

**Univerzita Karlova v Praze**

**3. lékařská fakulta**

**Ústav ošetřovatelství**

**Bakalářská práce**

(Případová studie)

**Ošetřovatelská péče o pacienta s depresivní  
poruchou s elektrokonvulzivní terapií**

*Nursing Care for a Patient with Depressive Disorder  
with an Electroconvulsive Therapy*

**/podle ošetřovatelského modelu Gordonová/**

duben 2011

Vypracovala: Jaroslava Hovorková

**Autor práce:** Jaroslava Hovorková, Dis.

**Bakalářský studijní program:** OŠETŘOVATELSTVÍ

**Bakalářský studijní obor:** Všeobecná sestra  
– kombinovaná forma

**Vedoucí práce:** MUDr. Tamara Tošnerová

**Pracoviště vedoucího práce:** Psychiatrická ambulance FNKV

**Odborný konzultant:** MUDr. Peter Šóš

**Pracoviště odborného konzultanta:** Psychiatrické centrum Praha

**Termín obhajoby:** červen 2011

## **P r o h l á š e n í**

**Prohlašuji, že bakalářskou práci na téma  
„Ošetrovatelská péče o pacienta s depresivní poruchou  
s elektrokonvulzivní terapií  
podle modelu Gordonová“  
jsem vypracovala samostatně.**

**Použitou literaturu a podkladové materiály uvádím  
v příloženém seznamu literatury a příloh.**

**Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a  
verze elektronická, nahraná do Studijního informačního  
systému – SIS 3.LF UK, jsou totožné.**

**Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská  
práce byla používána ke studijním účelům.**

Praha, dne 30.4. 2011

Jaroslava Hovorková.....

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucí bakalářské práce  
MUDr. Tamaře Tošnerové a odbornému konzultantovi  
MUDr. Peterovi Šóšovi za  
cenné rady, trpělivost a vstřícnost při vedení mé práce.

## OBSAH:

ÚVOD.....	7
KLINICKÁ ČÁST	
1.1 Pojem deprese.....	8
1.2 Zařazení a rozdělení deprese.....	8
2.1 Etiologie a patogeneze <b>depresivní epizody</b> .....	9
2.2 Epidemiologie a průběh.....	9
2.3 Klinický obraz.....	10
2.4 Vyšetřovací metody.....	12
2.4.1 Psychiatrické vyšetření.....	12
2.4.2 Psychologické vyšetření.....	12
2.4.3 Elektroencefalografie.....	13
2.4.4 Zobrazovací metody.....	13
2.5 Diagnostika.....	13
2.5.1 Kritéria pro depresivní poruchu .....	14
2.5.2 Rozdělení depresivní epizody podle intenzity.....	15
2.6 Terapie deprese.....	15
2.6.1 Antidepresiva.....	15
2.6.2 Anxiolytika.....	17
2.6.3 Hypnotika.....	17
2.6.4 <b>Elektrokonvulzivní terapie</b> .....	17
2.6.5 Repetitivní transkraniální magnetická stimulace.....	21
2.6.6 Stimulace nervus vagus.....	21
2.6.7 Spánková deprivace.....	22
2.6.8 Fototerapie .....	22
2.6.9 Tělesné cvičení.....	22
2.6.10 Psychoterapie .....	23
2.6.11 Doplnkové a alternativní postupy.....	23
2.6.12 Psychoedukace.....	23
3.1 Základní údaje o nemocném.....	24
3.2 Stav pacienta při příjmu.....	26
3.3 Průběh hospitalizace.....	29
OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	
4.1 Ošetřovatelský proces – obecně.....	31
4.1.1 Zhodnocení pacienta.....	31
4.1.2 Stanovení ošetřovatelské diagnózy.....	31
4.1.3 Plánování ošetřovatelské péče.....	32
4.1.4 Realizace ošetřovatelského plánu.....	32
4.1.5 Hodnocení ošetřovatelské péče.....	32
4.2 Ošetřovatelský model Marjory Gordonové - obecně.....	32
4.3 Ošetřovatelský model Marjory Gordonové u pana J.M.....	34
4.3.1 Vnímání zdraví.....	35
4.3.2 Výživa, metabolismus.....	36
4.3.3 Vyprazdňování.....	38
4.3.4 Aktivita – cvičení.....	39
4.3.5 Spánek.....	41
4.3.6 Smyslové vnímání, poznávání.....	42

4.3.7 Sebepečetí, sebeúcta.....	44
4.3.8 Role.....	44
4.3.9 Sexualita.....	45
4.3.10 Stres, stresová situace.....	45
4.3.11 Víra, životní hodnoty.....	46
4.3.12 Jiné.....	46
4.4 Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení nemocného.....	47
4.5 Krátkodobý ošetřovatelský plán k 35. dni hospitalizace.....	48
4.5.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy.....	49
4.5.2 Potenciální ošetřovatelské diagnózy.....	54
4.6 Dlouhodobý ošetřovatelský plán.....	55
4.7 Psychologie nemoci.....	56
4.7.1 Sociální význam nemoci.....	56
4.7.2 Rozumové hodnocení nemoci.....	58
4.7.3 Emoční postoj k nemoci.....	58
4.7.4 Hodnocení psychického stavu pana J.M. ....	59
4.8 Edukace nemocného.....	60
5 Prognóza.....	64
6 Závěr.....	65
7 Seznam literatury.....	66
8 Seznam zkratk.....	68
9 Seznam příloh.....	69
10 Přílohy.....	70

## Úvod

Při výběru téma pro bakalářskou práci se hrála roli má 4-letá ošetrovatelská péče na otevřeném oddělení pro léčbu poruch nálad v Psychiatrickém centru Praha. Vliv měly zejména zkušenosti s léčbou depresivních pacientů pomocí skupinové psychoterapie a elektrokonvulzivní terapie.

Cílem mé bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o nemocného 63letého muže, který byl hospitalizován na otevřeném psychiatrickém oddělení pro depresivní epizodu a podstoupil elektrokonvulzivní terapii.

V klinické části se zabývám obecným rozdělením poruch nálady, diagnostikou deprese a její terapií. Dále následuje stručný popis stavu nemocného při přijetí, diagnostiky a terapie dle lékařské dokumentace.

V ošetrovatelské části se zabývám hodnocením nemocného podle modelu Funkčního zdraví Marjory Gordonové, sestavením ošetrovatelského plánu a edukací pacienta.

## Klinická část

### 1.1 Pojem deprese

**Deprese** je závažné, ale léčitelné duševní onemocnění se stoupajícím výskytem. Projevuje se především patologicky skleslou náladou provázenou snížením energie a aktivity. (1) Charakteristické jsou pro ni často pocity beznaděje, ztráta vůle, sebedůvěry a radosti ze života. Rozhodně to tedy není slabost, nedostatek vůle nebo sebekázně. (3) Rozšířenost deprese v populaci je značná a tento fakt má obrovský negativní společenský i ekonomický dopad.

(1, 5, 12)

### 1.2 Zařazení a rozdělení deprese

*Deprese* jako diagnostická jednotka spadá do kategorie **afektivních poruch (poruch nálad)** vyznačujících se patologicky změněnou afektivitou, obvykle ve smyslu poklesu nálady (deprese), méně často její elace (mánie). (1)

Existuje celá řada kritérií, podle nichž lze afektivní poruchy dělit. Kromě polarit je to závažnost, přítomnost či nepřítomnost psychotických příznaků a somatického syndromu, vymezení trvalých poruch nálad a vyčlenění poruch se známou etiologií (organická, toxická). Dosud je plně uznáván koncept bipolární poruchy. Unipolární výskyt pouze depresivních epizod je označován jako periodická (rekurentní) depresivní porucha. Výskyt manických i depresivních epizod, které se střídají, se klasifikuje jako bipolární afektivní porucha. (1)

V současné 10. Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) byla vytvořena samostatná kategorie Poruchy nálad (Afektivní poruchy) F30-F39. (1, 5, 6)

Do skupiny afektivních poruch se tedy řadí:

*Mánie (F30)*

*Bipolární afektivní porucha (F31)*

***Depresivní epizoda (F32)***

*Periodická (rekurentní) depresivní porucha (F33)*

*Trvalé poruchy nálady – dystymie a cyklothymie (F34)*



Depresi lze rozdělit na primární a sekundární. Primární depresí se rozumí vlastní afektivní porucha. Sekundární deprese, dříve označovaná jako organická, znamená, že přímou příčinou jejího vzniku je mozková nebo jiná fyzická porucha prokazatelná fyzikálním, laboratorním nebo zobrazovacím vyšetřením. Jedná se tedy o deprese vzniklé při somatickém onemocnění jako například u roztroušené sklerózy, Alzheimerovy choroby a epilepsie. Zobrazovací metody, které odhalí umístění a charakter patologického ložiska, uvedené v kapitole 2.4.4 bývají ale v psychiatrii doménou spíše klinického výzkumu. (1, 5, 6, 12)

## **2.1 Etiologie a patogeneze depresivní epizody**

Ačkoliv o diagnostice a léčbě depresivních poruch je známo mnoho, příčina zůstává stále nejasná. Je však zcela zřejmé, že depresivní poruchy jsou spojeny s biologickými, imunoneuroendokrinními (hormonálními) a neurochemickými změnami. Do dnešní doby bylo uvedeno nespočet hypotéz vzniku depresí, ale je obecně uznáváno, že deprese je spojena s deficitem neuromediátorů (zejména serotoninu, noradrenalinu a dopaminu) v mozku (6) a s následnou patologickou změnou citlivosti mozkových receptorů pro tyto působky. K biologickým faktorům řadíme faktory genetické, chronobiologické (regulující například spánek), účinky stresu, vliv prostředí a dědičnosti. (1)

Při postižení jednoho z rodičů je pravděpodobnost výskytu depresivní poruchy u dítěte 10-13%. Uvádí se i pohlavní závislost, kdy rizikovější jsou ženy. (6) Ke vzniku depresivní epizody je ale nutná souhra vrozené dispozice a akutního stresu.

Předpokládá se tedy multifaktoriální podmíněnost a velmi rozdílné uplatnění genetických, biochemických a psychosociálních vlivů (například traumatické zážitky z dětství, ztráta milované bytosti). (1)

## **2.2 Epidemiologie a průběh**

Celosvětově byl zachycen v posledních letech stoupající trend výskytu deprese a posun jejího začátku do nižších věkových kategorií. (1, 6) Nejčastější věk 1. depresivní epizody je 25-44 let.

V průběhu života se depresivní příznaky objeví až u 17% obyvatelstva. Aktuálně trpí depresí 6-7% obyvatelstva. Nezávisle na věku každoročně onemocní depresivní poruchou 5% obyvatelstva. Mezi všemi lékařskými diagnózami je depresivní porucha nejčastější příčinou pracovní neschopnosti. (1, 3, 5, 12)

Prevalence této poruchy se udává 4,5-9,3% u žen a 2,3-3,2% u mužů. Poměr mužů a žen trpících depresivní poruchou je zhruba 1:2. (12) Vyskytuje se tedy dvakrát častěji u žen než u mužů. Celoživotní riziko u žen se uvádí 10-25% a u mužů 5-12%. (1, 6)

Obvykle se deprese rozvíjí dny až týdny a k časným příznakům patří poruchy spánku, úzkost a pokles zájmů. Průměrná délka trvání depresivní epizody se uvádí 4-6 měsíců, u neléčené 6-12 měsíců. I když v životě proděláte jen jednu epizodu deprese, riziko návratu depresivních příznaků je vysoké. Až u 50% pacientů po prodělané depresivní fázi časem dochází k relapsu. (1, 6) Po čtvrté prodělané epizodě je riziko relapsu až 90%. Provokačním momentem jednotlivých epizod bývá často zátěžová situace. 5-15% depresivních pacientů spáchá sebevraždu! (12)

### 2.3 Klinický obraz

Jen málo se depresivní nálada mění den ze dne, může však během dne charakteristicky kolísat. Častá jsou tzv. ranní pesima, kdy pacient po předčasném probuzení pociťuje intenzivní úzkost, má obavy z nového dne, jeho pocity neschopnosti a selhání dosahují největší intenzity. Tento stav bývá doprovázen ochromením vůle - abulii (ztráta vůle a iniciativity, neschopnost zahájit činnost). Pro nemocného je obtížné přimět se vstát a zahájit každodenní činnosti. I na drobné úkony typu ranní hygieny spotřebuje značné množství energie a cítí se vyčerpan. Někteří jedinci, zejména ti, u nichž se deprese rozvinula po nepříznivé životní události či nadměrném stresu, prožívají pesima nálady naopak ve večerních hodinách před usnutím. V závislosti na tíži stavu se v různé míře objevují další symptomy. Jedním z počátečních příznaků bývá zhoršení koncentrace pozornosti. Nemocný se rychle unaví a nevydrží se po delší dobu koncentrovat, dělá chyby i při rutinních úkonech. Hrubé narušení koncentrace

může vést až k výpadkům paměti, které jsou pro pacienta subjektivně obzvláště nepříjemné. Nemocný má potíže se zapamatováním si, rozpomínáním se a problémy s rozhodováním. Úplná neschopnost soustředění se nazývá aproxie. Pacientovi se zhoršuje schopnost radovat se a příjemně prožívat pozitivní události – anhedonie, ztrácí zájem o okolní dění – apatie. Dochází k podstatnému snížení až vymizení obvyklých zájmů a koníčků. Nemocný ztrácí zájem i o sexuální život. (3) Součástí depresivního obrazu je také změna psychomotorického tempa. Někdy se projevuje agitovaností, drobným neklidem a neúčelnými pohyby. Velmi často bývá patrné zpomalení psychomotorického tempa. Řeč je zpomalená, nemocný odpovídá s latencí, myšlení je pomalé. Mimika a gestikulace jsou chudé. Může dojít až k stuporu, kdy nemocný nehybně setrvává v jedné poloze. Deprese může být provázena plačtivostí (lakrimozita), úzkostí (anxieta), podrážděností (iritabilita). (1, 4, 6, 12)

Často se přidávají somatické symptomy deprese. Ztrácí se chuť k jídlu. Důsledkem omezení příjmu potravy je častý úbytek hmotnosti nebo naopak dochází k přejídání s preferencí sladkého (jednoduchých cukrů) a přibývání na váze. Téměř vždy dochází ke změnám spánkového režimu, většinou ve smyslu hyposomie. Typická je pozdní insomnie. Nemocného tedy trápí nespavost, předčasně se probouzí nebo má nadměrnou potřebu spánku i během dne. Dále se může objevit svírání na hrudníku (někdy imitující infarkt myokardu) nebo v oblasti žaludku. Zhoršuje se sebevědomí, nemocný ztrácí důvěru v sám sebe, okolní dění negativně interpretuje a autoakuzálně zpracovává. Má pocity vlastní méněcennosti a sebeobviňování. (1, 4, 6, 12)

U většiny nemocných se vyskytne nějaká forma úvah o smrti. I při mírné fázi se objevují tzv. vágní suicidální úvahy. Pacienta láká představa, že by se již ráno neprobudil. Nepomýšlí ale zatím sám nad aktivním ukončením života. Závažnějším projevem jsou již konkrétní představy smrti, které často vyúsťují do promýšlení možné realizace suicidia. Dalším stupněm suicidálního vývoje jsou suicidální tendence, tedy opatření si sebevražedných pomůcek. Může jít například o shromáždění dostatečné zásoby léků nebo koupě zbraně. Poslední stádium je realizovaný suicidální pokus. (1, 6)

Těžká depresivní fáze může být provázena psychotickými příznaky jako bludy (porucha myšlení) a halucinacemi (porucha vnímání). (1, 6)

## **2.4 Vyšetřovací metody**

### **2.4.1 Psychiatrické vyšetření**

Při rozhovoru s pacientem psychiatr získá přehled v anamnéze pacienta, která je základem pro stanovení správné diagnózy a pro lepší pochopení pacientových problémů. Odebírá se anamnéza rodinná, osobní (psychiatrická, sociální, sexuální) a objektivní (od blízké osoby, která je s pacientem v častém kontaktu). Zjistí se nejen nynější onemocnění, přítomný psychický a somatický stav, ale sestaví se i základní charakteristika pacientovy osobnosti, diferenciální diagnózy a terapeutický plán. (4, 6)

Nejen před zahájením léčby antidepresivy je důležité provést důkladné **somatické a laboratorní vyšetření**. Řada somatických onemocnění (epilepsie, iktus, sclerosis multiplex, myasthenia gravis, Willsonova a Huntingtonova choroba,...) se totiž může projevit depresivními příznaky, nebo deprese jejich příznaky může překrývat. Doporučuje se provést vyšetření krevního obrazu, diferenciálního rozpočtu, biochemická vyšetření séra (ionty, glykémie, proteinémie, urea, kreatinin, jaterní enzymy, tyreoidální hormony) a chemické vyšetření moče a sedimentu. (5, 6, 12)

### **2.4.2 Psychologické vyšetření**

Mnohdy lze pomocí psychologických testů depresivitu hodnotit. Pocity viny a depresi odhalí často projekční testy. Zpomalené psychomotorické tempo se projeví ve všech časově limitovaných testech (například WAIS – Wechslerův test). Někdy Rorschachův test pomůže k odhalení přítomnosti kompenzačních mechanismů překrývajících depresi. (6)

### **2.4.3 Elektroencefalografie (EEG)**

Psychiatrie používá z neurofyziologického hlediska především elektroencefalografii, ale využívá se také i elektromyografie (EMG) a evokované potenciály.

Vlastní EEG záznam se provádí v polosedě nebo vleže, se zavřenými očima, v místnosti s tlumeným světlem. Součástí vyšetření je záznam po otevření i zavření očí a při aktivaci hyperventilací a fotostimulací. EEG záznamy mohou pomoci jako screening pro vyloučení organicity (demence na atrofickém podkladě), ke sledování vlivu léků na mozek, nebo hladiny úzkosti či iritačního epileptogenního ložiska a k vyšetřování spánku ve spánkových laboratořích. Pomocí spánkové polysomnografie, která zahrnuje celonoční monitoraci EEG, EMG, EOG (elektrookulografie), oxymetrie a pohybů hrudníku, lze vyhodnocovat profil spánku depresivních pacientů, nebo vyloučit jiné příčiny insomnie jako třeba spánková apnoe, syndrom neklidných nohou, narkolepsie a bruxismus. (1, 5, 6)

### **2.4.4 Zobrazovací metody**

Počítačová tomografie (CT), magnetická rezonance (MR) a dále také emisní pozitronová tomografie (PET), jednofotonová emisní tomografie (SPECT), magnetoencefalografie (MEG) pomáhají k diagnostice demencí a k vyloučení organického podkladu depresivní symptomatologie. Použitím kontrastní látky mohou ukázat tkáňová poškození způsobené krvácením, infekcí či tumorem. (1, 6)

## **2.5 Diagnostika**

Opírá se hlavně o typický klinický obraz, anamnestické údaje a objektivní informace získané od pacientovy rodiny. Při prvozáchytu onemocnění je vhodné diagnózu podpořit psychologickým vyšetřením a zobrazovacími metodami k vyloučení organické etiologie. (1)

Základem správného stanovení diagnózy je řízený rozhovor. Jinou možností je užití posuzovacích psychiatrických škál depresivity. K nejuznávanějším patří Hamiltonova psychiatrická stupnice pro posuzování deprese (HAMD) a Stupnice Montgomeryho a Asbergové pro posuzování deprese (MADRS). Často se používá i Beckova nebo Zungova sebeposuzovací stupnice deprese. (1)

Příloha č. 1 Stupnice MADRS

Příloha č. 2 Beckova sebeposuzovací stupnice deprese a úzkosti

### **2.5.1 Kritéria pro depresivní poruchu**

Musí být přítomny alespoň 2 z následujících 3 příznaků po dobu alespoň 2 týdnů:

1. depresivní nálada je takového stupně, že je pro jedince naprosto netypická, musí být přítomna, přičemž není ovlivnitelná vnějšími okolnostmi
2. ztráta zájmu a radosti z aktivit, které obvykle jedince těší
3. snížená energie nebo zvýšená únavnost

(1, 6)

Měl by být přítomen další příznak nebo příznaky z následujících:

1. ztráta sebevědomí nebo sebeúcty
2. neoprávněné sebevýčitky nebo pocity viny
3. vracející se myšlenky na smrt či sebevraždu, nebo jakékoli sebevražedné jednání
4. snížená schopnost myslet nebo se soustředit
5. změna psychomotorické aktivity s agitovaností nebo retardací
6. poruchy spánku jakéhokoli druhu
7. změna chuti k jídlu

(1, 4)

Depresivní fázi může specifikovat přítomnost somatického syndromu. K jeho příznakům patří:

1. ztráta zájmu nebo ztráta radosti z aktivit
2. chybění emoční reaktivity na okolí
3. ranní probouzení o dvě hodiny (i více) dříve než obvykle

4. ranní pesimum depresivní nálady
5. objektivní průkaz jasného psychomotorického zpomalení
6. výrazná ztráta chuti k jídlu
7. úbytek hmotnosti (5% v posledním měsíci)
8. výrazná ztráta libida

Pro somatický syndrom svědčí alespoň čtyři z těchto uvedených příznaků. (1)

### **2.5.2 Rozdělení depresivní epizody podle intenzity**

Mírná depresivní epizoda (F32.0)

Středně těžká depresivní epizoda (F32.1)

Těžká depresivní epizoda bez psychotických příznaků (F32.2)

Těžká depresivní epizoda s psychotickými příznaky (F32.3)

(1, 4, 6)

## **2.6 Terapie**

1) farmakologická - Psychofarmaka (antidepresiva, anxiolytika, hypnotika)

2) nefarmakologická

a) Elektrokonvulzivní terapie

b) Další metody (repetitivní transkraniální magnetická stimulace, fototerapie, stimulace nervus vagus, spánková deprivace, fototerapie, tělesné cvičení)

c) Psychoterapie

d) Psychoedukace

### **2.6.1 Antidepresiva**

Kompenzují svými účinky nedostatek neurotransmiterů v synapsích centrálního nervového systému (CNS). Mají přímé či nepřímé farmakologické účinky na noradrenergní, serotoninergní nebo dopaminergní systémy. Pro jejich

klinické působení je charakteristické, že účinek se neprojeví hned po první dávce, ale s latencí 4-6 týdnů. Důležité je poučit pacienta o případných nežádoucích účincích jako např. nárůst tělesné hmotnosti, útlum, sexuální dysfunkce.

(1, 3, 4, 6, 12)

### **Antidepressiva I. generace (tricyklická, tetracyklická)**

Používají se více než 50let a stále patří k nejužívanějším preparátům k léčbě deprese. Obecně jsou to látky ovlivňující hladiny noradrenalinu, serotoninu a dopaminu hlavně v limbické oblasti CNS. Mohou však vyvolávat celou řadu nežádoucích účinků jako sucho v ústech, únavu, tachykardii, ortostatickou hypotenzi, poruchy zraku, zvýšené pocení, poruchy mikce a zácpu. Kontraindikováni jsou pacienti s glaukomem, hypertrofií prostaty a závažnou srdeční poruchou. (1, 4, 6, 12)

dosulepin, imipramin, klomipramin, amitriptylin, dibenzepin, nortriptylin (4)

### **Antidepressiva II. generace**

Jsou lépe snášena, protože vykazují méně nežádoucích účinků. Jsou to inhibitory monoaminoxidázy, enzymu podílejícího se na odbourávání serotoninu, noradrenalinu a dopamin. (1, 6, 12)

fenelzin, tranlycypromin, maprotilin, mianserin

### **Antidepressiva III. generace**

Jsou to zejména selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu.

fluvoxamin, fluoxetin, sertralin, citalopram, escitalopram, paroxetin (4)

### **Antidepressiva IV. generace**

Nejnovější skupina na trhu ovlivňující noradrenalin, serotonin jsou venlafaxin, milnacipran, mirtazapin a ovlivňující i dopamin je bupropion. (1, 4, 6)



### **2.6.2 Anxiolytika**

Zmírňují anxieta (tenzi), která často depresi provází. Především u úzkostné formy nepsychotických depresí je vhodné antidepresiva kombinovat s anxiolytiky, která urychlí jejich nástup účinku. Anxiolytika se dělí na nebenzodiazepinová a benzodiazepinová, jejichž podávání by se mělo dle možností omezit na krátké období při akutní léčbě z důvodu sedace, psychomotorického útlumu, rozvoje závislosti a pro syndrom z vysazení.

alprazolam, diazepam, clonazepam, oxazepam, lorazepam, hydroxyzin, bromazepam. (1, 4, 5, 6)

### **2.6.3 Hypnotika**

Užívají se k léčbě insomnie (nеспavosti). Poruchy spánku jsou častým příznakem deprese. Usnadňují usínání a prodlužují dobu spánku. Hypnotika se rozděluje na I., II. (benzodiazepinová), a III. („Z“ sloučeniny) generaci. Nejzávažnější nežádoucí účinky hypnotik jsou přetrvávající ospalost a únavnost ráno po probuzení. Nadužívání a zneužívání benzodiazepinových hypnotik vede často k závislosti. (1, 4, 5, 12)

midazolam, cinolazepam, zolpidem, nitrazepam, zopiclon

### **2.6.4 Elektrokonvulzivní terapie (EKT)**

#### **Historie**

Používání elektrokonvulzivní léčby, dříve nazývané elektrošoková léčba, zavedli do praxe v roce 1938 Italové Cerletti a Bini. Účinnost a bezpečnost elektrokonvulzivní terapie se postupně vyvinuly do takové míry, že jako jediná z dřívějších léčebných technik byla schopna úspěšně přežít nástup éry psychofarmak. (4, 6)

## **Princip EKT**

Základem EKT je aplikace elektrického stimulu a vyvolání terapeutického generalizovaného epileptiformního záchvatu. (1) Tedy jinak řečeno, průchod elektrického proudu mozkem vyvolá krátký epileptický záchvat provázený svalovými křečemi.

## **Indikace EKT**

EKT jako metoda první volby je doporučena u depresí psychotických, těžkých, s výraznou psychomotorickou retardací, odmítáním tekutin, potravy a u suicidiálního rizika.

Dále je EKT indikováno u depresivních poruch s přítomností symptomů jako ranní pesima, nechutenství, poruchy spánku, psychomotorická zpomalenost, které nelze zvládnout farmakologickou léčbou, na vlastní přání pacienta. (1, 4, 12)

## **Kontraindikace EKT**

K absolutním kontraindikacím patří zvýšený nitrolební tlak, akutní cévní mozková příhoda, kontraindikace celkové anestezie pro nesnášenlivost anestetika a aneuryzma velkých cév. Riziková jsou nemocní s ischemickou chorobou srdeční, srdeční insuficiencí, arytmiemi, pacemakery, demyelinizačním onemocněním, nedávno prodělaným infarktem myokardu, feochromocytomem. (1, 4, 6)

## **Příprava pacienta k EKT**

- nemocnému (rodině) pečlivě poskytnuty lékařem informace týkajících se výhod a nevýhod EKT a podpis informovaného souhlasu k EKT

Příloha č. 3 příklad informovaného souhlasu k EKT

- laboratorní vyšetření: sedimentace, krevní obraz + diferenciální rozpočet, základní biochemické vyšetření krve, chemické vyšetření moče + sediment
- EKG (elektrokardiograf), RTG (rentgen) hrudníku
- interní vyšetření, zda je pacient schopen výkonu v celkové anestézii
- posouzení anesteziologa a rozhodnutí psychiatra

- posouzení stávající medikace, kdy použití benzodiazepinů, sedativních hypnotik a antikonvulziv může inhibovat záchvat, zkracovat jej a zvýšit rizika EKT (Je doporučováno jejich užití před nebo během EKT minimalizovat či vysadit.)

- edukace pacienta sestrou o ošetrovatelské péči před, během a po EKT  
(1, 4, 6)

Vlastní příprava pacienta: 8 hodin před výkonem nejí, nepije, nekouří a neužívá žádné léky per os, je vymočený. 30 minut před výkonem podá sestra premedikaci nejčastěji Atropin 0,5 miligramů i.m. podle ordinace lékaře. Změří pacientovi krevní tlak, pulz, tělesnou teplotu, vyjme umělý chrup a kontaktní čočky. Uloží jej na lůžko, zajistí žílu zavedením kanyly, očistí spánky lihem a přiloží bandáže na dolní končetiny. (4, 6)

### **Prostředí, terapeutický tým, a pomůcky**

Pro provádění EKT má být v psychiatrickém zařízení určena dostatečně prostorná místnost s centrálním rozvodem kyslíku, s lůžkem s pevnou matrací s odstranitelnými postranicemi, s EKT přístrojem (sít' 220 voltů) jako například Thymatron tmDGx s monitorací EEG, EKG, tiskárnou obstarávající závěrečný protokol. Při EKT spolupracují psychiatr, anesteziolog a nejméně dvě sestry. K EKT se používají líh k očištění kůže v oblasti umístění elektrod, aplikační gel na elektrody, pulzní oxymetr, tonometr a fonendoskop. Dle průběhu EKT a stavu pacienta je nutné mít v blízkosti odsávačku, laryngoskop a set pro intubaci, defibrilátor. (4, 6)

Léky: premedikace, anestetika, myorelaxancia a léky ke zvládnutí anafylaktického šoku a kardiálních komplikací.

### **Vlastní provedení EKT**

Výkon je prováděn v krátké celkové anestezii. Proškolená sestra aplikuje i.v. cestou dle ordinace anesteziologa krátkodobě působící anestetika (thiopental) a následně myorelaxancia (sukcinyl) jako prevence luxací a zlomenin. Po přiložení elektrod změří proškolený lékař kožní odpor (100 – 2700 ohmů), nastaví dle věku pacienta energii výboje, frekvenci pulzů a provádí aplikaci elektrického výboje nejčastěji bilaterálně (elektrody jsou přiloženy na obě spánkové oblasti) nebo někdy unipolárně (jedna z elektrod je umístěna nad nedominantní

hemisférou temporálně, druhá okcipitálně na nedominantní stranu hlavy blízko vertexu). Anesteziolog sleduje hloubku anestezie, myorelaxace a po ukončení fáze klonických křečí (1-2 minuty) ventiluje pacienta 100% kyslíkem. Přítomen je až do návratu spontánního dýchání a obnovení faryngeálních reflexů. Následná péče zajištěná ošetřující sestrou zahrnuje dle ordinace lékaře sledování dechu, krevního tlaku, pulzu, oxymetrie, stavu vědomí, či neklidu a zmatenosti. (1, 4, 6) Po hodině se může bdělý a orientovaný pacient najíst. Informace o průběhu EKT a následné péče se zaznamenávají do pacientovi dokumentace.

Příloha č. 4 Příklad záznamu informací o průběhu EKT

### **Režimy aplikace EKT**

Existují dva základní režimy aplikace ECT, 2krát týdně a 3krát týdně. V našich podmínkách je EKT poskytována hospitalizovaným pacientům obvykle 3krát týdně. Větší frekvence má sice rychlejší antidepresivní účinek, ale je zatížena vyšším výskytem poruch paměti. U depresí je zapotřebí minimálně 6–8 EKT výkonů. Počet 10 výkonů je třeba překročit jen výjimečně. (1, 4, 6)

### **Úspěšnost EKT**

V mnoha případech má rychlejší nástup účinku než farmakologická léčba a zkracuje délku hospitalizace. (4) Účinnost EKT se udává v rozmezí 71–94 % u depresí. Aplikace EKT je spojena s vysokou efektivitou, která dosahuje 60-80% u remisí. První zlepšení pacienta je většinou patrné již po prvních 3–4 výkonech. (4) EKT je používána současně s antidepresivy ke zlepšení léčebné odpovědi v akutní fázi. Je-li použita EKT samostatně, vzniká problém s udržovací terapií, neboť efekt EKT přetrvává jen několik měsíců. Riziko relapsu bez pokračovací léčby se pohybuje mezi 50-95%. Maximum relapsů nastává v prvních 6 měsících. (1)

### **Nežádoucí účinky**

Nejčastějším nežádoucím účinkem jsou objektivně zjišťované i subjektivně pociťované přechodné poruchy paměti, které vymizí s odstupem 6-8 týdnů po poslední aplikaci EKT. Dále se mohou vyskytovat bolesti hlavy, nauzea a svalová slabost. (1, 4, 6)

Rozporuplnost pohledu veřejnosti na tuto metodu může podpořit i negativní postoj části lékařů (antipsychiatriká hnutí), kterým vadí zejména fakt, že dosud po více než 70 letech jejího užívání není znám přesný mechanismus účinku, což je v lékařství na počátku 21. století jev poměrně ojedinělý.

### **2.6.5 Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS)**

Je to nová, neinvazivní technologie, kdy jsou stimulovány neurony mozkové kůry principem magnetické indukce za použití krátkodobých pulsů silného magnetického pole. Proud procházející cívkou vyvolává magnetické pole, které indukuje v blízké tkáni mozkové kůry elektrický potenciál. Neurony se chovají jako vodiče. Oscilací magnetického pole vzniká ve tkáni elektrická stimulace vyvolávající změnu aktivity neuronů. Magnetické pole však funguje pouze jako médium mezi elektrickým proudem v cívce a indukovaným elektrickým proudem v mozku. Při rTMS jsou stimuly aplikovány do stejné oblasti mozku několikrát za vteřinu nepřetržitě po dobu několik sekund. Výkon se aplikuje 5krát týdně po dobu 3 týdnů. Aplikace trvá asi 20-30 minut. Kontraindikováni jsou nemocní s epilepsií, s vyšším intrakraniálním tlakem a kardiostimulátorem. Bylo prokázáno, že pravidelná a dostatečně trvající stimulace, zejména oblasti prefrontální kůry, vede ke zlepšení nálady pacientů s depresí. (1, 4, 6, 12)

### **2.6.6 Stimulace nervus vagus (VNS)**

Tato stimulace patří mezi nové postupy v léčbě depresivních poruch. Principem je nepřímá stimulace CNS. Chirurgicky implantovaný přístroj je složen ze stimulátoru v podkoží pod levou klíční kostí a vodiče připojeného k průběhu levého bloudivého nervu v krční oblasti. Stimulace se ukázala účinná u rezistentních depresí. (1, 4, 6, 12)

### **2.6.7 Spánková deprivace**

Totální nebo parciální restrikce spánku působí antidepresivně až u 60% pacientů ještě týž den, kdy je použita. Dosažený efekt je však přechodný. Jako alternativa bránící časnému relapsu se užívá deprivace v druhé polovině noci. Spánková deprivace může být užitá samostatně nebo v kombinaci s antidepresivní farmakoterapií, kdy může urychlit nástup jejího účinku. (1, 6, 12)

### **2.6.8 Fototerapie**

Fototerapie je léčba jasným bílým světlem. Patří mezi adjuvantní metodu první volby v léčbě depresivní poruchy lehčí až středně těžké formy vyznačující se určitým sezónním výskytem. Depresivní symptomy se u sezónní deprese vyskytují převážně na podzim a na jaře. Světelný zdroj by měl mít filtr bránící poškození ultrafialovým spektrem světla. Podstatná je správná pozice, tedy sezení blízko zdroji světla. Efektivita se udává kolem 60-90%. Léčba trvá 2-4 týdny. Dávka fototerapie je 10 000 luxů po dobu 30 minut denně, co nejdříve po probuzení. Obezřetní by měly být nemocní s chorobami oční sítnice. Mírnými a přechodnými nežádoucími účinky jsou: napětí v oku, bolesti hlavy, únava zraku, pocení a nauzea. Odeznívají v průběhu nebo při snížení dávek světelné léčby. (1, 4, 6, 12)

### **2.6.9 Tělesné cvičení**

Je ověřeno, že fyzická aktivita má pozitivní účinek na náladu. Tělesné cvičení redukuje symptomy deprese. Uvolňují se totiž endorfiny, hormony, které přivádějí mozek do stavu relaxované bdělosti a klidu. Na psychický stav působí zejména aerobní cvičení. Mělo by probíhat nejméně 20 minut v tepové frekvenci vyšší minimálně o 40% normálu a pravidelně. Příkladem je vytrvalostní běh nebo jízda na rotopedu. (1, 4, 6)

### **2.6.10 Psychoterapie**

Je to plánovaná a záměrná forma léčby, která využívá psychologických prostředků. Pomáhá obnovit přirozený pocit kontroly nad svým vnímáním, myšlenkami a představami, emocemi a chováním. Rozlišuje se individuální a skupinová terapie. Mezi nejpoužívanější specifickou terapii první volby při léčbě deprese se řadí kognitivně-behaviorální (KBT). Mezi základní postupy kognitivně-behaviorální terapie patří: porozumění depresivní poruše a jejím příznakům, vytvoření vyrovnanějšího způsobu myšlení, účelné plánování aktivit, nácvik komunikace a sociálních dovedností, nácvik relaxace, řešení problémů v životě a prevence relapsu a monitorování časných varovných příznaků. Dále se používá i interpersonální, psychodynamicky orientovaná a rodinná terapie. Psychoterapie je tedy důležitou součástí léčby deprese. Samostatně může pomoci jen u lehčích forem. U středně těžkých a těžkých forem výrazně zvyšuje účinnost léčby její kombinace s léky. (1, 4, 6, 12)

V psychoterapiích se užívá nejen rozhovoru, ale často i umělecké práce a hudby (ergoterapie, arteterapie, muzikoterapie), dramatizace, psychogymnastiky, hraní rolí nebo nácviku dovedností, asertivity a relaxační techniky. Významná je i terapeutická komunita. (1, 4, 6, 10)

### **2.6.11 Doplnkové a alternativní postupy**

Za zmínku stojí Třezalka tečkovaná jako základ fytofarmak Jarsin, dále aromaterapie, léčba tancem, akupunktura, hypnoterapie a masáže. (4, 6, 12)

### **2.6.12 Psychoedukace**

K léčbě neoddělitelně patří psychoedukace nemocného a jeho rodiny. Zdůrazňuje, že deprese je onemocnění a je léčitelné. Cílem je upozornění na riziko sebevraždy, vybudování důvěry, zmírnění nepřiměřené sebekritičnosti a pesimismu, objasnění vztahu duševních a tělesných potíží a prevence relapsu.

Jejím prostředkem je poskytování informací a objasňování povahy onemocnění a principů jeho léčby. (5, 6)

Bylo zjištěno, že edukace o chorobě a léčbě včetně jejich vedlejších účinků snížila noncompliance. Noncompliance – nespolupráce při léčbě a užívání léků – je rozšířená. Psychiatrická onemocnění kladou značné nároky na pacientovu spolupráci a opakované hospitalizace psychiatrických pacientů jsou ve velkém procentu způsobeny právě noncompliance nemocných. V běžné klinické praxi vysazuje léčbu asi polovina léčených hlavně proto, že se „cítí lépe“. Po ústupu potíží totiž jedinec často považuje depresi za problém, který překoná sám a často svého lékaře o vysazení antidepresiv neinformuje. (6, 12)

### **3.1 Základní údaje o nemocném**

*S veškerými informacemi o pacientovi uvedené v mé bakalářské práci (včetně nahlížení do jeho dokumentace) bylo nakládáno s jeho písemným souhlasem.*

Jméno a příjmení: J.M.

Věk: 63letý muž

Adresa: Chomutov

Pojišťovna: 111

Datum příjmu: 11.11.2010

Datum propuštění: 7.1. 2011

#### Rodinná anamnéza:

Otec zemřel v 79ti letech v roce 2004, léčen pro Parkinsonovu nemoc.

Matka zemřela v 72 letech, V/2006 léčena pro glaukom a hypertenzi.

Rodiče byli rozvedeni.

Sestra, dvojče, ve 47ti letech spáchala sebevraždu, léčena pro schizofrenii.

2. sestra po vážném suicidálním pokusu, byla hospitalizovaná v psychiatrické léčebně Petrohrad téměř rok pro organický psychosyndrom. Nyní žije v domově



pro seniory s diagnózou syndrom demence. Pacient má 2 dcery 33 a 22 let, které jsou zdravé.

Osobní anamnéza:

Porod a poporodní vývoj v normě, běžné dětské nemoci. Častěji záněty středního ucha až do 15ti let a angíny. Hospitalizace 0, tuberkulóza 0, žloutenka 0, bezvědomí 0, epilepsie 0, křeče 0, úrazy 0, operace 0, onemocnění štítné žlázy 0, ischemické choroby 0, hypertenze 0, neuroinfekce 0. Je dárce krve.

Sledován na gastroenterologii pro idiopatickou proktokolitidu. Dodržuje dietu a užívá lék mesalamine (Asacol).

Tinnitus od léta 2010, zhoršení potíží - časová shoda s depresivní epizodou.

Od léta chodí do Fakultní Nemocnice Královské Vinohrady (FNKV) na neurologii pro trénování paměti a má tam jít na jaře na odběr míšního moku pro podezření na demenci.

Glaukom - aktuálně bez obtíží.

Hyperplasie prostaty - málo močí, ale také málo pije, asi jen litr vody denně!

Alergie: neguje

Abúzus: alkohol příležitostně, nekouří, káva 0, drogy 0.

Řidičský průkaz: 0

Zbrojní pas: 0

Kriminalita: 0

Sociální anamnéza:

Ženatý, žije v bytě v 7. patře činžovního domu s manželkou, 2 dospělé dcery, již bydlící jinde, mladší studuje, straší pracuje a má rodinu.

Vystudoval střední ekonomickou školu, následně nástavbový kurz. 30 let byl kontrolor u Povodí Ohře a souběžně dělal kontrolora pro zdravotní pojišťovnu.

Ve starobním důchodu od jara 2010. Vzhledem k psychickým obtížím nepracuje.

Psychiatrická anamnéza:

Od jara 2010 v péči ambulantního psychiatra.

#### Farmakologická anamnéza:

Mirzaten 45 miligramů (mg) 0-0-0-1, Prothazin 0-0-0-1, Rivotril 0,5mg při neklidu, maximálně 3tablety za den

#### Současné onemocnění:

Hučí mu v hlavě a levém uchu, udává i bolesti těchto oblastí. Má úzkost celodenně. Nespí a budí se již kolem 3-4 hodiny. Trvá to 3 měsíce. Shodil za měsíc 15 kilogramů, nechutná mu jíst. Na stolici jde jen jednou za pět dní. Myšlenky na sebevraždu zatím nemá, ale připadá si zbytečný. Doma jen leží, není schopen se o sebe téměř postarat. Má dojem, že tam nemá žádné uplatnění. Nesoustředí se, nic ho nebaví. Je nerozhodný a má dojem zhoršování paměti. Do všeho se nutí. Všeho se bojí. To potvrzuje i manželka. Navíc dle jejího sdělení užívá léky mimo doporučované dávkování. V poslední době měl hodně konfliktů s manželkou. Má dojem, že rodina ho má dost.

#### Základní diagnózy:

Středně těžká depresivní epizoda bez psychotických příznaků

Mírná kognitivní porucha

Hypertrofie prostaty

Glaukom bez léčby

Ulcerózní (chronická) proktokolitida

### **3.2 Stav pacienta při příjmu**

Pacient přišel k hospitalizaci na doporučení svého ambulantního psychiatra s diagnózou těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků.

Je to jeho první kontakt s Psychiatrickým centrem Praha.

U pacienta J.M. bylo provedeno vstupní psychiatrické a somatické vyšetření. Lékař první den naordinoval odběry na biochemické vyšetření krve, krevní obraz s diferencíálem a biochemické vyšetření moče a močového sedimentu. Byly provedeny změny farmakologické léčby.

### Psychiatrické vyšetření:

Při vědomí, kompletně orientovaný, depresivní mimika, váhový úbytek 15kg, dehydratovaný, hůře artikuluje, myšlení je koherentní, psychomotorické tempo inhibováno, řeč tichá. Nálada depresivní, neodklonitelná. Dyssomie, abulie, trvalá anxieta. Bez psychotických příznaků. Asuicidální.

### Současný somatický stav:

Bez ikteru, bez cyanózy. Kůže bez patologických eflorescencí, dehydratovaná. Hlava, zornice, bulby, jazyk, hrdlo, hrudník, plíce, břicho, horní i dolní končetiny bez patologických změn.

Příloha č. 5 Somatické vyšetření pana J.M. provedené jeho ošetřujícím lékařem

### Fyziologické funkce:

Hmotnost ..... 85 kilogramů (kg)  
Výška .....171 centimetrů (cm)  
Tlak krve (TK).....100/70 milimetrů rtuťového sloupce (mm Hg)  
Pulz (P).....68 pulzů za minutu, pravidelný  
Tělesná teplota (TT) .....36,7 stupňů Celsia (°C)  
Dechová frekvence (DF).....21dechů za minutu, eupnoe

### Ordinace léků:

Deprex 20 mg (fluoxetin)

Léková forma: tvrdé tobolky

Indikační skupina: antidepresivum (deprese s úzkostnými poruchami)

Vedlejší účinky: pocení, bolesti hlavy, závratě, ospalost, častější močení, zimnice, sucho v ústech, nauzea, zvracení, nechutenství, průjem, svědění, kopřivka

Dávkování: 1-0-0 tableta (další dny navyšováno na 1-1-0)

- nově nasazované antidepresivum

Mirzaten 15 mg (mirtazapin)

Léková forma: tablety

Indikační skupina: antidepresivum (při depresivní epizodě)

Nežádoucí účinky: závratě, průjem, zvýšená chuť k jídlu, sucho v ústech

Dávkování: 0-0-0-3 tablety (postupně snižováno na 0-0-0-1)

- postupně vysazované antidepresivum

Xanax SR 0,5 mg (alprazolamum)

Léková forma: tablety

Indikační skupina: anxiolytikum (při symptomatické léčbě úzkosti)

Nežádoucí účinky: spavost, únava během dne, svalová slabost, nejistá chůze

Riziko při dlouhodobém užívání: léková závislost

Dávkování: 1-1-1 tableta (18. den navýšeno 2-2-0)

Asacol 400 mg (mesalazinum)

Léková forma: enterosolventní tablety (nerozkousat)

Indikační skupina: antiflogistikum, chemoterapeutikum (při léčbě akutní fáze i prevenci relapsu ulcerózní kolitidy a Crohnovy choroby)

Nežádoucí účinky: bolesti hlavy, nauzea, průjem

Dávkování: 1-1-1 tableta před jídlem

Helicid 20 mg (omeprazolium)

Léková forma: tvrdé želatinové tobolky

Indikační skupina: antiulceróza

Nežádoucí účinky: zřídka bolesti hlavy, nauzea, zvracení, kožní vyrážka

Dávkování: 1-0-0 nalačno

Prothazin (promethazin)

Léková forma: potahované tablety

Indikační skupina: antihistaminikum (úzkost, napětí, poruchy spánku, alergie)

Nežádoucí účinky: bušení srdce, zrychlený pulz, poruchy krve, snížený tlak krve

Dávkování: 0-0-0-1 tableta v 22:00 hod. (15. den vysazen)

Lactulose AL (lactulosum)

Léková forma: sirup

Indikační skupina: digestivum (střevní regulans), laxativum (při zácpě)  
Nežádoucí účinky: na začátku léčby někdy vyvolává křeče v břiše a plynatost  
Dávkování: 1-1-1 lžice (40. den omezeno jen dle potřeby na 1 lžici ráno)

Sennesový čaj (Sennae folium)

Léková forma: sáčky čaje

Indikační skupina: fytofarmakum, laxativum (při zácpě)

Dávkování: 2x sáček čaje denně (ráno a večer)

Ibalgin 400 mg (ibuprofenum)

Léková forma: potahované tablety

Indikační skupina: antipyretikum, nesteroidní antirevmatikum, analgetikum (při horečce, bolestech hlavy, zánětlivých a degenerativních chorobách kloubů, páteře)

Nežádoucí účinky: bolest v epigastriu, nauzea, pálení žáhy, zvracení, průjem

Riziko při dlouhodobém užívání: gastrointestinální krvácení, ulcerace, perforace

Dávkování: pouze dle potřeby a maximálně 3x denně 1 tableta

Zopitin 7,5 mg (zopiclonum)

Léková forma: potahované tablety

Indikační skupina: hypnotikum (při nespavosti)

Nežádoucí účinky: hořká nebo kovová chuť, sucho v ústech a ranní únava

Dávkování: pouze dle potřeby 1 tableta/noc

### **3.3 Průběh hospitalizace**

Při přijetí obraz těžké depresivní poruchy, výrazná tenze, ruminace obav ze zvládnutí pobytu na našem oddělení, bez psychotických příznaků, bradypsychický. Po změně medikace došlo ke zlepšení spánku a částečnému zklidnění, jádrové příznaky deprese (depresivní ladění, obavné ulpívavé myšlení, nesoustředění a pasivita) trvaly. Se souhlasem pacienta i jeho manželky, která byla ošetřujícím lékařem také edukována, se zahájila na pacientovu žádost léčba EKT. Po 6. aplikaci EKT došlo k zřetelnému zlepšení (klidnější, nálada

projasněna), ale plného zlepšení nedosaženo. I při dobré náladě trvala hypobulie až abulie, z víkendu zprávy od rodiny obdobné (zlepšení stavu, ale částečně trvající pasivita). Pro naléhání pacienta se pokračovalo do 8. aplikace a poté se pacient ve stavu podstatného zlepšení propustil. Psychotické příznaky během pobytu nezachyceny, mnestická porucha po EKT spíše klinicky nevýznamná, stížnost na úbytek paměti konstantní. Neprovedeno kontrolní vyšetření kognitivních funkcí pro neúplné zlepšení, dále nicméně v péči ambulance pro poruchy paměti FNKV (doc. Bartoš), kde zatím veden jen jako osoba v riziku demence (rodinná zátěž), výhledově domluven na lumbální punkci a SPECTu. Při dimisi (propuštění) nálada v normě, úzkost mírná, trvala z části hypobulie a zpomalení kognitivních procesů, nebyl suicidální.

#### Provedená vyšetření:

Laboratorní vyšetření: Krevní obraz a diferenciální rozpočet - hemoglobin 122 gramů/litr, hematokrit 0,367; erytrocyty  $3,90 \times 10^{12}$  /litr, ostatní v normě; urea, kreatinin, sodík (Na), draslík (K) - v normě, cholesterol 5,5 milimolů/litr, glykémie 6,0 milimolů/litr; z jaterních testů (JT) byla zvýšená gama-glutamyltranspeptidáza (GGT) 0,93 mikrokatalů/litr, ostatní v normě

EKG: Bez ischemických změn a dysrytmií

EEG: Zcela normální věku, přiměřený nález, bez epileptických ložisek a změn.

RTG hrudníku: Normální nález

Oční vyšetření: nitrooční tlak 18/19 torrů

Bilaterálně není podezření na glaukomové změny, bilaterálně je úhel otevřený.

Není z očního hlediska námitek k nasazení antidepresiv či EKT.

Interní vyšetření před EKT: Pacient kardiopulmonálně kompenzovaný, schopen celkové anestézie, bez specifické přípravy

Psychologické vyšetření: Oslabení kognitivních funkcí. Mírná kognitivní porucha.

## **Ošetrovatelská část**

### **4.1 Ošetrovatelský proces - obecně**

Je efektivním prostředkem pro řešení ošetrovatelských problémů. Jeho cílem je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti individuálních pacientových potřeb. Představuje soubor plánovaných činností a myšlenkových procesů.

Ošetrovatelský proces vyžaduje, nejen aby se sestra neustále vzdělávala, ale aby byla empatická a vnímala člověka jako holistickou bytost.

Pojem ošetrovatelský proces byl v literatuře poprvé zmíněn v 50. letech 20. století. Použit byl poprvé L. Hallovou v roce 1955 a v roce 1967 v USA byl všeobecně přijat jako základ ošetrovatelské péče. Zpočátku byl kladen důraz na posouzení pacienta, které nevedlo k vytvoření ošetrovatelské diagnózy.

Dnes se používá ošetrovatelský proces, který se skládá z pěti fází na sebe navazujících a vzájemně se prolínajících. (6, 9, 10)

#### **4.1.1 Zhodnocení pacienta**

Jedná se o posouzení nemocného pomocí rozhovoru, pozorování, testování, měření, konzultace, studia zdravotnické dokumentace. Sběrem informací získaných od samotného nemocného, ale i od nejbližších příbuzných, se získává soubor problémů a tělesných, psychických, sociálních a spirituálních potřeb pacienta. (9)

#### **4.1.2 Stanovení ošetrovatelské diagnózy**

Ošetrovatelská diagnóza se stanoví pomocí analýzy sesbíraných informací. Stanovená diagnóza je formulací aktuálního nebo potenciálního problému pacienta. Akutní ošetrovatelská diagnóza je současný problém, který trápí pacienta momentálně. U potencionální ošetrovatelské diagnózy jde o riziko, které může pacienta teprve ohrožovat. Ke stanovení ošetrovatelských diagnóz se používá taxonomie ošetrovatelských diagnóz, která sjednocuje názvosloví umožňující systematické třídění. (9)

### **4.1.3 Plánování ošetrovatelské péče**

Při plánování ošetrovatelské péče jde o pracovní postup určující prioritu problémů se stanovím krátkodobých a dlouhodobých cílů a o plánování ošetrovatelských intervencí. Do této fáze zapojujeme podle možností pacienta a jeho rodinu a společně řešíme daný problém. (9)

### **4.1.4 Realizace ošetrovatelského plánu**

V této fázi se realizuje ošetrovatelský plán a provádí se naplánované ošetrovatelské intervence. Jde o aktivní ošetrovatelskou péči jejíž součástí jsou činnosti, které vykonává nejen ošetrovatelský personál, ale i rodina, příbuzní. Zahrnuje se sem i přípravu pacienta, prostředí a pomůcek. (9)

### **4.1.5 Hodnocení poskytnuté péče**

Hodnotí se splnění stanovených cílů a k jakým výsledkům a reakcím u pacienta došlo. Hodnocení může být objektivní pozorováním, měřením, za pomoci tabulek a grafů a subjektivní, kdy pacient sdělí, jak je spokojený s poskytovanou péčí.

Pokud cíle nebyly splněny, jsou výsledky podkladem pro vytvoření nových ošetrovatelských diagnóz nebo pro reaktivaci celého procesu. (9)

## **4.2 Ošetrovatelský model Marjory Gordonové - obecně**

Pro zpracování ošetrovatelských diagnóz jsem si zvolila koncepční model doktorky Marjory Gordonové považovaný odborníky z hlediska holistické filozofie za nejkomplexnější. Myslím si, že zdravotní sestra podle něj může kvalifikovaně zhodnotit zdravotní i mentální stav nemocného. Podle tohoto modelu mohou kvalitně stanovit nedostatky v základních biologických, psychických a sociálních potřebách člověka a další poruchy, jimiž je provázáno jeho základní onemocnění.

Doktorka Marjory Gordon – profesorka ošetrovatelství na univerzitě v Bostonu a koordinátorka v oblasti Ošetrovatelské péče o dospělé, přednáší a věnuje se ošetrovatelské teorii a výzkumu ošetrovatelských diagnóz a plánování



péče. Její model je výsledkem grantu, který byl v 80. letech financován vládou USA. Do roku 2004 byla prezidentkou Severoamerické asociace pro ošetrovatelskou diagnostiku - NANDA (The North American Nursing Diagnosis Association). Ošetrovatelský model Gordonové, který v roce 1987 publikovala, se nazývá také „model fungujícího (funkčního) zdraví. Jeho jednotlivé oblasti ke stanovení ošetrovatelských diagnóz vycházejí z individuálního výchozího stavu, z norem stanovených pro věkovou skupinu a z norem kulturních a společenských:

(10)

- 1. Vnímání zdraví** – popisuje klientův názor na vlastní zdraví, klientovu celkovou péči o své zdraví, uvědomění si a zvládání zdravotních rizik.
- 2. Výživa a metabolismus** – popisuje denní dobu, způsob přijímání potravy a tekutin, její kvantitu a kvalitu. Patří sem i hodnocení stavu kůže, vlasů, nehtů, chrupu a sliznic.
- 3. Vylučování** – popisuje způsob, pravidelnost a poruchy ve vyprazdňování střeva, močového měchýře a kůže. Hodnotí se též kvalita a kvantita exkrementů.
- 4. Aktivita a cvičení** – popisuje druhy aktivit jedince (cvičení, sport, aktivity ve volném čase i základní denní aktivity, tedy sebeobsluhu) a faktory ovlivňující tuto aktivitu.
- 5. Spánek a odpočinek** – popisuje spánek (způsob, doba trvání, rituály, kvalita, kvantita a poruchy), odpočinek, relaxaci a vnímání úrovně energie a síly získané odpočinkem.
- 6. Vnímání (citlivost) a poznávání** – popisuje smyslové vnímání a poznávání (přiměřenost, poruchy, kompenzační pomůcky), bolest a kognitivní schopnosti (paměť, myšlení, řeč).

7. **Sebepojetí** – zahrnuje klientovu celkovou charakteristiku sama sebe.
8. **Role a mezilidské vztahy** – popisuje způsob, vlastní vnímání, přijetí a plnění rolí, závazky a odpovědnost. Udává úroveň vztahů v rodině, zaměstnání, společnosti v nemoci
9. **Sexualita** – popisuje spokojenost nebo problémy jedince v sexuální oblasti (sexuální život, pohlaví), zahrnuje také reprodukční období ženy.
10. **Stres** – popisuje celkový individuální způsob tolerance a zvládání stresových situací.
11. **Životní hodnoty, přesvědčení a víra** – popisuje individuální žebříček hodnot, cíle a přesvědčení klienta mající vliv na jeho chování. Zahrnuje vše, co je pro klienta důležité. (10)
12. **Jiné.** -----

#### **4.3 Ošetřovatelský model Marjory Gordonové u pana J.M.**

O pana J.M jsem pečovala 42. den hospitalizace na otevřeném psychiatrickém oddělení při denní službě od 7.00 do 19.00 hodin.

Při rozhovoru se choval tento starší muž takto: obtížněji artikuloval, posmutnělý, zpomalený v řeči i gestikulaci. Pacient kvůli depresi nebyl schopen používat při našem rozhovoru příliš rozvitých vět a nedokázal se příliš slovně vyjádřit. Bylo tedy nutné klást během sběru dat podle modelu Gordonová častěji konkrétnější, uzavřené a doplňující otázky.

#### 4.3.1 Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

a) Jak se cítíte?

Jsem nervózní, sklíčený a mám smutnou náladu.

Jak vnímáte svůj zdravotní stav?

Cítím se ještě dost depresivní. Na stupnici od 1 -10 (známka 10 nejhorší) hodnotím číslem 6. Zlepšení ale vnímám. Déle spím. I dnes jsem měl prodloužený spánek.

b) Jaká byla úroveň zdraví před onemocněním?

Před půl rokem jsem začal výrazně hubnout. Asi 25 kg. Myslel jsem, že mám rakovinu a psychicky se zhroutil. K tomu se dostavily i bolesti při močení a nepříjemné zvuky v uších. Po různých vyšetřeních se zjistilo, že mám zánět tlustého střeva a několik polypů, zvětšenou prostatu a tinnitus. Bylo toho na mě moc, došlo k propadu nálady.

c) Jaké jste prodělal úrazy, nehody, onemocnění?

V dětství jsem často trpěl na záněty středního ucha a angíny.

d) Děláte něco pro své zdraví, jak si ho udržujete?

Občas jsem jezdil na kole, na střední škole dokonce závodně. Dříve jsem chodil i sem tam plavat. Na dovolenou jsme jezdili s rodinou jen 1x za rok v létě na 14 dní. Jinak jsem spíše hodně pracoval. K hlavnímu zaměstnání jsem pracoval ještě na dohodu v administrativní oblasti pro pojišťovnu VZP. Práce mě bavila, asi jsem byl „vorkoholik“. Nyní nejsem žádného sportu či záliby schopen.

e) Víte, proč vzniklo Vaše onemocnění, jakou má příčinu? Ano

Nezvládl jsem ten velký stres. Myslím si, že jsem příliš pracoval, ale práce mě naplňovala. Pak ty různé zdravotní obtíže. Nakonec si myslím, že je to dědičné. Psychické problémy máme v rodině.

f) Dodržujete lékařská a sesterská doporučení? Ano

Užívám pravidelně léky na depresi a věřím v EKT.

Snažím se více pít a účastnit se psychoterapií.

g) Znáte rizika onemocnění? Ano

Sebevražedné myšlenky nemám. Spíše si připadám k ničemu, neschopný.

- h) Máte pocit, že je spolupráce mezi Vámi a personálem dostatečná? Ano  
Hlíďají jak piji, jím. Každý den se mě na vizitě ptají na můj stav. Vše mi tu vysvětlují, hlavně kolem EKT.
- ch) Jaké máte plány do budoucna (s přihlédnutím k nemoci)?  
Chci se zbavit deprese, hlavně kvůli manželce, aby se mnou neměla tolik starostí.

#### **4.3.2 Výživa a metabolismus**

##### Stravovací návyky:

- a) Jaký je váš denní příjem tekutin?  
Vypiji 1 litr za den. Nemám pocit žízně. Dříve jsem pil tak 1,5-2 litry.  
Teď více nemůžu, nejde to.
- b) Konzumujete alkohol?  
Ano, ale jen příležitostně na oslavách narozenin členů rodiny.
- c) Jak vypadá vaše stravování?  
Zde jím pravidelně 3x denně, ale zvládám jen malé porce. Doma jsem jedl v poslední době jen 1x denně kolem 18:00 na manželčinu vyzvu. Stačila mi i polévka.
- d) Máte alergii na nějaké jídlo? Ne
- e) Dodržujete nějakou dietu? Ano, šetřící dietu číslo 2  
V dodržování diety kvůli zánětu střev mu hodně pomohla manželka, která omezuje při vaření tuky, koření a nabízí mu celozrnné pečivo.
- f) Užíváte doplňky ve výživě? Ne

##### Stravovací problémy:

- a) Máte chuť k jídlu?  
Nemám, k jídlu se nutím.
- b) Jsou nějaká jídla, která vám vyvolávají poruchy trávení?

Nedělají mi dobře mastná a kořeněná jídla. Mám po nich křeče žaludku.

- c) Máte umělý chrup? Ne, chrup mám vlastní.
- d) Máte potíže se žvýkáním a polykáním? Ano  
Hlavně tvrdší maso nerozžvýkám. Sice mám chrup vlastní, ale v horní části mi chybí 7 zubů a dole 4 zuby.

Vážím 85 kg (před hospitalizací 82 kg)

Měřím 171 cm

BMI 29 – norma

Stav kůže:

- a) Máte nějaké změny na kůži a pokud ano, tak kde?  
Mám kvůli EKT 3 dny starý vpich na pravém hřbetu ruky po zavedení kanyly.  
Kanyla mi byla dnes ráno zrušena.  
V obou loketních jamkách mám starší zhojené vpichy. Jsem dárce krve. Mám za sebou 60 bezplatných odběrů krve a dostal jsem zlatou plaketu doktora Jánského.  
Kožní defekty či poranění se mi hojily vždy dobře, bez komplikací.
- b) Jaký je váš stav kůže?  
Kůži mám sušší.  
Pacientova kůže je „papírová“. Patrné jsou drobné šupinky kůže.
- c) Jaké máte vlasy (vousy)?  
Vlasy mám krátké, šedivé, s kotletami. Vousy si holím ob 2 dny, ale musím se do toho nutit.  
Vlasy pacienta hodnotím jako husté.
- d) Jaká jsou vaše nehty?  
Netřepí se mi, ani nelámou.  
Pacient má nehty v dobrém stavu, čisté, zastřižené na ruku, ale i nohou do obloučku.

e) Jak pečujete o dutinu ústní?

Čistím si zuby 2x denně a to ráno a večer, ale musím se k tomu přemlouvat.

Pacient má oschlé rty a sliznice dutiny ústní.

f) Jak udržujete vaši tělesnou hygienu a jaké máte zvyklosti?

Každý den se odpoledne nebo večer sprchuji, ale musím se k tomu hodně přemáhat. Doma to bylo stejné.

### 4.3.3 Vyprazdňování

#### Vyprazdňování stolice:

a) Jak často chodíte na stolicí?

Průměrně ob 3 dny

b) Ovlivňuje změna prostředí vyprázdňování?

Ne

c) Máte obtíže s vyprázdňováním?

Ano, mám zácpu.

d) Jaký pozorujete charakter stolice?

Tvrďší konzistence

e) Užíváte projímadla?

NE, ale vařím si senný čaj nebo užívám sirup Lactulóza dle ordinace lékaře.

f) Máte pravidelný návyk vyprazdňování?

Ne, chodím

nepravidelně.

Pacient netrpí hemeroidy, nadýmáním ani průjmy a stolicí hodnotím jako formovanou bez příměsí krve či hlenu, hnědé barvy. Poslední stolice byla před dvěma dny. Pacient není inkontinentní stolicí. Nemá žádné vyprazdňovací rituály.

#### Vyprazdňování moče:

a) Jak často chodíte močit za 24 hodin?

Asi tak 3-4x za den

b) Změnila se frekvence močení v poslední době?

Ano

Dříve jsem doma chodil vícekrát.

- c) Pociťujete nucení na močení během noci? **Ne**  
Chodím spíše až k ránu, kolem 5.-6. hodiny.
- d) Příjem a výdej tekutin? **Nesleduje se**
- e) Máte potíže při vylučování jako pálení, řezání, bolest či změny proudu?  
**Ano, mám menší proud, dlouho se nedostaví a musím u močení tlačit.**
- f) Inkontinence močová? **Ne**  
Pomůcky? **Žádné**  
Močová stomie? **Ne**  
Permanentní katétr? **Ne**

Pacientova moč má světle žlutou barvu, bez příměsí krve či zvláštního zápachu.

#### Vylučování potu:

- Přiměřené

#### **4.3.4 Aktivita a cvičení, soběstačnost**

- a) Máte pravidelnou pohybovou aktivitu?  
Ano, doma se chodím 3x za den na půl hodiny projít s naším psem po okolí. Je to rasa japonský šicu. Je mu 9 let. Procházky s ním zvládám. Zde na oddělení podle programu psychoterapií pravidelně každý den cvičím s ostatními pacienty v tělocvičně na ranní rozcvičce a v rámci LTV podle předcvičování rehabilitační sestry. Bývám ale často unavený.
- b) Jak trávíte volný čas?  
Doma jsem sledoval s manželkou pravidelně seriál „Ordinace v růžové zahradě“. Mám rád i detektivky a pořady o sportu a přírodě. Ale v poslední době mě netěšilo ani to. Tady sleduji nepravidelně jen zprávy. Jinak spíše odpočívám, polehávám. Někdy

se jdu krátce projít po parku kolem oddělení. Nic moc mě ale nebaví.

c) Máte nějaké problémy při pohybu?

ANO, při chůzi se tak jako šourám. Chodím pomaleji. Nevím proč. Docházím ale k neurologovi, sledují mě. Otec měl Parkinsonovu nemoc. Někdy si připadám, jako bych měl demenci.

d) Používáte pomůcky při chůzi? Ne

e) Máte problémy v určité poloze?

Ne přímo, ale při chůzi hlavně ze schodů se mi v létě 4x zamotala hlava a upadl jsem. Manželka to přisuzovala tomu, že jsem málo jedl a pil. Tady je to v pořádku.

f) Máte pomůcky, které vám omezují pohyb – kanyla, cévka či jiné?

Měl jsem sice ráno kanylu na hřbetu ruky, ale ani jsem necítil, že ji tam mám. Nepřekážela mi.

g) Zvládáte sebeobsluhu na oddělení? Ano, ale pořád se cítím unavený.

h) Je činnost, se kterou potřebujete pomoci?

Ne, jen se do všeho musím přemlouvat.

ch) Jak vypadá vaše soběstačnost doma?

Doma se snažím manželce pomáhat s domácími pracemi, ale často jsem to odkládal nebo jsem je nějak nemohl splnit. Nezvládal jsem pak už ani nákupy, které jsem měl rád. Vadili mi všude ty lidi. Jinak se o sebe doma postarám a manželka je mi velkou oporou. Nemůžu však zvedat kvůli tomu zánětu střev více než 15 kg a nejsem technický typ, i proto si někdy připadám doma k ničemu.

i) Podstupujete nějakou rehabilitaci?

Ne, jen tady na oddělení v rámci psychoterapeutického programu cvičím v tělocvičně jako ostatní pacienti s rehabilitační sestrou.



#### 4.3.5 Spánek a odpočinek

a) Jak vypadá vaše doba spánku během noci?

Nyní v 22 hodin už spím a probouzím se kolem 5. hodiny. Dříve jsem tu usínal až kolem půlnoci.

b) Spíte během dne? Ne, jen polehávám. Doma také přes den nespím.

c) Máte pravidelný spánek? Ne, za noc se 3-4x vzbudím, brzy ale opět usnu.

d) Poruchy spánku? Ano, spím přerušovaně.

e) Vnímáte nějaké změny spánkového rytmu?

Tady na oddělení se to pomocí léků dost zlepšilo. Déle spím, méně se budím.

f) Byly nějaké dřívější problémy se spánkem?

Ano, doma jsem chodil spát mezi 22.-23. hodinou a budil se často, hlavně mezi 2.-3. hodinou.

g) Užíváte léky na spaní?

Dříve jsem užíval pravidelně Prothazin, nyní po změně antidepresiv spím lépe a jen výjimečně si o něj požádám.

h) Máte spánkové návyky – aktivity před spánkem?

Pořádně si natřepu polštář.

ch) Upravujete si před spaním prostředí?

Doma mám otevřené dveře na balkón kvůli psovi a aby bylo chladněji v pokoji.

i) Cítíte únavu (okolnosti)? Ano, hlavně po námaze

j) Jakou formou odpočíváte?

Pasivně, vleže na zádech v posteli nebo jsem dříve rád chodil 2-3x do týdne nakupovat potraviny a porovnával ceny. Bavilo mě to.

#### 4.3.6 Smyslové vnímání a poznávání

Pacient je při vědomí.

- a) Trpíte halucinacemi? Ne
- b) Trpíte bludy? Ne
- c) Jste orientovaný? Ano

Jsem v Psychiatrickém centru, v Praze, rok 2010, dnes je středa

- d) Trpíte závratěmi? Nyní ne, 4x se objevily v létě při chůzi.
- e) Trpíte záchvaty? Ne
- f) Máte oční vadu? Asi ano

Je tu podezření na glaukom pravého oka. Zatím jsem bez léků.

- g) Nosíte brýle? Ano

Mám brýle na čtení, na pravém oku 2,5 dioptrie, na levém 2. Na oční kontrole jsem byl loni u své lékařky a tady u vás před zahájením EKT.

- h) Máte vadu sluchu? Asi ano

Obtěžuje mě tinnitus v levém uchu. Byl jsem letos na ušním vyšetření.

- ch) Máte poruchu řeči? Ano, chybí mi část chrupu.

- i) Popište svou řeč? Pomalá, místy koktám, zadržávám se.

Jsem v napětí, mám úzkosti, jsem nejistý. Možná proto.

- j) Jak hodnotíte svoji slovní zásobu? Přiměřená

- k) Máte poruchy paměti? Ano

1 rok jsem v péči neurologa. Na jaře jdu na kontrolu. Po EKT je to trochu horší.

- l) Pozornost? Hůře udržitelná

Špatně se soustředím, nemůžu teď číst. Doma jsem dříve pravidelně četl noviny.

- m) Jste schopen se rozhodovat? Obtížně

Jsem závislý na manželčině rozhodnutí. Často se cítím méněcenný. Vděčím jí ale za hodně.

- n) Máte potíže s učením? Ano, ale jednoduché věci zvládnu.

## Bolest

- a) Máte nějaké bolesti? ANO
- b) Která část těla vás bolí?  
Bolí mě levá zadní část hlavy. Myslím, že to souvisí s tinnitem. Teď aktuálně mě bolí hlava po EKT.
- c) Kdy začala?  
Před půl rokem začaly první obtíže s bolestí a šuměním levého ucha. To šumění a mírná bolest je každý den, večer nejintenzivnější. Pak se ta bolest trochu zintenzivněla po EKT.
- d) Znáte příčinu?  
Ne, to s tím uchem se ani neví. Možná to souvisí s častými záněty ucha z dětství. Na tu bolest po EKT mě doktor upozornil, že to se může objevit.
- e) Jak dlouho trvá?  
Už tak ¾ roku a dnes po EKT mě pobolívá už od rána více.
- f) Co bolest zmírní?  
Na bolesti hlavy zaberou léky. Na to šumění mi nic nepomáhá.
- g) Jaké léky proti bolesti užíváte?  
Ibuprofen. Beru si ho, když mi je fakt zle 1x za 14 dní. Dnes po EKT jsem si ho už vzal a zabral mi.
- h) Jaká je intenzita bolesti?

0 bez bolesti            1 slabá            5 nesnesitelná

0.....1.....2.....3.....4.....5

- ch) Jaký je její charakter?  
Je to taková tupá bolest.
- i) Ovlivňuje bolest spánek? Ne
- j) Má vliv na aktivitu? Ano  
Pokud je silnější, musím si jít lehnout a pak se mi trochu uleví.
- k) Ovlivňuje dýchání? Ne

- l) Jaké máte pocity při bolesti?  
Mám strach, úzkost a napětí.

#### **4.3.7 Sebepojetí, sebeúcta**

- a) Jak vidíte sám sebe?  
Jsem k ničemu. Nedokážu ani finančně zajistit rodinu. Je mi nepříjemné, že jsem závislý na manželce.
- b) Jak vás asi vnímá okolí?  
Myslím, že špatně. Dcery se se mnou příliš nebaví. Vidí, že často ležím. Nerozumí mi. Manželka tu situaci částečně chápe, ale chce, abych aspoň něco doma udělal.
- c) Jaký by jste chtěl být?  
Přál bych si být zdravý a rodině užitečný.
- d) Jak prožíváte současný zdravotní stav, pobyt v nemocnici?  
Špatně, stýská se mi po rodině, po vnoučatech.
- e) Máte pocit závislosti?                      Ano  
Částečně na manželce. Vše doma zařizuje ona.

#### **4.3.8 Plnění rolí, mezilidské vztahy**

- a) Bydlení?  
S manželkou bydlíme v bytě 3+1, ve městě, blízko centra
- b) Návštěvy v nemocnici?  
Jelikož bydlíme daleko, byla tu manželka 3x. Dcery tu za mnou nebyly. Starší dcera má měsíční miminko a druhá má také 2 malé děti.
- c) Problémy v rodině?                      Má nemoc je problém.
- d) Máte pocit osamělosti?                      Ano  
Chybí mi tady rodina. Doma nás často navštěvují vnoučata mladší dcery ( 3 a 6 let). Vydržím se s nimi hrát ale jen chvíli.
- e) Spokojenost se zaměstnáním?                      Ano, práce mě velmi těšila, naplňovala. Nyní jsem ale ve starobním důchodu (SD).

- f) Jaké jsou vaše současné role?  
Manžel, otec, dědeček, pacient, důchodce
- g) Narušení rolí hospitalizací?           Ano  
Narušení rolí onemocněním?        Ano
- h) Spolupráce se členy rodiny?        Ano, snažím se, ale hlavně manželka. Myslím, že mě ale dcery viní z toho, že manželka letos skončila v nemocnici. Byla přepracovaná.
- ch) Ekonomická situace?                Není dobrá, rodina má horší životní úroveň.

#### 4.3.9 Sexualita

Cítím se být mužem.

Rok sexuálně nežiji. Nebyly na sex myšlenky a oba nás s manželkou má nemoc změnila. Jsme unavení vším.

#### 4.3.10 Stres, zátěžové situace a jejich zvládnání

- a) Jak se cítíte po psychické stránce?  
Mám úzkosti a deprese. Cítím trochu napětí na hrudi.
- b) Jaká je vaše nálada?                 Jsem smutný, ale cítím se o trochu lépe.
- c) Máte suicidální myšlenky?         Ne
- d) Máte pocity méněcennosti?        Ano
- e) Strach z něčeho, někoho?         Ano, že se neuzdravím.
- f) Změny tělesného vzhledu?        Ano, projevuje se přirozené stárnutí.
- g) Změny v životě za poslední 2 roky?    Ano, trápí mě hodně zdravotních obtíží.
- h) Vyskytla se situace, kterou označujete za krizi?    Ano, před ¾ rokem.
- ch) Poradíte si v náročných situacích sám?        Ne, nevěřím tomu.
- i) Kdo vám pomůže?                    Manželka

- j) Užíváte léky, drogy, alkohol, jiné?                                      Jen léky od  
psychiatra, internisty.
- k) Jak náročné situace zvládáte?    Těžko  
Teď se ale tady učím relaxační techniky, jak pracovat s negativními  
myšlenkami, trénuji paměť a asertivní chování.
- l) Jak je nejčastěji řešíte?    Nechám je na manželce.

#### **4.3.11 Víra, přesvědčení, životní hodnoty**

- a) Jaké máte vyznání?    Jsem katolík.
- b) Máte plány do budoucna?    Uzdravit se a víc pomáhat doma, radovat  
se z vnoučat.
- c) Čeho si vážíte na svém životě?    Vážím si manželky.
- d) Hodnoty člověka?    Důležitá je pro mě upřímnost.

#### **4.3.12 Jiná sdělení, ostatní informace**

-----

#### 4.4 Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení nemocného

Pan J.M. se narodil roku 1947. Vystudoval střední ekonomickou školu. Svůj čas věnoval práci s čísly, která ho naplňovala, aktivně či pasivně sportu a také rodině. Nyní je rok v důchodu a žije se svou manželkou ve společné domácnosti v bytě. Obě dcery jsou již dospělé a soběstačné. Na otevřeném oddělení zaměřené na léčbu poruch nálad byl hospitalizovaný 58 dní pro depresivní epizodu. Potíže začaly hlavně v souvislosti se ztrátou zaměstnání, nástupem do SD a s výskytem mnoha somatických obtíží najednou. S nemocným jsem strávila nejen den příjmu, ale i další dny během hospitalizace jako jeho „patronka“. To znamená, že jsem s ním prováděla 1x týdně delší individuální pohovor, kdy jsme spolu hodnotili změny jeho psychického i somatického stavu a plánovali ošetřovatelský proces na týden další. Až k 42. dni jsem u pacienta J.M. provedla stručný rozhovor, cílené pozorování, akutní intervence a edukaci v rámci ošetřovatelského modelu Margory Gordonové. Důvodem byly patrnější výsledky elektrokonvulzivní terapie zahájené na přání pacienta 35. den a aplikované 3x týdně. Ze zjištěných informací jsem vypracovala ošetřovatelskou anamnézu.

Změřila jsem TK 100/70 mm Hg, P 68/minutu, TT 36,7 °C, DF 21/minutu. Pacient tento den udával akutní bolest hlavy jako nežádoucí účinek EKT léčby. Nevyprázdnil se 3. dnem spontánně, měl zácpu. Jeho pitný režim nebyl předešlé dny dostatečný. Byl často unavený a úzkostný. Pacient byl také ohrožen potencionálním rizikem zánětu po zavedení periferního žilního katétru před EKT terapií. Místo vpichu bylo po zrušení katétru klidné, bez začervenání a otoku.

#### **4.5 Krátkodobý plán ošetrovateľskej péče**

Aktuální ošetrovateľské diagnózy 42. dne hospitalizace

1. Úzkost související s depresí
2. Únava související s depresí
3. Snížený příjem tekutin související s depresí
4. Zácpa související se sníženým příjmem tekutin
5. Akutní bolest související s elektrokonvulzivní terapií

Potenciální ošetrovateľské diagnózy 42. dne hospitalizace

1. Riziko infekce související se zavedeným periferním žilním katétrem



#### 4.5.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy 42. dne hospitalizace

##### Úzkost související s depresí

###### Ošetřovatelský cíl:

- pacient bude vědět, jak se úzkost projevuje (třes rukou, zrychlené dýchání,...)
- minimalizovat projevy pacientovy úzkosti
- pacient bude používat relaxační techniky k redukci úzkosti

###### Ošetřovatelský plán:

- zjistí míru úzkostných stavů pomocí škály úzkosti
- mluv s pacientem o jeho projevech úzkosti
- podporuj pacienta, aby slovně vyjádřil své pocity
- aktivizuj nemocného v dotazování a přijímání informací
- odpovídej na otázky nemocného podle jeho potřeby
- poskytni nemocnému srozumitelné a ucelené informace o výkonech, seznam jej s novým prostředím a tyto informace pravidelně opakuj
- zajisti vhodné aktivity pro odreagování pacienta
- edukuj pacienta o relaxačních metodách a nacvičuj je s ním
- vytvoř podmínky pro častý kontakt s rodinou
- v případě silné úzkosti kontaktuj lékaře

###### Realizace a hodnocení:

Bodová hodnota úzkosti na Beckově škále je 25 – střední intenzita. S nemocným jsem mluvila o projevech úzkosti (vnitřní napětí, třes rukou, zrychlené dýchání). Navazovala jsem kontakt při každé příležitosti (při rozdávání léků, vydávání stravy, psychoterapeutickém programu, dle pacientovy nálady v jeho osobním volnu). Vždy jsem pacienta informovala o výkonech, které jsem dělala a co ještě bude následovat. Nemocný odpovídal na otázky téměř vždy jen pár slovy. Někdy se usmál. V odpoledních hodinách vypracovával kognitivní cvičení, nacvičoval za slovní podpory ošetřující sestry relaxační břišní dýchání, chodil na krátké procházky do parku a účastnil se večerních relaxací. Večer volával manželce ze svého mobilního telefonu, jaký měl den. Při aktivizaci nemyslel na své dýchání, třes se zmírnil. Pacientovi nebyla podána žádná extra medikace pro úzkost. Ošetřovatelský cíl byl pro dnešní den splněn.

## **Únava související s depresí**

### Ošetrovatelský cíl:

- pomoc při zvládnutí projevů pacientovy únavy
- minimalizovat projevy pacientovy únavy

### Ošetrovatelský plán:

- zjistí další možné únavu vyvolávající faktory (přílišná aktivita, nedostatek odpočinku, spánku a tekutin, vedlejší účinek léků, bolest, nesprávná výživa – těžká jídla, málo čerstvého vzduchu)
- naplánuj program aktivit a odpočinku tak, aby to vyhovovalo individuálním schopnostem klienta (častější pauzy na odpočinek, relaxace, krátká procházka v okolí oddělení nebo po parku Psychiatrické léčebny Bohnice)
- zvol metodu, která nejvíce zmírní pac. únavu: relaxační techniky, hudba
- dle ordinace lékaře podej léky tlumící bolest
- zajisti úpravu prostředí k odpočinku (vhodná teplota, vlhkost vzduchu, větraná místnost, soukromí, klid, osobní věci ve své blízkosti, jiné návyky – četba)
- dbej na dostatek tekutin a správnou výživu (před usnutím nejíst)

### Realizace a hodnocení:

Pacient 3 hodiny odpočíval po ranní EKT v lůžku. Pokoj byl dle pacienta příjemně vyvětraný. Odpočinek považoval za dostatečný. Bolesti hlavy po odpočinku a podání analgetika ráno již nepocíťoval. Pacient byl seznámen se spánkovou hygienou a vysvětlením, proč býval ještě více unavený, když často polehával i odpoledne v lůžku. Motivován pro pravidelnou účast na denních a večerních relaxacích. Dnes podstoupil obě relaxace. Příjem tekutin byl navýšen o 800 mililitrů (ml) na 1800 ml od 7.00–19.00 hodin. Podle programu psychoterapií cvičil dnes s ostatními pacienty v tělocvičně v rámci LTV podle předcvičování rehabilitační sestry. Při intenzivnějších a složitějších cvičích dle svých možností zvolnil tempo 3x během 20 minut. Navečer se šel krátce projít po parku kolem oddělení. Pacient dnes působil klidným, spokojeným dojmem. Cítil se příjemně. Ošetrovatelský cíl byl pro dnešní den splněn.

## **Snížený příjem tekutin související s depresí**

### Ošetrovatelský cíl:

- zvýšit pacientův příjem tekutin na 2000 ml/den

### Ošetrovatelský plán:

- edukuj o nutnosti dostatečného příjmu tekutin, o vhodných nápojích, potravinách
- sleduj účinky podávaných léků a psychický stav pacienta
- sleduj jeho TK, P, stav sliznic, kožní turgor, pocení, vylučování moče a stolice
- zjisti další faktory, které vedly ke snížení hydratace (vlhkost, teplota prostředí)
- zajisti dostatečný přísun tekutin a pobízej pacienta k pití

### Realizace a hodnocení:

Pacient ví, jaký je přiměřený denní příjem tekutin a umí vyjmenovat vhodné tekutiny. Od ošetřujícího lékaře zná i vedlejší účinky podávaných léků, které by mohly ovlivnit hydrataci. Má v normě TK a P, dobrý kožní turgor, vlhké sliznice, neporušenou kůži. Má vyvážený příjem i výdej tekutin.

U pacienta došlo ke zlepšení pitného režimu. Snaží se přes den vypít minimálně 1750 ml tekutin (7 hrnků). Dělal si čárky do notýsku 1 čárka = 1 hrneček = 250 ml tekutin. Poslední 8. hrnek si pacient popíjel po podání léků v 22. hodinu. Ráno i večer a dle přání pacienta se větralo na jeho pokoji.

Cíle pro dnešní den bylo dosaženo.

## **Zácpa související se sníženým příjmem tekutin**

### Ošetrovatelský cíl:

- nemocný se spontánně vyprázdní

### Ošetrovatelský plán:

- nabízej pravidelně pacientovi tekutiny (mírně mineralizované vody, zelený čaj)
- pouč nemocného o vhodné stravě, která má vliv na fyziologické vyprazdňování (ovoce, zelenina)
- informuj lékaře o problému a zajisti vhodný dietní režim
- podej projímadlo dle ordinace lékaře
- podporuj jeho dopolední a odpolední pohybovou aktivitu
- proved' nácvik defekačního reflexu (přizpůsob podle psychického stavu pacienta)

### Realizace a hodnocení:

Pacient vyslechl informace o vhodné stravě a pohybové aktivitě. Byla provedena konzultace s dietní sestrou o úpravě dietního režimu. Pacient má dietu číslo 2 – šetřící. Pacient si přikoupil ovoce a nápoje s vlákninou. Provedenou pohybovou aktivitou (přizpůsobenou psychoterapeutickému plánu), dietním a pitným režimem jsme se snažili o obnovení spontánního defekačního reflexu. Příjem tekutin byl 1800 ml od 7.00–19.00 hodin. Podle ordinace lékaře byly podány během dne 3 sáčky senného čaje a 3 lžice sirupu Lactulózy. Nácvik defekačního reflexu byl proveden pouze částečně, protože to psychický stav pacienta nedovolil. K vyprázdnění došlo bez obtíží. Pro dnešní den bylo cíle dosaženo.

## **Akutní bolest hlavy související s elektrokonvulzivní terapií**

### Ošetrovatelský cíl:

- pacientovi se sníží intenzita bolesti

### Ošetrovatelský plán:

- posuď pacientovu bolest: lokalizaci, charakter, nástup, trvání, zhoršující faktory
- sleduj jeho neverbální (úzkost, únava) i verbální projevy, změny chování a toleruj jeho individuální emoční projevy
- po konzultaci s lékařem podávej léky a obklady tišící bolest
- sleduj užívání, působení a účinky analgetik a chladnějších obkladů
- plánuj čas pro aktivitu i možnost dostatečného odpočinku a připrav vhodné prostředí pro jeho denní i noční zvyklosti (větrání, pohodlí, prostor)

### Realizace a hodnocení:

Pacient byl již den před elektrokonvulzivní terapií edukován o možnosti dopoledního odpočinku, spánku na pokoji a opět seznámen s potencionální svalovou slabostí a bolestí hlavy po EKT. Pacient byl dnes omluven z dopoledních psychoterapeutických aktivit. O tupých bolestech hlavy střední intenzity v oblasti levého spánku byl informován ošetřující lékař. Pacient měl normální hodnotu krevního tlaku a byly mu aktivně nabízeny tekutiny. Pokoj byl vyvětrán. Dle ordinace lékaře mu byla v 8 hodin ráno po snídani podána 1 tableta Ibalginu 400 mg per os a vše zaznamenáno do dokumentace. Účinek se dostavil do půl hodiny. Pacient bez bolestí. Pacient pospával 2 hodiny na pokoji, pak se účastnil od 11 hodin skupinové terapie – psychoterapeutická skupina s psychologem. Ošetrovatelský cíl byl pro dnešní den splněn.

#### 4.5.2 Potenciální ošetrovatelské diagnózy 35. dne hospitalizace

##### **Riziko infekce související se zavedeným periferním žilním katétrem**

(datum zavedení 25.11.- den EKT)

##### Ošetrovatelský cíl:

- pacient bude mít místo vpichu po kanyle bez otoku, začervenání a bolesti
- pacient bude znát zánětlivé příznaky

##### Ošetrovatelský plán:

- kontroluj místo vpichu - 1x/ 24 hodin (v 18.00 hodin)
- dotazuj se pacienta na bolestivost v místě vpichu
- kontroluj krytí (celistvé, suché)
- edukuj pacienta o příznacích komplikací
- stav kanyly a okolí zaznamenej do dokumentace

##### Realizace a hodnocení:

Pacientovi byla dnes ráno v 6.00 v den EKT asepticky zavedena kanyla. Aplikováno přes spojovací hadičku 0,2 ml Heparinu + 4,8 ml fyziologického roztoku i.v. Nemocný byl informován o možných komplikacích (příznacích zánětu) v místě vpichu (bolest, pálení,...) a o délce zavedení kanyly – 2 dny. Vizuální kontrola v 18.00 hodin v den EKT byla negativní, v místě zavedené kanyly a jejím okolí nebylo začervenání ani otok. Kanyla byla plně funkční. Krytí bylo suché. Pacient v době od 6.00 do 18.00 v místě vpichu nepociťoval bolest, pálení a měl TT 36,6 °C. Vše zaznamenáno do dokumentace. Cíl byl splněn.

#### 4.6 Dlouhodobý ošetrovatelský plán

Pacient byl 11.11. 2010 přijat na otevřené psychiatrické oddělení, kde byl uložen na čtyřlůžkový pokoj. Byl seznámen s ošetrovatelským týmem. Ten den s ním jeho ošetřující lékař provedl psychiatrické a somatické vyšetření, a dále naordinoval na další dny vstupní odběry krve, moče, EEG a psychologické vyšetření. Pacient se téhož dne dozvěděl, která ošetřující sestra bude jeho patronkou a byl s ním vyplněn ošetrovatelský protokol.

Příloha č. 14 Ošetrovatelská anamnéza pacienta J.M.

Byl obeznámen s režimem a chodem oddělení. Byla mu ukázána klubovna s TV, videem, DVD přehrávačem, klavírem, akváriem a knihovnou, tělocvična s boxovacím pytle, 2 posilovacími stroji, rotopedem a stolem na stolní tenis, jídelna, sesterna, patientská kuchyňka, WC a sprchy. Bylo mu vysvětleno plánování denních a víkendových propustek, individuální a skupinová psychoterapie.

Hodnocení pacienta dle sledování a rozhovorů s ošetrovatelským týmem:

##### 1. – 2. týden

Měl pokleslou, smutnou (depresivní) náladu, abulii, pociťoval velkou úzkost a napětí, měl patrný třes rukou, stranil se lidí, byl tichý, se zpomaleným psychomotorickým tempem . Při kontaktu se zakloktával. Udával hučení, bolesti hlavy, šumění v levém uchu, zhubnutí, nesoustředění, anhedonii a narušený spánek. Nemohl číst, sledovat televizi. Suicidální myšlenky negoval, ale připadal si k ničemu, nevěřil si.

##### 3. - 4. týden

Napětí a třes se zmírnil. Začal lépe spát, méně se budil. Stále byl ale nejistý. Dle individuálního plánu začal číst edukační brožurku o depresi (1-2 stran/den), plánovat činnosti na víkendovou propustku, učil se břišnímu dýchání a relaxačním technikám. Nálada se trochu projasnila i díky zprávě o narození vnučky. Těšil se na víkendy doma. Koncem 4. týdne se ale dostal do velké tenze. Dostavil se strach, že má demenci a že stav se nezlepší. Nastal stav paniky, kdy 2x zvracel.

Dle ordinace žurnálního lékaře mu byla aplikována 1 ampule Apaurinu i.m. s okamžitým účinkem.

#### 5. – 6. týden

Pacient se po rozmluvě se spolupacientem z vedlejšího pokoje, který prodělal úspěšně sérii 10 EKT, rozhodl tuto terapii také podstoupit. K tomuto kroku pacienta vedly i další situace. Některé dny se cítil kvůli depresím méněcenný, dříve měl 2 zaměstnání a zabezpečil tak rodinu, byl užitečný. Jedna z dcer mu to prý nedávno vyčetla. Na manželku toho také bylo moc. Manželka byla ošetřujícím lékařem o EKT také edukována a souhlasila s postupem léčby. Pacientovi bylo tedy natočeno EKG a podstoupil RTG hrudníku, oční a interní vyšetření.

#### 7. – 8. týden

Pacient prodělal 8x EKT, pak naléhal na propuštění. Pacient byl klidnější, aktivnější, méně úzkostí ráno. Bez kognitivních následků po EKT, jen mírné bolesti hlavy. Nálada se zlepšila, častější úsměvy, místy vtipkování. Doma čas trávil hlavně s vnoučaty. Obavy ze selhání se zmírnily. Lépe spal a těšil se domů.

Ošetrovatelská péče o tohoto pacienta zahrnovala přiměřené sledování příjmu tekutin a potravy, vyprazdňování moče a stolice, bolesti, míra úzkostí a depresivní nálady. Sledovalo se podávání léků per os a zda je řádně zapil, kontrolovaly se odběry krve a péče o periferní žilní katétr, který byl odstraněn každý třetí den dle standardu tohoto zařízení, provádění aktivizace (rozcvička, rehabilitační cvičení, relaxace, muzikoterapie, ergoterapie, asertivita, psychogymnastika, KBT a „taneční terapie“ v rámci LTV).

Příloha č. 6 Letáček o struktuře a významu „taneční terapie“ v rámci LTV

### **4.7 Psychologie nemoci**

Postoj nemocného k vlastnímu onemocnění je ovlivněn mnoha faktory. Závisí nejen na souhrnu nepříznivých změn, ale i na ztrátách ve třech základních oblastech: sociální, somatické a psychické. (16)



#### 4.7.1 Sociální význam nemoci

Nemoc se může považovat nejen za odchylku biologickou, ale i za určitý druh sociální deviace. Označení jakéhokoli projevu za chorobný jej zároveň nějak sociálně vymezuje a předurčuje postoj k jeho nositeli. Postoje, které v dané společnosti převládají, se projeví zákonitě i v názorech nemocného, v jeho subjektivním hodnocení vlastní nemoci. Pokud někdo závažněji onemocní, změní se určitým způsobem jeho identita. Projeví se v tom, jak přijímá, nebo nepřijímá roli nemocného. To znamená, zda se s ní identifikuje, či nikoliv, a následkem toho se i chová různým způsobem.

Onemocnění je jednou z mála odchylek sociální identity, která svému nositeli zaručuje i privilegia, např. ohledy, sympatii, trpělivost a ochotu tolerovat některé nedostatky. Nemoc je odchylka většinou sociálně tolerovaná. Tento postoj je dán tím, že si každý uvědomuje vlastní zranitelnost.

Nemoc je samozřejmou součástí života, zejména u lidí staršího věku. Snad proto si společnost zachovala postoj zahrnující ohled i pomoc na nemocné jako svou normu pozitivně hodnoceného chování. (16)

Závažně nemocný člověk získává určitou sociální roli, kterou lze charakterizovat několika základními rysy:

1. Nemocný nebývá považován za viníka svého nežádoucího stavu a předpokládá se, že si nedokáže sám pomoci.
2. Nemocný má určitá privilegia. Je oproštěn od určitých povinností, ale zároveň nemá stejná práva jako člověk zdravý.
3. Očekává se od něj, že se bude chtít uzdravit a bude spolupracovat při léčbě.

Pokud to nedělá, privilegia ztrácí a společnost jej přestává proto tolerovat.

Jakékoli závažnější onemocnění není jen záležitostí jedince, ale nějakým způsobem má vliv na celou rodinu. Pod vlivem chorobných změn se mění nejen role, ale i vztahy jednotlivých členů, někdy i celkový životní styl takto postižené rodiny, její hodnoty a normy. Závažná nemoc je zátěží, která mění situaci a mnohé parametry, na kterých závisí vztahy v této skupině. Základní problém, kterým nemoc je, stimuluje úsilí zaměřené na jeho zvládnutí. (16)

Testem rodinné soudržnosti, který ji buď potvrdí, anebo vede k jejímu rozpadu je vždycky závažnější zátěž. Rodina je pro těžce nemocného člověka jedinou sociální skupinou umožňující mu přijatelnou (dostupnou a zvládnutelnou) sociální integraci a poskytující potřebnou emoční podporu. Je jediným sociálním prostředím, v němž zůstává nemocnému individuálně specifická role, kde není anonymizován.

Závažné onemocnění působí jako silný stresor, jako zátěž, s níž se nemocný člověk musí nějak vyrovnat. (16)

Zvládání zátěže je označováno termínem coping. Rozlišují se dva základní způsoby jak zvládat zátěž:

1. Zvládání zaměřené na řešení problému.
2. Zvládání zaměřené na zlepšení emoční bilance, na zmírnění negativních prožitků. Jde o jakýsi symptomatický způsob reagování neřešící základní problém, ale přesto může člověku pomoci alespoň dočasně. (16)

Obranné reakce mohou být různé a samozřejmě se projevují nejen v oblasti prožívání, ale ovlivňují i způsob uvažování a chování nemocného. Zpracování zátěže, kterou představuje závažné onemocnění, probíhá ve fázích mající individuálně specifický průběh i délku trvání:

1. Fáze šoku a popření.
2. Fáze postupného přijetí skutečnosti
3. Fáze smíření s chorobou a jejími důsledky

#### **4.7.2 Rozumové hodnocení nemoci**

Počáteční uvědomění těžké nemoci může zintenzivnit potřebu své chorobě porozumět. Pod vlivem těžké choroby je člověk snadněji a ve větší míře nekritický, než by byl za standardních okolností. Hodnocení příčiny je často spojeno s potřebou najít viníka a potrestat ho. (16)

#### **4.7.3 Emoční postoj k nemoci**

Těžkou nemoc lze pojmut jako závažné osobní ohrožení, které logicky vyvolává strach a úzkost. Nemocný člověk reaguje smutkem a truchlením. Mohou se objevit i suicidální tendence, pokud má člověk pocit, že se s takovou ztrátou

nikdy nevyrovná, a život za těchto okolností pro něho ztrácí smysl. *Pocit bezmoci* je důsledkem představy neřešitelnosti vlastní situace. Z tohoto pocitu logicky vyplývá i beznaděj. Běžnou reakcí na jakoukoli závažnou zátěž, kterou může být i ohrožení osobně významné hodnoty vlastního zdraví, je *hněv*. Závažné onemocnění ovlivní rovněž základní psychické potřeby: může měnit jejich hierarchii, preferovaný způsob jejich uspokojování a motivaci. (16)

#### **4.7.4 Hodnocení psychického stavu pana J.M.**

Z individuálních pohovorů a z chování pana J.M. jsem pozorovala toto:

Díky negativnějšímu postoji jeho rodiny k depresi se ani on sám nemohl zcela identifikovat s touto psychickou poruchou. Zpočátku měla manželka trpělivost, brala ohledy a tolerovala nedostatky, ale déletrvající psychické obtíže vedly spíše k čím dál větší zátěži pro všechny a soudržnost rodiny velmi ochabla. V pacientovi se prohlubovala nejistota a podceňoval se. Cítil se méněcenný, přítěží a toužil, aby nemoc zmizela. Nechtěl rodinu trápit, bál se, vyčítal si to. Domnívám se, že situace byla podpořena i chováním dcer, kdy jedna z nich nebyla ochotna svěřovat mu příliš dětí, druhá ho nepozvala na oběd, že ho nechce vidět, když je v tomto stavu a podobně.

Manželství posuzoval v poslední době také jako spíše špatné. Za celou dobu hospitalizace ho manželka navštívila jen 2x. Jedna z návštěv byla za účelem edukačního rozhovoru manželky s ošetřujícím lékařem. Přestože cítil, že to není v rodině příliš dobré, těšil se na každou víkendovou propustku. Byl motivován ošetřujícím personálem nejen víkendovým plánováním činností, kdy měl manželce pomoci s drobnými domácími pracemi. Na oddělení bylo jeho sebevědomí podporováno pochvalami za každou snahu při terapiích.

Pacient odpověděl na otázku jaký je jeho cíl: „Chci vydržet léčení a mít spokojenou rodinu.“ Měl dvě hlavní přání: zdraví celé rodiny, spokojenost rodiny a být rád na světě, těšit se z maličkostí.

Pacient svou spokojenost s naší péčí vyjadřoval každý den nejen svým chováním, tedy slovy a mimikou, ale vyjádřil ji také v dotazníku, který dostal

v den propuštění při odchodu domů. Tento anonymní dotazník vyplňují všichni pacienti při propuštění a vkládají ho do bílé schránky u východu z oddělení.

Příloha č. 13 Dotazník spokojenosti pana J.M.

#### **4.8 Edukace**

Pro úspěšnou edukaci pacienta je důležitá nejen trpělivost, empatie, a pozitivní podpora, ale i kladení jednoduchých otázek, zpětná vazba a vybudování si důvěrného vztahu mezi ošetřující sestrou a pacientem.

Pacient J.M. byl edukován v podstatě průběžně celou hospitalizací, aby se dosáhlo maximálního zvládnutí jeho úzdravy a prevence návratu obtíží. Hned první den byl teoreticky, od 2. dne prakticky, seznámen se skupinovou psychoterapií, která je podstatou péče na otevřeném oddělení, kde byl hospitalizován. Byly mu poskytnuty informace o hlavních cílech a pravidlech skupinové psychoterapie. Byl postupně seznámen s aktivitami a edukován o jejich významu.

Příloha č. 7 Seznam psychoterapeutických aktivit na oddělení

Příloha č. 8 Hlavní cíle skupinové psychoterapie

Příloha č. 9 Pravidla skupinové psychoterapie

Edukaci jsem zaměřila na zlepšení psychické kondice, prevenci deprese a nespavosti pomocí pokynů spánkové hygieny a relaxačních metod.

Pro zlepšení psychické kondice jsou relaxační techniky nejvhodnější. Proto byl pacient motivován k pravidelné účasti na skupinové psychoterapii. Její součástí jsou denní relaxace vedené psychoterapeutickými sestrami a relaxační večery, které si pacienti řídí sami. Na klubovně si společně opakují a trénují relaxační techniky, navzájem si radí a podporují se. K tomu byl veden i pan J.M. Pravidelně 1x týdně při našem individuálním pohovoru, kdy jsme hodnotili spolu celkové psychické a somatické změny, byl tázán, co mu tyto techniky přináší, zda je zvládá a která z nich je z jeho pohledu pro něj nejpříjemnější. Po vzájemné domluvě jsme pro rychlé uvolnění a zvládnutí mírnější úzkosti trénovali zejména dechová cvičení (břišní dýchání) a náročnější Jacobsonovu progresivní relaxaci.

## Zklidňující dýchání při úzkosti

Spouštěčem úzkosti je obávaná situace, obavné myšlenky, stres.

Úzkost se projevuje zrychleným dýcháním = hyperventilací, která spustí další tělesné projevy vyvolané zvýšením O<sub>2</sub> a snížením CO<sub>2</sub> v krvi (bušení srdce, pálení na hrudi, zrychlený pulz, závratě, točení hlavy, rozostřené vidění, mravenčení rukou nohou, pocit dušení – knedlík v hrdle, bolest žaludku, nevolnost, bolesti svalů, třes, křeče, napětí, únav, slabost nebo pocení).

### Břišní dýchání

**1.** Lehněte si na postel nebo na deku, natáhněte nohy, ruce podél těla, uvolněte se.

**2.** Dýchejte normálně a klidně. Všimněte si, která část vršku vašeho těla se s každým nádechem zvedá. Položte si na toto místo ruku. Pokud je toto místo na vašem hrudníku, pak nevyužíváte svých plic dostatečně. Pokud je na břiše, v oblasti žaludku, pak dýcháte správně.

Pokud je vaše ruka na hrudníku, položte si druhou ruku na žaludek. Nacvičujte si dýchání do této oblasti, aniž by se vám zvedal hrudník. Můžete si pomoci tím, že úmyslně vystrčíte při každém vdechu břicho a na chvíli zatlačíte.

Když dýcháte do dolních plic, využíváte svůj dýchací systém naplno. Tomuto způsobu dýchání říkáme *přirozené dýchání*: pomalu, klidně dýchat do břicha a ne do hrudi. Takto byste měli dýchat po celý den.

**3.** Hluboké dýchání je rozvinutím tohoto procesu. S jednou rukou na hrudi a druhou na žaludku se zhluboka, pomalu nadechněte tak, že nejdříve naplníte spodní část plic, potom horní část plic. Při výdechu nejdříve vydechněte horní část plic (takže vám klesne horní ruka) a pak dolní část plic (takže klesne spodní ruka).

**4.** Nacvičujte si přirozené pomalé dýchání a hluboké dýchání několikrát denně, až je zvládnete. Cvičte pravidelně každý den. I když vám toto dýchání zpočátku může připadat nepřirozené, s procvičováním vám nakonec bude připadat normální a automatické.

Pokud ale uděláte příliš mnoho hlubokých vdechů za sebou, místo abyste dýchali pomalu a klidně, může se vám trochu zatočit hlava. Není to nic nebezpečného, znamená to pouze, že vám klesla hladina CO<sub>2</sub> v krvi. Jakmile své dýchání zpomalíte a vrátíte se k přirozenému dýchání tento příznak zmizí.

### **Jacobsonova progresivní relaxace**

Pohodlně se posadíme do židle, křesla nebo si lehneme. Zavřeme oči.

Postupně si uvědomujeme svalové skupiny jednotlivých částí těla, na 5 až 7 vteřin je mírně napneme a dalších 30 až 40 vteřin je uvolníme. Napětí můžeme spojit s nádechem a uvolnění s výdechem.

- zapínáme lehce a uvolňujeme postupně pravou ruku v pěst
- mírně nadzdvihneme pravé předloktí
- levou ruku v pěst
- nadzdvihneme levé předloktí
- zdvihneme obočí
- aktivujeme svaly v horní části obličeje a nosu
- aktivujeme svaly v dolní části obličeje
- mírně napínáme svaly krku a šíje
- svaly hrudníku
- svaly břicha
- svaly pravého stehna
- ohneme nohu v pravém kotníku směrem k hlavě
- ohneme nohu v pravém kotníku směrem k zemi
- svaly levého stehna
- ohneme špičku levé nohy směrem k hlavě
- ohneme špičku levé nohy směrem k zemi

Nakonec si v duchu můžeme krátce uvědomit postupně všech svalových skupin. Ještě asi minutu zůstaneme v příjemném uvolnění. Na závěr pohneme dlaněmi, chodidly, koleny, lokty a pomalu otevřeme oči.

Pro zlepšení prevence relapsu deprese jsme ze seznamu edukačních brožurek, které jsou k dispozici na oddělení, vybraly tyto: „Deprese není slabost“

a „Trpíte depresí ve vyšším věku?“ Pacient měl možnost v průběhu jejich čtení konzultovat své otázky s ošetřujícím lékařem na každodenní vizitě nebo při individuálních pohovorech. Dále byl veden k vyplňování Beckovy škály k hodnocení deprese a úzkosti jednou týdně a motivován, aby je hodnotil i doma.

Pacientovi byla i nabídnuta v rámci skupinového sezení s psychologem životopisná skupina. Pacient před ostatními spolupacienty vypravuje svůj životopis přibližně dle schématu životopisu na letáčku (Příloha č. 10) a hledají se souvislosti s jeho onemocněním a nepohodou. Pan J.M. této zkušenosti bohužel nevyužil. Bránil mu v tom ostych, napětí a úzkost i nižší sebevědomí.

Pro zlepšení nespavosti a její prevenci jsme s pacientem probrali spánkovou hygienu, její pravidla a porovnali s pacientovými návyky a zlovyky. Příloha č. 11 Edukační leták spánkové hygieny

Podle možností a psychického stavu jsem pana J.M. průběžně aktivizovala rozhovorem, zpočátku četbou časopisů, novin a nakonec knížek a vyplňováním kognitivních cvičení (přesmyčky zvířat, měst, hradů, celých vět, protiklady,...) Viz. příloha č. 12 Příklady trénování kognitivních funkcí

Aktivizace pacienta probíhala i pomocí sledování televize (zprávy ze světa, které měl reprodukovat) a procházkami se spolupacienty (návštěva zoofarmy, internetové kavárny). Zdůraznila jsem mu důležitost dodržování pravidelného režimu a plánování činností, až bude doma.

Při závěrečném edukačním rozhovoru před propuštěním jsme znovu probrali možné spouštěče a příznaky blížící se deprese (nespavost, porušená chuť k jídlu, kolísání nálady, sebevražedné myšlenky) uvedené v edukačních brožurách o depresi, kterými byl vybaven (příručka „Deprese a její léčba“ uvedená v seznamu literatury a neprodejný výtisk brožurky „Deprese“ vydanou VZP). Také jsme si opět připomněli, jak je důležité nepít alkohol, užívat pravidelně léky, pravidelně docházet na kontroly, chodit na procházky či cvičit a dělat to, co má rád. V případě náhlého zhoršení stavu, v době velké úzkosti nebo depresivní nálady, při výskytu vedlejších účinků léků v situaci, kdy jeho ambulantní psychiatr není k dispozici, byl seznámen s kontaktem na:

Centrum krizové intervence Psychiatrické léčebny Bohnice: tel. 284 016 110/666

## 5 Prognóza

U pacientů s depresivní poruchou je velmi nejistá. Návrat deprese je podmíněn mnoha faktory. Možnými spouštěči jsou často negativní životní události, vysazení nebo snížení dávky léku a změny ročních období. Důležitou roli hraje důvěra a spolupráce pacienta s ambulantním psychiatrem.

V případě J.M. jsem skeptická vůči chování rodiny. Chybí její podpora přispívající k psychické pohodě pacienta. Tato skutečnost může do budoucna pro pacienta být jedním z nepříznivých faktorů. Během hospitalizace vyslovil pan J.M. podezření, že pokud nebude doma zase fungovat „normálně“, stane se nepohodlným. Rodina se tedy možná pokusí o jeho umístění do domova pro seniory nebo do podobného zařízení pro psychicky nemocné.



## **6 Závěr**

Cílem mé bakalářské práce bylo komplexně zpracovat problematiku péče o pacienta s depresivní poruchou, který podstoupil EKT léčbu. Zpracovala jsem ji po stránce klinické a ošetrovatelské. K tomu jsem použila uvedenou odbornou literaturu, informace od nemocného, lékařskou dokumentaci a po schválení i materiály používané na otevřeném oddělení, kde byl pan J.M. léčen.

Velice mne potěšilo, že byl můj pacient propuštěn domů, kam se těšil hlavně na vnoučata, v dobrém stavu, a že ošetrovatelská a lékařská péče měla uspokojivý konec.

## 7 Literatura

- 1) ANDERS, M. et.al.: *Depresivní porucha v neurologické praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. 280 s. /23-36, 43-44, 46-47, 54, 56, 60, 69-77, 82-83, 89-99, 101-104/ ISBN 80-7262-306-0
- 2) DOENGES, E. M. et.al.: *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2001. 556 s. ISBN 80-247-0242-8
- 3) DOUBEK, P. et.al.: *Deprese a její léčba*. Příručka pro pacienty a jejich rodiny. Praha: Maxdorf s.r.o., 2007. 32 s. ISBN 978-80-7345-136-3
- 4) DUŠEK, K., et.al.: *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2010. 632 s. /36-41, 234-235, 240-241, 337-338, 362, 390-397, 406, 424, 427-431, 566-580, 584-585/ ISBN 978-80-247-1620-6
- 5) HERMAN, E., PRAŠKO, J., SEIFERTOVÁ, D.: *Konziliární psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Medical Tribune, 2007. 604 s. /79-80, 81, 85, 87-89, 152-153, 157-158/ ISBN 978-80-903708-9-0
- 6) HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J.: *Psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Tigris, 2002. 895 s. /254-256, 266-268, 270, 276-277, 282, 413-414, 427, 431, 433, 436-438, 442, 448, 686, 706-724, 732-735, 760-763, 769-774, / ISBN 80-900130-1-5
- 7) HRDLIČKA, M.: *Elektrokonvulzivní terapie*. 1. vydání. Praha: Galén, 1999. 167 s. ISBN 80-7262-004-5
- 8) MARKOVÁ, E. et.al.: *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006, 352 s. ISBN 80-247-1151-6
- 9) MASTILIAKOVÁ, D.: *Úvod do ošetrovatelství II. díl – Systémový přístup*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova, 2002. 160 stran. ISBN 80-246-0428-0
- 10) PAVLÍKOVÁ, S.: *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3

- 11) PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., PRAŠKOVÁ, J.: *Deprese a jak ji zvládat*. 2. vydání. Praha: Portál, 2008. 184 stran. ISBN 978-80-7367-501-1
- 12) RABOCH, J., et.al.: *Klinická psychiatrie v denní praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, 2008. 158 s. /80-98/ ISBN 978-80-7262-586-4
- 13) RABOCH, J., et.al.: *Psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2001. 559 s. ISBN 80-7262-140-8
- 14) SLEZÁKOVÁ, L., et.al.: *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty III – Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 216 stran. 978-80-247-2270-2
- 15) ŠTĚPANOVSÁ, H. et.al.: *Pharmindex brevír*. 17. vydání. Praha: Medical Tribune, 2008. 1219 s. ISBN 978-80-87135-05-1
- 16) VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese - Variabilita a patologie lidské psychiky*, 2. vydání. Praha: Portál, 2000. 444. stran /27-35/ ISBN 80-7178-496-5

### Internetové zdroje

- 1) SÚKL. *Státní ústav pro kontrolu léčiv* [online]. 2010 [cit. 2011-13-4]. <http://www.sukl.cz/leciva>.
- 2) PŘÍKRYL, R. Antipsychiatrické hnutí. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2010, 11(1): 40–41 [cit. 2011-23-4]. <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/01/10.pdf>

## **8 Seznam zkratek**

i.m. – intramuskulární aplikace (do svalu)

i.v. – intravenózní aplikace (do žíly)

SR – prodloužený účinek

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

LTV – léčebná tělesná výchova

## 9 Seznam příloh

*Níže uvedené materiály užívané na otevřeném oddělení Psychiatrického centra Praha, které jsou součástí mé bakalářské práce, byly použity se souhlasem vedení tohoto zařízení.*

- 1) Stupnice Montgomeryho a Asbergové pro posuzování deprese
- 2) Beckova sebesuzovací stupnice deprese a úzkosti
- 3) Příklad informovaného souhlasu k EKT
- 4) Příklad záznamu informací o průběhu EKT
- 5) Somatické vyšetření pana J.M.
- 6) Letáček o významu a struktuře „taneční terapie“ v rámci LTV
- 7) Druhy psychoterapeutických aktivit na otevřeném oddělení
- 8) Hlavní cíle skupinové psychoterapie
- 9) Pravidla skupinové psychoterapie
- 10) Schéma životopisu pro skupinové sezení s psychologem
- 11) Edukační leták spánkové hygieny
- 12) Příklady trénování kognitivních funkcí
- 13) Dotazník spokojenosti pana J.M.
- 14) Ošetřovatelský protokol – ošetřovatelská anamnéza pacienta J.M.
- 15) Plán ošetřovatelské péče

## Příloha 1

### Stupnice Montgomeryho a Åsbergové pro posuzování deprese

<b>Pacient:</b>	<b>MADRS</b>
<b>Datum:</b>	
<b>Škáloval:</b>	

*Upozornění:* Lékař se může rozhodnout buď pro skóre definované škálou (tj. 0, 2, 4, 6) nebo pro nedefinované, ležící mezi nimi (1, 3, 5)

01.	<b>Smutek - objektivně</b>	
	Smutek, deprese, zoufalství znamenají více než jen přechodně posmutnělou a špatnou náladu zračící se v řeči, výrazu tváře a držení těla. Skórujte podle hloubky a podle toho, jak se nemocný "vyjasní" vlivem podnětu.	
	0 - Žádný smutek	
	2 - Posmutnělý, ale schopný "vyjasnění" nálady bez potíží	
	4 - Smutný a nešťastný většinu dne	
	6 - Stále velmi smutný, extrémně depresivní	
02.	<b>Smutek - subjektivně</b>	
	Skóruje se příznak smutku podle subjektivních výpovědí, bez ohledu na vzezření nemocného. Zahrnuje smutek, depresi a pocity beznaděje. Skóruje se podle intenzity, přetrvávání v čase a potlačitelnosti zevními podněty.	
	0 - Občasná posmutnělost přiměřená životním okolnostem	
	2 - Smutná a skleslá nálada, z níž se však nemocný snadno dostane	
	4 - Smutek a deprese, které nemocného ovládají, nálada je však stále ještě ovlivňována zevními podněty	
	6 - Trvale přetrvávající smutek, skleslost, pocity zoufalství	
03.	<b>Vnitřní napětí</b>	
	Pocity těžko popsatelného vnitřního neklidu, nevěle, napětí, nervozity, stupňující se případně až do paniky, děsu nebo úzkostné trýzně.	
	0 - Klidný, jen prchavé stavy	
	2 - Občasné stavy vnitřní tenze	
	4 - Přetrvávající nebo časté stavy vnitřní tenze až "paniky", případně úzkostné trýzně nebo hrůzy, jež nemocný zvládá jen s obtížemi	
	6 - Trvalé stavy vnitřního napětí a neklidu; nemocného ovládá panika	
04.	<b>Poruchy spánku</b>	
	Zkrácený, mělký spánek v porovnání se spánkem zdravým	
	0 - Spí jako normálně	
	2 - Lehké poruchy usínání nebo lehké snížení hloubky a doby trvání spánku, spánek je poněkud neklidný	
	4 - Spánek je zkrácen nebo přerušen nejméně o dvě hodiny	
	6 - Spí méně než 2-3 hodiny	
05.	<b>Nechutenství</b>	
	Pokles chuti k jídlu ve srovnání s normálními poměry. Skórujte podle toho, jak má na jídlo chuť nebo jak se musí do jídla nutit	
	0 - Normální nebo zvýšená chuť k jídlu	
	2 - Lehce snížená chuť k jídlu	
	4 - Nechutenství, jídlo bez chuti	
	6 - Musí se nutit do jídla, přemlouvav, aby se vůbec najedl	

<b>Pacient:</b>	<b>MADRS</b>
<b>Datum:</b>	
<b>Škáloval:</b>	

06.	<b>Poruchy soustředění</b> Poruchy soustředění jež se mohou stupňovat až do invalidizujícího narušení myšlenkového procesu. Skórujte podle intenzity, četnosti výskytu a stupně narušení myšlenkového procesu. 0 - Žádné poruchy soustředění 2 - Občasné poruchy soustředění 4 - Poruchy soustředění a udržení myšlenkové niti patrné při čtení a konverzaci 6 - Soustředění se na četbu nebo konverzaci jen s největšími obtížemi	
07.	<b>Abulie, ztráta iniciativy</b> Pokles životní energie, poruchy volní složky jednání na počátku nebo v průběhu běžné denní činnosti. 0 - Normální iniciativa 2 - Nevůle něco začít 4 - Potíže s přinucením se do běžné denní činnosti, vše vyžaduje zvýšenou námahu 6 - Úplná abulie a ztráta iniciativy, bez pomoci neudělá nic	
08.	<b>Neschopnost citové odezvy</b> Snížené emoční reakce na zevní podněty, životní podnikání a lidi. 0 - Normální reaktivita 2 - Snížená emoční reakce 4 - Nemá citový zájem o okolí, o přátele a známé 6 - Emočně "paralyzován", neschopen pocitu zlosti, smutku či radosti, úplná, někdy bolestně pocíťovaná ztráta přirozených kladných pocitů k příbuzným a známým	
09.	<b>Pesimismus</b> Pocity až myšlenky provinilosti, méněcennosti, sebeobviňování, vlastní hříšnosti, zásluhy trestu, ruinační bludy 0 - Žádné pesimistické myšlenky 2 - Občasné myšlenky o vlastní méněcennosti, sebevčítky, přemýšlení o vlastních "chybách" 4 - Soustavné autoakuzace, myšlenky o vlastních "chybách", proviněních a prohřešcích, jež však mají doposud určité racionální jádro, zvýšeně pesimistický názor na budoucnost 6 - Autoakuzací, pesimistické, ruinační a eternitní bludy, absurdní a nevyvrátitelné	
10.	<b>Suicidální myšlenky</b> Život nestojí za to žít, myšlenky o vitanosti přirozené smrti, na sebevraždu, příprava sebevraždy. Fakticky provedené suicidální pokusy neberte při skórování v úvahu. 0 - Má zájem na životě nebo jej bere tak, jak je 2 - Otrávený životem, občasné úvahy o sebevraždě 4 - Raději by nežil, úvahy o sebevraždě časté, sebevraždy by byla možným řešením situace, plány na sebevraždu však dosud nejsou konkrétní a promyšlené 6 - Konkrétní plány na sebevraždu, kdyby byla možnost, aktivní příprava sebevraždy	

## Příloha 2

### Beckova sebesuzovací stupnice deprese

		<b>BECK</b>
<b>01. Nálada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 - nemám smutnou náladu</li> <li>1 - cítím se poněkud posmutnělý, sklíčený</li> <li>2 - jsem stále smutný nebo sklíčený a nemohu se z toho dostat</li> <li>3 - sem tak smutný nebo nešťastný, že to už nemohu snést</li> </ul>	
<b>02. Pesimismus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 - do budoucnosti nepohlížím nijak pesimisticky nebo beznadějně</li> <li>1 - poněkud se obávám budoucnosti</li> <li>2 - vidím, že se už nemám na co těšit</li> <li>3 - vidím, že budoucnost je zcela beznadějná a nemůže se zlepšit</li> </ul>	
<b>03. Pocit neúspěchu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 - nemám pocit nějakého životního neúspěchu</li> <li>1 - mám pocit, že jsem měl v životě více smůly a neúspěchů než obvykle lidé mívají</li> <li>2 - podívám-li se zpět na svůj život, vidím, že je to jen řada neúspěchů</li> <li>3 - Vidím, že jsem jako člověk (otec, manžel apod.) v životě zcela zklamal</li> </ul>	
<b>04. Neuspokojení z činnosti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 - nejsem nijak zvlášť nespokojený</li> <li>1 - nemám z věcí takové potěšení, jako jsem mívával</li> <li>2 - už mě netěší skoro vůbec nic</li> <li>3 - ať dělám cokoli, nevzbudí to ve mně sebemenší potěšení</li> </ul>	
<b>05. Vina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 - necítím se nijak provinile</li> <li>1 - občas cítím, že jsem méněcenný, horší než ostatní</li> <li>2 - mám trvalý pocit viny</li> <li>3 - ovládá mě pocit, že jsem zcela bezcenný, zlý, provinilý člověk</li> </ul>	
<b>06. Nenávisť sebe sama</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 - necítím se zklamán sám sebou</li> <li>1 - zklamal jsem se sám v sobě</li> <li>2 - jsem dosti znechucen sám sebou</li> <li>3 - nenávidím se</li> </ul>	
<b>07. Myšlenky na sebevraždu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 - vůbec mi nepřipadne na mysl, že bych si měl něco udělat</li> <li>1 - mám někdy pocit, že by bylo lépe nežít</li> <li>2 - často přemýšlím, jak spáchat sebevraždu</li> <li>3 - kdybych měl příležitost, tak bych si vzal život</li> </ul>	



<b>Pacient:</b>	<b>BECK</b>
<b>Datum:</b>	
<b>Škáloval:</b>	

<p><b>08. Sociální izolace</b></p> <p>0 - neztratil jsem zájem o lidi ve svém okolí  1 - mám poněkud menší zájem o společnost lidí než dříve  2 - ztratil jsem většinu zájmu o lidi a jsou mi lhostejní  3 - ztratil jsem veškerý zájem o lidi a nechci s nikým nic mít</p>	<input type="text"/>
<p><b>09. Nerozhodnost</b></p> <p>0 - dokážu se rozhodnout v běžných situacích  1 - někdy mám sklon odkládat svá rozhodnutí  2 - rozhodování v běžných věcech mi dělá obtíže  3 - vůbec v ničem se nedokážu rozhodnout</p>	<input type="text"/>
<p><b>10. Vlastní vzhled</b></p> <p>0 - vypadám stejně jako dříve  1 - mám starosti, že vyhlížím staře nebo neatraktivně  2 - mám pocit, že se můj zevnějšek trvale zhoršil, takže vypadám dosti nepěkně  3 - mám pocit, že vypadám hnusně až odpudivě</p>	<input type="text"/>
<p><b>11. Potíže při práci</b></p> <p>0 - práce mi jde od ruky jako dříve  1 - musím se nutit, když chci začít něco dělat  2 - dá mi velké přemáhání abych cokoli udělal  3 - nejsem schopen jakékoli práce</p>	<input type="text"/>
<p><b>12. Únavnost</b></p> <p>0 - necítím se více unaven než obvykle  1 - unavím se snáze než dříve  2 - všechno mě unavuje  3 - únava mně zabraňuje cokoli dělat</p>	<input type="text"/>
<p><b>13. Nechutenství</b></p> <p>0 - mám svou obvyklou chuť k jídlu  1 - nemám takovou chuť k jídlu, jako jsem mívával  2 - mnohem hůře mi teď chutná jíst  3 - Zcela jsem ztratil chuť k jídlu</p>	<input type="text"/>

## Beckův inventář úzkosti

<b>Pacient:</b> <b>Datum:</b> <b>Škáloval:</b>			<b>BECK</b>	
	<i>vůbec</i>	<i>mírně</i> moc mě to nerušilo	<i>středně</i> bylo to nepříjemné, ale dalo se to vydržet	<i>vážně</i> stěžím jsem to vydržel(a)
	0	1	2	3
1. Mrtvení nebo mravenčení				
2. Pocit horka				
3. Vratkost nohou				
4. Neschopnost odpočinku				
5. Strach z nejhorsí události				
6. Závrať nebo pocit na omdlení				
7. Bušení srdce, zrychlený tep				
8. Neklid				
9. Zděšení				
10. Nervozita				
11. Pocit dušnosti				
12. Chvění rukou				
13. Třes				
14. Strach ze ztráty kontroly				
15. Namáhavé dýchání				
16. Strach ze smrti				
17. Panika				
18. Trávící potíže nebo bolesti břicha				
19. Pocit na omdlení				
20. Zarudnutí v obličeji				
21. Pocení				

## Příloha 3

### SOUHLAS S LÉČEBNÝM POSTUPEM

Jméno a příjmení pacienta .....

Rodné číslo.....

### ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIE v počtu 1 – 10x

Prohlašuji, že jsem vysvětlil podstatu léčebného postupu pacientovi (zák. zást. pacienta) způsobem, který byl podle mého soudu pro něho (pro ně) srozumitelný. Seznámil jsem ho/ ji s důsledky tohoto postupu a s možnými komplikacemi – dočasné zhoršení paměti, pozornosti, orientace a srdečního rytmu.

Seznámil jsem pacienta (zák. zástupce pacienta) s možnými alternativami navrhovaného léčebného postupu a s problémy, které mohou nastat během uzdravování i s důsledky odmítnutí výkonu.

Vzhledem k tomu, že se EKT provádí při celkové anestézii, tak je nezbytný i souhlas s celkovou anestézií, prováděnou smluvním anesteziologem.

### CELKOVÁ ANESTÉZIE

Prohlašuji, že jsem seznámil pacienta/tku (zák.zástupce pacienta) se způsobem plánované anestézie (celková anestezie), která je nezbytná v souvislosti s léčebnou elektrokonvulzivní terapií . Rovněž jsem s pacienta/tku seznámil s možnými častějšími komplikacemi a riziky, včetně těch nejzávažnějších .

Běžná rizika celkové anestézie: poranění cév, zubů, dýchacích cest, srdeční arytmie, pooperační nevolnost a zvracení, retence moče.

Jméno a příjmení lékaře ordinujícího elektrokonvulzivní terapii a podávajícího vysvětlení pacientovi

Podpis:

Datum:

Jméno a příjmení lékaře – anesteziologa :

Podpis :

Datum :

Jméno a příjmení pacienta.....

Rodné číslo.....

Jméno a příjmení pacienta.....

Rodné číslo.....

---

*Pacient ( zák. zástupce )*

- 1) Přečtete si laskavě pozorně obě strany tohoto listu.
- 2) Pokud jste plně nerozuměli lékařovu vysvětlení, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte zeptat se lékaře.
- 3) Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište je.

*Já, pacient ( zák. zástupce )*

Prohlašuji, že jsem lékařem byl/a srozumitelně informován/a o povaze lékařských postupů uvedených výše, byl/a jsem též informován/a o některých možných rizicích a komplikacích těchto výkonů. Dále mne informující lékař seznámil s předpokládanou úspěšností léčebného postupu, s možnými alternativami i s důsledky toho, že by se výkon/postup neprovedl. Byl/a jsem rovněž informován/a o možných problémech během uzdravování.

Měl/a jsem možnost klást lékařovi doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím:

- s uvedenými léčebnými postupy (elektrokonvulzivní léčba, celková anestezie),
- s tím, že může být proveden jakýkoliv další výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav.

Jsem srozuměn /a s tím, že, uvedený léčebný postup nemusí být proveden lékařem, který mne dosud ošetřoval.

Podpis:

Datum:

**Poučení pro pacienta:**

- zájmem lékaře je Vám pomoci. Lékař Vám vysvětlí podstatu lékařského výkonu (léčebného postupu) a seznámí Vás s možnými alternativami. Můžete mu položit doplňující otázky. Máte právo navrženou léčbu (vyšetření) odmítnout.

- v Psychiatrickém centru Praha probíhají stáže lékařů a výuka studentů lékařských fakult a rehabilitačních pracovníků. Vaše vyšetření může být prováděno školenci pod bezprostředním a pečlivým dohledem odborných pracovníků nemocnice.

- máte právo odmítnout, aby Vaše vyšetření prováděl zdravotnický personál v zácivku. Takové odmítnutí v žádném případě neovlivní léčebnou péči, která je Vám Psychiatrickým centrem poskytována.

**Příloha 4**

Razítko zdravotnického zařízení (oddělení)	Příjmení a jméno		Datum narození		
	Zaměstnavatel		Rodné číslo		
	Číslo zdravotní pojišťovny		Adresa bydliště		
Datum	Průběh			Ošetření	
	<b>ELEKTROKONVULZE - THYMATRON TH<sup>2</sup> DG</b>				
	Datum	Poř. čís.			
	Před EKT:				
	TK	P	TT	Bandáž	
	Nastavení (věk)				
	Bitemporální		Unilaterální		
	Tonická fáze - sec:		Klonická fáze - sec:		
	Podpis a razítko lékaře				
	<b>ANESTEZIE</b>				
	Datum	Poř. čís.			
	Interní předoperační vyšetření dne:				
	Vyšetření před anestezii				
	Premedikace	Aplikoval:			
	Myorelaxace				
	Anestezie				
	Stav po ECT				
	Doporučení anesteziologa				
	Podpis a razítko anesteziologa				
	Po EKT:	15 min.	30 min.	45 min.	60 min.
	TK				
	P				
	SoO	před	po	po skončení oxygenace	

## Příloha 5

JMÉNO A PŘÍJMENÍ: M J

HABITUS: Mírně normosomní  
KŮŽE barva: norma  
turgor: v normě  
HLAVA velikost a konfigurace: norma  
čich: .....norma.....  
sluch: ...norma.....  
chrup: ...norma.....  
zrak: norma  
oční bulvy: ...volné  
zornice: izo  
nystagmus: 0..... diplopie: ...0.....  
fotoreakce: norma.... reakce na konvergenci: norma  
výstupy trigeminu: nebol. chvostek: neg.,  
r. nasopalpebrální: ...0 labiální: ...0. sací: 0  
jazyk: plazí ve střední čáře  
patrové oblouky: čisté  
polykání, řeč, hlas: norma  
výstupy n. occipit. maj:.....nebolestivé.....  
orofaciální dyskinéze: .. neg.....  
KRK štítná žláza: nehmatám  
lymfatické uzliny: ...0.....  
meningeální příznaky: ...neg.....  
HRUDNÍK srdce: v normě.....  
TK, P viz dekurs  
plíce: dýchání čisté  
axilární uzliny: .....0.....  
BŘICHO inspekce: v niveau , jizva po appe  
játra: nehmatám  
slezina: ...0  
kýla: ...0.....  
tapottement: bilat neg.....  
peristaltika: + .... rr (břišní): + ...  
tříselné uzliny: 0.....  
GENITÁL: .....nevyšetřen.....  
PÁTEŘ Bez bolestivosti

KONČETINY

HORNÍ

hybnost : norma  
síla svalová: ...orientačně v normě.....  
pasivní hybnost: ...norma.....  
rr. šlachové a okosticové: ...norma.....  
zánikové pyr. jevy: .....  
iritační pyr. jevy: .....  
ERP: .....0..... třes:0  
taxe: norma..... diadochokinesa: norma

DOLNÍ

Norma  
pasivní hybnost: norma.....  
r. patelární: .....norma.....  
r. Achilovy šlachy: .....norma.....  
zánikové pyr. jevy: ...neg.....  
iritační pyr. jevy: .....neg.....  
akathisie: .....0..... taxe: norma  
Varixy: 0

STOJ

I: norma                      II: norma                      III: norma

CHŮZE

souhyby: norma.....  
s otevřenýma očima: norma.....  
se zavřenýma očima: norma.....

ZÁVĚR SOMATONEUROLOGICKÉHO VYŠETŘENÍ:

kp, kompensován

11.11.2010

## Příloha 6

### „Taneční terapie“

Z vlastních zkušeností souhlasím s názorem, že při tanci jde o vyjádření lidské osobnosti pohybem. Pohybové změny a změny psychologické jsou navzájem propojeny. V mnoha literaturách se uvádí, že rytmické silné pohyby ve skupině pomáhají např. navodit pocit síly, moci, jednoty a tance krouživé vedou zase k prožitkům, při kterých se až ztrácí pocit těla a prožívá se spirituální já. Všechny tyto pocity jsem si mohla prožít u níže uvedených tanců a o totéž se chci pokusit u pacientů při „taneční terapii“. Existuje několik základních stylů a já vybrala dle svého citění a potřeby tance **latinsko-americké** a **společenské** (standardní). Věřím, že léčba tancem je metodou, která slouží jako forma uvolnění a pohyb je vnímán jako radostná zkušenost, radostné je dokonce prožívání smutku a hněvu, jestliže byly doposud příliš zadržované. Protože pohyb se pojí s pocity, má schopnost sdružovat lidi a toto se mi potvrdilo i v mé minimální praxi i podle Freuda existuje ve skupině emoční nákaza, která sdružuje. Pohyb u pacientů nikdy nechci hodnotit jako dobrý a špatný. Občas může být neadekvátní nebo omezený, ale vždycky se jedná o individuální vyjádření jedince a to takovým způsobem, jakým v daném okamžiku může reagovat. Použiji své dovednosti, kreativitu a spontaneitu k tomu, abych umožnila ostatním prožívat se na rovině tělesných vjemů a impulsů a umožnila jim komunikaci pomocí akce těla. Komunikace by měla být přímá a jednoduchá. Zároveň se budu snažit o práci směrem k "zdravému" tělu, tělu nesvázanému konflikty a napětím a schopnému jednat v rámci otevřeného vyjadřování sebe sama, aby si pacient oblasti napětí uvědomil, zbavil se zbytečného napětí, a zároveň při tom došel k uvědomění nových možností použití energie. Myslím si, že tato taneční terapie je schopna změnit pocitové naladění z ticha a úzkosti na otevřenější vzájemné vnímání, což se projeví relaxovaným smíchem, konverzací, pohodlným dotýkáním a prostorovou blízkostí. Není mým cílem, aby z pacientů jednou byli dobří tanečníci a jsem si vědoma, že ne každého bude tanec bavit, ale snad každý by měl mít základy správného držení těla a i trochu rytmickou přípravu. Nenásilnou formou a pomocí pohybových a tanečních „her“ se budou učit ty nejdůležitější taneční základy,



získají cit pro rytmus a melodii a své tělo připraví k dalšímu prohlubování tanečních dovedností.

### **Struktura tanečních hodin:**

- **uvítání** (při 1. hodině představení pacientů a terapeutické sestry a vyplňování dotazníku – otázky typu: návštěva tanečních kurzů, vztah k tanci, hudbě, atd.)
- **předběžné a rychlé zhodnocení naladění skupiny** (mimika obličeje, slovní i tělesné vyjádření pacientů)
- **seznámení pacientů s průběhem taneční hodiny** (co se budou učit atd.)
- **krátké seznámení s historií tance, jeho charakterem + videoukázka**
- obvyklá **zahřívací fáze** - jak těla, tak vztahů (tanec v páru či řadách), strečink, vyklepávání končetin, zkoušení funkce izolovaných částí těla, změny rytmu a procházení různých hladin energie. **Začáteční**, jednoduché rytmické pohyby rukou, nohou a hlavy nebo ramen, pomáhají nejen koordinaci, ale i přímému vyjádření emocí. Pacient může prožívat stud, porážku, zlost nebo strach a to se projeví odpovídajícím napětím svalů, postavením těla a gesty. Zahřívání používám i k tomu, abych se pečlivě podívala a vybrala klíčové body komunikace, potřeb jedinců a skupiny jako celku.
- **vlastní výuka** tanečních kroků – v pozadí melodie, rytmus daného tance (nejdříve se je učí pacienti samostatně, poté v páru či skupině – v řadách, kruhu)
- **úprava výuky**: hlasitosti, tempa hudby, náročnosti kroků dle tanečních schopností pacientů a hlavně jejich celkového tělesného, psychického stavu
- **uvolňovací fáze** – zpomalení fyzické aktivity a dechu, uvolňovací cviky
- **zpětná vazba** – terapeutická sestra dostává slovní odezvu od pacientů, hodnotících své emoce, průběh hodiny, atd.

**terapii vede oš. sestra J.H.**

## Příloha 7

TERAPEUTICKÉ AKTIVITY						
	skupina A			skupina B		
P	čas	aktivita	kód poj.	čas	aktivita	kód poj.
O	7,25 - 7,40	rozcvička		7,25 - 7,40	rozcvička	
N	8,45 - 9,45	komunita		8,45 - 9,45	komunita	
D	9,45 - 10,00	LTV- sestra		10,15-10,30	LTV- sestra	
Ě	11,00-12,00	skupina		10,30-12,00	skupina	
L	13,30-14,30	ergoterapie		13,30-14,30	muzikoterapie	
I	18,30-18,50	relaxace		18,30-18,50	relaxace	
Ú	7,25 - 7,40	rozcvička		7,25 - 7,40	rozcvička	
T	8,30 - 9,00	komunita,vizita		8,30 -9,00	komunita,vizita	
E	9,30-10,30	úvod do asertivity		9,30-10,30	úvod do asertivity	
R						
Ý	11,00-12,00	muzikoterapie		11,00-12,00	ergo	
	13,30-15,00	KBT ,relaxace		13,30-15,00	KBT, relaxace	
	18,30-18,50	relaxace		18,30-18,50	relaxace	
S	7,25 -7,40	rozcvička		7,25 -7,40	rozcvička	
T	8,30 -9,30	komunita,vizita		8,30 -9,30	komunita,vizita	
Ř	9,30 -9,45	LTV		9,15-10,30	ergo	
E	11,00-12,00	skupina		10,30-12,00	skupina	
D	13,30-15,00	psychogymnastika	relaxace	13,30-15,00	psychogymnastika	relaxace
A	18,30-18,45	relaxace		18,30-18,45	relaxace	
Č	7,25- 7,40	rozcvička		7,25 - 7,40	rozcvička	
T	8,30 -9,30	komunita		8,30 - 9,30	komunita	
V	9,30 -10,15	ergo		9,30 - 10,30	LTV	
R	10,30-11,30	relaxace		10,30-11,30	relaxace	
T	11,30-12,30			primářská vizita		
E	13,30-15,00	KBT,relaxace		13,30-15,00	KBT,relaxace	
K	18,30-18,50	relaxace		18,30-18,50	relaxace	
P	7,25 - 7,40	rozcvička		7,25 - 7,40	rozcvička	
Á	8,30 - 9,30	komunita		8,30 - 9,30	komunita	
T	9,45 -10,00	LTV		9,45 - 10,00	LVT	
E	11,00-12,00	skupina		10,30-12,00	skupina	
K	13,00-15,00	zpětná vazba		13,00-15,00	zpětná vazba	

1. pátek v měsíci je místo zpětné vazby beseda o řádu

## Příloha 8

### Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie je jednou z metod péče na našem oddělení a probíhá několikrát týdně. V průběhu pobytu na oddělení se tak účastníte několika skupin. Skupinu vedou většinou dva terapeuti z oddělení, kteří ji řídí.

Skupinová psychoterapie má pro Vás tyto **hlavní cíle**:

1) Vidět a porovnat psychické potíže u ostatních spolupacientů se svými.

Řada pacientů má dojem, že je se svými potížemi sama, nebo že takové problémy jiní lidé nemají. Skupina je místem, kde můžete zjistit, že jiní pacienti přemýšlí o podobných věcech nebo řešení podobné problémy.

2) Porovnat plány a představy o budoucnosti s názory lékařů.

Někteří pacienti nemají jasno, jak bude jejich život vypadat po propuštění z oddělení. Skupina je příležitostí, jak si tyto plány uspořádat nebo si ujasnit, nakolik jsou reálné. Psychoterapeuti Vám také poskytnou svůj názor na jejich vhodnost nebo nevhodnost.

3) Vyznat se lépe ve svém chování a vztahům k jiným lidem.

Na skupině je vhodné řešit věci, které Vám dělají problémy, např. vztahy k partnerům, rodinným příslušníkům, kolegům ze zaměstnání, známým a přátelům. Skupina Vám může pomoci odhalit příčiny Vašeho nesprávného jednání a doporučit jiné, vhodnější.

4) Poznat příčiny svých potíží

Pro některé pacienty, platí, že potíže mohou být ve vztahu k původní rodině, především k rodičům. Rozbor Vaší rodiny může napomoci k lepšímu vyznání se v současné situaci a dnešních problémech. Je také výhodné poslechnout si, jak Vás vidí ostatní pacienti.

#### **Pokyny pro práci ve skupině:**

Buďte otevření a upřímní. Snažte se porovnat své potíže s potížemi jiných. I pokud se necítíte dobře na to, abyste na skupině mluvili, snažte se soustředit se na její dění. Co je řečeno ve skupině, se nemá „vynášet“ mimo skupinu. Pokud se na skupině dozvíme podrobnosti o životě jiného pacienta, je naší povinností nechat si je pro sebe. Platí pravidlo, že jen ten, kdo na sobě chce pracovat, může něco získat. Neočekávejte od skupiny žádné zázračné změny – je možné postupovat pouze po malých krocích.

## Příloha 9

### Pravidla skupinové psychoterapie na odd. 2

Cílem skupinové psychoterapie na odd. 2 je přispět k získání náhledu na okolnosti, které ovlivňují Vaše zdravotní potíže. Dále chceme pomocí skupiny umožnit vyjádření prožitků a pocitů týkající se léčby, významných osobních rozhodování, dilemat či postojů. Pro skupinovou práci na našem oddělení platí tato pravidla:

#### Dodržování organizačních pravidel

Skupina je 2-3x týdně. Na skupině se nemá jíst, pít ani telefonovat. Počet pacientů se mezi jednotlivými skupinami může měnit – jde o typ otevřené skupiny, umožňující postupnou obměnu pacientů podle toho jak přicházejí a odcházejí z hospitalizace. Počítejte s tím, že skupiny na sebe nemusí navazovat a proto se snažte každé setkání co nejvíce využít.

#### Aktivita

Na skupině se od Vás očekává aktivita. Očekáváme, že budete hovořit o pro Vás významných záležitostech – mohou to být např. životní okolnosti související s Vaší nemocí či obtížemi, mezilidské vztahy, plány do budoucna aj. Očekáváme, že o podobných důležitých okolnostech budete mluvit sám od sebe a že se budete zajímat o pocity a názory druhých lidí na skupině. Oproti jiným aktivitám na oddělení je skupina méně strukturovaná – na počátku většinou čekáme, s čím přijdete Vy. Očekáváme, že skupinu si budete do značné míry řídit sami.

#### Otevřenost a upřímnost

Bez otevřenosti a upřímnosti nemá skupinová práce smysl. Upřímnost je funkcí opravdovosti pocitů, pravdivosti prožívání tady a teď; spočívá v tom, že účastník skupiny ze všech svých sil, na základě svých dostupných možností, bude v kontaktu se sebou samým i s druhými. Podstatné je nezastírat a vyjadřovat své skutečné pocity k sobě i ke druhým lidem na skupině.

#### Mlčenlivost a důvěrnost

Zásadou, která by ve skupině měla být ctěna především, je dodržování důvěrnosti. Důvěrná informace je cokoli, co člen skupiny o sobě sdělí. Důvěrná informace, která projde skupinou, by se za žádných okolností neměla dostat ven. Únik informací může mít pro účastníka skupina závažné důsledky a také snižuje pocit důvěry členů skupiny.

#### Právo říci "stop"

Člen skupiny může ostatním sdělit, že se přiblížil k tématu, které je pro něj citlivé nebo choulostivé, a že není připraven, naladěný, ochoten nebo schopen toto téma otevřít a sdělit s ostatními. Má plné právo říci "stop".

#### Životopisné skupiny

Pacient má právo požádat o životopisnou skupinu. V tom případě se může plně zaměřit pouze na svoji osobu – většinou očekáváme že první polovinu skupiny mluví o sobě, ve druhé polovině jeho prožitky reflektují a komentují ostatní. O životopisnou skupinu je dobré požádat dopředu.

#### Co nechceme

Nechceme, abyste skupinu považovali za oddechovou aktivitu, ale jako příležitost k práci na sobě. Nechceme, abyste mluvili o tom, co nepovažujete za důležité, významné, ať už pro Vás či pro druhé. Nechceme, aby se na skupině řešily obecná témata (politika, počasí).

## Příloha 10

### SCHÉMA ŽIVOTOPISU

V zájmu léčby každého z Vás !

#### 1. část:

Průběh vlastního porodu: popis rodinné struktury (věk, zaměstnání a zdrav. stav členů rodiny, jejich povahové charakteristiky, vzájemné vztahy a změny).

Vlastní vývoj v dětství: s přihlédnutím ke všem zvláštěm. vlivům pozitivním i negativním.

Prodělaná onemocnění: operace i úrazy (věk, délka, průběh, komplikace, jejich důsledky, postoje rodičů).

Všech navštěvovaných škol: (od kdy do kdy, kde, přerušování a jeho důvody), získané zkušenosti ve vztahu jak ke spolužákům, tak k vyučujícím, postoj rodičů k dětským přátelům, ke škole. Zájmy a záliby, školní i mimoškolní. Přání realizovaná i nerealizovaná, pokud jde o výběr a volbu škol.

Popis zaměstnání: v průběhu života (důvody výběru, kdy a kde, náplň práce, míra spokojenosti), charakter vztahů ke spoluzaměstnancům a nadřízeným, případné konfliktní situace.

Psychosexuální vývoj: vztahy k dětem obou pohlaví, období začátku zájmu o děvčata či chlapce, zdroje a míra informovanosti o sexuálním životě, období puberty, první sexuální zkušenosti, erotické vztahy povrchní či hlubší, důvody rozhodů, erotická přání, fantazie a obsahy snů, postoj rodičů k psychosex. životu, Vaše názory na vztah k druhému pohlaví a na Vaše manželství, jejich eventuální změny.

Manželství: okolnosti seznámení, iniciativa a motivace k sňatku obou partnerů, věk, zaměstnání, zdrav. stav a povahové vlastnosti partnera. Vzájemná přitažlivost, intenzita spokojenosti v intimním životě. Názorové diskrepance, konflikty a vnější nepříznivé okolnosti, u druhé osoby ovlivňující manželské soužití. Přání a okolnosti narození dětí, event. změny ve vztazích obou partnerů. Důvody a okolnosti rozhodů. Mimomanželské erotické vztahy.

#### 2. část:

Vlastní povahová charakteristika: převažující vlastnosti, nedostatky a přednosti, temperament, míra spokojenosti s uplatněním společenským a profesionálním, schopnost rozhodování, sebedůvěra, pochybnosti, nejistoty, oblast zájmů, event. ve srovnání s Vaším partnerem.

#### 3. část:

Vznik a vývoj obtíží: jejich podrobný popis, souvislosti s vnějšími okolnostmi, souvislosti nahodilé, event. souvislosti s vlastní povahou; v jakých životních situacích se obtíže vyskytují a co v životě znepřijemňují a znemožňují s přihlédnutím k event. změnám typu příznaků i jejich intenzitě.

Názor: na důvody vzniku obtíží. Předchozí zkušenosti s léčbou a lékaři, druhy léků a jejich dávky. Názor na léčbu obtíží.

#### 4. část:

Doplnění všech dalších údajů, které měly a mají pozitivní či negativní vliv na citový život, co považujete pro sebe za nejdůležitější a nejcennější. Všechny další údaje související s Vaším duševním i tělesným stavem.

## Příloha 11

### Spánková hygiena krok za krokem

#### 1) Denní režim

Jeden z nejdůležitějších a zpočátku možná i nejobtížnější bod ve spánkové hygieně

- pravidelný denní režim – je nutné navyknout si chodit spát i ráno vstávat v pevně určenou hodinu a tento režim dodržovat i ve dnech volna
- najít si během dne čas na fyzickou aktivitu („tělo se potřebuje trochu fyzicky unavit“, bude se nám pak lépe a snadněji usínat), ale zásadně necvičit ani se fyzicky namáhat později, než 4 hodiny před ulehnutím
- nespát ani neležet v posteli během dne, i když se cítíme velmi unaveni (některé zdroje při extrémní denní únavě povolují spánek, ale maximálně 1- hodinový a nikdy ne po 15 hodině)
- o spánku si vést alespoň prvních několik týdnů podrobné záznamy formou spánkového kalendáře – získáte tak lepší přehled o tom, jak jste průběžně skutečně spali

#### 2) Konzumace jídla a pití před spaním

- vynechat tučná a špatně stravitelná jídla v pozdních odpoledních a večerních hodinách
- vyvarovat se velkých porcí k večeři (platí i pro lehce stravitelná jídla)
- vyvarovat se konzumace čokolády (excitační účinky)

**Ale též: nikdy nechodit spát s pocitem hladu!**

- vyvarovat se pití alkoholických nápojů 4 – 6 hodin před ulehnutím (narušuje architekturu spánku a způsobují únavu a poruchy koncentrace následující den)
- v pozdních odpoledních hodinách a večer se vyvarovat konzumace:
- kávy (platí i pro kávu „bez kofeinu“), každá káva obsahuje určité % kofeinu
- čaje (platí pro černý a zelený čaj, pozor na směsi černého ovoněného čaje!), obsahuje theofylin a theobromin – excitační účinky
- Coca – coly a podobných nápojů (platí i pro Canada dry atp. ) – obsah kofeinu

**Naopak je vhodné odpoledne a večer zaměnit výše uvedené nápoje za bylinkové čaje (např. heřmánkový) a večer před ulehnutím vypít hrneček teplého mléka s dvěma lžičkami medu (obsah tryptofanu...)**

Zajistěte si co nejlepší podmínky v místnosti, kde spíte:

- o teplota v ložnici by měla být námi subjektivně vnímána jako příjemná – ani příliš horko ani zima (v případě, že musíme z jakýchkoli příčin spát v pro nás chladné místnosti, nestydět se spát v teplém pyžamu, případně si obléci na spaní ponožky a nebo třeba i rukavice)
- o je důležité místnost kde spíme na noc dobře zatemnit, aby nás nerušilo světlo z ulice
- o stejně tak důležité je minimalizovat zvukové podněty během usínání a spánku (ruší-li nás okolí, máme právo na to upozornit, v případě, že hluk není v naší moci odstranit, můžeme použít osvědčené pomůcky jako je vata či „špunty“ do uší – v lékárnách je k dostání několik typů, je lépe vyzkoušet, který z nich nás nejméně obtěžuje

K čemu slouží postel?

Pokud chceme dobře spát, neměli bychom používat postel k ničemu jinému než spánku a sexu. To znamená v posteli nečíst, nejíst, nesledovat televizi ani se věnovat čemukoli jinému než dvěma výše zmíněným povoleným aktivitám.

Zásady pro dobré usínání:

- o před usnutím se nevěnujeme žádné činnosti, která by nás mohla rozrušit. Patří sem zásada nesledovat televizní program ani číst knihu či noviny, které by nás mohly rozčlítit či rozrušit, měli bychom se vyvarovat konfliktů s okolím, neposlouchat hlasitou hudbu ani hrát počítačové hry
- o naopak nám může pomoci teplá koupel, klidná tichá hudba (například relaxační), příjemná kniha, lze též využít některou z relaxačních technik

Pokud nemůžeme usnout:

- o nezůstáváme v posteli beze spánku déle než 20 – 30 minut, pak vstaneme a věnujeme se klidné, příjemné činnosti v jiné místnosti. Jakmile se dostaví pocit ospalosti, okamžitě činnost opustíme (nedokončujeme ji a jdeme si lehnout). Pokud se spánek opět nedostaví, opakujeme po dalších 20 – 30 minutách týž postup. Zásadně se do postele nevracíme, pokud se necítíme ospalí. Pokud se nám nepodaří usnout celou noc, nepropadáme beznaději a nazítří dbáme zásady „nelehat si během dne“. Pokud se nám ji podaří dodržet, je velmi pravděpodobné, že následující den usneme podstatně snadněji než obvykle. Tímto způsobem se snažíme nastartovat správný spánkový režim.

Na závěr několik tipů pro snadnější usínání:

- v posteli zaujmeme nám příjemnou polohu a snažíme se v ní setrvat – pokud se přetáčíme z boku na bok či se jinak pohybujeme, naše tělo vysílá zprávu, že je cílé a připravené vstávat a to znesnadňuje usínání
- nebuďte nervózní, pokud se vám nedaří usnout, vaše nervozita spánek jen znesnadňuje
- nenuťte se usnout – nepodaří se vám to, naopak, usínání bude při intenzivním „přemýšlení o usínání“ mnohem obtížnější
- daleko účinnější je vyzkoušet některou z relaxačních metod anebo práci s představami – např.: Zkuste si v paměti vybavit nějaké oblíbené místo. Představujte si do nejmenších detailů tvary, zvuky a vůně tohoto místa. Pokud máte pocit, že obrázek je úplný, zkuste změnit tři věci – přidat květiny, cestu, potok, nechat přiběhnout vaše oblíbené zvíře.... Pokud se stane, že vám nějaká stresující myšlenka či vzpomínka obrázek naruší, vymažte jej a začněte od posledního pozitivního momentu před objevením nepříjemné myšlenky. Můžete celý postup několikrát opakovat.
- Nikdy v posteli nepřemýšlejte o starostech a povinnostech následujícího dne, vyčleňte si na ně čas v jinou denní hodinu – nejlépe odpoledne. Můžete si též napsat seznam povinností, pak v posteli nebudete „vzpomínat, abyste nezapomněli něco důležitého“
- Taktéž se nestresujte myšlenkou „proboha, co bude zítra, pokud zase neusnu?“ – ta vám s největší pravděpodobností usnout nepomůže. Zkuste raději práci s představami.
- Někdy může pomoci si vypracovat pravidelný pořádek úkonů prováděných před spaním – např.: voňavá koupel, příjemná hudba, pěkná kniha, šálek teplého mléka. Důležitá je i místnost kde spíme, měli bychom se tam cítit bezpečně a příjemně.

**Pokud vám připadá, že ani jeden z výše uvedených tipů vám nepomáhá, zkuste objevit něco, co pomůže usnout vám a právě jen vám. Každý jsme jiný, a proto universální „návod na spánek“ nenajdeme v žádné knize. Důležité je, abyste se cítili příjemně a bezpečně, spánek se pak dostaví sám...**



## Příloha 12

Podtrhněte v každém poli to jediné slovo, které nepatří mezi ostatní:

hruška <u>okurka</u> jahoda malina jablko	březen červen květen duben <u>jaro</u> únor	dub jabloň lípa <u>modřín</u> buk
trumpeta triangel <u>housle</u> činely pikola	fotbal lyžování tenis volejbal baseball golf hokej	soudce kominík <u>rozhodčí</u> lékař kněz
obdélník kruh trojúhelník čtverec <u>koule</u>	lízátko <u>meloun</u> likér brambůrky sušenka pudink dort piňakoláda	<u>sedmikráska</u> slunečnice pampeliška petrklíč
svíčková šunkofleky rizoto <u>bramboračka</u> guláš	domino karty šachy poker příš vrhcáby <u>monopoly</u>	pomeranč slunce tenisák květináč bublina <u>oko</u>
achjo auvej škyt škrt jupí OK <u>haf</u>	pes pták kočka poník <u>pestřec</u> pelyněk	Belgie Francie Slovensko <u>Itálie</u> Řecko Polsko
Ara orel husa jestřáb kakadu <u>slepice</u> sup	kočka žirafa ryba <u>žížala</u> pejsek papoušek	<u>varhany</u> klavír kytara housle harfa
housenka kolouch <u>pulec</u> selátko kočička	<u>mrak</u> moře sníh bláto mlha	kopýtko pařáty ruce chapadla <u>hnáty</u> tlapy pazoury
sukně <u>punčocháče</u> svetr podprsenka <u>lodičky</u> blůza	tramvaj autobus loď letadlo helikoptéra <u>ponorka</u>	<u>brambory</u> mrkev celer pórek cibule
Francie Chorvatsko Turecko Itálie Ukrajina <u>Kanada</u>	mrkev <u>tykev</u> květák ředkev	oči játra ledviny plíce <u>vaječníky</u>

KAJÉ EJ NÉJOM NASY/ RYCED CHAVIŠ DOUČIR NAŽI YB  
OT YBYL ŠVÁ TRABR / STRASE

Jakej je jméno syna, dcery, vešších rodičů a už by to byly veš  
bratr a sestva.

Z dvojice slov vždy zakroužkujte slovo, které označuje živý ( na kyslíku závislý) organizmus:

auto - strom  
slepice - židle  
lampa - ryba  
mrak - dítě  
tučňák - dům

Z dvojice slov vždy zakroužkujte slovo, které je napsáno velkými písmeny

vidle - PROPISKA  
žvýkačka - GUMA  
MYŠ - vizitka  
katastrofa - PERNÍK  
PRŮŽITEK - svíčka

## Příloha 13

### DOTAZNÍK

Vážení pacienti, snažíme se, aby Váš pobyt u nás byl pokud možno příjemný. Než opustíte naše oddělení, rádi bychom si ověřili, do jaké míry se nám podařilo tohoto cíle dosáhnout. Můžete nám přitom pomoci, pokud odpovíte na následující otázky pomocí známek, jaké si ještě pamatujete ze školních let, tj. 1=velmi dobře, 2=dobře, 3=uspokojivě, 4=dostatečně, 5=nedostatečně. Pokud chcete zaujmout stanovisko k jednotlivým bodům, prosím připište ho na konci dotazníku. Vyplněný dotazník je anonymní. Vhodte, prosím, vyplněný dotazník do schránky „Chvála, kritika“, která visí na naší stanici. Pouze v případě, že byste si přáli osobní odpověď, uveďte své jméno a adresu.

#### Stupnice hodnocení:

1=velmi dobře, 2=dobře, 3=uspokojivě, 4=dostatečně, 5=nedostatečně,

0=nemohu hodnotit.

- 1) Kdo Vás odeslal do nemocnice? *psychiatricka*
- 2) Souhlasil jste v den přijetí s hospitalizací?  ANO  NE
- 3) Jak hodnotíte při přijetí přístup ošetřujícího personálu na naší ambulanci?  1
- 4) Jak hodnotíte celkový dojem z prvního dne hospitalizace?  2
- 5) Jak hodnotíte poskytovanou péči ?
- a) lékařskou péči a ošetření?  2
  - b) péči psychologa?  1
  - c) ošetření zdravotních sester?  1
  - d) péči sociální pracovnice?  2
  - e) péči pracovních terapeutů (ergoterapeutů) ?  1
  - f) péči rehabilitační pracovnice?
    - LTV na oddělení  1
    - péče na rehabilitaci  0
- 6) Jak hodnotíte poučení (vysvětlení) týkající se Vašeho onemocnění a léčby:
- a) ošetřujícím lékařem?  1
  - b) zdravotními sestrami?  1
- 7) Jak Vám vyhovovalo zařízení vnitřních prostor?
- a) pokojů?  1
  - b) sprch. WC?  1
  - c) pracovní místnosti (výtvarná dílna) ?  1
  - d) denních místností  1

- 8) Jak posuzujete čistotu a hygienu na oddělení?  1
- 9) Jaké bylo stravování?  2
- 10) Jak hodnotíte denní program terapeutických aktivit?  2
- 11) Byl jste spokojen s časem a) ranního vstávání?  
b) večerního klidu?  ANO  NE
- 12) Odpovídala návštěvní doba Vašemu přání?  ANO  NE
- 13) Jak hodnotíte v den propuštění nutnost Vaší hospitalizace: byla nutná?  ANO  NE
- 14) Vraťme se ještě k Vašemu kontaktu s lékaři a zdravotními sestrami, kteří o Vás pečovali v době Vašeho léčení na naší klinice. Jaký obličej jste u nich nejčastěji viděl?



- 15) Kdyby měli lidé Vám blízcí psychické problémy, doporučil byste jim kliniku Psychiatrického centra?  ANO  NE
- 16) Jste: *žena*  *muž*
- 17) Kolik je Vám let? *do 30 let*  *30-50 let*  *nad 50 let*
- 18) Tuto léčbu jste začali v PCP na oddělení: *23 přízemí*  *23 l.patro*  *19 přízemí*
- 19) Co Vám během pobytu pomohlo nejvíce?  
*Kolektiv zdrav. ~~u~~ter personálu a pacientů*

20) Uveďte, prosím, co byste zlepšili a jak?

*Ø*

21) Uveďte konkrétně co se Vám nelíbilo.

*Ø*


Děkujeme za spolupráci

**Příloha 14**

**OŠETŘOVATELSKÝ PROTOKOL**

ODDĚLENÍ: 23 I. P., pokoj č. 1

PŘÍJMENÍ: M.	STAV: svobodný/á ženatý, vdaná rozvedený/á ovdovělý/á	BYDLIŠTĚ: CHOMUTOV	Oš. číslo: XXX/10				
JMÉNO: J.		TELEFON:	POJIŠTOVNA:				
RODNÉ ČÍSLO: * 1		MOBIL PAC.:	111				
PŘIJETÍ: den 11.11.2010 hodina 13 <sup>00</sup>		přijatý z domu přijatý z jiného zdravotnického zařízení					
PACIENT PŘIŠEL NA ODDĚLENÍ:	sám	v doprovodu	sanitkou				
PODEPSAL PROHLÁŠENÍ O DOBROVOLNÉM VSTUPU:		ano	ne				
HOSPITALIZACE V PCP v pořadí: I.	HOSPITALIZACE V JINÝCH PSYCHIATRICKÝCH ZAŘÍZENÍ:						
OBVODNÍ LÉKAŘ: jméno a adresa: MUDR. XY CHOMUTOV	AMBULANTNÍ PSYCHIATR: jméno a adresa: MUDR. XY CHOMUTOV						
TELEFON + MOBIL:	ADRESA: příbuzní viz. dobrovolný vstup						
ŘIDIČSKÝ PRŮKAZ, ano <input checked="" type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/>	ZBRojNÍ PAS, ano <input checked="" type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/>						
PŘEDMĚTY PONECHANÉ NA VLASTNÍ ŽÁDOST U SEBE: mobil, rádio, walkman, jiné:							
<b>POPIS PACIENTA</b>							
BARVA VLASŮ:	světlé	hnědé	černé	šedivé	barvené	jiné:	
BARVA OČÍ:	modré	zelené	šedé	hnědé	černé	jiné:	
POSTAVA:	výška: 171 cm	hmotnost: 85 kg	BMI: 29 - NORMA				
PACIENT BYL V DEN PŘIJETÍ SEZNÁMEN:				s právy pacientů, režimem oddělení, Domácím řádem a prostředím.			
				podpis pacienta M. J.			
PACIENT PŘEDAL LÉKY KE SVĚMU UŽÍVÁNÍ:							
Název léku	síla	množství	expirace				
ASACOL	400 mg	100 kpl.	12/11				
podpis pacienta M. J.							

DŮVOD PŘIJETÍ použijte slova pacienta	"mám částo úzkosti a strach z lidí"	
		<b>PROJEVY ONEMOCNĚNÍ</b>
ZEVNĚJŠEK	upravený	zanedbaný - nápadný
SPOLUPRÁCE	dobrá	Částečná - nespolupracuje
ORIENTACE	dobrá	místem - časem - osobou
NÁLADA	přiměřená	manická - <del>depresivní</del>
SEBEVRAŽEDNÉ MYŠLENKY	ne	ano
PROJEVY CHOVÁNÍ	v normě	zvláštnosti : <i>pac. zpomalený</i>
NÁHLED CHOROBY	úplný	Částečný - žádný - disimulace
ALERGIE	ne	má:
STAV KŮŽE	bez nálezu	vyrážka - svědění
JIZVY	ne	kde:
BOLEST	ne	ano: kde: hlava, levé ucho intenzita 1 - 10: <i>č. 6</i>
JINÁ ONEMOCNĚNÍ	nemá	HYPERTROFIE PROSTATY GLAUKOM GLYCEROLNÍ PROKTOKOLITIDA
SPÁNEK	bez poruch	pozdní usínání - časně buzení spánek přerušovaný léky:
TĚLESNÁ SOBĚSTAČNOST	soběstačný	nepohyblivý - pomoc při chůzi - při jídlu - při hygieně
PŘÍJEM POTRAVY	chuť k jídlu dobrá	nechutenství - pocit hladu - pocit žizně - nausea - zvracení pálení žáhy
DIETA	ne	<i>žáka: D2 sůlci</i>
VYPRAZDŇOVÁNÍ - stolice:	pravidelné <i>ZÁCPA</i> bez obtíží	nepravidelná - inkontinence užívá projímadla
močení: <i>menší</i>	<i>pravidelně a musí hlávit</i>	inkontinence - katetr
NÁVYKY	ne	kouření - alkohol - drogy
ZVLÁŠTNOSTI	ne	zubní protéza - brýle - čočky ortopedické pomůcky jiné ne
ZÁJMY, KONÍČKY	ano, jaké:	<i>rybí výlovky (procházely se přemf)</i>
AKUTNÍ OŠETŘOVATELSKÁ DG.	<i>stavy úzkosti z delusiv. kateol. an.</i>	
OŠETŘOVATELSKÝ POSTUP	- relaxační techniky, <i>krátké dýchání</i> - KBT, <i>asertivita</i>	
POZNÁMKA		
Vypracovala : datum : <i>11. 11. 2010</i> jmenovka <i>Jaroslava Hovorková</i> podpis 		

Plán ošetrovateľskej péče

Datum	Ošetrovateľská dg	Cíl	Ošetrovateľská intervence	Hodnocení	Podpis
22. 12.	ŠKURT SPOUJENÉ OTI S DEPREZI'	- snížit fyzický nepohodlí - redukovat o pocity - kontrolovat a snížit pac. p. vůči právní	Monitorovat známky bolesti. Objektivně - 25 bodů = abstr. indikátor. Pac. dává určitou míru bolesti sly. sledování znám-pac. prožívání. Pac. otěhotěním, výhledem a klidem na relaxaci. Slyš. má na práci, má klid. Pac. klidně Pac. má vlastní pravidla, ochotně spolupracuje po EKT. Společně odstraňují fyzický. Dle potřeb obličej, hlava, krk, ramena, krevní tlak Pac. spolupracuje, aktivně.	OK OK OK OK	HODURKOVÁ
22. 12.	ŠKURT SPOUJENÉ OTI S DEPREZI'	- snížit fyzický nepohodlí - 2000 ml / den	Pac. by měl být v množství a stavu dehydrat. Vědět o své vod. bil. a o svých TH, P, křivě aktivní, pracuje pro zdraví. Využívá den. AKO + 250 ml v noc.	OK OK	HODURKOVÁ
22. 12.	ZÁČP SPOUJENÉ ŠE PŮŤEJNÝ PRŮJEMNĚ TEKUTIN	- snížit fyzický nepohodlí	Dle laborator. a fyz. záznamů je pacient v dobré stavě dle 2. záznamu. Pac. je klidný, aktivní pac. má klid. Má pot. o klid. Společně nemůže se odolat s tímto záznamem. Pac. se odcití, nepohodlí.	OK OK	HODURKOVÁ
22. 12.	AKUTNÍ BOLEST SPOUJENÝ S EKT (BOLESTI HLAVY)	- snížit fyzický nepohodlí	Pac. by měl být v množství a stavu dehydrat. Pac. spolupracuje, aktivně. Společně Pac. spolupracuje, aktivně. Společně Pac. spolupracuje, aktivně. Společně Pac. spolupracuje, aktivně. Společně	OK OK OK OK	HODURKOVÁ
22. 12.	PREVENČNÍ RIZIKO NEKOROVIZNÍ SE ZRAVENĚNÍ PŤE	- snížit fyzický nepohodlí	Pac. má vlastní pravidla, ochotně spolupracuje pac. má vlastní pravidla, ochotně spolupracuje pac. má vlastní pravidla, ochotně spolupracuje pac. má vlastní pravidla, ochotně spolupracuje	OK OK OK OK	HODURKOVÁ

Společně s pacientem a rodinou, pac. má klid, aktivně spolupracuje.  
7-36,00, při zranění pacienta aktivně spolupracuje.