

**STANDARDY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O NEMOCNÉ
S DIAGNÓZOU DEPRESE**

Bakalářská práce

KAROLINA PRŮCHOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S. V PRAZE

PhDr. Miroslava Markvartová

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2008-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 28. března 2008

Karolína Průchová

.....

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala všem, kteří mi poskytli potřebné informace k dané problematice, zvláště pak děkuji své vedoucí bakalářské práce PhDr. Miroslavě Markvartové za cenné rady, připomínky a náměty, čímž mi významně pomohla ke zpracování zadaného tématu. Poděkování také patří vrchní sestře Zuzaně Fišarové z Psychiatrické kliniky Fakultní všeobecné nemocnice v Praze, která po celou dobu se mnou vše konzultovala a dodávala mé práci pohled z očí zkušené zdravotní sestry.

V Praze dne 28. března 2008

Karolina Průchová

Abstrakt

PRŮCHOVÁ, Karolina: Standardy ošetrovatelské péče o nemocného s diagnózou deprese (Bakalářská práce). Karolina Průchová – Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. v Praze. Stupeň kvalifikace: Bakalář v ošetrovatelství. Školitel: PhDr. Miroslava Markvartová. Vysoká škola zdravotnická Praha, 2008.

Hlavním tématem bakalářské práce je problematika afektivních poruch, zejména depresí, se zaměřením na vytvoření optimálních standardů potřebných pro provádění ošetrovatelského procesu u nemocných s diagnózou deprese. Teoretická část práce zahrnuje definici, etiologii onemocnění, klinický obraz, formy a jejich průběh s možnými komplikacemi, diagnostiku, ale také možnosti terapie, kam spadá léčba pomocí antidepresiv, nejrozličnějších druhů psychoterapií, fototerapii, spánkovou deprivaci nebo elektrokonvulzivní léčbu.

Praktická část obsahuje kazuistiku nemocné trpící depresí – její anamnestické údaje, dále pak ošetrovatelský proces, který jsem si zvolila jako metodu péče o nemocnou. Další součástí je komunikace s depresivně nemocným a prevence depresivních stavů. V závěru práce jsem vytvořila standardy, jež jsou potřebné pro provádění ošetrovatelského procesu u nemocných s diagnózou deprese hospitalizovaných na uzavřeném oddělení.

Klíčová slova: Afektivní porucha, deprese, nemocný, ošetrovatelský proces, standard.

Abstrakt

PRŮCHOVÁ, Karolina: Standards Of Nursing Care Of A Patient With A Diagnosis Depression (Bachelor Work). Karolina Průchová – Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. in Prague. Stage of qualification: Bachelor in nursing. Supervisor: PhDr. Miroslava Markvartová. Vysoká škola zdravotnická Prague, 2008.

The main topic of my bachelor work are problems of affective disorders, especially of depression with the view of creating optimal standards needed for doing the nursing process by the patients with diagnosis depression. The theoretical part of the work includes the definition, the etiology of the disorder, the clinical description, the forms and their course with possible complications, diagnostics, but also the possibilities of therapy including the cure with the help of antidepressives, various sorts of psychotherapy, phototherapy, sleep deprivation or electroconvulsive therapy.

The practical part contains the casuistry of a patient suffering from depression – her anamnesis data and next the nursing process which I adopted as a method of care for the patient. Another part of it is the communication with a patient suffering from depression and the prevention of depressive states. In the conclusion of the work I created the standards necessary for doing the nursing process by the patients with diagnosis depression hospitalised in the closed ward.

Key words: Affective disorder, depression, patient, nursing process, standard.

Předmluva

Deprese, a zejména pak afektivní poruchy jako takové, patří mezi jedno z nejrozšířenějších onemocnění na naší planetě, které pro mnohé nemocné může vyústit až ke krajnímu řešení, tedy k sebevražednému jednání.

Téma práce jsem si zvolila z důvodu nárůstu tohoto onemocnění, což je patrné nejen v odborném, ale i v populárním tisku. Snad i proto považuji za důležité, aby s problémy tohoto onemocnění byl seznámen ošetřující personál. Stoupající počet onemocnění je proto také důvodem pro vytvoření standardy ošetřovatelského procesu jako konkrétní pomůcky pro provádění ošetřovatelské péče.

Výběr tématu práce byl rovněž ovlivněn studiem oboru všeobecná sestra a absolvováním odborné praxe na Psychiatrické klinice 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice. Materiál jsem čerpala jak z knižních, tak i z časopiseckých publikací.

Práce je určena ošetřujícímu personálu, ale stejně tak v ní mohou najít podnětné pracovní postupy či rady studenti ze studijního oboru všeobecná sestra, kteří se v rámci studia zabývají psychiatrickou problematikou.

Obsah

Úvod	9
1 Klinická charakteristika onemocnění	11
1. 1 Definice, charakteristika	11
1. 2 Etiologie, patofyziologie	12
1. 3 Klinický obraz	14
1. 4 Formy, jejich průběh a možné komplikace	14
1. 5 Diagnostika	23
1. 5. 1 Psychiatrické vyšetření a psychopatologický rozbor	23
1. 5. 2 Psychologické vyšetření	26
1. 5. 3 Neurologické vyšetření	27
1. 5. 4 Elektroencefalografické vyšetření	28
1. 5. 5 Výpočetní tomografie	28
1. 6 Terapie	29
1. 6. 1 Medikamentózní léčba	29
1. 6. 2 Léčba psychoterapií	31
1. 6. 3 Léčba spánkovou deprivací	33
1. 6. 4 Elektrokonvulzivní léčba	33
1. 6. 5 Fototerapie	34
1. 7 Prognóza	35
2 Ošetrovatelská péče o nemocného s depresí	37
3 Ošetrovatelský proces u nemocného s diagnózou deprese – posouzení stavu nemocné	42
3. 1 Identifikační údaje	42
3. 2 Výňatek z lékařské dokumentace	42
3. 2. 1 Lékařská anamnéza	43
3. 2. 2 Vyšetření	46
3. 2. 3 Závěr při příjmu	47
3. 2. 4 Fyzikální vyšetření sestrou	47

3. 3 Posouzení stavu potřeb klienta dle M. Gordonové podle NANDA domén	48
3. 4 Seznam ošetrovatelských diagnóz	50
4 Edukace nemocného	56
5 Komunikace s depresivně nemocným	58
6 Standard ošetrovatelské péče	61
6. 1 Standard o omezení nemocného	65
Závěr	69
Abecední slovník odborných výrazů	70
Seznam použité literatury	73
Seznam příloh	76

Úvod

Tématem mé bakalářské práce je problematika ošetrovatelské péče o nemocné s depresivní poruchou. Jedná se o nemoc, která se řadí mezi afektivní poruchy. Nárůst tohoto onemocnění můžeme posoudit podle pozornosti, která je mu stále častěji věnována v odborném i populárním tisku. Jde tedy o jedno z nejrozšířenějších onemocnění na naší planetě, které se týká nejen oblasti duševních poruch, ale zasahuje organismus jako celek.

Při depresi prožíváme zejména rozmanité typy negativních emocí a je třeba je správně odlišovat od běžného smutku. Prožívání negativních emocí se liší především v intenzitě a délce trvání, což je navíc spojeno s ovlivněním psychické a tělesné výkonnosti a tělesným fungováním.

Nemocní trpící depresí nejsou "blázniví či nenormální", jak se řada lidí v okolí domnívá, "pouze" trpí smutnou, skleslou náladou, sníženou energií a nemají uspokojení z věcí, které je dříve těšily a přinášely jim radost ze života.

Je dobré si uvědomit, že každý z nás se může do podobné či stejné životní situace dostat nebo ji může vyzorovat u svých přátel nebo známých. Příznaky totiž mohou trvat i léta. Klinicky významná deprese se alespoň 1x za život vyskytne u každého pátého člověka. Častější výskyt je u žen než u mužů a to hned dvakrát. V případě neléčené deprese dochází ke ztrátě radosti ze života, k izolaci nemocného, ke snížení obranyschopnosti organismu a konečně vede ke zhoršení celkového zdravotního stavu.

Řada lidí se domnívá, že depresí zklamou nejen sebe, ale i své okolí a považují ji za vlastní selhání. Příznaky se proto snaží bagatelizovat nebo skrývat.

Deprese je velmi závažná nemoc a pro mnohé nemocné může skončit i smrtí – kdy člověk sáhne k tomu nejkrajnějšímu řešení, sebevraždě, která v těchto případech bohužel není výjimkou. Avšak přes všechny alarmující údaje se jedná o onemocnění, které je léčitelné. Důležité je si uvědomit, že čím dříve jej začneme léčit, tím dříve odeznívá a naopak, jde-li o neléčenou depresi, tím je i horší prognóza. Myslím si, že je důležité o tomto onemocnění vědět, protože se v našem okolí vyskytuje čím dál častěji.

V České republice existuje řada zařízení pro psychiatricky nemocné. Za všechna zařízení uvedu zařízení pražská. Například psychiatrická lůžková zařízení

(Psychiatrická léčebna Bohnice, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN), krizová centra (RIAPS = regionální institut psychosociálních služeb na Praze 3, CKI = Centrum krizové intervence v PL Bohnicích, Dětské krizové centrum V Zápolí na Praze 4) a telefonická centra = linky důvěry (RIAPS, Diakonie, linky bezpečí). Ve většině lůžkových zařízení jsou oddělení dělena na otevřená a uzavřená.

Vzhledem k četnosti a závažnosti onemocnění jde o to, aby problematika tohoto onemocnění nebyla frekventována jen mezi lékaři. Je důležité, aby s jejími projevy byl dobře seznámen každý zdravotnický pracovník, především pak ošetřující personál, především sestry - bakalářky, které pracují v psychiatrických zařízeních. Proto jsem vytvořila standard jako konkrétní pomůcku pro provádění ošetřovatelského procesu u nemocných s diagnózou „afektivní porucha projevující se depresí“. Jsem si vědoma toho, že standard je pouze „prvním krokem“, že musí být v budoucnu ověřen v ošetřovatelské praxi a že dozná mnohých korektur a doplnění. Přesto jsem přesvědčena, že dobře poslouží jako výchozí materiál.

1 Klinická charakteristika onemocnění

V této části jsem se zaměřila na charakteristiku onemocnění, na příčiny jeho vzniku, rozvoj, průběh a příznaky, které jsou pro deprese typickými, a současně i na metody sloužící ke stanovení lékařské diagnózy. Na základě znalosti lékařské diagnózy, příznaků a projevů onemocnění může pak sestra stanovit vlastní ošetřovatelské diagnózy a vytvořit krátkodobý i dlouhodobý plán ošetřovatelského procesu.

1.1 Definice, charakteristika

„Deprese je opakem radosti – radosti ze života.“

(Cara A. Macken)

Definice deprese se liší. Různí autoři ji definují takto:

- „Duševní stav charakterizovaný nadměrným smutkem.“ (Vokurka, Hugo, 2004, s. 78)
- „Deprese je nemoc, nikoliv lenost, nedostatek vůle nebo slabošství. Je to nemoc, která vede k vážnému životnímu utrpení. Zasahuje jak toho, kdo jí onemocněl, tak i celou jeho rodinu. Vede k pocitům ztráty smyslu života. Naštěstí se dá léčit.“ (Praško, Prašková H., Prašková J., 2003, s. 18)
- „Deprese patří mezi afektivní poruchy, které jsou prezentovány patologickými poruchami nálad. Depresivní klient trpí emočně, psychicky i somaticky. Nemoc narušuje rodinné, pracovní i sociální funkce a nejhorším důsledkem neléčené deprese může být sebevražda.“ (Juřenínková, Hůsková, 2001, s. 159)
- „Deprese, tj. stavy charakterizované smutkem, beznadějí, pocity viny, vlastní špatnosti, insuficience, hypochondrickým zaměřením, somatickými a vegetativními obtížemi, sebevražednými myšlenkami, popřípadě pokusy, poruchami spánku (hyposomnií i hypersomnií), sexuálními dysfunkcemi, úzkostí, pesimismem,

nezájmem, nesoustředěností, bolestmi, pocity tíže, nechutenstvím či přejídáním, zpomalením psychomotorického tempa či naopak agitovaností a někdy i obsedantními, paranoidními a derealizačními příznaky apod., můžeme v adekvátní míře tolerovat jako součást normální emoční výbavy.“ (Höschl, Libiger, Švestka, 2004, s. 420)

Osobně souhlasím se všemi definicemi, jež jsou sice prezentovány odlišně po obsahové stránce, ale ve výsledku jsou obdobné.

1.2 Etiologie, patofyziologie

V mozku dochází ke složitým biochemickým procesům, protože je zde řada nervových buněk s výběžky vysílajícími a dostávajícími zprávy od ostatních nervových buněk. Výběžky vypouštějí chemické látky – neurotransmitery (biogenní aminy), které umožňují přenos informací a ovlivňují způsob našeho cítění a náladu.

Komplexní důvody pro nastartování depresí nejsou dosud známy. Na náchylnosti k depresi se podílí řada faktorů. U každé osoby v různé míře. Vědci v průběhu let přišli na to, že určité neurotransmitery (biogenní aminy) u depresí hrají roli. Jejich nedostatek na nervových zakončeních je jedním z důvodů pro vznikající depresi. Tato chemická porucha je přítomna u všech druhů depresí. V případě těžkých depresí jsou pozorovány změny v tvorbě některých hormonů, a to zejména kortizolu – hormonu kůry nadledvinek. K jeho zvýšené tvorbě dochází díky podnětům přicházejícím z hypotalamu, který má výrazný vztah k celkovému emocionálnímu stavu člověka. Současně je důvodem pro změny v nonverbálním chování: schoulení (zmenšení objemu, touha nebýt), depresivní tvář (pokleslé koutky a víčka, zkroušený výraz) a zpomalené psychomotorické tempo.

Z biologických faktorů se uplatňuje:

1. Nízká hladina biogenních aminů (noradrenalin, serotonin a dopamin), které zapříčiňují výkyvy nálad.
2. Somatická onemocnění, která bývají spouštěčem depresí. Mezi ně patří například:

- Metabolická a endokrinologická onemocnění – Addisonova choroba, anémie, Cushingův syndrom, diabetes mellitus, hypertyreóza, hypotyreóza, urémie, hypokalcémie aj.
 - Degenerativní onemocnění – Alzheimerova demence, Parkinsonova choroba, Huntingtonova nemoc, roztroušená skleróza aj.
 - Dále pak pankreatitida, onemocnění jater a maligní onemocnění.
3. Genetická predispozice – zvýšený výskyt depresivního onemocnění je v rodinách depresivních nemocných.
- „Riziko bipolární poruchy je zhruba 10x vyšší a riziko deprese 3x vyšší. V rodinách probandů s depresivním onemocněním jsou obě poruchy zvýšeny přibližně 3x.“
(Höschl, Libiger, Švestka, 2004, s. 431)

Z psychosociálních faktorů vyvolávajících depresi se jedná o:

- Negativní a stresové události (ztráta partnera, příchod dítěte do rodiny, konflikty v zaměstnání).
- Typ osobnosti (častější náchylnost mívají melancholici, osoby s nízkým sebevědomím).

Rozvoj deprese může také souviset s užíváním některých látek, léků. Příkladem je užívání Prednisonu a některých léků k léčbě vysokého krevního tlaku (hypertenze). Deprese se vyskytuje v poměrně vysokém čísle i u jedinců závislých na drogách a alkoholu.

V dětství se může vyskytovat tzv. separační úzkost, která může vyústit až v depresivní syndrom. Její příčinou je ztráta blízké osoby v raném dětství.

U dospívajících se deprese může projevat jako negativistické chování nebo dokonce až protispolečenské. Zde se často objevují útoky z domova, pocity neporozumění, roztěkanost, neposednost, nabručenost až agrese. Jedinci jsou mrzutí, odmítají rodinné sešlosti, zavírají se k sobě do pokoje, přestávají se věnovat svým zálibám, mají potíže ve škole. Nedbají na svůj vzhled a v případě odmítnutí jsou velmi přecitlivělí.

1.3 Klinický obraz

Hlavním příznakem depresivně nemocných bývá kromě poruchy nálady patrná i změna v oblasti myšlení, chování a tělesného fungování. Ovšem deprese jako taková má pestrý obraz specifických příznaků, které se právě týkají chování, emocí, tělesných potíží, pohledu na sebe, svět a budoucnost. Některé příznaky mohou být ve většině případů skryté, proto bychom měli věnovat pozornost veškerým stížnostem nemocného.

K příznakům deprese patří:

- Depresivní nálada, poruchy spánku, změny hmotnosti (přibývání nebo úbytek na váze), pocit viny a neužitečnosti, potíže se zapamatováním a soustředěním, ztráta zájmu a radosti ze života, tělesné příznaky (bolest hlavy, sevření na hrudi), psychomotorický neklid (poklepávání), suicidální myšlenky, nezájem o sexuální život, nadměrné obavy a starosti, úzkost, ztráta energie, pomalost či zbrkllost.

Všechny tyto příznaky mohou, ale nemusí být pozorovatelné na depresivně nemocném. Byly však odborníky vyzorovány v průběhu dlouhých let a zkušeností.

1.4 Formy, jejich průběh a možné komplikace

Vyskytují se nejrůznější formy depresí a jsou různá dělení dle odborníků. V této kapitole se zaměřím na formy depresí a jejich klinický obraz. Uvedu zkrácená kritéria, která se užívají ke stanovení stupně deprese. V závěru kapitoly se budu blíže věnovat komplikacím.

Zkrácená kritéria pro velkou depresivní epizodu dle DSM – IV (Diagnostický a statický manuál Americké psychiatrické asociace)

Musí být splněno nejméně 5 z následujících příznaků po dobu alespoň dvou týdnů:

1. depresivní nálada

2. výrazná ztráta zájmů či potěšení v činnostech
3. insomnie či hypersomnie
4. významný úbytek či přírůstek váhy
5. psychomotorická agitovanost či inhibice
6. únava nebo ztráta energie
7. pocity zbytečnosti, nadměrné pocity viny
8. narušené myšlení, neschopnost soustředění
9. myšlenky na smrt, sebevražedné myšlenky nebo pokusy.

Zkrácená kritéria pro manickou epizodu dle DSM – IV (Diagnostický a statický manuál Americké psychiatrické asociace)

Musí být splněna nejméně 3 z následujících příznaků po dobu jednoho týdne:

1. nafouklé sebevědomí nebo velikášství
2. snížená potřeba spánku
3. myšlenkový trysk
4. roztržitá pozornost
5. zvýšená činorodost či agitovanost
6. nadměrné zaujetí příjemnými, ale riskantními činnostmi s neblahými následky.

- **Depresivní epizoda F 32 dle MKN 10 (Mezinárodní klasifikace nemocí)**

Projevuje se depresivní náladou, depresivním myšlením, sníženou tělesnou aktivitou, dále pak poruchou chuti k jídlu, suicidálními myšlenkami, neklidem, únavou, sníženým sebevědomím, zhoršenou soustředěností a pozorností. Postihuje schopnosti: spát, těšit se, pracovat. Navazuje na stresující životní události, její výskyt může být i bez jakékoliv příčiny. V životě se může vyskytnout jen jednou nebo opakovaně. Častější je u žen.

- **Mírná depresivní fáze F 32.0**

Pro diagnózu mírné depresivní fáze musejí být splněny alespoň 2 z 3 příznaků (depresivní nálada, zvýšená únava, ztráta zájmu a radosti). Dále se musí objevit minimálně další 2 příznaky, které jsou uvedeny ve zkrácených kritériích pro velkou

depresi (zhoršené soustředění, pocity viny a bezmocnosti, suicidální myšlenky, porucha chuti k jídlu, porucha spánku, pesimistický pohled do budoucnosti).

Samozřejmě, že žádný z příznaků nesmí být intenzivní, avšak musí trvat nejméně dva týdny. Léčba je zpravidla ambulantní.

Mírnou depresivní fázi můžeme rozdělit ještě podle toho, jestli je nebo není doprovázena somatickými příznaky.

- Mírná depresivní fáze bez somatických příznaků F 32.00

Obvykle jsou přítomny dva až tři depresivní příznaky (viz. zkrácená kritéria pro velkou depresivní epizodu). Nemocný je schopen chodit do práce a provádět běžné domácí činnosti, které mu jdou pomaleji a hůř. Uzavírá se do sebe. Léčba je v tomto případě ambulantní.

- Mírná depresivní fáze se somatickými příznaky F 32.01

U nemocného jsou splněny podmínky pro mírnou depresivní fázi a jsou přítomny čtyři nebo více somatických příznaků (ztráta libida a chuti k jídlu, úbytek na hmotnosti, přítomnost zřetelného psychomotorického zpomalení, ranní probouzení dříve než obvykle, emoční reaktivita na události či aktivity, ztráta zájmu a radosti z aktivit, které normálně přinášejí uspokojení).

- Středně těžká depresivní fáze F 32.1

Vyskytují se dva ze tří základních příznaků a dále jsou přítomny alespoň 3-4 ostatní příznaky. Musí trvat minimálně po dobu 2 týdnů.

Projevují se intenzivnější depresivní náladou, sníženou energií a aktivitou, zhoršeným soustředěním se, poruchami spánku, sníženou chutí k jídlu, suicidálními myšlenkami. Nemocný je obvykle schopen pokračovat ve společenských i pracovních aktivitách, ovšem se značnými obtížemi.

V poslední řadě hodnotíme přítomnost somatických příznaků, podle kterých středně těžkou depresi dělíme na:

- Středně těžkou depresivní fázi bez somatických příznaků F 32.10

- Středně těžkou depresivní fázi se somatickými příznaky F 32.11

- Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků F 32.2

Jsou přítomny depresivní příznaky, které nemocného skličují a jsou závažné. Dochází ke ztrátě sebehodnocení, pocitům viny a beznaděje, pesimismu, snížení chuti k jídlu. Nemocný má tendenci ležet v posteli, je zpomalený v pohybech, mluvě i myšlení. Bývá plný neklidu. Porucha nálady je hluboká a téměř neovlivnitelná. Objevuje se i nečinnost v důsledku snížené energie a ztráty pocitu smysluplnosti jakékoliv pracovní či domácí aktivity. Hrozí riziko sebevraždy. Depresivní fáze trvá alespoň 2 týdny. Někdy je rozvoj tak rychlý, že lze diagnózu stanovit i dříve. Pro léčbu je vždy nutná hospitalizace.

- Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky F 32.3

V této fázi jsou kromě depresivních příznaků, pocitů viny, pesimismu, snížené chuti k jídlu přítomny i bludy (většinou urinační, nihilistické, mikromanické, autoakuzační, insuficienční, hypochondrické) nebo halucinace, a to zejména sluchové (pomlouvачné, obviňující hlasy) nebo čichové (vjem hnilobné špíny či rozkládajícího se masa). Halucinace a bludy mohou, ale také nemusí odpovídat náladě nemocného. Jedná se o druh fáze, kdy je nemocný ohrožen sebevraždou, žízněním či hladověním. Suicidum (sebevražda) = „Úmyslné a vědomé ukončení vlastního života.“ (Vokurka, Hugo, 2004, s. 424)

Důsledkem velké afektivní poruchy je sebevražda. Pokud tedy není trpícímu závažnou depresí poskytnuta odborná péče, může uvažovat o sebevraždě – a nakonec ji spáchat. K této komplikaci přispívají jednak vlivy kulturní a religiózní, ale také zdravotní a klimatické. Roli hraje i příslušnost k určité sociální vrstvě, i když ani to není v mnoha případech rozhodující.

Rizikové faktory sebevražedného chování jsou:

- psychiatrické onemocnění
- sebevražedný pokus v minulosti
- sebevražedné pokusy v okruhu známých
- mužské pohlaví
- vyšší věk

- osamocení a ztráta sociálních vazeb
- stavy nejistoty či stavy ohrožující životní běh člověka (např. nezaměstnanost, těžké nevléčitelné onemocnění)
- dluhy nebo kriminální tresty, hráčství (patologické).

Při profesionálním zvládnutí suicidální krize je zapotřebí zvážit hospitalizaci, někdy i nedobrovolnou; snaha o odložení suicidálního jednání. Lékař, psycholog naplánuje několik sezení – cílené krizové intervence a v každém případě poskytne kontakty na zařízení poskytující pomoc takto postiženým lidem. Jednáme-li se o suicidálního člověka, na místě je vhodná empatie a jasně cílené otázky týkající se problematiky a plánování konkrétního činu.

Není žádnou výjimkou "samoléčitelství" u mužů. Depresivně nemocní muži často sáhnou po alkoholu, na kterém se záhy stanou závislými díky jeho nadměrné konzumaci.

Mezi další depresivní poruchy patří:

- Rekurentní depresivní porucha

„Porucha je charakterizována opakovanými epizodami deprese bez samostatných epizod mánie, ale nevylučují se krátké epizody hypomanie, povznesené nálady a zvýšené aktivity, které následují bezprostředně po depresivní epizodě.“ (Praško, Prašková H., Prašková J., 2003, s. 32) Bývá vyvolána stresovými životními událostmi.

Fáze mohou trvat v rozmezí 3-12 měsíců. Uzdravení mezi fázemi bývá většinou úplné, avšak u části lidí se může rozvinout v trvalou depresi. Častěji u žen. Léčba spočívá v užívání antidepresiv.

Dělení rekurentní depresivní poruchy (dále jen RDP):

- RDP, současná fáze mírná

Pro stanovení diagnózy je potřebné:

1. splnit kritéria pro RDP a pro mírnou depresivní fázi

2. dvě fáze trvající alespoň 2 týdny a měly by být oddělené obdobím několika měsíců bez patrné poruchy nálady
3. dalším znakem může a nemusí být přítomnost somatických příznaků.

- RDP, současná fáze středně těžká

Pro stanovení diagnózy je potřebné:

1. splnit kritéria pro RDP a pro středně těžkou depresivní fázi
2. dvě fáze trvající alespoň 2 týdny a měly by být oddělené obdobím několika měsíců bez patrné poruchy nálady.

- RDP, současná fáze těžká bez psychotických příznaků

Pro stanovení diagnózy je potřebné:

1. splnit kritéria pro RDP a pro těžkou depresivní ataku bez psychotických příznaků
2. dvě fáze trvající alespoň 2 týdny a měly by být oddělené obdobím několika měsíců bez patrné poruchy nálady.

- RDP, současná fáze těžká s psychotickými příznaky

Pro stanovení diagnózy je potřebné:

1. splnit kritéria pro RDP a kritéria pro těžkou depresivní fázi s psychotickými příznaky
2. dvě fáze trvající alespoň 2 týdny a měly by být oddělené obdobím několika měsíců bez patrné poruchy nálady
3. halucinace či bludy mohou, ale nemusejí odpovídat náladě.

- RDP, současně v remisi

Pro stanovení diagnózy je potřebné:

1. splnit kritéria pro RDP v minulosti
2. v současnosti nesmí být přítomna kritéria pro depresivní fázi
3. dvě fáze trvající alespoň 2 týdny a měly by být oddělené obdobím několika měsíců bez patrné poruchy nálady.

Do této skupiny řadíme nemocné, kteří se léčí proto, aby se snížilo riziko dalších atak.

- Dystymie

Jde o méně závažnou chronickou formu deprese s příznaky trvajících léta. Začíná v rané dospělosti a trvá několik let, někdy i celý život. Nemocní se několik dnů či týdnů cítí dobře, ale většinu času se cítí unaveni a depresivně. Typickou poruchou je neschopnost „cítit skutečnou radost“. „Někdy lidé trpící dystymií zažijí také epizody velké depresivní poruchy. Pak mluvíme o dvojité depresi (double depression).“ (Praško, Prašková H., Prašková J., 2003, s. 33)

- Bipolární afektivní (maniodepresivní) porucha = (dále jen BAP)

Je méně častá než jiné formy. Střídají se zde stavy deprese se stavy mánie. Ke zvratu dochází pozvolna, někdy však velmi náhle (přes noc).

Bipolární afektivní poruchu dělíme na:

- BAP, současná fáze středně těžká nebo mírně těžká

Ke stanovení diagnózy je potřebné:

1. současný prudký záchvat nemoci (ataka) splňující kritéria pro depresivní fázi, buďto mírnou nebo středně těžkou
2. v minulosti výskyt alespoň jedné hypomanické, manické nebo smíšené fáze.

Dle přítomnosti nebo nepřítomnosti somatických příznaků se ještě dělí na:

- a) BAP bez somatických příznaků
- b) BAP se somatickými příznaky

- BAP, současná fáze těžké deprese bez psychotických příznaků

Ke stanovení diagnózy je potřebné:

1. splňovat kritéria pro těžkou depresivní fázi bez psychotických příznaků
2. v minulosti výskyt alespoň jedné hypomanické, manické nebo smíšené fáze.

- BAP, současná fáze těžké deprese s psychotickými příznaky

Ke stanovení diagnózy je potřebné:

1. splňovat kritéria pro těžkou depresivní fázi s psychotickými příznaky
2. v minulosti výskyt alespoň jedné hypomanické, manické nebo smíšené fáze.

▪ BAP, současná fáze smíšená

Ke stanovení diagnózy je potřebné:

1. v minulosti výskyt alespoň jedné manické, hypomanické nebo smíšené fáze
2. v současnosti projevy manických, hypomanických a depresivních příznaků a jejich rychlé střídání ze dne na den nebo z hodiny na hodinu
3. doba trvání minimálně 2 týdny.

▪ BAP, současně v remisi

Ke stanovení diagnózy je potřebné:

1. v minulosti výskyt alespoň jedné manické, hypomanické nebo smíšené afektivní epizody
2. v současnosti nesmí trpět afektivní epizodou hypomanickou, manickou, depresivní či smíšenou.

Léčba slouží ke snížení rizika budoucích epizod.

• Sezonní afektivní porucha (dále jen SAD)

Souvisí se změnou ročního období. Vyskytuje se především v podzimních a zimních měsících. Mizí na jaře či až v létě. O SAD hovoříme tehdy, vyskytnou-li se potíže alespoň ve dvou následujících letech. Při této poruše nejsou přítomny potíže v oblasti psychiky. Jde o poruchu, která je typická spíše pro ženské pohlaví.

Je spojena s nadměrnou únavou, spavostí, chyběním předčasněho ranního probouzení, zvýšenou chutí k jídlu, přejídáním se a přírůstkem hmotnosti.

K její léčbě se používá tzv. fototerapie, jež má velmi příznivý účinek. V případě přerušení fototerapie dochází hned v prvních dnech k opětovnému objevení se příznaků. Existují i jedinci, kteří jsou na léčbu světlem zcela odolní.

• Rekurentní porucha nálady (reaktivní deprese)

„Rekurentní deprese je přímý následkem akutního těžkého stresu nebo pokračujícího traumatu.“ (Praško, Prašková H., Prašková J., 2003, s. 37)

Objevuje se ihned po stresující události (většinou se jedná o ztrátu blízkého člověka, nemožnost otěhotnět).

- Smíšená úzkostně-depresivní porucha

Při této poruše se mísí příznaky úzkosti s příznaky deprese. Ovšem ani jedny nepřevládají, proto nelze stanovit diagnózu depresivní poruchy nebo úzkostné poruchy. Často bývá podceňována, neboť příznaky deprese nejsou hluboké a příznaky úzkosti jsou méně výrazné.

- Krátká rekurentní depresivní porucha

Je vzácná. Depresivní epizody trvají dva až tři dny jednou měsíčně. Neváže se na menstruační cyklus. Začínají náhle ráno po probuzení a po třech dnech se nemocný probouzí s normální náladou.

- Poporodní deprese

Většina žen třetí až čtvrtý den po porodu udává zhoršení nálady s pláčem. Mají pocity, že k dítěti necítí to, co by měly. Jsou vyčerpány. Objevuje se u nich úzkost, euforie, napětí, smutek a podrážděnost. Pozor na poporodní psychózu, která ohrožuje život matky i dítěte.

- Deprese v menopauze

Na rozvoji se podílí hormonální změny (pokles hladiny estrogenů), strach ze stárnutí, odchod dětí z rodiny. Včasnou hormonální substitucí se dá této depresi předejít. V případě rozvinutí deprese je nutno užívat i antidepresiva. Léčba se neobejde bez psychoterapie.

- Larvovaná deprese

„O larvované depresi mluvíme tehdy, když hlavním projevem poruchy jsou tělesné příznaky a porucha nálady je v pozadí, někdy velmi málo patrná nebo vůbec není přítomná (deprese bez deprese).“ (Praško, Prašková H., Prašková J., 2003, s. 44)

- Deprese v pozdním věku

Často bývá přehlédnuta za maskovanými tělesnými příznaky i přesto, že jejich výskyt není nízký. Ohroženy jsou ovdovělé ženy a lidé v pečovatelských zařízeních. „Deprese však zvyšuje úmrtnost na tělesná onemocnění.“ (Praško, Prašková H., Prašková J., 2003, s. 44)

Pro léčbu je důležité vytváření podpůrných skupin a učení se novému přístupu k sobě, k rodině, společnosti a životu vůbec.

- Deprese při tělesném onemocnění

Vyskytuje se u starších osob, u nichž se objevuje tělesné onemocnění (Alzheimerova demence, Parkinsonova choroba, ischemická choroba srdeční, vysoký krevní tlak). Deprese může průběh onemocnění zhoršovat, ale může být i důsledkem některé medikamentózní léčby, alkoholu a drog.

1.5 Diagnostika

Ke stanovení diagnózy provádí lékař vyšetření, které zahrnuje jednak psychiatrický a psychopatologický rozbor, psychologické vyšetření, neurologické vyšetření. Dále se jedná o EEG a CT vyšetření.

1.5.1 Psychiatrické vyšetření a psychopatologický rozbor

Úkolem sestry je, aby lékaři zajistila klidné prostředí bez přerušování a rušivých faktorů, většinou bez přítomnosti dalších osob. Důležitá je důvěra nemocného k vyšetřujícímu.

Vyšetření začíná jako každé jiné, tedy zjištěním, proč nemocný přišel a jaké má hlavní problémy. Následuje zjištění nynějšího onemocnění. Zde se musí vyzvědět, zda nemocný trpí některými příznaky z následujících okruhů poruch.

1. **Psychotické symptomy** – zjišťujeme přítomnost bludů, halucinací, jejich výskyt. Dále pak jejich závislost na užívání drog či při nedostatku spánku.
2. **Poruchy nálady** – u stavů deprese a mánie jsou snadno pozorovatelné, obtížné je rozpoznat jejich mírnější formy. Odhalujeme sebevražedné tendence nepřímými otázkami.
3. **Organické symptomy** – jsou především zaměřeny na změny v oblasti paměti, halucinace či iluze a případně i na jejich výskyt.
4. **Úzkostné, panické a fobické symptomy** – zjišťuje se jejich přítomnost a příčiny, jenž je vyvolávají nebo zesilují. Sledujeme i jejich propojení s tělesnými symptomy (bušení srdce, bolesti hlavy...).
5. **Osobnosti a behaviorální rysy** – zkoumají se vztahy nemocného s přáteli, rodiči, sourozenci, partnery, zaměstnavateli, reakce na ztráty, zklamání, úspěchy a neúspěchy.

Osobní anamnéza chronologicky zaznamenává chování, postoje a jejich vývoj, větší životní události či traumata a stresy nemocného.

1. Věnujeme pozornost *porodu*, jeho průběhu a komplikacím. Zda došlo u matky k výskytu obtíží v době před porodem.
2. U *předškolního vývoje* se ptáme nemocného na každého z rodičů a vztah k nim a k sourozencům. Popřípadě se ptáme na vztahy a osoby, které byly pro nemocného významné v dětství.
3. V případě, že máme podezření na *zneužívání* v dětství, zjišťujeme neurotické projevy (tiky, pomočování, noční můry aj.).
4. V době *školního věku* zjišťujeme, jaké byly první zkušenosti se školou, vztahy k učitelům, jeho zájmy a záliby, úspěchy a problémy ve škole.
5. V *období dospívání* se snažíme zjistit reakci na pubertu, vztahy k přátelům stejného či jiného pohlaví, časně sexuální zkušenosti, užívání drog, školní neúspěchy, spokojenost s vlastním tělem, změny vztahu k rodičům a jejich vývoj.
6. V poslední řadě sledujeme *vývoj a anamnézu v dospělosti*, kde je důležité zjistit, kdy nemocný poprvé odešel od rodičů nebo žil na nich nezávisleji, pocity úspěchu či nespokojenosti se zaměstnáním, vztahy ke spolupracovníkům, přátelům a k zaměstnavateli.

Rodinná anamnéza nám slouží k tomu, abychom zjistili, jestli někdo z rodičů, sourozenců, dětí nebo jiných příbuzných nemocného trpěl závažným psychickým onemocněním či zdali byl psychiatricky léčen nebo se pokusil o sebevraždu.

Ptáme se na výčet psychických poruch a problémů během života či hospitalizace a na vážnější tělesná onemocnění, kterými nemocný trpěl v průběhu života. Důležité je zjistit užívání a zneužívání drog, včetně kávy a kouření, užívání analgetik, marihuany a opiátů.

Po odebrání anamnézy následuje objektivní vyšetření nemocného, kdy zaznamenáváme:

1. **Celkový vzhled a postoj** – zaměřujeme se na způsob chůze, pózování, řeč, oblečení, výraz tváře, mimiku, motoriku.
2. **Afekty a nálada** – všímáme si, zda afekty nemocného jsou otupené, oploštělé, ploché, labilní či přiměřené situaci a obsahu hovoru nebo nepřiměřené. Zaznamenáváme převažující náladu nemocného (depresivní, hněvivou, úzkostnou, podrážděnou, agresivní).
3. **Řeč** – může být pomalá, rychlá, překotná. Sledujeme úroveň slovní zásoby, přesné užití výrazů a neologismů či vulgárních slov. Přesvědčujeme se o nepřítomnosti známek afázie, dysarthrie.
4. **Forma myšlení** – následují myšlenky nemocného logicky vyjádřené mluvenou řečí nebo nalézáme známky nenáležitěho užívání slov a pojmů.
5. **Obsah myšlení** – zjišťujeme neobvyklé myšlenky, obavy, starosti nebo vidíme, že nemocný špatně interpretuje události a vztahuje je ke své osobě.
6. **Schopnost abstrakce** – zjišťujeme, zda má nemocný schopnost abstrakce nebo zda ta je nějakým způsobem porušena. Lze testovat dvěma způsoby. Buďto nemocného požádáme, aby vysvětlil jedno či dvě obvyklá přísloví a pokud je vysvětlí konkrétně, ptáme se jej na to, zda to znamená obecně něco v jeho životě, anebo se nemocného ptáme na podobnost mezi dvěma objekty (auto a vlak) a na odlišnosti mezi dvěma objekty (černoč a kominík).
7. **Schopnost percepce** – zjišťujeme, zda má nemocný poruchy vnímání a kterých smyslů se týkají (sluch, čich, chuť, hmat). Důležité je rozlišit halucinace a iluze, popsat jejich přesnou povahu a reakci na ně.

8. **Poznávací procesy** – zjišťujeme stav vědomí, bdělosti, schopnosti pozornosti a úrovně reakce na vyšetření, orientaci v čase, místě a vlastní osobě. Dále vyšetřujeme paměť, a to:

- a) krátkodobou paměť, kdy nemocnému vyjmenujeme až 7 číslic k zapamatování a požádáme jej k zopakování šesti z nich pozadu
- b) výbavnost paměti – nemocnému vyjmenujeme tři věci k zapamatování a po chvíli jej požádáme o zopakování
- c) nedávnou paměť (recentní) – ptáme se na události, které se staly v posledních 48 hodinách a které si můžeme ověřit
- d) intelektuální výbavu – je závislá na úrovni vzdělání, kterého nemocný dosáhl
- e) všeobecné znalosti – ptáme se nemocného na jména 4 větších měst v ČR, odhad četnosti obyvatel v ČR, na jméno prezidenta republiky a jeho předchůdců a na hlavní zprávy z posledního období
- f) počty – od 100 odečítá 7 a dále dostává jednoduché a složitější početní příklady
- g) úsudek – testujeme úsudek otázkami typu: „Co byste udělal, kdybyste našel na ulici ofrankovanou obálku s adresou?“ Nebo: „Co byste udělal, kdybyste cítil v kině kouř?“
- h) náhled – zjišťujeme, jaký je pohled nemocného na příčinu vyšetření, do jaké míry se na jeho obtížích podílejí vnitřní příčiny (biologické, psychologické) a zevní příčiny (rodina, zaměstnavatel).

1.5.2 Psychologické vyšetření

Slouží k objasnění povahy a příčiny psychických problémů a poruch. Mezi klinické vyšetřovací postupy patří metoda pozorování a rozhovoru. Jejich výhodou je přirozenost, přizpůsobivost a pružnost.

Testy řadíme mezi zvláštní diagnostické postupy, které musí být přesně vymezeny. Psychologické testy mohou v rukou neoborníků napáchat mnoho škod.

1. Klinické vyšetřovací postupy:

- a) **Pozorování** – pozorujeme nemocného, jeho projevy, oblečení, vzhled, emoce, veškeré chování. Nesmíme opomenout ani verbální projevy. Do tohoto způsobu vyšetření je zapojena sestra, jejíž povinností je denně zaznamenávat projevy nemocného do dokumentace.
- b) **Rozhovor (interview)** – nejdůležitější a nejobtížnější metoda. Rozhovor může být předem připravený.

2. Testy:

- a) **Výkonové** – nemocný je postaven před úkoly nebo situace, kde jsou na něm vyžadovány určité výkony percepční (vnímání), myšlenkové nebo motorické. Řadíme sem testy inteligence a testy zaměřené na jednotlivé schopnosti, jako je paměť, pozornost, motorické a jiné schopnosti.
- b) **Projektivní** – nejznámější je Rorschachova metoda
- c) **Dotazníky** – nemocnému předkládáme soubor otázek či odpovědí týkajících se názorů, zájmů, citů či způsobů chování v různých situacích. Nemocný má za úkol označit odpovědi, které vystihují jeho duševní stav či postoje. Nejznámější je Eysenckův dotazník.

V nemocnicích se užívají i další hodnotící škály pro depresi, například:

- Škála hodnotící přítomnost a stupeň deprese u geriatricky nemocných (viz. příloha číslo 1)
- Beckova sebeposuzovací stupnice deprese (viz. příloha číslo 2)
- Hamiltonova stupnice pro depresi (viz. příloha číslo 3)

1.5.3 Neurologické vyšetření

Patří k základním vyšetřovacím metodám. Spadá sem základní fyzikální vyšetření (vyšetření reflexů okosticových, kožních, šlachových) reakce zornic na osvit. Dále vyšetřujeme svalovou sílu, napětí, pohyblivost, koordinaci, rovnováhu, vnímání dotyku a bolesti, držení těla, využití hodnotících škál, např. Glasgoww Coma Scale nebo standardizovanou iktovou škálu amerického Národního zdravotního ústavu.

1.5.4 Elektroencefalografické vyšetření = EEG

Vyšetření se provádí pomocí elektroencefalografu u nejtěžších forem depresí a sledujeme elektrické vlny snímané z mozku = tzv. bioelektrické potenciály mozku. Jde o metodu neinvazivní, nebolestivou a lze ji provádět ambulantně.

Před zahájením je povinností sestry připravit nemocného na vyšetření jak psychicky (vysvětlit, o jaké vyšetření se jedná, co obnáší a jak bude probíhat), tak fyzicky (umytí vlasů, odstranění sponek).

Během vyšetření nemocný sedí či leží v místnosti, jež je zvukově izolována, a má zavřené oči. Spolupráce nemocného je významná v průběhu vyšetření, ačkoliv u některých psychiatricky nemocných bývá nesnadná či nedostačující. Výhodou EEG vyšetření je, že po výkonu není nutné žádné ošetření nemocného

Častým problémem nemocných trpících depresí jsou potíže během spánku. Při depresích se objevují změny v REM fázi (rapid eye movement – rychlé pohyby očí), kdy nemocný spí. REM fáze nastupuje dříve a vyskytuje se i častěji během spánku. Nemocní si stěžují na nepříjemné, děsivé sny, na nevyspání a únavu, a proto se lékař rozhodne nemocného vyšetřit i další aktivizační metodou. Velmi často se užívá fotostimulace. Nemocný má zavřené oči a jsou mu pouštěny přerušované světelné záblesky o určité frekvenci. Na EEG jsou potom sledovány změny, které tyto světelné záblesky vyvolávají.

1.5.5 Výpočetní tomografie = CT

Jedná se o neinvazivní vyšetřovací metodu na základě RTG paprsků, kdy se zhotovuje série snímků vyšetřované oblasti. Výsledný obraz je podobný řezu příslušnou částí těla s dobře viditelnými normálními nebo chorobnými strukturami. Ke zvýraznění rozdílu se někdy podává kontrastní látka.

Tato metoda slouží k diagnostice onemocnění, avšak je nutné vědět, že CT mozku u nemocných s afektivními poruchami má nálezy s nízkou senzitivitou

a specifických. U nemocných je pak ve většině případů patrné rozšíření komor, které se nevyskytuje u každého nemocného.

Nemocný musí být před vyšetřením lačný. Preventivně se mu podává tableta Dithiadenu proti alergické reakci.

Po vyšetření není nutné žádné ošetření nemocného.

1.6 Terapie

Hlavním úkolem léčby je snaha o odstranění příznaků a o obnovení pracovních a společenských vztahů.

U každé formy deprese může být jiná léčba. Někde stačí nemocného léčit pomocí antidepresiv, u jiného je zapotřebí dalších specifických metod (psychoterapie, fototerapie, spánková deprivace, elektrokonvulze).

1.6.1 Medikamentózní léčba

Antidepresiva = léky k léčbě deprese. Slouží k vytvoření rovnováhy na neuronech v mozku. Látky, které zde chybí, antidepresiva přímo nedodávají, ale urychlují jejich tvorbu. I proto jejich efekt není okamžitý, účinek se dostavuje za tři až šest týdnů. Je proto důležité užívat je dostatečně dlouhou dobu. V případě odeznění depresivní nálady je nutností pokračovat nadále v jejich užívání. Při prodělání první epizody deprese by se měly podávat nejméně ještě půl roku po její odeznění. Jedná-li se však o opakovanou epizodu, antidepresiva podáváme minimálně dva roky. V některých případech lze prodloužit dobu podávání až na pět let.

Předností farmak je snadné podávání a malé nároky na čas nemocného a lékaře. Nevýhodou léků je nutnost častějších kontrol, možnost působení i s jinými léky, alergické reakce.

Užívají se k léčbě středně těžké až těžké deprese, kde jsou mnohem účinnější než placebo efekt nebo psychoterapie.

Rozeznáváme několik typů antidepresiv:

- Tricyklická a tetracyklická antidepresiva
(Prothiaden, Ludiomil, Anafranil, Noveril)

Jde o neúčinnější typ. Užívání je spojeno s výskytem nežádoucích účinků, jako je: zácpa, suchost sliznice, zrychlený pulz, ospalost, útlum, rozmazané vidění.

- IMAO = inhibitory monoaminoxidázy
(Parnate)

Účinné u osob, u nichž nemají efekt tricyklická a tetracyklická antidepresiva. Nemocný by v případě jejich užívání neměl požívat potraviny s obsahem tyraminu, protože by došlo k rychlé intoxikaci. Nevhodnými potravinami jsou jogurty, banány, aromatické sýry, kuřecí játra. Rovněž se nedoporučuje kombinace s některými léky (jiná antidepresiva, léky na srdce).

- RIMA = reverzibilní inhibitory monoaminoxidázy
(Aurorix)

Antidepresiva podobná skupině IMAO, bez nutnosti držet dietu. Nemají žádné vedlejší účinky. Zlepšuje sexuální fungování.

- SSRI = inhibitory zpětného vychytávání serotoninu
(Seropram, Citalec, Zoloft, Deprex. Fevarin, Deprenon)

Jedná se o antidepresiva první volby, neboť jsou účinná na všechny typy depresí. Nežádoucí účinky jsou minimální, a to v oblasti zažívacího traktu, především při zahájení léčby. Při dlouhodobě trvající léčbě se objevují poruchy v oblasti sexuální.

- Nejnovější antidepresiva (Remeron, Triticco, Efexor, Serzon)

Jejich největší výhodou je značná účinnost a rychlejší nástup účinku (čtvrtý až desátý den podání) a minimální vedlejší účinky, jako je suchost v ústech či únava.

Důležitým úkolem sestry během podávání léků je nutnost uvědomění si, že může dojít k intoxikaci se závažnými důsledky, jako je porucha vědomí, změna krevního tlaku a pulsu či pády. Intoxikace však může být způsobena nahromaděním léku, proto je nezbytná kontrola nemocného informující o užívání a zásobení lékem.

1.6.2 Léčba psychoterapií

Je důležitou součástí léčby. Jedná se o léčbu, která využívá psychologických prostředků. Pomáhá hlouběji porozumět tomu, co se s člověkem v průběhu nemoci děje, znovu obnovit žebříček hodnot, najít cestu, jak překonat současné životní problémy. V případech lehkých forem depresí je účinná i bez farmakoterapie. Nedojde-li ke zlepšení stavu do dvanácti týdnů, na radě je podání antidepresiv.

Tento druh léčby je náročný na čas a můžeme jej využít při každodenním kontaktu s nemocným a zmírňovat tak jeho utrpení. Zdravotní sestry používají tento přístup k dosažení konkrétního cíle (při rozhovorech s nemocným, jako součást přípravy před vyšetřením či léčbou). Účelem je snížit strach a obavu nemocného a zvýšit účinek výkonu.

V některých zařízeních je psychoterapie velmi drahá a nedostatečně hrazená pojišťovnami.

Psychoterapie má přednost před léky pouze tehdy, jedná-li se o mírnou depresi.

Druhy psychoterapií:

- Psychoanalýza – zakladatelem je Sigmund Freud. Psychoanalytické léčení trvá dlouhou dobu, provádí se každý den a může se provádět až několik let. Principem je nalézt neodreagovaná vnitřní napětí, konflikty, frustrace z mládí a jejich uvědomování si a ventilaci. Existují i kratší formy, které jsou účinné u některých forem deprese.

- Kognitivně behaviorální psychoterapie

„Kognitivně-behaviorální terapie je forma léčby zaměřená na celkové zklidnění pomocí přijetí nemoci, odstranění depresivního způsobu myšlení, úpravy vzorců maladaptivního chování, zlepšení komunikace s okolím a relaxace.“ (Praško, Prašková H., Prašková J., 2003, s. 89)

Učí nemocného rozpoznat negativní myšlenky, jak je zkoumat, snaží se o odstranění příznaků deprese.

Terapie probíhá v rovnocenném vztahu mezi nemocným a terapeutem. Základem je naučit se zacházet s příznaky a problémy a trénovat dovednosti, které jsou potřebné pro zvládání stresových situací.

Jde o velmi úspěšný druh psychoterapie, který je lékem první volby v případě lehkých a středně těžkých depresí. U ostatních typů depresí je nutná léčba antidepressivy.

- Podpůrná psychoterapie

Principem je naslouchání, vcítění, podpora, vedení, podávání informací, vysvětlení během rozhovoru.

Tento druh terapie by měl provádět každý psychiatr, psycholog, ale také lékař a zdravotní sestra.

- Rodinná nebo manželská terapie

K této terapii je zapotřebí účasti členů rodiny, protože znají nemocného nejlépe, a jejich přístup k nemocnému je důležitý pro rehabilitaci, zklidnění vztahů v rodině a nalezení rovnováhy pro všechny rodinné příslušníky. Důležitý je kontakt a porozumění mezi jednotlivými členy.

- Skupinová psychoterapie

Je vhodná při lehčí depresi nebo v době, kdy odezní akutní příznaky. Pomáhá nemocnému uvědomovat si, že i jiní mohou prožívat podobné věci, učit se od nich a vyrovnávat se s onemocněním. Probíhá ve skupině, v počtu 8-12 osob a je vedena dvěma psychoterapeuty. Sezení trvají většinou hodinu a půl. „Cílem léčby je poznat

souvislosti mezi chováním jedince a jeho problémy a nemocí – potom pomoci tyto vzorce změnit.“ (Praško, Prašková H., Prašková J., 2003, s. 88)

- Individuální psychoterapie

Základem je obnovení důvěry ve svět a vytvoření si pevné vazby s osobou, již může kdykoliv plně důvěřovat, především v krizových situacích. Je založena na setkání nemocného a terapeuta. Délka terapií závisí na charakteru obtíží nemocného a na formě psychoterapie, kterou provádí lékař, psycholog, sociální sestra nebo jiní pracovníci trénovaní v psychoterapeutických dovednostech.

1.6.3 Léčba spánkovou deprivací

Jde o zabránění spánku po dobu 24 hodin (možno i více). U nemocných dochází často ke zlepšení nálady, které je sice přechodné, přesto však významné a výrazné. K návratu do depresivní nálady dochází po následující noci spánku. Může dojít až k přesmyku do mánie a to především u bipolárních afektivních poruch.

Vzhledem k nejrůznějším nepříjemnostem, organizační a personální náročnosti a nespolehlivosti se tato metoda neuplatňuje. Používá se ve výzkumu nebo u hospitalizovaných nemocných, kteří jsou odolní proti léčbě antidepresivy.

1.6.4 Elektrokonvulzivní léčba

Provádí se u hospitalizovaných pacientů v krátkodobé anestezii s myorelaxací. Za pomoci elektrod, které jsou přiloženy na kůži, se provede krátký výboj elektrického proudu a napětí (80 – 130 V), jenž stimuluje určité oblasti mozku. Dojde k vyvolání klonicko-tonické křeče (epileptický záchvat), navodí synchronizaci mozkových buněk a změny s masivním antidepresivním a antipsychotickým účinkem.

Tuto metodu uplatňujeme u nemocných s melancholickou a farmakorezistentní depresí, dále u katatoních schizofrenií, manických epizod a ojediněle u masivního neklidu při psychózách. Aplikuje se 2–4x týdně, v celkovém počtu 6-10 sezení.

Kontraindikacemi k elektrokonvulzivní léčbě jsou: arytmie, výrazná hypertenze, epilepsie, horečka, těžká osteoporóza a koronární ischemie.

Z vedlejších příznaků se může vyskytnout: zmatenost, poruchy paměti, arytmie, bolest hlavy v případě nedodržování klidu na lůžku či slabost ve svalech, která je způsobena nedostatečnou relaxací.

Před aplikací je nutná příprava nemocného, která zahrnuje interní vyšetření, EKG, vyšetření očního pozadí, eventuálně neurologické vyšetření, informovaný souhlas nemocného, lačnění, vyprázdnění močového měchýře, zajištění žilního vstupu a premedikace.

Nemocného po zákroku ukládáme do stabilizované polohy, ve které jej trvale sledujeme dvě hodiny do úplné stabilizace pomocí monitoru. Pravidelně kontrolujeme základní životní funkce (krevní tlak, puls, dech), vědomí (kontrolujeme orientaci v místě, čase a osobou).

Nemocným se při elektrokonvulzivních terapiích podává Tiopental a Succinylcholinjodid jako prevence křečí, které se u nemocných při tomto druhu terapie vyskytují.

1.6.5 Fototerapie

Metoda spočívá v aplikaci jasného bílého světla o intenzitě 2 500-5 000 luxů ze vzdálenosti cca 1,5 metru 1x denně ráno po dobu jedné až dvou hodin. Po ukončení této léčby dochází k navrácení depresivních příznaků. Provádí se zejména u nemocných s depresí, a to u těch, kteří trpí sezónní poruchou nálady. Zjednodušeně se dá říci, že lidem trpící sezónní poruchou nálady pomáhá každodenní prodloužení světelné části krátkého zimního dne.

Kontraindikací jsou poruchy sítnice a záněty spojivek (konjunktivitidy). Jediným nežádoucím účinkem je právě konjunktivitida.

K doplňkovým metodám uplatňujícím se při léčbě deprese řadíme:

- Akupunkturu, pravidelné cvičení, aromaterapii, léčbu tancem, homeopatii, hypnoterapii, masáž, muzikoterapii, relaxační techniky.

1.7 Prognóza

U bipolární afektivní poruchy se střídají fáze mánie a deprese v různém intervalu. Počáteční fáze bývá velmi často manická. Průměrná doba trvání fáze deprese je 4-6 měsíců. Depresivní fáze se rozvíjí několik dní až několik týdnů a jsou pro ni typické příznaky: nespavost, úzkosti, nerozhodnost, únava, nezáměr a plachost. V případě neléčení této poruchy je fáze deprese zpravidla delší (6-12 měsíců). V období mezi fází mánie a deprese dochází k vymizení příznaků a projevů, což může trvat měsíce nebo i léta. Fáze manické vznikají náhle během několika dnů či hodin. Přetrvávají dny až týdny, někdy pak i měsíce. Odeznívají však mnohem rázněji než deprese.

Z výše uvedeného vyplývá, že deprese negativním způsobem zkresluje pohled na sebe, svět i budoucnost, a to především v době než začne působit léčba. Podstatné je si uvědomit, že čím dříve se nemocný začne léčit, tím dříve deprese odeznívá. V opačném případě je prognóza onemocnění horší. Deprese je závažná nemoc, která pro nemocné může skončit závislostí na alkoholu nebo i smrtí, kdy nemocný sahá po nejkrajnějším řešení, sebevraždě.

Proto je důležité dodržovat některé zásady, které mohou sloužit jako první informace pro nemocného, rodinné příslušníky či osoby další, jež přijdou do kontaktu s depresivně nemocným.

Sestra musí s nemocným jednat tak, aby se jí nemocný neostýchal svěřit, zda má k ošetřujícímu lékaři důvěru, zda má důvěru v ošetřující personál, popřípadě ke komu důvěru nemá. Snaží se přesvědčit nemocného a jeho okolí o tom, jak je pro jeho další život důležité pravidelné užívání léků. Radí mu, aby se snažil neuchylovat se do samoty, nedůvěřovat negativním myšlenkám, nestydět se za pláč a neukončovat předčasně léčbu. Zdůrazňuje, že si je vědoma toho, že to vše není jednoduché a že léčení je náročné na čas. Projeví však víru v nemocného, jeho pevnou vůli

a odhodlání nemoci nepodlehout. Posilování motivace k plnění předchozích doporučení a vyjádření uznání při dodržování těchto zásad tak významně přispívají k uzdravovacímu procesu.

2 Ošetrovatelská péče o nemocného s depresí

Tato část je zaměřena na ošetřování nemocných s depresí. Při přijetí k hospitalizaci rozhodne lékař o tom, na kterém typu oddělení bude nemocný léčen. Vzhledem k tomu, že bakalářská práce je zaměřena na vytvoření standardu ošetrovatelské péče o nemocného s depresivními příznaky, při kterých je nemocný ohrožen sebevražedným jednáním, je následný popis ošetrovatelské péče o nemocné zaměřen na nemocného s omezením pohybu po oddělení.

- Příjem na oddělení, volba pokoje, poloha nemocného

Během příjmu je důležité správné jednání s nemocným a navození důvěry mezi nemocným a lékařem, protože bez toho se příjem, ba dokonce propuštění nemocného neobejde. Vzhledem k tomuto faktu by byl důležitý standard týkající se příjmu a propuštění nemocného.

Lidé s depresí jsou přijímáni na psychiatrickou kliniku, kde lékař rozhodne o hospitalizaci nemocného. V akutních fázích onemocnění jsou nemocní hospitalizováni na uzavřená ženská či mužská oddělení. Nejsou zde umístěni proto, aby byli izolováni od ostatních a nemohli se s nimi stýkat, ale jsou zde uzavřeni z důvodu stálého dohledu, který je zaměřen především na pohyb nemocného po oddělení.

Po stabilizaci psychického stavu, a hlavně po odeznění akutní fáze, jsou nemocní překládáni na oddělení ženská a mužská s volnějším režimem, tedy na otevřená oddělení. Na těchto typech oddělení se mohou nemocní pohybovat volně a není již tak přísně kladen důraz právě na omezený pohyb.

Nemocné ukládáme na pokoje situované co nejblíže k sestře, a to především z důvodu kontroly nemocného, abychom ve fázi deprese zabránili hrozícímu suicidu. Ve fázi mánie vyžaduje nemocný permanentní ošetrovatelskou péči, dohled, aby nebyl nebezpečný sobě ani svému okolí. Nikdy neukládáme na stejný pokoj nemocné s depresí a mánií, protože dochází k častým konfliktům a problémům.

Důležité je, aby byly pokoje bezpečné a neobsahovaly předměty, s nimiž by si mohli v akutní fázi ublížit či se pokusit o sebevraždu. Důraz je kladen na interiér (okna s mřížemi, zamčené dveře) a na věci, které bývají běžně dostupnými na jiných odděleních nemocnice (šňůra od telefonu, provázky, provázky na klíče, pásky, pásky

od županů, tkaničky, záchodové šňůry, drátky, kabely od přístrojů, špendlíky z nástěnek, sklo, skleněné nádoby a veškeré ostré předměty). Tyto předměty musejí být z pokojů i oddělení odstraněny. Z věcí nemocných se nebezpečné předměty dávají do úschovy k sestře a při návštěvě rodinnými příslušníky se posílají zpět domů.

Poloha nemocného vyplývá ze symptomů, které nemocný prožívá. Například pro nemocného v těžké depresi je typická strnulá poloha vleže či vsedě. V tomto případě je nutná aktivní ošetrovatelská péče ze strany sestry. Pro nemocné v manické fázi je typická rychlá gestikulace, rychlá mluva a motorický neklid, tudíž povinností sestry je postarat se o bezpečí nemocného a o to, aby nerušil ostatní nemocné.

- Výživa

Nemocní nemají určenou žádnou specifickou dietu, proto mají ve většině případů racionální dietu. V případě výskytu přidružených onemocnění ordinuje lékař dietu ke zlepšení zdravotního stavu či k odeznění některých obtíží počínajícího onemocnění. Pokud nemocný užívá antidepresiva ze skupiny inhibitorů monoaminoxidázy (MAO), neměl by požívat potraviny s obsahem tyraminu, protože by mohlo dojít k intoxikaci. Nevhodnými potravinami v tomto případě pak jsou: jogurty, banány, aromatické sýry či kuřecí játra.

Strava je však pravidelná několikrát denně (snídaně, oběd, večeře a svačiny) a v případě, že nemocný není schopen se sám najíst, pomáhá mu s podáváním jídla ošetřující zdravotnický personál.

Důležitý je dostatečný příjem tekutin, na který je bedlivě dohlíženo.

- Vyprazdňování

U depresivně nemocných se sleduje moč pouze v případech přidružených onemocnění, jako je například diabetes mellitus, kdy se sleduje množství cukru a acetonu v moči. Dále ke zjištění nebo vyloučení návykových látek.

V případech zácpy sledujeme častost vyprazdňování, množství, barvu a konzistenci.

Podle stavu nemocného zhodnotíme schopnost soběstačnosti dojít si na WC či pojízdný klozet. Pečujeme o pravidelné vyprazdňování a důkladnou hygienu genitálu.

- Odpočinek, spánek

Odpočinek a spánek je pro nemocného důležitý. Opět podle stavu a přidružených onemocnění nemocného zavádíme určitá opatření.

Nemocní trpící depresí mají obtíže se spánkem, ať už se jedná o potíže s usínáním, nespavost či o obtíže s hloubkou spánku, která je většinou mělká, a tudíž se nemocný často budí. V těchto případech jsou nemocným ordinovány léky na spaní (mezi nejčastěji užívané léky patří Dormicum, Rohypnol, Hypnogen a Stilnox).

- Rehabilitace

V těchto případech mezi rehabilitaci řadíme především pravidelný pohyb, který musí vždy odpovídat zdravotnímu stavu nemocného. Nemocný může provádět veškeré cviky a sporty, které má rád a to v jakémkoliv rozsahu. Pozor na únavu, kdy je vhodné nechat nemocného dostatečně odpočinout, aby načerpal sílu a energii.

Nemocného do ničeho nenutíme, protože u depresivně nemocných nucením nedosáhneme chtěného výsledku, ba naopak můžeme u nemocného vyvolat nedůvěru až odpor k léčbě i zdravotníkům.

- Propuštění nemocného

Jak jsem se již výše zmínila, důležitá je důvěra mezi nemocným a lékařem, ale i k ostatním členům zdravotnického personálu, kam patří sociální pracovníci, psychologové a další členové ošetrovatelského personálu. Proto by měl být nezbytný i standard týkající se příjmu a propuštění nemocného.

Nemocní jsou z kliniky propuštěni do domácí péče z důvodu léčebného, aby si vyzkoušeli, do jaké míry jim domácí prostředí vyhovuje, zda jsou schopni se o sebe postarat, zda mají pocit navracejícího se zdraví a jestli se jim díky domácímu prostředí opětovně nenavrací deprese, kterou toto prostředí může snadno vyvolávat. Propuštění z léčebných důvodů může být zpočátku na den, na víkend a postupně se doba propouštění prodlužuje.

- Domácí péče, spolupráce s rodinou

Po propuštění do domácí péče je nutné pravidelné užívání léků společně s pravidelnými kontrolami u ambulantního psychiatra. Důležité je i včasné rozpoznat počínající příznaky deprese a zhoršení příznaků se sklonem k sebevraždě. V případě ohrožení sebe či okolí je nutné včasné zajištění hospitalizace nemocného na psychiatrické klinice. Je nutné si uvědomit, že péče o depresivně nemocného je velmi náročná i pro rodinu, které nabídneme a zajistíme kontakty na různá psychiatrická zařízení, krizová centra, na ambulantní psychiatrické lékaře i na psychologa a psychoterapeuta. Samozřejmostí je nabídnout i naši péči, která je tu pro nemocného a jeho rodinu za každých okolností.

- Prevence deprese

Sestra se na prevenci též podílí, protože její součástí je edukace každého nemocného, o kterého se stará v průběhu hospitalizace.

Nutností je, aby sestra nemocnému vysvětlila důležitost užívání léků, kdy je zapotřebí jejich pravidelné užívání, neukončování léčby antidepresivy předčasně. V některých případech je nutné užívat antidepresiva celý život.

Velký důraz je kladen na snižování stresu, který hraje velkou roli jak při vzniku deprese, tak při jejím udržování, proto je důležité naučit nemocného stresu předcházet. K tomu může pomáhat: pravidelnost a rytmus v denních činnostech, klidné rodinné rituály (společné stolování, výlety), láskyplné vztahy v užší i širší rodině, dostatek přátel, kultivace vztahů na pracovišti, plánování aktivit, určování priorit, pravidelný odpočinek (aktivní i pasivní), pravidelný spánek, pravidelné ranní vstávání s krátkým cvičením a vlažnou sprchou, dostatek příjemných zážitků, dostatek pravidelného pohybu, vyhýbání se alkoholu, kouření, spěchu a otravným lidem, kultura, v neposlední řadě i čas na koníčky a zájmy. Dále může sestra doporučit v rámci edukace kurzy asertivity, a to v případech, že nemocný vykazuje osobnostní rysy jako je nesmělost, bázlivost v jednání a zdravém sebeprosazení.

Z možných ošetřovatelských diagnóz mohou vyvstat podle NANDA domén tyto problémy:

- 00125 - Bezmocnost v důsledku dlouhodobých pocitů bezradnosti projevující se apatií, hněvem, rezignací.
- 00095 – Spánek porušený v důsledku základního onemocnění projevující se pozdním usínáním, časným probouzením, nápadnou únavou.
- 00001 – Nadměrná výživa (00002 – Nedostatečná výživa) v důsledku změny přístupu ke stravě projevující se nápadnou změnou chuti k jídlu, nechutenstvím, příbytkem či úbytkem na váze.
- 00093 - Únava v důsledku osobní nepohody projevující se nápadnou únavností, zácpou, tlakem na prsou, bolestmi hlavy.
- 00148 - Strach, 00146 - úzkost v důsledku ohrožení projevující se trávicími obtížemi, vegetativními potížemi.
- 00139 - Riziko sebepoškození v důsledku dlouhodobých pocitů bezradnosti v depresi.

3 Ošetřovatelský proces u nemocného s diagnózou deprese – posouzení stavu nemocné

Jak jsem již uvedla v úvodu, zaměřila jsem se na deprese, které řadíme mezi afektivní poruchy. Proto jako příklad uvádím anamnestické údaje u ženy trpící depresivním syndromem, která byla přijata k hospitalizaci na psychiatrickou kliniku.

Pro lepší orientaci v problematice ošetřovatelského procesu u nemocného s depresí uvádím typické anamnestické údaje, které reprezentují veškerou ošetřovatelskou dokumentaci, kterou jsem shromáždila jako podklad pro vytvoření standardů.

3.1 Identifikační údaje

Nemocná I. B. je žena ve středních letech, která byla přijata k hospitalizaci na psychiatrické oddělení – uzavřené - pro své akutní onemocnění. Pomocí rozhovoru s nemocnou, dokumentace a ošetřovatelského personálu, jsem sesbírala data, která mi souží jako podklad tvorby této práce.

Datum narození:	8. 7. 1961
Věk nemocné:	46 let
Příjem k hospitalizaci:	1. 9. 2007
Den pobytu:	14.

3.2 Výňatek z lékařské dokumentace

Z lékařské dokumentace jsem použila data týkající se nemocné a jejích anamnestických dat důležitých pro stanovení ošetřovatelských diagnóz.

3.2.1 Lékařská anamnéza

Nemocná přichází k hospitalizaci na Psychiatrickou kliniku Všeobecné fakultní nemocnice v Praze po předchozí telefonické dohodě. Údajně 20 let trpí bipolární afektivní poruchou (BAP) a jedenkrát byla hospitalizována v Psychiatrické léčebně v Bohnicích.

- Osobní anamnéza (OA):

Nemocná v mládí prodělala úraz hlavy, při kterém nebylo přítomno bezvědomí, je po výhřezu meziobratlové ploténky a po operaci apendixu. V současné době se léčí pro myocarditidu a pro panaricium na palci pravé ruky. Onemocnění thyroidey je kompenzováno. V současnosti si občas stěžuje na potíže se žlučníkem.

- Rodinná anamnéza (RA):

Nemocná pochází z rozvedené rodiny. Rodiče se rozvedli v jejích deseti letech, proto má na dětství smíšené vzpomínky. Otec byl snad zdravý. Matka prodělala operaci pravé mammy a thyroidea, byla léčena na psychiatrii pro toxický syndrom medikamenty. Sestra nemocné je rovněž v péči psychiatra, z důvodu závislosti na alkoholu a lécích. Matka i sestra pracují jako zdravotní sestry.

- Sociální anamnéza (SA):

Nemocná je absolventkou střední ekonomické školy. Po maturitě byla na mateřské dovolené se dvěma dětmi. Deset let byla v částečném invalidním důchodě, nyní je již rok v plném invalidním důchodě, při němž si brigádnicky přivydělává prodejem čajů či příležitostným úklidem bytů. Nedávno se rozešla s přítelem.

V současné době bydlí se synem v bytě otce svého bývalého manžela, se kterým je již dva roky rozvedená, protože si manžel našel mladší partnerku.

- Gynekologická anamnéza (GA):

Má za sebou dva porody a tři umělá přerušení těhotenství. Prodělala zánět vaječníků. Pro nepravidelné klimakterium užívá Agolutin, po němž ještě menstruuje.

- Psychiatrická anamnéza (PsA):

První potíže se objevily před 20 lety, v době, kdy u soudu svědčila proti své sestře, aby jí nebylo svěřeno dítě do péče.

Nemocná byla hospitalizována na Psychiatrické klinice v Bohnicích pro suicidální pokus, následně i v Brně. Zpočátku bylo její chování hodnoceno jako „hysterie“, dále byla stanovena diagnóza bipolární afektivní poruchy se stavy hypomanie.

Docházela na pravidelné kontroly do psychiatrické ambulance v Praze.

- Abusus:

Nemocná kouří 10-15 cigaret denně přibližně po dobu 25ti let. Ojedinele užívá tetrahydrocannabinol. Naposledy jej užila v lednu tohoto roku. Jiné drogy nikdy neužívala.

Dříve brávala více analgetik na vertebrogenní obtíže. Alkohol užívá. V poslední době především při zhoršení psychického stavu jí alkohol „pomáhá“ ze splínu. Denně si dává dvě piva nebo červené víno.

- Farmakologická anamnéza (FA):

Nemocná přišla k hospitalizaci s medikací:

Lithium	1-0-1
Remood 20 mg	1-0-1
Aescin	2-2-2
Dorsiflex	podle potřeby
Neurol	užívá nepravidelně (maximálně 6 tablet 0,5 mg)

V lékařských záznamech se uvádí, že nemocná porušila pravidelné užívání léku Neurol, který se řadí do skupiny anxiolytik. Jeho vysazení pravděpodobně vedlo ke vzniku depresivního stavu.

Nyní ji byla během hospitalizace naordinována tato léčiva:

Lithium	2-0-1
Atarax	2-1-1
Dithiaden	0-0-1
Sertraliln 50 mg	1,5-0-0
Prothazin	při nespavosti
Aescin	2-2-2
Dorsiflex 200 mg	1x denně
Apaurin	při neklidu či úzkosti
Hypnogen	0-0-0-1

Řidičský průkaz a zbrojní pas nemá. Trestně stíhána nikdy nebyla.

- Nynější onemocnění:

Od června pociťuje zhoršení nálady.

Nemocná má starost, že bude muset opustit byt otce svého bývalého manžela. Dosud se nevzpamatovala z odchodu manžela k mladší ženě.

V červnu přestala pracovat, byla zaměstnána v cukrárně – pro malý obrat snížili stavy zaměstnanců.

Nyní má skleslou náladu, občas ji napadají myšlenky, že by bylo lepší nebýt, ale ublížit si vyloženě nechce.

Přišla k hospitalizaci, protože se jí přitížilo. Někdy má výčitky, zda děti vychovala dobře, ačkoli ví, že je to neopodstatněné.

Hůře spí, budí se, nálada je nejhorší po ránu. Je úzkostlivá, lítostivá, cítí sevření na hrudi. Ze splínu jí pomáhá alkohol, denně si dá dvě piva nebo červené víno. Před dvěma roky měla stíhomam, nyní se necítí být pronásledována.

3.2.2 Vyšetření

- Objektivní nález při příjmu:

Z objektivního nálezu při příjmu vyplynulo, že nemocná je lucidní, plně orientována, relativně upraveného zevnějšku. Její psychomotorické tempo je v normě a emotivita přiléhavá s náznaky lability.

Verbalizuje pokles forie v posledním období s ranními pesimy. Je bez známek suicidálního jednání. Vyskytují se náznaky autoakuzace, hypobolie, přechodné stavy anxiety se somatickým doprovodem. Nemocná verbalizuje náhled na škodlivé užívání alkoholu. Nyní je bez známek intoxikace a bez somatických stesků.

- Objektivní nález během hospitalizace na oddělení:

Nemocná je klidná a orientovaná. Kontakt navazuje velmi obtížně nebo vůbec. Myšlení je koherentní a psychomotorické tempo je v normě s přiléhavou emotivitou.

- Orientační somatické a neurologické vyšetření – nihil acutum
- Laboratorní vyšetření

Veškerá odebraná laboratorní vyšetření moči i krve jsou v normě.

- CT mozku

CT mozku poukazuje na lehké snížení denzity mozkové tkáně v pravé frontální krajině, ale nález není vážný.

- EEG – vyšetření je v normě

- Psychologické vyšetření:
 - Eysenckův dotazník
 - Dokončování vět
 - Beckova škála úzkosti
 - Zungova škála deprese

V závěru psychologického vyšetření se udává souvislé myšlení, pokles forie, labilita a klinicky zhoršená nálada.

3.2.3 Závěr při příjmu

Podle výše uvedených vyšetření byly ošetřujícím lékařem stanoveny tyto diagnózy:

- Anxiózně depresivní syndrom v rámci poruchy přizpůsobení
 - Škodlivé užívání alkoholu v kombinaci s benzodiazepiny a hypnotiky
- Diff.dg: středně těžká depresivní fáze v rámci bipolární afektivní poruchy

3.2.4 Fyzikální vyšetření sestrou

Každá sestra při příjmu nemocného musí posuzovat jeho fyziologické funkce (krevní tlak, puls, dech, tělesnou teplotu), ale hodnotí nemocného i na pohled (vzhled, hygiena, defekty), jeho verbální i neverbální projevy.

Mimo posuzování se sestra také z velké části podílí na léčbě nemocného a diagnostice, protože sděluje lékaři, jak se nemocný projevuje a také může včas podchytit důležité podněty pro primární péči. Dále využívá nejrozmanitější posuzovací psychiatrické škály sloužící k odhalení deprese (Beckova sebesposuzovací stupnice deprese).

Celkový vzhled:	nemocná je relativně upravená
Úprava, hygiena:	hygiena nemocné dostatečná, čistá, relativně upravený zevnějšek
Puls:	90'
Krevní tlak:	135/60
Dýchání:	15'
Tělesná teplota:	36,4°C
Kůže:	růžová, bez lézí a defektů
Kožní turgor:	normální
Lebka - velikost	normocefalická
Lebka – tvar:	mezocefalická
Krční páteř:	pohyblivá

Hrudník:	atletický
Břicho:	v úrovni hrudníku, souměrné
Edémy:	bez edémů
Výška:	168 cm
Hmotnost:	63 kg
Chůze:	chůzi zvládá bez pomoci, neužívá žádné kompenzační pomůcky
Chybějící části těla:	žádné části těla nemocné nechybí

3.3 Posouzení stavu potřeb klienta dle M. Gordonové podle NANDA domén

K odebrání anamnézy přímo od nemocné jsem použila dokumentaci diagnostických domén podle Majory Gordonové.

- Podpora zdraví

Svůj zdravotní stav nemocná považuje za částečně dobrý, někdy chodí na procházky. Zdravou výživu nedodržuje. Lékařská doporučení se snaží dodržovat důsledně. Při současných obtížích telefonovala do Regionální instituce ambulantních psychosociálních služeb (Riaps) v Praze, kde jí doporučili kontaktovat psychiatrickou kliniku.

Za poslední rok neprodělala žádná vážná onemocnění ani úrazy, ale asi před měsícem trpěla pouze rýmou a kašlem.

- Výživa

V poslední době nemá chuť k jídlu, ale úbytek na váze nezaznamenala. Nemá lékařem určenou žádnou dietu. Tekutiny během dne přijímá v množství cca 2 litry, proto je i kožní turgor v normě. Kůže je růžová, bez defektů a bez lézí. Nemá žádnou zubní protézu.

- Vylučování a výměna

Mikce je pravidelná, bez příměsí a jiných obtíží. Defekace je též pravidelná, normální barvy a konzistence. K vyprazdňování neužívá žádných preparátů. Potí se přiměřeně. S dechem nemá žádné obtíže.

- Aktivita - spánek

Stěžuje si na nedostatek životní energie. Občas cvičí. Záleží na tom, jakou má náladu a zdali má dostatek síly a energie. Neužívá žádné kompenzační pomůcky pro pohyb.

Nepotřebuje žádnou pomoc pro provádění péče o sebe sama. Je zcela soběstačná.

Průměrná doba spánku nemocné je cca 5-6 hodin. Udává problémy se spánkem, časně se probouzí. Přes den pociťuje únavu a po ránu mívá nejhorší náladu.

Užívá léky na spaní, hlavně nyní během hospitalizace (1 tableta Hypnogenu na noc).

- Vnímání - pozorování

Z kompenzačních pomůcek užívá brýle na blízko, pro zhoršený zrak pravého i levého oka. Sluch i řeč jsou bez obtíží.

Je plně orientována v místě, čase i osobě. Pozornost je stálá, občas se zdá být roztržitá. Paměť je neporušená.

- Vnímání – sebe sama

Považuje se spíše za pesimistku. Má pocity strachu a úzkosti vzhledem ke svému onemocnění, což se na ní projevuje nervozitou a plačtivostí. V dřívější době je pomáhal zmírnit či úplně odstranit alkohol a cigarety.

Během pobytu v nemocnici si stěžuje na smutek ze samoty.

- Vztahy

Bydlí se synem (16 let). Nyní si nestěžuje na žádné rodinné problémy.

Za nemocnou dochází na návštěvy rodina (děti, ale i matka). V současné době se stále vyhýbá ostatním nemocným na oddělení, protože je raději sama. K lidem se chová spíše pasivněji, ale tvrdí o sobě, že jinak je přátelské povahy.

- Sexualita

Menstruaci měla od svých dvanácti let pravidelnou a nebolestivou. Prodělala tři porody bez komplikací. Před ½ rokem jí začalo klimakterium. Má problémy s jeho pravidelností, proto jí lékař předepsal léky, po nichž ještě menstruuje.

- Zvládání zátěže

Napětí prožívá zřídka, co ho vyvolává, neví. Snad rodina, snad onemocnění. Snižuje ho alkohol a cigareta. Napětí snáší někdy lehce a jindy velmi obtížně.

- Životní princip

Je ateistkou, ale nikoho, kdo věří, neodsuzuje. Je to každého svobodná volba, jestli věřit bude, nebo nebude. Nejdůležitější je pro ni rodina a zdraví.

- Bezpečnost – ochrana

U nemocné hrozí pouze v rámci onemocnění riziko sebepoškození. Ostatní rizika jsou neopodstatněná.

- Komfort

Nemocná bolest nemá, pociťovala jen bolest na hrudi. Pociť na zvracení nemá a ani nezvrací.

- Růst/vývoj

Nemocná celkově prospívá velmi dobře, nemá žádné chronické zdravotní problémy.

3.4 Seznam ošetřovatelských diagnóz

- 1.) 00095 - **Porušený spánek v důsledku zhoršení psychického stavu projevující se úzkostí a únavou.**

Cíl dlouhodobý: Pacientka/klientka (dále jen P/K) má dostatečně dlouhý a kvalitní spánek do týdne

Cíl krátkodobý: P/K je seznámen s režimem oddělení do 24 hodin

Výsledná kritéria:

- P/K zná příčinu poruchy spánku do 24 hodin
- P/K informuje zdravotnický personál o poruše spánku do 24 hodin

INTERVENCE:

Doporučené intervence	Časový interval
Sleduj průměrnou dobu spánku	Denně
Zjistí rizikové faktory způsobující poruchu spánku	Denně
Zbytečně neruš spánek pacientky/klientky	Denně
Umožni P/K před spaním činnosti, na které je zvyklá	Denně
Sleduj účinnosti a efektivnost léků na spaní	Denně
Doporuč činnosti podporující spánek (teplou koupel, lehkou četbu, zvýšení aktivity)	Denně
Zhodnoť užívání kofeinu a alkoholických nápojů	Denně
Vyslechni subjektivní stížnosti na spánek	Denně
Pozoruj fyzické známky únavy	Denně
Doporuč omezení příjmu kofeinu, čokolády a alkoholických nápojů, zejména v době před spaním	Denně

2.) 00148 - Strach v důsledku základního onemocnění projevující se verbalizací.

Cíl dlouhodobý: P/K je zbavena strachu do 1 měsíce

Cíl krátkodobý: P/K je schopna verbalizovat příčiny svého strachu do 1 týdne

Výsledná kritéria:

- P/K zná příčinu strachu do 24 hodin
- P/K nás informuje o strachu do 24 hodin

INTERVENCE:

Doporučené intervence	Časový interval
Sleduj stupeň ochromení strachem	Denně
Buď P/K stále na blízku	Denně
Naslouchej P/K a jejím obavám	Denně
Zjisti možné příčiny strachu	Denně
Umožni P/K popsat projevy, které v minulosti vyvolaly strach	Denně
Nauč P/K ve spolupráci s psychologem techniky, jak zvládat strach	2x týdně (Út, Pá)
Mluv s P/K klidně, nespěchej, používej krátké věty, naslouchej jí se zájmem	Dle možnosti
Poskytni P/K dostatek informací	Denně
Dávej P/K příležitost pro kladení otázek a upřímně na ně odpovídej	Příležitostně
Povzbuzuj P/K ke kontaktu s ostatními	Denně

3.) 00146 - Úzkost mírná v důsledku základního onemocnění projevující se nervozitou a plačtivostí.

Cíl dlouhodobý: P/K je schopna zvládat stavy úzkosti do 1 měsíce

Cíl krátkodobý: P/K je schopna verbalizovat příčiny úzkosti do 1 týdne

Výsledná kritéria:

- P/K zná příčinu úzkosti do 24 hodin
- P/K nás informuje o úzkosti do 24 hodin

INTERVENCE:

Doporučené intervence	Časový interval
Zjisti možné příčiny úzkosti	Denně
Sleduj fyzickou odpověď P/K při úzkostných stavech	2x týdně (Út, Pá)
Všiměj si chování P/K z hlediska hladiny úzkosti	Příležitostně

Vytvoř terapeutický vztah plný vstřícnosti a respektu	Denně
Umožni P/K popsat projevy, které v minulosti vyvolaly úzkost	Denně
Nauč P/K ve spolupráci s psychologem techniky, jak zvládat úzkost	2x týdně (Út, Pá)
Akceptuj P/K takovou jaká je	Denně
Podávej P/K přesné informace	Denně
Buď k dispozici, naslouchej P/K a hovoř s ní	Příležitostně – 2x týdně
Mluv s P/K klidně, nespěchej, používej krátké věty, naslouchej se zájmem	Dle možnosti

4.) 00124 - Beznaděj v důsledku dlouhodobého stresu projevující se pasivitou a chybějící iniciativou.

Cíl dlouhodobý: P/K nachází způsoby, jak čelit pocitům beznaděje do 1 měsíce

Cíl krátkodobý: P/K rozpoznává a vyjadřuje pocity beznaděje do 2 týdnů

Výsledná kritéria:

- P/K zná příčinu beznaděje do 24 hodin
- P/K verbalizuje pocity beznaděje do 24 hodin

INTERVENCE:

Doporučené intervence	Časový interval
Povšimni si projevů beznaděje	Dle možnosti
Pokus se o vytvoření terapeutického vztahu a projev vůči němu respekt	Dle možnosti
Důkladně P/K vysvětlí všechna vyšetření a poruchy	Denně
Povzbuzuj P/K k vyjádření pocitů a dojmů	Dle možnosti
Dodej P/K naději	Dle možnosti
Snaž se předejít situacím, které mohou vést k pocitům izolace	Denně
Pobízej P/K, aby nesla riziko v situacích, kde může uspět	Denně
Nauč P/K relaxačním cvikům	Dle možnosti

5.) 00093 - Únava v důsledku obtíží se spánkem projevující se verbalizací.

Cíl dlouhodobý: P/K je bez známek únavy do 1 měsíce.

Cíl krátkodobý: P/K rozpoznává, co je základem únavy a jak se jí bránit do 2 týdnů.

Výsledná kritéria:

- P/K zná příčinu únavy do 24 hodin
- P/K verbalizuje projevy únavy do 24 hodin

INTERVENCE:

Doporučené intervence	Časový interval
Posuď přítomnost spánkové poruchy	Během hospitalizace
Urči schopnost účastnit se různých aktivit	Denně
Vyslechni P/K, co podle ní způsobuje únavu	Denně
Povšimni si rozložení energie během dne	Denně
Akceptuj stížnosti P/K na únavu	Denně
Povzbuzuj P/K k tomu, aby sama prováděla vše, co je v jejích silách	Dle možnosti
Prodiskutuj zvyklosti P/K	Denně
Postarej se o rozptýlení P/K	Dle možnosti

6.) 00139 – Riziko sebeпоškození z důvodu duševní tísně.

Cíl dlouhodobý: P/K našla radost ze života se všemi radostmi a starostmi během hospitalizace

Cíl krátkodobý: P/K neverbalizuje myšlenky na sebevraždu do 1 týdne

INTERVENCE:

Doporučené intervence	Časový interval
Průběžně sleduj verbální a neverbální projevy P/K	Denně
Navazuj s P/K verbální kontakt	Denně

Aktivizuj P/K běžnými činnostmi	Denně
Podporuj P/K k pozitivnímu myšlení	Denně
Spolupracuj s rodinou	Dle možností
Pátrej po užívání návykových látek	Denně
Sleduj laboratorní výsledky	Denně
Zapojuj P/K do přípravy plánu ošetrovatelské péče	Denně
Dbej, aby byla P/K pod neustálým dohledem personálu, a prováděj speciální kontroly zaměřené na bezpečnost	Příležitostně – 2x týdně

7.) 00054 - Riziko osamělosti v důsledku sociální izolace projevující se ztrátou schopnosti navazovat sociální komunikaci a smutkem.

Cíl dlouhodobý: U P/K během hospitalizace nedojde ke vzniku osamělosti.

Cíl krátkodobý: P/K je schopna komunikace s okolím do 1 týdne

INTERVENCE:

Doporučené intervence	Časový interval
Rozlišuj pocity osamělosti od stavů dlouhodobého znechucení a rozmrzelosti	Dle možností
Zhodnoť P/K pozitivní zdravotní návyky	Denně
Zapoj P/K do různých zájmových kroužků a pochval ji za drobné úspěchy a pokroky	Dle možností

Ošetrovatelská dokumentace dle M. Gordonové a plán ošetrovatelské péče (viz. příloha číslo 4)

4 Edukace nemocného

Edukační program o **nutnosti compliance** je vhodný jako diferencovaná organizační forma pro nemocné, kteří jsou motivováni ke správnému způsobu užívání antidepresiv. Dále jsou jim vysvětleny příznaky onemocnění, aby závčas rozeznali časné varovné příznaky, a dále je zde nutno vysvětlit a motivovat nemocného k pravidelnému objednávání se na kontroly k ambulantnímu psychiatrovi.

Edukační program **zvládnání stresových situací** je vhodný pro malé skupiny nemocných, kteří jsou z různých důvodů alespoň částečně motivováni ke snížení stresových situací.

Poslední edukační program je zaměřen na **význam denního a nočního režimu**, který je důležitý pro úspěšnou léčbu a resocializaci. Týká se nemocných v malých skupinách či jde opět o diferencovanou organizační formu. Během této edukace je nemocným objasněn význam dodržování režimu v průběhu hospitalizace, ale i v domácím prostředí.

Edukační programy poskytují informace o zvládnání stresových situací, o možnostech snižování stresu, o stresu a jeho vlivu na život a zdraví člověka, o významu aktivit. Velký význam programů spočívá také v navození podpůrné atmosféry při setkání skupiny motivovaných nemocných, kde mohou otevřeně hovořit a diskutovat o svých problémech, mohou získat informace o časných varovných příznacích onemocnění. V neposlední řadě programy přispívají ke zvýšení sebedůvěry a zlepšení sociálního fungování těchto nemocných.

U nemocné jsem provedla edukaci právě v těchto oblastech (viz. příloha číslo 5).

Ke každému z těchto témat edukce bylo voleno jiné prostředí, zejména díky pomůckám, které byly mnohdy potřebné.

Edukace na téma nutnost compliance byla prováděna na vyšetřovně oddělení vzhledem k tomu, že je zde klidné prostředí. Celá edukace trvala necelou hodinu, ale bylo potřebné provést reedukaci ještě v jiném termínu.

Edukace týkající se denního a nočního režimu byla praktikována ve společenské místnosti, kde je umístěna nástěnka s aktivitami příslušného oddělení, která nám posloužila jako pomůcka. Tato edukace proběhla ve dvou termínech a každá z nich trvala přibližně třicet minut.

Edukace na téma zvládání stresových situací prováděl psychoterapeut v psychoterapeutickém kabinetě, který je vybaven podložkami na zem. Tato edukace byla realizována dvakrát a trvala třicet minut.

Díky reedukacím nemocná pochopila nutnost compliance, význam denního a nočního režimu a zvládání stresových situací. Nemocná se snažila dodržovat určité kroky a podmínky pro jejich splnění.

5 Komunikace s depresivně nemocným

V této části se zaměřuji na podstatu komunikace a jednání s depresivně nemocným. Tato část je určena především pro sestry, ale mohou z ní čerpat cenné a užitečné rady i rodinní příslušníci a veřejnost, která přijde do kontaktu s depresivně nemocným a neví, jak s ním má správně jednat či komunikovat.

Podstatnou součástí komunikace je správná reakce na chování nemocného, jeho jednání, postoje, nálady a to všechno musíme sledovat.

Máme-li ve své blízkosti nemocného s depresí, nebude jednoduché mu pomáhat. Je důležité dodržovat:

- Vstřícnost, která musí platit během celé doby trvání vztahu a komunikace s nemocným. Je nutné učinit první krok
- Otevřenost k vytvoření přátelského vztahu
- Aktivnost pro nápomocnost druhému
- Ochotu, na jejímž základě nesmíme hledět na vlastní pohodlí, ale podstatné je pomoci druhému
- Opravdovost pomoci
- Uctivost a respekt k nemocnému
- Udržování si odstupu
- Mít určité znalosti o problematice této nemoci

Zkrátka, přístup k depresivním pacientům musí být vyrovnaný. Chováme se k nim mírně a laskavě, přesto musíme být důslední a přísní.

Musíme si uvědomit, že člověka v depresi poznáme podle jednání, protože se chová jinak (je pomalý, nerozhodný, má sníženou aktivitu). Podle řeči (dává najevo, že je smutný, opuštěný, unavený) a mimoslovních projevů (nesměje se, má skleslá ramena, pláče).

K rozpoznání závažnosti projevů deprese pacienta pozorujeme v průběhu dne a v rámci možností každého z nás. Nasloucháme tomu, co říká a správně volíme otázky, kterými se vyptáváme na to, co potřebujeme slyšet.

Empatií neboli vcítěním si uvědomujeme, jak je nemocnému. Jednodušší je to pro ty, kteří podobnou situaci zažili.

Sdílením zkušeností nalézáme porozumění u toho, kdo mlčí o svém problému, který jej tíží.

Meditací usuzujeme, zdali je nemocný schopen soucítit s jinou osobou stejně postiženou (nemocnou). Představujeme mu stejnou scénu, která se však vyskytuje v jeho blízkém okolí a popisujeme dění v ní.

Slovníkem emocí zjišťujeme emocionální stav a vyjádření nálady. Jde o to, že na papíře jsou vypsány různé emoce a pacient zaškrťává ty, které prožívá v danou chvíli.

Hraním rolí zjišťujeme emoce a nálady tím, že přehráváme určitou scénku. V komunikaci je důležité vyhnout se popírání negativních emocí a zlehčování emocionálního stavu.

Pozornost však věnujeme i představám, postojům a myšlení = kognitivě neboli poznávací oblasti. Každá osoba dokáže vnímat určité podněty, tomu říkáme příjem informací, a je schopna tzv. atribuce, což je prisuzování příčin. To nazýváme kognitivní teorií deprese.

Kognitivní psychoterapie se zabývá změnou představ, přesvědčení a očekávání při nebezpečných způsobech myšlení, které vedou ke vzniku deprese.

Užíváme tyto typy kognitivní psychoterapie:

- Vše, nebo nic
- Neoprávněné zobecňování
- Černé brýle
- Nevidění kladů
- Čtení myšlenek
- Katastrofické myšlení
- Emocionální myšlení
- Musismy a nesmismy
- Nálepky
- Přehnaná osobní odpovědnost

Tam, kde chceme někomu pomoci, se věnujeme emocím a myšlení. Nesmíme zapomínat na usměrnění aktivity. Důležité je nejprve zjistit, jak se nemocný ve skutečnosti chová, co dělá a co nedělá, a poté se pokoušíme o usměrnění jeho chování. Sestavíme seznam denních činností, které nemocnému dělají radost či naopak. Rozvíjíme jeho oblíbenou činnost a snažíme se o to, aby nemocný lépe zvládal ty činnosti, se kterými má problémy. Nesmíme opomenout nemocného odměnit za úspěšný výkon.

Metody nácviku chování a jednání jsou:

- Experimentování (neuděláme-li něco pořádně, svět se nezboří)
- Výcvik asertivity (reakce na „útoky“)
- Výcvik v relaxaci (zvládání obav či úzkostí při rozhodování se vzhledem k rizikům)
- Zpěv a hudba (aktivní hudba)
- Čtení humorných knih
- Tělesné cvičení (skupinové, především plavání a turistika)
- Dobrý životní styl

Po propuštění do domácí péče dohlížíme na pravidelné užívání léků, pravidelnost kontrol v psychiatrické ambulanci a dodržování psychiatrických vyšetření. Kontrolujeme nemocného v základních lidských oblastech jako je hygiena, spánek, stravování, socializace.

Snažíme se o včasné podchycení příznaků zhoršené deprese se sklonem k sebevraždě. V případech, že by došlo k ohrožení sebe nebo okolí, včas zajistíme ústavní léčbu.

Tyto rady jsou vhodné pro včasné rozpoznání depresivních příznaků. Můžeme je uplatnit i při péči o depresivně nemocné.

6 Standard ošetrovateľskej péče

„Ošetrovateľské standardy jsou platné definice dohodnuté a přijatelné úrovně ošetrovateľské péče v konkrétním zařízení a kontextu.“ (Kolektiv autorů, 1996, s. 102)

Smyslem standardů je to, že podle nich můžeme zhodnotit, jestli ošetrovateľské činnosti odpovídají určité úrovni. Řada ošetrovateľských standardů je spojena s klinickými procedurami a praxí. Velmi často jsou psány buď formou zásad nebo formou pracovních postupů při ošetrovateľských výkonech. Cílem standardů je, aby byly jasně a srozumitelně formulovány. Hlavně musejí být srozumitelné pro pacienty.

Ve své práci jsem provedla analýzu anamnestických dat ošetrovateľské dokumentace u dvaceti nemocných s depresivním onemocněním. Zjištěné hodnoty mně pomohly určit, ve kterých oblastech péče o nemocného je možné prostřednictvím fází ošetrovateľského procesu provádět kvalitní ošetrovateľskou péči a na které oblasti je třeba zaměřit ošetrovateľské intervence. Analýza anamnestických dat - jejich zhodnocení, roztřídění a následná syntéza - byly pracovními postupy, které se staly základem pro vytvoření **standardu ošetrovateľské péče**.

Anamnestická data vyplývají z rozhovorů s nemocnými a jejich blízkými, z pozorování nemocných, pohledem do zdravotnické dokumentace a z informací od celého zdravotnického týmu oddělení (psycholog, sociální pracovníce, terapeuti, lékaři a ostatní ošetrovateľský personál). K objektivizaci jsem použila různé měřicí techniky - dotazníky, škály a stupnice.

Bez ohledu na věk jsou příznaky onemocnění ve valné většině stejné, proto lze vytvořit standard bez ohledu na to, zdali se jedná o ženu či muže a bez ohledu na věk.

Jen pro zajímavost uvádím procentuální vyjádření věku depresivně nemocných z posbíraných anamnestických dat:

- Méně než 20 let: 5%
- 20 – 29 let: 15%
- 30 – 39 let: 15%
- 40 – 49 let: 45%
- Nad 50 let: 20%

- **Podpora zdraví:**

v této oblasti mělo obtíže 14 nemocných, tj. 70% (z toho 45% ve věkové kategorii 40 – 49 let, 15% ve věkové kategorii 30 – 39 let a 10% ve věkové kategorii nad 50 let)

Problémy:

- nezvládání běžných domácích prací
- pocity skleslé nálady
- starost o svůj zdravotní stav

- **Výživa:**

v této oblasti mělo obtíže 13 nemocných, tj. 65% (z toho 45% ve věkové kategorii 40 – 49 let, 10% ve věkové kategorii nad 50 let, 5% ve věkové kategorii 30 – 39 let a 5% též ve věkové kategorii 20 – 29 let)

Problémy:

- váhový úbytek
- nechutenství
- konzumace alkoholu – 60% požívá alkohol příležitostně, pouze při větších obtížích jej pije asi 20% nadměrně. V těchto případech je potom nutná edukace nemocných.

- **Vylučování a výměna:**

na tuto oblast nebyly žádné stížnosti.

- **Aktivita:**

v této oblasti mělo obtíže 10 nemocných, tj. 50% (z toho 20% ve věkové kategorii 40 – 49 let, 10% ve věkové kategorii nad 50 let, 10% ve věkové kategorii 30 – 39 let a 10% též ve věkové kategorii 20 – 29 let)

Problémy:

- pohodlnost
- bez elánu

- **Spánek:**

v této oblasti mělo obtíže 15 nemocných, tj. 75% (z toho 30% ve věkové kategorii 40 – 49 let, 20% ve věkové kategorii nad 50 let, 15% ve věkové kategorii 30 – 39 let a 10% ve věkové kategorii 20 – 29 let)

Problémy:

- únava
- problémy s usínáním

- **Vnímání - pozorování:**

v této oblasti měly obtíže 2 osoby, tj. 10% (z toho se jednalo o osoby ve věkové kategorii nad 50 let)

Problémy:

- vše je složité
- neschopnost soustředit se

- **Vnímání – sebe sama:**

v této oblasti mělo obtíže 18 nemocných, tj. 90% (z toho 40% ve věkové kategorii 40 – 49 let, 20% ve věkové kategorii nad 50 let, 15% ve věkové kategorii 30 – 39 let a 15% též ve věkové kategorii 20 – 29 let)

Problémy:

- objektivní psychotické příznaky
- negativní myšlenky
- ztráta sebedůvěry
- nic nedokázali

- **Vztahy:**

v této oblasti mělo obtíže 20 nemocných, tj. 100% (z toho 45% ve věkové kategorii 40 – 49 let, 20% ve věkové kategorii nad 50 let, 15% ve věkové kategorii 30 – 39 let, 15% též ve věkové kategorii 20 – 29 let a 5% ve věkové kategorii osob mladších 20 let)

Problémy:

- nezáměr o rodinu
- nadbytečnost
- izolace
- hádky

- **Sexualita:**

O této oblasti nechtěli hovořit, je jim to nepříjemné.

- **Zvládání zátěže:**

v této oblasti mělo obtíže 10 osob, tj. 50% (z toho 20% ve věkové kategorii 40 – 49 let, 10% ve věkové kategorii nad 50 let, 10% ve věkové kategorii 30 – 39 let a 10% též ve věkové kategorii 20 – 29 let)

Problémy:

- nesoustředěnost
- bez elánu

- **Životní princip:**

Zde je pro 30% nemocných důležité zdraví, pro 20% je důležitá rodina a pro 30% jsou důležité peníze.

- **Jiné:**

u 65%, tj. u 13 nemocných, se objevily další problémy:

- nedobrovolná hospitalizace
- myšlenky na sebevraždu
- nutkání ublížit blízkým osobám nebo zdravotníkům
- jsou bez náhledu na onemocnění
- nedostatek informací

Jako výstup z této analýzy jsem se rozhodla vytvořit:

- Standardy ošetrovatelské péče zaměřené pro:
 1. příjem nemocného na uzavřené psychiatrické oddělení a propuštění z něho
 2. rizika násilí
 3. omezení, hospitalizace bez souhlasu
- Edukační plány
 1. dodržování denního a nočního režimu
 2. nácvik relaxační techniky
 3. zdravý životní styl
 4. nutnost užívání medikace a nevhodných komponent (alkohol)

Ostatní problémy vyžadují individuální intervence, ale často jsou závislé na akceptaci režimové léčby, ke které přikládám časový plán.

6.1 Standard o omezení nemocného

Definice:

Pracovníci na psychiatrickém oddělení se jsou při své práci vystaveni nevhodnému až agresivnímu chování nemocných. Toto chování může být způsobeno onemocněním, reakcí na léky, návykovými či jinými chemickými látkami, abstinčním syndromem, frustrací nemocného, objektivním nebo subjektivním pocitem ohrožení zdravotním personálem a jiným.

Omezení v lůžku je krátkodobým omezením nemocného za využití popruhů na horní a dolní končetiny, eventuálně na trup, či slouží pouze k omezení obou horních nebo dolních končetin.

Cílem omezení v lůžku je:

- Zabránit sebepoškození nemocného
- Zajistit bezpečnost pro ostatní nemocné a zdravotnický personál
- Vytvořit podmínky pro zahájení terapeutického procesu

- Zabránit poškození majetku

Indikacemi k omezení v lůžku jsou:

- Závažné projevy psychomotorického neklidu ohrožující okolí
- Autoagresivní projevy s bezprostředním rizikem sebepoškození či suicidality
- Stav, který s vysokou pravděpodobností vyústí do výše uvedených projevů
- Vlastní žádost nemocného (žádá sám – pomůžeme tím nemocnému zvládat jednání, které souvisí například s nepříjemnými halucinacemi)

Zásady postupu:

Nespolupracující či neklidné nemocné se snažíme v první řadě zvládat terapeutickým přístupem a podáním léku. Nepřinesou-li prováděné intervence očekávaný výsledek, je nutné zajistit odpovídající počet zdravotnických pracovníků, aby nemocného omezili, a to i za použití fyzického nátlaku. Omezení nemocného v lůžku je posledním řešením!

Vlastní proces omezení nemocného:

- Vlastní omezení je prováděno za přítomnosti odpovídajícího množství zdravotnických pracovníků. Je-li to možné, tak bez přítomnosti ostatních nemocných či návštěv.
- Nemocnému nejprve nabízíme možnost nechat se omezit dobrovolně bez použití fyzického nátlaku.
- Je-li nutný fyzický nátlak, zákrok musí být přiměřený, rozhodný a zorganizovaný.
- Během omezování nemocného se nesmí užívat bolestivých hmatů ani jiných nelidských postupů. Musí být respektována důstojnost každého nemocného.
- Lékař či sestra nemocnému vysvětlí důvody, které vedou k omezení tak, aby je nemocný pochopil, a informují jej o dalším postupu, což znamená o délce omezení a o dostupnosti zdravotnického personálu.
- Omezení je provedeno takovým způsobem, aby bylo pro nemocného co nejméně stresující a zatěžující.

- Na počátku omezení v lůžku je nemocnému změřen krevní tlak a puls. Neumožňuje-li to stav nemocného, jsou tyto funkce změřeny v co nejkratší době.

Během celé doby, kdy je nemocný omezen v lůžku, mu věnujeme zvýšenou pozornost a péči. Nemocný je průběžně sledován zdravotní sestrou, která se zaměřuje na projevy nemocného, stav vědomí a stav prokrvení fixovaných končetin. Pozornost je též věnována dýchacím cestám. Neurčí-li lékař jinak, krevní tlak a puls jsou nemocnému kontrolovány po hodině.

Dokumentace a informace:

Dokumentace musí být stručná, věcná a srozumitelná. Musí se vztahovat k omezení nemocného a je nezbytná k celistvé péči o nemocného a je také podkladem pro řešení možných stížností.

Zápisy musejí být objektivní, popisné a musejí obsahovat datum, čas a podpis osoby, která zápis provedla.

Pracovníci ošetrovatelské péče dokumentují:

- Stav nemocného předcházející omezení v lůžku a důvody, jež vedly k omezení
- Čas zahájení omezení nemocného
- Výsledky průběžného sledování se zhodnocení stavu nemocného, společně s důvody k pokračování či ukončení omezení
- Prováděné ošetrovatelské intervence u omezeného nemocného (hygiena, příjem potravy a tekutin, vyprazdňování)
- Návštěvy u nemocného
- Čas ukončení omezení, společně s popisem stavu nemocného a výsledky sledování po ukončení omezení

Komplikace:

Dojde-li i přes veškerou ošetrovatelskou péči k výskytu komplikací, nutností je jejich řádné zdokumentování. Povinností ošetrovatelského personálu je informovat o komplikacích lékaře a přijmout opatření k jejich řešení.

V případě fyzického napadení zdravotnického personálu nemocným, při němž dojde k vážnému poškození zdraví napadeného, je nutno událost nahlásit primáři kliniky, který ze soudních důvodů sepíše hlášení o mimořádné události pro právní oddělení. Každou událost týkající se verbálního či fyzického napadení je nutné popsat v dokumentaci nemocného.

Kontrolní kritéria

Metoda	Kontrolní kritéria	Ano	Ne	Neúplné/nelze
Rozhovor se sestrou	Zná sestra indikaci k omezení nemocného?			
	Byly před vlastním omezením nemocného využity všechny terapeutické možnosti ke zvládnutí stavu?			
	Byl zásahu přítomen lékař?			
	Byl nemocný trvale sledován po zásahu?			
Pohled do dokumentace	Obsahuje dokumentace příčiny vedoucí k omezení nemocného?			
	Je u zápisu o omezení nutný podpis, datum a čas?			
	je v dokumentaci popisován stav nemocného po ukončení omezení?			
	Jsou do dokumentace zaznamenávány komplikace během omezení či po něm?			

Kritéria hodnocení:

Ano	3 body
Neúplné	1 bod
Ne	0 bodů

Závěr

Kromě teorie onemocnění, která se vyskytuje téměř v každé literatuře zabývající se především problematikou psychiatricky nemocných, jsem se pokusila především o vyzdvižení ošetrovatelské péče, která je velmi důležitou součástí úspěšného léčení nemocného, klienta. Analýza kasuistik nemocných s touto problematikou je pak významným podkladem pro zkvalitnění ošetrovatelské péče a vypracování standardů pro zdravotnické pracovníky, zvláště pak ošetřující personál a zejména pro sestry – bakalářky, které budou pracovat v psychiatrických zařízeních nebo tam již pracují. I proto jsem vytvořila standard jako konkrétní pomůcku pro provádění ošetrovatelského procesu u nemocných s diagnózou „afektivní porucha projevující se depresí“, který se stal hlavní součástí mé práce.

Jedná se o „standard o omezení nemocného“, ke kterému jsem dospěla díky analýze, utřídění a porovnávání sesterské dokumentace. Vypracovaný standard je základem, jenž bude muset být v budoucnu ověřen v praxi. Předpokládám, že na základě zkušeností s jeho používáním dojde ještě k jeho úpravám a dalším korekcím, aby mohl být plně využíván.

V průběhu práce s kasuistikami nemocných jsem zjistila, že pro danou problematiku by bylo dobré vytvořit standardy pro další fáze ošetrovatelského procesu. Věřím, že pro svoji myšlenku najdu pokračovatele a má práce bude začátkem pro další tvorbu a rozšíření standardů.

Abecední slovník odborných výrazů

Afektivní porucha	porucha nálady (deprese)
Agitovanost	pohybový (motorický) neklid
Anamnéza	předchorobí; údaje o zdravotním stavu nemocného, rodiny
Antidepressivum	lék, který se užívá k léčbě deprese
Anxiolytikum	lék, který se užívá k léčbě úzkosti
Apatie	snížená citová reakce na zevní podněty; lhostejnost
Autoakuzace	sebeobviňování
Bipolární	dvoupólová
Blud	porucha myšlení, jejímž základem je chorobný a falešný výchozí předpoklad, o němž je nemocný nezvratně přesvědčen
Compliance	ochota nemocného spolupracovat při léčbě
Diagnóza	rozeznání nemoci a její pojmenování
Dysfunkce	porucha funkce
Edukace	výchova nemocného
Emoce	duševní pohnutí, citový vzruch
Etiologie	příčina nemoci
Euforie	pocit dobré pohody
Forie	nálada
Frustrace	zklamání, nemožnost dosáhnout uspokojení potřeby či přání
Halucinace	falešný vjem něčeho neexistujícího (zrakové, čichové, chuťové, sluchové)
Hypersomnie	nadměrná spavost
Hypertenze	vysoká hladina krevního tlaku
Hypobulie	snížená vůle
Hypochondrie	nadměrný a nepřiměřený zájem a starost o vlastní zdraví
Hypomanie	nižší stupeň mánie
Hyposomnie	snížená schopnost spánku

I luze	falešný vjem, který neodpovídá skutečnosti, ale vychází z existujícího objektivního předmětu
I nhibice	zabránění, útlum, potlačení
I nsomnie	nespavost
I nsuficience	nedostatečnost, selhávání
I ntoxikace	otrava
K azuistika	popis konkrétního případu určitého onemocnění, které má zajímavý a poučný charakter
K ontraindikace	stav nemocného, který znemožňuje provedení určitého léčebného či diagnostického výkonu včetně podávání léků
L abilita	nestálost; neschopnost odolávat změnám
L ucidní	jasné vědomí
M amma	prs
M ikce	močení
M ycarditida	zánět srdečního svalu
M yorelaxace	uvolnění svalů
N eurotransmitery	chemická látka, která je uvolňována z nervových zakončení
P anaricium	hnisavý zánět prstů (může postihovat kůži, podkoží, šlachy, kost a mezičlankový kloub)
P atofyziologie	obor, který studuje funkci organismu a jednotlivých orgánů při nemoci
P ercepce	vnímání
P rognóza	předpověď průběhu a zakončení nemoci
R ekurentní	navracející se choroba
S omatické obtíže	tělesné obtíže
S yndrom	kombinace příznaků určitého onemocnění
T etrahydrocannabiol	psychotropní látka, která je obsažena v konopí
T hyroidea	štítná žláza
T urgor	napětí kůže

Vegetativní obtíže	obtíže týkající se růstu těla a života bez závislosti na vůli (trávení, dýchání, krevní oběh), které provázejí některé duševní stavy
Vertebrogenní obtíže	obtíže mající původ v páteři

Seznam použité literatury

Knihy:

1. Baštecký, J., Šavlík, J., Šimek, J. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Avicenum, 1993. 368 s. ISBN 80-7169-031-7
2. Brown, T. M., Pullen, I. M., Scott, A. I. *Emergentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1992. 160 s. IČO 12267902
3. Doenges, M. E., Moorhouse, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha: Grada publishing, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8
4. Dörner, K., Plog, U. *Bláznit je lidské*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 356 s. ISBN 80-7169-628-5
5. Honzák, R. et al. *Úzkostný pacient*. Praha: Galén, 2005. 180 s. ISBN 80-7262-367-2
6. Höschl, C. *Psychiatrie pro praktické lékaře*. 1. vyd. Praha: H & H, 1996. 424 s. ISBN 80-85-787-96-2
7. Juřenínková, P., Hůsková, J. *Ošetrovatelství*. 1. vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám, 2001. 174 s.
8. Kennerleyová, H. *Jak zvládat úzkostné stavy*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 192 s. ISBN 80-7178-266-1
9. Kolektiv autorů, *Lemon 1*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. 179 s. ISBN 80-7013-234-5
10. Kolektiv autorů, *Lemon 2*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 134 s. ISBN 80-7013-238-8
11. Kolektiv autorů, *Lemon 3*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 158 s. ISBN 80-7013-244-2
12. Kolektiv autorů, *Lemon 4*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 160 s. ISBN 80-7013-248-5
13. Křivohlavý, J. *Jak zvládat depresi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 176 s. ISBN 80-247-0575-3

14. Praško, J., Prašková, H., Prašková, J. *Deprese a jak ji zvládat*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 184 s. ISBN 80-7178-809-0
15. Raboch, J., Zvolský, P. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén a Karolinum, 2001. 622 s. ISBN 80-7262-140-8 a 80-246-0390-X
16. Vokurka, M., Hugo, J. *Praktický slovník medicíny*. 7. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 490 s. ISBN 80-7345-009-7
17. Zvolský, P. et al. *Obecná psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1994. 160 s. ISBN 80-7066-955-1

Časopisy:

1. Baudiš, P. Psychiatrický nemocný mezi námi. In: *Lékařské listy*. 2005, roč. 54, č. 7, s. 10-11
2. Habrová, V. Ošetrovatelský proces u diagnózy středně těžká deprese. In: *Sestra*. 2004, roč. 14, č. 10, s. 30-31, ISSN 1210-0404
3. Malát, Z. Diagnóza – úzkost. In: *Sestra*. 2004, roč. 14, č.10, s. 31-32, ISSN 1210-0404
4. Majerová, M. Depresivní onemocnění. In: *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 10, s. 46, ISSN 1210-0404
5. Němec, R. Generalizovaná úzkostná porucha. In: *Sestra*. 2005, roč. 15, č. 12, s. 46, ISSN 1210-0404
6. Praško, J. Depresivní příznaky patří mezi nejčastější psychiatrické potíže. In: *Lékařské listy*. 2005, roč. 54, č. 7, s. 12-15
7. Praško, J. Sezonní afektivní porucha. In: *Lékařské listy*. 2005, roč. 54, č. 38, s. 12-14
8. Sladká, J. Deprese – zrádná biochemie. In: *Lékařské listy*. 2004, roč. 54, č. 18, s. 20
9. Sladká, J. Pokroky v péči o nejzávažnější duševní onemocnění. In: *Lékařské listy*. 2004, roč. 53, č. 21, s. 23-25
10. Solníčková, P. Endogenní psychotické poruchy. In: *Sestra*. 2005, roč. 15, č. 12, s. 40-41, ISSN 1210-0404

11. Španiel, F. Genomické účinky antidepresiv. In: *Lékařské listy*. 2005, roč. 54, č. 38, s.15-16
12. Zdražilová, V. ošetrovatelský proces u pacienta s anxiózní poruchou. In: *Sestra*. 2005, roč. 15, č. 12, s. 41-42, ISSN 1210-0404

Seznam příloh

Příloha číslo 1	Škála hodnotící přítomnost a stupeň deprese u geriatrických nemocných
Příloha číslo 2	Beckova sebeposuzovací stupnice deprese
Příloha číslo 3	Hamiltonova stupnice pro deprese
Příloha číslo 4	Ošetrovatelská dokumentace dle M. Gordonové
Příloha číslo 5	Záznam o edukaci

Škála hodnotící přítomnost a stupeň deprese u geriatrických nemocných

- vyberte na každou z uvedených otázek odpověď „ano“ nebo „ne“ a odpověď zaškrtněte

1. Jste v zásadě spokojen se svým životem?	Ano	Ne
2. Vzdal jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?	Ano	Ne
3. Máte pocit, že je váš život prázdný?	Ano	Ne
4. Cítíte se často sklíčený a smutný?	Ano	Ne
5. Máte vesměs dobrou náladu?	Ano	Ne
6. Obáváte se, že se vám přihodí něco zlého?	Ano	Ne
7. Cítíte se převážně šťastný?	Ano	Ne
8. Vysedáváte raději doma, než byste šel mezi lidi a seznamoval se s novými věcmi?	Ano	Ne
9. Cítíte se často bezmocný?	Ano	Ne
10. Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí?	Ano	Ne
11. Myslíte, že je krásné být naživu?	Ano	Ne
12. Napadá vás někdy, že váš život nestojí za nic?	Ano	Ne
13. Cítíte se plný elánu?	Ano	Ne
14. Myslíte si, že vaše situace je beznadějná?	Ano	Ne
15. Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než VY?	Ano	Ne

HODNOCENÍ:

- za odpovědi „ano“ u otázek 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 udělit 1 bod
- za odpovědi „ne“ u otázek 1, 5, 11, 13 udělit 1 bod

Podle výsledků celkového skóre hodnotíme:

0 – 5: normální deprese

6 – 10: mírná deprese

nad 10 bodů: manifestní deprese vyžadující podrobné vyšetření

Beckova sebesuzovací stupnice deprese

Nálada

- 0 – nemá smutnou náladu
- 1 – cítím se poněkud posmutnělý, sklíčený
- 2 – jsem stále smutný nebo sklíčený a nemohu se z toho dostat
- 3 – jsem tak smutný nebo nešťastný, že to nemohu snést

Pesimismus

- 0 – do budoucnosti nepohlížím nijak pesimisticky nebo beznadějně
- 1- poněkud se obávám budoucnosti
- 2 -vidím, že už se nemám na co těšit
- 3 – vidím, že budoucnost je zcela beznadějná a nemůže se zlepšit

Pocit neúspěchu

- 0 - nemám pocit neúspěchu
- 1 - mám pocit, že jsem měl v životě víc smůly a neúspěchu než obvykle lidé mívají
- 2 - podívám-li se zpět na svůj život, vidím, že je to jen řada neúspěchů
- 3 - vidím, že jsem jako člověk (otec, manžel..) v životě zklamal

Neuspokojení z činnosti

- 0 - nejsem nijak zvlášť spokojený
- 1 - nemám z věcí takové potěšení, jak jsem míval
- 2 - už mě netěší skoro nic
- 3 - ať dělám cokoliv, nevzbudí to ve mně sebemenší potěšení

Vina

- 0 - necítím se nijak provinile
- 1 - občas cítím, že jsem méněcenný, horší než ostatní
- 2 - mám trvalý pocit viny
- 3 - ovládá mě pocit, že jsem zcela bezcenný, zlý, provinilý člověk

Nenávist k sobě samému

- 0 - necítím se zklamán sám sebou
- 1 - zklamal jsem se sám v sobě
- 2 - jsem dost znechucen sám sebou
- 3 - nenávidím se

Myšlenky na sebevraždu

- 0 - vůbec mi nepřipadne na mysl, že bych si mohl něco udělat)
- 1 - mám někdy pocit, že by bylo lépe nežít
- 2 - často pomýšlím, jak spáchat sebevraždu
- 3 - kdybych měl příležitost, tak bych si vzal život

Sociální izolace

- 0 - neztratil jsem zájem o lidi v 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

Nerozhodnost

- 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

Vlastní vzhled

- 0 - vypadám stejně jako dřív
- 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 a odpudivě

Potíže při práci

- 0- práce mi jde od ruky jako dříve
- 1 - musím se nutit, když chci začít něco dělat
- 2 - dá mi velké přemáhání, abych cokoliv udělal
- 3 - nejsem schopen jakékoliv práce

Únavnost

- 0 - necítím se více unaven než obvykle
- 1 - unavím se snáze než dříve
- 2 - všechno mě unavuje
- 3 - únava mě zabraňuje cokoli dělat

Nechutenství

- 0 - mám svou obvyklou chuť
- 1 - nemám takovou chuť k jídlu, jakou jsem míval
- 2 - mnohem hůře mi teď chutná jíst
- 3 - zcela jsem ztratil chuť k jídlu

HODNOCENÍ:

- | | |
|------------------|--------------------------|
| do 8 bodů - | norma |
| 8-24 bodů - | lehká až střední deprese |
| 25 bodů a více - | těžká deprese |

Hamiltonova stupnice pro deprese

1. Depresivní nálada (smutek, pocit beznaděje, bezmocnosti, zbytečnosti)

- 0 nejsou přítomny
- 1 zjistitelné pouze cílenými otázkami
- 2 nemocný je uvádí spontánně
- 3 zjistitelné podle nonverbálních projevů pacienta (výraz obličeje, držení těla, hlasu a plačtivosti)
- 4 nemocný mluví výhradně jen o svých depresivních náladách a podle toho se chová

2. Pocit viny

- 0 nejsou přítomny
- 1 výčitky, že zklamal své známé a přátele
- 2 obviňování se, neschopnost odpoutat se od myšlenek na minulé „chyby“ a „hříchy“
- 3 nemocný chápe svůj stav jako trest; autoakuační bludy
- 4 slyší výčitky a urážky anebo má výhrůžné zrakové halucinace

3. Sklony k sebevraždě

- 0 nejsou přítomny
- 1 má pocit, že nestojí za to žít
- 2 touha zemřít nebo jakékoli myšlenky na možnost zemřít
- 3 sebevražedné úmysly nebo tomu odpovídající chování
- 4 realizovaný sebevražedný pokus

4. Poruchy usínání

- 0 žádné potíže s usínáním
- 1 stěžuje si na příležitostné potíže s usínáním (trvajícím déle než půl hodiny)
- 2 poruchy usínání každou noc

5. Poruchy spánku

- 0 nejsou přítomny
- 1 stěžuje si na neklidný a přerušovaný spánek

- 2 probouzí se v noci – jakékoli opuštění postele se skóruje „2“ (kromě případů, kdy důvodem je vyprázdnění)

6. Poruchy probouzení se

- 0 nejsou přítomny
1 budí se časně ráno, ale zase usne
2 jestliže se probudí, není schopen opět usnout

7. Práce a aktivní záliby

- 0 žádné omezení
1 myslí si a pociťuje, že je neschopný, unavitelný a slabý ve vztahu k nějaké činnosti (práci nebo zálibě)
2 ztráta zájmu o činnosti (práci nebo zálibu); buď přímo udávané pacientem, nebo nepřímo patrné jako nedostatek iniciativy, nerozhodnost, roztěkanost (cítí, že musí nutit sám sebe k práci nebo činnosti)
3 zkrácení času vynaloženého k práci, nebo pokles pracovní produktivity; pacient věnuje méně než 3 h denně práci a zábavě na oddělení
4 pacient není schopen jakékoli práce v důsledku současného onemocnění; nezapojí se do žádné aktivity, nezvládne bez pomoci ani běžnou rutinu spojenou s pobytem na oddělení

8. Inhibice (zpomalené myšlení a řeč, narušená schopnost soustředění, zpomalená motorika)

- 0 řeč a myšlení jsou normální
1 malé zpomalení při vyšetření
2 zcela zřetelné zpomalení při vyšetření
3 vyšetření je obtížné
4 naprostý stupor

9. Neklid

- 0 není přítomen
1 pohrávání si s prsty
2 hraní si s rukama, s vlasy atd.
3 přechází sem a tam, nedokáže klidně sedět
4 okusování nehtů, kousání rtů, vytrhávání vousů a vlasů, mnutí rukou

10. Úzkost (duševní složka)

- 1 subjektivní pocity napětí a dráždivosti
- 2 starosti z maličkostí
- 3 obavy jsou zřejmé z výrazu obličeje a z řeči
- 4 nemocný vyjadřuje své strachy, aniž by byl tázán

11. Úzkost (tělesná složka)

Sem patří:

- gastrointestinální potíže (sucho v ústech, nadýmání, poruchy trávení, průjem, křeče, říhání)
 - dechové (hyperventilace, vzdychání)
 - kardiovaskulární (palpitace, bolesti hlavy)
 - časté močení
 - pocení
- 0 nepřítomna
 - 1 mírná
 - 2 středně silná

12. Gastrointestinální potíže

- 0 nepřítomny
- 1 nechutenství, ale pacient jí, aniž by musel být pobízen do jídla sestrou; pocit tíže v břiše
- 2 nemocný musí být do jídla nucen; žádá nebo musí dostávat projímadlo nebo léky pro gastrointestinální potíže

13. Povšechné příznaky

- 0 nejsou přítomny
- 1 pocit tíže v končetinách zádech či hlavě; bolesti zad, hlavy, svalů; úbytek energie a únavnost
- 2 jakýkoli z výše uvedených příznaků, je-li mimořádně výrazný

14. Potíže z oblasti genitální (ztráta libida, menstruační potíže a poruchy)

- 0 nejsou přítomny
- 1 potíže jsou mírné
- 2 potíže jsou značné

15. Hypochondrické příznaky

- 0 nejsou přítomny

- 1 zvýšené sebezpozorování (tělesných příznaků)
- 2 zvýšené zabývání se vlastním zdravím
- 3 časté potíže, vyhledávání pomoci u lékařů atd.
- 4 hypochondrické bludy

16. Pokles tělesné váhy

(hodnoťte buď v odstavci A, nebo v odstavci B)

A. Podle anamnézy:

- 0 žádný pokles tělesné váhy
- 1 pravděpodobný úbytek na váze v souvislosti s nynějším onemocněním
- 2 podle sdělení nemocného určitý úbytek váhy
- N nehodnoceno

B. Při týdenním hodnocení psychiatrem, je-li pacient vážen:

- 3 ztráta na váze menší než 1/2 kg týdně
- 4 ztráta větší než 1/2 kg
- 5 ztráta větší než 1 kg týdně
- N nehodnoceno

17. Náhled

- 0 nemocný sám uznává, že je depresivní a nemocný
- 1 uznává, že je nemocen, ale příčinu přikládá špatné stravě, počasí, přepracování, infekci, nedostatku odpočinku atd.
- 2 nemocný popírá, že by vůbec byl nemocen

18. Denní kolísání potíží (v případě, že stav je horší ráno, nebo večer)

A. Zaznamenejte, zda jsou potíže horší ráno, nebo večer:

- 0 není denního kolísání
- 1 horší ráno
- 2 horší večer

B. Je-li denní kolísání přítomno, hodnotí se jeho závažnost:

- 0 není denního kolísání
- 1 denní kolísání mírné
- 2 denní kolísání výrazné

19. Depersonalizace a derealizace

- 0 nejsou přítomny

- 1 pouze mírně vyjádřeny
- 2 středně silně vyjádřeny
- 3 jsou silně vyjádřeny
- 4 pro nemocné jsou přímo neúnosné

20. Paranoidní příznaky

- 0 nejsou přítomny
- 1 podezíravost
- 2 vztahovačnost
- 3 bludy vztahovačnosti a pronásledování

21. Nutkavé myšlení a jednání

- 0 není přítomno
- 1 je mírně přítomno
- 2 je silně přítomno

Vyhodnocením této škály zjišťujeme, zda je deprese přítomna. Pokud je, tak zdali se jedná o mírnou nebo těžkou fázi.

Při vyhodnocování nepoužíváme celkové skóre, neboť není vhodné jej používat.

Vyhodnocujeme:

- Úzkost, somatizaci – této oblasti odpovídají otázky číslo: 10, 11, 12, 13, 15 a 17.
- Hmotnost – hodnotíme otázky číslo: 16a, 16b.
- Poruchy myšlení – zaměřujeme se na otázky: 2, 3, 9, 19, 20 a 21.
- Cirkadiánní výkyvy – vyhodnocujeme otázky: 18a, 18b.
- Retardaci – této oblasti odpovídají otázky číslo: 1, 7, 8 a 14.
- Poruchy spánku – hodnotíme otázky číslo: 4, 5 a 6.

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE dle M. Gordonové

Příloha číslo 4

Jméno, příjmení: (iniciály)		I.B.		Oddělení:		psychiatrické, uzavřené																													
Pohlaví:		<input checked="" type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> muž		Pooperační den:		X																													
Narozen:		1961		Věk:		46 let		Den pobytu:		14.																									
Vztah k zařízení:		<input checked="" type="checkbox"/> hospitalizace		<input type="checkbox"/> ambulantní		Příjem:		<input type="checkbox"/> 1. přijetí																											
Důvod přijetí:		<input type="checkbox"/> dg. vyšetření		<input type="checkbox"/> akutní operace				<input type="checkbox"/> přeložen.....																											
		<input checked="" type="checkbox"/> akutní onemocnění		<input type="checkbox"/> plánovaná operace				<input checked="" type="checkbox"/> opakované přijetí																											
Sociální situace:																																			
Žije sám:		<input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE		kde:		v bytě		Stav:		rozvedená																									
Zaměstnání dnes:				jen brigádnicky		Jak chce být osloven:		příjmením																											
Zaměstnání dříve:				jen brigádnicky		Kontakt se sociální sestrou:		X ANO																											
Příbuzná nebo osoby které můžeme informovat																																			
Jméno:				M. J.		Adresa		Praha 1																											
Vztah k nemocnému:				matka		Telefon		602....																											
Lékařská diagnóza:		1) Anxiózně depresivní sy v rámci poruchy přizpůsobení		Důvod přijetí:				léčebný																											
		2) Škodlivé užívání alkoholu v kombinaci s BZD a hypnotiky		Alergie:		<input type="checkbox"/> ANO.....		<input checked="" type="checkbox"/> NE																											
				Riziko:		<input checked="" type="checkbox"/> ANO		<input type="checkbox"/> NE																											
				HbsAg		<input type="checkbox"/> poz		<input checked="" type="checkbox"/> neg																											
				HIV		<input type="checkbox"/> poz		<input checked="" type="checkbox"/> neg																											
Fyzikální vyšetření sestrou																																			
Celkový vzhled:		relativně upraveného zevnějšku		Výška:				168 cm																											
Úprava, hygiena:		hygiena dostatečná, čistá		Hmotnost:		stabilní		<input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE																											
Puls:		Rychlost: 90'		pravidelnost: ano		63 kg		zvýšení		okg																									
Krevní tlak:		při přijetí: 135/60		aktuální: 125/70				snížení		okg																									
Dýchání:		rychlost: 15'		pravidelnost: ano		Chybějící části těla:		X																											
Tělesná teplota:		při přijetí: 36,4°C		aktuální: 36,6°C		Chůze:		bez nápadností																											
Kůže:		barva: normální		léze: X		Riziko pádu:		<input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE																											
Riziko vzniku dekubitů: (dle Nortonové) vzniká při 25 bodech a méně																																			
Schopnost spolupráce		Věk		Stav pokožky		Další nemoci		Tělesný stav		Stav vědomí		Pohyblivost		Inkontinence		Aktivita																			
úplná		4		4		normální		4		žádné		4		dobrý		4		dobrý		4		úplná		4		není		4		chodí		4			
malá		3		do 10		3		alergie		3		myocarditida		3		horší		3		apatie		3		částečně omezená		3		občas		3		s doprovodem		3	
částečná		2		do 30		3		vlhká		2		thyroidie		2		špatný		2		zmatený		2		velmi omezená		2		převážně močová		2		sedačka		2	
žádná		1		60+		1		suchá		1				1		velmi špatný		1		bezvědomí		1		žádná		1		stolice i moč		1		leží		1	
Dne:	 32 bodů(součet bodů)																																	

1. Doména: Podpora zdraví	
třída: Management zdraví	
Můj zdravotní stav:	<input type="checkbox"/> dobrý <input checked="" type="checkbox"/> částečně dobrý <input type="checkbox"/> narušený <input type="checkbox"/> špatný
Pro udržení zdraví:	<input type="checkbox"/> sportuji <input checked="" type="checkbox"/> procházky <input type="checkbox"/> zahradničím <input type="checkbox"/> dodržuji zdravou výživu <input type="checkbox"/> nic <input type="checkbox"/> jiné
Nemocni za poslední rok:	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> úrazy: <input checked="" type="checkbox"/>
Lékařská doporučení dodržuji:	<input type="checkbox"/> občas <input type="checkbox"/> nedodržuje <input checked="" type="checkbox"/> jiné
Při objevení současných obtíží jsem:	<input type="checkbox"/> navštívil lékaře <input type="checkbox"/> užil léky <input type="checkbox"/> poradil se s jinými zdravotníky <input checked="" type="checkbox"/> jiné
2. Doména: Výživa	
třída: Přijímání potravy	
třída: Hydratace	
Stav výživy:	<input type="checkbox"/> změna váhy v poslední době <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne
Chuť k jídlu:	<input type="checkbox"/> dobrá <input checked="" type="checkbox"/> nechutenství
Stav výživy:	<input checked="" type="checkbox"/> přiměřený <input type="checkbox"/> podvýživa <input type="checkbox"/> mírná nadváha <input type="checkbox"/> obezita
Způsob přijímání stravy:	<input checked="" type="checkbox"/> per os <input type="checkbox"/> sonda <input type="checkbox"/> pumpa <input type="checkbox"/> stomie
Forma stravy:	<input checked="" type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> kašovitá <input type="checkbox"/> tekutá
Porucha polykání:	<input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne
Stav chrupu:	<input checked="" type="checkbox"/> dobrý <input type="checkbox"/> protéza
Potíže:	<input checked="" type="checkbox"/> nemá <input type="checkbox"/> nauzea <input type="checkbox"/> zvracení <input type="checkbox"/> pálení žáhy
Typický denní příjem jídla:	<input checked="" type="checkbox"/> snídaně <input type="checkbox"/> svačina dopol. <input checked="" type="checkbox"/> oběd <input type="checkbox"/> svačina odpol. <input checked="" type="checkbox"/> večeře <input type="checkbox"/> druhá večeře
Přidavky:	<input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> jaké
Dietní omezení doma:	<input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> jaké
Dieta:	<input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> číslo.....
Schopnost sám se najíst:	<input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/> krmen
Příjem tekutin za 24 hodin:	<input type="checkbox"/> < 0,5 l <input type="checkbox"/> 0,5 – 1 <input checked="" type="checkbox"/> 1 – 1,5 <input type="checkbox"/> 1,5 – 2 <input type="checkbox"/> > 2 l
K dispozici dostatek tekutin:	<input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> důvod
Pocit sucha v ústech:	<input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne
Kožní turgor:	<input checked="" type="checkbox"/> dobrý <input type="checkbox"/> snížený
Stav sliznice:	<input checked="" type="checkbox"/> růžové <input type="checkbox"/> bledé <input type="checkbox"/> oschlé
Stav vlasů:	<input checked="" type="checkbox"/> dobrý <input type="checkbox"/> vypadávají <input type="checkbox"/> žádné
Stav nehtů:	<input checked="" type="checkbox"/> dobrý <input type="checkbox"/> narušený

3. Doména: Vylučování a výměna**třída: Vyprazdňování moči****třída: Gastrointestinální funkce****třída: Respirační funkce**

Mikce moče:	<input checked="" type="checkbox"/> bez problémů <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> problematická
Změna v poslední době:	<input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne
Vylučování moče:	<input checked="" type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s dopomocí <input type="checkbox"/> na lůžku
Obtíže:	<input checked="" type="checkbox"/> nemá <input type="checkbox"/> pálení/řezání <input type="checkbox"/> bolestivé
Množství moče:	<input checked="" type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> snížené <input type="checkbox"/> zvýšené <input type="checkbox"/> retence
Způsob vylučování moče:	<input checked="" type="checkbox"/> spontánní <input type="checkbox"/> urostomie/den <input type="checkbox"/> močový katétr/den
Příměsi v moči:	<input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano jaké:
Vyprazdňování stolice:	<input checked="" type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s dopomocí <input type="checkbox"/> na lůžku <input type="checkbox"/> stomie
Stolice:	<input checked="" type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> zácpa.....x týdně <input type="checkbox"/> průjem.....x den
Barva:	<input checked="" type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> s příměsí jaké:
Inkontinence:	<input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> částečně
Užívání preparátů na vyprázdnění:	<input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano jaké: jak dlouho:
Obtíže během vyprazdňování:	<input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano jaké
Frekvence dýchání:	<input checked="" type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> smíšená <input type="checkbox"/> zvýšená <input type="checkbox"/> bezdeší
Aplikace kyslíku:	<input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano forma:
Zbarvení pokožky:	<input checked="" type="checkbox"/> růžová <input type="checkbox"/> akrální cyanóza <input type="checkbox"/> cyanóza <input type="checkbox"/> bledé

4. Doména: Aktivita – spánek**třída: Spánek – odpočinek****třída: Aktivita – pohyb****třída: Energetická rovnováha****třída: Kardiovaskulární pulmonální****třída: Sebepéče**

Kvalita spánku a odpočinku:	<input type="checkbox"/> spánek celou noc <input type="checkbox"/> problémy s usínáním <input checked="" type="checkbox"/> budí se <input type="checkbox"/> spí přes den
Léky na spaní:	<input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> ano jaké: hypnogen 1 tableta
Cítí se:	<input type="checkbox"/> odpočatý <input type="checkbox"/> nevyspalý <input checked="" type="checkbox"/> jiné unavená
Rušivé faktory:	<input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano jaké:
Domácí tělesná aktivita:	<input checked="" type="checkbox"/> samostatný <input type="checkbox"/> s kompenzačními pomůckami <input type="checkbox"/> neschopen
Současný stav tělesné aktivity:	<input checked="" type="checkbox"/> samostatný <input type="checkbox"/> s kompenzačními pomůckami <input type="checkbox"/> neschopen
Koordinace:	<input checked="" type="checkbox"/> dobrá <input type="checkbox"/> narušená jak:
Chybějící části těla:	<input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano jaké:
Kompenzační pomůcky:	<input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano jaké:
Pohybový režim v nemocnici:	<input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano míra:
Prevence imobilizačního syndromu:	<input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano jaká:
Pocit dostatečné síly a životní energie:	<input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
Únava:	<input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> ano
Cvičení:	<input type="checkbox"/> necvičím <input checked="" type="checkbox"/> občas <input type="checkbox"/> pravidelně typ cvičení:
	<input type="checkbox"/> srdeční onem. <input type="checkbox"/> plicní onem. <input type="checkbox"/> pohybový aparát <input type="checkbox"/> jiné
Faktory bránící tělesné aktivitě:	<input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> dušnost <input type="checkbox"/> sval. křeče <input type="checkbox"/> parézy/plegie <input type="checkbox"/> srdeční onem.
	<input type="checkbox"/> plicní onem. <input type="checkbox"/> pohybový aparát <input type="checkbox"/> jiné
Úroveň soběstačnosti – funkční úroveň:	<input checked="" type="checkbox"/> 0-nezávislý <input type="checkbox"/> 1-vyžaduje pom.prostředek <input type="checkbox"/> 2-potř. min. pomoc, dohled
	<input type="checkbox"/> 3-potřebuje pomoc, pomůcky <input type="checkbox"/> 4-potřebuje úplný dohled <input type="checkbox"/> 5-sám nic
	<input type="checkbox"/> umýt se <input type="checkbox"/> najíst se <input type="checkbox"/> vykoupat se <input type="checkbox"/> obléci se <input type="checkbox"/> pohybovat se

5. Doména: Vnímání - pozorování**třída: Pozornost****třída: Orientace****třída: Čítí – vnímání****třída: Poznávání****třída: Komunikace**

Pozornost:	<input type="checkbox"/> úmyslná <input type="checkbox"/> neúmyslná <input checked="" type="checkbox"/> stálá <input type="checkbox"/> roztržitý <input type="checkbox"/> jiné
Orientace:	<input checked="" type="checkbox"/> plně orientován <input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/> dezorientovaný
Vědomí:	<input checked="" type="checkbox"/> jasné <input type="checkbox"/> zastřené <input type="checkbox"/> somnolence <input type="checkbox"/> bezvědomí
Sluch:	<input checked="" type="checkbox"/> dobrý <input type="checkbox"/> zhoršené P-L ucho <input type="checkbox"/> neslyší P-L ucho <input type="checkbox"/> neslyšící
Kompenzační pomůcky:	<input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> P-L ucho jaké:
Zrak:	<input type="checkbox"/> normální <input checked="" type="checkbox"/> zhoršené P-L oko <input checked="" type="checkbox"/> na blízko <input type="checkbox"/> na dálku <input type="checkbox"/> nevidomý
Kompenzační pomůcky:	<input checked="" type="checkbox"/> má <input type="checkbox"/> nemá <input checked="" type="checkbox"/> brýle <input type="checkbox"/> čočky <input type="checkbox"/> jiné
Dezorientovaný:	<input type="checkbox"/> osobou <input type="checkbox"/> časem <input type="checkbox"/> místem
Paměť:	<input checked="" type="checkbox"/> neporušená <input type="checkbox"/> zapomíná <input type="checkbox"/> částečně zapomíná <input type="checkbox"/> jiné
Styl učení:	<input type="checkbox"/> logické <input type="checkbox"/> mechanické <input checked="" type="checkbox"/> napodobováním <input type="checkbox"/> jiné
Řeč:	<input checked="" type="checkbox"/> plynulá <input type="checkbox"/> narušená <input type="checkbox"/> němý <input type="checkbox"/> jiné
Udrzuje kontakt:	<input type="checkbox"/> otevřený <input checked="" type="checkbox"/> spíše uzavřený <input type="checkbox"/> odmítá <input type="checkbox"/> jiné
Mluvenému slovu:	<input checked="" type="checkbox"/> rozumí <input type="checkbox"/> nerozumí

6. Doména: Vnímání – sebe sama	
třída: Sebepojetí	
třída: Sebeúcta	
třída: Tělesný obraz	
Jsem:	<input type="checkbox"/> optimista <input checked="" type="checkbox"/> pesimista <input type="checkbox"/> schopný <input checked="" type="checkbox"/> méně schopný <input type="checkbox"/> neschopný <input type="checkbox"/> puntičkář <input type="checkbox"/> jiné
Důvěra:	<input type="checkbox"/> plně si důvěřuji <input checked="" type="checkbox"/> důvěřuji si méně <input type="checkbox"/> nedůvěřuji si
Talent:	<input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne Zručnost: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne
Pocity:	strach, úzkost
Strach:	<input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> ano kdy nyní z čeho/koho z onemocnění
Hněv:	<input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano kdy na co/koho
Zlost:	<input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano kdy na co/koho
Smutek:	<input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano kdy z čeho
Úzkost:	<input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> ano kdy nyní z čeho z onemocnění co ji pomáhá odstranit: alkohol, cigareta
Nervózní:	<input type="checkbox"/> nejsem <input checked="" type="checkbox"/> jsem <input checked="" type="checkbox"/> bývám a kdy při strachu a úzkosti
Co dělám, když jsem nervózní:	nevybavuje si
Spokojenost se svým vzhledem:	<input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> částečně proč?
7. Doména: Vztahy	
třída: Role pečovatele	
třída: Rodinné vztahy	
třída: Vykonávání rolí	
Reakce rodiny na onemocnění:	<input checked="" type="checkbox"/> zájem <input type="checkbox"/> nezájem <input type="checkbox"/> ochota pomoci <input type="checkbox"/> přetížení pečovatele
Bydlím:	<input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s partnerem <input type="checkbox"/> s partnerem a dětmi <input checked="" type="checkbox"/> jiné se synem
Struktura rodiny:	počet členů: 2
Rodinné problémy:	<input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano jaké:
Způsob jejich řešení:	X
Jste:	<input type="checkbox"/> zaměstnaný <input type="checkbox"/> nezaměstnaný <input checked="" type="checkbox"/> důchodce <input type="checkbox"/> student <input type="checkbox"/> jiné
Kontakty s lidmi:	<input type="checkbox"/> časté <input checked="" type="checkbox"/> zřídka <input type="checkbox"/> jsem samotář <input type="checkbox"/> jiné
Chování k lidem:	<input type="checkbox"/> asertivní <input checked="" type="checkbox"/> pasivní <input type="checkbox"/> agresivní <input type="checkbox"/> přátelské <input type="checkbox"/> jiné
Spokojenost se zaměstnáním/se školou:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> částečně

8. Doména: Sexualita	
třída: Sexuální funkce	
Sexuální obtíže:	<input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano jaké:
Sexuální vztahy:	<input checked="" type="checkbox"/> dobré <input type="checkbox"/> narušené
Menstruace:	<input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Začátek v letech:	<input checked="" type="checkbox"/> cyklu 27.../dnů <input checked="" type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná
Typ menstruace:	<input type="checkbox"/> bolestivá <input checked="" type="checkbox"/> nebolestivá <input type="checkbox"/> silná <input checked="" type="checkbox"/> slabá
Počet těhotenství:	počet porodů: 2 potratů: umělých 3 / přirozených 0
Komplikace v těhotenství:	<input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano jaké: operace: <input checked="" type="checkbox"/>
Antikoncepce:	<input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano jaké: problémy: <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
Klimakterium:	kdy: před ½ rokem problémy: ano, nepravidelnost
Diagnostické poruchy:	<input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano jaké:
Léčba poruch:	operace: <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano jaké:
9. Doména: Zvládání zátěže – odolnost vůči zátěži	
třída: Posttraumatická odezva	
třída: Reakce na zvládání zátěže	
třída: Neurobehaviorální stres	
Reakce na cizí prostředí:	<input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano jaká:
Napětí prožívám:	<input type="checkbox"/> často <input checked="" type="checkbox"/> zřídka <input type="checkbox"/> nikdy
Co ho vyvolává:	<input type="checkbox"/> rodina <input type="checkbox"/> škola <input type="checkbox"/> zaměstnání <input checked="" type="checkbox"/> nemoc <input type="checkbox"/> jiné
Co ho snižuje:	<input type="checkbox"/> relaxace <input type="checkbox"/> drogy <input checked="" type="checkbox"/> alkohol <input type="checkbox"/> léky..... <input checked="" type="checkbox"/> jiné cigarety
Napětí snáším lehce:	<input type="checkbox"/> lehce <input checked="" type="checkbox"/> jak kdy <input type="checkbox"/> těžce
Vyrovávám se:	<input type="checkbox"/> rychle <input type="checkbox"/> chvíli mi to trvá <input checked="" type="checkbox"/> trvá mi to dlouho <input type="checkbox"/> jiné
Stresové situace zvládám:	<input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s podporou rodiny <input checked="" type="checkbox"/> jiné s alkoholem
Důležité změny v posledních 2 letech:	1) rozvod 2)
	3) 4)

10. Doména: Životní princip	
třída: Přesvědčení třída: Soulad hodnot, přesvědčení a činů	
Náboženství je:	<input type="checkbox"/> důležitá hodnota <input type="checkbox"/> občasná potřeba <input checked="" type="checkbox"/> nepřemýšlel/a jsem o tom <input type="checkbox"/> jiné
Důležitost víry při pobytu v zařízení:	<input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne
Jsem:	<input type="checkbox"/> katolík <input type="checkbox"/> evangelík <input checked="" type="checkbox"/> jiné ateista
Osobní zájem:	<input type="checkbox"/> návštěva duchovního <input type="checkbox"/> návštěva nemocniční kaple <input type="checkbox"/> jiné
Zavazuje Vás víra k určitému omezení:	<input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano k jakému:
Omezení:	<input type="checkbox"/> v jídle <input type="checkbox"/> v oblékání <input type="checkbox"/> v příjmu TRA <input type="checkbox"/> jiné
Určete pořadí následujících hodnot:	2 zdraví 1 rodina 7 víra 6 práce 3 peníze 5 záliby 4 cestování <input type="checkbox"/> jiné
11. Doména: Bezpečnost – ochrana:	
třída: Infekce třída: Tělesné poškození třída: Násilí třída: Rizika prostředí třída: Obranné procesy třída: Termoregulace	
Riziko infekce:	<input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano jaké:
Poškození ústní sliznice:	<input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano jaké:
Porušená kožní integrita:	<input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano důvod:
Poškozený chrup:	<input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
Riziko pádu:	<input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
Riziko sebepoškození:	<input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> ano
Alergická reakce:	<input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano jaké:
Tělesná teplota:	<input checked="" type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> zvýšená <input type="checkbox"/> horečka <input type="checkbox"/> snižená

12. Doména: Komfort		třída: tělesný komfort	
		třída: sociální komfort	
Akutní bolest:	<input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	hodnocení na škále bolesti:	
Chronická bolest:	<input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	hodnocení na škále bolesti:	
Aplikace analgetik:	<input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	jaké:	
Zvracení:	<input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano		
Nauzea:	<input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano		
Pocit osamění:	<input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	důvod:	
13. Doména: Růst/vývoj		třída: Růst	
		třída: Vývoj	
Celkově prospívá:	<input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> ano		
Chronické zdravotní problémy:	<input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	jaké:	
Úpadek ve zpracování informací:	<input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	jaký:	
Pokles sociálních dovedností:	<input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	jaké:	
Deficit sebeděče:	<input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	v jaké oblasti:	

Sesterská překládová zpráva:	
Jméno, příjmení:	Narozen:
Diagnóza:	
Den hospitalizace:	
Zpráva je určena:	
Pohybový režim:	Dieta:
Stav vědomí:	<input type="checkbox"/> plné <input type="checkbox"/> somnolence <input type="checkbox"/> sopor <input type="checkbox"/> koma <input type="checkbox"/> jiné
Krevní tlak:	Puls:
Dýchání:	Tělesná teplota:
Stav sliznice:	<input type="checkbox"/> růžové <input type="checkbox"/> bledé <input type="checkbox"/> oschlé
Stav kůže:	<input type="checkbox"/> čistá <input type="checkbox"/> suchá <input type="checkbox"/> poškozená <input type="checkbox"/> zarudlá <input type="checkbox"/> opruzeniny <input type="checkbox"/> dekubity
Invazivní vstupy:	<input type="checkbox"/> flexila <input type="checkbox"/> CŽK <input type="checkbox"/> sonda <input type="checkbox"/> močová cévka <input type="checkbox"/> drén
Vyprazdňování:	<input type="checkbox"/> mikce bez obtíží <input type="checkbox"/> mikce s obtížemi <input type="checkbox"/> močový katétr od:
	<input type="checkbox"/> stolice bez obtíží <input type="checkbox"/> stolice s obtížemi <input type="checkbox"/> naposledy:
Kompenzační pomůcky:	<input type="checkbox"/> brýle <input type="checkbox"/> berle <input type="checkbox"/> hůl <input type="checkbox"/> vozík <input type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> jiné:
Osobní věci:	<input type="checkbox"/> cennosti <input type="checkbox"/> svršky <input type="checkbox"/> průkaz pojištěnce <input type="checkbox"/> pracovní neschopnost
	<input type="checkbox"/> občanský průkaz
Informace rodiny o překladu:	<input type="checkbox"/> telefonicky <input type="checkbox"/> osobně <input type="checkbox"/> telegramem <input type="checkbox"/> jiné
Sociální situace:	<input type="checkbox"/> bez požadavků <input type="checkbox"/> sociální šetření zahájeno:
Jiná sdělení:	
Průběh ošetřování – hlavní problémy:	
Další doporučení:	
Datum:	
Podpis pacienta:	Podpis sestry:

Sesterská propouštěcí zpráva:	
Jméno, příjmení:	Pojišťovna:
Bydliště:	
Doba hospitalizace:	
Hlavní diagnóza při přijetí:	
Stav při propouštění do domácí péče:	
Zná svou diagnózu:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> částečně
Soběstačnost:	<input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> částečně soběstačný <input type="checkbox"/> odkázán plně na pomoc druhé osoby
Stav kůže:	<input type="checkbox"/> čistá <input type="checkbox"/> suchá <input type="checkbox"/> poškozená <input type="checkbox"/> opruzeniny <input type="checkbox"/> dekubity <input type="checkbox"/> jiné
Úroveň kontaktu:	<input type="checkbox"/> dobrá <input type="checkbox"/> obtížná <input type="checkbox"/> nespolupracující
Hygiena:	<input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> závislý na druhé osobě
Chůze:	<input type="checkbox"/> samostatná <input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> hole <input type="checkbox"/> berle <input type="checkbox"/> vozík <input type="checkbox"/> jiné
Stravování:	<input type="checkbox"/> dieta:
Vyprazdňování:	<input type="checkbox"/> mikce – problém <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
	<input type="checkbox"/> stolice – problém <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
Sociální situace:	<input type="checkbox"/> bez požadavků <input type="checkbox"/> šetření zahájeno dne: <input type="checkbox"/> LDN <input type="checkbox"/> DD
Další doporučení:	
Datum:	
Podpis pacienta:	

Plán ošetrovateľskej péče

Kód	Sesterská diagnóza	Ciele Výsledná kritéria	Intervence	Realizace	Hodnocení
00095	Porušený spánek v dôsledku zhoršení psychického stavu prejavujúci sa úzkosťou a únavou.	<p>CD: P/K má dostatečne dlhý a kvalitný spánek do týždne</p> <p>CK: P/K je seznámen s režimom oddelení do 24 hodín</p> <p>VK:</p> <ul style="list-style-type: none"> • P/K zná príčinu poruchy spánku do 24 hodín • P/K informuje zdravotnícky personál o poruše spánku do 24 hodín 	<ul style="list-style-type: none"> • Sleduj priemernou dĺžku spánku denne • Zisti rizikové faktory spôsobujúce poruchy spánku denne • Zbytočne neruš spánek P/K denne • Umožni P/K pred spaním činnosti, na ktoré je zvyklá denne • Sleduj účinnosť a efektívnosť liekov na spanie denne • Doporuč činnosti podporujúce spánek, teplou kúpeľ, ľahkú čítanú, zvýšenie aktivity počas dňa denne • Zhodnoť užívanie kofeínu a alkoholických nápojov denne • Vyslechni subjektívne sťažnosti na spánek denne • Pozoruj fyzické známky únavy denne • Doporuč obmedzenie príjmu kofeínu, čokolády a alkoholických nápojov, najmä v dobe pred spaním denne 	<ul style="list-style-type: none"> • Primárna sestra: sleduje dĺžku spánku • Primárna sestra: zisťuje rizikové faktory • Primárna sestra: zbytočne neruší spánek • Primárna sestra: umožňuje P/K činnosti, na ktoré je zvyklá • Primárna sestra: sleduje účinnosť a efektívnosť • Primárna sestra: hodnotí užívanie kofeínu a alkoholu • Primárna sestra: vyslychá sťažnosti na spánek • Primárna sestra: sleduje fyzické známky únavy • Primárna sestra: doporučuje obmedzenie kofeínu, čokolády a alkoholu pred spaním 	<p>Efekt úplný, splnené: 11. 9. 2007</p> <p>Z pohľadu nemocného je efekt úplný, nemocná sa cíti lepšie.</p>

00148	<p>Strach v důsledku základního onemocnění projevující se verbalizací.</p>	<p>CD: P/K je zbavena strachu do 1 měsíce CK: P/K je schopna verbalizovat příčiny svého strachu do 1 týdne VK:</p> <ul style="list-style-type: none"> • P/K zná příčinu strachu do 24 hodin • P/K nás informuje o strachu do 24 hodin 	<ul style="list-style-type: none"> • Sleduj stupeň ochromení strachem denně • Buď P/K stále na blízku denně • Naslouchej P/K a jejím obavám denně • Zjisti možné příčiny strachu denně • Umožni P/K popsat projevy, které v minulosti vyvolaly strach, denně • Nauč P/K ve spolupráci s psychologem techniky, jak zvládat strach 2x týdně (Út, Pá) • Mluv s P/K klidně, nespěchej, používej krátké věty, naslouchej jí se zájmem dle možnosti • Poskytni P/K dostatek informací denně • Dávej P/K příležitost pro kladení otázek a upřímně na ně odpovídej příležitostně • Povzbuzuj P/K ke kontaktu s ostatními denně 	<ul style="list-style-type: none"> • Primární sestra: sleduje ochromení strachem • Primární sestra: je nablízku • Primární sestra: naslouchá • Primární sestra: zjišťuje příčiny strachu • Primární sestra: umožňuje popsat projevy strachu • Psycholog: učí technikám ke zvládnutí strachu • Primární sestra: mluví klidně a naslouchá • Primární sestra: podává informace • Primární sestra: dává prostor pro otázky • Primární sestra: povzbuzuje ke kontaktu 	<p>Efekt úplný, splněno: 16. 9. 2007</p> <p>Z pohledu nemocné je efekt úplný, nemocná je zbavena strachu.</p>
-------	---	--	--	--	---

00146	<p>Úzkost mírná v důsledku základního onemocnění projevující se nervozitou a plačtivostí.</p>	<p>CD: P/K je schopna zvládat stavy úzkosti do 1 měsíce CK: P/K je schopna verbalizovat příčiny úzkosti do 1 týdne VK:</p> <ul style="list-style-type: none"> • P/K zná příčinu úzkost do 24 hodin • P/K nás informuje o úzkosti do 24 hodin 	<ul style="list-style-type: none"> • Zjistí možné příčiny úzkosti denně • Sleduj fyzickou odpověď P/K při úzkostných stavech 2x týdně (Út, Pá) • Všiměj si chování P/K z hlediska hladiny úzkosti příležitostně • Vytvoř terapeutický vztah plný vstřícnosti a respektu denně • Umožni P/K popsat projevy, které v minulosti vyvolaly úzkost, denně • Nauč P/K ve spolupráci s psychologem techniky, jak zvládat úzkost 2x týdně (Út, Pá) • Akceptuj P/K takovou jaká je denně • Podávej P/K přesné informace denně • Buď k dispozici, naslouchej P/K a hovoř s ní příležitostně 2x týdně • Mluv s P/K klidně, nespěchej, používej krátké věty, naslouchej se zájmem dle možnosti 	<ul style="list-style-type: none"> • Primární sestra: zjišťuje příčiny úzkosti • Primární sestra: sleduje fyzickou odpověď úzkostných stavů • Primární sestra: si všímá chování P/K • Primární sestra: vytváří vztah plný vstřícnosti • Primární sestra: umožňuje popis projevů • Psycholog: učí technikám ke zvládnutí úzkosti • Celý ošetřovatelský tým: akceptuje P/K • Primární sestra: podává informace • Celý ošetřovatelský tým: je k dispozici a naslouchá P/K • Primární sestra: mluví klidně a naslouchá 	<p>Efekt úplný, splněno: 16. 9. 2007</p> <p>Z pohledu nemocné je efekt úplný, nemocná nepociťuje úzkostné stavy.</p>
-------	--	---	---	--	--

00124	Beznaděj v důsledku dlouhodobého stresu projevující se pasivitou a chybějící iniciativou.	<p>CD: P/K nachází způsoby, jak čelit pocitům beznaděje do 1 měsíce</p> <p>CK: P/K rozpoznává a vyjadřuje pocity beznaděje do 2 týdnů</p> <p>VK:</p> <ul style="list-style-type: none"> • P/K zná příčinu beznaděje do 24 hodin • P/K verbalizuje pocity beznaděje do 24 hodin 	<ul style="list-style-type: none"> • Povšimni si projevů beznaděje dle možnosti • Pokus se o vytvoření terapeutického vztahu a projev vůči němu respekt dle možnosti • Důkladně P/K vysvětlí všechna vyšetření a poruchy denně • Povzbuzuj P/K k vyjádření pocitů a dojmů dle možnosti • Dodej P/K naději dle možnosti. • Snaž se předejít situacím, které mohou vést k pocitům izolace denně • Pobízej P/K, aby nesla riziko v situacích, kde může uspět denně • Nauč P/K relaxačním cvikům dle možnosti 	<ul style="list-style-type: none"> • Celý ošetřovatelský tým: sleduje projevy beznaděje • Primární sestra: vytváří terapeutický vztah s P/K • Celý ošetřovatelský tým: informuje P/K o vyšetřeních • Celý ošetřovatelský tým: povzbuzuje P/K k vyjádření pocitů • Primární sestra: dodává P/K naději • Celý ošetřovatelský tým: předchází situacím, které vedou k pocitům izolace • Celý ošetřovatelský tým: pobízí P/K, aby nesla rizika v určitých situacích • Primární sestra: učí relaxačním cvikům 	<p>Efekt úplný, splněno: 25. 9. 2007</p> <p>Z pohledu nemocné je efekt úplný.</p>
00093	Únava v důsledku obtíží se spánkem projevující se verbalizací.	<p>CD: P/K je bez známek únavy do 1 měsíce.</p> <p>CK: P/K rozpoznává, co je základem únavy a jak se jí bránit do 2 týdnů.</p> <p>VK:</p> <ul style="list-style-type: none"> • P/K zná příčinu únavy do 24 hodin 	<ul style="list-style-type: none"> • Posud' přítomnost spánkové poruchy během hospitalizace • Urči schopnost účastnit se různých aktivit denně • Vyslechni P/K, co podle ní způsobuje únavu denně • Povšimni si rozložení energie během dne denně 	<ul style="list-style-type: none"> • Primární sestra: posuzuje přítomnost spánkové deprivace • Primární sestra: určuje schopnost účastnit se různých aktivit • Primární sestra: vyslýchá P/K 	<p>Efekt úplný, splněno: 11. 9. 2007</p> <p>Nemocná nepocituje únavu.</p> <p>Z pohledu nemocné: cítí se odpočatá.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • P/K verbalizuje projevy únavy do 24 hodin 	<ul style="list-style-type: none"> • Akceptuj stížnosti P/K na únavu denně • Povzbuzuj P/K k tomu, aby sama prováděla vše, co je v jejích silách dle možnosti • Prodiskutuj zvyklosti P/K denně • Postarej se o rozptýlení P/K dle možnosti 	<ul style="list-style-type: none"> • Primární sestra: pozoruje rozložení energie P/K během dne • Primární sestra: akceptuje stížnosti na únavu • Celý ošetrovatelský tým: povzbuzuje P/K k tomu, aby sama prováděla to, co je v jejích silách • Primární sestra: probírá s P/K její zvyklosti • Primární sestra: stará se o rozptýlení P/K 	
00139	Riziko sebepoškození z důvodu duševní tísně.	<p>CD: P/K našla radost ze života se všemi radostmi a starostmi během hospitalizace</p> <p>CK: P/K neverbalizuje myšlenky na sebevraždu do 1 týdne</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Průběžně sleduj verbální a neverbální projevy P/K denně • Navazuj P/K verbální kontakt denně • Aktivizuj P/K běžnými činnostmi denně • Podporuj u P/K pozitivní myšlení denně • Spolupracuj s rodinou dle možností • Pátrej po užívání návykových látek denně • Sleduj laboratorní výsledky denně • Zapojuj P/K do přípravy plánu 	<ul style="list-style-type: none"> • Primární sestra: sleduje verbální a neverbální projevy • Primární sestra: navozuje kontakt • Primární sestra: aktivizuje P/K • Primární sestra: podporuje pozitivní myšlení • Primární sestra: spolupracuje se členy rodiny • Primární sestra: pátrá po užívání návykových látek • Primární sestra: sleduje laboratorní 	<p>Efekt úplný, splněno: 19. 11. 2007</p> <p>U nemocné nedošlo k pokusu o sebepoškození.</p> <p>Z pohledu nemocné: není třeba další kontroly</p>

			<p>ošetřovatelské péče denně</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dbej, aby byla P/K pod neustálým dohledem personálu, a prováděj speciální kontroly zaměřené na bezpečnost příležitostně 2x týdně 	<p>výsledky</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primární sestra: zapojuje P/K do přípravy plánu ošetřovatelské péče • Celý ošetřovatelský tým: dohlíží na P/K a kontroluje ji 	
00054	<p>Riziko osamělosti v důsledku sociální izolace projevující se ztrátou schopnosti navazovat sociální komunikaci a smutkem.</p>	<p>CD: U P/K během hospitalizace nedojde ke vzniku osamělosti CK: P/K je schopna komunikace s okolím do 1 týdne</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rozlišuj pocity osamělosti od stavů dlouhodobého znechucení a rozmrzelosti dle možnosti • Zhodnoť P/K pozitivní zdravotní návyky denně • Zapoj P/K do různých zájmových kroužků a pochval ji za drobné úspěchy a pokroky dle možnosti 	<ul style="list-style-type: none"> • Primární sestra: rozlišuje pocity osamělosti • Primární sestra: hodnotí pozitivní zdravotní návyky • Primární sestra: zapojuje P/K do aktivit na oddělení 	<p>Efekt úplný, splněno: 5. 10. 2007 nemocná se zapojila do aktivit probíhajících na oddělení. Z pohledu nemocné: souhlasí</p>

ZÁZNAM O EDUKACI

JMÉNO, PŘÍJMENÍ:		I. B.	ODDĚLENÍ:		psychiatrické, uzavřené		
LÉKAŘSKÁ DIAGNÓZA:	1) Anxiózně depresivní syndrom v rámci poruchy přizpůsobení	EDUKOVANÝ JE:	<input checked="" type="checkbox"/> PA pacient	<input type="checkbox"/> RO rodina	<input type="checkbox"/> OST ostatní		
	2) Škodlivé užívání alkoholu v kombinaci s BZD a hypnotiky	VZTAH K ZAŘÍZENÍ:	<input checked="" type="checkbox"/> hospitalizovaný				
			<input type="checkbox"/> ambulantní				
			<input type="checkbox"/> účastník vzdělávací akce				
			<input type="checkbox"/> jiné:				
EDUKACE JE ZAMĚŘENA:	<input type="checkbox"/> vstupní informace	POUŽÍVÁNÍ POMŮCEK, ZÁVISLOST NA PŘÍSTROJI:					
	<input type="checkbox"/> jednorázové vzdělávání	<input type="checkbox"/> naslouchadla	<input type="checkbox"/> inzulin				
	<input checked="" type="checkbox"/> průběžné vzdělávání	<input type="checkbox"/> respirační terapie	<input type="checkbox"/> stomie				
	<input checked="" type="checkbox"/> reedukace	<input type="checkbox"/> zubní protéza	<input type="checkbox"/> medikace				
	<input type="checkbox"/> informace při propuštění	<input type="checkbox"/> berle/vozik	<input type="checkbox"/> neschopnost řeči				
		<input type="checkbox"/> MEDIKACE OVLIVŇUJÍCÍ EDUKACI:					<input checked="" type="checkbox"/> psychofarmaka
FORMA EDUKACE:	REAKCE NA EDUKACI:	EXISTUJÍCÍ KOMUNIKAČNÍ BARIÉRA:					
<input type="checkbox"/> UK - ukázka	<input type="checkbox"/> DT - dotazy	<input type="checkbox"/> smyslová:	<input type="checkbox"/> sluch	<input checked="" type="checkbox"/> zrak	<input type="checkbox"/> chuť	<input type="checkbox"/> hmat	<input type="checkbox"/> čich
<input checked="" type="checkbox"/> LE -letáček	<input type="checkbox"/> VP – verbální pochopení	<input type="checkbox"/> fyzická:					
<input checked="" type="checkbox"/> VE -verbálně	<input type="checkbox"/> OV – odmítnutí výuky	<input type="checkbox"/> jazyková	<input type="checkbox"/> cizí jazyk:				
<input type="checkbox"/> VI - video	<input type="checkbox"/> NO – nutno opakovat	<input type="checkbox"/> řeč, čtení, psaní:	<input type="checkbox"/> afázie	<input type="checkbox"/> dysfázie	<input type="checkbox"/> apraxie	<input type="checkbox"/> dyslexie	<input type="checkbox"/> koktání
<input type="checkbox"/> TV - televize	<input type="checkbox"/> NE - nezájem	<input type="checkbox"/> etnické:					
<input checked="" type="checkbox"/> PI - písemně	<input type="checkbox"/> NP – neschopnost pochopit	<input type="checkbox"/> duchovní:					
<input checked="" type="checkbox"/> IN - instrukce	<input type="checkbox"/> PD – prokázána dovednost	<input type="checkbox"/> psychické:	<input type="checkbox"/> stres	<input checked="" type="checkbox"/> úzkost	<input checked="" type="checkbox"/> deprese	<input type="checkbox"/> jiné	
EDUKAČNÍ POTŘEBA V OBLASTI:		<input type="checkbox"/> iatrogenní	<input type="checkbox"/> lékař	<input type="checkbox"/> sestra	<input type="checkbox"/> léky	<input type="checkbox"/> jiné	
<input checked="" type="checkbox"/> 1. VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ	<input checked="" type="checkbox"/> 7. SEBEPOJETÍ	<input type="checkbox"/> biorytmus	<input type="checkbox"/> „sova,“	<input type="checkbox"/> „skřivan,“	<input type="checkbox"/> bolest:	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
<input type="checkbox"/> 2. VÝŽIVA, METABOLISMUS	<input type="checkbox"/> 8. ROLE – MEZILID. VZTAHY	<input type="checkbox"/> akutní nemoc	<input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO			<input checked="" type="checkbox"/> prognóza:	<input checked="" type="checkbox"/> příznivá
<input type="checkbox"/> 3. VYLUČOVÁNÍ	<input type="checkbox"/> 9. SEXUALITA, REPRO. SCH.	PLÁNOVANÉ TÉMA EDUKACE: název					
<input checked="" type="checkbox"/> 4. AKTIVITA, CVIČENÍ	<input checked="" type="checkbox"/> 10. STRES., ZÁTĚŽ. SITUACE	<input checked="" type="checkbox"/> Nutnost compliance – časné varovné příznaky, léky, ambulantní psychiatr					
<input checked="" type="checkbox"/> 5. SPÁNEK, ODPOČINEK	<input type="checkbox"/> 11. VÍRA, ŽIVOT. HODNOTY	<input checked="" type="checkbox"/> Denní a noční režim					
<input type="checkbox"/> 6. VNÍMÁNÍ, SMYSLY	<input type="checkbox"/> 12. JINÉ	<input checked="" type="checkbox"/> Zvládání stresových situací					
EDUKAČNÍ ANAMNÉZU ODEBRAL/a, podpis: K. Průchová, 14.9.2007		ZDROJ INFORMACÍ: dokumentace, pozorování, rozhovor					



TÉMA EDUKACE: 1. Nutnost compliance

TÉMA EDUKACE:	Nutnost compliance – časné varovné příznaky, užívání medikace, kontroly u ambulantního psychiatra		
EDUKÁTOR:	primární sestra, sociální pracovníce		
EDUKANT:	nemocná	ORGANIZAČNÍ FORMA:	
PODMÍNKY:	vyšetřovna oddělení, odpoledne	<input type="checkbox"/> individuální	<input type="checkbox"/> týmová <input checked="" type="checkbox"/> diferencovaná
ČAS: od - do	15-16 hodin (1x týdně)	<input type="checkbox"/> skupinová	<input type="checkbox"/> hromadná <input type="checkbox"/>
VÝUKOVÉ CÍLE: <i>kognitivní, afektivní, psychomotorické</i>	kognitivně – behaviorální	DIDAKTICKÉ POMUCKY:	
	informativní	<input type="checkbox"/> model <input checked="" type="checkbox"/> textový materiál <input type="checkbox"/> televize	<input type="checkbox"/> zobrazení <input checked="" type="checkbox"/> počítač <input type="checkbox"/> obrázky
METODY:	POUŽITÉ METODY:		
a) <i>SLOVNÍ (např. vysvětlení, přednáška, rozhovor, diskuse, dramatizace, písemná práce, práce u učebnic, knihou, letákem aj)</i>	slovní příbalové letáky léků, instruktaž – časné varovné příznaky		
b) <i>NÁZORNĚ DEMONSTRACNÍ (např. pozorování, předvádění, modely, demonstrace obrázků, projekce, TV, ideo aj)</i>	ordinační hodiny ambulantního psychiatra + kontakty praktická činnost		
c) <i>PRAKTICKÉ ČINNOSTI: (např. nácvik pohybových činností, nácvik pracovních dovedností, grafické a výtvarné činnosti)</i>	nácvik		
OBSAH TÉMATU:	MOTIVACE K VÝUCE: <input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		
Pochopení příznaků onemocnění.	OVĚŘOVÁNÍ ÚROVNĚ DOSAŽENÝCH CÍLŮ U EDUKANTA:		
Rizika relapsu – označení vlastních varovných příznaků.	<input type="checkbox"/> průběžné	<input type="checkbox"/> dílčí	<input type="checkbox"/> závěrečné
Užívání medikace – denní doba, nežádoucí účinky (co dělat).	<input checked="" type="checkbox"/> rozhovorem	<input type="checkbox"/> testem	<input type="checkbox"/> analýzou modelových úloh
Nácvik objednávání se na kontrolu k lékaři.	<input type="checkbox"/> zkoušením	<input type="checkbox"/> srovnáním	<input type="checkbox"/> kladením otázek
	<input type="checkbox"/> prezentací	<input type="checkbox"/> obhajobou	<input checked="" type="checkbox"/> individuální výstup
	<input type="checkbox"/> předvedením	<input checked="" type="checkbox"/> učení ostat.	<input type="checkbox"/> srovnání s ostatními eduk.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> praktické provedení
	EFEKT - EVALVACE VÝSLEDKŮ VÝUKY EDUKÁTOREM:		
	<input type="checkbox"/> ÚPLNÝ	<input checked="" type="checkbox"/> ČÁSTEČNÝ	<input type="checkbox"/> ŽÁDNÝ <input type="checkbox"/>
	SEBEHODNOCENÍ EDUKOVANÉHO: EFEKT		
	<input checked="" type="checkbox"/> ÚPLNÝ	<input type="checkbox"/> ČÁSTEČNÝ	<input type="checkbox"/> ŽÁDNÝ <input type="checkbox"/>
	DOPORUČENÍ:		
	Zopakování získaných informací před dimisí.		
EDUKACI PROVEDL/A podpis	Primární sestra, K. Průchová, S. Bačkovská – soc. pracovníce	DNE:	14. 9. 2007, 24. 9. 2007

**TÉMA EDUKACE: 2. Denní a noční režim**

TÉMA EDUKACE:	Význam denního a nočního režimu pro úspěšnou léčbu a resocializaci		
EDUKÁTOR:	primární sestra		
EDUKANT:	nemocná	ORGANIZAČNÍ FORMA:	
PODMÍNKY:	společenská místnost s nástěnkou (aktivity oddělení)	<input type="checkbox"/> individuální	<input type="checkbox"/> týmová <input checked="" type="checkbox"/> diferencovaná
ČAS: od - do	8:30 – 9:00 hodin	<input checked="" type="checkbox"/> skupinová	<input type="checkbox"/> hromadná <input type="checkbox"/>
VÝUKOVÉ CÍLE: <i>kognitivní, afektivní, psychomotorické</i>	kognitivně - behaviorální informativní	DIDAKTICKÉ POMUCKY:	
		<input type="checkbox"/> model	<input checked="" type="checkbox"/> textový materiál <input type="checkbox"/> televize
		<input checked="" type="checkbox"/> zobrazení	<input type="checkbox"/> počítač <input type="checkbox"/> obrázky
METODY:	POUŽITÉ METODY:		
a) <i>SLOVNÍ</i> (např. vysvětlení, přednáška, rozhovor, diskuse, dramatizace, písemná práce, práce - učebnicí, knihou, letákem aj)	slovní rozhovor, poučení, materiály na nástěnce		
b) <i>NÁZORNĚ DEMONSTRACNÍ</i> (např. pozorování, předvádění, modely, demonstrace obrázků, projekce, TV, ideo aj)	názorné osobní účast edukátora na aktivitách		
c) <i>PRAKTICKÉ ČINNOSTI:</i> (např. nácvik pohybových činností, nácvik pracovních dovedností, grafické a výtvarné činnosti)			
OBSAH TÉMATU:	MOTIVACE K VÝUCE:	<input checked="" type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Objasnění významu dodržování denního a nočního režimu na oddělení i doma.	OVĚŘOVÁNÍ ÚROVNĚ DOSAŽENÝCH CÍLŮ U EDUKANTA:		
Opakování stanoveného režimu na ranních komunitách – klienti sami.	<input type="checkbox"/> průběžné	<input type="checkbox"/> dílčí	<input type="checkbox"/> závěrečné
Význam aktivity přes den a pravidelnosti spánku v noci.	<input checked="" type="checkbox"/> rozhovorem	<input type="checkbox"/> testem	<input type="checkbox"/> analýzou modelových úloh
Zpracování návrhu nových informací na nástěnku.	<input type="checkbox"/> zkoušením	<input type="checkbox"/> srovnáním	<input checked="" type="checkbox"/> kladením otázek
	<input type="checkbox"/> prezentací	<input type="checkbox"/> obhajobou	<input checked="" type="checkbox"/> individuální výstup
	<input type="checkbox"/> předvedením	<input checked="" type="checkbox"/> učení ostat.	<input type="checkbox"/> srovnání s ostatními eduk.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> praktické provedení
	EFEKT - EVALVACE VÝSLEDKŮ VÝUKY EDUKÁTOREM:		
	<input type="checkbox"/> ÚPLNÝ	<input checked="" type="checkbox"/> ČÁSTEČNÝ	<input type="checkbox"/> ŽÁDNÝ <input type="checkbox"/>
	SEBEHODNOCENÍ EDUKOVANÉHO: EFEKT		
	<input checked="" type="checkbox"/> ÚPLNÝ	<input type="checkbox"/> ČÁSTEČNÝ	<input type="checkbox"/> ŽÁDNÝ <input type="checkbox"/>
	DOPORUČENÍ:		
	Sledování a zápis účasti nemocné na aktivitách. Kontrola spánku		
EDUKACI PROVEDL/A podpis	Primární sestra, K. Průchová	DNE:	14. 9. 2007, 17. 9. 2007



TÉMA EDUKACE: 3. Zvládání stresových situací

TÉMA EDUKACE:	Zvládání stresových situací		
EDUKÁTOR:	psychoterapeut		
EDUKANT:	nemocná	ORGANIZAČNÍ FORMA:	
PODMÍNKY:	psychoterapeutický kabinet, podložka na zem	<input type="checkbox"/> individuální	<input type="checkbox"/> týmová <input type="checkbox"/> diferencovaná
ČAS: od - do	11 – 11:30 hodin (denně po – pá)	<input checked="" type="checkbox"/> skupinová	<input type="checkbox"/> hromadná <input type="checkbox"/>
VÝUKOVÉ CÍLE: <i>kognitivní, afektivní, psychomotorické</i>	kognitivně - behaviorální	DIDAKTICKÉ POMUCKY:	
	afektivní	<input type="checkbox"/> model <input checked="" type="checkbox"/> textový materiál <input type="checkbox"/> televize	<input type="checkbox"/> zobrazení <input type="checkbox"/> počítač <input checked="" type="checkbox"/> hudba (CD)
METODY:	POUŽITÉ METODY:		
a) <i>SLOVNÍ</i> (např. vysvětlení, přednáška, rozhovor, diskuse, dramatizace, písemná práce, práce - učebnicí, knihou, letákem aj)	slovní		
b) <i>NÁZORNĚ DEMONSTRAČNÍ</i> (např. pozorování, předvádění, modely, demonstrace obrázků, projekce, TV, ideo aj)	informace o škodlivosti kouření, instruktáž – principy relaxace		
c) <i>PRAKTICKÉ ČINNOSTI:</i> (např. nácvik pohybových činností, nácvik pracovních dovedností, grafické a výtvarné činnosti)	náznorné - předvedení		
	praktické činnosti		
	nácvik		
OBSAH TĚMATU:	MOTIVACE K VÝUCE:	<input checked="" type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Informace o škodlivosti nikotinu na organismus.	OVĚŘOVÁNÍ ÚROVNĚ DOSAŽENÝCH CÍLŮ U EDUKANTA:		
Objasnění principu a účinků dynamické relaxace ve stresových situacích.	<input type="checkbox"/> průběžné	<input type="checkbox"/> dílčí	<input type="checkbox"/> závěrečné
Návrhy alternativního postupu v různých podmínkách (dopravní prostředek, v zaměstnání, v přírodě).	<input type="checkbox"/> rozhovorem	<input type="checkbox"/> testem	<input type="checkbox"/> analýzou modelových úloh
Náznorné předvedení dynamické relaxace dle Jacksona.	<input type="checkbox"/> zkoušením	<input type="checkbox"/> srovnáním	<input type="checkbox"/> kladením otázek
Nácvik relaxace – opakované.	<input type="checkbox"/> prezentací	<input type="checkbox"/> obhajobou	<input type="checkbox"/> individuální výstup
Zhodnocení pocitů jednotlivců a celé skupiny.	<input checked="" type="checkbox"/> předvedením	<input checked="" type="checkbox"/> učení ostat.	<input checked="" type="checkbox"/> srovnání s ostatními eduk.
Samostatné vedení relaxace nemocnou.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> praktické provedení
	EFEKT - EVALVACE VÝSLEDKŮ VÝUKY EDUKÁTOREM:		
	<input checked="" type="checkbox"/> ÚPLNÝ	<input type="checkbox"/> ČÁSTEČNÝ	<input type="checkbox"/> ŽÁDNÝ <input type="checkbox"/>
	SEBEHODNOCENÍ EDUKOVANÉHO: EFEKT		
	<input checked="" type="checkbox"/> ÚPLNÝ	<input type="checkbox"/> ČÁSTEČNÝ	<input type="checkbox"/> ŽÁDNÝ <input type="checkbox"/>
	DOPORUČENÍ:		
	Relaxace denně před obědem.		
EDUKACI PROVEDL/A podpis	MUDr. Harsa	DNE:	19. 9. 2007, 24. 9. 2007

Denní a týdenní režim oddělení

PO	8:45 KOMUNITA	9:30 LTV SKUPINA (léčebná tělesná výchova)	11:00 ARTETERAPIE	11:30 RELAXACE	13:00 PST SKUPINA (psychoterapie)	14:30 KERAMIKA
ÚT	8:45 KOMUNITA	9:00 ERGOTERAPIE		11:30 RELAXACE		14:30 CVIČENÍ S MÍČEM
ST	8:45 KOMUNITA	9:30 LTV SKUPINA (léčebná tělesná výchova)		11:30 RELAXACE	13:00 PRÁCE NA ZAHRADĚ	14:30 PROGRAM PRO DOBRÉ ZDRAVÍ
ČT	8:45 KOMUNITA	9:30 VELKÁ VIZITA	10:30 ERGOTERAPIE	11:30 RELAXACE	13:00 PST SKUPINA (psychoterapie)	14:30 MUZIKOTERAPIE
PÁ	8:45 KOMUNITA	9:30 LTV SKUPINA (léčebná tělesná výchova)		11:30 RELAXACE		14:30 JÓGA
SO + NE	VYCHÁZKY, NÁVŠTĚVY, INDIVIDUÁLNÍ PROGRAM, PRÁCE NA ODDĚLENÍ					

07:00

budíček

07:00 – 08:00

osobní hygiena, úklid pokojů

08:00 – 08:30

snídaně, léky

08:45 – 11:45

dopolední program

12:00 – 13:00

oběd, léky

14:30 – 15:30

odpolední program na rehabilitačním oddělení

15:30 – 17:30

individuální program – vycházky, návštěvy

17:30 – 18:30

večeře, léky

18:30 – 21:00

osobní volno

21:00 – 22:00

večerní hygiena

22:00

noční léky, večerka