADHD je naopak velmi hovorné, jen záleží, jak sestra zahájí a vede rozhovor s dětským pacientem (Jenett, 2013). Dále, jak uvádí Jenett (2013), je důležité, aby si sestra

uvědomila před zahájením rozhovoru s dětským pacientem, o čem chce s ním hovořit nebo co po něm vyžaduje. Sestra, stejně jako speciální pedagog, by si měla rozhovor promyslet. Rozhovor by měl být veden stručně, bez rozsáhlých diskuzí s dítětem. Sestra si musí určit jeden bod, který s dítětem bude řešit. Pokud má více požadavků na dítě, musí si další rozhovor naplánovat s odstupem času (Jenett, 2013). Jak uvádí Laver-Bradbury et al. (2016), je důležité mluvit v krátkých větách z důvodu krátkodobé paměti u dětí s ADHD, proto by se měla jedna věta skládat ze třech až ze čtyř slov. Dle Jenett (2013) by sestra měla zahájit rozhovor s dětským pacientem v klidném momentu. Měla by hovořit uvolněně, upřímně, klidně a dostatečně hlasitě. Dále by měla používat jednoznačná slova. V rozhovoru by sestra neměla používat slova jako „*snad*“, „*případně*“ a žádný podmiňovací způsob. V komunikaci s dítětem je významné, aby sestra mluvila v první osobě, například „*cítím se, myslím*“ apod. Nepoužíváme otázky, na které nečekáme odpověď, nebo odpověď už známe. V komunikaci nepoužíváme ironii, nepřeháníme a nestrašíme dítě. Sestra, stejně jako speciální pedagog, si nesmí nechat skákat do řeči a měla by dokončit rozhovor bez poznámek. V rozhovoru by sestra měla mluvit v první řadě o něčem pozitivním nebo o silné stránce dítěte. Dále by měla zdůrazňovat společné zájmy dítěte a sestry. Pokud má sestra na srdci stížnost, měla by ji dítěti sdělit, ale nic mu nevyčítat (Jenett, 2013). Autor Laver Bradbury et al. (2016) doporučuje na začátku rozhovoru oslovit dítě jménem, poté se snažit navázat oční kontakt. Navázání očního kontaktu je velmi důležité a hraje významnou roli v rozhovoru s dítětem. Oční kontakt navazujte jen s kladným chováním dítěte, aby dítě oční kontakt nemělo spojeno s tím, že bude pokáráno. Sestra by měla navazovat oční kontakt ve stejné úrovni očí dítěte, proto je vhodné k dítěti mluvit ze dřepu. Děti s ADHD mají problém navazovat oční kontakt, protože často je mají spojený s negativní zkušeností. Proto je důležité, aby sestra navazovala oční kontakt jen v pozitivních situacích. Sestra ho může požádat, aby se na ni podívalo (Laver-Bradbury et al., 2016). Dle Petra a Markové (2014) je významné, aby se sestra vyvarovala střetům a hádkám, při konfliktu by měla dodržovat bezpečnou vzdálenost, přistupovat k dítěti z boku a zajistit si únikovou cestu. V pojetí Laver-Bradbury et al. (2016) je důležité brát na vědomí, že jejich vzdorné chování je normální a sestru dítě nijak neohrožuje. Pokud rozhovor vede k hádce, je dobré ho ukončit a zdůraznit, co jsme mu chtěli sdělit. Nediskutovat s dítětem a odejít (Laver-Bradbury et al., 2016). Jenett (2013) doporučuje, že v komunikaci s dětským pacientem nesmí chybět prostor pro vyjádření dítěte. Sestra by měla pozorně naslouchat, co jí dítě chce sdělit, a soustředit se jen na něj, při

naslouchání nedělat jinou činnost. Sestra může dítě přerušovat pouze v odbíhání od tématu, kdy ho mile nasměruje k původnímu tématu. Na konci rozhovoru je potřeba zopakovat a zdůraznit záležitosti, na kterých jsme se dohodli (Jenett, 2013). Dle Závěrkové (2016) nestačí odpověď dítěte „hm“ nebo přikývnutí. Vhodné je, aby i dítě zopakovalo, na čem jsme se domluvili nebo co je po něm žádáno. Dítě si to pak lépe zapamatuje, co je po něm požadováno (Závěrková, 2016).

Jak uvádí Goetze a Uhlíkové (2009) je důležité, aby sestra brala na vědomí, že její pozornost je pro dítě odměna. Dítěti, kterému se nedostává pozitivní pozornost, tak dělá vše proto, aby si ho dospělí všimli. Bez ohledu na to, že bude potrestané. Dítě raději získá negativní pozornost dospělého než žádnou. Dítě můžeme pochválit verbálně, ale i neverbálně (Goetz, Uhlíková, 2009). *Neverbální pochvaly: objetí, poklepání na rameno, pohlazení, úsměv, polibek, zvednutý palec, mrknutí. Příklad verbální pochvaly: „Je výborné, že jsi zvládl...“, „Nádhera!“, „To je úžasné, super, fantastické* (Goetz, Uhlíková, 2009. s. 104) Dle Cartera (2014) je významné dítě chválit a dát mu odměnu za spolupráci a vhodné chování, dítě si to lépe zapamatuje. Odměna může být různého charakteru, od hračky až po hraní společenské hry (Carter, 2014). Janderková et al. uvádí, že dítě s ADHD si pamatuje snáze chování, na které je poukazováno, proto je důležité, aby si zapamatovalo to žádoucí. Proto je potřeba dítě neustále chválit a motivovat (Janderková et al., 2016). Dále dle autorek Jucovičové a Žáčkové (2010) je lepší nevhodného chování dítěte si nevšímat, pokud to lze. Toto chování nelze řešit tresty, protože po čase ztrácí efekt a na dítě nepůsobí. Dále tresty mohou přispět k větší zatvrzelosti dítěte, proto je vhodné je využívat zcela výjimečně (Jucovičová, Žáčková, 2010). Dle Petra a Markové (2014) upozorňují, aby sestra přizpůsobila činnosti nejen podle kalendářního věku, ale i podle mentálního věku dítěte. Pugnerová a Kvintová (2017) doporučují pracovat s dítětem více nárazově a v kratších časových intervalech. Během práce je důležité dělat pauzy a střídat to s jinými činnostmi, jako jsou pohybové hry, říkanky, dechová cvičení a další (Pugnerová, Kvintová, 2017). Dle autorky Janderkové et al. (2016) napomínání příliš nepomáhá. Pokud chceme, aby dítě zůstalo při práci v klidu, zklidníme jej pomocí fyzického kontaktu. Můžeme mu položit ruku na rameno, lehce ho pohladit a zdůraznit mu, co má dělat (Janderková et al., 2016). Velkou roli hrají hranice, dítě musí vědět, kdy je překračuje, proto je dobré vytvořit pravidla. Dobré je pravidla neustále opakovat, zdůrazňovat a obnovovat. Je vhodné pravidla sepsat nebo znázornit pomocí obrázků a umístit je na viditelné místo pro dítě. Důležitou

zásadou je důslednost, proto je nutné, aby se stanovená pravidla dodržovala. Nesmíme polevovat a ustupovat, pokud dítěti jednou něco zakážeme a pak povolíme, vytváříme dítěti zmatek. Dítě se pak rychle naučí, že mu ustoupíme. Dále se dostáváme k pravidelnému dennímu režimu. Pro dítě s ADHD hraje významnou roli, kdy zvyklosti, rituály přinášejí dítěti jistotu, oporu a orientaci přes den. Sestra si musí uvědomit, že dítě s ADHD snáší změny velmi těžce (Jucovičová, Žáčková, 2010).

Autor Laver-Bradbury et al., (2016) uvádí, že je důležité, aby sestra a speciální pedagog pochopili, proč se dítě s ADHD chová určitým způsobem. Jestliže sestra zjistí, proč se tak dítě chová, bude mít situaci lépe pod kontrolou. (Laver-Bradbury et al., 2016). Sestra musí brát na vědomí při komunikaci s dětským pacientem s ADHD, že důvodem, proč ji dítě neposlouchá, není ignorace, ale problémem je, že dítěti s ADHD dělá velký problém naslouchat (Goetz, Uhlíková, 2009).

1.1.2 Chyby při komunikaci s hyperaktivním dětským pacientem

V předchozí stati jsme se seznámili se zásadami správné komunikace a přístupu k dětskému pacientovi s ADHD. Během komunikace můžeme narazit na různé bariéry nebo se dopustit komunikačních chyb. Nyní si uvedeme některé chyby, se kterými se můžeme setkat.

Goetz a Uhlíková (2009) uvádí, že nejčastějším problémem, se kterým se můžeme setkat, je používání velkého množství příkazů a zákazů, které dítě nemůže někdy ani splnit. Chybou je, když pokyny sdělujeme dítěti pomocí otázky nebo nabídky. Neříkáme: „*Umyješ si ruce?*“, „*Mohl by sis uklidit ty hry?*“. Větší efektivitu má pokyn, který je pro dítě jasný, jako „*Ted' si uklid' ty hry.*“ apod. Dítě, které plní náš úkol nebo na něčem pracuje, nesmíme rušit, na nic se ho ptát, protože jej rozptylujeme a snižujeme jeho pozornost. Často, když dítěti dáváme pokyn, nestanovíme termín. Důležité je mu říct, dokdy má pokyn udělat a kolik na něj má času (Goetz, Uhlíková, 2009). Výše jsme si uvedli, že je vhodné dítě motivovat a odměňovat. Pozor při slíbení nějakého překvapení se nám to může vymstít. Dítě se nesoustředí během spolupráce s námi a poté nemusí odměnu považovat za dostatečnou (Carter, 2014). Další velkou chybou je nálepkování, dítě hanlivě pojmenujeme nebo si vytvoříme na něj svůj názor, aniž bychom ho více poznali. Důležité je, aby sestra nejednala povýšeně, neobviňovala, nepoužívala ironii a nepodezírala. Rodiče příliš nezahrnujeme radami a naším názorem, naopak se snažme vyvolat v rodičích dětí pocit spojenectví. Při sdělování informací

rodičům o dítěti máme tendenci používat hodnotící jazyk. Vhodné je využívat popisný jazyk, místo „*Váš syn je sprostý.*“ řekneme „*Váš syn často používá sprostá slova.*“ (Jucovičová, Žáčková, 2010). Další chyba, které se dopouštíme, aniž bychom si ji uvědomovali, souvisí s neverbální komunikací. Pozor na to, když dítě chválíme a mračíme se u toho nebo vypadáme nazlobeně, v dítěti to vyvolává smíšené pocity a nechápou význam našeho sdělení (Laver-Bradbury et al., 2016). Největší bariérou, se kterou se můžeme setkat, je nesprávná výchova dítěte z domova. Tato bariéra nám může ztížit komunikaci s dětským pacientem s ADHD. Dle Pugnerové a Kvintové (2017) je rozdíl v projevech dítěte s ADHD, které není vhodně výchovně vedeno oproti dítěti, které má dobrý výchovný přístup rodičů. Sestra se může setkat s nejednotnou výchovou dítěte. Základem této výchovy je, že dochází k rozporům a odlišným názorům. Tento typ výrazně zhoršuje chování dítěte s ADHD. Dále se můžeme setkat s výchovou perfekcionistickou. V této výchově převládají tvrdé rozkazy, příkazy a tresty. Tato výchova je velice náročná a autoritativní. Tento výchovný přístup k dítěti má řád a systém, ale nemá citlivý přístup k dítěti. Rodiče této výchovy nemají často pochopení pro problémy a projevy dítěte (Pugnerová, Kvintová, 2017). Také se sestra může setkat s příliš liberální výchovou, která je charakteristická volným, někdy až úzkostným a ochraňujícím přístupem. V této výchově je dítěti vše povoleno a přehlíženo. Poslední častým výchovným přístupem, se kterým se sestra může setkat, je nevyvážená nedůsledná výchova. Sestra pozná tento přístup podle toho, že rodiče jednou něco dítěti zakáží a podruhé povolí. Dítě začne tohoto přístupu zneužívat. Ve výchově chybí řád, systém a dochází tím k zmatenosti dítěte, které neví, jak se má správně chovat. Důležitá je spolupráce rodiny a školy, pokud není zajištěna je horší spolupráce s dítětem s ADHD a naše práce s dítětem se nám nemusí vždy dařit, i když jí věnujeme hodně úsilí. (Jucovičová, Žáčková, 2010).

1.2 Úvod do problematiky dítěte se syndromem hyperaktivity v souvislosti s ošetřovatelskou péčí

Vzhledem k tomuto tématu je důležité si definovat problematiku syndromu hyperaktivity a jeho diagnostický vývoj. Pugnerová (2017) uvádí, že syndrom hyperaktivity se řadí do skupiny specifických poruch chování. Jak uvádí Yarney (2014), první, kdo se zmínil o syndromu hyperaktivity, byl britský lékař George Still v roce 1902. Dříve v padesátých letech minulého století se pro hyperaktivní, neklidné,

impulzivní a nepozorné dítě používal termín LDE neboli lehká dětská encefalopatie. Dále se můžeme setkat se starou používanou zkratkou - MMD neboli malá mozková dysfunkce (Žáčková, Jucovičová, 2017). Později se používal název LMD, což znamená lehká mozková dysfunkce (Klíma a kol., 2016). *V posledních letech bývá u nás nejčastěji požíván název syndrom poruchy pozornosti spojený s hyperaktivitou (ADHD, z anglického attention deficit hyperactivity disorder) nebo syndrom poruchy pozornosti bez hyperaktivity (ADD) (Pugnerová, Kvintová, 2017, s. 170).*

Autorky Pugnerová a Kvintová (2017) uvádí, že se jedná o děti, které jsou průměrně až nadprůměrně inteligentní. V České republice se ADHD vyskytuje v dětské populaci školního věku mezi 5 – 12%. Toto onemocnění se vyskytuje 3 – 8x častěji u chlapců než u dívek (Kukla a kol., 2016). Dle autorů Laver-Bradbury et al. (2016) se onemocnění u dívek pozná později, a to z důvodu, že jsou spíše nepozorné než hyperaktivní. V České republice je hodně dětí, které trpí ADHD, ale ve většině případů se k lékaři ani nedostanou. Důvodem je malá informovanost o tomto postižení. Mnoho lidí neví, že impulzivita, hyperaktivita a poruchy soustředění mohou být příznaky onemocnění, které se může účinně léčit (Goetz, Uhlíková, 2009). Důležité je, aby syndrom ADHD byl řešen odbornou léčbou, protože onemocnění bez odborné pomoci může vést k negativním následkům (Essa, 2011).

Dle Goetze a Uhlíkové (2009) projevy ADHD přetrvávají u adolescentů, a to v 80%, z toho 60% jedinců může mít některé příznaky ADHD i v dospělosti. Žáčková a Jucovičová (2017) uvádí, že dříve v lékařském prostředí byly zmínky pouze o dětech. Na přelomu 70. a 80. let byly první zmínky o tomto syndromu ve věkovém období dospívání a dospělosti. Do té doby byl názor, že dítěti postupně dozrává centrální nervová soustava a s tím se zmírňují příznaky, až dojde k úplnému vymizení projevů ADHD (Žáčková, Jucovičová, 2017). Goetze a Uhlíková (2009) uvádí překonaný mýtus o tom, že dítě s ADHD ve většině případů vyroste z tohoto onemocnění. Dle autorek Žáčkové a Jucovičové (2017) se více zabývá problematikou tohoto syndromu u dospělých od 21. století.

1.2.1 Příčiny vzniku syndromu hyperaktivity u dětského pacienta

V této stati se budeme zabývat příčinami vzniku ADHD u dětí. Příčiny vzniku tohoto onemocnění jsou často nejasné a vždy se je nepodaří odhalit. Mnoho autorů uvádí odlišné názory na vznik syndromu hyperaktivity (Jucovičová, Žáčková, 2010).

Pugnerová a Kvintová (2017) uvádí, že nejčastější příčinou syndromu hyperaktivity je drobné poranění mozkové tkáně, ke kterému došlo v brzkých vývojových stádiích dítěte, a to v prenatálním, perinatálním a v časně postnatální době. Do prenatálních příčin řadíme komplikace v těhotenství, jako krvácení do děložní sliznice, nemoci rodidel, infekční onemocnění matky, spalničky, infekční hepatitidy, neštovice, chřipky a užívání návykových látek během těhotenství. Dále do této skupiny příčin řadíme vysoký věk matky a otce. Velkou roli hraje i psychický stav matky během těhotenství, který může ovlivnit těžká životní situace nebo rozpor mezi partnery. Do skupiny perinatálních příčin řadíme komplikace v průběhu porodu (Pugnerová, Kvintová, 2017). Komplikací může být asfyxie, což znamená nedostatek kyslíku v organismu (Muntau, 2009). Další komplikací může být mechanické poranění hlavičky v souvislosti s klešťovým porodem (Pugnerová, Kvintová, 2017). Velký vliv má i porodní hmotnost dítěte. Nedonošené děti s nízkou porodní hmotností mají vyšší riziko poškození mozku z důvodu nezralosti mozkové tkáně. Nejen předčasný porod může být příčinou ADHD, ale také naopak přenášení dítěte (Jucovičová, Žáčková, 2010). Do poslední skupiny postnatálních příčin patří úrazy a operace dítěte po narození (Pugnerová, Kvintová, 2017). V publikaci od Goetze a Uhlíkové (2009) nalezneme, že z 80 % dětí s ADHD tvoří příčinu genetika a vnější faktory, jako je výchova a životní prostředí dítěte. Dále syndrom hyperaktivity se častěji dědí po mužské linii (Goetz, Uhlíková, 2009). Autorka Muntau (2009) uvádí ve své publikaci další příčinu, která se může podílet na vzniku hyperaktivity. Dle autorky dochází k chybnému zpracování informace mezi frontálním mozkem a bazálními gangliemi v souvislosti s poruchou některých neurotransmiterů, a to především dopaminu. Tento stav vede k poruše soustředění, impulzivitě a hyperaktivitě u dítěte (Muntau, 2009). Podle autorek Jucovičové a Žáčkové (2010) ADHD může vzniknout kombinací výše uvedených faktorů.

Setkáváme se s názory, že ADHD je způsobeno například stravou dítěte nebo matky v těhotenství. Bylo zkoumáno, jestli cukry v potravě zhoršují projevy nepozornosti, hyperaktivity a impulzivity u dětí s ADHD (Žáčková, Jucovičová, 2017). Dále bylo zkoumáno, zda mohou příznaky syndromu hyperaktivity vyvolat i u zdravých dětí (Goetz a Uhlíková, 2009). *Doposud žádná studie neprokázala, že by ADHD mohlo vzniknout u zdravých dětí na základě konzumace cukru v potravě* (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 71). Dále byla provedena řada studií, kde nikdy nebyl potvrzen účinek cukru na dítě s ADHD (Žáčková, Jucovičová, 2017).

1.2.2 Projevy syndromu hyperaktivity u dětského pacienta v jednotlivých vývojových obdobích

Vzhledem k tématu práce komunikace s dětským pacientem s ADHD se v této stati budeme podrobněji věnovat projevům ADHD u dítěte v jednotlivých vývojových obdobích. Vývojová období jsou rozdělena dle autorky Vágnerové (2012). Nejdříve si shrneme základní, časté příznaky ADHD u dětí, se kterými se sestra můžeme v praxi setkat.

Mezi základní příznaky ADHD patří hyperaktivita, impulzivita a porucha soustředění. ADHD se řadí mezi spektrální poruchy, což znamená, že u každého jedince se vyskytuje v různém stupni závažnosti (Kukla a kol., 2016). Hyperaktivita se označuje jako nadměrná, vývojově nepřiměřená úroveň hlasové a motorické aktivity. Pojem impulzivita je popisována jako okamžitá reakce na podnět, kdy dítě se nerozmýšlí a jedná podle svého prvotního nápadu. Porucha pozornosti nastává v souvislosti s roztěkaností, nesoustředěností a nepozorností dítěte. Dítě s ADHD se nechá snadno vyrušit z činnosti jakýmkoliv podnětem. Dítě nedokáže rozlišit, co je důležité a co není, proto věnuje pozornost všemu. K základním příznakům řadíme přidružené poruchy, což jsou poruchy motoriky, koordinace, zrakového a sluchového vnímání. Dále poruchy emoční, paměti, myšlení, řeči, chování a učení. Některé výše uvedené poruchy se projevují v časných vývojových stadiích dítěte. Jiné se projeví u dítěte až déle, kdy jsou na něj kladeny vyšší nároky. Většinou při nástupu do mateřské školy se u dítěte do jisté míry začnou projevovat (Jucovičová, Žáčková, 2010).

Nyní se budeme zabývat symptomy v jednotlivých vývojových obdobích dítěte se syndromem ADHD. Období, kterému se budeme věnovat, je kojenecký věk. *Kojenecký věk trvá od jednoho měsíce do jednoho roku* (Vágnerová, 2012, s. 71). Pugnerová a Kvintová (2017) uvádí, že kojeneček s ADHD je více neklidný než ostatní děti v tomto věku. Děti mají poruchu biorytmu, a to v mnohem větší míře a déle než ostatní kojenci. Porucha biorytmu znamená, že dítě má obrácený den a noc, přes den spí a v noci bdí. Někdy mohou mít problémy s usínáním a častým buzením v noci (Pugnerová, Kvintová, 2017). Poruchy spánku se vyskytují u 52 % kojenců, porucha usínání u 56 % a časté buzení u 39% (Medřická et al., 2007). Dle Dimitriou a Knighta (2017) má dítě s ADHD horší kvalitu spánku bez ohledu na skutečný čas spánku. Autorky Jucovičová a

Žáčková (2010) uvádí ve své publikaci, že hyperaktivní kojeneček může mít problém s kojením v souvislosti s horším sáním. Proto někteří kojenci s ADHD musí být dočasně dokojováni nebo dokonce přejít na umělou výživu (Jucovičová, Žáčková, 2010). Dále u kojence můžeme pozorovat častý pláč bez příčiny, podrážděnost a neklid. Tyto projevy dítěte přetrvávají i přes uspokojení jejich potřeb. Dle Kukly a kolektivu (2016) může kojeneček odmítat i tělesný kontakt. V tomto období dítěte je ohrožený vztah mezi matkou a dítětem z důvodu nedokázání ho uklidnit. Matka se poprvé setkává s negativními názory od okolí, že nezvládá dítě a nedokáže se o něj postarat. Tyto okolnosti mohou mít špatný dopad na matčin vztah ke kojenci (Pugnerová, Kvintová, 2017).

Následující období je batolecí věk. Dle Vágnerové (2012) batolecí věk je od 1 roku do 3 let. Jak uvádí Jucovičová a Žáčková (2010), batole s ADHD je více pohyblivé a bez zábran. V tomto období dítě s ADHD trpí častěji úrazy než ostatní děti v tomto věku. Batole vydrží déle bez spánku, ale nedokáže se dlouho soustředit na hru. V tomto období můžeme u dítěte zaznamenat neobratnost a neohrabanost. Dále se můžeme setkat s prvním afektivním výbuchem, který se projevuje zlostí až agresivitou, kdy může ničit hračky, ubližovat dětem nebo zvířatům. Důvodem tohoto chování může být neúspěch, omezení a zákaz. Neadekvátně a silně reagují na menší podněty, tento proces se nazývá jako nízká frustrační tolerance. S negativními a afektivními reakcemi dítěte se může setkat i u ostatních dětí, ale u batolete s ADHD jsou tyto projevy silnější a trvají mnohem déle. Dále můžeme pozorovat opožděný vývoj řeči a celkový vývoj dítěte. V některých projevech je batole s ADHD opožděné a v jiných je zase napřed oproti ostatním dětem. Tyto děti nemusí v první řadě lézt, ale začnou rovnou chodit. První krůčky dítěte s ADHD můžeme pozorovat už okolo 10. měsíce věku (Jucovičová, Žáčková, 2010). V Publikaci od Pugnerové a Kvintové (2017) najdeme, že v tomto vývojovém období dítěte se opakují konflikty se sociálním okolím. Batole s ADHD je často vnímáno jako nezvladatelné, nevychované, zlobivé a příliš živé (Pugnerová, Kvintová, 2017). Poté dochází k rozporům v rodině a mezi partnery v souvislosti s jiným pohledem na výchovu dítěte (Jucovičová, Žáčková, 2010).

Dostáváme se k dalšímu vývojovému období, a to k předškolnímu věku, které je nejen náročné pro dítě s ADHD, ale i pro rodiče a ostatní v jeho okolí (Pugnerová, Kvintová, 2017). *Předškolní období trvá od 3 do 6-7 let* (Vágnerová, 2012, s. 173). Dle autorek Pugnerové a Kvintové (2017) dítě s ADHD má horší adaptabilitu, jak už bylo výše

uvedeno, proto je lepší, aby dítě mělo docházku do mateřské školy jen dopoledne nebo jen některé dny v týdnu. Někdy však nastává situace, že dítě nechodí vůbec do mateřské školy (Pugnerová, Kvintová, 2017). V tomto věkovém období se můžeme setkat s problémem sebeobsluhy v souvislosti s neobratností a těžkopádností. Děti s ADHD často trpí enurézou neboli pomočováním v noci a poruchou vyměšování stolice (Jucovičová, Žáčková, 2010). Dle Selikowitz (2009) jsou děti s ADHD více náměsíčné než ostatní děti. Dále stále přetrvávají u dítěte potíže s delším soustředěním na jednu činnost. Pozornost dítěte je jen částečná anebo vůbec u činnosti nevydrží. Tento jev můžeme pozorovat tak, že si dítě hraje s jednou hračkou, náhle ji opustí a začne si hrát s jinou. Děti vydrží u činnosti déle, pokud je zaujala, baví je a jde jim. Proto děti s ADHD, které mají problém s grafomotorikou, nerady kreslí a ty co mají problém s krátkodobou pamětí a zrakem nerady hrají pexeso. V této vývojové fázi dítěte se nadále můžeme setkat s vysokým výskytem úrazů. Důvodem úrazu v tomto období je porucha motoriky, motorické koordinace a impulzivní jednání (Jucovičová, Žáčková, 2010). Dle Pugnerové a Kvintové (2017) bývá školní docházka často odložena o jeden rok z důvodu nezralosti a poruch v oblasti motorického vývoje, chování, koncentrace, pozornosti, paměti, řeči, vnímání, myšlení a emočních poruch. Všechny děti s ADHD nemusí trpět všemi uvedenými symptomy. Někdy školní odklad může dítěti pomoci k většímu dozrání centrální nervové soustavy a tím dojde ke snížení výše uvedených projevů. Často zraní dítěte je nerovnoměrné, proto se můžeme setkat s nezralostí v oblasti sociální, kdy se dítě může chovat jako mladší (Pugnerová, Kvintová, 2017). Autorky Jucovičová a Žáčková (2010) uvádí, že není nutné u všech dětí s ADHD dávat odklad školní docházky, důležité je situaci zhodnotit individuálně, dle stavu dítěte.

Dostáváme se k dalšímu období, které je velmi náročné pro dítě s ADHD, a to je školní věk. Jak uvádí Vágnerová (2012) školní věk je od 6-7 let do 15 let. Dle Pugnerové a Kvintové (2017) dítě se syndromem hyperaktivity není schopno delšího a kvalitnějšího soustředění. Stále dítě nevydrží u činnosti delší dobu a žádná činnost ho dlouho nebaví. Přeskakuje z jedné činnosti na druhou, nezvládá si vybrat podněty, které jsou pro něj důležité, a proto reaguje na vše, co zachytí jeho smysly. Dítě s ADHD udrží pozornost maximálně 10 minut. Dítě je neustále aktivní, v pohybu, živé, neklidné, vrtí se, nedokáže klidně sedět, toto vše je neúčelné a nápadné, kdy dítě tyto projevy nezvládá ovládat. Dítě reaguje nepřiměřeně na podněty bez rozmýšlení, udělá cokoli, co ho napadne, a nedokáže s ničím počkat. Dále není schopné plánovat ani ovládat své

chování, proto okolí často na dítě reaguje negativně. Dítě s ADHD se snaží zaujmout okolí, například vydává různé zvuky, směje se, neustále si s něčím hraje apod. Hyperaktivita vede ke zvýšenému energetickému výdeji, což má za následek rychlejší únavu dítěte. Unavenost dítěte vede k podrážděnosti a není schopné reagovat účelně. Ve školním věku se můžeme setkat i s neschopností zorganizovat věci kolem sebe, chaosem a nepořádkem ve věcech. Dítě ve školním věku se projevuje extrémními citovými reakcemi, kdy nálada kolísá z euforie do mrzuté nálady, až odmítání čehokoliv. Tyto změny nálad souvisí s nízkou tolerancí k zátěži a se snadnou unavitelností dítěte. Nálady mohou někdy vyústit až v agresivitu, výbuchy, zlost, vzdorovitost, ničení a házení věcí. Velký problém je nepředvídatelné chování dítěte, kdy se projevuje jako nezvladatelné. Může ubližovat až verbálně napadat své kamarády a jedince ve svém okolí. Sebepoškozování a neurotické návyky patří také k projevům, které můžeme u dítěte s ADHD zaznamenat. V tomto vývojovém období má problém se sociálním začleněním. Bere ostatním hračky, vyvolává konflikty a provokuje, proto nemá kamarády, protože se mu vyhýbají a snaží se vyvarovat konfliktu s dítětem s ADHD. V tomto věku je dítě velmi sociálně nezralé, někdy si nedokáže poradit v běžných sociálních situacích. Dítě s ADHD chce mít dominantní roli, proto chce dělat jen to, co si samo vymyslí, a nechce se podřizovat skupině, to ale dítě nechápe. Důležité je brát na vědomí, že dítě nezvládne samostatně pracovat, potřebuje pomoc dospělého. Všechny výše uvedeny projevy musíme brát, že jsou odrazem ADHD, jsou tvořeny vnitřně, nikoliv cíleně (Pugnerová, Kvintová, 2017).

Posledním vývojovým stadiem, kterým se budeme zabývat, je období adolescence. Dle autorky Vágnerové (2012) toto období zahrnuje jednu dekádu života, a to od 10 do 20 let. Muntau (2009) uvádí, že adolescenti odmítají jakoukoliv spolupráci, mají silně snížený pocit vlastní hodnoty, chovají se agresivně a mají kontakty k sociálním skupinám na okraji společnosti. Často trpí strachem a depresi (Muntau, 2009). V tomto období některé děti s ADHD mají snížený příjem potravy, který může vést až k mentální anorexii. V praxi byly zaznamenány případy mentální anorexie, jak u hyperaktivních dívek, tak i chlapců (Jucovičová, Žáčková, 2010). Adolescenti s ADHD mají sklon k delikvenci a k užívání alkoholu a drog (Paclt, 2007).

1.2.3 Diagnostika syndromu hyperaktivity u dětského pacienta

Tato stať je věnována diagnostice ADHD u dětí. Onemocnění ADHD lze diagnostikovat, pokud se projevuje alespoň jedna z poruch (porucha pozornosti, hyperaktivita s impulzivitou) a pokud se příznaky projevují po dobu šesti a více měsíců (Jucovičová, Žáčková, 2010). Syndrom ADHD se dělí do tří subtypů podle DSM-V (Diagnostický a statický manuál mentálních poruch). DSM-V je podrobněji v příloze č. 1. První typ je ADHD s převažující poruchou pozornosti, druhý typ je ADHD s převažující motorickou hyperaktivitou a impulzivitou a posledním typem ADHD je kombinovaný neboli smíšený typ. Kombinovaný typ ADHD je kombinace výše uvedených subtypů. V populaci se nejvíce vyskytuje smíšený typ, uvádí se až u 60 % jedinců. Subtyp ADHD s převažující poruchou pozornosti je zaznamenán u 30 % a nejméně je zastoupen typ ADHD s převažující motorickou hyperaktivitou a impulzivitou bez poruchy pozornosti, a to u 10 % (Žáčková, Jucovičová, 2017).

Žáčková a Jucovičová (2017) uvádí, že ADHD s převažující poruchou pozornosti je často popisován výpadky pozornosti, potíže s pamětí, kdy děti zapomínají na denní povinnosti, které mají splnit. Dále jsou roztržití, netrpěliví, chaotické, ztrácí věci a vykonávají činnosti na poslední chvíli. Pro druhý typ ADHD s převažující motorickou hyperaktivitou a impulzivitou je charakteristický neklid, neustálá aktivita, opakuje se pohybové stereotypy, zlozvyky, jednají rychle bez rozmýšlení, skáčou do řeči a mají velký problém čekat, než na ně přijde řada, např. v čekárně u lékaře. Poslední kombinovaný typ ADHD má smíšené projevy výše uvedených subtypů (Žáčková, Jucovičová, 2017).

Syndrom ADHD se dále diagnostikuje podle závažnosti na mírný, střední a vážný typ (Paclt, 2007). Mírný typ ADHD zahrnuje: *Jen málo symptomů, pokud vůbec nějaké z těch, které jsou potřebné ke stanovení této diagnózy, se projevuje v nadměrné míře* (Paclt, 2007, s. 19). Zatímco střední typ je charakteristický mírným a vážným kolísáním symptomů. Tato forma ADHD potřebuje individuální přístup a speciální péči. Poslední typ ADHD se označuje jako vážný typ. Tento typ zahrnuje projevy v nadměrné míře, kdy ovlivňuje celý život dítěte a je nezbytná speciální péče (Paclt, 2007).

V předchozí stati jsme si uvedli, že nejvíce se objevují projevy ADHD u dětí v předškolním a školním období v souvislosti s adaptací na nové prostředí. Proto diagnostika probíhá ve školských poradenských zařízeních. Součástí těchto zařízení

jsou pedagogicko – psychologické poradny a speciálně pedagogická centra. Zařízení jsou soustředěna na děti od tří let až po dobu školní docházky. Můžeme najít i centra, které pečují i o děti mladší tří let. Syndrom ADHD je mezioborová záležitost, kdy se na diagnostice podílí tým, který se skládá z psychologů, speciálních pedagogů a lékařů (Paclt, 2007). Vyšetření ve zdravotnickém zařízení je nezbytné k vyloučení jiných příčin a k zhodnocení dítěte k možnosti farmakologické léčby. Psychologické a speciálně pedagogické vyšetření zahrnuje sběr údajů o dítěti a rodině, které zaznamená sociální pracovnice. Dále dítě podstoupí vyšetření u psychologa, které je uskutečněno pomocí rozhovoru, dotazování, dotazníkových a projektivních metod. Během vyšetření by se dítě nemělo cítit nepříjemně a nemělo by být pro něj zátěží. Speciální pedagog vyšetřuje poruchy paměti, percepční motoriku a pozornost. Toto vyšetření je důležité i k zjištění specifických poruch učení, kterými děti s ADHD často trpí. Diagnostikování poruchy pozornosti se provádí za pomoci speciálních zaměřených testů. Dále existují testy, které nám určí úroveň pozornosti (Jucovičová, Žáčková, 2015).

Nyní se budeme zabývat diagnostikou ve zdravotnickém zařízení v rámci ošetrovatelské praxe. U syndromu ADHD je zapotřebí neurologické vyšetření, které vylučuje nádorové, zánětlivé, degenerativní, epileptické onemocnění a komorbidní poruchy. Velkou roli hraje anamnéza získaná od rodičů. Důležité je, aby anamnéza dítěte obsahovala údaje o vývoji v jednotlivých vývojových obdobích, potížích, projevech, zájmových aktivitách, škole a o domovu. Klinické vyšetření je přizpůsobeno věku a mentální úrovni dětského pacienta. Neurologické vyšetření dále zahrnuje zhodnocení psychomotorického vývoje, smyslových funkcí a emoční lability (Medřická et al., 2007). Dle Theinera (2012) je někdy využíváno pomocné vyšetření EEG. Elektroencefalografické vyšetření neboli EEG zaznamenává bioelektrické potencionály mozku tudíž jeho aktivitu (Seidl, 2015). Výskyt abnormálních záznamů z vyšetření EEG u ADHD činí 30 – 90 %. Dále k diagnostice tohoto syndromu se mohou využít zobrazovací metody, jako je výpočetní tomografie (zkratka CT) nebo magnetická rezonance (MR). Zdravotnický personál spolupracuje s dalšími odborníky, klinickými psychology, speciálními pedagogy, psychiatry a logopedy (Medřická et al., 2007). Velký význam má včasné vyšetření dítěte, které může pomoci ke zmírnění problémů a k zabránění nepříznivého vývoje dítěte (Jucovičová, Žáčková, 2015).

1.2.4 Formy terapie u dětského pacienta se syndromem hyperaktivity

Existuje několik přístupů terapie syndromu hyperaktivity, například farmakoterapie, psychoterapie, canisterapie, homeopatie a tak dále. Vzhledem k tématu práce se podrobněji budeme věnovat farmakoterapii, psychoterapii a biofeedbacku z pohledu sestry. Léčba dětského pacienta s ADHD není záležitost jen pro jednoho specialistu. Jak bylo uvedeno v předchozí stati, v péči o dítě s ADHD se spolupodílí tým odborníků spolu s rodinou pacienta. Důležité je, aby došlo ke spolupráci osob a k vytvoření komplexní léčby (Goetz a Úhlíková, 2009).

Farmakoterapie je první forma léčby, kterou se budeme zabývat. Tato léčba se indikuje v případech, kdy dětský pacient má problém v psychosociální oblasti, při významném omezení výkonnosti, dále při trápení dítěte nebo rodičů a při riziku špatného vývoje dítěte. Farmakologická léčba je často spojena například s logopedií a ergoterapií, které jsou úspěšné spolu s farmakoterapií (Muntau, 2009). Léčba ADHD u dětí s epilepsií nebo migrénou je velmi důležitá, ale může se stát, že lékaři mohou přehlížet příznaky ADHD a nejsou naordinovány léky, které mohou snížit příznaky ADHD (Dows et al., 2017). Pugnerová a Kvintová (2017) uvádí ve své publikaci, že každé dítě, kterému bylo diagnostikováno ADHD, není ihned léčeno farmaky. Farmakoterapie je vhodná pro děti mezi 5. a 7. rokem. Dítě musí užívat farmaka pravidelně, aby se dal správně posoudit jejich účinek. Farmakologická léčba může změnit projevy ADHD u dítěte, ale nezmění jeho inteligenci nebo povahu. U dětského pacienta, který užívá medikamenty, můžeme vidět zlepšení pozornosti, soustředění, krátkodobé paměti, zapamatování více informací a dokončování činností. Dále farmaka mohou dítě pozitivně ovlivnit v oblasti chování, například dítě méně vyrušuje, vykřikuje a upoutává na sebe pozornost. Na farmakoterapii každý dětský pacient s ADHD reaguje odlišně (Pugnerová, Kvintová, 2017). V praxi se můžeme setkat s obavami rodičů, že medikamenty mohou jejich dítě tlumit, proto často rodiče s farmakoterapií nesouhlasí. Naštěstí tato obava rodičů je mylná. Léky dítě s ADHD netlumí, to není cílem farmakoterapie (Goetz, Úhlíková, 2009). Dle Goetze a Úhlíkové (2009) zkušenosti z praxe ukazují, že farmaka, která mají za účel tlumit dítě, naopak zhoršují projevy ADHD, a proto se využívají léky, které podporují funkci mozku. Dále u dětského pacienta s ADHD, který užívá farmaka, je snižené riziko vzniku závislosti na návykových látkách. V České republice jsou využívány stimulační a nestimulační léky. Stimulační preparáty, se kterými se můžeme v praxi setkat, jsou například Ritalin a

Concerta. Lék Strattera řadíme do nestimulačních preparátů. Tyto tři léky jsou předepisovány dětem nad 6 let, které mají stanovenou diagnózu ADHD, anebo není zcela efektivní nefarmakologická léčba. Zvolení druhu léku záleží na lékaři a dětském pacientovi. Stimulační léky mají rychlý nástup účinku, vysoký účinek a dobrou snášenlivost. Pokud dětský pacient s ADHD trpí tikovou poruchou, tento druh preparátu není vhodný. Stimulační preparáty, které dítě s ADHD užívá, mohou narušit spánek, způsobit nechutenství, zvýšit úzkost a krevní tlak. Nestimulační léky oproti stimulačním mají dlouhý nástup účinku až týdny. Léky, jako je Strattera, se užívají u dětí s ADHD, které trpí úzkostmi, depresemi a tiky. U těchto preparátů jsou nežádoucí účinky zcela zřídka (Theiner, 2012). Dále se můžeme setkat s dětskými pacienty, kteří užívají antidepressiva, a to v případě, kdy nemohou užívat výše uvedené léky. Tento druh léku se využívá méně často. Kontraindikací farmakologické léčby je například závažné onemocnění jater, některé kardiovaskulární onemocnění a alergická reakce na podaný preparát (Goetz, Uhlíková, 2009).

Psychoterapie je další forma léčby ADHD u dětského pacienta, která je součástí komplexní léčby. Cílem této formy terapie je zlepšit vztahy v rodině a uklidnit rodinou situaci. Psychoterapie zahrnuje různé techniky a směry. Nejvíce využívaná psychoterapie u dětských pacientů s ADHD je kognitivně behaviorální psychoterapie (KBT). Cílem této terapie je, aby se dítě naučilo ovládat své chování a rodiče se naučili přístup ke svému dítěti, a jak mu mohou pomoci zvládnout běžné denní situace (Pugnerová, Kvintová, 2017). Tato léčba nevede ke změně chování pouze u dítěte, ale i u všech zúčastněných této terapie. Záměrem terapie není poukazovat na chyby výchovného přístupu k dítěti, ale záměrem je ukázat, že způsob tohoto přístupu není efektivní, a proto je důležité ho změnit. Kombinace formy terapie farmakologické a kognitivní behaviorální psychoterapie je nejúčinnější léčebný postup u dětí s ADHD (Goetz, Uhlíková, 2009).

Dále se můžeme setkat se specifickou metodou, která se nazývá EEG trénink neboli biofeedback. O metodě EEG jsme se zmínili už výše v předchozí stati. EEG se nejen využívá k diagnostice, ale také k terapii ADHD. Tato metoda posiluje a aktivizuje nervovou soustavu. Díky této metodě se trénuje pozornost, sebeovládání a sebekázeň (Pugnerová, Kvintová, 2017). *Jedná se o autoregulační učení mozku pomocí tzv. biologické zpětné vazby* (Pugnerová, Kvintová, 2017, s. 183). Počítač zachycuje signály a poté záznam vyhodnotí. Dětský pacient sleduje průběh mozkových vln na obrazovce

pomocí videohry, kterou ovládá svými myšlenkami. Dítě je motivováno odměnou, pokud aktivita mozku je v žádoucím poli. Mozek dítěte postupně přijímá a automatizuje žádoucí reakce. Terapie pomáhá zmírnit impulzivitu, těkavost, neklid, agresivitu, sebeovládání, větší odolnost vůči stresu a zlepšuje chování dítěte. Snížení těchto projevů ADHD je trvalé. EEG trénink není návykový ani nehrozí žádná rizika nebo nežádoucí účinky (Pugnerová, Kvintová, 2017).

Jak uvádí Medřická et al. (2007), kombinace farmakologické a nefarmakologické léčby vede k nejlepším výsledkům v léčbě ADHD u dětského pacienta. Důležité je zaměřit se v nefarmakologické léčbě na výchovný přístup k dítěti, spolupráci rodiny s psychologem a vytvořit vhodné podmínky pro rozvoj intelektu a schopností dětského pacienta (Medřická et al., 2007).

1.2.5 Relaxační techniky u dětského pacienta se syndromem hyperaktivity

Z hlediska efektivní komunikace je vhodné uvést si techniky, které se v praxi používají. Relaxační techniky pomohou dítěti s ADHD nejen se uvolnit v oblasti fyzické, ale také v psychické. Díky těmto technikám dosáhneme duševní vyrovnanosti u dítěte s ADHD (Jucovičová, Žáčková, 2015). Relaxační cvičení je pro dítě náročné v oblasti soustředění a pozornosti. Důležité je s cvičením začít pomalu a cvičit co nejkratší dobu. Relaxaci u dítěte postupně prodlužujeme na 5-10 minut a více. Vhodné je při relaxačním cvičení využívat fantazii a představivost dětí. Někdy může nastat problém s navrácením dětí do reality, a i to v případě, kdy je relaxační cvičení efektivně prováděno a řízeno. Proto je vhodné relaxaci přizpůsobit individuálně dle dětského pacienta. Doporučuje se začít s jednoduššími relaxačními technikami a později přidávat těžší techniky. Důležité je se nenechat odradit po prvním neúspěšném relaxačním cvičení, musíme brát na vědomí, že dítě s ADHD nemá rádo změny a na každou změnu reaguje bouřlivě, proto je vhodné postupovat pomalu. Nezapomínáme při cvičení dítě chválit a být trpěliví. Cviky dítěti sami předvádíme a soustředíme se pouze na relaxaci s dítětem, ne na žádnou jinou činnost. Při udělování pokynů říkáme „*uděláme to a to*“, díky těmto zásadám vyvoláme v dítěti příjemný pocit, který vede k relaxaci. Cílem relaxačního cvičení je, aby se dítě s ADHD rychle uvolnilo v běžných životních situacích, aby se zase co nejrychleji zaktivizovalo (Jucovičová, Žáčková, 2010).

Další z relaxačních technik je dechové cvičení, které nejen okyslíčí krev a ovlivní výměnu plynů, ale také ovlivní srdeční frekvenci. Nervovou dráždivost v organismu

způsobuje oxid uhličitý, kdy při dechovém cvičení se snižuje jeho hladina v organismu. Dechové cvičení napomáhá dítěti se více soustředit díky sledování dýchání. Důležité je, aby se dítě naučilo ovládat dýchání, které se zrychluje ve stresových situacích, proto je vhodné, aby se naučilo dech zklidnit a ovládat. Zklidnění dechu vede ke zklidnění mysli. Pro dětské pacienty, kteří trpí onemocněním ADHD, je vhodná jóga. Nevhodné jsou sporty, které jsou zaměřené na výkonnost a přesnost (Jucovičová, Žáčková, 2015). Dle autorek Jucovičové a Žáčkové (2015) bylo zjištěno, že dechové cvičení přispívá ke zlepšení držení těla, ale i ke zlepšení chování dítěte.

1.3 Práce sestry se stimuly v pojetí s adaptačním modelem Callisty Roy v souvislosti s dětským pacientem se syndromem hyperaktivity

Na závěr se budeme věnovat aplikaci adaptačního modelu Callista Roy v komunikaci s dětským pacientem s ADHD. V ošetrovatelské praxi se můžeme setkat s modely jako je například Nightingelové environmentální model, Hendersonové komplementárně-suplementární model, Leiningerové model vycházejícího slunce a další (Kutnohorská, 2009). Adaptační model Callisty Roy byl vybrán záměrně v souvislosti s oblastí uplatnění tohoto modelu, který vznikl na dětské klinice, kde Callista Roy sledovala dětské pacienty, jak reagují a přizpůsobují se změnám (Sitzman, Eichelberger, 2010).

Callista Roy se narodila v Los Angeles v USA. Studovala ošetrovatelství na Mount Mary's College v Los Angeles a na University of California také v Los Angeles (Black, 2013). Později se stala členkou NANDA a členkou Světové organizace žen. Jak už jsme výše zmínili, tento model vznikl v souvislosti s pozorováním dětských pacientů na dětském oddělení. V roce 1976 Callista Roy publikovala svůj model v monografii „Úvod do ošetrovatelství: Adaptační model“. Autorka při tvorbě adaptačního modelu vycházela např. z adaptační teorie Helsona, Maslowovy práce a stresové adaptační teorie dle Selyeo (Pavlíková, 2006).

V souvislosti s adaptačním modelem Callisty Roy Pavlíková (2006) uvádí, že jedinec jako celek bio-psycho-sociální je neustále v interakci s prostředím skrze podněty. Z prostředí přicházejí vnější a vnitřní podněty, které působí na pacientovo chování a ovlivní schopnost přizpůsobování se. Každá změna pro dítě je náročná a vyžaduje mnoho úsilí se adaptovat na novou situaci. Podněty mohou působit pozitivně, ale i negativně. Tyto podněty z prostředí, které ovlivňují jedince, označila jako stimuly, a to fokální, kontextuální a reziduální (Pavlíková, 2006). Úlohou sestry je pak tyto stimuly

identifikovat a následně s nimi pracovat ve smyslu jejich podporování, udržování, zvyšování či tlumení v jednotlivých adaptačních modech: fyziologickém, sebekoncepce a identifikace ve skupině, vzájemné závislosti a rolové funkce (Sedláková, Plzenská, 2007).

Fokální stimuly jsou podněty, které okamžitě ovlivňují a působí na jedince v určitém momentu, na který okamžitě reaguje a co nejrychleji se musí přizpůsobit. Za fokální stimuly, které působí na dítě, lze označit nevhodnou komunikaci ze strany ošetřujícího personálu, např. uložení příkazu dítěti („*Ted' si hrát nebudeš, musíš na vyšetření!*“). Fokální stimuly působí na dětského pacienta po uložení příkazu nejsilněji, urychlují jeho adaptivní chování, mají největší vliv na množství energie, kterou dítě vydává v interakci s prostředím (Žiaková a kol., 2007).

Na působení fokálních stimulů mají vliv stimuly kontextuální, které vycházejí z vnějšího prostředí a přizpůsobují podmínky. Znamená to, že kontextuální stimul může v daném okamžiku ovlivnit účinek a odpověď na fokální stimul. Jako příklad lze uvést: dítě si hraje v herně a sestra mu řekne: „*Uklid' si sám hračky, jdeme na vyšetření!*“. Vhodné je, aby sestra položila otázku jinak, např. nabídla mu pomoc při sklizení hraček. Důležité je, aby sestra přistupovala individuálně ke každému dětskému pacientovi. Reziiduální stimuly nemají rozhodující vliv na aktuální odpověď organismu, jsou relativně stálé, např. vlastnosti, hodnoty, názory apod. Vyvinuly se z předchozích zkušeností dítěte, např. nehody v rodině a špatný výchovný přístup (Žiaková a kol., 2007). Pro dosažení efektivní adaptace dítěte je pro sestru nezbytné povědomí o reziiduálních stimulech a vytvoření vztahu s dítětem, ale i uvědomění si důležitosti práce se stimuly v jednotlivých adaptačních modech a skutečnosti, že stimuly mohou působit jak pozitivně, tak negativně (Meleis, 2007).

Sestra by měla mít na paměti i stimuly, které působí přímo z vnitřního prostředí a dle Calisty Roy je lze pokládat za tzv. adaptační úroveň dítěte (Meleis, 2007). Jedná se o běžný rozsah individuálních reakcí dítěte s ADHD, jako například hyperaktivitu, poruchy soustředění, impulzivní jednání, poruchy chování až agrese, ničení věcí či vzdorování. Nutno upozornit, že dítě s touto diagnózou dosahuje vyšší výkonnosti a rychlého rozhodování, má větší schopnost reagovat, vnímat více podnětů najednou, má dobrou dlouhodobou paměť při studiu nebo později v zaměstnání, je nápaditý, originální kreativní s rozmanitou fantazií (Jucovičová, Žáčková, 2010).

Na základě studia literatury a výzkumného šetření byla pro sestry sestavena tabulka. Příklad práce se stimuly dle adaptačního modelu Callista Roy je uveden v příloze č. 2.

2 Cíle práce a výzkumné otázky

Tato kapitola je věnována výzkumným otázkám a stanoveným cílům, které jsme si stanovili vzhledem k problematice naší bakalářské práce. Dle Švaříčka et al. (2007) jsme si určili hlavní cíle a následně intelektuální, praktický a personální cíl. V následující stati se zaměříme na metodiku výzkumného šetření a charakteristiku výzkumného vzorku.

2.1 Cíle práce

V naší bakalářské práci bylo hlavním cílem zaměřit se na nejčastější problémy, ke kterým v komunikaci mezi sestrou a dětským pacientem s ADHD dochází.

Dále jsme si zvolili tři intelektuální cíle:

1. Zjistit, jaké bariéry se vyskytují v komunikaci mezi dětským pacientem s ADHD a sestrou.
2. Zmapovat informovanost sester o správné komunikaci a přístupu k dítěti s ADHD.
3. Zanalyzovat zkušenosti rodičů dítěte s ADHD během komunikace v rámci ošetrovatelské péče.

Praktický cíl v naší bakalářské práci byl zaměřen na možnost využití získaných poznatků týkajících se komunikace mezi sestrou a dětským pacientem s ADHD k možnému zkvalitnění komunikačních dovedností v ošetrovatelské péči.

Personálním cílem bylo vypracovat toto téma, kdy autoři získali nové informace týkající se dětských pacientů se syndromem hyperaktivity a informace pro zkvalitnění komunikačních dovedností v ošetrovatelské péči.

2.2 Výzkumné otázky

V souvislosti s výše uvedenými cíli jsme si zvolili v této bakalářské práci následující výzkumné otázky:

Výzkumná otázka 1: Jaké bariéry se vyskytují v komunikaci mezi sestrou a dětským pacientem s ADHD?

Výzkumná otázka 2: Jaké jsou znalosti sester v oblasti správné komunikace a přístupu k dítěti s ADHD?

Výzkumná otázka 3: Jaké zkušenosti mají rodiče dítěte s ADHD v souvislosti s komunikací při poskytování ošetrovatelské péče?

3 Metodika

3.1 Použité metody

Se zřetelem na námi zvolené cíle jsme zvolili pro výzkumnou část naší bakalářské práce kvalitativní přístup. Výzkumnou metodou, kterou jsme si vybrali, byl polostrukturovaný rozhovor se sestrami, které mají praxi v oboru pediatrie a s rodinnými příslušníky dětí se syndromem hyperaktivity. Výzkumné šetření bylo realizováno v nemocničním zařízení Jihočeského kraje a to na pediatrickém oddělení a v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost. Při vyhledávání jsme zvolili metodu sněhové koule u probandů z řad rodinných příslušníků. Zvukový záznam byl pořízen po ústním souhlasu sester i rodinných příslušníků. Získané zvukové záznamy jsme přímo přepsali do programu Microsoft Word. Všichni probandi se zvukovou nahrávkou souhlasili v rámci etického kodexu. Před zahájením nahrávky byli naši probandi seznámeni se zachováním jejich anonymity, kdy námi získaná data byla využita pouze pro účel zpracování naší bakalářské práce. Získaná data jsme analyzovali za pomoci otevřeného kódování. Proces sběru dat probíhal od listopadu 2017 do konce ledna 2018.

3.1.1 Charakteristika polostrukturovaného rozhovoru

Výzkumné šetření v naší bakalářské práci bylo prováděno pomocí výzkumné metody polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor byl vybrán za účelem získání hloubkových informací pro námi zvolenou problematiku. *Cílem hloubkového a polostrukturovaného rozhovoru je získat detailní a komplexní informace o studovaném jevu (kvalitativní přístup), zatímco účelem standardizovaného strukturovaného rozhovoru je položit všem respondentům několik identických otázek ve stejném pořadí (kvantitativní přístup) (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007, s. 13).*

Rozhovory byly prováděny se sestrami pracujícími na dětském oddělení nebo v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost. Dále byly prováděny s rodinnými příslušníky, které mají dítě, jež trpí syndromem hyperaktivity. Vzhledem k zvoleným cílům naší bakalářské práce jsme si předem vytvořili osnovu rozhovorů jak pro sestry, tak i pro rodinné příslušníky dítěte s ADHD. Osnovu otázek tvořily polouzavřené otázky, které v případě nejasností byly doplněny dalšími otázkami. Rozhovory se sestrami byly zahájeny identifikačními otázkami, které se týkaly nejvyššího dosaženého vzdělání a délky praxe ve zdravotnictví. Zatímco u rodinných příslušníků jsme na

začátku rozhovoru položili identifikační otázky, které se týkaly věku dítěte při první zkušenosti se sestrou v komunikaci. Naším hlavním cílem výzkumného šetření bylo zaměřit se na problémy, které se vyskytují během komunikace mezi sestrou a dětským pacientem s ADHD. Dále informovanost sester o komunikaci a přístupu k dětským pacientům s výše zmíněným onemocněním. Také jsme se zaměřili, jaké zkušenosti mají rodinní příslušníci dítěte s ADHD v souvislosti s komunikací při poskytování ošetrovatelské péče.

Na začátku výzkumného šetření jsme požádali o povolení realizace výzkumného šetření hlavní sestru nemocničního zařízení v Jihočeském kraji. Pomocí emailové komunikace jsme se dohodli na osobní schůzce, kdy výzkumné šetření nám bylo schváleno písemnou formou. Souhlas výzkumným šetřením není součástí naší bakalářské práce, ale je možné nahlédnout u autora práce. Tento souhlas nebyl přiložen z důvodu zachování anonymity zdravotnického zařízení. Po písemném souhlasu od hlavní sestry zdravotnického zařízení jsme byli odkázáni na vrchní sestru dětského oddělení, se kterou jsme prokonzultovali výzkumné šetření. Vrchní sestra souhlasila, neměla žádné připomínky a domluvila nám schůzku přímo se staniční sestrou na dětském oddělení, kde jsme po domluvě s ní provedli rozhovory se sestrami.

Rozhovory s rodinnými příslušníky dítěte se syndromem hyperaktivity byly vždy prováděny mimo nemocniční zařízení, a to nejčastěji v domácím prostředí. Setkání s rodinnými příslušníky jsme domlouvali pomocí elektronické komunikace. Před zahájením rozhovoru byli vždy probandi informováni o podstatě předmětu zkoumání v naší bakalářské práci. Každý proband byl požádán o ústní souhlas s pořízením zvukové nahrávky. Pokaždé bylo probandům sděleno, že zachováme jejich anonymitu a získaná data využijeme při zpracování naší bakalářské práce. Během výzkumného šetření všichni probandi souhlasili se zvukovou nahrávkou. Při výzkumném šetření jsme se dvakrát setkali s odmítnutím ze strany sestry z důvodů absence zkušenosti s dětskými pacienty s ADHD. Dále jsme se setkali s jedním odmítnutím ze strany rodičů, kdy důvod odmítnutí nebyl zjištěn. Rozhovory s rodinnými příslušníky byly často časově náročné z důvodu velkých zkušeností s komunikací při ošetrování jejich dětí se syndromem hyperaktivity. Rozhovory se sestrami byly náročnější z důvodů přesvědčení nebo zbavení pocitů, že je budeme zkoušet z teoretických znalostí, na které nebudou znát odpověď. Při sběru dat jsme se setkali u některých probandů s odchýlením od tématu, které se týkalo intimních problémů, které nesouvisí s tématem bakalářské práce,

jako např. rozvodového řízení rodičů dítěte, což poukazuje na vytvoření důvěry mezi probandem a tazatelem.

3.1.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek je tvořen z 5 sester z dětského oddělení a ze 3 sester z ordinace praktického lékaře pro děti a dorost. Dále z 8 rodinných příslušníků dítěte s ADHD.

Výzkumné šetření bylo prováděno osobně po domluvě se staniční sestrou a následně došlo ke sběru dat s vybranými sestrami. S probandkami z ordinací došlo ke sběru dat na osobní schůzce, která byla osobně dohodnuta předem.

Rodinní příslušníci byli vybráni záměrně, kdy podmínkou bylo mít dítě s diagnózou ADHD bez ohledu na léčbu a stupeň onemocnění.

Pro přehlednost je níže přiložena tabulka s identifikačními údaji sester i rodinných příslušníků. V tabulce je zanesené označení probanda. U sester nejvyšší dosažené vzdělání a délka praxe ve zdravotnictví, zatímco u rodinného příslušníka nalezneme věk dítěte při první zkušenosti v komunikaci se sestrou.

Označování SO je označení pro sestry, které pracují v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. Zatímco označení SN je označení sestry pracující v nemocničním zařízení na dětském oddělení.

Sestra 1 bude označována jako SO1, má vysokoškolské vzdělání a pracuje ve zdravotnictví 3 roky. Sestra 2 označená jako SO2 má středoškolské vzdělání a praxi ve zdravotnictví 19 let. Sestra 3 označována jako SO3 má vysokoškolské – magisterské vzdělání a pracuje ve zdravotnictví 5 let. Sestra 4 označená jako SN4 má středoškolské vzdělání a pracuje 15 let. Sestra 5 označována jako SN5 vystudovala střední školu a specializaci ve zdravotnictví a pracuje 43 let. Sestra 6 označená jako SN6 má vysokoškolské – magisterské vzdělání a praxi 8 let. Dále sestra 7 označená jako SN7 má středoškolské vzdělání a pracuje ve zdravotnictví 11 let. Poslední sestra 8 označená jako SN8 má vysokoškolské vzdělání a praxi ve zdravotnictví 20 let.

Tabulka 1 – Identifikační tabulka sester

Identifikační tabulka sester			
<u>Proband</u>	<u>Označení</u>	<u>Vzdělání</u>	<u>Délka praxe ve zdravotnictví</u>
<i>Sestra 1 - ordinace</i>	SO1	vysokoškolské	3 roky
<i>Sestra 2 – ordinace</i>	SO2	středoškolské	19 let
<i>Sestra 3 - ordinace</i>	SO3	vysokoškolské - magisterské	5 let
<i>Sestra 4 - nemocnice</i>	SN4	středoškolské	15 let
<i>Sestra 5 - nemocnice</i>	SN5	středoškolské - specializace	43 let
<i>Sestra 6 - nemocnice</i>	SN6	vysokoškolské – magisterské	8 let
<i>Sestra 7 - nemocnice</i>	SN7	středoškolské	11 let
<i>Sestra 8 - nemocnice</i>	SN8	vysokoškolské	20 let

Označení R je využíváno pro rodinné příslušníky s dítětem se syndromem hyperaktivity.

Rodinný příslušník 1 bude označován jako R1 a dítěti byly 3 roky při první zkušenosti v komunikaci se sestrou. Rodinný příslušník 2 má zkratku R2 a dítěti byly 3 roky při první zkušenosti v komunikaci se sestrou. Rodinný příslušník 3 bude označován v naší bakalářské práci jako R3 a dítěti byly 3 roky při první zkušenosti v komunikaci se sestrou. Rodinný příslušník 4 bude označován jako R4 a dítěti bylo 7 let při první zkušenosti v komunikaci se sestrou. Rodinný příslušník 5 označen jako R5 a dítěti při

první zkušenosti v komunikaci se sestrou bylo také 7 let. Rodinný příslušník 6 bude označován jako R6 a jeho dítěti při první zkušenosti byly 3 roky. Pro rodinného příslušníka 7 bude používáno označení R7 a dítěti bylo 6 let při první zkušenosti v komunikaci se sestrou. Poslední rodinný příslušník bude označován jako R8, kdy jeho dítě při první zkušenosti se sestrou bylo staré 4 roky.

Tabulka 2 – Identifikační tabulka rodinných příslušníků dítěte s ADHD

Identifikační tabulka rodinných příslušníků dítěte s ADHD		
Proband	Označení	Věk dítěte při první zkušenosti
<i>Rodinný příslušník 1</i>	R1	3 roky
<i>Rodinný příslušník 2</i>	R2	3 roky
<i>Rodinný příslušník 3</i>	R3	3 roky
<i>Rodinný příslušník 4</i>	R4	7 let
<i>Rodinný příslušník 5</i>	R5	7 let
<i>Rodinný příslušník 6</i>	R6	3 roky
<i>Rodinný příslušník 7</i>	R7	6 let
<i>Rodinný příslušník 8</i>	R8	4 roky

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Výsledky výzkumného šetření sester

Kategorii číslo 1 jsme nazvali **Zkušenosti sester s komunikací s dětským pacientem s ADHD**. Zajímalo nás, zda sestry mají nějaké zkušenosti s dětskými pacienty, kteří trpí syndromem hyperaktivity. Většina sester měla nějaké zkušenosti s těmito pacienty. K podpoře tohoto tvrzení dokládáme pár výpovědi sester. „*Nějaké zkušenosti už mám, protože u nás v ordinaci máme pár dětí s ADHD.*“ (SO3). Další odpověď: „*Ano mám zkušenosti, jak tady z práce, tak z dětských táborů, na které jezdím.*“ (SN8). „*No nějaké zkušenosti mám, ale většinou, když jsou k nám děti na oddělení přijaty, je to vedlejší diagnóza, ale pár dětí během praxe jsem už zažila na našem oddělení, když šly na operativu nebo při příjmu.*“ (SN5). Pouze tři sestry udaly, že nemají v této oblasti bohaté zkušenosti s dětskými pacienty. Uvádíme příklad: „*Moc těch zkušeností nemám, setkala jsem se jen asi jednou s dítětem s ADHD. Vždy jsem se tomu nějak vyhnula, buď jsem nesloužila, nebo jsem s ním nepřišla do kontaktu.*“ (SN7). Dále: „*Po pravdě moc zkušeností nemám, protože když se s dětmi s ADHD setkám, tak už jsou na farmakoterapii a to jsou většinou klidnější a moc se neprojevují.*“ (SN4).

Schéma 1 - **Zkušenosti sester s komunikací s dětským pacientem s ADHD**

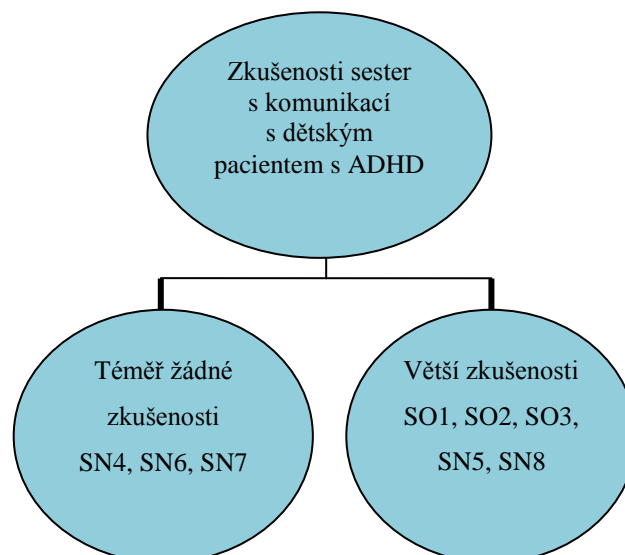
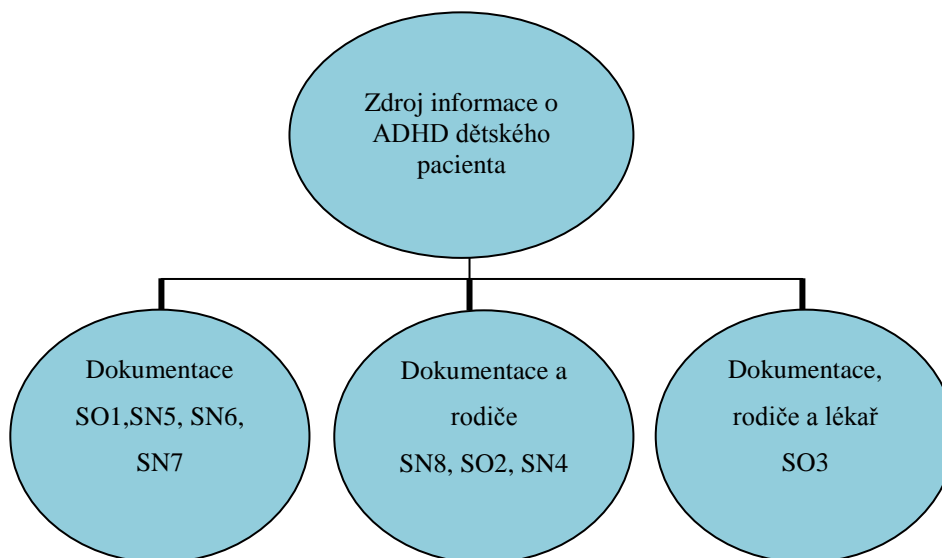


Schéma 1 nám znázorňuje zkušenosti sester s dětskými pacienty s ADHD. Na schématu můžeme vidět, že většina sester má nějaké zkušenosti s těmito dětmi.

Kategorii číslo 2 jsme nazvali **Zdroj informace o ADHD dětského pacienta**. V této kategorii nás zajímalo, kde sestry získaly informaci, že dětský pacient trpí onemocněním ADHD. Většina sester uvedla jako zdroj informace dokumentaci. Dále některé sestry k dokumentaci zmínily i jako zdroj rodiče. Vzhledem ke skutečnosti uvádíme několik výpovědí sester. „Zjistila jsem to z dokumentace nebo od rodičů.“(SO2)„Především z dokumentace a někdy nám to hned hlásí rodiče při příchodu do ordinace.“(SN4). Další odpověď: „Z dokumentace dítěte.“(SN6). Avšak jsme se setkali s jednou odpovědí, kdy sestra doplnila výše uvedené zdroje navíc zdrojem informací lékaře. K podpoře tohoto tvrzení dokládáme odpověď SO3. „Od lékaře a od rodičů nebo z dokumentace.“(SO3).

Schéma 2 -**Zdroj informace o ADHD dětského pacienta**

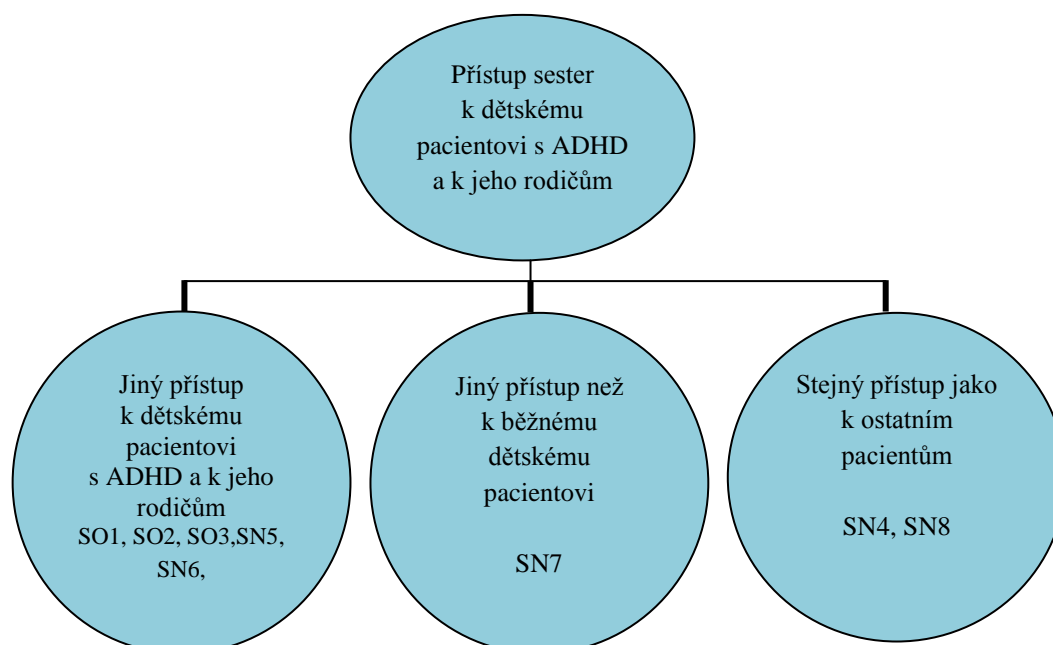


Na schématu 2 vidíme zdroje informací, díky kterým se sestry dozvěděly, že dětský pacient trpí syndromem hyperaktivity. Jak můžeme vidět na schématu, většina sester odpověděla z dokumentace a od rodičů.

Kategorii číslo 3 jsme pojmenovali **Přístup sester k dětskému pacientovi s ADHD a k jeho rodičům**. V této kategorii nás zajímalo, jestli sestry při zjištění onemocnění

syndromu hyperaktivity u dětského pacienta pohlíží jinak na dětského pacienta i na jeho rodinu. Většina sester, které se zúčastnily výzkumného šetření, odpověděla, že při zjištění na tyto pacienty a rodiče pohlíží jinak než na jiné pacienty. Pro potvrzení dokládáme pár výpovědí sester. *„Tak jistě, že pohlížela, protože to dítě se chová jinak a vyžaduje jiný přístup.“*(SO2). Další odpovědi: *„No, pohlížela, protože když jsem se s nimi setkala, tak jsem byla vůči tomu dítěti více ostražitá a k rodičům více chápavá a tolerantní, protože vím, že ty rodiče jsou často vyčerpaní z výchovy dítěte.“*(SN6). *„Pohlížím na ty děti jinak, a hlavně na tu rodinu.“*(SN5). Setkali jsme se se dvěma sestrami, které nezměnily přístup při zjištění diagnózy ADHD u dětského pacienta. Dokládáme odpovědi probandek: *„Pohlížela jsem na ně stejně jako na každou jinou rodinu, protože podle mě je to populární diagnóza.“*(SN4). Dále: *„Ne, nepohlížela jsem jinak, jen u těch dětí, kde si myslím, že je nevychovaný, tak to jinak pohlížím, ale nedávám to znát.“*(SN8). Dále jsme během výzkumného šetření získali odpověď od jedné sestry, která nepřistupovala jinak k rodičům, pouze k dětskému pacientovi s ADHD. Dokládáme výpověď SN7. *„Asi nepohlížela jsem na rodiče jinak, ale na dítě jsem pohlížela s větší ostražitostí a změnila jsem k němu přístup.“*(SN7).

Schéma 3 - Přístup sester k dětskému pacientovi s ADHD a k jeho rodičům



Toto schéma 3 nám zobrazuje přístup sester k dětskému pacientovi s ADHD a k jeho rodičům při zjištění diagnózy. Ze schématu je patrné, že většina sester při zjištění, ADHD změní přístup k dětskému pacientovi i k jeho rodině.

Kategorii číslo 4 jsme definovali **Zdroj informací sester o onemocnění ADHD**. Zajímalo nás, kde sestry získaly informace o diagnóze ADHD. Probandky uvedly mnoho zdrojů, např. internet, literaturu, časopisy, od kolegyně a nejvíce sester odpovědělo, že ze studia na škole. Toto tvrzení dokládáme těmito odpověďmi. „*Nejvíce informací jsem získala ve škole na magisterském studiu.*“(SN6). „*Informace jsem získala ve škole, tam jsme probírali tyto poruchy v pediatrii a pak mám hodně informací od mé sestry, která studovala speciální pedagogiku.*“(SO1). Dále: „*Nejvíce informací jsem získala na škole, kde jsme se tomuto syndromu věnovali na jedné přednášce, a něco jsem si přečetla na internetu.*“(SO3). Při výzkumném šetření jsme získali odpovědi od probandek, které uvedly stejný zdroj, a to od svých kolegyně. Pro pravdivost tohoto tvrzení uvádíme tyto odpovědi. „*Tenkrát v nějakém časopisu, který byl zaměřený na děti, a nějaké informace od mladších kolegyně.*“(SN4). „*Tak něco jsem se dozvěděla od kolegyně a něco přečetla na internetu.*“(SN7).

Schéma 4 - **Zdroj informací sester o onemocnění ADHD**

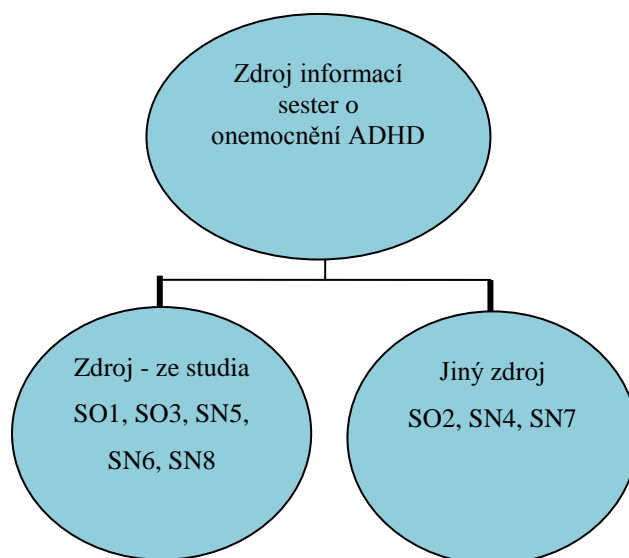


Schéma 4 ukazuje, z jakých zdrojů sestry získaly informace o onemocnění ADHD u dítěte. Ze schématu je patrné, že většina sester odpověděla, že získaly informace během studia.

Kategorii číslo 5 jsme pojmenovali **Znalost sester v oblasti projevů ADHD**. V této kategorii jsme se zaměřili na to, jaké znalosti mají sestry v oblasti projevů syndromu hyperaktivity u dětského pacienta. Znalost projevů tohoto syndromu je velmi významná pro správný přístup k dětskému pacientovi s ADHD, a proto jsme se na tuto oblast zaměřili. Všechny probandky odpověděly na námi kladenou otázku a znaly příznaky tohoto onemocnění. Jako důkaz tohoto tvrzení dokládáme pár výpovědí. „*Co já vím, tak se projevuje poruchou pozornosti a živostí, teda hyperaktivitou.*“ (SO3). Další odpovědi: „*Nesoustředěností a zvýšenou aktivitou, prostě když má ADHD, tak neudrží tu pozornost, prostě když mluví, tak oni skáčou nebo furt běhají, prostě chvíli nestojí, ty děti.*“ (SN8). „*Projevuje se nesoustředěností, hyperaktivitou a poruchou chování.*“ (SO2). „*Projevuje se poruchou chování a hyperaktivitou. Myslím si, že jsou někdy i agresivní. Ty děti chvíli neposedí, jsou jak na pérkách.*“ (SN4).

Schéma 5 - **Znalost sester v oblasti projevů ADHD**

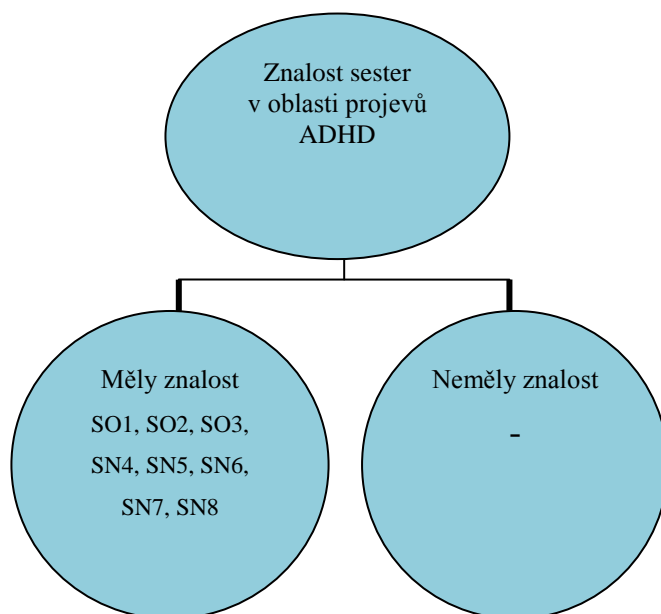


Schéma 5 nám znázorňuje znalost sester v oblasti projevů. Jak můžeme vidět, schéma ukazuje, že všechny sestry měly znalosti v této oblasti.

Další kategorii číslo 6 jsme nazvali **Sestrami používané přístupy a metody v komunikaci s dětmi s ADHD**. V této kategorii jsme se zaměřili na přístupy a metody, které sestry v praxi aplikují při komunikaci. Různé metody a přístupy mohou

ovlivnit efektivitu komunikace mezi sestrou a dětským pacientem, a proto jsme se na tuto oblast zaměřili v rámci výzkumného šetření. Všechny sestry kromě tří mají vyzkoušený nějaký svůj přístup či metodu k dětem s ADHD. K této kategorii si uvedeme pár odpovědí probandek, které používají nějaké přístupy a své metody. Sestra SN8 uvedla: „Dotknu se ho, oslovím ho a navážu oční kontakt, tak zahajuju konverzaci. Prostě snažím se na to dítě koukat a zaměřit se na osobu toho dítěte, nekoukám jinam.“(SN8). Odpověď sestry SO2: „Vždy se snažím ho oslovit jménem, zaujmout ho nějakou hračkou nebo se ho na něco zeptám, například jak se má ve školce nebo ve škole. Snažím se mu koukat do očí a mluvit k němu, ne k rodičům.“(SO2). Další probandka odpověděla: „Nemůžu mu říct, jako jiným dětem hned, pojd', první mu to pořádně vysvětlím pomalu a v krátkých větách a zopakuji to, pak mu řeknu třeba, pojd', vezmu ho za ruku. Řeknu mu, trošku to bude bolet, nerada používám neboj se, to nebude bolet, protože tím dětem lžu.“(SN5). Sestra SO1 uvádí: „Co mám vyzkoušené, je navázat s nimi kontakt přes hračky, když je zaujmu tou hračkou, začnu si s ním povídat a pak mu začnu vysvětlovat, co se bude dít, někdy to ukazují i na sobě nebo na nějakým plyšáku, aby dítě vědělo, že mu nechci ubližovat. Hlavně na něj mluvím a chválím ho, jaký je to šikula. Snažím se mluvit klidným hlasem a klidně mu věty několikrát zopakuji.“(SO1). Zatímco sestra SO3 odpověděla: „Úplně, že bych měla vyzkoušené nějaký pravidla, podle kterých jedu, tak to se úplně říct nedá.“(SO3). „Moc toho vyzkoušeného nemám, jak nemám skoro žádnou zkušenost.“(SN7). Sestra SN4 odpověděla: „Komunikuji s nimi podobně jako s ostatními dětmi.“(SN4).

Schéma 6 - Sestrami používané přístupy a metody v komunikaci s dětmi s ADHD

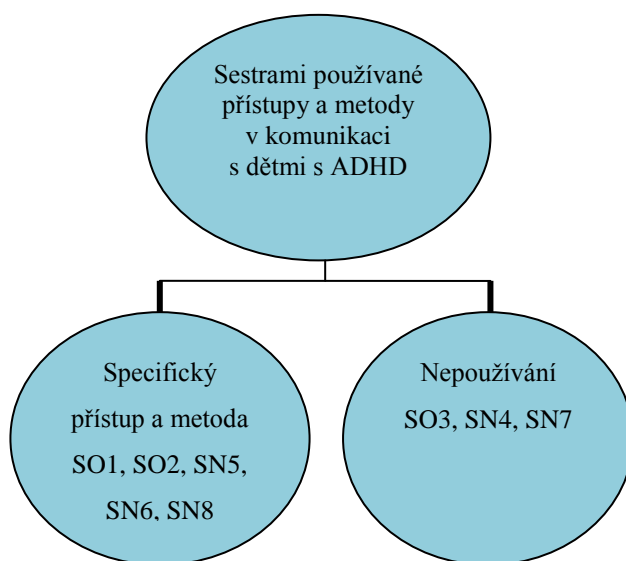


Schéma 6 zobrazuje, jestli sestry využívají metody a přístupy při komunikaci s dětskými pacienty s ADHD. Většina sester odpověděla, že mají svůj specifický přístup k dětem s ADHD.

Pro kategorii číslo 7 jsme zvolili název **Reakce dětí na komunikaci sester**. V této kategorii nás zajímalo, jak dětský pacient s ADHD reagoval na přístup a komunikaci sestry během ošetrovatelské péče. Během výzkumného šetření jsme se setkali se čtyřmi probandkami, které hodnotily kladně reakce dětí. Nesetkali jsme se pouze s kladnými reakcemi dětských pacientů, ale i s negativními, kdy čtyři sestry nám popsaly negativní reakce dětí během jejich komunikace při ošetrování. Pro pravdivost tohoto tvrzení dokládáme několik odpovědí probandek. Sestra SO1 uvedla: „*Začal se mnou spolupracovat a ptal se mě, jestli mám děti a tak.*“(SO1). Dále: „*Začal si se mnou povídat, já mu ukázala novou skládačku z papíru.*“(SO2). Zatímco negativní zkušenost uvedla sestra SN7: „*Jen odpovídal dokola, že nechce a nebude si lehat.*“(SN7). „*Pak chtělo jednu hračku na policiče, já řekla, že to nejde, a dítě začalo řvát, že jí chce a začalo se vztekat, až se na podlaze válelo.*“(SO3). Dále: „*Dítě mi moc neodpovídalo, jen se neustále vrtělo.*“(SN4).

Schéma 7 - Reakce dětí na komunikaci sester

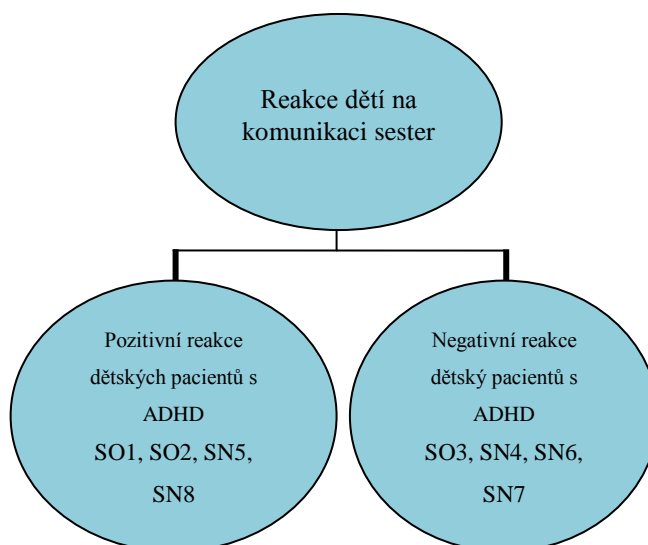


Schéma7 nám zobrazuje reakce dětí na komunikaci sestry. Čtyři sestry nám uvedly pozitivní reakce dětských pacientů s ADHD a čtyři sestry uvedly negativní reakce dětí.

Další kategorii číslo 8 jsme nazvali **Situace, kdy si sestry nevěděly rady**. V této kategorii jsme se zabývali, zda se sestry dostaly do situace, kdy si nevěděly rady během komunikace s dětským pacientem se syndromem hyperaktivity. Všechny sestry kromě jedné sestry nám odpověděly, že se dostaly do této situace. Jako důkaz tohoto tvrzení dokládáme pár odpovědí sester. „*Určitě byla, hlavně na začátku praxe.*“ (SO2). Sestra SN6 uvedla: „*Tak určitě, většinou na začátku, než jsem přišla, jaké to dítě je a jak na něj, tak to mi vždy trvá, než zjistím, čím ho zaujmout.*“ (SN6). „*Určitě byla, kor na začátku, když jsem ty pacienty neznala.*“ (SO3). „*Určitě byla, ale omlouvám se, to už je pár let a na konkrétní situaci si nevzpomenu.*“ (SN5). Zatímco sestra SN8 odpověděla: „*Myslím si, že taková situace nebyla, opravdu takovou jsme nezažila.*“ (SN8).

Schéma 8 - **Situace, kdy si sestry nevěděly rady**

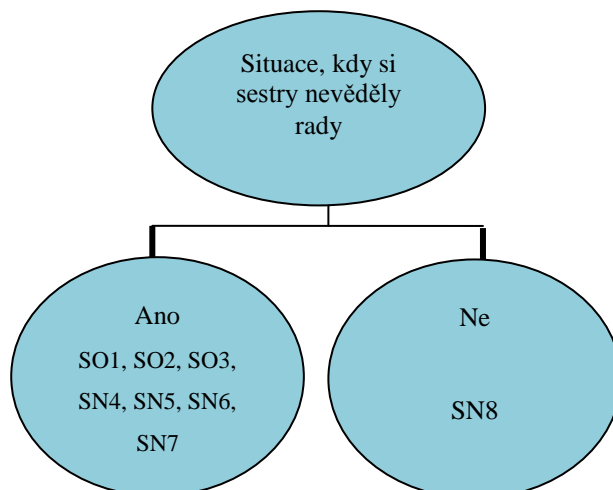


Schéma 8 nám znázorňuje situaci, kdy si sestry nevěděly rady. Všechny sestry kromě jedné se ocitly v takovéto situaci během ošetřování dětského pacienta s ADHD.

Kategorie číslo 9 byla pojmenována **Problémy během komunikace s dětským pacientem s ADHD**. V této kategorii jsme se zabývali problémy, které se vyskytly během komunikace mezi sestrou a dětským pacientem. Většina sester odpověděla, že během komunikace s dětským pacientem se vyskytl nějaký problém. Dvě probandky uvedly, že se nesetkaly se žádnými problémy. Jako důkaz tohoto tvrzení dokládáme pár odpovědí. „*Problém mi dělalo uklidnit to dítě, když se vzteká nebo vzdoruje, někdy jsem se dostala i do situace, kdy jsem nemohla přesvědčit to dítě k tomu, co jsem potřebovala, například k tomu odběru nebo výtěru.*“ (SN5). „*Problém byl v tom, že jsem*

neměla zkušenosti a nešlo mi udržet pozornost dítěte.“(SO3). Zatímco sestra SO2 odpověděla: „V poslední době jsem nenatrefila na žádný problém během konverzace.“(SO2). Dále: „Opravdu nic mi nedělalo problém.“(SN8).

Schéma 9 – Problémy během komunikace s dětským pacientem s ADHD

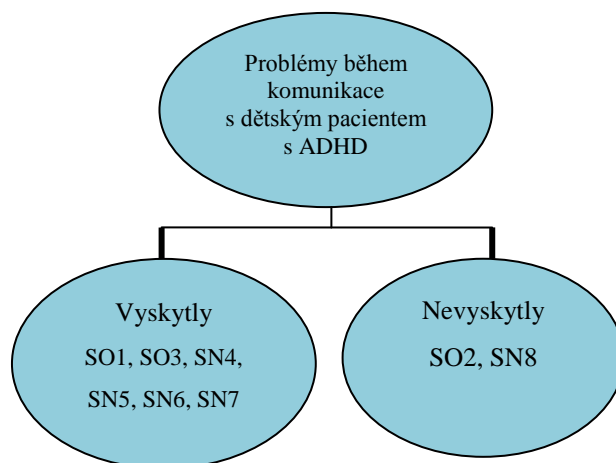


Schéma 9 nám zobrazuje, zda se vyskytl nějaký problém během komunikace mezi sestrou a dětským pacientem. Většina sester uvedla, že se objevil nějaký problém, z toho dvě sestry uvedly, že žádný.

Kategorie číslo 10 byla pojmenována **Komunikační bariéry mezi sestrami a dětskými pacienty s ADHD**. Vzhledem k námi zvolenému cíli jsme se podrobněji zaměřili na bariéry, které se během komunikace vyskytují. Všechny sestry nám během výzkumného šetření uvedly bariéry, se kterými se setkaly. Probandky nejčastěji uvedly jako bariéru během komunikace rodiče a projevy onemocnění ADHD. Vzhledem ke skutečnosti uvádíme několik příkladů odpovědí sester. „Jsou to někdy rodiče, protože často do naší práce zasahují, a my nemůžeme s tím dítětem mluvit.“(SN5). „Podle mě častou bariérou během konverzace jsou rodiče, kdy mluví za dítě nebo zasahují do naší konverzace.“ (SO2). Sestra SN6 uvedla: „Bariéru vnímám tu jeho neposednost, to narušuje plynulost té konverzace.“(SN6). „Jako bariéry asi vnímám celkové projevy dítěte.“(SO1). Dále jsme se setkali s odpovědí, kdy probandka uvedla nevychovanost dítěte. Dokládáme odpověď sestry SN7: „Podle mě, když to dítě není vychované a neví, kde jsou hranice a nemá respekt k dospělým, tak to je podle mě kámen úrazu, protože to dítě vás neposlouchá, protože vás nerespektuje, a tím pádem je pak těžké s ním komunikovat.“(SN7). Poslední uvedenou bariéru jsme získali od sestry SN5, která

uvedla: „Podle mě je velkou bariérou nedostatek času, v dnešní době se strašně chvátá.“(SN5).

Schéma 10 -Komunikační bariéry mezi sestrami a dětskými pacienty s ADHD

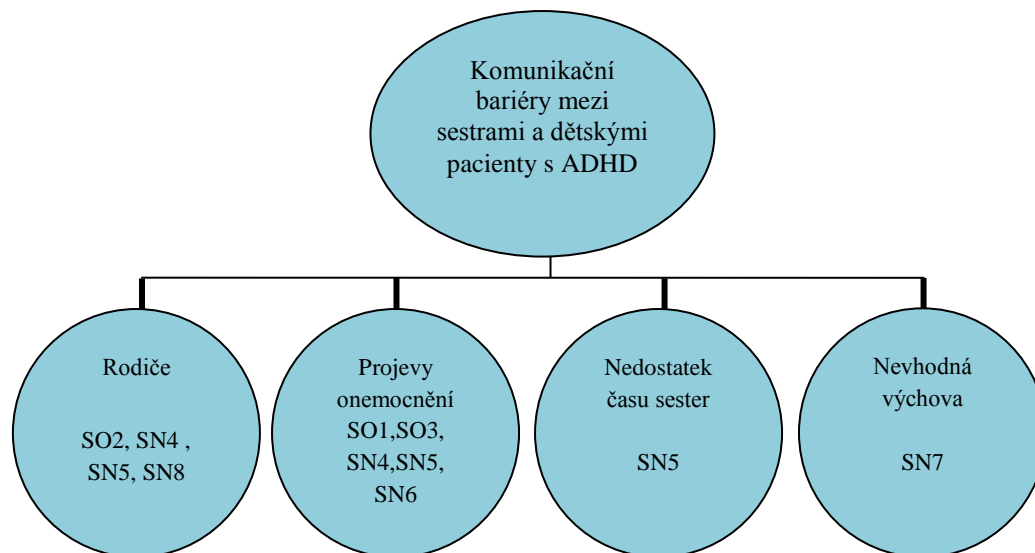


Schéma 10 nám znázorňuje komunikační bariéry mezi sestrami a dětskými pacienty s ADHD. Většina sester uvedla jako bariéry projevy onemocnění a rodiče.

Kategorii číslo 11 jsme definovali **Doporučení jiným sestrám v oblasti komunikace s dětským pacientem s ADHD**. V této kategorii jsme se zaměřili na to, co by sestry doporučily ostatním sestrám v oblasti komunikace s dětským pacientem s ADHD. Většina sester doporučila přístupy a zásady, které by ostatní sestry měly dodržovat při komunikaci s těmito dětskými pacienty. K tomuto tvrzení dokládáme odpovědi sester. „Doporučila bych jim furt na ně mluvit, i když neodpovídají, a nezvyšovat na ně hlas, akorát se situace zhorší.“(SN4). Dále: „Obrnit se trpělivostí, a hlavně ten oční kontakt, ten je fakt důležitý.“(SN8). „Doporučila bych jim, aby to hned při prvním neúspěchu nevzdávaly a snažily se přijít na to, jak zaujmout to dítě, a hlavně je dobrý zjistit si co nejvíce informací od rodičů, protože to může sestrám hodně pomoci.“(SN6). Dále jsme se setkali i s odpověďmi, kdy sestry doporučily ostatním sestrám získat více informací v této oblasti. Jako důkaz tohoto tvrzení dokládáme pár výpovědi našich probandek. „Co bych jim určitě doporučila, tak to, aby si něco načetly nebo se víc na tu diagnózu zaměřily.“(SO2). Dále: „Tak určitě nějaké ty teoretické znalosti získat.“(SO3).

„Doporučila bych jim kouknout se především na informace o této diagnóze, problému a najít si například i kazuistiky, které se týkají této problematiky, kde jsou zaznamenány skutečné případy dětí s ADHD.“(SO1).

Schéma 11 - Doporučení jiným sestřám v oblasti komunikace s dětským pacientem s ADHD

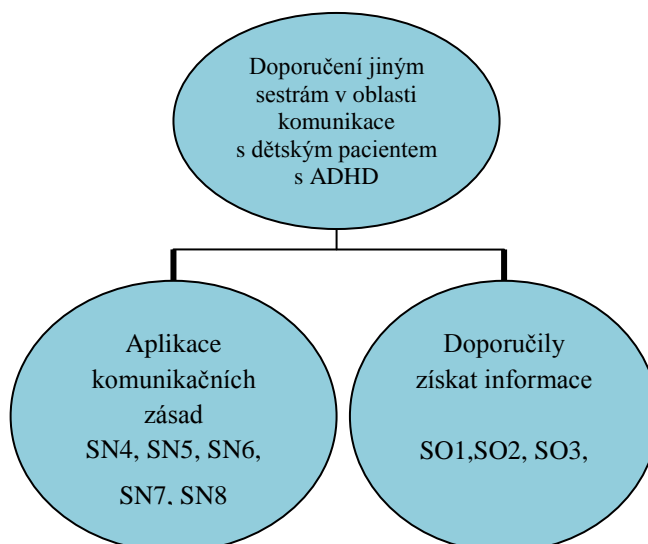


Schéma 11 nám zobrazuje doporučení našich probandek ostatním sestřám zaměřené na komunikaci s dětskými pacienty s ADHD. Většina sester uvedla konkrétní doporučení v oblasti komunikace.

Kategorii číslo 12 jsme pojmenovali **Vzdělávání sester v problematice ADHD**. V této kategorii jsme se zabývali tím, zda sestry mají zájem se dále vzdělávat v problematice ADHD u dětských pacientů. Znalosti sester o ADHD mohou pozitivně ovlivnit komunikaci s dětským pacientem s touto diagnózou. Většina sester uvedla, že se v tomto směru nechce dále vzdělávat. Pro pravdivost tohoto tvrzení dokládáme několik odpovědí sester. „Mám být upřímná? Už si jen něco přečtu, ale že bych se nějak vzdělávala, někam docházela, už se mi moc nechce, už jsem důchodce.“(SN5). „Po pravdě já už nechci školu ani vidět, mě to stačilo, a když potřebuju něco zjistit, kouknu se na internet, tam toho je v dnešní době dost.“(SN6). Po pravdě já už se moc vzdělávat nechci, po těch letech už vím, jak různě mluvit s dětmi v souvislosti s jejich diagnózou.(SO2). Během výzkumného šetření jsme se setkali s jednou probandkou, která nám uvedla, že se v tomto směru dále vzdělává. Dokládáme odpověď sestry SN8.

„Já se teda vzdělávám v tomto směru tak, že studuji pedagogickou školu, kde studuji psychologii a pedagogiku, a tam je takhle problematika zahrnuta.“ (SN8).

Schéma 12 - Vzdělávání sester v problematice ADHD

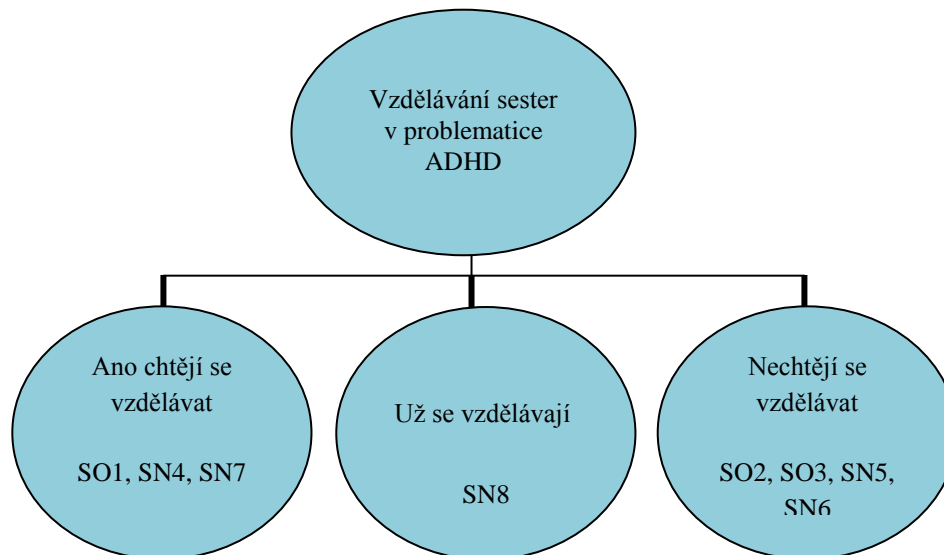


Schéma 12 nám zobrazuje, zda se sestry chtějí dále vzdělávat v problematice ADHD. Více sester se v tomto směru nechce vzdělávat.

4.2 Výsledky výzkumného šetření rodinných příslušníků

Kategorii číslo 13 jsme pojmenovali **Průběh komunikace mezi sestrou a dítětem s ADHD**. V této kategorii jsme se zaměřili na průběh komunikace mezi sestrou a dětským pacientem při jeho ošetřování, kdy tuto situaci popisovali rodinní příslušníci. Většina rodinných příslušníků nám sdělila při výzkumném šetření negativní průběh komunikace mezi sestrou a jejich dítětem s ADHD. Pro důkaz tohoto tvrzení dokládáme pár odpovědí. „S Románkem sestra naprosto nekomunikovala, už v čekárně nás napomínala, aby byl v klidu, a v ordinaci vůbec na něj nemluvila, jak kdyby tam nebyl.“(R1). „Komunikace v nemocnici probíhala tak, že tam od začátku nebyl navázaný kontakt s ním.“(R4). Dále odpověď R6: „Sestra se rozčilovala, že ani chvilku neumí vydržet v klidu, ať si ho laskavě zklidníme.“(R6).

Schéma 13 - Průběh komunikace mezi sestrou a dítětem s ADHD

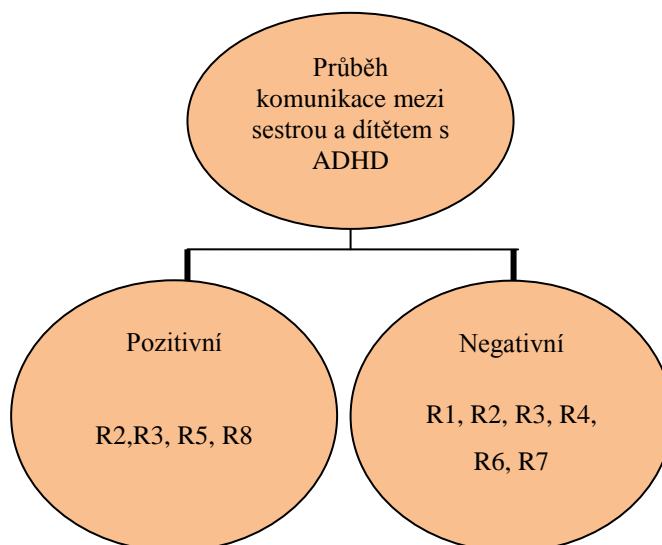


Schéma 13 nám zobrazuje průběh komunikace mezi sestrami a dětskými pacienty s ADHD z pohledu rodinných příslušníků. Jak můžeme, vidět většina rodinných příslušníků měla negativní zkušenost s průběhem komunikace.

Kategorie číslo 14 se jmenuje **Spokojenost s přístupem a komunikací sestry s dítětem se syndromem hyperaktivity**. Do této kategorie jsme zahrnuli hodnocení rodinných příslušníků, které se týkalo komunikace a přístupu sester k dětem s ADHD. Jako v předchozí kategorii většina rodičů hodnotila přístup a komunikaci sestry negativně. Pro pravdivost tohoto tvrzení dokládáme několik odpovědí rodinných příslušníků. „*Ona vůbec nekomunikovala, pouze dělala tu práci, ale nezajímalo jí nic okolo.*“ (R3). „*Její přístup bych hodnotila neprofesionálně.*“ (R1). Odpověď R7: „*Její přístup se mi nelíbil, podle mě její přístup nebyl vhodný.*“ (R7).

Schéma 14 - Spokojenost s přístupem a komunikací sestry s dítětem se syndromem hyperaktivity

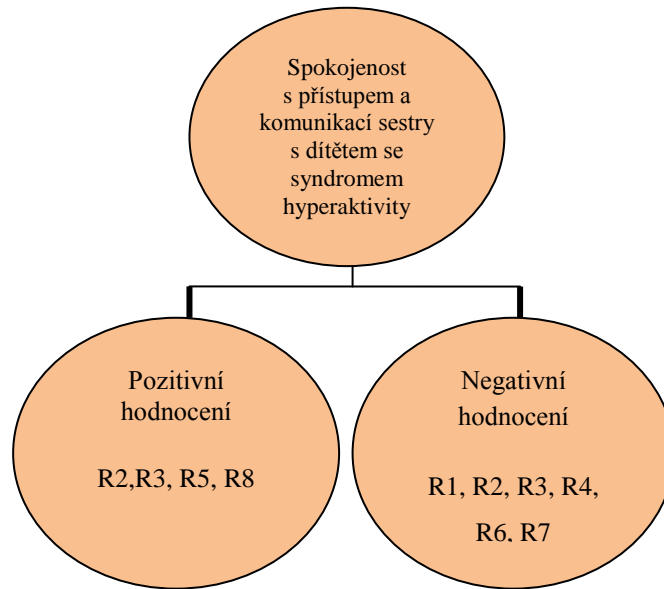


Schéma 14 nám ukazuje, jak byli rodinní příslušníci spokojeni s přístupem a komunikací sestry k dítěti s ADHD. Většina rodinných příslušníků hodnotila přístup negativně.

Kategorie číslo 15 byla definována jako **Reakce dětí s ADHD na komunikaci a přístup sester**. V této kategorii jsme se zaměřili na reakce dětí s ADHD na sestru, kdy nám tuto skutečnost sdělili rodinní příslušníci při výzkumném šetření. Více rodičů nám popsalo negativní reakce dětí na sestry komunikaci. Jako důkaz tohoto tvrzení dokládáme pár odpovědí našich probandů. „Adam s ní vůbec nekomunikoval, skoro jak kdyby tam nebyla.“(R4). „Míša plakal a vůbec nechtěl, aby na něj sestra sahala.“(R7). Proband R6: „Peťa plakal, nadržel, nespoupracoval a vůbec se nedal uklidnit.“(R6).

Schéma 15 - **Reakce dětí s ADHD na komunikaci a přístup sester**

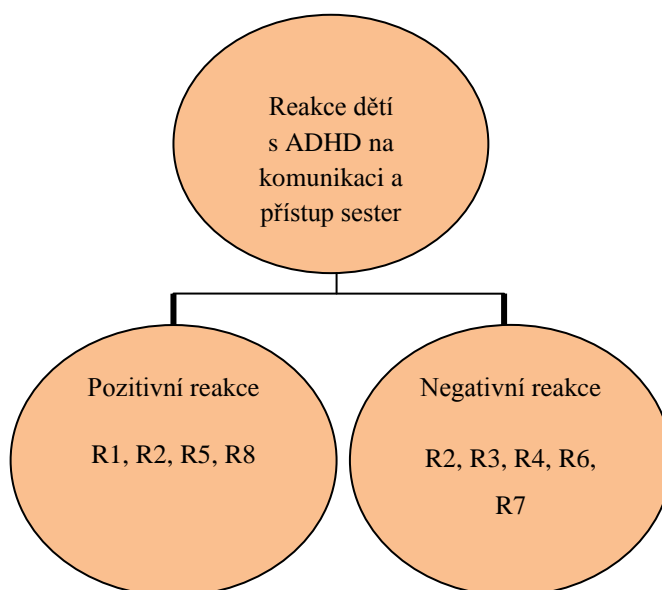


Schéma 15 nám zobrazuje reakce dětí s ADHD na komunikaci a přístup sester při ošetřování. Jak na schématu můžeme vidět, více respondentů uvedlo negativní reakce dětí než pozitivní.

Další kategorii číslo 16 jsme pojmenovali **Problém v komunikaci mezi sestrou a dítětem s ADHD z pohledu rodinného příslušníka**. Tuto kategorii jsme zařadili, protože nás při výzkumném šetření zajímalo, jestli nastal nějaký problém mezi sestrou a dětským pacientem s ADHD při komunikaci. Většina rodinných příslušníků nám uvedla nějaký problém. Jako důkaz tohoto tvrzení dokládáme pár odpovědí rodinných příslušníků. „Podle mě bylo problém v tom, že nebyla vůbec navázaná nějaká komunikace s ním.“(R4). „Problém byl ten, že vůbec se nesnažila navázat nějakou komunikaci s dítětem, a když tak to bylo jen okřikování, které dítěti nepomohlo.“(R7). Odpověď R3: „Podle mě problém byl to, že jí nezajímalo vedlejší onemocnění dítěte a to, že vůbec nevěděla, co to ADHD je, asi neměla zkušenosti.“(R3). „Podle mě sestřičku ta práce nebavila a podle mě byla zastánce toho, že prostě dítě nemáme vychované a jen se schováváme za jeho diagnózu.“(R6).

Schéma 16 - **Problém v komunikaci mezi sestrou a dítětem s ADHD z pohledu rodinného příslušníka**

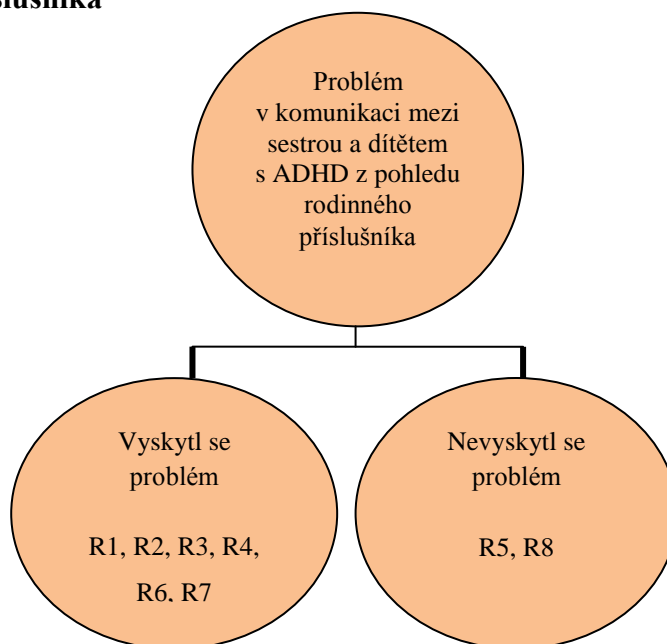


Schéma 16 nám ukazuje, zda se vyskytl nebo nevyskytl problém v komunikaci mezi sestrou a dítětem s ADHD z pohledu rodinného příslušníka. Většina rodinných příslušníků uvedla nějaký problém.

Kategorie číslo 17 se nazývá **Rodičem používané přístupy a metody při komunikaci s jejich dítětem s ADHD**. V této kategorii jsme se zaměřili na metody a přístupy, které rodiče využívají při komunikaci s jejich dítětem. Všichni rodiče mají vyzkoušený nějaký svůj přístup ke svým dětem se syndromem hyperaktivity. Většina rodičů nám sdělila, že využívá oční kontakt, opakování a krátké věty. Pro doložení tohoto tvrzení uvádíme pár příkladů odpovědí našich probandů. „*Snažíme se všechno opakovat, mluvit v krátkých větách, a hlavně klidně.*“ (R5). „*Oční kontakt, ukazuji na oči a říkám sem se mi dívej.*“ (R1). Dále odpověď: „*Hlavně mu vše opakuji asi stokrát a mluvím na něj v krátkých větách.*“ (R2). „*Koukám mu do očí a zopakuji mu, na co se ho ptám nebo co mu říkám, dále mluvím v krátkých větách, které několikrát zopakuji.*“ (R7).

Schéma 17 - Rodičem používané přístupy a metody při komunikaci s jejich dítětem s ADHD

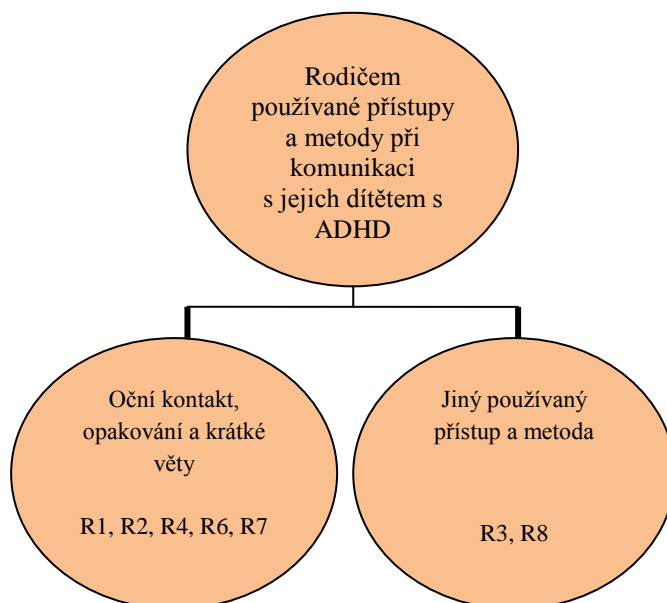


Schéma 17 nám zobrazuje nejčastější rodičem používané přístupy a metody při komunikaci s jejich dítětem s ADHD. Jak můžeme vidět, většina rodičů uvedla, že jejich používaným přístupem a metodou je oční kontakt, opakování a krátké věty.

Poslední kategorie je číslo 18, která byla pojmenována **Doporučení sestřám v oblasti komunikace a přístupu k dětem s ADHD**. Na tuto oblast jsme se zaměřili záměrně z důvodu, že doporučení rodinných příslušníků může pomoci sestřám zefektivnit komunikaci s dětskými pacienty s ADHD. Všichni probandi kromě jednoho nám sdělili, že by doporučili sestřám nějaké vzdělávání, které by se týkalo problematiky ADHD. Dokládáme výpovědi našich probandů. „*Prostě bych jim doporučila kurz zaměřený na tuto problematiku.*“(R3). „*Podle mě by sestra měla být vzdělaná v tomto směru komunikace, například pomocí nějakého kurzu.*“(R2). Odpověď probanda R7. *Dále bych jim doporučovala, aby si něco nastudovaly o ADHD, podle mě jsme nebyli jediný dítě během její praxe.*“(R7).

Schéma 18 - Doporučení sestřám v oblasti komunikace a přístupu k dětem s ADHD

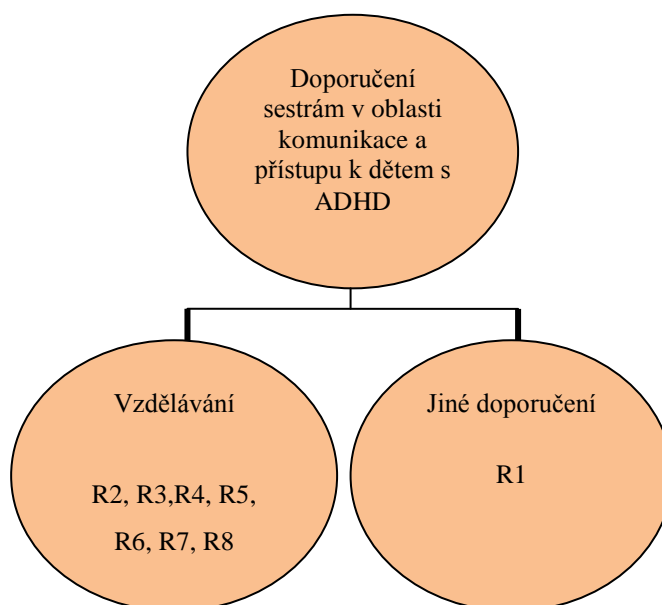


Schéma 18 nám zobrazuje doporučení sestřám v oblasti komunikace a přístupu k dětem s ADHD. Všichni probandi kromě jednoho R1 nám uvedli, že doporučují sestřám vzdělávat se v problematice ADHD.

5 Diskuze

Tato část naší bakalářské práce je věnována výsledkům, které jsme vyhodnotili na základě výzkumného šetření. Výsledky empirické části naší bakalářské práce se pokusíme uvést do souvislosti s teoretickou částí. Před zahájením výzkumného šetření jsme získali teoretické znalosti z odborné literatury o onemocnění ADHD a o správné komunikaci s dětským pacientem.

Naším hlavním cílem bylo zaměřit se na nejčastější problémy, ke kterým dochází v komunikaci mezi sestrou a dětským pacientem s ADHD. K porovnání našich získaných výsledků jsme museli získat teoretické znalosti o této problematice, což bylo obtížné z důvodu nedostatku informací o správné komunikaci s dětským pacientem s ADHD. Tato problematika není zcela zpracována ve zdravotnictví, proto teoretické poznatky jsme čerpali z pramenů speciální pedagogiky a sociálních prací. Nalezená literatura je určena pro učitele a rodiče dětí s ADHD, proto jsme teoretickou část přizpůsobili naší problematice, která se týká sester.

Nejčastější problémy, se kterými se sestry setkaly během komunikace s dětským pacientem, úzce souvisí s bariérami. Nejčastějším problémem, který nám uvedlo 6 probandek bylo upoutat pozornost dítěte, vydržet být trpělivý a zvládnou komunikaci s dítětem přes zásah rodičů. Jak už jsme řekli, výpovědi našich probandek ohledně problémů v komunikaci úzce souvisely s otázkami, které se týkaly bariér.

Vzhledem k námi zvoleným cílům byly stanoveny tři výzkumné otázky. Prvním cílem, kterým jsme se zabývali, byl intelektuální cíl. Záměrem intelektuálního cíle bylo *Zjistit, jaké bariéry se vyskytují v komunikaci mezi dětským pacientem s ADHD a sestrou*. Pro dosažení tohoto cíle byla zvolena otázka: *Jaké bariéry se vyskytují v komunikaci mezi sestrou a dětským pacientem s ADHD?* Zajímalo nás, jaké bariéry se vyskytují při komunikaci mezi sestrou a dětským pacientem, ptali jsme se vybraných sester pracujících na dětském oddělení a v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost. Jak už bylo výše uvedeno v předchozí stati u kategorie číslo 10. Všechny sestry během výzkumného šetření uvedly nějakou bariéru, kterou pocítují při komunikaci s dětským pacientem s ADHD. Ze schématu 10 je patrné, že sestry vnímají jako bariéru při komunikaci nestandardní projevy dítěte a rodiče, jak potvrzují tvrzení probandek SO1, SO2, SO3, SN4, SN5, SN6, SN8. Je pravdou, že projevy dítěte mohou narušovat plynulost komunikace, jak už bylo uvedeno v teoretické části naší bakalářské práce, dle

Laver – Bradbury et al. (2016) je důležité, aby sestra brala na vědomí, že důvodem, proč ji dítě neposlouchá, není ignorace, ale problémem je, že dítěti s ADHD dělá velký problém naslouchat. S druhou nejčastější bariérou, se kterou jsme se setkali, byli rodiče. Během rozhovorů nám sestry popsaly zasahování rodičů do rozhovoru s dětským pacientem. Ano i rodiče mohou být bariérou, ale jak uvádí Plevová, Slowik (2010), pro sestru je povinností, aby spolupracovala s rodiči v zájmu jejich dítěte. Proto se domníváme, že je důležité, aby sestra ovládala komunikaci a přístup jak s dětským pacientem s ADHD, tak i s jeho rodinou, a nestala se pro sestru komunikační bariérou. Dále jsme se při výzkumném šetření setkali s jednou probandkou, která nám uvedla: „Podle mě, když to dítě není vychované a neví, kde jsou hranice, a nemá respekt k dospělým, tak to je podle mě kámen úrazu, protože to dítě vás neposlouchá, protože vás nerespektuje, a tím pádem je pak těžké s ním komunikovat.“ (SN7). Jak uvádí Jucovičová a Žáčková (2015), nesprávný výchovný přístup rodičů vede k zhoršení projevů dítěte s ADHD, kdy jeho projevy jsou více nápadné a často okolím nazývané za nevychované až nezvladatelné. Tuto skutečnost vnímáme jako překážku k vedení efektivní komunikace mezi sestrou a dětským pacientem s ADHD. Domníváme se, že tuto komunikační bariéru sestra neovlivní, jediné, čeho může sestra dosáhnout, je zklidnění dítěte. Myslíme si, že pokud sestra má dostatek zkušeností a znalostí o této problematice, je schopna i na takovou situaci adekvátně zareagovat, a tak dosáhnout efektivní komunikace.

Naším dalším cílem bakalářské práce bylo *Zmapovat informovanost sester o správné komunikaci a přístupu k dítěti s ADHD*. K tomuto cíli se vztahuje otázka: *Jaké jsou znalosti sester v oblasti správné komunikace a přístupu k dítěti s ADHD?*

Pro získání výsledků na tuto výzkumnou otázku jsme kladli námi vytvořené otázky vybraným sestřím, kdy jsme se zaměřili na to, jak si myslí, že se projevuje onemocnění ADHD u dětí. Během rozhovorů měly sestry obavy z chybné odpovědi nebo z neznalosti naší problematiky. Všechny sestry při výzkumném šetření nám tuto otázku správně zodpověděly. Schéma 5 nám zobrazuje, že všechny sestry měly znalosti v této oblasti. Každá probandka nám uvedla alespoň dva správné příznaky onemocnění. Jak uvádí Žáčková a Jucovičová (2017), ADHD je syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou. Dle Kaisrové (2014) znalosti sester týkající se problematiky ADHD u dětí byly již zjišťovány v rámci výzkumného šetření realizovaného v roce 2014 na dětském oddělení a v ambulancích ve vybraných západočeských nemocnicích. Dále na

vybraných odděleních dětské psychiatrie. Během tohoto výzkumného šetření sestry prokázaly 100% znalost jak o negativních, tak o pozitivních projevech ADHD. Během našeho výzkumného šetření nám všechny sestry uvedly negativní projevy ADHD, ale ty pozitivní žádná z oslovených sester. Jucovičová a Žáčková (2010) hovoří nejen o negativních projevech tohoto onemocnění. Autorky se zmiňují i o přínosech onemocnění ADHD. Dítě s touto diagnózou dosahuje vyšší výkonnosti a rychlého rozhodování, má větší schopnost reagovat, vnímat více podnětů najednou, vyhodnotit situaci, má dobrou dlouhodobou paměť při studiu nebo později i v zaměstnání. Dále se můžeme setkat se zvýšenou citlivostí, vnímavostí, veselou a hravou náladou. Dítě je velmi nápadité, originální, kreativní s rozmanitou fantazií. V komunikaci jsou pohotoví, komunikativní a originální (Jucovičová, Žáčková, 2010). Domníváme, se že tyto vlastnosti dětského pacienta s ADHD mohou sestře pomoci v efektivní komunikaci s ním. Neboť, jak autorky uvádějí, v současné době jsou tyto vlastnosti především na trhu práce žádány a ceněny.

Dále jsme hledali v rámci výzkumného šetření zdroj informací, ze kterého sestry získaly o tomto onemocnění znalosti. Z 8 probandek nám 5 probandek uvedlo, že jejich znalosti o onemocnění ADHD získaly během studia, což je většina. Počet probandek byl pro nás překvapující, a to z toho důvodu, že informace o onemocnění ADHD získaly během studia na zdravotnických školách. Což nám naznačilo, že pedagogové na těchto školách mají znalosti z oboru speciální pedagogiky a předávají je jako pro praxi potřebnou informaci svým studentům. Stejně to tak je u oboru ošetrovatelství, jak na to poukazuje Kvapil (2011) *Edukátor by měl také umět, a pak by měl ještě umět učit. Což není úplně totéž. Také proto je všude ve světě, tedy civilizovaném světě, vnímána pozice edukátora jako pracovníka se specifickými dovednostmi.* (Kvapil, 2011, s. 6). Myslíme si, že mezi tyto dovednosti patří obor speciální pedagogiky.

Také nás zajímalo, zda sestry mají nějaké zkušenosti s dětskými pacienty s ADHD. Setkali jsme se s 5 probandkami, které mají nějaké zkušenosti s těmito dětskými pacienty, ale také jsme se setkali se 3, které uváděly, že mají minimální zkušenost. Jak je patrné ve schématu 1, všechny námi vybrané sestry pracující v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost mají zkušenosti s těmito dětmi na rozdíl od sestry pracující na dětském oddělení. Námi oslovené sestry nám během rozhovoru popisovaly konkrétní zkušenosti a situace, se kterými se během jejich praxe setkaly. Dále nás zajímalo, zda sestry mají osvědčené nebo používané nějaké metody a přístupy

k dětským pacientům s ADHD. Většina sester nám popsala konkrétní přístup a způsob komunikace k dětskému pacientovi s ADHD, např. používání krátkých vět a oční kontakt. Dle Kaisrové (2014) 86 % sester uvedlo, že při komunikaci s dítětem s ADHD se komunikuje v krátkých větách. Můžeme říci, že většina našich probandek uvedla tuto používanou zásadu v komunikaci. Musíme podotknout, že jsme se setkali i s výpovědí jedné probandky, která nám sdělila, že komunikuje podobně jako s každým jiným dítětem (SN4). Domníváme se, že pokud sestra bude komunikovat a přistupovat k dětskému pacientovi s ADHD jako k ostatním pacientům, může dojít ke komunikačním chybám, které jsme si uvedli v teoretické části naší bakalářské práce, a může dojít k neefektivní komunikaci mezi sestrou a dítětem s ADHD. Proto nás zajímalo, jestli se sestry během zkušenosti s dětskými pacienty s ADHD setkaly se situací, kdy si nevěděly rady a příčinou byla nedostatečná znalost sester problematiky ADHD. Všechny sestry kromě jedné uvedly, že do této situace se dostaly, a jako důvod svého selhání uvádějí nedostatek zkušeností s těmito pacienty. Nejčastěji nám sestry odpovídaly, že situace, se kterou si nevěděly rady, byla na začátku jejich praxe.

Dále jsme se zaměřili na oblast doporučení sester pro praxi v oblasti komunikace s dětskými pacienty s ADHD. Překvapující bylo, že většina sester doporučila konkrétní zásady a přístupy k těmto dětem. Což ukazovalo na jejich zkušenosti a znalosti této problematiky. Jedna probandka dokonce doporučila ostatním sestřám nastudování nějaké kazuistiky dítěte s onemocněním ADHD. Což si myslíme, že je inspirativní např. pro práci mentorek. Jak uvádí Plevová (2011b) zkušenostní učení, což je didaktická práce s kazuistikou, může vést k efektivitě. S tím následně souvisí i to, že jsme zjišťovali, zda sestry mají zájem se dále vzdělávat. Setkali jsme se jak s negativními odpověďmi, tak i s pozitivními. Velice nás překvapilo, že jedna z probandek, která se zabývá touto problematikou, se nadále vzdělává a dodělává si další vzdělání. Musíme zdůraznit, že tato sestra SN8 měla bohaté zkušenosti a plně se orientovala v problematice naší bakalářské práce.

Důležité je podotknout, že před zahájením výzkumného šetření jsme neočekávali takovou znalost sester týkající se problematiky ADHD. Znalosti sester nás velice překvapily. V neposlední řadě musíme říci, že výsledky výzkumného šetření se týkají pouze vybraných sester pracujících na dětském oddělení a v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost. Proto výsledky výzkumného šetření nelze globalizovat na celé

spektrum sester. Během výzkumného šetření jsme prováděli rozhovory s rodinnými příslušníky dětí s ADHD, kteří nás o znalostech sester nepřesvědčili.

Dostáváme se k poslednímu cíli naší bakalářské práce, který jsme si zvolili: *Zanalyzovat zkušenosti rodičů dítěte s ADHD během komunikace v rámci ošetrovatelské péče.* K tomuto cíli směřuje třetí výzkumná otázka, která zní: *Jaké zkušenosti mají rodiče dítěte s ADHD v souvislosti s komunikací při poskytování ošetrovatelské péče?* Jak jsme mohli vidět v předchozí stati na schématu 14, rodinní příslušníci byli více nespokojení s komunikací sestry k dítěti s ADHD než spokojení. Rodinní příslušníci nám spíše popisovali negativní zkušenosti. Avšak musíme podotknout, že rodiče měli dobré zkušenosti se sestrami pracujícími v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost, zatímco negativní zkušenosti neuváděli pouze u sester, ale i u ostatního nelékařského personálu, např. přístup a komunikace zdravotnických záchranářů a radiologických asistentů. S naší dosavadní zkušeností se ztotožňujeme s autory Janáčková, Weiss (2008), kteří uvádí, že každý člen zdravotnického týmu by měl ovládat komunikaci. Personál by neměl pouze s pacientem hovořit, ale také mu sdělovat a získávat informace od něj nebo jeho příbuzných. Domníváme se, že při včasném zjištění informací o zdravotním stavu dítěte, např. že trpí ADHD, může sestra i jiný nelékařský pracovník předcházet nepříjemným a stresujícím událostem jak pro dítě, tak i pro jeho rodinné příslušníky. Myslíme si, že kladné hodnocení sester pracujících v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost může být v souvislosti pravidelného docházení do ordinace, kdy sestra i lékař znají dětského pacienta od narození. Domníváme se, že tyto sestry přistupují více individuálně k dítěti než sestry pracující na oddělení. Dle výpovědí našich probandů často došlo k těmto situacím, kdy dítě reagovalo na jejich přístup negativně. Výpověď 6 probandů nám poukazuje, že během komunikace došlo mezi sestrou a dítětem s ADHD k problému. Problém byl většinou popsán ze strany rodičů jako nezkušenost, špatný přístup a komunikace sestry. Například R3 uvedl: *„Podle mě problém byl to, že jí nezajímalo vedlejší onemocnění dítěte a to, že vůbec nevěděla, co to ADHD je, asi neměla zkušenosti.* Jak uvádí Plevová, Slowik (2010), důležité je, aby sestra získala dostatek informací o dítěti od jeho rodičů, kteří jí mohou nastínit zdravotní stav a individuální charakter dítěte. Myslíme si, že včasné získání informací od rodičů může zefektivnit komunikaci mezi sestrou a dětským pacientem. Souhlasíme s našimi vybranými rodinnými příslušníky, kteří nám uvedli, že by se sestry v tomto směru měly vzdělávat, a podle nás nejen sestry, ale i ostatní nelékařští pracovníci. V roce 2018 jsou

například otevřené kurzy akreditované Ministerstvem práce a sociálních věcí pořádaným Centem pro rodinu a sociální péči dostupné na www.neklidne-deti.cz.

Na základě výzkumného šetření bylo zjištěno, že je potřeba vytvořit pro sestry celoživotní vzdělávání, kam je potřeba směřovat další aktivity. Vzdělávací materiál by sestry pouze zatěžoval a nikdo s ním nepracoval, pokud problém nebude řešen komplexně.

Praktickým cílem bylo vytvoření materiálu, ale vzhledem k zjištěnému si myslíme, že je vhodnější vytvořit celý metodický postup při komunikaci s pacientem s ADHD jako je tomu v projektu Cesta <http://www.psychirickasekcecas.estranky.cz/clanky/projekt-cesta.html>. Dále naše práce otevírá prostor pro další rozšířené výzkumné šetření, které by mohlo docílit zefektivnění komunikace mezi sestrou a dětským pacientem s ADHD.

6 Závěr

Na začátku naší bakalářské práce v teoretické části jsme se snažili uvést základní informace o komunikaci mezi sestrou a dětským pacientem s ADHD. Zabýváme se přístupem a chybami v komunikaci, dále obecně problematikou diagnózy ADHD a jeho příčinami. V teoretické části nalezneme i projevy ADHD u dítěte v jednotlivých vývojových obdobích, diagnostiku, možné formy terapie a relaxační techniky, které sestra může aplikovat v praxi. Na konci teoretické části se zabýváme stimuly v pojetí s adaptačním modelem Callisty Roy v souvislosti s dětským pacientem se syndromem hyperaktivity.

V empirické části jsme se věnovali problémům, bariérám, které se vyskytují během komunikace mezi sestrou a dětským pacientem s ADHD. Snažili jsme se také zmapovat znalosti sester o problematice ADHD, o správné komunikaci a o přístupu k dětskému pacientovi. Dále jsme se zajímali, jaké mají zkušenosti rodinní příslušníci s komunikací a přístupem sestry k jejich dětem s ADHD během ošetrovatelské péče. K naplnění zvolených cílů nám pomohly výzkumné otázky: Jaké bariéry se vyskytují v komunikaci mezi sestrou a dětským pacientem s ADHD? Jaké jsou znalosti sester v oblasti správné komunikace a přístupu k dítěti s ADHD? Jaké zkušenosti mají rodiče dítěte s ADHD v souvislosti s komunikací při poskytování ošetrovatelské péče? Podle výzkumných otázek jsme vytvořili otázky pro polostrukturovaný rozhovor pro naše vybrané probandy. Po provedení výzkumného šetření jsme zjistili nejčastější bariéry, které se vyskytují během komunikace, kdy nejčastější bariérou dle sester jsou samotné projevy dítěte s ADHD a rodiče, kteří narušují komunikaci. Dále výsledky výzkumného šetření nám ukázaly, že sestry mají znalosti této problematiky. Avšak zkušenosti rodičů s přístupem a komunikací sestry k jejich dítěti s ADHD byly negativní. Výsledky výzkumného šetření naznačily, že bariéry v komunikaci mezi sestrou a dětským pacientem s ADHD nemají pouze sestry, ale i jiné nelékařské profese. Vzhledem k tomuto zjištění se domníváme, že by k vhodně vedené komunikaci vedlo erudovanější vzdělání v nelékařských oborech v oblasti speciální pedagogiky a na to navazující komunikace ve speciálních situacích, např. s pacientem s autismem.

Věříme, že naše bakalářská práce otevírá prostor pro další zkoumání znalostí sester, ale i jiných nelékařských pracovníků. Následně k vytvoření celých metodických postupů při

komunikaci s pacientem s ADHD, což by mohlo vést k zefektivnění komunikace mezi sestrou a dětským pacientem.

7 Seznam použitých zdrojů

- 1) BLACK, B. P., 2013. *Professional Nursing: Concepts a Challenges*. 7. vydání. St. Louis: Elsevier. 359 s. ISBN 978-1-4557-0270-1.
- 2) CARTER, C. R., 2014. *Dítě s ADHD a ADD doma i ve škole: praktický rádce pro rodiče i učitele*. Praha: Portál. 120 s. ISBN 978-80-262-0621-7.
- 3) DIMITRIOU, D., KNIGHT, F. C., 2017. Poor Sleep Has Negative Implications for Children With and Without ADHD, but in Different Ways. *Behavioral Sleep Medicine*. 13(1), 1-14, doi: 10.1080/15402002.2017.1395335.
- 4) DOWS, J., GIUST, J., DUNN, D. W., 2017. Considerations for ADHD in the child with epilepsy and the child with migrace. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 17(9), 861-59, doi: 10.1080/14737175.2017.1360136.
- 5) ESSA, E., 2011. *Jak pomoci dítěti: metody zvládnání problémů dětí v předškolní výchově*. Brno: Computer Press. 300 s. ISBN 978-80-251-2928-9.
- 6) GOETZ, M., UHLÍKOVÁ, P., 2009. *ADHD - porucha pozornosti s hyperaktivitou: příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. Praha: Galén. 160 s. ISBN 978-80-7262-630-4.
- 7) JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P., 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
- 8) JANDERKOVÁ, D., KENDÍKOVÁ, J., KLÉGROVÁ, J., STRNADOVÁ, I., SWIERKOSZOVÁ, J., ŽENATOVÁ, Z., 2016. *SPU a ADHD*. Praha: Raabe. 144 s. ISBN 978-80-7496-215-8.
- 9) JENETT, W., 2013. *ADHD - 100 tipů pro rodiče a učitele*. Brno: Edika. 192 s. ISBN 978-80-266-0158-6.
- 10) JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H., 2010. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině: základní projevy ADHD, zásady výchovného vedení, působení relaxačních technik, dospívání hyperaktivních dětí*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-2697-7.
- 11) JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H., 2015. *Máme dítě s ADHD: Rady pro rodiče*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-5970-8.

- 12) KAISROVÁ, B., 2014. *Přístup zdravotnických pracovníků k dětem se syndromem ADHD*. Plzeň. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni Fakulta zdravotnických studií.
- 13) KLÍMA, J., a kolektiv, 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 328 s. ISBN: 978-80-247-5014-9.
- 14) KUKLA, L., a kolektiv, 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada. 432 s. ISBN 978-80-271-9223-6.
- 15) KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
- 16) KVAPIL, M., 2011. *Edukace správně a nesprávně*[online]. Praha: Medical Tribune [cit. 2011-07-18]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/23376-edukace-spravne-a-nespravne>.
- 17) -LAVER-BRADBURY, C., THOMPSON, M., WEEKS, A., 2016. *Šest kroků ke zvládnutí ADHD: manuál pro rodiče i učitele*. Praha: Portál. 144 s. ISBN 978-80-262-1035-1.
- 18) LINHARTOVÁ, V., 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha: Grada. 150 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
- 19) MĚDŘICKÁ, H., KUNČÍKOVÁ, M., NOVÁK, V., 2007. ADHD. *Neurologie pro praxi*. 8(4), 219-21. ISSN 1803-5280.
- 20) MELEIS, A. I., 2007. *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 4. vydání. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. 807 s. ISBN 978-07817-3673-2.
- 21) MUNTAU, A. C., 2009. *Pediatric*. 4. vydání. Praha: Grada. 608 s. ISBN 978-80-247-2525-3.
- 22) PACLT, I., 2007. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-1426-4.
- 23) PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-1211-6.

- 24) PETR, T., MARKOVÁ, E., a kolektiv, 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
- 25) PLEVOVÁ, I., a kolektiv, 2011a. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
- 26) PLEVOVÁ, I., a kolektiv, 2011b. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
- 27) PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R., 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-2968-8.
- 28) PUGNEROVÁ, M., KVINTOVÁ, J., 2017. *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-271-9519-0.
- 29) SEDLÁKOVÁ, G., PLZENSKÁ, D., 2007. Zvládnutí rolového konfliktu pacienta s využitím ošetrovatelského modelu Royové. *In Ošetrovatel'ský obzor*, (4)., 99 – 101. ISSN 1336 – 5606.
- 30) SEIDL, Z., 2015. *Neurologie pro studium i praxi*. 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-80-247-5247-1.
- 31) SELIKOWITZ, M., 2009. *ADHD the facts*. 2. vydání. OUP Oxford. 192 s. ISBN 978-0-19-956503-0.
- 32) SITZMAN K., EICHELBERGER, L. W., 2010. *Understanding the Work of Nurse Theorists: A Creative Beginning*. 2. vydání. Jones and Bartlett publishers. 258 s. ISBN 978-0-7637-7816-3.
- 33) ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J., 2009. *Základní otázky komunikace*. Praha: Galén. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
- 34) ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., a kolektiv, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 375 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
- 35) THEINER, P., 2012. ADHD od dětství do dospělosti. *Psychiatrie pro praxi*. 13(4), 148-50. ISSN 1803-5272 .
- 36) VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Karolinum. 523 s. ISBN 978-80-246-2153-1.

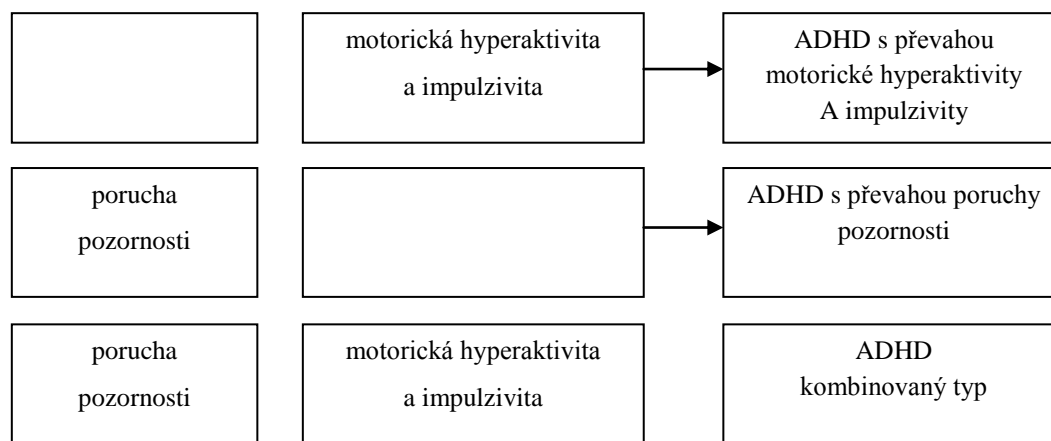
- 37) YARNEY, S., 2014. *Povím vám o ADHD: průvodce pro rodinu a přátele*. Brno: Edika. 64 s. ISBN 978-80-266-0565-2.
- 38) ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN: 978-80-271-0156-6.
- 39) ZÁVĚRKOVÁ, M., 2016. *Jak se žije s ADHD: co se stane, když vám vstoupí do života, jaké to je žít s nimi a s námi*. Praha: Pasparta. 126 s. ISBN 978-80-88163-30-5.
- 40) ŽÁČKOVÁ, H., JUCOVIČOVÁ, D., 2017. *Nepozornost, hyperaktivita a impulzivita: Zápory i klady ADHD v dospělosti*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-271-9643-2.
- 41) ŽIAKOVÁ, K., a kolektiv, 2007. *Ošetrovatelské konceptuálne modely*. Martin: Osveta. 190 s. ISBN 978-80-8063-247-2.

8 Seznam příloh

Příloha č. 1: Klasifikace DSM-V

Příloha č. 2: Shrnutí stanovených stimulů u dětského pacienta s ADHD

Příloha č. 1: Klasifikace DSM-V



zdroj: ŽÁČKOVÁ, H., JUCOVIČOVÁ, D., 2017. *Nepozornost, hyperaktivita a impulzivita: Zápory i klady ADHD v dospělosti*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-271-9643-2.

Příloha č. 2:Shrnutí stanovených stimulů u dětského pacienta s ADHD

<u>Stanovené působící stimuly sestrami při poskytování ošetrovatelské péče dle adaptačního modelu C. Royové dětským pacientům s ADHD</u>		
STIMULY		
<i><u>FOKÁLNÍ</u></i>	<i><u>KONTEXTUÁLNÍ</u></i>	<i><u>REZIDUÁLNÍ</u></i>
neznámé prostředí	zájem o prostřední a předměty	negativismus
bolest	pomoc rodiny	netrpělivost
upoután na lůžko	nerespektování sestry	impulzivita
nevhodná komunikace sestry	závislost na rodičích	sociální nezralost
únava	zájem začlenit se	neshody mezi rodiči
strach	cizí lidé	špatná výchova dítěte
nezájem komunikovat a spolupracovat	zhoršený tělesný stav	dřívější zkušenost
	snaho o navázání kontaktu	
	snaha spolupracovat	
	neznalost a nezkušenost sestry	
	znalost situace	
	zhoršená adaptivní schopnost	

zdroj: vlastní

9 Seznam zkratek

ADHD – Attention Deficit Hyperaktivity Disorder

LDE – lehká dětská encefalopatie

LMD – lehká mozková dysfunkce

MMD – malá mozková dysfunkce

EEG – Elektroencefalografické vyšetření

CT – počítačová tomografie

MR – Magnetická Resonance

KBT – kognitivně behaviorální psychoterapie

DSM-V – Diagnostický a statický manuál mentálních poruch

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association - Severoamerická asociace pro sesternské diagnózy