

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala zcela samostatně, pod vedením své konzultantky. Veškeré prameny, ze kterých jsem čerpala jsou uvedeny v seznamu literatury.

.....
Věra Šťastná

Poděkování

Děkuji paní mgr. Evě Markové, která mě vedla a ochotně pomáhala při psaní této práce, za její připomínky a návrhy.

Zároveň bych chtěla poděkovat staniční sestře našeho oddělení paní Mgr. Haně Tošnarové za její trpělivou pomoc při dokončování mé práce.

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství

Bakalářské studium ošetrovatelství

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

Ošetrovatelská kazuistika u pacientky s diagnózou Periodická depresivní porucha
Summary of nursing observations of patients with the diagnosis
of periodic depressive disorder

2006/2007

Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková

Věra Šťastná

OBSAH

A. Úvod	5
B. Klinická část	6
1. Historické mezníky	6
2. Charakteristika onemocnění – Poruchy nálad	8
2.1 Klinický obraz a příznaky	8
2.2 Etiopatogeneze	10
2.3 Diagnostika	11
2.4 Léčení	12
2.5 Ošetrovatelská péče	13
2.6 Prognóza	15
3. Základní identifikační údaje	16
4. Lékařská anamnéza a diagnóza	16
5. Přehled vyšetření	18
6. Přehled terapie	19
7. Průběh hospitalizace	24
C. Ošetrovatelská část	27
1. Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení pacientky	27
1.1 Ošetrovatelská anamnéza	27
1.2 Biologické potřeby	27
1.3 Psychosociální potřeby	29
1.4 Hodnocení současného stavu	30
2. Ošetrovatelské diagnózy	31
3. Plán ošetrovatelské péče	32
3.1 Poruchy myšlení a vnímání reality	32
3.2 Porucha soběstačnosti přijímání stravy a tekutin	33
3.3 Riziko deficitu tekutin a malnutrice	33
3.4 Riziko aspirace potravy a tekutin	35
3.5 Porucha spánku	35
3.6 Riziko pádu	36
3.7 Strach a úzkost	37
3.8 Porucha sebepéče v oblasti hygieny	38
3.9 Riziko porušení kožní integrity	39
3.10 Porucha vyprazdňování stolice – zácpa	40
4. Edukace pacientky	41

5. Závěr a prognóza	42
D. Použitá literatura	43
Přílohy	44

A. ÚVOD

Kazuistiku paní ZŘ jsem si vybrala, protože průběh jejího onemocnění byl velmi dramatický. Probíhal od naprostého negativizmu pacientky, která nekomunikovala a byla agresivní, přes období těžké deprese se somatickými příznaky k uzdravení, které proběhlo dramaticky rychle, dalo by se říci, že k obratu došlo téměř ze dne na den.

Paní ZŘ trpí depresivní poruchou. Deprese je nemoc, jako každá jiná. Není to jen špatná nálada, ale je to onemocnění celého organismu. Laická veřejnost se často domnívá, že se jedná o nedostatek vůle, nebo sebekázně. Je těžké vysvětlit zdravému člověku, co je to vlastně deprese, jak se cítí člověk postižený touto poruchou a co prožívá. Somatickou bolest si umí představit každý, ale kdo neprožil depresi, jen těžko se může vžít do pocitů postiženého člověka. Takového laika pak přímo svádí pronášet výroky typu „vzchop se a boj, musíš mít víc vůle, podívej se na pana XY, jak se tomu nepoddává, musíš být jako on“ a podobné jiné nesmyslné rady. Deprese představuje hluboký zásah do každodenního života. Postiženému přináší velké utrpení a může končit sebevraždou. Ze své praxe vzpomínám na jednu mladší pacientku, která mě vysvětlovala, jak se v depresi cítí. Příkladně své utrpení k fyzické bolesti. Byla u zubaře a nechala si provádět velmi bolestivý zákrok bez lokální anestezie. Líčila mi, jak tato fyzická bolest byla nepatrná, ve srovnání s psychickým utrpením, se kterým se musí denně potýkat. Zanedlouho po našem rozhovoru byla propuštěná a doma spáchala sebevraždu. Neměla už sílu bojovat. Když mluvím o depresi, vždy si vzpomenu na tuto ženu.

Paní ZŘ je 53 let a pracuje jako překladatelka z anglického jazyka. Její práce na ní klade velké duševní nároky a ona potřebuje veškerý svůj mentální potenciál, aby v ní obstála. Paní ZŘ má svojí práci ráda, vidí v ní smysl života a chce co nejrychleji opět začít pracovat. Poslední ataka jejího onemocnění kladla velké nároky na její adaptační schopnosti.

Nezbývá než si přát, aby se klientka vrátila ke své oblíbené práci beze všech následků, a aby její uzdravení bylo když ne trvalé, tedy alespoň na co možná nejdelší dobu.

B. KLINICKÁ ČÁST

1. HISTORICKÉ MEZNÍKY

I když se psychiatrie jako věda ustanovila poměrně pozdě, jako univerzitní obor začala být přednášena vlastně až v 19. století, byla psychiatrická onemocnění mezi prvními nemocemi, jež byly jednotlivě rozpoznány a popsány. Již ve starověku byl znám pojem např. melancholie. Asi nejstarší lékařský dokument – Eberův papyrus, pochází z doby kolem roku 1900 před Kristem, obsahuje již popis specifického syndromu, jako je deprese. I v Bibli je zmiňován král Saul trpící těžkou depresí, kterou mírnil David hrou na lyru. V antickém období byla klasifikace duševních onemocnění značně rozvinuta. Hippokrates dokazoval, že duševní onemocnění vznikají z poruch mozku a prohlásil například, že „božská nemoc“ epilepsie není o nic více božskou nemocí, než kterákoli jiná. Poslední z velkých lékařů antiky Galén tvrdil, že duševní onemocnění mohou být způsobena přímým poškozením mozku, nebo mohou být odpovědí mozku na nemoc jiné části těla.

Po pádu římské říše nastal úpadek humanistického a vědeckého vzdělání. Ve středověku se zcela změnil postoj k lidem postiženým duševními nemocemi. Převažovaly názory o „posedlosti ďáblem,“ nemocní byli pronásledováni i upalováni, v lepším případě živořili na okraji společnosti. Jen tu a tam se v této době objevovaly názory rozumné a ušlechtilé. V 16. století Erasmus Rotterdamský, Thomas Moore a Francis Bacon pomíjejí mysl, jako něco odlišného od duše. Vlastnosti mysli spojují spíše s tělem a se sociálními vlivy, než s duší. Začíná se uvažovat o lidských motivacích – pudů, přání a impulzů, ovlivňujících lidské chování spíše, než satanická kouzla. I když v období renesance nastává návrat k humanismu a obrat k vědeckému myšlení, přetrvává primitivní postoj k léčbě psychicky nemocných až do doby Osvícenectví v 18. století, kdy se péče o ně začíná uskutečňovat ve vznikajících léčebných zařízeních. Vytváří se nosologie psychických poruch a objevují se teorie jejich příčin. William Tuke zakládá York Retreat v Anglii, jako humánní model léčby psychicky nemocných a Philippe Pinel snímá okovy svým pacientům v

nemocnici Bicetre v Páříži. Na počátku 19. století se psychiatrie organizuje jako samostatný obor všeobecné medicíny a dochází k jejímu rozvoji. Vývoj se začíná ubírat dvěma základními směry, jež se často vzájemně potlačovaly. Jeden směr zdůrazňoval biologickou a organickou stránku v otázce vzniku a příčin duševních nemocí. Druhý směr vyzdvihoval psychické příčiny duševních poruch, zejména v rámci nevědomí. První směr je spíše spjat s objevy v oblasti neurologie. Druhý směr, který má více proudů se snaží odvodit vznik psychických onemocnění z poruch vývoje lidské osobnosti. Nejvýznamější a nejvýraznější osobností tohoto směru je bezesporu Zikmund Freud a jeho psychoanalýza. Emil Kreaepelin dal schizofrenii jméno tzv. „dementia praecox,“ čili předčasná demence a oddělil jí od demence staršího věku a od paranoidní psychózy a maniodepresivního onemocnění. Eugen Bleuler pak zavedl pojem „skupiny schizofrenií,“ místo pojmu předčasná demence. Ve 20. století dochází k rozvoji léčby psychických onemocnění. V roce 1927 zavedl Sakel léčbu schizofrenie inzulinovými šoky. V roce 1938 uvedli italští psychiatři Cerletti a Bini do psychiatrie elektrokonvulzivní léčbu, jež se používá dodnes. Ve druhé polovině 20. století dochází k rozvoji psychofarmakologie a neurochemie. V roce 1952 objevil Delay a Deniker, že Chlorpromazin účinně uklidňuje psychotické pacienty. Khun v roce 1958 zjistil antidepressivní účinek Imipraminu. Začal vývoj a používání stále nových neuroleptik u pacientů s psychotickými poruchami.

2. CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ – poruchy nálad

Podle MKN 10 je nyní diagnostická skupina poruchy nálad, kterou trpí paní ZŘ, daleko podrobněji členěna než dříve, kdy se používal termín maniodepresivní psychóza. Nová klasifikace přesto vychází z toho, zda daná porucha má charakter bipolární, nebo unipolární. To znamená, zda se střídají fáze depresivní a manické, nebo se v klinickém obraze vyskytují jen fáze jednoho druhu. Buď manická, nebo depresivní. V případě paní ZŘ se jedná o typ unipolární afektivní poruchy s výskytem depresivních epizod, konkrétně v jejím případě průběh onemocnění splňuje klasifikační podmínky podskupiny F 33.3 – to je Periodická depresivní porucha, současná fáze těžká s psychotickými příznaky.

Souhrnně lze říci, že základní psychopatologickou poruchou těchto skupin je patická nálada. Základními příznaky jsou ranní probuzení, ranní pessimální nálady, suicidální tendence a sklony. Onemocnění se objevuje v chorobných fázích, po obdobích zdraví. Neléčené epizody trvají v průměru 4-6 měsíců, některé ale i jen několik dnů. Vedle psychické symptomatiky je vždy též přítomna symptomatika somaticko-vegetativní, která může i v klinickém obraze dominovat. Některý nemocný má fáze často, jiný zřídka, někdy i jen jednou za život.

U těžké deprese hrozí nebezpečí realizace suicidních tendencí. Začátek onemocnění se nejčastěji projevuje mezi 20. až 35. rokem. V období remise je většina nemocných úplně, nebo skoro úplně zdráva. Asi u 10 až 20% nemocných dochází ke chronifikaci onemocnění. Nemoc postihuje asi 1% populace. (Zvolský 1996)

2.1 KLINICKÝ OBRAZ A PŘÍZNAKY

Syndrom depresivní: 1. psychické příznaky.

Hlavním příznakem je patická depresivní nálada, bez dostatečných psychologicky pochopitelných důvodů, která má silný vliv na veškerou psychiku nemocného. Člověk postižený depresí je smutný, úzkostný, plačtivý, někdy zcela apatický. Ztratil schopnost se radovat, je pesimistický, ztratil sebedůvěru a sebevědomí, má sklon k sebeponižování a k sebeobviňování. Má pocity beznaděje a pocity ztráty smyslu života.

Někdy má pocity depersonalizace. I vzhled nemocného odpovídá jeho utrpení. Ve tváři má beznadějný, nebo úzkostný výraz. Má též ochablé držení těla. Motorická a mimická aktivita může být snížena, může dojít až ke stuporu. Při velké úzkosti může naopak dojít ke zvýšené motorické aktivitě až k agitaci. Vrcholná úzkost může přejít v těžkou poruchu jednání tzv. raptus melancholicus, při kterém se může nemocný dopustit agrese vůči sobě, nebo okolí, například spáchat tzv. rozšířenou sebevraždu (zabije své nejbližší a sebe, aby je ušetřil hrozného osudu, který je podle jeho představ čeká). Duševní pochody má nemocný s depresivním syndromem utlumeny, hůř chápe, pomalu vybavuje, myšlení je jednotvárné, týká se vesměs jen vlastního utrpení. Řeč je pomalá, tichá, může být až mutismus. Vzniká až dojem pseudodemence, hlavně u starších lidí. Po vyléčení je intelektová úroveň opět v normě. Patická nálada může někdy vyvolat psychotické příznaky. Objevují se bludy, nejčastěji autoakuzantní, (jsem hříšník, všechno jsem zkazil), nebo pseudomegalické, (vše zlé na světě jsem zavinil já), nebo jsou to bludy hypochondrické. Někdy se objevují persekční bludy, (budu stíhán , s pocity zaslouženosti trestu), mohou být přítomny iluze a verbálně sluchové halucinace, jsou přítomny i obsese a fobie. U většiny depresí jsou přítomny sebevražedné myšlenky a tendence, které nemocní disimulují.

2. somatické a vegetativní příznaky.

Dochází ke ztrátě chuti k jídlu, k úbytku na váze, k dyspeptickým obtížím, zácpě, poruchám spánku, úbytku sexuální apetence. Nejdůležitější symptomy pro diagnózu depresivního onemocnění lze shrnout v trias:

- Neodůvodněná smutná nálada se sebevražednými myšlenkami
- Ranní pesimum obtíží, večer určitá úleva (u 70% nemocných)
- Poruchy spánku (rychlé usínání, ale časně buzení, kolem 2. až 3. hodiny ranní.)

Podle kvantity a kvality některých symptomů základního depresivního onemocnění vyčleňujeme tyto syndromy:

a) Depresivní syndrom anxiózní: je přítomen strach, může být provázen mikromanickými bludy, nebo je úzkost nemotivovaná. Často se promítá do určité orgánové oblasti. Například břicho, hrdlo, hrudník, někdy celé tělo. Při úzkostném neklidu nemocní nevydrží na místě, naříkají, pláčí a vždy hrozí raptus.

b) Depresivní syndrom agitovaný: úzkost se stupňuje v psychomotorickou agitovanost a může dojít k raptu a projevům agrese.

c) Depresivní syndrom stuporózní: v popředí je útlum tělesných i duševních funkcí, pacient je ochablý, může dojít k úplné nehybnosti, kdy nepřijímá potravu a může být inkontinentní.

d) Depresivní syndrom delirantní: v popředí jsou mikromanické bludy, někdy se sluchovými halucinacemi.

e) Depresivní syndrom vegetativní: žádný s depresivních syndromů není bez somatické a vegetativní symptomatiky. Ta je někdy tak v popředí, že nemocný nadřazuje tělesné příznaky depresivní náladě, nebo depresi vůbec neprožívá. Pro tento stav se ustálil pojem larvová deprese. Projevuje se někdy pod obrazem únavy, nespavosti, impotence, hypochondrie, nebo může být v podobě potíží v oblasti gastrointestinální, kardiovaskulární, urogenitální atd. Tyto projevy mohou předcházet rozvinuté fázi typické deprese, nebo se celý život projevují v této podobě.

Syndrom manický: jeho popis uvedu jen stručně, protože patří do skupiny afektivních poruch, ale paní ZŘ tímto syndromem netrpí, v jejím případě se jedná o afektivní poruchu unipolární, s výskytem pouze depresivních epizod.

Tento syndrom je pravým opakem deprese. Vedoucím příznakem je rozjařenost, nepřiměřená dobrá nálada. Duševní činnost je zrychlená, sebevědomí vysoké, je logorhea, neunavitelnost, zvýšené libido, nemocný plánuje, organizuje, zlepšuje, nakupuje, utrácí, může se dopouštět různých excesů, málo spí, nebo nespí vůbec. Myšlení je někdy tak rychlé, že je nemocný řečí nedokáže vyjádřit až do tzv. myšlenkového trysku. Příznaky somaticko-vegetativní: nemocný vypadá omládle má pružné držení těla a chůzi, má široké zornice, lesklé oči, pulz zrychlený, velkou chuť k jídlu, na které nemá čas. (Zvolský 1994)

2.2 ETIOPATOGENEZE

Podstata onemocnění spočívá v endogenní, geneticky podmíněné dispozici k periodickým změnám funkce v CNS (především v hypotalamu), projevující se poruchami psychickými, vegetativními a endokrinními. Pravděpodobnost výskytu depresivní poruchy v populaci je asi 3%. Pravděpodobnost výskytu všech poruch nálady i reaktivních je v populaci asi 5-7%. Riziko pro příbuzné nemocných v prvním stupni je asi 10-15%. Onemocnění postihuje osoby s určitými thymopatickými rysy. V tělesném habitu nacházíme asi 65% pikniků, 20% leptosomů a 7% atletiků. U bipolární formy jsou muži postiženi přibližně stejně jako ženy, u unipolární formy s depresemi jsou ženy postiženy častěji v poměru asi 2:1. Můžeme považovat za pravděpodobné, že porucha funkce při endogenní

dispozici se odehrává především v oblasti mezimozku a navazuje chorobný stav mozkových struktur, podílejících se na tvorbě a ovlivňování emocí. Mezi tento tzv. emoční okruh řadíme: hypotalamus, hypofysoadrenální a somatosenzorické systémy, retikulární systém, thalamus, limbický systém a mozkovou kůru. Tato dispozice může být vyjádřena někdy tak silně, že fáze vznikají svým vlastním mechanismem, někdy je potřeba k vyvolání chorobných příznaků výbavných, provokujících faktorů. Je to například: působení endokrinního aparátu, větší výskyt je v pubertě, premenstruu, laktaci a klimakteriu. Další je vliv ročních období, maximum fází je na jaře a na podzim. Dále je to bezesporu vliv vyčerpanosti organismu tělesné a duševní, úlek, smutek, strach atd. Další hypotézou vzniku patických nálad je hypotéza neurobiochemického vlivu, že příčinou deprese je snížená aktivita noradrenalinu a serotoninu na postsynaptických receptorech. Je třeba brát v úvahu i vliv dalších neuromediátorů jako je GABA, dopamin, acetylcholin aj. a neuromodulátorů, spolupůsobících na synapsích a především komplexnost a součinnost neuromediátorových systémů jak při vzniku choroby, tak při zprostředkování antidepresivního účinku farmak. Závěrem lze říci, že v každé molekulární hypotéze depresí hrají důležitou úlohu bílkovinné systémy - enzymy, receptory, iontové kanály, membránový protein, které mohou být pozměněny. Příčiny depresivních onemocnění bude třeba hledat především na molekulárně genetické úrovni.(Zvolský 1996)

2.3 DIAGNOSTIKA

V MKN 10 se vychází z uvedených syndromů a symptomů, ale předpisuje se pro jednotlivé skupiny nutnost přítomnosti určitých příznaků a dobu jejich trvání. Lékař se řídí snahou zařadit jednotlivé případy mezi vymezené skupiny MKN 10 v kategoriích F30 až F39. Uvedu nyní jejich seznam, jen pro představu a doplnění toho, do které diagnostické skupiny patří onemocnění, kterým paní ZŘ trpí. Patří sem: F30 – MANICKÁ FÁZE. F31 – BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHA. F32 – DEPRESIVNÍ FÁZE. F33 – PERIODICKÁ rekurentní DEPRESIVNÍ PORUCHA. F34 – TRVALÉ PORUCHY NÁLADY. F38 – JINÉ PORUCHY NÁLADY. F39 – NESPECIFIKOVANÁ PORUCHA NÁLADY. Každá skupina obsahuje podskupiny vyjadřující závažnost poruchy slovy: mírná, středně těžká, těžká, zda jsou či nejsou přítomny somatické příznaky, zda jsou, nebo nejsou přítomny zároveň příznaky psychotické, zda je současná fáze smíšená, nebo nespecifická. Porucha, kterou trpí paní ZŘ patří jak bylo uvedeno výše do skupiny F33.3, tedy se jedná o Periodickou depresivní poruchu, současná fáze těžká s psychotickými příznaky. Při určování diagnózy je třeba se

v diferenciální diagnostice zamyslet nad tím, že deprese jako symptom se vyskytuje i u jiných poruch. Je to například: Depresivní neuróza, různé poruchy osobnosti, Reaktivní deprese, kde je návaznost na reálnou událost, nebo zážitek, který je průběžně zpracováván. Schizofrenie, u schizofrenního stuporu, zde jsou navíc poruchy myšlení a emotivity. Symptomatická deprese, při organických onemocnění mozku, při intoxikacích, infekčních chorobách, při užívání některých léků.

2.4 LÉČENÍ

Většinu epizod lehčí, či středně těžké deprese dnes můžeme léčit ambulantně. Těžší deprese a mánie je třeba hospitalizovat, kritériem je zde nebezpečí realizace suicidia u deprese a společenské únosnosti u mánie. V období těžké deprese nemocného nenutíme do činnosti a ke kontaktům. Nedomlouváme mu, aby se vzchopil a bojoval. Takové rady mohou být v začátku až škodlivé. Teprve v období zlepšování se doporučuje mírná činnost. Základem terapie maniodepresivního onemocnění je psychofarmakoterapie, někdy v kombinaci s elektrokonvulzivní terapií. K léčbě **depresivní fáze** se používají antidepresiva (tymoleptika nebo tymoeretika), některá neuroleptika a anxiolitika a dosud nejúčinnější elektrokonvulzivní léčba. K léčbě **manické fáze** používáme neuroleptika, litiové soli, případně elektrokonvulzi. Antidepresiva mohou mít trojí účinek: tymoleptický – odstraňují patickou depresivní náladu, anxiolitický a psychostimulační. Různá antidepresiva splňují tyto požadavky různě. Přes veškeré snahy není účinek antidepresiv z biochemického hlediska zcela vyjasněný. Současné hypotézy kladou důraz na jejich působení na serotonergní a noradrenergní, ale částečně i dopaminergní receptorový systém. Antidepresiva jak bylo uvedeno výše dělíme na tymoleptika a tymoeretika. K tymoleptikům patří antidepresiva tricyklická a tzv. druhé a třetí generace, do skupiny tymoeretik patří inhibitory MAO. Tricyklická antidepresiva se rozdělují na imipraminový typ, projasňující náladu, amitriptylinový typ, mající zároveň účinek sedativní a desimipraminový typ, projasňující náladu a aktivizující. K antidepresivům tzv. druhé generace patří například: maprotilin (Ludiomil), viloxazin (Vivalan) a jiné. K antidepresivům tzv. třetí generace řadíme fluvoxamin (Fevarin), fluoxetin (Prozac), citalopram (Seropram) a jiné. Jejich farmakologické působení spočívá v inhibici zpětného vychytávání serotoninu na neuronálních synapsích. Mají lépe potlačovat anxieta a suicidální tendence. Mají daleko méně vedlejších účinků a postrádají kardiotoxicitu. Lékař se při ordinaci antidepresiva řídí nozologickým řazením, kvalitou a intenzitou depresivního syndromu. Při psychomotoricky inhibované depresi bez výraznějších anxiózních příznaků se

volí Imipramin (Melipramin), Noveril, Nortriptylin, Anafranil a jiné, při anxiózní depresi se podává Amitriptylin, Ludiomil, Protiaden. Při podávání antidepresiv platí, že je podáváme postupně ve zvyšující se dávce až do dávky optimální. Některá antidepresiva existují v injekční formě a v této aplikaci je možné očekávat rychlejší účinek. Všem antidepresivům jsou společné vedlejší účinky: pocení, třes, zácpa, porucha akomodace, vertigo, tendence k retenci moči. Kontraindikací při podávání je glaukom s uzavřeným úhlem, kardiovaskulární poruchy a epilepsie. Pouze Vivalan ze starších léků není kardiotoxický a lze jej užít i při glaukomu. Při správné volbě antidepresiv lze očekávat účinek po 1-3 týdnech podávání u 65 – 75 % nemocných. Tymoeretika, blokátory MAO se užívají při léčbě inhibovaných, apaticko-abulických, neanxiózních depresí. Mají efekt psychoenergizující a jsou toxičtější než tymoleptika. Patří sem například nialamid (Nuredal). Z nových, tzv. reverzibilních inhibitorů MAO-A je možno užít: Moclobemid a Brofaromin. Tymoleptika a Tymoeretika se nesmějí kombinovat, nebo lze jen u hospitalizovaného pacienta. Jinak je třeba při přechodu z jednoho na druhý typ zachovat odstup 14 dnů. Při léčení depresivní poruchy se podávají někdy neuroleptika pro zklidnění u anxiózních a agitovaných nemocných. Pro zajištění spánku někdy stačí samotné antidepresivum, nebo se podává nebarbiturátové hypnotikum. Barbituráty snižují účinek tymoleptik. Pokud se těžší deprese při léčbě některým antidepresivem neupraví do 4 – 5 týdnů, může lékař přistoupit k elektrokonvulzivní léčbě, která je co do antidepresivního účinku nepřekonaná (efekt 80 – 90%). Elektrokonvulzivní léčebná metoda (ETC) se i přes rozvoj farmakoterapie stala opět významnou léčebnou metodou zejména při léčení těžkých depresí a u některých forem schizofrenie, zejména stuporózních. První použití ETC je připisováno Italům Cerlettimu a Binimu, u nás jsou první zmínky o použití této metody z roku 1940-41 (prof. Matulay). Používá se tzv. modifikovaná metoda za použití krátkodobě působícího myorelaxancia v kombinaci s krátkodobou anestezií. K myorelaxaci se u nás v léčebně používá sukcinylcholinjodid a k celkové anestezii Thiopental. K ECT léčbě přichází pacient lačný, s laboratorními biochemickými výsledky, s interním vyšetřením, které musí být v mezích normy. Po podání preparátů je pacient prodýchán maskou čistým kyslíkem pomocí narkotizačního přístroje až do nástupu relaxace. Elektrokonvulze se vyvolá aplikací střídavého proudu mezi dvěma elektrodami přiloženými bitemporálně. Proud je upraven na hodnoty 300 až 400 mA, aplikuje se po dobu 0,2 – 1.5 s. Počet aplikací ETC je většinou 6, dle stavu pacienta.

2.5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Ošetrovatelská péče se v Psychiatrické léčebně v Bohnicích (dále PLB) realizuje v souladu s ošetrovatelským procesem, který vychází z ošetrovatelských modelů. Hlavně bych chtěla zmínit model Oremové, který je založen na deficitu sebezpečí. Ten je právě u psychiatrických pacientů nejčastějším důsledkem většiny duševních poruch. Ve zdraví je člověk schopen pečovat o sebe sám, jakmile se dostaví psychická porucha stávají se často požadavky na sebezpečí větší než je jedinec schopen sám zvládnout. Stává se závislým na svém okolí, v lepším případě na rodinných příslušnících v domácím prostředí, nebo v léčebném zařízení, kde nastupuje ošetrovatelská péče. Při ošetrování pacienta s depresivní poruchou lze postupovat v souladu s modelem Oremové, který se soustřeďuje na 6 oblastí možného deficitu základní sebezpečí, což je nejmarkantnější hlavně ve fázi těžké depresivní poruchy. Patří sem:

- dostatečný a pravidelný příjem vody, potravy a vzduchu
- uspokojivé funkce vylučování moči, stolice a potu
- rovnoměrné rozložení činnosti a odpočinku
- rovnováha mezi samotou a sociální interakcí
- rovnováha mezi bezpečím, jistotou a hrozícím nebezpečím
- normální chování, bytí existence a podpora.

Všechny tyto oblasti mohou být u pacienta trpícího depresivní poruchou narušeny a je na sestře, aby poruchu včas rozpoznala a saturovala potřeby pacienta v té které oblasti. Při ošetrování pacientů s afektivními poruchami je třeba mít též na paměti některé zvláštnosti, které vyplývají ze základních projevů onemocnění. Při ošetrování pacienta s těžkou depresí je hlavním úkolem sestry rozpoznat a zabránit **sebevražednému, nebo sebepoškozujícímu jednání**. Je třeba mít pacienta pod neustálým dohledem. Pacient by neměl mít u sebe předměty, které by mohl použít k sebepoškození. Jedná se o různé ostré předměty - nůžky, zrcátko, nožičky, špičaté předměty atd. Máme na paměti, že zvýšené riziko sebevražedného konání je v ranních hodinách, kdy se nemocný cítí nejhůře. Při podávání léků per os kontrolujeme skutečné **užití léku**. Může se stát, že pacient lék nepolkne, později ho vyplivne, a je zde i nebezpečí, že si léky může hromadit k pozdějšímu spáchání sebevraždy. Důslednou kontrolu úst vnímají mnozí nemocní jako degradaci. Je na sestře, jak jim nutnost kontroly vhodným způsobem podá. Další zvláštností, kterou by sestra měla mít při ošetrování depresivního pacienta na paměti je **komunikace a sociální kontakt**. Pacienta v začátku onemocnění a v období těžké deprese nenutíme do kontaktu, chováme se ohleduplně, jeho případné psychotické prožitky mu nevymlouváme ani nepotvrzujeme. Pacienta nelitujeme, nepovzbuzujeme ho planými výroky, aby se vzchopil. Snažíme se získat jeho spolupráci

v základních oblastech sebezpeče, jako je pravidelná **hygiena a vyprazdňování**, které může být v důsledku podávání psychofarmak narušeno. Pacient může trpět zácpou, nebo retencí moči, sestra musí mít tyto aspekty stále na paměti. Další důležitou sledovanou oblastí je dohled na **příjem potravy a tekutin**. Někteří pacienti odmítají jíst a pít, někdy je třeba zavést parenterální výživu. Je na sestře, aby potřebu včas rozpoznala a upozornila lékaře na deficit sebezpeče v některé z oblastí. Depresivní pacienti jsou často uzavření, mají zpomalené myšlení, mohou mít poruchy paměti, mají poruchy koncentrace, protože se soustřeďují jen na své utrpení. Sestra by tyto skutečnosti měla mít na paměti při **jednání s depresivním pacientem**. V začátku nenaléháme na rychlá rozhodnutí, spíš nabízíme možnosti, dáváme pacientovi čas, musíme být velmi trpěliví. Teprve, když je onemocnění na ústupu, zapojujeme pacienta do aktivit na oddělení. Zpočátku volíme krátké a jednodušší aktivity, vždy chválíme a oceníme snahu pacienta.

V edukaci pacienta by se sestra měla soustředit na zdůrazňování nutnosti dodržování léčebného režimu i po propuštění do domácího ošetření. Klást důraz na pravidelné užívání léků a návštěv psychiatra. Když se totiž mnohým pacientům po atace onemocnění uleví, zapomenou na prožité útrapy a přestanou být motivováni k užívání léků. Je nutné na to pacienty hlavně před propuštěním upozorňovat, aby nedošlo k relapsu onemocnění.

2.6 PROGNOZA

Prognóza jednotlivých fází afektivní poruchy je příznivá, celého onemocnění méně příznivá. Unipolárních forem je asi dvakrát více, než bipolárních. Onemocnění začíná později, kolem 35. roku. Délka remise převažuje nad délkami fází. Délka fází se pohybuje od dnů po čtyři měsíce. Asi 60% nemocných může mít jen jednu fázi za život, asi 37% má dvě fáze. Od jedné fáze k druhé uplyne zhruba 50 měsíců. Je tendence ke zkracování remise a k prodlužování délky fází. Prognóza jednotlivé nekomplikované fáze je příznivá, celého onemocnění méně příznivá. Asi 44% nemocných tohoto typu může mít spontánní úpravu po dobu pěti i více let. V klimaxu a involuci může dojít ke chronifikaci depresivní fáze, jde pak o obraz depresivně neurastenického rezidua. (Zvolský 1994)

3. ZÁKLADNÍ IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Paní ZŘ byla do Psychiatrické léčebny v Bohnicích (PLB) přivezena dne 19. září 2006. Narodila se v roce 1953, je vdova, má dvě děti, vzdělání vysokoškolské.

Ošetřovala jsem jí ve dnech 7. až 14. listopadu 2006. Protože pacientka v té době nebyla schopná dát souhlas k mé práci na kazuistice jejího onemocnění, dal souhlas syn pacientky.

4. LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A DIAGNÓZA

Paní ZŘ byla přivezena do PLB pro zhoršení stavu a agresi. Ústavní léčení doporučil Mudr. Hudec, u kterého se ambulantně léčí pro depresivní stavy. Pacientka byla do léčebny dopravena sanitou rychlé lékařské pomoci, kterou přivolala její rodina.

Současný stav: pacientka byla vyšetřena v sanitě, nekomunikuje, slovně neodpovídá, vstává, ukazuje někam prstem, usilovně zavírá oči a zakrývá si uši. Byla přivezena za asistence policie, nekomunikovala při odvozu. Dle doporučení ambulantního lékaře se léčí pro depresivní stavy, užívala Seropram. Nyní je zmatená, je nutná hospitalizace.

Rodinná anamnéza: pro nespůlupráci nelze odebrat, dle minulé hospitalizace v roce 2003: matka se léčí pro schizofrenii, dle ambulantního psychiatra snad pro schizoafektivní poruchu, také její bratr tím trpěl.

Osobní anamnéza: aktuálně od pacientky nelze odebrat, dle minulého pobytu: potíže s kolenními klouby, trpí na ekzémy, vyšší krevní tlak (TK) se měl upravit životou správou..

Psychiatrická anamnéza: ambulantní psychiatr Mudr. Hudec, 1x byla léčena v PLB.

Farmakologická anamnéza: užívala Seropram, nyní pro stav pacientky nelze zjistit.

Riziko závislosti: dle minulého pobytu nepije, nekouří, drogy neužívá.

Alergologická anamnéza: negativní.

Sociální anamnéza: pacientka vystudovala filozofickou fakultu, má doktorát z dějin umění.

Věnovala se cizím jazykům, nyní překládá z angličtiny u překladatelské firmy. Je vdova, manžel zemřel v dubnu tohoto roku. Má dvě dospělé děti. Nyní žije se synem v bytě po manželovi, dcera je již vdaná, má vlastní rodinu. Invalidní důchod pacientka nepobírá, trestaná nebyla, řidičský průkaz vlastní.

Status praesens psychicus: lucidní, oční ani slovní kontakt nenavazuje, mutismus, orientaci zjistit nelze, tenze, anxieta, sklony k agresi, suspektně chování pod vlivem psychotické produkce, avšak konkrétní psychotickou příhodu zjistit nelze, sebevražedné chování nelze vyloučit, je dlouhodobě léčena pro depresivní stavy.

Status praesens somaticus: pro nespolupráci TK, puls a teplotu nelze změřit, viditelně nezraněna.

Rezume: 53letá pacientka, přivezena sanitou pro zhoršení stavu a projevy agresivity. V PLB byla již hospitalizována v roce 2003. Léčí se pro depresivní stavy. Nyní kontakt nenavázán, mutistická, tenzí, anxiozní se sklony k agresi. Chování je suspektně pod vlivem psychotické produkce. Vystaven doklad o nedobrovolném vstupu (NV), z důvodu nebezpečnosti pacientky sobě a okolí. Tento doklad byl faxován příslušnému soudu k provedení detenčního řízení o oprávněnosti přijetí pacientky do léčebny bez jejího písemného souhlasu, který podpisují pacienti vždy při přijetí do PLB. Pracovní neschopnost byla vystavena.

Závěr: F 33.3 Periodická depresivní porucha, současná fáze těžká s psychotickými příznaky.

Diferenciální diagnóza: Onemocnění schizofrenního okruhu.

Plán: terapie a dieta dle ošetřujícího lékaře na oddělení, doplnit vyšetření k objektivizaci somatického stavu, běžné vstupní odběry, interní vyšetření - vysoký TK v anamnéze, doplnit údaje osobní anamnézy k aktualizaci současného stavu.

5. PŘEHLED VYŠETŘENÍ

Během hospitalizace paní ZŘ jí byla, jak se vyvíjel její zdravotní stav, provedena řada diagnostických vyšetření.

Laboratorní vyšetření: po přijetí na naše oddělení se provedlo vstupní biochemické, hematologické a serologické vyšetření. Toto vyšetření se provádí standartně u všech nových pacientů. Provedlo se vyšetření sérových hladin minerálů, jaterní testy, celkové bílkoviny a albuminu, vyšetření funkce ledvin – urea a kreatinin, hladina glukózy, osmolalita a dále pak biochemické vyšetření moče a močového sedimentu. Provedlo se hematologické vyšetření krevního obrazu, vyšetření sedimentace erytrocytů a serologické vyšetření Syfilis-ELISA a TPHA.

Výsledky všech vyšetření byly v normě, serologické vyšetření negativní. Pouze v jaterních testech byly zaznamenány zvýšené hodnoty transamináz proti referenčnímu rozmezí: u ALT to byla hodnota 0,65, kdy referenční mez je do 0,58, u AST 0,82 proti 0,55, u GMT 1,08 proti 0.63 ukat/l. Byla též zjištěna nižší hladina draslíku, a to hodnota 3,02, proti referenčnímu rozmezí 3,80 až 5,00 mmol/l.

Další diagnostická vyšetření: v průběhu hospitalizace se prováděla další vyšetření, jak to vyžadoval vývoj zdravotního stavu pacientky. Provedlo se neurologické vyšetření, EKG a interní vyšetření, Počítačová tomografie mozku (CT), vyšetření kreatinkinázy v séru, opakovaně biochemické vyšetření séra a hematologické vyšetření. Nálezy neurologického a interního vyšetření byly v mezích normy, pouze se řešily opakovaně naměřené vyšší hodnoty krevního tlaku.(TK). CT vyšetření mozku bylo s nálezem malé korové atrofie. Byla zvýšená hodnota kreatinkinázy, v hodnotě 6.7, což dle lékaře nemusí mít žádný diagnostický význam.

Fyziologické funkce: během hospitalizace byly klientce měřeny základní fyziologické funkce. Po přijetí byla hodnota TK: 150/90, tedy s ohledem k věku ještě v normě, hodnota pulsové frekvence: 76/min. a tělesná teplota: 36,8°C, výška: 165 cm, tělesná hmotnost: 72 kg, tedy podle indexu BMI lehká nadváha. V dalším vývoji onemocnění byly měřeny zvýšené hodnoty TK, a to v hodnotě kolem 160/110.

6. PŘEHLED TERAPIE

Antidepresiva

Seropram 20mg (Citaloprami hydrobromidum) potahové tablety

Používá se k léčbě depresivního onemocnění, působí v centrální nervové soustavě tak, že zvyšuje hladinu serotoninu. K nástupu účinku dochází po 2-4 týdnech léčby.

Nežádoucí účinky: přípravek je dobře snášen, někdy se může objevit nevolnost, ospalost, suchost v ústech. Vzácně se může objevit bušení srdce, zácpa, průjem, bolesti hlavy aj.

Wellbutrin SR 150mg. (Bupropioni hydrochloridum) tablety s prodlouženým účinkem.

Používá se k léčení depresivních stavů, spojených též s neschopností se rozhodnout, s netečností, malou sebedůvěrou a nízkým sebevědomím, ztrátou zájmu a sklonem k sebeobviňování.

Nežádoucí účinky: ojediněle se může vyskytnout horečka,, bolest na hrudi, tachykardie, zvýšení TK, prchavé zrudnutí, sucho v ústech, nevolnost, zvracení, bolesti břicha, zácpa. Běžným nežádoucím účinkem je nespavost, která je přechodná.

Remeron SolTab 15,30,45 mg.(Mirtazapinum granulátum) tablety rychle rozpustné v ústech

Přípravek se používá ke zmírnění depresivních nálad. Nástup účinku je za 2-4 týdny.

Nežádoucí účinky: bolesti hlavy, ospalost, snížená koncentrace, závrať, mdloba, zvýšená chuť k jídlu. Vzácně se mohou vyskytnout křeče, záchvat mánie, pocit neklidu v nohou, žluté zbarvení kůže a sklér.

Pro všechna podávaná antidepresiva platí, že současné pití alkoholu může potencovat jeho účinky, proto se jeho užívání v průběhu léčby antidepresivy nedoporučuje. Některé přípravky mohou též ovlivnit pozornost a schopnost koncentrace, například při řízení

motorových vozidel a obsluze strojů. Je třeba, aby pacient byl s těmito skutečnostmi seznámen.

Antipsychotika, neuroleptika

Solian 200mg. (Amisulprid) tablety

Přípravek ovlivňuje činnost nervových buněk, která je zprostředkována dopaminem. Užívá se k léčbě schizofrenie, a to jak akutní, tak i chronické formy. Působí dobře na pozitivní příznaky (bludy, halucinace, poruchy myšlení, neklid), tak i na negativní příznaky (citové oploštění, sociální stažení, pocity viny, úzkost), příznivě působí i na poruchy nálady ve smyslu deprese.

Nežádoucí účinky: účinky obecného charakteru jako jsou nespavost, nevolnost, suchost v ústech, zácpa, agitovanost, aj.

Seroquel 25, 100, 200 mg. (Quetiapini fumaras) tablety

Přípravek zmírňuje příznaky duševních onemocnění jako jsou halucinace, znepokojující myšlenky, pocity osamění, změny chování a zmatenost.

Nežádoucí účinky: ospalost, slabost, pocit ucpaného nosu, zácpa, přírůstek hmotnosti, suchost v ústech, snížení TK. Tyto příznaky obvykle vymizí při pokračování léčby.

Haloperidol amp. 5mg. (Haloperidolum)

Toto neuroleptikum se užívá zejména v akutní fázi u neklidných psychotických pacientů k sedaci, nebo u agresivních nemocných, kteří ohrožují sebe a ostatní. Hodí se i pro chronické formy schizofrenie.

Nežádoucí účinek: obecně jako u ostatních neuroleptik.

Při podávání antipsychotik, neuroleptik je třeba počítat s možností skupiny nežádoucích účinků, které se zahrnují do pojmu extrapyramidová symptomatologie. Jedná se o příznaky typu: třes, svalová ztuhlost, snížená pohyblivost, zvýšené slinění, neschopnost vydržet v klidu. Může se objevit tzv. akutní dystonie: stažení svalů šíje, obličejové a okohybných svalů. Dále se mohou objevit tzv. tardivní dyskineze: jsou to mimovolné pohyby

jazyka, svalů obličeje, rukou, dolních končetin a trupu. Tyto příznaky můžeme zmírnit současným podáváním antiparkinsonik (Akineton)

Při podávání neuroleptik je třeba myslet i na možnost vzniku tzv. *maligního neuroleptického syndromu* (MNS), který je nejzávažnějším nežádoucím účinkem podávání neuroleptik a může pacienta ohrozit na životě. Sestra, pracující na psychiatrii u pacientů, kterým jsou současně podávána neuroleptika musí znát příznaky hrozícího MNS, aby na ně včas upozornila lékaře. Jsou to tyto příznaky: febrilie (kolem 40°C), těžká extrapyramidová ztuhlost, zvýšený TK, zejména diastolický, tachykardie, opocení, dysfagie, zmatenost, dezorientace, mutismus, tachypnoe, fenomén ozubeného kola, delirium, stupor, koma. Úmrtnost u pacientů s rozvinutým MNS je 20-40%. Z těchto čísel jasně vyplývá, jak je důležité včas zachytit příznaky blížícího se MNS.

Sedativa, anxiolitika, hypnotika

Rivotril 0,5, 2mg. Clonazepamum tablety

Patří do indikační skupiny antiepileptik, v psychiatrii se používá pro své sedativní a anxiolytické účinky. Patří do skupiny benzodiazepinů, zabraňuje záchvatům křečí a zmírňuje již vzniklé křeče.

Nežádoucí účinky: ospalost, únava, slabost, obtíže při chůzi, pády, změny chování, podrážděnost, inkontinence moče, dechové obtíže a jiné.

Diazepam tbl

Patří též mezi benzodiazepiny, má sedativní, anxiolytické a i hypnotické účinky, zmírňuje tenzi, strach a úzkost.

Nežádoucí účinky: stejné jako u Rivotrilu.

Při podávání benzodiazepinů musíme myslet na možnost vzniku lékové závislosti, hlavně při dlouhodobém podávání. Proto je třeba lék podávat jen nezbytně dlouhou dobu.

Apaurin amp. 10mg. (Diazepamum)

Patří do skupiny benzodiazepinů, s širokým spektrem účinků. Prostřednictvím specifických benzodiazepinových receptorů v centrální nervové soustavě působí anxiolyticky, hypnosedativně, myorelaxačně a antikonvulzivně, proto má v psychiatrii široké pole použití.

Nežádoucí účinky: únava, spavost, závratě, svalová ochablost, poruchy koncentrace a paměti.

Antiparkinsonika

Akineton 2mg_ Biperideni hydrochloridum tablety

Působí v centrální nervové soustavě, ovlivňuje především třes a ztuhlost. V psychiatrii se používá ke zmírnění extrapyramidové symptomatologie při podávání neuroleptik.

Nežádoucí účinky: mohou se objevit hlavně na začátku léčby a při příliš rychlém zvyšování dávky. Patří sem: únava, závratě, malátnost, neklid, strach, zmatenost, blouznění, vzrušení, poruchy paměti, nervozita, bolesti hlavy, nespavost i halucinace. Dále se mohou objevit nežádoucí účinky vegetativního nervového systému: sucho v ústech, poruchy zraku, rozšíření zornic, citlivost na světlo, snížená potivost, zácpa, tachykardie, nebo naopak bradykardie. Mohou být též projevy alergie na kůži, retence moče a problémy s vyprazdňováním močového měchýře.

Antihypertenziva

Presid 2,5mg. (Felodipinum)

Přípravek patří do skupiny léčiv označovaných jako blokátory vápníkového kanálu. Snižuje vysoký krevní tlak tím, že rozšiřuje malé cévy. Léčivá látka se z tablet s řízeným uvolňováním uvolňuje rovnoměrně po celý den, tím je dosaženo žádoucího účinku. Používá se k léčbě hypertenze a stenokardie při angině pectoris.

Nežádoucí účinky: mohou se objevit na začátku léčby, jsou přechodné a po několika dnech ustoupí. Může se objevit zrudnutí obličeje, bolesti hlavy, bušení srdce, závratě, únava, otoky kotníků, záněty dásní, kožní vyrážky, tachykardie, mdloby aj.

Hepatoprotektiva

Flavobion 70mg. Silymarinum potahové tablety

Přípravek má ochranný účinek na jaterní buňku, obnovuje a zlepšuje činnost poškozených jaterních buněk, napomáhá odstraňování škodlivých látek z organismu, uplatní se při prevenci ztučnění jater.

Nežádoucí účinky: ojediněle zažívací obtíže, průjem, vyrážky.

Kalium chlorátum

Kalii chloridum potahové tablety

Přípravek obsahuje draslík. Používá se k předcházení a léčbě jeho nedostatku v organismu, při jeho zvýšených ztrátách močí. Při zvýšených ztrátách draslíku zažívacím ústrojím, při průjmech a zvracení, při dlouhodobém podávání některých léků (kortikosteroidy, diuretika)

Nežádoucí účinky: dráždění sliznic trávicího ústrojí projevující se průjmy, nevolností, zvracením, plynatostí, bolestmi břicha, ojediněle může vést až ke vzniku vředů a krvácení.

Laxativa

Duphalac, lactulosum

Přípravek je osmotické laxativum. Účinnou látkou je laktulóza, která se dostává nezměněna do tlustého střeva, kde se štěpí na nízkomolekulární látky kyselé povahy. Osmotickým účinkem se na obsah střeva váže voda, a tak se zvýší střevní objem. Tím je podpořena střevní peristaltika a zácpa mizí.

Nežádoucí účinky: v prvních dnech užívání se může objevit plynatost, bolesti břicha, nevolnost a zvracení. Při větších dávkách průjem.

Analgetika

Ibalgin Ibuprofenum 400 mg. tablety

Potlačuje bolest, tlumí zánět, zmírňuje projevy revmatizmu, snižuje horečku.

Elektrokonvulzivní terapie

Jak uvádím výše, je to aplikace střídavého proudu mezi dvěma elektrodami, přiloženými bitemporálně. Pacient musí mít před výkonem provedeno laboratorní vyšetření, EKG a interní vyšetření, k výkonu přichází lačný. Aplikace se provádí v myorelaxaci a krátkodobé anestezii. Počet aplikací se řídí stavem pacienta, obvykle je to v počtu cca 6-ti výkonů. Mezi jednotlivými výkony je vždy 2-3. denní přestávka.

Skupinová psychoterapie

Je to metoda při níž má terapeut, v tomto případě psycholog skupinu pacientů (počet 10-15) a hovoří s nimi na různá témata. Terapeut se snaží, aby pacienti projevili ve skupině aktivitu. Skupinová psychoterapie obecně je postup, který využívá k léčebným účelům skupinovou dynamiku tzn. veškeré vztahy a interakce, které vznikají jak mezi členy skupiny navzájem, tak mezi jednotlivými členy a terapeutem. Obecnými cíli léčebného působení je odstranit, nebo zmírnit nežádoucí příznaky nácvikem, nebo přímo vyřešením interpersonálních, či intrapsychických konfliktů, podpořit zrání osobnosti, změnit nevhodné vzorce chování směrem k přiměřené adaptaci a pomoci změnit nesprávné postoje. Paní ZŘ se skupiny účastnila na konci hospitalizace, protože během ní nebyla schopna spolupráce.

7. PRŮBĚH HOSPITALIZACE

Paní ZŘ byla přivezena do léčebny dne 19. září 2006 sanitou s lékařem, za asistence policie. Rychlou záchrannou službu přivolal syn pacientky, protože nevnímala, chovala se neadekvátně a byla agresivní. Po příjezdu na naše oddělení nekomunikovala, měla zavřené oči, na otázky neodpovídala, občas se smála a omlouvala se za předchozí agresi. Byla jí aplikována medikace při neklidu. (Haloperidol a Apaurin á 1 amp.) Další dny se stav pacientky příliš neměnil, stále nekomunikovala s okolím, ani s personálem, výzvám vyhověla. Musela být aktivně hydratována, pila dobře. Jedla málo. Při návštěvě syna byly získány doplňující informace: pacientka po posledním propuštění z PLB v r 2003 byla v pořádku, několik měsíců docházela ke svému psychiatrovi, pravidelně brala léky, pak přestala. Před půl rokem jí zemřel manžel, snášela to vcelku dobře. V září si udělala se synem dovolenou do Portugalska a tam se její stav zhoršil. Chovala se paranoidně, jednala zřejmě pod vlivem psychotické produkce. Po přiletu zpět se stav ještě více zhoršil a s projevy agrese byla dopravena do PLB. Pacientce byly nasazeny neuroleptika, antidepressiva a sedativa. Pro nález vyšších hodnot transamináz a nižšího Kalia v séru, bylo pacientce nasazeno hepatoprotikum (Flavobion) a Kalim chlorátum tablety. Po třech dnech se stav pomalu upravil, pacientka začala komunikovat, vzpomínala na to, co se s ní dělo. Sdělila, že poslední, co si pamatuje byla její cesta letadlem, k tomuto tématu se stále vracela. Cítila se ospalá, unavená, v popředí dominovaly depresivní příznaky. Objevila se ztuhlost, došlo k rozvoji extrapyramidové symptomatologie. Z toho důvodu byla v ordinaci snížena dávka antipsychotika a bylo nasazeno antiparkinsonikum (Akineton). Pro přetrvávající depresivní a úzkostné stavy jí bylo nasazeno antidepressivum 3. generace SSRI (Seropram) a dávka se začala navyšovat.

V následujících dnech byla stále unavená, v tenzi, depresivně laděná, inkoherentní v myšlení, paranoidně nastavená. Nesoustředila se a připouštěla sluchové halucinace. V dalších dnech přestala spolupracovat a byla zcela negativistická, ztuhlá, s projevy masivní úzkosti. Dostavila se inkontinence moče a stolice, pacientka odmítala hygienu, denně byla sprchována v koupelně, nespolupracovala při mytí a oblékání, vždy se nechala pasivně umýt a obléci. Pro inkontinenci začala používat plenkové kalhotky. Zvýšená pozornost byla věnována stavu pokožky v oblasti hýždí. Pacientka bloudila po chodbě a ponejvíce stála v koupelně v koutku sprchy. Byla mutistická, výzvě nevyhověla, nechala se ale pasivně odvést a manipulovat. Sama aktivně nejedla a nepila, byla pravidelně krmena a zavodňována. Pevnou stravu většinou odmítala, byla jí proto podávána tekutá dieta ve formě různých polévek a výživných nápojů. Ty klientka většinou přijímala. Pozornost byla věnována stavu hydratace, byl založen záznam příjmu a výdeje tekutin, pouze orientačně, z důvodu inkontinence.. Snažili jsme se, aby příjem byl cca 2 l tekutin denně. Na noc jí byla podávána hypnotika. Po nich spala vždy několik hodin, pak se často budila, chodila po chodbě, nebo seděla v jídelně u stolu. Hrozilo nebezpečí pádu, protože byla rozespálá a pod vlivem léků. Některé noci byla neklidná, vůbec nespala, musela být omezena v lůžku z bezpečnostních důvodů. Často se potom zklidnila a usnula. O omezení, jeho délce a průběhu byl proveden vždy záznam lékaře a sestry v dekurze, v souladu s příslušným standardem o omezení pacientů v PLB. V následujících dnech se stav pacientky neměnil. Přetrvávala deprese, úzkost, bludná produkce, negativismus a nespolupráce. Pro přetrvávající extrapyramidovou symptomatologii bylo v medikaci zcela vysazeno neuroleptikum a navyšovány dávky antiparkinsonik a benzodiazepinů. U klientky však dále přetrvávala svalová ztuhlost, začala se při chůzi předklánět. Lékař uvažoval o individuálně zvýšené přecitlivělosti pacientky na neuroleptika i antidepressiva ve smyslu vzniku a trvání extrapyramidových příznaků. Ošetrovatelská péče v těchto dnech pokračovala nadále v saturaci všech základních potřeb pacientky, pro její trvalý negativismus a nespolupráci. Dostavily se bolesti v zádech, proto lékař ordinoval analgetikum (Ibalgin). Po třítydenní hospitalizaci se stav pacientky nezlepšil, přetrvávaly extrapyramidové příznaky, pacientka byla depresivní, úzkostná, pasivní a negativistická. Došlo ke změně podávaného antidepressiva, místo SSRI (Seropram) byl ordinován Bupropion (Wellbutrin) a později ještě Mirtazapin (Remeron). V následujícím období se stav pacientky začal upravovat, více spolupracovala, občas komunikovala. Přetrvávala únava, pasivita, emoční oploštění a anhedonie. V té době byly opakovaně naměřeny vyšší hodnoty krevního tlaku. Bylo provedeno interní vyšetření a EKG, laboratorní vyšetření krevních lipidů a biochemické

vyšetření moče, s výsledky v normě. Pacientce byl ordinován Presid 2,5mg a pravidelné kontroly TK.

V začátku 5. týdne hospitalizace pomalu ustupovaly příznaky ztuhlosti, stále přetrvávala tenze, úzkost a depresivní ladění. Pacientka byla orientovaná v čase a místě, situačně však byla zmatená, stále se obviňovala. Ošetrovatelská péče spočívala v pomoci s hygienou, přetrvávala inkontinence moče, dostavily se zácpy, které se po podávání projímadla upravily. Klientka pila dostatečně, občas vynechala některá jídla, přešli jsme na kašovitou stravu.

Během 7. týdne hospitalizace došlo opět ke zhoršení stavu. Dostavily se stavy zmatenosti, neklidu, pacientka musela být opět omezována v lůžku z důvodu její bezpečnosti. Objevily se poruchy chování, dezorientace s obrazem delirantního stavu. Uvažovalo se, že příčinou tohoto zhoršení může být anticholinerní efekt antiparkinsonik, které dostávala ve vysokých dávkách. Uvažovalo se též o možnosti počínající demence. Z tohoto důvodu bylo provedeno CT vyšetření mozku, s nálezem malé atrofie. Opět se upravovala a měnila medikace. Postupně se snižovala dávka antiparkinsonika (Akineton), postupně se vysadil Bupropion (Wellbutrin), bylo ordinováno neuroleptikum Seroquel v malé dávce, která se postupně navyšovala. Pro dřívější dobrý efekt bylo opět ordinováno antidepresivum SSRI (Seropram). Ošetrovatelská péče v tomto období spočívala v saturaci všech základních potřeb pacientky, která opět nespolupracovala, byla negativistická, s poráženeckými postoji.

Počátkem 9. týdne hospitalizace došlo k rozhodnutí zahájit elektrokonvulzivní terapii z vitální indikace. To znamená, že nebylo potřeba souhlasu pacientky. Poprvé byla provedena 29. listopadu. Následovaly další aplikace s odstupy vždy dvou až tří dnů. Zhruba po třetím podání se zdravotní stav paní ZŘ začal rychle zlepšit. Dramaticky rychle ustoupily depresivní, úzkostné a psychotické příznaky. Bylo provedeno celkem šest aplikací ECT s velmi dobrým výsledkem. Na počátku 11. týdne hospitalizace byla paní ZŘ již bez obtíží. Na uplynulé období měla téměř úplnou amnézii. Poslední co si vybavovala byl let z Portugalska se synem. Stěžovala si pouze na občasné výpadky paměti, k čemuž po ECT může dojít. Tyto nežádoucí účinky se po čase většinou sami upraví. Paní ZŘ se cítila dobře, byla zcela orientována, náladu měla v normě, zajímala se o svou práci a děti. Začala docházet na skupinovou psychoterapii, účastnila několika sezení. Na vánoční svátky dostala první propustku, která proběhla bez obtíží.

Začátkem ledna byla paní ZŘ propuštěna.

C OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

1. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A HODNOCENÍ PACIENTKY

1.1 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

Jméno a příjmení: ZŘ

Oslovení: paní Ř

Věk: 53 let

Vyznání: bez vyznání

Adresa: Praha

Kontaktní osoba: syn pacientky

Pojišťovna: 111

Povolání: překladatelka

Vzdělání: vysokoškolské

Národnost: česká

Datum přijetí: 19. září 2006

Hlavní důvod přijetí: depresivní fáze s psychotickými příznaky

Lékařská diagnóza: F 33.3 Periodická depresivní porucha, současná fáze těžká, s psychotickými příznaky

Osobní anamnéza: při přijetí nelze odebrat pro nespolupráci, poslední hospitalizace v PL v r. 2003.

Rodinná anamnéza: matka a bratr měli schizofrenii.

Vyšetření: fyziologických funkcí, běžná laboratorní vyšetření krve, interní+EKG vyšetření, CT vyšetření mozku, neurologické vyšetření.

Terapie: antidepresiva, antipsychotika, sedativa, anxiolitika, hypnotika, antiparkinsonika, antihypertenziva, hepatoprotektiva, laxativa, analgetika.

Riziko vzniku dekubitů: 23 bodů podle tabulky Nortonové

Stupeň soběstačnosti: ADL 3, tedy závislost středního stupně

1.2 BIOLOGICKÉ POTŘEBY

- **Bolest a nepohodlí:** pacientka nespolupracuje, na dotazy neodpovídá, celkový obraz vykazuje známky masivní úzkosti, napětí a únavy
- **Dýchání:** pacientka dýchá bez obtíží, bez známek dušnosti, nemá rýmu a kašel.
- **Osobní péče:** klientka je čistá, v čistém oblečení, pro nespolupráci bude potřebovat pomoc při provádění veškeré hygieny.
- **Stav kůže:** kůže je neporušená, bez vyrážek, hematomů a opruzenin.
- **Strava, dutina ústní:** klientka trpí lehkou nadváhou, protézu nemá, ústa a koutky jsou v pořádku, celistvé. Vzhledem k celkovému stavu pacientky, bude potřebovat pomoci při přijímání potravy a tekutin.
- **Příjem tekutin:** klientka je přiměřeně hydratovaná, pro nespolupráci bude třeba jí aktivně hydratovat.
- **Vyprazdňování střeva:** nelze odebrat, pacientka nespolupracuje, břicho má měkké.
- **Močení:** náplň močového měchýře je v normě.
- **Lokomotorické funkce:** klientka se pohybuje normálně, chůze jí nečiní obtíže.
- **Smyslové funkce.** Nosí brýle na čtení, slyší dobře
- **Fyzická a psychická aktivita:** klientka je zaměstnaná, ostatní údaje nelze odebrat.
- **Odpočinek a spánek:** večer po uložení na lůžko, pacientka rychle usne. Během noci se však opakovaně budí a bloudí po oddělení. Občas musí být z důvodu bezpečnosti kurtována na lůžku. Omezení ordinuje vždy lékař.

- **Sexualita:** pacientka je vdova, má dvě dospělé děti, žije sama.

1.3 PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY

- **Vědomí a pozornost:** pacientka je při vědomí, avšak oblužená, pozornost je snižená, je pod vlivem psychotické produkce.
- **Orientace:** neví kde je, neorientuje se v čase ani osobě, nepoznává lidi, nereaguje ani na své děti.
- **Vnímání:** zcela pod vlivem psychotické produkce, má halucinace.
- **Myšlení a řeč:** pacientka je zmatená, pod vlivem psychotické produkce, je mutistická, nebo hovoří zmateně.
- **Emoce:** pacientka je depresivní, dominuje masivní úzkost.
- **Chování:** po počáteční agresi se pacientka zklidnila, ovšem nespolupracuje, je negativistická, zmatená, zcela pod vlivem psychotických prožitků.

SOCIÁLNÍ OBLAST

- **Zaměstnání:** je překladatelkou u soukromé firmy, pracovní neschopnost byla vystavena.
- **Ekonomické možnosti a bydlení:** klientka je zcela finančně nezávislá, má vlastní byt, kde bydlí po smrti manžela se svým dospělým synem.

- **Sociální zázemí a vztahy:** Pacientka žije se svým synem v bytě po manželovi, ovdověla před půl rokem. Má ještě vdanou dceru a vnučku. Její děti mají o její zdravotní stav veliký zájem. Podporují její uzdravení.
- **Kontakt s externími pracovníky:** docházela po svém propuštění v roce 2003 ambulantně k dr. Hudcovi.
- **Sebeobsluha:** je v současnosti limitována jejím těžkým stavem. Lze očekávat, že po uzdravení bude pacientka zcela samostatná.
- **Plány do budoucna:** v současné situaci nelze odebrat
- **Zájmy a jejich vyžití:** v budoucnu, až se její stav zlepší lze plánovat zapojení pacientky do různých psychoterapeutických aktivit na oddělení, nebo později také na oddělení centrální terapie, kde je řada dílen pod vedením odborných pracovníků.

1.4 HODNOCENÍ SOUČASNÉHO STAVU

Paní Ř jsem ošetřovala ve dnech 7. až 14. listopadu, tedy 8. týden její hospitalizace u nás. Pacientka byla zmatená, dezorientovaná, nespolupracující. Bylo třeba saturovat všechny její základní fyziologické potřeby, protože v té době nebyla schopna zajistit si samostatně žádnou ze základních potřeb. Pacientka byla inkontinentní, samostatně nejedla a nepila. Musela být pravidelně krmena a zavodňována. (Měla tekutou, později kašovitou dietu). Při podávání stravy byla podrobivá, jídlo a tekutiny dobře přijímala. Snaha byla o denní příjem tekutin v množství 2 litrů. Byl zaveden orientační záznam příjmu a výdeje tekutin. Léky přijímala dobře, drcené v čaji. Bylo také zjištěno, že pacientka neměla pět dní stolici. Chování bylo pod vlivem bludné produkce, byla negativistická, někdy až apatická. V noci se často budila, zmateně bloudila po oddělení, s rizikem pádu. Proto byla v této době z bezpečnostních důvodů někdy kurtována. Omezení vždy ordinoval lékař. V té době se uvažovalo o možnosti, že ke zhoršení jejího stavu došlo vlivem anticholinergního efektu antiparkinsonik, které dostávala ve vysokých dávkách. Uvažovalo se též o možnosti počínající demence, což CT vyšetření mozku nepotvrdilo.

2. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

7. listopadu 2006

2.1 Porucha myšlení a vnímání reality z důvodu psychotického stavu pacientky při základním onemocnění. Uvádím na první místo, protože se od této poruchy odvíjejí ostatní ošetrovatelské problémy u paní Ř.

2.2 Porucha soběstačnosti přijímání tekutin a potravy způsobený zhoršením psychického stavu pacientky vlivem psychotické produkce.

2.3 Riziko deficitu tekutin a malnutrice ze sníženého příjmu z důvodu poruchy soběstačnosti při základním onemocnění.

2.4 Riziko aspirace potravy a tekutin z důvodu zhoršeného polykání vlivem užívaných léků.

2.5 Porucha spánku projevující se častým nočním buzením a zmateností.

2.6 Riziko pádu vlivem zmatenosti pacientky hlavně v noční době, násobeném užíváním léků s hypnotickými účinky.

2.7 Strach a úzkost z pocitu ohrožení vlivem bludné produkce pacientky při základním onemocnění.

2.8 Porucha sebedpěče v oblasti hygieny z důvodu špatného psychického stavu pod vlivem psychotické produkce. Paní Ř je inkontinentní, což klade zvýšené nároky na ošetrovatelskou péči.

8. listopadu 2006

2.9 Riziko porušení kožní integrity při inkontinenci moče a stolice. Paní Ř je chodící pacientka, používá plenkové kalhotky. Riziko vzniku dekubitů je 23 stup. podle Nortonové

9. listopadu 2006

2.10 Porucha vyprazdňování stolice - zácpa pacientka je inkontinentní, používá plenkové kalhotky. V těchto dnech nebyla stolice již pátý den.

3. PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

3.1 Porucha myšlení a vnímání reality

Cíle:

Do konce týdne začne paní Ř částečně rozeznávat realitu

Bude se orientovat v osobách, v místě a čase

Uvědomí si, že je nemocná

Plán péče:

- Budu sledovat během dne paní Ř, projevy její nemoci a vyhodnocovat je písemně v dekurze pacientky.
- Pokusím se o navázání hodnotného kontaktu s paní Ř.
- Budu se snažit získat její důvěru.
- Denně si najdu prostor pro pohovor s paní Ř, budu sledovat její pozornost.
- Budu usilovat, aby získala alespoň částečný náhled na svůj stav.
- Podávání léků dle ordinace lékaře, kontrola jejich užití, sledování účinků léků, zejména vedlejších účinků.

Realizace a hodnocení:

Během týdne, kdy jsem paní Ř ošetřovala se její zdravotní stav téměř nezměnil. Na mé pokusy o navázání kontaktu reagovala apaticky, nebo odpovídala neadekvátně. Pozornost udržela vždy jen několik minut. Její odpovědi a chování byly trvale pod obrazem bludné produkce. Na mojí pravidelnou přítomnost si zvykla a reagovala vcelku pozitivně. Bylo vidět, že jí fyzická přítomnost známé tváře a hlasu zklidňuje.

Cíl v tak krátké době nebyl splněn, je zřejmé, že paní Ř bude potřebovat více času k uzdravení. Její stav souvisí i s účinkem podávaných léků. Je třeba cíl posunout.

3.2 Porucha soběstačnosti přijímání stravy a tekutin

Cíle:

Do konce týdne bude paní Ř jíst sama lžící u stolu v jídelně.

Při jídle nebude odcházet

Bude signalizovat potřebu napítí

Bude pít z hrnečku samostatně a bez pomoci

Plán péče:

- V čase podávání stravy odvedu paní Ř do jídelny a usadím jí u stolu
- Budu jí vybízet, aby jedla sama lžící
- Budu jí vybízet k samostatnému pití z hrnečku
- Vysvětlím nutnost přijímání stravy a tekutin
- Požádám, aby verbalizovala pocit hladu a žízně
- Veškeré pokroky pochválím takovým způsobem, abych pacientku nedevalvovala.

Realizace a hodnocení:

Při každém podávání stravy jsem paní Ř usadila na židli v jídelně. Přinesla jsem jí její talíř, lžící a hrneček s nápojem. Vybízela jsem paní Ř k samostatnosti. Bohužel se během tohoto týdne nepodařilo, aby jedla a pila sama. Když mé pokusy trvaly příliš dlouho, odcházela od stolu. Vždy musela být opět nakrmena a zavodněna.

Po několika dnech jsem upustila od pokusů dosáhnout v současné době její samostatnosti. Lze očekávat, že až se její stav upraví dojde též k úpravě její soběstačnosti.

3.3 Riziko deficitu tekutin a malnutrice

Cíle: z dlouhodobého hlediska, pokud by se stávající stav paní Ř nelepšil, bude třeba se zaměřit na její jídelníček, aby se předešlo možnému výskytu poruch z nedostatečné, nebo nevyvážené stravy. Je třeba zajistit, aby paní Ř byla dostatečně hydratována, aby se předešlo možným projevům dehydratace.

Paní Ř nemá výrazné úbytky tělesné hmotnosti

Dutina ústní je v pořádku bez zánětlivých změn

Má normální svalový tonus

Netrpí krvácením do podkoží

Sliznice a spojivky mají normální barvu

Netrpí výraznou ztrátou podkožního tuku, či svalové hmoty

Laboratorní výsledky (hladiny bílkovin, elektrolytů, železa) jsou v normě

Paní Ř nemá příznaky nedostatku tělesných tekutin

Má normální kožní turgor, teplotu, krevní tlak

Nemá suchou kůži a sliznice

Laboratorní výsledky (osmolalita, elektrolyty) jsou v normě

Plán péče:

Zajistit přísun plnohodnotné stravy, obrátím se dotazem na dietní sestru

- Zajistím pravidelný příjem stravy ať krmením, nebo pokud bude pacientka samostatně jíst.
- Pravidelný dohled a zápis přijaté stravy
- Aktivní zavodňování pacientky
- Množství vypitých tekutin musí být cca 2 litry denně
- Budu sledovat laboratorní výsledky a ukazatele možného deficitu tekutin a výživy
- Zaměřím se na stav dutiny ústní a chrupu
- Po celý čas hospitalizace paní Ř se bude celý ošetřovatelský tým snažit o navázání kontaktu s pacientkou a o vysvětlování nutnosti pravidelného příjmu stravy a tekutin

Realizace a hodnocení:

Hovořila jsem s dietní sestrou, která mě informovala, že množství a složení stravy paní Ř je plnohodnotné, vyvážené a energeticky dostačující. Nezáleží na formě podávané stravy (tekutá či pevná). Zavedli jsme paní Ř orientační záznam množství přijímané stravy a tekutin.

Záznamy jsme pravidelně spolu s lékařem vyhodnocovali. Paní Ř jsme pravidelně a dostatečně zavodňovali a krmili. Naštěstí pacientka dobře přijímá podávanou stravu a tekutiny, i když zatím pasivně. Všechny ukazatele možného deficitu tekutin a výživy jsou zatím negativní. Dutinu ústní má paní Ř v pořádku, sliznice je celistvá, bez známek zánětu. Protézu pacientka nemá, má svůj chrup, nesignalizuje bolestivost zubů.

Cíl byl z pohledu tohoto týdne splněn. Pokud bude přetrvávat nepříznivý stav pacientky i nadále bude třeba pokračovat v plánu péče.

3.4 Riziko aspirace potravy a tekutin

Cíle: z dlouhodobého hlediska, nejen tento týden, pokud bude přetrvávat nepříznivý stav pacientky.

Paní Ř bude jíst a pít bezpečně, bez projevů zalknutí soustem, či tekutinou
Dá najevo pochopení, že při jídle a pití se má soustředit pouze na tuto činnost
a neodcházet od stolu

Plán péče:

- Vždy si najdeme dostatek času na krmení a zavodňování paní Ř
- Stravu a tekutiny budeme podávat trpělivě, s pauzami mezi sousty
- Vždy počkáme až polkne předchozí sousto, nebo doušek
- Budeme stále vysvětlovat nutnost klidu při jídle a pití, vhodně chválit pokroky

Realizace a hodnocení:

Paní Ř je krmena a zavodňována celým ošetřovatelským týmem, podle toho, kdo je momentálně ve službě. Během dnů mého ošetřování jsem paní Ř krmila přednostně já. Vždy jsem si našla dostatek času, abych se jí mohla věnovat. Paní Ř naštěstí pasivně přijímá vše podávané a vcelku se přizpůsobuje krmení. Někdy se stalo, že najednou vstala od stolu a odcházela. Vždy jsem jí pak přivedla zpět a pokračovaly jsme v jídle. Během tohoto týdne nedošlo ani jednou ke známce zalknutí, nebo aspirace stravy či tekutin.

Cíl byl z krátkodobého pohledu splněn, bude třeba pokračovat v plánu péče i nadále, pokud bude přetrvávat stávající stav pacientky.

3.5 Porucha spánku

Cíle: z krátkodobého i dlouhodobého hlediska je třeba zajistit kvalitní spánek a odpočinek pacientky.

Paní Ř spí v noci 6-8 hodin bez přerušení.

Cítí se odpočatá

Nespí přes den

V případě potřeby užívá hypnotika

Plán péče:

- Převlékání pacientky do pohodlného nočního prádla
- Snažit se vytvořit klidné prostředí na ložnici, kde spí
- Vyvětrat místnost, rozestlat lůžko
- Pokusit se, aby se pacientka před ulehnutím vymočila
- V případě potřeby podat hypnotika dle ordinace lékaře

Realizace a hodnocení:

Pokud jsem byla ve službě snažila jsem se vytvořit paní Ř co možná nejvhodnější prostředí pro klidné usínání. Po večerní hygieně jsem pacientku převlékla do noční košile, kterou jí přinesly její děti z domova. Odvedla jsem jí na WC a vybídla jí, aby se vymočila. To se někdy povedlo, někdy ne. Pak jsem jí dala plenkové kalhotky a odvedla jí na lůžko. Paní Ř nemá problémy s usínáním, budí se ale v noci. Během mých nočních služeb několikrát vstala. Když jsem jí odvedla zpět na lůžko, tak někdy spala dál, někdy jsme podávali hypnotikum. Během tohoto týdne, přes narušený spánek občasným buzením, byla pacientka vcelku klidná a nemusela být kurtována.

Cíl byl splněn jen částečně, bude třeba i z dlouhodobého hlediska pokračovat v plánu péče.

3.6 Riziko pádu

Cíle: v tomto týdnu zajistit:

Paní Ř se bezpečně pohybuje po oddělení

Má vhodnou pevnou obuv

V pohybu jí nebrání žádné předměty hlavně v nočních hodinách

Plán péče:

- Zajistit paní Ř vhodnou uzavřenou obuv (zatím má pantofle)
- Na noc odstranit z cesty všechny předměty, židle atd., o které by se mohla uhodit, nebo zakopnout
- Pravidelně měřit krevní tlak
- V případě nadměrného útlumu, vynechat léky a informovat lékaře
- V případě neklidu, nebo velkého rizika pádu lze paní Ř, dle ordinace lékaře omezit v lůžku

Realizace a hodnocení:

Požádala jsem syna paní Ř, aby mamince přinesl vhodnou obuv. Druhý den jí je syn skutečně přinesl. Vysvětlila jsem pacientce, že bude nyní používat pouze tuto obuv. Požádala jsem též své kolegy o spolupráci. Každý večer odklízíme na ložnici paní Ř nebezpečné předměty, o které by se mohla poranit. Pacientka trpí na vysoký krevní tlak, užívá Presid. Denně má kontrolní měření. Její TK je v současnosti stabilizován na hodnotu kolem 140/90. Nehrozí tedy ortostatická hypotenze. Během tohoto týdne nejevila paní Ř známky lékového útlumu a nebylo třeba dávku z bezpečnostních důvodů vysazovat, nebo upravovat. Nebylo též třeba pacientku omezovat v lůžku.

Cíl byl z pohledu tohoto týdne splněn, bude třeba dál pokračovat v plánu péče, pokud bude přetrvávat současný stav pacientky.

3.7 Strach a úzkost**Cíle:**

Do konce týdne zmírnit, nebo eliminovat úzkostný stav paní Ř

Pokusit se o navázání kontaktu s pacientkou, aby získala alespoň částečný náhled na svůj stav

Plán péče:

- V rámci provozu se pokusím vytvořit klidné prostředí na oddělení
- Budu akceptovat její prožitky strachu a úzkosti
- Pokusím se spolu s terapeutkou oddělení zaměstnat paní Ř tak, aby odvedla své myšlenky jiným směrem
- Klidným a trpělivým přístupem budeme poskytovat pacientce oporu a pochopení

Realizace a hodnocení:

Pozorováním jsem zjistila, že paní Ř nevadí ani tak hluk a ostatní pacienti, nebo personál. Její úzkost a strach byly výsledkem jejích bludných myšlenek. Klidným a trpělivým přístupem jsme se snažily s pí. terapeutkou zabavit paní Ř nějakou jednoduchou činností. Zatím bohužel neudržela pozornost na delší dobu, než několik minut a poté odešla. Nemělo smysl jí nutit k činnosti, protože pak byla víc rozrušená.

Cíl se v tomto týdnu nepodařilo splnit. Lze očekávat, že po úpravě jejího stavu bude paní Ř bez obtíží.

3.8 Porucha sebezpečí v oblasti hygieny

Cíle: do konce týdne

Paní Ř je denně srozuměna s ranní a večerní hygienou

Nebrání se, neodchází, spolupracuje

Potřebuje jen částečnou pomoc personálu

Je schopna sama se umýt žínkou

Plán péče:

- Zajistím hygienické potřeby
- Každé ráno a večer odvedu paní Ř do koupelny a budu jí vybízet ke spolupráci při provádění hygieny
- Budu jí vést k větší samostatnosti
- Pokrok vhodným způsobem pochválím

Realizace a hodnocení:

Paní Ř má všechny základní hygienické pomůcky u sebe. Přinesl jí je syn. Doporučila jsem mu, aby mamince spíše než tekuté mýdlo přinesl šetřící mycí emulzi od některé renomované firmy. Vysvětlila jsem mu, že mýdlo by jí příliš vysoušelo pokožku. Paní Ř jsem každé ráno a večer, když jsem byla ve službě, odvedla do koupelny a v klidu a trpělivě jí vybízela k provádění hygieny. Vždycky jsem počkala, až byla koupelna prázdná, aby byl větší klid. Paní Ř mým výzvám k mytí uposlechla, a vždy se mechanicky umyla. Nebyla však schopná se samostatně svléknout, pustit si sprchu, namydřit žínku, utřít se a obléknout. Zuby

si vyčistila, sama si ale nepřipravila kartáček s pastou. Všechny tyto činnosti jsem musela za ní provádět já. Při mytí byla jinak podrobnivá. Za každý sebemenší pokrok jsem pacientku chválila.

Z pohledu tohoto týdne byl cíl splněn jen částečně, paní Ř bude i nadále nejspíš potřebovat pomoc se všemi hygienickými úkony až do doby, než se zlepší její zdravotní stav.

3.9 Riziko porušení kožní integrity

Cíle: z krátkodobého i dlouhodobého hlediska, dokud bude paní Ř v těžkém stavu a inkontinentní

Paní Ř má neporušenou pokožku v křížové krajině a v oblasti hýždí

Kůže má normální barvu, bez známek tvorby dekubitů

Nehty na rukou i nohou jsou ostříhány do obloučku, bez známek poranění

Vlasy má čisté, kůže na hlavě je bez známek poranění

Plán péče:

- Sprchování každé ráno a po každém znečištění
- převlékání a úprava lůžka dle potřeby
- Při mytí rizikových partií používat mycí emulze a pěny (Menalind) a po osušení ochranný krém
- Každé 2-3 hodiny vyvádět pacientku na WC, aby se pokusila vymočit
- Každé 3-4 dny mytí vlasů a prohlídka hlavy
- Podle potřeby úprava nehtů
- Každodenní kontrola stavu kůže celého těla

Realizace a hodnocení:

Paní Ř je chodící pacientka, přes den se normálně pohybuje. Její momentální inkontinence je způsobená jejím současným nepříznivým zdravotním stavem. Riziko vzniku dekubitů podle Nortonové je u ní 23 bodů, tedy riziko vzniku. Paní Ř pravidelně ráno sprchujeme, přitom sledujeme stav pokožky na těle. Mycí potřeby pacientka má. Na oblast hýždí a genitálu používáme pěnu Menalind. Po umytí aplikujeme ochranný krém. Pacientka v této době používá plenkové kalhotky. Snažíme se jí pravidelně vyvádět na WC, aby se vyprázdnila. Někdy s úspěchem, jindy ne. Pravidelně ráno, nebo podle potřeby jí přestýláme

lůžko. Vždy po několika dnech myjeme vlasy pacientky šamponem. Přitom kontrolujeme stav pokožky hlavy. Nehty stříháme dle potřeby.

Paní Ř má zatím kůži celistvou, bez známek začervenání a poranění. Pokožka hlavy je zdravá, nehty jsou ostříhány a nehtová lůžka jsou bez známek zánětu a poškození. Je třeba nadále pokračovat v plánu péče.

3.10 Porucha vyprazdňování stolice – zácpa

Cíle: z krátkodobého i dlouhodobého hlediska

Paní Ř má pravidelnou stolicí nejpozději po 3 dnech

Plán ošetrovatelské péče

- Zjistit vedlejší účinky léků, pohovor s lékařem
- Zjistit stravovací režim, zda podávaná strava nepůsobí zpomalení střevní pasáže
- Ve stravě zajistit ovocné šťávy, kompoty, vlákninu
- Zajistit dostatek tekutin
- Zvážit eventuální podávání Laxativ

Realizace a hodnocení:

Zácpa může být skutečně vedlejším účinkem antipsychotik a antidepresiv, která paní Ř užívá. Strava, která je podávána paní Ř je plnohodnotná a neměla by působit zácpu. Pacientka je zavodňována a pije dostatečně cca 2 litry tekutin denně. Při návštěvě jejích dětí jsem je požádala, aby mamince přinesly kompoty, ovocné šťávy a jogurty. Dle ordinace lékaře jsme začali podávat Duphalac lactulosum, osmotické laxativum, které podporuje střevní peristaltiku.

Druhý den podávání projímadla měla paní Ř hojně stolice. Pro krátkou dobu realizace plánu nelze hodnotit cíl. Bude třeba pokračovat v plánu péče.

4 EDUKACE PACIENTKY

Během hospitalizace paní Ř byly doplněny některé anamnestické údaje. Paní Ř byla naposledy hospitalizována v roce 2003. Poté docházela ke svému ambulantnímu lékaři dr. Hudcovi. Bylo zjištěno, že po několika měsících přestala do ambulance docházet a přestala též brát léky. V roce 2006 náhle ovdověla. Manžel zemřel na náhlou cévní příhodu při jejich společné dovolené. Pro paní Ř bylo úmrtí jejího manžela jistě těžkou psychickou zátěží, se kterou se musela vyrovnat. V té době začala opět navštěvovat svého ambulantního psychiatra a začala užívat antidepresiva. Je otázkou, zda by nemoc propukla, kdyby nebylo náhlého úmrtí jejího manžela a nebo jestli by se nemoc objevila někdy později. Faktem ale zůstává, že pacientka téměř na tři roky přestala užívat léky a docházet na kontroly, ačkoli to měla doporučeno. Hlavně tímto směrem se bude ubírat naše edukační práce s pacientkou a její rodinou.

Paní Ř by si měla především uvědomit nutnost dlouhodobého, nebo i celoživotního pravidelného užívání léků a pravidelných odborných kontrol po jejím propuštění z léčebny. Měla by přijmout fakt, že bude muset dodržovat určitou životosprávu, aby se eliminovala možnost recidivy onemocnění. Patří sem pravidelný a dostatečný spánek, rovnoměrné střídání aktivity a odpočinku. Neměla by se přetěžovat jak fyzicky, tak psychicky. Měla by se pokud možno vystříhat stresovým situacím. Na možnost hrozící recidivy by měla myslet i v případě užívání jiných léků, např. reserpinové deriváty na léčbu hypertenze vyvolávají ve 20% deprese. Vyvolávajícím činitelem mohou být i jiné léky a alkohol. Je třeba, aby se o užití jiných preparátů vždy poradila s lékařem. Měla by si uvědomit, že u této poruchy je nepochybný vztah aktivity nemoci k ročním obdobím. Maximum fází je na jaře a na podzim.

V neposlední řadě sem patří též doporučení dostatečného pohybu na čerstvém vzduchu a vyvážený jídelníček. Paní Ř má dobré rodinné zázemí, její děti jsou pro ní velikou oporou, proto je nutné do edukačního programu zahrnout i je, hlavně jejího syna, který s paní Ř bydlí. Dá se očekávat, že děti budou svojí matku podporovat.

5 ZÁVĚR A PROGNÓZA

Paní Ř měla zatím dvě fáze depresivní poruchy v životě, a to v rozmezí tří let. Statisticky je doložen výskyt dvou epizod za život v 37 %. Bylo by samozřejmě žádoucí, aby u ní už nikdy nedošlo k recidivě. Bohužel rodinná anamnéza je u paní pacientky nepříznivá a je tedy třeba počítat s možností další ataky onemocnění. Nepříznivý je i fakt možnosti chronifikace depresivní fáze, v souvislosti s klimaxem a involucí.(Zvolský 1996)

Vše shora uvedené jsou pouze prognostické údaje možného vývoje jejího onemocnění. Paní Ř je inteligentní žena ve středních letech, která má svou práci, dospělé děti, které jsou jí oporou, má malou vnučku, která jí nabízí pozitivní energii. Všichni jí přejeme trvalé uzdravení, smysluplný a spokojený život.

D POUŽITÁ LITERATURA

1. Zvolský, P. a kol.: Obecná psychiatrie.
Karolinum, Praha 1994. ISBN 80-7184-494-2
2. Zvolský, P. a kol.: Speciální psychiatrie.
Karolinum, Praha 1996. ISBN 80-7184-666-X
3. Marková, E., Venglářová, M., Babiaková, M.: Psychiatrická ošetrovatelská péče.
Grada, Praha 2006. ISBN 80-247-1151-6
4. Dušek, K., Večeřová-Procházková, A.: První pomoc v psychiatrii.
Grada, Praha 2005. ISBN 80-247-0197-9
5. Praško, J., Prašková, H.: Deprese a jak ji zvládat.
Portál, Praha 2003. ISBN 80-7178-809-0
6. Doenges, M.E., Moorhouse, M.F.: Kapesní průvodce zdravotní sestry
Grada, Praha 1996. ISBN 80-7169-294-8

PŘÍLOHY

Vyhodnocení rizika dekubitů podle Nortonové tabulky

Barthelův test základních všedních činností

Vstupní ošetřovatelský záznam

Plán ošetřovatelské péče

