

PSYCHICKÉ ZMĚNY U ŽEN V ŠESTINEDĚLÍ

Bakalářská práce

KLÁRA ZEMANOVÁ

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

Vedoucí práce: Mgr. Jana Kocurová

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení:

Datum obhajoby:

Praha 2010

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

Podpis

.....

PODĚKOVÁNÍ

Na úvod mé bakalářské práce bych chtěla poděkovat vedoucí mé práce Mgr. Janě Kocurové, která mé práci udávala směr, odborné rady a připomínky.

Poděkovat bych také chtěla zdravotnickému personálu Fakultní nemocnice Královské Vinohrady za ochotu a podporu při psaní. Dále Ing. Petře Zemanové za její trpělivost a podporu.

Velký dík patří pacientce R. R. za její souhlas a ochotu psát o ní praktickou část mé práce.

ABSTRAKT

ZEMANOVÁ, Klára. Psychické změny u žen v šestinedělí. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: Mgr. Jana Kocurová. Praha. 2010. s. 67.

Hlavním tématem bakalářské práce je rozpracování psychické stránky ženy během poporodního období tzv. šestinedělí, kdy je žena vystavena velké psychické a fyzické zátěži. Teoretická část bude obsahovat popis poporodního období, psychické prožitky ženy, možný výskyt psychopatologií, jejich charakteristiku a rady jak může v takovýchto stavech porodní asistentka ženě pomoci. Dále bych chtěla poukázat na možné dopady psychických onemocnění matky na její dítě. V praktické části se zaměřím na kazuistiku ženy po porodu s diagnostikovanou puerperální psychózou, kdy toto onemocnění mělo dopad na usmrcení jejího dítěte. V příloze bakalářské práce je přiložena studie vypracovaná pro Policii České republiky, která byla realizována v letech 1993 až 2002. Cílem této studie bylo zjistit fakta a počty úmrtí novorozenců v České republice v závislosti na poporodní psychóze žen.

Klíčová slova:

Nedělka. Šestinedělí. Porodní asistentka. Poporodní deprese. Poporodní období.

ABSTRACT

ZEMANOVÁ, Klára. Mental changes of women during the puerperium period. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., the degree of qualification: Bachelor. Supervisor: Mgr. Jana Kocurová. Praha. 2010. s. 67.

The main subject of my bachelor work is elaboration of mental side of women during the postpartum period, which is called puerperium. The woman is facing a big mental and physical alteration. The theoretical part contains description of postpartum period, mental experience of women, potential occurrence of psychopathology and its description and advices, how the midwife could help the woman in these states of mind.

Then I would like to refer to potential consequences of mental defect of mother to her baby. I also focus on the casuistry of the woman, that suffered from postpartum psychosis after her childbirth in the practical part. Her disorder had impact upon death of her baby. There is inclosed the pilot project of Police of the Czech Republic in the supplement of this work. This study is similar to my case, which is described in the practical part of the work. It was accomplished between the year 1993 and 2002 with the goal to find out facts and numbers of dead newborns in the Czech Republic.

Keywords:

Puerpera. Puerperium. Midwife. Postpartum depression. Postpartum period.

PŘEDMLUVA

Psychická pohoda, spokojenost, láska a trvalé zdraví. Sen každého člověka na této planetě. Každá žena zažívá při zrození svého potomka velký emocionální zážitek. Snem každé matky je zažít tento okamžik s pocitem štěstí a hrdosti.

Ne vždy se tento sen ženám splní, ne vždy je tento okamžik plný spokojenosti. Dnešní doba je plná spěchu, hektičnosti a kladení vysokých nároků. Což se může negativně projevat na psychickém stavu každého z nás. Pokud žena prochází ještě takovýmto emocionálním zatížením, může se stát, že někdy takové velké břemeno neunese.

Téma pro tuto práci jsem si vybrala, abych poukázala a informovala o výskytu možných psychopatologiích vyskytujících se u žen v období šestinedělí.

Účel práce je tedy zaměřen na projevy nejčastějších psychických onemocnění, které mohou nedělkou postihnout. Řešena je i následná terapie. Praktická část mé práce uvádí ošetrovatelskou činnost u konkrétní ženy, která si takovýmto onemocněním prošla. Podklady pro práci jsem nejprve čerpala z knižních publikací. Stěžejní část práce se však opírá o mou ošetrovatelskou činnost ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady.

Práce je určena studentům zdravotnických škol a všem, které téma zajímá, nebo těm, kteří pracují ve zdravotnických oborech, ve kterých se s touto problematikou setkávají.

ZKRATKY

AVF	Anteverzeflexe
arb.	Arbitrární koncentrace (jednotka)
atd.	A tak dále
AS	Aterosklerotické pláty
CT	Computer tomografie
d	Den
d. p.	Dle potřeby
DK	Dolní končetina
dx.	Dexter
DHA	Docosahexaenoic Acid – omega 3 mastné kyseliny
EEG	Elektroencefalografie
ECHOKG	Echokardiografie
EKG	Elektrokardiografie
EKT	Elektrokonvulzivní terapie
EMG	Elektromyelografie
EPDS	Edinburská škála postnatální deprese
FNKV	Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
FSH	Folikulostimulační hormon
HCG	Humání choriový gonadotropín
hod.	Hodina
i. m.	Intra muskulárně
IPT	Interpersonální psychoterapie
i.v.	Intravenózně
kg	Kilogram
kol.	Kolektiv
l	Litr
LH	Luteinizační hormon
LHK	Levá horní končetina
LKS	Levá komora srdeční
mg	Miligram

ml	Mililitr
mm	Milimetr
mmol	Milimoli
n. V	Nervus Vagus
NsP	Nemocnice s Poliklinikou
OCD	Obsedantně kompulzivní porucha
o. p. s.	Obecně prospěšná společnost
p. o.	Per os
PHK	Pravá horní končetina
RHB	Rehabilitace
RZP	Rychlá záchranná pomoc
s.	Stupeň
Sin.	Sinister
SSRI	Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu
tbl.	Tableta
USG	Ultrasonografie
UZ	Ultrazvuk

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Abdominální	Břišní
Absorbent střevní	Léková skupina pohlcující toxické látky ze zažívacího ústrojí
Afebrilní	Bez zvýšené teploty
Afektivně nestabilní	Náladově nestabilní, poruchy nálad.
Akra	Koncové části těla
Akrální	Koncový
Akroparéza	Částečná ztráta hybnosti koncových částí těla
Anteverze flexe	Dopředu nakloněná děloha (fyziologický stav)
Amenorea sekundární	Zástava menstruace ženy, která před tím fyziologicky menstruovala.
Anterográdní amnézie	Ztráta paměti v období po vzniku úrazu, či po nějakém stresujícím zážitku.
Antidepressiva	Léky proti depresím
Antiemetika	Léky proti zvracení pocitu na zvracení
Antihypertenziva	Léky proti vysokému tlaku
Antiparkinsonika	Léky proti Parkinsonově nemoci
Antipileptika	Léky proti epilepsii
Antipsychotika	Léky potlačující halucinace, bludy.
Antivertigóza	Léky proti závratím
Anxiolytika	Léky proti strachu
Arteria subklavia	Podklíčková tepna
Ascendentní	Vzestupné
Aortální chlopeň	Chlopeň mezi levou komorou a aortou, trojcípá, poloměsíčitá.
Apatický	Člověk bez zájmu, málo reagující na stimulační podněty, lhostejný.
Arbitrární	Jednotka veličiny arbitrární koncentrace
Artikulace	Vytváření hlásek mluvidly
Aterosklerotické pláty	Kornatění tepen
Atopický	Alergický
Benzodiazepiny	Léky potlačující úzkost, strach, sedativní účinky.

Bilaterální	Oboustranný
Cefalea	Bolesti hlavy
Computer tomografie	Speciální rentgenové vyšetření různých oblastí těla a zpracování výsledného obrazu počítačem.
Dekubit	Proleženina
Dexter	Označení pravé strany
Diagnostika	Rozpoznávací proces
Dilatace	Rozšíření
Dimise	Propuštění
Dispenzarizace	Vyhledávání
Diuretika	Léky s močopudným účinkem
Doplerovské vyšetření	Ultrazvukové vyšetření, zobrazující informace o rychlosti pohybu tkání, krve.
Dysfagie	Potíže s polykáním
Echokardiografie	Ultrazvukové vyšetření srdce
Elektroencefalografie	Neurologická vyšetřovací metoda zachycující mozkové elektrické potenciály.
Elektrokardiografie	Záznam akčních elektrických srdečních potenciálů z různých míst povrchu těla.
Elektrokonvulzivní terapie	Léčba elektrošoky
Elektromyografie	Záznam činnosti biopotenciálů kosterního svalstva.
Endogenní	Vnitřní
Etiologie	Příčina vzniku onemocnění
Endometrium	Děložní sliznice
Estradiol	Ženský pohlavní hormon ze skupiny estrogenů produkovaný ve vaječnících.
Estrogen	Pohlavní hormon pro vývoj sekundárních pohlavních znaků, periodický vývoj děložní sliznice.
Farmakorezistentní	Nereagující na léčbu léky.
Farmakoterapie	Léčba léky
Fatická porucha	Porucha řeči
Folikulostimulační hormon	Hormon stimulující u žen vaječníky, aby produkovali folikuly (váčky s vajíčkem).

Froment	Neurologické vyšetření, kdy při paréze nervus ulnaris je ztížené držení listu papíru mezi ukazovákem a palcem.
Grafoelement	Tvarové charakteristiky grafických záznamů funkcí organismu, zejména u EEG.
Gravidita	Těhotenství
Hospitalizace	Pobyt v nemocnici
Humánní choriogonadotropin	Hormon produkován v těhotenství vylučován močí (princip těhotenského testu).
Hyperventilace	Prohloubené, zrychlené dýchání
Hypnotika	Léky podporující spánek
Hypofýza	Podvěsek mozkový
Hypotenze	Nízký krevní tlak
Intaktní	Nedotčený
Integrovat	Začlenit
Interakce	Vzájemné působení, ovlivňování
Intramuskulárně	Do svalu (aplikace injekce)
Intravenózně	Do žíly (aplikace injekce)
Introvertní	Typ lidské povahy – tichý, uzavřený, klidný
Involuce	Fyziologické zmenšování orgánů (např. poporodní zmenšování dělohy)
Iritační	Dráždivé
Isokorické zornice	Stejná velikost zornic obou očí, stejné zornice
Karotidy	Arteria karotis – krkavice, krční tepna
Lakrimosní	Uplakaná
Laktace	Kojení
Laxancia	Léky uvolňující zácpu
Libido	Pohlavní pud, žádostivost, touha
Lucidní	Člověk s jasným vědomím
Luteinizační hormon	Hormon vyvolávající sekreci estrogenů, ovulaci a tvorbu žlutého tělíska.
Mitrální chlopeň též bikuspidální chlopeň	Dvojčipá chlopeň mezi levou síní a levou komorou.

Nervus Vagus	Bloudivý nerv
Nauzea	Pocit na zvracení
Neuroleptika	Viz. Antipsychotika
Normotonický	Fyziologický krevní tlak
Ortostatická hypotenze	Pokles krevního tlaku při změně polohy.
Ovarium	Vaječník
Oxytocin	Hormon podporující děložní kontrakce, kojení.
Per os	Ústní aplikace léku
Periferní	Koncový
Perikard	Osrdečník
Perorální	Ústní aplikace léku
Pneumonie	Zánět plic
Primipara	Prvorodička
Progesteron	Ženský pohlavní hormon navozující sekreční fázi menstruačního cyklu a růst děložní sliznice, působí i v období těhotenství.
Prognóza onemocnění	Jak se bude onemocnění vyvíjet do budoucna.
Prolaktin	Hormon stimulující tvorbu a vylučování mateřského mléka.
Psychotropní léky	Léky mající vliv na duševní stav člověka.
Puerperální	Poporodní
Recidiva	Opakující
Rektum	Řitní otvor
Regurgitace	Zpětné proudění krve
Rigidita	Ztuhlost
Sfinktery	Svěrač (ovladatelné vůli – řitní či v močovém měchýři).
Sinister	Levá strana
Suicidální	Sebevražedné
Synkopa	Mdloba
Taxe	Pohyb organismu směrem k určitému podnětu.
Terapie	Léčba
Testosteron	Mužský pohlavní hormon
Transtorakální	Skrz hrudník

Trapézový sval

Plochý trojúhelníkový sval na zadní straně krku a šíje. Umožňuje pohyb lopatky a hlavy.

Tremor

Třes

Trikuspidální chlopeč

Trojčípá chlopeč mezi pravou síní a pravou komorou.

Turgor

Kožní řasa

Vegetativní projev

Zvracení, motání hlavy, pocit na zvracení

Vertigo

Závrať

OBSAH

ÚVOD	17
TEORETICKÁ ČÁST.....	18
1 OBDOBÍ ŠESTINEDĚLÍ	18
1.1 Historie	18
1.2 Psychické změny v šestinedělí	19
1.2.1 Poporodní blues	20
1.2.2 Poporodní deprese.....	21
1.2.3 Poporodní psychóza	24
2 OBSEDANTNĚ KOMPULZIVNÍ PORUCHA.....	26
2.1 Obsese.....	26
2.2 Kompulze.....	26
3 TERAPIE	28
3.1 Ambulantní péče	28
3.2 Zdravotnická zařízení	29
3.3 Self – care	29
3.4 Psychoterapie	30
3.5 Farmakoterapie	30
3.6 Kognitivně-behaviorální terapie	32
3.7 Elektrokonvulzivní terapie.....	32
4 ŠESTINEDĚLÍ PO PORODU PATOLOGICKÉHO NEBO MRTVÉHO NOVOROZENCE.....	34
4.1 Novorozenec s vrozenou vývojovou vadou	34
4.2 Narození mrtvého novorozence	35
4.3 Pomoc rodině	35
4.4 Znovu otěhotnění	36
EMPIRICKÁ ČÁST	38
5 KAZUISTIKA	38
5.1 Anamnéza pacientky a základní vyšetření při příjmu	38
5.2 Doplnující vyšetření.....	41
5.3 Průběh hospitalizace	44
6 TERAPIE	47
6.1 Farmakoterapie	47
6.2 Psychoterapie	48
7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	49
7.1 Fyzikální vyšetření sestrou	49
7.2 Ošetřovatelská anamnéza.....	49
7.2.1 Vnímání zdraví.....	50
7.2.2 Výživa a metabolismus.....	50
7.2.3 Vylučování.....	50
7.2.4 Aktivita a cvičení	51
7.2.5 Spánek, odpočinek	51
7.2.6 Vnímání, smysly	51
7.2.7 Sebepojetí.....	51
7.2.8 Role – vztahy	51
7.2.9 Sexualita.....	52

7.2.10	Stres.....	52
7.2.11	Víra, životní hodnoty.....	52
7.2.12	Jiné	52
7.3	Ošetrovatelské diagnózy	53
7.3.1	Ošetrovatelské diagnózy aktuální	53
7.3.2	Ošetrovatelské diagnózy potencionální.....	63
ZÁVĚR		64
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY		67
PŘÍLOHY		

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Indikační skupina a nežádoucí účinky léků.....	46
---	----

ÚVOD

Mateřství je významnou etapou v životě ženy. Mnoho žen o toto období velice usiluje, ale ne všem je dopřáno tohoto cíle dosáhnout. V dřívějších dobách byl uctíván kult bohyně matky, kdy hlavním cílem bylo plození dětí za účelem zachování rodu. Následný ústup matriarchátu a zdůrazňování vlády mužů vedl k myšlence, že poslání ženy i její společenská role spočívá v rození dětí. Tím každé ženě byla již od počátku stanovena cesta, jakou musí následovat. Postupem doby se však ženy začaly této cestě vzdalovat.

V dnešní době ženy chtějí být svobodné, nezávislé, ambiciózní, vzdělané a schopné se samy ekonomicky zabezpečit. Na druhé straně je jejich přirozenost a vrozená citová potřeba vede k touze po založení rodiny a zrození potomka. Již v tak dnešní uspěchané době je pak velice těžké propojit a stihnout všechny nátlaky společnosti a vlastní přirozenost ženy. Ženy si po čase uvědomují, že z biologického hlediska je času na otěhotnění je málo. Většinou pak není jednoduché otěhotnět a ženy se tak ocitají se ve velkém psychickém nátlaku. Pokud se vše vydaří a gravidní žena prožívá své těhotenství, začíná se v některých případech ocitát ve strachu, aby vše dopadlo dobře, aby se nic během jejího těhotenství nepříhodovalo. Začíná se stále více pozorovat a porovnávat s ostatními. To může vést až k různým psychopatologiím a konfliktům, které mohou mít do budoucna za následek nedozírné problémy.

Učinit rozhodnutí stát se ze ženy matkou není jednoduché. Po narození dítě dochází k mnoha změnám. Nejdříve se mění tělo ženy, vztahy, její identita a samozřejmě chování. Všechny tyto změny jsou doprovázeny především psychickými změnami. Ty jsou ústředním tématem této práce.

Mateřství je hluboce emocionální osobní prožitek. Těhotenství, porod, narození dítěte a vlastní péče o dítě je velký zásah do psychiky ženy. Je to dlouhá cesta, kterou žena musí ujit. Každá žena však není na tuto cestu připravena a nebo po ní ani netouží, což je v dnešní uspěchané a sebestředně zaměřené době stále častější.

TEORETICKÁ ČÁST

1 OBDOBÍ ŠESTINEDĚLÍ

Období šestinedělí nazýváme období, které nastává po porodu placenty a trvá přibližně šest až osm týdnů po porodu. V tomto období dochází v organizmu ženy k návratu změn, které nastaly během těhotenství do stavu před otěhotněním. Takovéto změny se označují progresivními změnami, kdy dochází k involuci orgánů. Dále se rozvíjí laktace, která je označována jako progresivní změna v šestinedělí. Samozřejmě se v tomto období mohou vyskytovat i různé nepravidelnosti jako např. změny v psychice ženy (Roztočil, 2001).

1.1 Historie

Dlouho předtím než byly identifikovány poporodní deprese, bylo zjištěno, že ženy mají občasné zkušenosti s psychiatrickým onemocněním. V roce 460 př. n. l. Hippokrates popisoval puerperální horečku, kterou charakterizoval jako zamezení odtoku lochií, které byly vyplavovány do mozku, kde se tvořily depresivní stavy, mánie atd.

V 11. století gynekolog Trotula Salemo spekuloval, že když je děloha příliš prosáklá, tak se mozek naplní vodou a vlhkostí, která se dostane do očí a nutí ženy ronit slzy.

V 18. století konkrétně definoval puerperální psychózy a deprese Marce ve své práci Pojednání o šílenství u těhotné a kojící ženy, ve které se snaží pochopit poporodní duševní nemoci.

V 19. století se Esquirol pokusil o systematičtější uspořádání v díle O duševním odcizení (Poporodní psychóza a deprese [online], [citované 22. 3. 2010]. Dostupné

na internetu: <<http://translate.google.cz/translate?hl=cs&langpair=en%7Ccs&u=http://depression.about.com/cs/babyblue/a/postpartumdep.htm> >).

1.2 Psychické změny v šestinedělí

Ženská psychika je v tomto období velice zatížená. Jedná se hlavně o hormonální zatížení, které probíhá po porodu. Nedělka podstupuje velké fyzické změny, kdy se její organizmus vrací do původního stavu před porodem. V neposlední řadě se žena přizpůsobuje nové roli ve svém životě - roli matky.

Šestinedělí je období v životě ženy, kdy se střetává emocionální citění a prožitky, které působí na těhotenství a porod. Navíc k těmto prožitkům přibývají ještě prožitky z nedávného velmi silného zážitku, z porodu (Geisel, 1997).

Hlavní příčinou psychických změn na počátku šestinedělí bývá náhlá změna hormonální hladiny. V průběhu 72 hodin po porodu klesá v souvislosti s odloučením placenty hladina progesteronu a estrogenu v těle matky. Z hypofýzy se začíná do krevního oběhu uvolňovat prolaktin a oxytocin, proto je dobré hned po porodu pokud to situace umožňuje přiložit novorozence ke kojení. Hormonální změny probíhají i v dalších žlázách s vnitřní sekrecí, kde jejich produkce hormonů klesá (Ratislavová, 2008).

Kromě biologických změn, únavy a vyčerpání z porodu patří mezi významné faktory ovlivňující psychické vnímání šestinedělky i faktory psychosociální povahy. Žena je po porodu plná dojmů, přehrává si uplynulé situace neustále dokola i přesto, že je po porodu vyčerpaná a většinou nemůže usnout. Porovnává všechny své uplynulé prožitky se sebepojetím. Psychika ženy začíná přijímat novorozence jako samostatnou bytost, která existuje nezávisle na matčině těle. Žena navazuje citový vztah ke svému dítěti během každodenních činností jako je koupání, celkové starání se o něj, ale především kojení. Začíná být v plném zajetí myšlenek na dítě, soustředí se na péči o něj (Ratislavová, 2008).

V první porodní den bývá u nedělek pozorován vzestup radostné nálady. Většinou se jedná o přechodné období, které je vystřídáno citovou labilitou, úzkostí a obavami. Žena začíná být velice fyzicky vyčerpaná hlavně z nedostatku spánku a z pocitů jako je odpovědnost za dítě a jeho výchova. Žena si uvědomuje, že její fantazie o tomto úseku života se mění v realitu a ona neví, jestli vše zvládne tak, jak má. Začíná si také uvědomovat, že některé věci, které dělala před otěhotněním, už dělat nemůže. Nastává spousta odříkání a nastolení stálé pohotovosti. Než si šestinedělka zvykne na takovouto zátěž a než se zvládne o dítě postarat, prožívá často stavy, že je neschopná a nedostačující. Nejčastější sklon k potížím v šestinedělí mají prvorodičky, svobodné matky se špatným sociálním zázemím a ty ženy, které trpěly již v minulosti nějakým duševním onemocněním (Ratislavová, 2008).

1.2.1 Poporodní blues

Poporodní blues se objevuje okolo druhého či třetího dne po porodu u většiny nedělek. Procentuální vyjádření takto postižených nedělek se pohybuje okolo 80 % (Nicolson, 2001). Jedná se o subdepressivní epizodu. Poporodní blues se projevuje labilitou nálady, podrážděním, úzkostí, plačtivostí, zmateností, únavou, neklidem, pocity nejistoty a osamělosti, sníženou sebeúctou (Ratislavová, 2008).

Pocity se často střídají. Nejdříve se nedělka cítí plná euforie a potom upadne do pláče a úzkosti. Spouštěcími faktory mohou být různé podněty jako např. nezdary s kojením nebo pocit ženy, že se nedokáže postarat o své dítě (Kopřivová, 2005).

Příznaky poporodního bluesu mohou způsobovat i somatické potíže - bolesti v zádech, dysfagie, nechutenství k jídlu. Blues odeznívá okolo 10 dne šestinedělí. Pokud trvá delší dobu, začíná být varovným signálem k rozvoji poporodní deprese.

Příčiny tohoto stavu nejsou stále jasné. Vysvětlení uváděné v literatuře je různé. Většinou se píše, že poporodní blues se častěji vyskytuje u primipar. Vzhledem ke skutečnosti, že s touto situací nemají žádné zkušenosti a prochází neznámým fyzickým i psychickým vypětím poprvé, není o tom pochyb. Neví, co a jak se dělá, musí se vše naučit a ne každá žena to zvládá. Mezi další faktory ovlivňující psychiku ženy patří

i žádná nebo malá podpora okolí, manželská disharmonie, psychosexuální problémy nebo fakt, že toto těhotenství bylo nechtěné (Pařízek, 2006).

Pokud se poporodní blues udržuje pouze ve změnách občasných nálad a skončí do čtrnácti dnů, nevyžaduje žádnou lékařskou pomoc. Žena tyto stavy může konzultovat s porodní asistentkou či svým gynekologem. Při odchodu ženy z porodnice je důležité, aby byla dostatečně informována o možném výskytu těchto stavů a věděla, že se nejedná o výjimečné pocity. Jedinou prevencí může být předporodní příprava, kvalitní informovanost ženy i partnera po porodu a samozřejmě podpora ze strany rodiny a přátel (Ratislavová, 2008).

1.2.2 Poporodní deprese

Poporodní deprese je onemocnění, které se může objevit během prvních šesti měsíců. Není však výjimkou, že se vyskytne i za období delší jednoho roku po porodu novorozence. K depresi dochází v rozmezí 2 až 3 týdnů po porodu, kdy je žena již s dítětem doma a vše se navrácí do původního stavu. Manžel začíná chodit do práce, zájem rodiny a známých pomalu opadá a žena většinou zůstává sama doma s dítětem (Ratislavová, 2008).

Symptomy

Příznaky poporodních depresí jsou podobné jako u poporodního bluesu. Dochází však k jejich vystupňování na intenzitě. Pocity úzkosti, beznaděje a strachu vedou k tomu, že žena není schopná řešit své problémy. Žena je stále více unavená, což není následek pouze nevyspalosti, ale i snížení hladiny hormonů štítné žlázy. Dalším příznakem bývá nechutenství, které vede k velkým úbytkům na váze. Na druhé straně se často objevuje i přejídání. Hlavním příznakem poporodní deprese je skutečnost, že žena není schopna milovat své dítě, a tak se o něj starat, pečovat. Matka je k dítěti ambivalentní až úplně lhostejná. Ke všem těmto příznakům se mohou přidružit stavy obsese, kompulze, nadměrné pití alkoholu a také panické ataky. Matky popisují vtíravé myšlenky, které je neustále doprovází: „Co když ublížím dítěti?“. Často je takové myšlenky napadají, když vidí nějaký nebezpečný předmět: „Co když ho bodnu nůžkami?“ (Nicolson, 2001).

Mezi rizikové faktory ovlivňující vznik poporodní deprese můžeme zařadit zatíženou psychiatrickou anamnézu, kdy žena už před těhotenstvím trpěla depresemi nebo někdo z jejich pokrevních příbuzných jimi trpěl. Dalším faktorem může být psychická nepřípravenost matek na mateřství, nechtěné těhotenství, partnerské neshody, finanční problémy, nejistá perspektiva, odloučení matky a dítěte po porodu, porod v epidurální analgezi (Praško, 2005).

Diagnostika

Na určení diagnózy poporodní deprese není dobré používat testy běžně užívané na depresivitu, protože velké procento nedělek v nich často dosahuje patologických výsledků. Ve světě se v gynekologických praxích doporučuje využívat screeningové instrumenty jako je EPDS (Edinburghská škála postnatální deprese) a v případě pozitivního výsledku zajistit další následnou diagnostiku. Použitím tohoto testu je možné odhalit rozvoj poporodní deprese již v počátku. Aby se zabránilo přechodu onemocnění do chronicity, je nezbytné používat test již při screeningových metodách v šestinedělí (Psychologie pozdního šestinedělí [online], [citované 22. 3. 2010]. Dostupné na internetu:<<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-16/clanek.php?c=5>>).

Rozdělení

Rozlišujeme tři základní typy puerperální deprese. Tyto typy se od sebe odlišují různými symptomy, a proto vyžadují odlišná terapeutická řešení. Jedná se o insuficietní typ, nutkavý typ a panický typ.

Insuficietní typ je jeden z nejčastějších. Jedná se o negativní pocity, které žena prožívá a to jako např. „jsem špatná matka“. Takovéto příznaky se často rodí z nejistoty, kterou žena prožívá. Stále se zesilují a prohlubují. Tím dochází až k neschopnosti milovat své dítě a k totální hostilitě. Výsledkem je stále větší obviňování sebe samé za takovéto myšlenky a jediným východiskem pro ženu zůstávají suicidiální myšlenky, které jsou nakonec často realizovány. Tento typ deprese se může stále prohlubovat po depresivní spirále a pokud neskončí smrtí nedělky, může bez léčby přecházet do chronicity.

Nutkavým typem označujeme ženy, které trpí obsedantními myšlenkami. Tento typ se vyskytuje asi u 25% nedělek. Jedná se o myšlenky, které nutí matku nějakým způsobem dítěti ublížit (viz. kapitola č. 2). Ženám nahánějí často strach a neví, jak se zachovat. Je těžké o nich s někým mluvit, protože se za ně nesmírně stydí a obviňují se. Proto je těžké se včas o těchto myšlenkách nebo už o pokusech dozvědět, a tak často unikají pozornosti. Je důležité, aby lékař nebo porodní asistentka pokládaly při rozhovorech se ženou otázky typu: „Mluvila jsem s plno maminkami, u kterých se podobné situaci objevovali myšlenky, že nějak svému dítěti chtěly ublížit. Stalo se Vám někdy něco podobného?“. Myšlenka této věty spočívá v tom, že nedělce chceme ukázat, že v tomto problému není sama, že ne jenom jí napadají takové myšlenky. Tímto se snažíme snížit pocit viny a studu. Ve většině případů už tyto rozpravy se ženami mají terapeutické účinky.

Panický typ se vyznačuje ho panickými záchvaty úzkosti a hrůzy. V mnoha případech vzniká akutně a doprovází ho symptomy jako zrychlené dýchání, roztřesenost, bušení srdce, pocení. Vyskytují se ataky paniky, které jsou zatěžující samozřejmě jak pro ženu, tak i pro partnera. Žena se často obává ztráty sebeovládání, zešílení (Psychologie pozdního šestinedělí [online], [citované 22. 3. 2010]. Dostupné na internetu: <<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-16/clanek.php?c=5>>).

Terapie

Pokud se jedná o projevy mírné nebo střední poporodní deprese, zahajuje se léčba psychoterapeuticky. U těžkých forem deprese se zahajuje intenzivní léčba, zastavuje se laktace. Podávají se antidepresiva, případně hormonální terapie a celá léčba je doplňována psychoterapií. V některých krajních případech je nutná i hospitalizace. Tato léčba je dlouhodobá. Může trvat až 14 měsíců a není jisté, že se u ženy neprojeví znovu. Je důležité, jak už bylo uvedeno výše, aby byla žena dostatečně odborně informována o těchto důležitých skutečnostech. Je dobré nedělce doporučit, aby si našla trochu času sama na sebe, nekladla si na sebe vysoké cíle a trávila co nejvíce času se svými přáteli a rodinnými příslušníky. Také by měla vědět, kam se má obrátit pro pomoc, kdyby nastaly nějaké potíže. Toto onemocnění může mít jednoznačně dalekosáhlé a negativní dopady na vztah mezi matkou a dítětem (Ratislavová, 2008).

1.2.3 Poporodní psychóza

Poporodní psychóza je psychotické onemocnění, které se v minulosti označovalo jako laktační psychóza. S laktací však nemá nic společného. Vyznačuje se širokým spektrem psychotických příznaků. Terapie probíhá za hospitalizace, která je často nedobrovolná a spadá do kompetence psychiatrů. Poporodní psychózy postihují nedělkky mezi 2. až 4. týdnem po porodu dítěte. Procentuální vyjádření výskytu onemocnění se v literatuře velmi rozchází. Nejčastěji se uvádí počet okolo 1 % nedělek (Ratislavová, 2008).

Podle nových poznatků se psychózy rozdělují podle svých příznaků do několika skupin. Amentní psychóza se objevuje velice náhle a projevuje se velmi bouřlivým průběhem. Nedělkka je velice dezorientována. Objevují se u ní halucinace, a to jak sluchové, zrakové, tak i paranoidní bludy vztahující se k mateřství a k dítěti. Někdy i porodu a ke smrti. U této psychózy hrozí sebepoškození a vše je završováno amnézií (Ratislavová, 2008).

Další formou psychózy je manická psychotická forma, která občasně přechází do formy amentní. Žena se cítí psychicky nadnesená, mívá euforické nálady, pocity štěstí a objevuje se u ní megalomanie.

Tyto formy psychóz, jak forma amentní, tak forma manická mají relativně dobrou prognózu do budoucna. Mohou se, ale objevit v klimakteriu ve formě depresí. Literatury uvádějí, že se tyto formy psychóz neopakují v dalších graviditách. Léčí se okolo dvou a více měsíců.

Nejhorší prognózu má třetí typ poporodní psychózy. Jedná se o endogenní depresivní schizofrenní formu, která vzniká až při příchodu do domácího prostředí a může se objevit i v dalším těhotenství. Tato recidiva do dalšího těhotenství je velmi častá. Mezi rizikové faktory patří psychiatrické onemocnění v anamnéze žen, operační porod, patologický průběh těhotenství, rodinné problémy či somatické onemocnění v šestinedělí (Ratislavová, 2008).

Šestinedělky se léčí, jak už je uvedeno v předchozí kapitole, podáním psychofarmak a hormonální terapií. Pokud psychofarmaka přecházejí do mateřského mléka, musí se laktace zastavit. Jinak by hrozila intoxikace novorozence těmito látkami. Pokud je žena riziková, což znamená, že trpí některým psychotickým onemocněním, podávají se preventivně psychofarmaka po porodu. Zástava laktace však nebývá ve většině případů nutná (Praško, 2005).

2 OBSEDANTNĚ KOMPULZIVNÍ PORUCHA

Touto poruchou psychiky trpí v celé naší populaci 2 – 3 % lidí, avšak u onemocnění jako jsou poporodní blues nebo hlavně poporodní psychóza je tato choroba víc než častá.

2.1 Obsese

Tyto obtíže, jsou v naší populaci velice rozšířené. U většiny lidí se nevyskytují v takové míře, aby museli vyhledat lékařskou pomoc. Jedná se o vtíravé myšlenky či představy, které se nutí do mysli člověka, a to nezávisle na jeho vůli. Za normálních okolností není složité tyto myšlenky neutralizovat. Tyto myšlenky se dají představit nutkavým pocitem skočit pod vlak, přijíždějící metro, pomýšlením na sebevraždu, udělat něco co v dané situaci není úplně normální (Praško a kol., 2003).

Většinou nás tyto myšlenky odpuzují, stydíme se za ně. Mohou být nesmyslné a neodpovídají naší osobnosti. Vyvolávají je různé spouštěcí podněty (např. podání ruky), a jak bylo uvedeno v předchozí kapitole – pohled na nůžky, okno a jiné objekty při jejichž představě má matka nutkavé myšlenky ublížit svému dítěti (Praško a kol., 2003).

Obsesivní myšlenky jsou doplňovány kompulzí. V mnoha případech se spojují do jednoho onemocnění, a to do obsedantně kompulzivní poruchy (OCD) (Praško a kol., 2003).

2.2 Kompulze

Normální impulze, by se dala vyjádřit jako myšlenky, které se neustále opakují, aby zabránily nějaké katastrofě. Jsou to zcela běžné formy kontrolujícího chování.

Obsese vyvolává nutkavé jednání, což označujeme kompulzí, která sice tento pocit ztlumuje a vytváří tím aktivní obranu. Na druhé straně zvyšuje pocity studu a nesmyslnosti za tyto obsesivní, nutkavé myšlenky. Lidé se snaží myšlenky zastavit

a zabránit v projektování myšlenek do chování. Není to však snadné, protože pacientky pociťují úzkost, která nemizí, dokud tuto myšlenku neuskuteční (Praško a kol., 2003).

3 TERAPIE

Terapie spočívá v několika možných přístupech. Vždy se snažíme vyhnout farmakologické léčbě, která je velmi často mezi ženami odmítána. Nedělký si myslí, že farmaka mohou přestupovat do mateřského mléka, ale ne vždy je to pravda. Pokud trvají příznaky psychických problémů přes dva týdny, měla by být zahájena léčba naplánovaná lékařem. U těžších forem se kombinují různé formy psychoterapií s farmakoterapiemi. Čím dříve léčbu těchto onemocnění zahájíme, tím lepší bude prognóza do budoucna.

Psychiatrická péče je rozvíjena na základě zákona o poskytování zdravotní péče (státní a nestátní zdravotnická zařízení) č. 160/1992 Sb. část první § 3. Na základě toho zákona se můžeme setkat s ambulantní péčí, ústavní péčí a zvláštními zdravotnickými zařízeními (Juřeníková, Hůsková, 2001), (Zákon o zdravotní péči [online], [citované 21. 3. 2010]. Dostupné na internetu: <<http://ley.cz/?s112&q112=all>>).

3.1 Ambulantní péče

Ambulantní péče je určena pouze pro osoby, které jsou schopny do zdravotnického zařízení docházet. Ženě poskytuje komplexní psychiatrickou péči a úzce spolupracuje s ostatními odbornými lékaři např. psychology (Juřeníková, Hůsková, 2001). Psychiatrická ambulantní péče se označuje jako základní článek psychiatrické péče. Psychiatrické ambulance jsou často místem prvního kontaktu jedince s psychiatrickou péčí. Ambulance provádějí dispenzární péči u pacientů se závažnou duševní poruchou. Jejím úkolem je prevence, diagnostika, léčba i rehabilitace, resocializace a posuzování duševních poruch. V případě, kdy nedostačuje ambulantní léčba, indikuje ambulantní psychiatr léčbu v lůžkovém zařízení (Psychiatrická ambulantní péče [online], [citované 30. 3. 2010]. Dostupné na internetu: <http://www.wikiskripta.eu/index.php/Klinick%C3%A9_o%C5%A1et%C5%99ovatelstv%C3%AD>).

3.2 Zdravotnická zařízení

Mezi zdravotnická zařízení patří psychiatrická oddělení při nemocnicích. Psychiatrická oddělení mohou být uzavřená, kdy je omezený styk s okolím, otevřená, kdy je pacientkám umožněn volný pohyb. Indikaci k hospitalizaci a výběr oddělení určuje lékař.

Odborné léčebné ústavy se specializují na odbornou péči s vleklým průběhem onemocnění. V tomto případě se aplikují programy, které se zaměřují na RHB a metody pomáhající postiženým se nazpět integrovat do společnosti (Juřeníková, Hůsková, 2001).

Stacionářem označujeme zvláštní zdravotnická zařízení sloužící k zajištění diagnostiky a RHB péče u osob, které nevyžadují pravidelné zdravotní ošetření. Spadají sem také krizová zdravotnická centra, pro stavy psychické krize, RHB centra a protidrogová centra (Slezáková a kol, 2007).

3.3 Self – care

Domácí self – care nemůže nahradit lékařskou pomoc poskytovanou ženě. Je vhodný především pro ženy, které trpí poporodním bluesem nebo lehkými formami splínu. Jedná se vlastně o doplňující domácí terapii, která by měla vést ke zlepšení nálady. Léčba spočívá v několika radách, jak odvést pozornost od negativních nálad na různé činnosti v domácnosti (Dumoulin, 2006). Je dobré, aby se žena obklopovala členy rodiny, kamarády a nebála se požádat o pomoc s péčí o dítě. Měla by na sebe dávat pozor, co nejvíce odpočívat, využívat čas sama pro sebe a trávit čas s partnerem nebo kamarádkami. Rozhodně by neměla být stále zavřená doma. Raději by se měla stýkat s jinými matkami, se kterými si může vyměňovat názory a dojmy. Ženy tak dochází ke společnému porozumění, mohou se učit jedna od druhé a být si vzájemnou oporou. V podstatě se jedná o to, aby si žena nepřipadala v domácnosti uvězněná se svými problémy a snažila se je ventilovat na povrch (Bedrnová, 1999), (Poporodní deprese [online], [citované 6. 3. 2010]. Dostupné na internetu: <(http://translate.google.cz/translate?hl=cs&langpair=en%7Ccs&u=http://www.emedicinehealth.com/postpartum_depression/article_em.htm>).

3.4 Psychoterapie

Většinou je tento typ léčby doplňován farmakologickou léčbou. Psychoterapie samotná bývá účinná pouze u mírnějších forem onemocnění. Dalším odvětvím psychoterapie může být tzv. interpersonální psychoterapie (IPT), která je brána jako alternativa k medikaci. Tato psychoterapie pomáhá ženě se sociálními změnami, které jí doprovází. Kompletní terapie se skládá obvykle z dvanácti jednodinových sezení s psychoterapeutem. Bylo prokázáno, že takováto psychoterapie ženám pomáhá (Kratochvíl, 2005).

Dále je dobré, aby žena měla dostatečné množství informací o utišení plačícího dítěte a o péči o své dítě. Každá žena se neumí o své dítě dobře postarat, což by se vyřešilo dostatkem porodních asistentek v komunitní péči. V Holandsku je zabezpečena pomoc v domácnosti pomocnicí v mateřství, která je přítomna i mnoho dnů před porodem a žena je též pod kontrolou soukromé porodní asistentky. V Německu je porodní asistentka hrazena zdravotní pojišťovnou až osm týdnů po porodu (Behr, Hearst, 2007), (Psychologie pozdního šestinedělí [online], [citované 22. 3. 2010]. Dostupné na internetu: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-16/clanek.php?c=5>).

3.5 Farmakoterapie

Těžší formy deprese mohou být doprovázeny neurovegetativními příznaky. Než zahájíme léčbu, musíme vyloučit zdravotní příčiny a poruchy nálad jako například chudokrevnost, poruchu štítné žlázy atd. Do léčby musíme zahrnout důkladnou anamnézu, fyzikální vyšetření a rutinní laboratorní testy (biochemické, hematologické testy). Léčbu připravujeme podle závažnosti onemocnění. Farmakologická léčba je aplikována ženám, které trpí středně těžkými až těžkými depresivními příznaky, nebo když žena nereaguje na nefarmakologickou léčbu. Samozřejmostí je kombinace farmakologické a nefarmakologické léčby (Praško, 2005).

Nejčastěji se používají selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), které patří mezi nejúčinnější používané léky v léčbě poporodní deprese.

Používají se standardní dávky antidepresiv Fluoxetin (Prozac) 10 - 60 mg/d, Citalopram (Celexa) 20 - 60 mg/d, Generic (Escitalopram) 10 – 20 mg/d. Mezi nežádoucí účinky léků v této kategorii patří nespavost, nevolnost, potlačení chuti k jídlu a možná sexuální dysfunkce.

Dále se předepisují serotonin – inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu (SNRI), které jsou také účinné na deprese a úzkosti. Jedná se o Duloxetin (Cymbalta) 40 - 60 mg/d, Venlafaxin atd. Tricyklická antidepresiva se používají u žen s poruchami spánku. Některé výzkumy ukázaly, že ženy lépe reagují na lékovou kategorii SSRI. Tyto tricyklická antidepresiva mají často nežádoucí účinky - sedace, přibývání na váze, sucho v ústech, zácpa.

Typické příznaky choroby pomíjejí až po delší době léčby, a to po dvou až čtyřech týdnech. Někdy je nutné dávku zvýšit. Dále se používají anxyolitika, která se používají na léčbu strachu, úzkosti a nespavosti. Nejčastěji užívaným lékem je Lorazepam či Clonazepam. U poporodních depresí a hlavně u puerperální psychózy se používají tzv. stabilizátory nálady - kyselina valproová, lithium či Karbamazepin.

Kromě antidepresiv a anxyolitik se mohou používat ještě doplňky stravy, především železo a vitamíny. Nyní se zkouší ještě nutriční terapie, která spočívá v aplikaci tzv. esenciálních mastných kyselin DHA, omega 3 mastných kyselin, které se vyskytují převážně v rybách a mořských řasách. Účinek těchto kyselin by měl zlepšovat neurologický vývoj dítěte a snižovat riziko vzniku poporodní deprese, avšak tato terapie je ještě v začátcích a prokázání její úspěšnosti není zatím stoprocentní.

Do farmakoterapie zařazujeme i hormonální terapii, která spočívá v aplikaci estrogenu, který se kombinuje s antidepresivy, případně se dodávají i hormony štítné žlázy. Pokud se žena rozhodne kojit, měla by vědět, že všechny psychotropní látky přestupují do mateřského mléka. Koncentrace těchto látek v mléce se však velmi liší.

Při užívání tricyklických antidepresiv během kojení jsou sérové hladiny antidepresiv nízké nebo nezjistitelné. U žen léčených kyselinu valproovou a karbamazepin by žena neměla kojit, protože tyto léky vyvolávají u dítěte

hepatotoxicitu. Také lithium je vylučováno ve velkých koncentracích do mateřského mléka a může způsobit závažnou toxicitu.

Samozřejmě je důležité, aby žena dodržovala užívání předepsaných léků a nepřestávala je užívat do doby, než se lékař rozhodne léčbu vysadit (Poporodní deprese – terapie [online], [citované 6. 3. 2010]. Dostupné na internetu: <(http://translate.google.cz/translate?hl=cs&langpair=en%7Ccs&u=http://emedicine.medscape.com/article/271662-overview)>).

3.6 Kognitivně-behaviorální terapie

Tato léčba spočívá v pomalých krocích od nejlehčích k náročnějším tak, aby odstranila obsese a následné kompulze. Léčba je přichystána pro každého pacienta individuálně. Dodává odvalu a podporuje ženu v obávaných situacích. Během léčby žena zaznamenává subjektivně prožívanou úzkost. Má tak možnost se naučit, že úzkosti z myšlenek a myšlenky samy o sobě klesají na intenzitě (Praško, 2003), (Praško, J.; Kosová, J., 1998).

3.7 Elektrokonvulzivní terapie

Elektrokonvulzivní terapie (elektrošoky) se považuje za kontroverzní terapii psychiatrie. Používá se u farmakorezistentních pacientů a u těžkých depresí se sebevražednými sklony. Při použití elektrošoků musí být zajištěna správná indikace a správná metodika léčby. K léčbě pomocí EKT musíme dokonale zhodnotit diagnózu, symptomatickou závažnost, anamnézu onemocnění a zvážit poměry rizik oproti léčebnému zisku.

Tento druh terapie se hlavně používá u depresivních, manických a schizofrenních poruch. Příprava před výkonem spočívá v osmihodinovém lačnění a podání nezbytných léků dvě až tři hodiny před výkonem. Dále se zajistí žíla, očistí se spánky lihem a připraví se elektrody na EEG, EKG a možné jsou i elektrody na EMG. Výkon probíhá v celkové anestezii. Konvulze musí být delší než 20 sekund,

jinak nejsou efektivní. Seifertová uvádí, že optimální délka konvulze je 20 až 90 sekund. Také považuje EKT za nejefektivnější terapii v psychiatrii, která se vyznačuje širokým spektrem indikací a rychlým nástupem účinku při malém množství negativních účinků. Z tohoto důvodu se využívá i u těhotných žen po celou dobu jejich těhotenství (Elektrokonvulzivní terapie [online], [citované 6. 3. 2010]. Dostupné na internetu: <<http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH100/04seif.htm>>). (Místa umístění elektrod viz. Příloha A)

4 ŠESTINEDĚLÍ PO PORODU PATOLOGICKÉHO NEBO MRTVÉHO NOVOROZENCE

Žena ve většině případů pozná, pokud tato zpráva nebyla už dříve zveřejněna lékařem, že v momentálním těhotenství není něco v pořádku. Rodina při tomto zjištění prožívá mimořádnou zátěž, která prověřuje soudržnost, podporu a schopnosti celé rodiny (adaptační schopnost). Začínají se hroutit představy ženy, rodiny o plánování společného života s dítětem. Někdy dochází i k zhroucení vztahu a následnému rozchodu mezi partnery, protože jeden druhému připomíná, co se stalo. Lidská psychika prochází několika fázemi než se s negativní zprávou vyrovná. Žena se uchyluje do osamocení a uzavírá před okolním Světem dveře. Prožívá absolutní zmatek, kdy vůbec neví co bude do budoucna a staví se do opozice proti všem, kteří ji chtějí pomoci.

4.1 Novorozenec s vrozenou vývojovou vadou

Žena už o postižení svého dítěte většinou ví od svého lékaře. Pokud se rozhodne v těhotenství pokračovat, znamená to, že si je vědoma všech následků a dopadů, kterým bude muset do budoucna čelit, a tím dopřát svému postiženému dítěti co největší komfort a výchovu během jeho života.

Někdy se může stát, že se postižení diagnostikuje a oznámí matce až po porodu. Žena po porodu svého dítěte zažívá nejkrásnější chvíle a pocity štěstí ze svého právě narozeného potomka a i skutečnost, že v pořádku zvládla porod. Matka ovšem během chvíle však vytuší, že něco není v pořádku. Je tedy dobré, aby lékař sdělil tuto informaci rodičům co nejdříve, aby se s ní vyrovnali a naučili žít hned od začátku (Ratislavová, 2008).

V rodině dochází ke zhroucení představy, že se mělo narodit zdravé dítě a rodina začíná zvažovat budoucnost dítěte, a tak přemýšlí, jak bude vše zvládat. Navíc rodiče vnímají narození postiženého dítěte jako stigma, protože to znamená, že se od ostatních rodin se zdravými dětmi liší. Začíná se narušovat partnerský vztah. Porodní asistentka

by měla rodičům doporučit nějakého odborníka, který jim pomůže zvládnout takovou situaci (Ratislavová, 2008).

4.2 Narození mrtvého novorozence

Narození mrtvého dítěte není závažné jenom pro ženu a jejího partnera, ale pro celou rodinu. Většinou to bývá tak, že je to poprvé, kdy rodiče mrtvého dítěte prožívají silné a intenzivní pocity. K těmto pocitům se přidává absolutní zmatek, který může vygradovat halucinatorními myšlenkami, které se týkají dítěte a starání se o něj.

Žena se cítí velice osamělá, odmítá pomoc od ostatních rodinných příslušníků i od partnera. Nemůže snést blízkost jiných dětí a těhotných žen. Ženy mívají záchvaty zlosti a velké úzkosti. Epizody neklidu jsou doprovázeny nechutenstvím a nespavostí. Ztrácejí pocit smysluplnosti života a upadají do společenské uzavřenosti (Ratislavová, 2008).

Žena nikdy nezapomene na ztrátu svého dítěte, protože vše okolo ji dítě připomíná. Do budoucna to budou hlavně jeho narozeniny. Někdy se může stát, že partnerství rodičů nemusí unést všechn zármutek a může dojít k jejich rozchodu. Smutek ze ztráty dítěte a následně i z rozchodu vede k prohloubení už tak vyhocené situace.

Nejtěžším období bývá den smrti dítěte, jeho narozeniny a různá výročí (Ratislavová, 2008).

4.3 Pomoc rodině

Tyto situace vyžadují odbornou pomoc psychologa nebo psychiatra. V některých případech je nevyhnutelná i hospitalizace na psychiatrickém oddělení. Je důležité, aby ženě byla vyslovena podpora a poradenství.

Pokud žena dochází do ambulantní péče, personál v čele s porodní asistentkou, která je v kontaktu se ženou nejvíce, zjišťuje známky patologických reakcí, které pak probírá s lékařem.

Mezi reakce ženy patří nejčastěji útlum reakcí, které se neprojevují ztrátou vědomí. Žena se snaží potlačit emoce, a tím vyvolává silné apatické stavy. Dále se žena velice často uchyluje k alkoholu a bez výjimky sahá i k tvrdším drogám. Toto stádium je vyvoláváno většinou depresemi, úzkostmi a velikou zlostí, která nejčastěji dopadá na zdravotní personál či partnera. Všechny tyto faktory vyvolávají psychosomatické projevy (Ratislavová, 2008).

V neposledním případě je dobré, aby žena navštěvovala komunitní péči, která spojuje ženy se stejnými problémy. Zde dojde k porozumění, které potřebuje a bude vědět, že takovýto osud nepotkal pouze jenom ji (Praško, 2005).

4.4 Znovu otěhotnění

Každý pár se ne vždy rozhodne zplodit další dítě, a proto je nutné, aby se partnerům dostala podpora a vysvětlení, že tato volba nemusí být konečná.

Pokud se rány na duši aspoň trochu zahojí a žena opětně zatouží po dalším těhotenství, je to velice dobrou známkou. Těhotenství může být pro ženu velikou emoční vzpruhou, ale může se stát, že truchlení po zemřelém dítěti se zakonzervuje v nitru matky a po porodu se může projevit poporodní deprese.

Většina rodin bere své další dítě v této situaci jako náhradu za to zemřelé, zidealizované dítě. Přitom by se mělo jednat o nového člena rodiny. Velice často se setkáváme s tím, že rodiče přenášejí své představy na dítě. To není schopné žít podle jejich představ. Častým patologickým jevem je případ, kdy svému nově narozenému dítěti chtějí rodiče dát stejné jméno zemřelého dítěte. To však znamená, že žena není ještě připravena na příchod dalšího potomka (Geisel, 1997).

Pokud se partnerům rozhodne pomoci porodní asistentka, měla by si nejdříve rozmyslet, jak k tomuto problému bude přistupovat. Musí umět ženě naslouchat, neobviňovat jí. Důležité je, aby porodní asistentka mluvila o zemřelém dítěti jako o osobě, nazývala ho jeho jménem, neměla by mluvit o něm jako o plodu nebo potratu (Nicolson, 2001).

Před těhotenstvím by měla žena vyhledat pomoc, poradit se svým gynekologem nebo porodní asistentkou, případně dle jejich rady navštívit odborníka, který by s ní probral její připravenost na další graviditu (Ratislavová, 2008).

EMPIRICKÁ ČÁST

5 KAZUISTIKA

Dvaceti devítiletá pacientka přijata v ambulanci neurologické kliniky ve Vinohradské nemocnici pro časté kolapsové stavy nejasné etiologie. Vertigo při změně polohy a poporodní psychózu (léčenou neuroleptiky), která byla už diagnostikovaná po porodu jejího prvního dítěte (16. 6. 2008, chlapec 53/3550), které zemřelo ve třech měsících. Byla hospitalizována v psychiatrické léčebně Petrohrad z důvodu zhoršující se poporodní úzkosti, neklidu ústící do hyperventilačních křečí a psychotického záchvatu, které propukli okolo čtvrtého dne po porodu dítěte. Do dnes se cítí velice vyčerpaná.

5.1 Anamnéza pacientky a základní vyšetření při příjmu

Ke sběru anamnézy jsem využívala informací odebraných od pacientky, z lékařské a ošetrovatelské dokumentace a v neposlední řadě od nejbližších příbuzných klientky.

Odebraná anamnéza

Jméno: R. R.

Věk: 29 let

Váha: 88 kg

Výška: 170 cm

Sociální anamnéza: Vystudovala integrovanou školu, obor asistentka podnikatele. Po ukončení školy pracovala v notářské kanceláři 7 let až do odchodu na mateřskou dovolenou. Vdaná 2 roky, bydlí s manželem, těhotenství bylo plánované, 18. 9. 2008 úmrtí dítěte.

Osobní anamnéza: Dne 16. 6. 2008 porod chlapce (první gravidita), těhotenství probíhalo fyziologicky, porod bez komplikací (53/3550). Po čtyřech dnech přeložena z oddělení šestinedělí NsP Chomutov do Psychiatrické léčebny Petrohrad (20. 6. 2008 - 4. 7. 2008), kde dle pare z porodního oddělení NsP Chomutov se několik dní po porodu zhoršovala úzkost, objevoval se narůstající neklid, ústící do hyperventilačních křečí a psychotických záchvatů. Od porodu dítěte téměř nespala, cítila se velmi vyčerpaná a neodpočatá. Podle slov pacientky jí nešli zavřít oči. Budila se strachem o dítě, aby se neudusilo. Vzpomínala na mrtvou matku, která zemřela před třemi lety. Stýskalo se jí po ní a bylo jí líto, že jí vnouče nemůže ukázat. Dodnes nechápe, jak mohl její syn tolik přibývat na váze a pak zase váhu ztrácet. Jednou měl 4 kila a pak zase o půl kila méně. Smutek z matčiny smrti jí trápí do teď. V tomto období byla velice lucidní, afektivně nestabilní, lakrimosní. Byla zde v psychiatrické léčebně Petrohrad vyšetřena psychologem, který určil poporodní psychózu, která se projevovala psychotickými poruchami, vadou vnímání a paměti (anterográdní amnézií).

Dne 18. 9. 2008 byla dovezena RZP do Psychiatrické léčebny Petrohrad z důvodu neadekvátní reakce na úmrtí syna. V místě úmrtí zasahovala i policie. Při zjišťování informací lékařem v léčebně zřejmě došlo k vytěsnění informací o úmrtí dítěte a přítomnosti policie v místě bydliště. O synovi hovořila jako o živém, popisovala jak dobře přibývá na váze. Propuštěna byla 22. 9. 2008 na žádost manžela.

Postupně byla třikrát hospitalizována na interním oddělení v NsP Louny pro recidivující kolapsové stavy. Z interního hlediska však bylo vše v pořádku. Při zhoršených potíží jí byla doporučena hospitalizace na psychiatrickém lůžkovém zařízení.

Pacientka docházela do soukromé psychiatrické ambulance v Lounech se závěrem neorganizované psychotické poruchy. Poslední návštěva 2. 2. 2009.

Abusus: nekouří, nepije alkohol

Farmakologická anamnéza: Ketilept 200 mg 0-0-1 tbl. p. o

Neurol 0,5 mg 0-1-0 tbl. p. o

Medrin 0,5 mg 1 tbl. p. o

Pracovní anamnéza: asistentka notáře Louny

Alergická anamnéza: neuguje

Nynější onemocnění

R. R. byla přijata v neurologické ambulanci FN Královské Vinohrady v Praze k doporučené hospitalizaci na místní neurologickém oddělení z důvodu dovyšetření jejího zdravotního stavu. Hospitalizace byla doporučena kvůli stále přetrvávajícím kolapsovým stavům a mdlobám, které by mohly souviset s předešle diagnostikovanými onemocněními. Při nástupu do nemocnice se cítila dobře. Udávala pouze závratě, které se prohlubovaly při změně polohy. Bolesti hlavy ani křeče v té chvíli neměla. Poruchou řeči nebo hybnosti netrpěla.

Objektivní vyšetření lékařem

Pacientka orientovaná, lucidní bez fatické poruchy, bez dušnosti, afebrilní, orientovaná časem, místem, osobou. Artikulace v normě.

Hlava: na poklep nebolestivá, bez známek poranění po pádech. Hlavové nervy: bulby v ose, volně pohyblivé všemi směry, zornice isokorické, reagující na osvit, čítí na obličej symetrické, výstupy n. V nebolestivé, vrásky i mimika symetrická, patrové oblouky zvedá symetricky, jazyk plazí středem.

Krk: karotidy pulsují symetricky bez přítomnosti šelestu, lehce citlivé horní části trapézových svalů oboustranně, C páteř: citlivá rotace v krajních polohách oboustranně, rigidita šíje 1. stupně.

Horní končetiny: hybnost i svalová síla akrálně i kořenově symetrická bez deficitu, reflexy C5/C8 symetrické, živé, pyramidové jevy iritační negativní, chladná potivá akra oboustranně, jemný nekonstantně statický tremor bilaterální, rigidita PHK, Froment dx + (při paréze n. ulnaris je ztížené držení listu papíru mezi ukazovákem a palcem), bez atrofí, taxy na obou končetinách symetrická.

Dolní končetiny: bez atrofí, obě končetiny bez akroparéz, hybnost i svalová síla bilaterálně bez deficitu, taxy správná, rigidita dx. Sporně.

Stoj: lehká instabilita se subjektivním tahem dozadu, chůze lehce rigidní, se snížením pohybů dx. Břicho měkké, prohmatem nebolestivé, sfinktery intaktní. Pacientka afebrilní.

Závěr při příjmu

U pacientky je přítomno vertigo s vegetativním doprovodem při změně polohy, s opakovanými kolapsovými stavy s výraznou nestabilitou stoje, chůze a s tendencí k pádu do zadu a doprava, bez přemístění končetin. Dále je přítomna léčená poporodní psychóza.

5.2 Doplnující vyšetření

Doplnující vyšetření bylo provedeno ve FNKV dne 7. 2. 2009. Zjištěné hodnoty z odběrů krve a moče jsou uvedeny níže.

Biochemické vyšetření krve:	Natrium 144 (135 – 146 mmol/l)
	Kalium 4,10 (3,80 – 5,40 mmol/l)
	Chloridy 105 (97 – 109 mmol/l)
	Kalcium 2,49 (2,05 – 2,65 mmol/l)
	Urea 5,30 (2,83 – 8,35 mmol/l)
	Kreatinin 60 (53 – 110 mmol/l)
	Celkový bilirubin 18,9 (1,0 – 22,0 mmol/l)
	ALT 0,32 (0,10 – 0,75 mmol/l)
	AST 0,22 (0,10 – 0,75 mmol/l)
	Alkalická fosfatáza 1,71 (0,10 – 2,29 mmol/l)
	Cholesterol 4,31 (3,60 – 5,20 mmol/l)
	Glukosa 6,51 (3,60 – 6,10 mmol/l)
	Osmolalita 296 (275 – 295 mmol/l)
	C-reaktivní protein 18,4 (0,0 – 12,0 mmol/l)
Krevní obraz:	Leukocyty 6,5 (4 – 10 x 10 ⁹ l)
	Erytrocyty 5,14 (4,30 – 5,70 x 10 ¹² l)
	Hemoglobin 15,2 (13,5 – 17,2 g/l)
	Hematokrit 49,2 (38,0 – 52,0 %)

Trombocyty 238 (135 – 400 x 10⁹ l)

Moč a sediment:

U-pH 7,5 (5,0 – 6,5)

U-Bílkovina 0-1 (0 – 0 arb.j)

U-Glukosa 0 (0 – 0 arb.j)

U-Ketolátky 0 (0 – 0 arb.j)

U-Bilirubin 0 (0 – 0 arb.j)

U-krev 0 (0 – 0 arb.j)

U-Spec.hmot.1016 (1015 – 1030 Kg/m³)

MM-Erytrocyty 2 (0 – 12 počet/ul)

MM-Leukocyty 52 (0 – 20 počet/ul)

MM-Bakterie přítomny

MM-Dlaždic.epitelie 39 (0 – 20 počet/ul)

MM-hlen přítomny

Koagulační vyšetření 13. 2. 2009: APTT test 32,6s (28,0 – 38,0)

APTT kontrola 31,2s (28,0 – 38,0)

APTT/R 1,05 (0,80 – 1,20)

Quickův test 12,8s (11,0 – 15,0)

Quick kontrola 13,0s (11,0 – 15,0)

INR 0,98 (0,80 – 1,20)

Doplňen krevní odběr 10. 2. 2009: HCG <1,0 netěhotné <5

Gynekologické vyšetření: Porod 8/2008 od té doby nemenstruuje, udává sekreci z prsu. Pochva volná, čípek hladký, krev 0. Děloha v AVF normálně veliká, okolí bez patologických změn. UZ vag. děloha v AVF 68 x 30 mm, endometrium homogenní 11 mm, ovarium dx. 27 x 23 mm normálního vzhledu, ovarium sinister nezobrazeno.

Závěr: Sekundární amenorea. Doporučen odběr HCG. Při negativě aplikovat agolutin 2 ampule i. m. Pokud nezačne krvácet odběr hormonálního profilu za 14 dní. Hormonální profil – prolaktin, LH, FSH, estradiol, progesteron, testosteron. Při pozitivě začne- li krvácet do 14dnů, odběr hormonálního profilu 2. den krvácení.

Psychiatrické vyšetření: Pacientka si dodnes nepamatuje, že byla hospitalizována po porodu v Psychiatrické léčebně v Petrohradě. Nyní je plačtivá, spontánně hovoří o úmrtí syna. Doporučena úprava medikace. Snížení dávek Kvetiapinu a přidat antidepresivum + Citalec 10 mg. Dále doporučuji docházení do psychiatrické ambulance v Lounech, kam pacientka před nástupem do FNKV docházela.

Transtorakální ECHO-dopplerovské vyšetření – vyšetřitelnost horší. Dvojrozměrná ECHOKG – velikost srdečních oddílů: průměr levé komory: 55 mm, průměr levé síně: 30 mm, průměr pravé komory: 26 mm, ascendentní aorta: 45 mm. Tloušťka myokardu: septum 10 mm a zadní stěna 9 mm. Funkce levé komory: ejekční frakce 65 %. Kinetika levé komory: mírně synchronní kontrakce.

Nález na chlopních Mitrální chlopeň: norm. Aortální chlopeň: bikuspidální chlopeň, separace cípů dobrá. Trikuspidální chlopeň norm. Perikard bez výpotku.

Závěr: Normální funkce a kinetika LKS, bikuspidální aortální chlopeň s méně významnou aortální regurgitací, dilatace ascendentní aorty. Doporučeno kontrolní ECHO a 1 rok kardiologická dispenzarizace.

USG karotid – v průběhu karotid nejsou patrné AS pláty, průtokové parametry jsou normální. Arteria subklavia mají vysokorezistentní signál bez turbulencí. Nejsou prokázány hemodynamicky významné změny na karotidách.

EEG – Difúzně abnormní dezorganizovaný záznam bez ložiska nebo lateralizace. Bez epileptických grafoelementů.

CT mozku – N zhotovených skenech jsou bazální cisterny symetrické. Postraní komory mají přiměřenou šíři. Mozkové struktury mají obvyklou konfiguraci, ložiskové změny nejsou patrné. Bez známek tlaku. Závěr: Patologické změny mozku nejsou patrné.

5.3 Průběh hospitalizace

Den 1. - 7. 2. 2009

Pacientka je přijata na oddělení v 8:45 hodin, pacientce se motá hlava, cítí se velmi unavená, není si jistá při chůzi. Trpí nauzeou. Snaží se sníst oběd, ale po pár soustech zvrací. Dle ordinace lékaře byl aplikován Torecan 1 ampule i. m. Dále byly naordinovány odběry krve, moče a je jí natočeno EKG. Pacientce je objednáno psychiatrické a gynekologické vyšetření. Dále byla domluvena psychoterapie. Pacientce se měří krevní tlak třikrát denně a tělesná teplota dvakrát denně.

Den 2. - 8. 2. 2009

Pacientka přes noc třikrát zvracela, podána opět 1 ampule Torecanu i. m. Momentálně se cítí dobře, bez kolapsových stavů. Dle ordinace zaveden periferní žilní vstup do LHK a podán 1000 ml Ringerova roztoku. Pacientce bylo dnes provedeno psychiatrické konziliární vyšetření pro opakované kolapsové stavy, vertigo, smutek, pro léčenou poporodní psychózu a pro potvrzení či vyloučení depresivního syndromu. Z psychiatrického konzilia vyplývá, že pacientka si z minulé hospitalizace v psychiatrické léčebně Petrohrad, kde byla hospitalizována pro poporodní psychózu, si nic nevybavuje. Pacientce upravena medikace. Byl jí přidán Citalec 10 mg 1-0-0 a Neurol 0,5 mg 0-1-0.

Den 3 - 9. 2. 2009

Pacientka dnes unavená, hypotenzní (95/70 Torrů), stále trpí závratěmi a nejistotou při chůzi. Dnes provedeno EEG vyšetření, kdy byl vyšetřen mírně abnormní záznam bez ložisek nebo lateralizace. EEG je podle lékaře lepší než EEG prováděné 23. 1. 2009. Večer pacientka upadla. Udává, že se jí zamotala hlava a pak si už nic nepamatuje. Pacientka ležela po pádu na chodbě v nepřírozeně strnulé poloze se silně připaženými rukama a křečovitě zavřenými očima. Byl vypracován protokol o pádu pacienta. Kontrola fyziologických funkcí probíhá čtyřikrát denně.

Den 4 - 10. 2. 2009

Pacientka se těší na návštěvu své rodiny, zdá se být dobře naladěna. Je bez poruchy vědomí a senzomotorického deficitu. Objevilo se u ní průjmové onemocnění.

Dle ordinace lékaře je jí předepsána suchá dieta a přidána medikace Carbo medicinalis 0-1-1. Dále bylo provedeno gynekologické vyšetření, kde byl doporučen odběr HCG a podle výsledků doporučená další léčba. Také jsem objednávala ECHO–dopplerovské vyšetření.

Den 5 - 11. 2. 2009

Pacientka ráno v devět hodin upadla při mytí rukou na toaletě. Udává stav s krátkým bezvědomím. Po procitnutí zavolala zdravotní sestry. Byla u ní opět zaznamenána nepřírozená poloha pádu (strnulá vertikální poloha, připažené ruce a zavřené oči). Není viditelné žádné zranění a pacientka žádné ani neudává. Protokol o jejím pádu byl zaznamenán. Periferní žilní vstup PHK byl přepíchnut.

Den 6 - 12. 2. 2009

Pacientka se dnes cítí podrážděně, objevuje se u ní třes obou horních končetin. Nechce se s nikým bavit, je plačtivá a úzkostná. V odpoledních hodinách se pacientce nálada zlepšila, přišel za ní manžel. Dnes také uděláno transtorakální ECHO–dopplerovské vyšetření, kde byla zjištěna dilatace ascendentní aorty a doporučena dispenzarizace kardiologem do budoucna. Pacientce i manželovi bylo vše vysvětleno lékařem. Stále měříme fyziologické funkce čtyřikrát denně.

Den 7 - 13. 2. 2009

Pacientka si stěžuje na tremor prstů horních končetin a na bolesti hlavy. Bylo jí tedy naordinováno analgetikum Novalgín p. o. Odpoledne bylo pacientce už lépe. Vyprazdňování stolice je podle pacientky již v pořádku. Pacientka má malý pitný režim. Denně vypije okolo jednoho litru tekutin. Měříme denní bilanci tekutin. Odebrala jsem pacientce krev na hemokoagulační vyšetření a HCG dle ordinace lékaře. Poté jsem ji objednala na CT mozku.

Den 8 - 14. 2. 2009

Pacientka ve 3:15 hod. opět upadla na chodbě na zem. Zamotala se jí hlava. Neudává žádná zranění, přesto byl proveden záznam o pádu. Poloha pádu stále stejná. Nyní je orientovaná, spolupracuje, problémy s vyprazdňováním neudává. Chování se mi zdá být přiměřené. Objevuje se u ní zájem o výsledky prodělaných vyšetření. Dnes velice komunikativní, aplikace medikace dle ordinace lékaře. Vertigo či nauzeu neudává

pouze přetrvávající tremor horních končetin. Koncem dne přepíchnut periferní žilní vstup PHK.

Den 9 - 15. 2. 2009

Pacientka nebyla přítomna na lékařské vizitě. Odpoledne udávala chvilkové zatmění před očima, ale hlava se jí prý nemotala. Dnes opět omdlela (14:30 hod.). Pacientka říká, že se jí zamotala hlava a uhodila se do ramene o stěnu. Přítomen byl její manžel, který pád popsal souhlasně. Protokol o pádu pacienta byl vypracován. Také bylo uděláno kontrolní EEG, které je souhlasné s předchozím. Pacientka se k večeru nachází v mírně depresivní, plačtivé náladě. Mrzí ji, že není doma. Na noc si vyžádala lék na spaní dle ordinace lékaře.

Den 10. - 16. 2. 2009

Pacientce dnes uděláno USG karotid, které neprokázalo hemodynamicky významné změny na karotidách. V noci spala klidně, a tak se cítí vyspalá a odpočatá. Má radost, že venku je hezky a těší se na návštěvu rodiny. Tremor horních končetin udává jako slabý. Krevní tlak se pohybuje v rozmezí od 100/70 Torrů do 120/70 Torrů. Tlak je měřen už jen dvakrát denně.

Den 11. - 17. 2. 2009

Pacientka by chtěla být propuštěna domů. Je bez nauzey, vertiga a cefaley. Cítí se dobře. Tremor je stejné intenzity jako včera. Dnes doděláno vyšetření CT mozku, které je bez patologických změn. Lékař podal pacientce informace. Pacientka je chápě. Dle dohody s lékařem bude možná zítra dimise. Periferní žilní vstup z PHK byl odstraněn.

Den 12. - 18. 2. 2009

Pacientka prý nemohla dospat rána, jak se těší domu. Udává mírné točení hlavy při pohybu ze sedu do stoje. Tlak je normotonický. Pacientka je poučena o tom, jak má užívat léky a jak má dodržovat určitá opatření naordinovaná lékařem.

6 TERAPIE

Terapie pacientky probíhala ve dvou fázích, ve farmakoterapii a psychoterapii.

6.1 Farmakoterapie

Léčba perorální: Ketilept 200 mg 0-0-½

Citalec 10 mg 1-0-0

Medrin 0,5 mg ½ - ½-½

Neurol 0,5 mg 0-1-0 tbl.

Carbo medicinalis d. p.

Stilnox 0-0-1 (hypnotikum)

Léčba intravenózní: 1000 ml Ringerova roztoku 1-0-0

Léčba intramuskulární: Torecan 1 ampule dle potřeby antiemetikum, antivertiginózum.

Tabulka č. 1 - Indikační skupina a nežádoucí účinky léků

Název léků	Aplikace	Indikační skupina	Nežádoucí účinky
Ketilept 200 mg	p. o.	Antipsychotikum Neuroleptikum	Ospalost, nauzea, sucho v ústech, zácpa, tachykardie, zvýšené ALT, AST.
Citalec 10 mg	p. o.	Antidepresivum	Možná nevolnost, ospalost, sucho v ústech, potivost.
Medrin 0,5 mg	p. o.	Antiemetikum Antivertigozum	Útlum, nespavost, poruchy soustředění, sucho v ústech, kožní vyrážky.
Neurol 0,5mg	p. o.	Anxiolytikum Antidepresivum	Ospalost, neostré vidění, třes, poruchy paměti, soustředění, nevolnost, zmatenost.
Stilnox	p. o.	Hypnotikum	Závratě, ospalost, pocit slabosti, nauzea, bolesti hlavy.
Carbo medicinalis	p. o.	Střevní adsorbens	Černé zbarvení stolice.

Torecan	i. m.	Antiemetikum, antivertiginózum	Bolesti hlavy, neklid, závratě.
Ringerův roztok	i. v.	Krystaloidní roztok	Poruchy rovnováhy elektrolytů v těle, hyperhydratace.

6.2 Psychoterapie

Pacientce byla druhý den poskytnuta podpůrná psychoterapie psychologem, který za ní docházel dvakrát do týdne. Léčba spočívala ve slovním pochopení pacientky, probírání situací z minulosti, řešení jejích problémů a emočním usměrnění. Pacientka vnímala tento druh terapie jako pozitivní. Na jednom ze sezení s psychologem byl přítomen i manžel pacientky.

7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Za klientkou jsem docházela ve volném čase do Vinohradské nemocnice na ženskou neurologickou oddělení F1 po dobu její celé hospitalizace. Informace byly odebírány od pacientky, jejího manžela, příbuzných a z lékařské dokumentace. Zhodnocení ošetřovatelských cílů bylo prováděno průběžně během hospitalizace, pokud to charakter cíle umožňoval, nebo na konci jejího pobytu nemocnici.

7.1 Fyzikální vyšetření sestrou

Celkový vzhled: unavená, bledá, upravená

Puls: 78/min, pravidelný

Krevní tlak: 100/50 Torrů

Dýchání: 18/min, pravidelné

Tělesná teplota: 36,5 °C

Kůže: bledá bez lézí

Výška: 170 cm

Hmotnost: 88 kg

Chybějící části těla: ne

Posouzení rizika pádu: 5 bodů, preventivní opatření vzniku pádu jsou nutná

Barthelův test základních denních činností: 80 bodů (lehká závislost)

Riziko vzniku dekubitů podle rozšířené stupnice Nortonové: 30 bodů (do 25 riziko vzniku dekubitů).

(Ukázky testů viz. Přílohy C, D, E)

7.2 Ošetřovatelská anamnéza

Marjori Gordonová sestavila rámec 11 funkčních modelů zdraví, kdy sestra sbírá údaje o dysfunkčním a funkčním chování pacienta (Kozierová, 1995, s. 186). Tyto

funkční modely jsem použila ke sběru ošetřovatelské anamnézy a následovně jsem vyhodnotila z těchto modelů několik ošetřovatelských diagnóz.

7.2.1 Vnímání zdraví

Pacientka vnímá svůj zdravotní stav úzkostně, nepříznivě. Často pláče a cítí se velmi unavena. Chtěla by být se svým manželem doma. Stále hovoří o svém zemřelém synovi, těší se na další dítě, které prý bude také syn a kterému by chtěla dát stejné nebo podobné jméno. Je si jista, že nynější onemocnění, souvisí pouze s úmrtím jejího syna a ne s poporodním obdobím. Před otěhotněním chodila dvakrát týdně cvičit aerobik, nyní až jí to zdravotní stav dovolí, by se ke cvičení chtěla vrátit. Pacientka nebere na vědomí, že by její zdravotní stav po porodu druhého dítěte mohl mít stejný nebo podobný průběh jako v nynějším onemocnění.

Nalezené ošetřovatelské problémy: Ochota doplnit chybějící vědomosti

7.2.2 Výživa a metabolismus

Pacientka přijímá potravu samostatně bez pomoci. Trpí častou nauzeou a zvracením. Doma nedodrží žádnou speciální dietu. Pacientce naordinována dieta č. 3 Racionální. Pacientka jí pětkrát až šestkrát denně. Vypije 1,5 litru tekutin denně. Kožní turgor fyziologický. Kůže bledá, bez kožních defektů a poranění. Schopnost hojení ran dobrá. Stav vlasů, nehtů a chrupu dobrý. Sliznice vlhké, bledé. Tělesná teplota 36,7 °C. Výška 170 cm. Váha 88 kg. Za posledních půl roku (od 14. 7. 2008) přibrala 15 kg.

Nalezené ošetřovatelské problémy: Nauzea.

7.2.3 Vylučování

Pacientka tvrdí, že nemá žádné problémy s vylučováním moče ani stolice. Stěžuje si, že její pokoj je od toalety daleko, proto má problém tam s vertigem dojít. Moč je čirá, bez příměsí. Pacientka momentálně trpí obstipací stolice, poslední stolice byla před třemi dny. Projímadla nepoužívá. Nemá naučeny žádné vyprazdňovací návyky. Pocení pacientky je v normě.

Nalezené ošetřovatelské problémy: Zácpa.

7.2.4 Aktivita a cvičení

Pacientka před otěhotněním chodila pravidelně cvičit aerobik. Nyní se stále cítí unavená. Trpí synkopami, a proto ji nynější stav cvičit nedovoluje. Pacientka nemá na cvičení ani chuť. Přes den také často usíná. U pacientky přetrvává pocit nejistoty při chůzi, často udává točení hlavy a závrať.

Nalezené ošetřovatelské problémy: Chůze porušená.

7.2.5 Spánek, odpočinek

Pacientka udává dlouhotrvající problémy se spánkem, hlavně s usínáním. V noci se často budí. Udává neklidný spánek, zdají se jí zlé sny. Pacientka spí denně 5 hodin. Často usíná i přes den. Cítí se nevyspalá a neodpočatá. Dle potřeby užívá léky na spaní (Stilnox).

Nalezené ošetřovatelské problémy: Spánek porušený.

7.2.6 Vnímání, smysly

Pacientka neudává žádné smyslové poruchy. Brýle ani jiné kompenzační pomůcky nenosí. Na pravidelné kontroly nedochází. Nyní je orientována v prostoru a v čase.

Nalezené ošetřovatelské problémy: Únava.

7.2.7 Sebepojetí

Pacientka trpí depresivními stavy a smutkem ze ztráty dítěte. Je spíše introvertní povahy. Myslí si, že v momentální situaci toho prožila více než za celý život.

Nalezené ošetřovatelské problémy: Smutek anticipační.

7.2.8 Role – vztahy

Pacientka žije v rodinném domě s manželem. Před nástupem na mateřskou dovolenou pracovala jako asistentka notáře v místě svého bydliště, ve které je spokojená. Rodinné vztahy jsou dobré i vzhledem k momentálnímu onemocnění.

Rodina ji stále navštěvuje. Pacientka se někdy straní společnosti, a to hlavně osobám, které nezná.

Nalezené ošetřovatelské problémy: Společenská interakce porušená.

7.2.9 Sexualita

Pacientka žila aktivním sexuálním životem do porodu dítěte. Nyní tuto potřebu zcela postrádá. Bezdětná. První menstruace v šestnácti letech. Před graviditou pravidelný 28 ± 3 denní cyklus. Nyní od porodu dítěte nemenstruuje, a proto navštěvuje gynekologickou ordinaci.

Nalezené ošetřovatelské problémy: Sexuální dysfunkce.

7.2.10 Stres

Pacientka udává za posledních několik let spousty zátěžových a stresových situací. Před třemi lety jí zemřela matka na nádor prsu. Po porodu svého prvního dítěte trpěla diagnostikovanou poporodní psychózou. Před půl rokem došlo k úmrtí jejího syna. V posledních měsících je pacientka stále překládána do různých zdravotnických zařízení (NsP Chomutov, Psychiatrická léčebna Petrohrad, Nemocnice Louny, FNKV, ambulantní psychiatrická ordinace).

Nalezené ošetřovatelské problémy: Přemístění, stresový syndrom.

7.2.11 Víra, životní hodnoty

Pacientka vidí momentální životní hodnotu ve svém uzdravení a znovu otěhotnění. Chtěla by jet s manželem na dovolenou, prý někam k moři. Je ateistka, i když pochází z věřící katolické rodiny.

Nenalezeny žádné ošetřovatelské problémy.

7.2.12 Jiné

Jiné podstatné sdělení pacientka nemá.

7.3 Ošetrovatelské diagnózy

Z odebrané ošetrovatelské anamnézy podle M. Gordonové, jsem vyhodnotila deset ošetrovatelských aktuálních diagnóz a dvě potenciální. M. Gordonová uvedla, že sesterské diagnózy, neboli klinické diagnózy, vytvořené sestrami popisují kombinaci znaků a symptomů. Ty poukazují na skutečné nebo potenciálně zdravotní problémy, které jsou sestry na základě jejich vzdělání a zkušeností schopné, oprávněné a povinné léčit (Kozierová, 1995, s. 190).

7.3.1 Ošetrovatelské diagnózy aktuální

1. Ochota doplnit chybějící vědomosti z důvodů nedostatečné informovanosti pacientky a jejich blízkých projevující se žádostmi ze strany pacientky a její rodiny o informace.
2. Nauzea z důvodu vegetativních projevů základního onemocnění projevující se nepříjemným pocitem v epigastriu a zvracením.
3. Chůze porušená z důvodu ortostatické hypotenze projevující se točením hlavy, klopýtnutími a pády.
4. Spánek porušený z důvodu stresové situace projevující se špatným usínáním a nočním buzením.
5. Únava z důvodu nespavosti projevující se častým spaním přes den a sníženou schopností provádět fyzické práce.
6. Společenská interakce porušená z důvodu poruchy sebekoncepce projevující se nezájmem účastnit se společenského života.
7. Sexuální dysfunkce z důvodu ztráty životních hodnot a konfliktu zájmu o sebe i ostatní projevující se ztrátou libida.
8. Přemístění, stresový syndrom z důvodu neustálých přesunů z jednoho prostředí do druhého projevující se úzkostmi, depresemi, poruchami spánku a pocitem osamělosti.
9. Zácpa z důvodu snížení celkové aktivity projevující se abdominální bolestí, pocitem plynatosti a plnosti v rektu.
10. Smutek antipační z důvodu ztráty blízké osoby projevující se plačtivostí, depresivní náladou a občasnou neochotou komunikace.

Ošetřovatelská diagnóza 00134

Nauzea z důvodu vegetativních projevů základního onemocnění projevující se nepříjemným pocitem v epigastriu a zvracením.

Cíl: Pacientka se cítí lépe a nevyskytuje se u ní nauzea (do konce hospitalizace).

Výsledná kritéria:

- Pacientka je dostatečně hydratována (do 2 dnů).
- Pacientka přijímá potravu bez vedlejších projevů a komplikací (do 4 dnů).
- Pacientka nepociťuje nevolnost a nucení na zvracení (do 7 dnů).

Ošetřovatelské intervence:

- Podávejte pacientce antiemetika dle ordinace lékaře.
- Informujte pacientku, aby konzumovala jídlo a pití v malých dávkách.
- Odstraňte všechny vnější vlivy, které mohou vyvolat nauzeu a zvracení.
- Zajistěte u pacientky denní bilanci tekutin.
- Zaznamenávejte častost, charakter a obsah zvratků.
- Zajistěte pacientce dostatečnou hygienu po zvracení.

Realizace: Pacientku jsem informovala o množství jídla a pití, o jeho dávkách přes den. Snažila jsem se s pacientkou rozebírat jaké vůně, či věci u ní vyvolávají pocity na zvracení. U pacientky jsme zavedly příjem a výdej tekutin za 24 hodin. Do dekursu jsem zaznamenávala množství a charakter zvratek.

Vyhodnocení: Pacientka bere v úvahu moje poučení o jídle, hygieně a pitném režimu. Dle ordinace lékaře jsem aplikovala příslušná antiemetika a zavedli jsme nitrožilní linku pro doplnění elektrolytů a zavodnění pacientky. Cíle a výsledných kritérií bylo dosaženo.

Ošetřovatelská diagnóza 00088

Chůze porušená z důvodu ortostatické hypotenze projevující se točením hlavy, klopýtnutími a pády.

Cíl: Pacientka se pohybuje bezpečně a volně dle jejího přání (do 5 dnů).

Výsledná kritéria:

- Pacientka chápe důležitost různých bezpečnostních opatření (do 4 hodin).
- Pacientka využívá kompenzační pomůcky v rámci bezpečnosti (do 5 hodin).
- Pacientka je schopna vykonávat aktivity běžného dne (do 2 dnů).

Ošetřovatelské intervence:

- Zjistěte poruchu chůze v návaznosti na určitou činnost.
- Zjistěte přítomnost možných komplikací, které se mohou vyskytovat (úrazy u pádů)
- Zjistěte negativní účinky léků.
- Zajistěte pacientce vhodné kompenzační pomůcky, pro usnadnění pohybu.
- Ved'te pacientku k soběstačnosti.
- Dbejte na prevenci pádů a bezpečnost pacientky.
- Měřte dle ordinace lékaře fyziologické funkce pacientky.
- Dej do blízkosti pacientky signalizační zařízení a pouč ji o něm.

Realizace: Pacientku jsem poučila, jak se má zvedat bezpečně z postele a ze židle. Neměla by vykonávat žádné rychlé pohyby. Měla by se vždy pohybovat s oporou někoho nebo s kompenzační pomůckou. Dále jsem pacientce ukázala různé úchyty, aby se cítila jistěji. Měřila jsem pacientce čtyřikrát denně krevní tlak a puls. Odstranila jsem z její blízkosti předměty, o které by se při pádu mohla zranit. Přemístila jsem jí co nejbliže k toaletě a koupelně.

Vyhodnocení: Pacientka spolupracovala, dostala se mi od ní i zpětná aktivita, kdy si sama zajišťovala i bezpečný prostor okolo sebe. Ošetřovatelské intervence byly splněny. Cíle bylo dosaženo částečně.

Ošetřovatelská diagnóza 00161

Ochota doplnit chybějící vědomosti z důvodu nedostatečné informovanosti pacientky a jejích blízkých projevující se žádostmi ze strany pacientky a její rodiny o informace.

Cíl: Pacientka a její rodina je dostatečně informována o probíhajícím onemocnění a léčbě (do konce hospitalizace).

Výsledná kritéria:

- Pacientka chápe informace a v plné šíři jim rozumí (do konce hospitalizace).
- Pacientka správně provádí naučené postupy a procedury (do konce hospitalizace).
- Pacientka aktivně vede rozhovory se zdravotnickým personálem (do 2 hodin).

Ošetrovatelská intervence:

- Zjistěte, zda je pacientka orientována a podle potřeby jí podávejte informace.
- Vysvětlujte pacientce a její rodině výkony, pomůcky, nástroje a přístroje, které během ošetřování používáte.
- Ujistěte se, jestli vám pacientka a její rodina dostatečně rozuměla.
- Povzbud'te pacientku a její rodinu, aby se ptala na vše, co jí bude nejasné.
- Používejte slovní zásobu, které pacientka a její rodina bude rozumět.
- Informujte pacientku a rodinu podle případného plánu a pokračujte jen v případě, že jste si ověřili, že vám pacientka rozuměla.
- Podávejte pacientce a rodině, jen takové informace, které pro ně mají význam.

Realizace: Při návštěvě rodiny pacientky jsem pozvala lékaře k její rodině, aby jim podal žádoucí informace o pacientčině stavu, léčbě a prognóze. Dále jsem samotné pacientce domluvila rozhovor s lékařem, aby si mohla vyjasnit své informace o jejím zdravotním stavu. Při provádění výkonů dle ordinace lékaře a u ošetrovatelských výkonů jsem pacientce vše podrobně vysvětlovala a na její případné dotazy jsem odpovídala.

Vyhodnocení: Cíl i výsledná kritéria byla splněna. Pacientka ani její rodina nadále neudávala nedostatek informací.

Ošetrovatelská diagnóza 00011

Zácpa z důvodu snížení celkové aktivity projevující se abdominální bolestí, pocitem plynatosti a plnosti v rektu.

Cíl: Pacientka se vyprázdní (do 2 dnů).

Výsledná kritéria:

- Pacientka zná příčiny svého onemocnění (do 1 hodiny).
- Pacientka se pravidelně vyprazdňuje, frekvence a konzistence stolice jsou v mezích normy (do 2 dnů).
- Pacientka nepocítuje bolesti ani nadměrnou námahu při defekaci (do 2 dnů).
- Pacientka je informována o účincích laxancií (do 0,5 hodiny).
- Pacientka je informovaná o jídlech bohatých na vlákninu (do 45 minut).

Ošetrovatelská intervence:

- Informujte pacientka o škodlivosti pravidelného používání projímadel.
- Zjistěte způsoby, jakými se pacientka před hospitalizací vyprazdňovala.
- Zjistěte dobu trvání obtíží s vyprazdňováním.
- Zajistěte soukromí při defekaci pacienta.
- Zjistěte negativní účinky léků, které pacientka užívá.
- Dle ordinace lékaře aplikujte případná laxancia či klyzma.
- Zajistěte výživu s dostatečným přísunem vlákniny.
- Aktivizujte pacientku přes den.

Realizace: S pacientkou jsme si o obtížích s defekací promluvily. Doporučila jsem jí potraviny a tekutiny s vysokým obsahem vlákniny. Snažila jsem se pacientku pobízet k aktivitě přes den. Zajistila jsem jí soukromí na toaletě při defekaci. Dle ordinace lékaře jsem aplikovala laxancium.

Vyhodnocení: Pacientka se vyprázdnila a zařadila do svého jídelníčku doporučené potraviny a tekutiny. Cíl a výsledná kritéria byla splněna.

Ošetrovatelská diagnóza 00059

Sexuální dysfunkce z důvodu ztráty životních hodnot a konfliktu zájmu o sebe i ostatní projevující se ztrátou libida.

Cíl: Pacientka nepodléhá obavám ze sexu a cítí sexuální potřebu (do konce hospitalizace).

Výsledná kritéria:

- Pacientka se pokusí zlepšit partnerskou komunikaci (do 10 dnů).
- Pacientka se nestydí a neobviňuje za sexuální touhu (do konce hospitalizace).

Ošetřovatelské intervence:

- Zjistěte sexuální anamnézu a názory pacientky na momentální situaci.
- Posuďte vliv stresujících faktorů prostředí, ve kterém pacientka žije, které by mohlo být příčinou úzkostných stavů.
- Zjistěte negativní účinek užívaných léků.
- Vyhýbejte se jakéhokoliv odsuzování nejrůznějších projevů jedince.
- Vytvořte klidnou a otevřenou atmosféru pro rozhovor.
- Nabídněte možnost pomoci v sexuologické poradně.
- Nabídněte možnost individuální a skupinové psychoterapie.

Realizace: S pacientkou jsem postupně zahajovala diskuse o tomto tématu, kdy se pacientka postupně komunikativně otevírala a přiznala přání dalšího těhotenství. Pacientce bylo domluveno po dobu hospitalizace sezení s kvalifikovaným psychologem dvakrát týdně. Pacientka i mimo hospitalizaci dochází ke svému psychiatrovi, kde tyto otázky společně řeší.

Vyhodnocení: Pacientka se snažila se mnou hovořit během hospitalizace otevřeně. Cíle a výsledných kritérií bylo dosaženo částečně.

Ošetřovatelská diagnóza 00114

Přemístění a stresový syndrom z důvodu neustálých přesunů z jednoho prostředí do druhého projevující se úzkostmi, depresemi, poruchami spánku a pocitem osamělosti.

Cíl: Pacientka se v novém prostředí cítí lépe a verbalizuje pocit zabezpečení a důvěry (6dnů).

Výsledná kritéria:

- Pacientka se integruje do společnosti spolupacientů (do 4 dnů).
- Pacientka nevyjadřuje obavy a hněv nad přestěhováním (do 2 dnů).
- Pacientka aktivně komunikuje se zdravotnickým personálem (do 1 dne).

Ošetrovatelské intervence:

- Naučte pacientku verbalizovat své pocity a problémy.
- Zjistěte příčinu stavu.
- Motivujte blízké pacientky k podpůrnému jednání.
- Zjistěte, jak pacientka vnímá změnu a co čeká do budoucna.
- Zjistěte, zda jsou přítomny náboženské nebo kulturní obavy.
- Ukažte pacientce okolí a vysvětlete jí denní řád oddělení.
- Pobídněte pacientčinu rodinu, aby nové místo dle vhodnosti učinili osobnějším pomocí obrázků a věcí pacientky.
- Dle možnosti zapojte pacientku do denních činností, aby se předešlo stresu.
- Pacientku pobídněte k různým koníčkům, osobním kontaktům a aktivitám, které povzbuzují a stimulují mysl.

Realizace: Pacientku jsem ze začátku nezahlovala informacemi, postupně jsem ji začala integrovat k jiným pacientům (např. společné obědy, sledování televize, společenská místnost). Promluvila jsem s rodinou pacientky, aby ji povzbuzovali a donesli fotky a věci, které má pacientka ráda a které ji udělají radost. Promluvila jsem s ostatním zdravotnickým personálem, aby se k pacientce snažili chovat mile a vstřícně. Ukázala jsem pacientce denní chod oddělení a podporovala ji v jejích koníčcích.

Vyhodnocení: Pacientka se cítí a chová lépe. Je komunikativnější a integrovanější ve společnosti spolupacientů. Cíle a výsledných kritérií bylo dosaženo.

Ošetrovatelská diagnóza 00136

Smutek antipační z důvodu ztráty blízké osoby projevující se plačtivostí, depresivní náladou a občasnou neochotou komunikace.

Cíl: Pacientka se po duševní stránce cítí lépe (7dnů).

Výsledná kritéria:

- Pacientka má podporu svých blízkých (do 1 dne).
- Pacientka hovoří o svých pocitech. (do 5 dní).
- Pacientka má lepší náladu a cítí se lépe (do 6 dní).
- Pacientka hledí kupředu do lepší budoucnosti (do 6 dní).

Ošetřovatelské intervence:

- Použijte terapeutických komunikačních dovedností (aktivní naslouchání, pomlka, uznání).
- Vytvořte vstřícné prostředí a důvěryplný vztah.
- Všimněte si způsobu komunikace a interakce v rodině.
- Zjistěte, zda má pacientka problémy s jídlem, výkonností při práci a sexuální touhou při plnění rolí.
- Povšimněte si, jaká je emoční odezva pacientky (uzavřená do sebe, hněv).
- Posuďte, jak hluboko pacientka vnímá ztrátu blízké osoby.
- Zjistěte reakci rodiny či nejbližších osob na situaci.
- Respektujte pacientčinu touhu a žádost nehovořit.

Realizace: Pacientka po pěti dnech byla ochotná o ztrátě dítěte komunikovat. Udávala, že doma se neměla komu vypovídat. Během hovorů byla plačtivá, ale dokázala pozitivně hovořit i o budoucnosti. Přála si znovu otěhotnět, ale udávala, že chce ještě nějakou dobu vyčkat.

Vyhodnocení: Cíl a výsledná kritéria byla splněna částečně. Pacientka s rodinou a některým ošetřovatelským personálem o problému komunikuje.

Ošetřovatelská diagnóza 00093

Únava z důvodu nespavosti projevující se častým spaním přes den a sníženou schopností provádět fyzické práce.

Cíl: Pacientka se cítí vyspalá a není unavená (do 4 dnů).

Výsledná kritéria:

- Pacientka je přes den aktivní (do 4 dní).
- Pacientka neverbalizuje projevy únavy (do 4 dní).
- Pacientka má naplánovaný program denních činností (do 4 hodin).
- Pacientka denně spí max. 7 hodin (do 3 dní).

Ošetřovatelské intervence:

- Povšimněte si, v který denní čas nebo při jaké činnosti se pacientka cítí nejvíce unavená.
- Změřte fyziologickou odpověď na aktivitu (změny TK, puls, dechová frekvence).
- Plánujte péči tak, aby pacientka měla dostatek času k nerušenému odpočinku.
- Přizvěte pacientku k plánování jejích aktivit.
- Podejte na noc hypnotika dle ordinace lékaře.
- Nastudujte negativní účinky léků.
- Seznamte pacientku s metodami konzervace energie (např. sezení namísto stání při hygieně).
- Prodiskutujte zvyklosti pacientky s cílem, jak dosáhnout nerušeného spánku.
- Pomozte pacientce se základní péčí o sobě.

Realizace: Pacientku jsem během dne pozorovala, abych zjistila, v jakém časovém úseku je nejvíce unavena. Společně jsme naplánovaly program denních aktivit tak, aby se pacientce nastavil určitý chod dne. Dále jsem zahájila tzv. konzervaci energie, kdy jsem pacientce dávala při hygieně do sprchy židli, aby se mohla posadit. Doporučila jsem návštěvám, aby se předem domluvily a chodily každý den ve stejný čas. Také jsme s pacientkou zavedly určité rituály před spaním.

Vyhodnocení: Pacientka se cítí lépe a je více odpočatá. Přes den zvládá více věcí a neverbalizuje projevy únavy. Cíl a výsledná kritéria byla splněna.

Ošetřovatelská diagnóza 00095

Spánek porušený z důvodů stresové situace projevující se špatným usínáním a nočním buzením.

Cíl: Pacientka nemá problém s usínáním a nočním buzením (do 1 týdne).

Výsledná kritéria:

- Pacientka zná důležitost dodržování stejné hodiny usínání a odpočinku (do 24 hodin).
- Pacientka se cítí po noci více odpočatá (do 2 dní).
- Pacientka neudává poruchu spánku (do 3 dní).

Ošetřovatelské intervence:

- Sledujte nežádoucí účinky léků.
- Vyjádřete důležitost postele pouze pro spaní, ne pro jiné aktivity.
- Při nutnosti spánku přes den doporučte odpočívat dopoledne než odpoledne.
- Pobízejte pacientku k pravidelnému cvičení během dne.
- Vyzkoušejte různé způsoby, jak zlepšit spaní (teplá koupel, mléko, čaj atd.).
- Vyptejte se pacientky na okolnosti, které ruší její spánek.
- Vyslechněte subjektivní stížnosti na kvalitu spánku.

Realizace: Pacientce jsem se snažila během dne naplánovat program činností na vyplnění jejího volného času (cvičení, četba, sledování televize, začlenění do společnosti, návštěva rodiny). Těsně před spaním se pacientka koupala v teplé vodě, ohřála jsem jí mléko. Poté jsem upravila postel a vyvětrala jí pokoj. Snažila jsem se také vylimínovat rušivé faktory. Dle ordinace lékaře jsem aplikovala předepsaná hypnotika.

Vyhodnocení: Cíle i výsledných kritérií bylo dosaženo, pacientka již neudává poruchy spánku.

Ošetřovatelská diagnóza 00052

Společenská interakce porušená z důvodu poruchy sebekoncepce projevující se nezájmem účastnit se společenského života.

Cíl: Pacientka se účastní komunikace s ostatními pacienty (do 3 dnů).

Výsledná kritéria:

- Pacientka si uvědomuje pocity, které vedou ke špatným společenským interakcím (do 2 dnů).
- Pacientka dává najevo aktivní snahu při dodržování pozitivních změn ve společenském chování (do 3 dnů).
- Pacientka se začleňuje do společenských interakcí (do 5 dnů).

Ošetrovatelské intervence:

- Proberte s pacientkou osobní anamnézu z hlediska stresujících záležitostí.
- Povšimněte si vztahů a společenského chování v rodině.
- Pozorujte pacientku při jednání s rodinnými příslušníky.
- Pobízejte pacientku k vyjádření obtíží ve společenských situacích a s nimi souvisejících pocitů.
- Snažte se začlenit pacientku mezi ostatní pacienty.
- Všimněte si, jak pacientka komunikuje s ostatním zdravotnickým personálem.

Realizace: Pacientku jsem se snažila začlenit do chodu oddělení, např. při podávání oběda jsem pacientce odnesla jídlo do společné jídelny a usadila ji k ostatním pacientkám. Takto jsem usazovala pacientku, pokud to její zdravotní stav dovolil, po celou dobu hospitalizace stále ke stejným pacientům. S pacientkou jsme neustále probíraly problémy, které vedly k jejímu stranění se společností. Pacientka ochotně spolupracovala.

Vyhodnocení: Cíl a výsledná kritéria byla splněna, pacientka se aktivně snaží zapojovat mezi pacienty a rozebírat s nimi své názory.

7.3.2 Ošetrovatelské diagnózy potencionální

Riziko vstupu infekce z důvodu periferní žilní kanylace (LHK) projevující se otokem, zarudnutím a bolestí v místě vpichu.

Život rodiny narušený z důvodu změny v rodinných vztazích projevující se konflikty mezi manželi.

ZÁVĚR

Svou bakalářskou práci jsem psala na téma Psychické změny v šestinedělí. Zaměřila jsem se na různé druhy psychopatologií, které mohou nedělku postihnout v období od porodu placenty do období šesti týdnů po porodu. I když je pravdou, že onemocnění postihující psychiku ženy se může projevovat i za mnohem delší dobu, než je už výše zmiňovaných šest týdnů.

Po napsání této práce jsem zjistila, že osvěta tohoto tématu je téměř nulová. Nikdo se o něm nechce bavit. Při zmínce o tématu bakalářské práce na veřejnosti, jsem se setkala s opovržením nad mým výběr, a to hlavně z řad některých mladých porodních asistentek, ale i všeobecných sester. U některých vyvolalo toto téma vzpomínky na vlastně zažité příběhy nebo převyprávěné zkušenosti od jiných pracovnic. Při vyprávění jedné sestřičky z psychiatrické léčebny Bohnice jsem byla zaskočena, že se něco takového mohlo stát a že při vážnosti tohoto tématu veřejnost nemá o těchto onemocnění jako je poporodní blues, deprese či psychózy ponětí.

Některé ženy vědí, že se s jejich psychikou po porodu něco děje, že existuje poporodní blues nebo baby blues. Spíše však vědí z rozhovorů s maminkami, které si tímto obdobím již prošly, že budou nějaký čas unavené a plačtivé. Bohužel i v dnešní době je osvěta velmi špatná. Porodní asistentky by měly být na možná rizika poporodních psychóz připravené, aby u žen v gynekologických ordinacích či ambulancích, kam maminky po šestinedělí docházejí, uměly rozeznat normální stav klientky od závažné psychické změny. Takovýto nerozpoznaný stav může mít dalekosáhlé důsledky jako u mé klientky, o kterou jsem se starala na oddělení neurologie ve FNKV v období od 7. 2. 2009 do 18. 2. 2009. Jednalo se o pacientku, která prošla mnohými nemocničními zařízeními, které ji poskytovaly odbornou lékařskou a ošetrovatelskou péči. Bohužel tato pacientka patří k těm, které o své vlastní dítě přišly. K policejním záznamům, ani k přesným informacím od její rodiny, jsem se nedostala. Zním pouze výpovědi pacientky a jejího manžela, jak asi k úmrtí došlo. V pitevním protokolu dítěte byla uvedena jako diagnóza úmrtí pneumonie.

O ženu jsem se starala po celou dobu její hospitalizace, která činila 12 dní. Samotná péče spočívala především v psychologickém přístupu k pacientce a snaze jí pomoci ze stavu, kterým procházela. Většina zdravotnického personálu, převážně z řad žen, vyjadřovala po zjištění pacientčiny anamnézy odpor a nepochopení k její minulosti. Což si myslím, že je také tématem k zamyšlení.

Při psaní práce a hledání příslušné literatury jsem setkala s velkým problémem s literaturou, kterou bylo těžké nalézt. To podle mého úsudku svědčí o nízkém povědomí a šíření tohoto tématu. Ve většině knih jsem našla pouze malé a téměř shodné zmínky o psychických patologiích vyskytujících se v období šestinedělí. Na základě mého průzkumu českých webových stránek jsem došla k poznání, že se tato onemocnění často probírají mezi ženami na diskusních fórech. Odborný text jsem však našla pouze jeden. Osvěta na anglicky psaných webových stránkách se velice liší od té naší. Z těchto stránek jsem získala články psané doktory, výzkumy a rozhovory s ženami, které si tímto onemocněním prošly.

Na úplný závěr bych chtěla jen dodat, že není vhodné odsuzovat nedělky za jejich výkyvy v chování, ale snažit se je podpořit, pochopit a pomoci jim v jejich momentálním komplikovaném psychickém rozpoložení.

Doporučení pro praxi

- Důležité je, aby porodní asistentky či jiný zdravotnický personál byl o tomto tématu plně informován a poučen.
- Pacientky by měly být dostatečně instruovány o možné psychické labilitě už v prvních dnech po porodu na oddělení šestinedělí.
- Zdůraznila bych, aby u podávání informací pacientkám po porodu byly přítomni i otcové dětí, kteří by mohli podle uvedených patologií rozpoznat první příznaky tohoto onemocnění.
- Bylo by dobré, aby porodní asistentky a všeobecné sestry v ambulancích a ordinacích gynekologů využívaly možnosti si s pacientkou popovídat a doporučit jí aktivity, kterými by mohly zahájit či doplnit domácí terapii. Tyto rady by měly směřovat ke snaze odvést pozornost od negativních nálad a soustředit se na zájmové a relaxační nabídky (setkání s přáteli, sportovní kurzy, hobby kurzy, kulturní představení).
- V ordinacích gynekologů nebo v jiných centrech pro ženy, bych doporučovala, aby byly k dostání informační letáky vedoucí k celkové osvětě tématu s doporučením telefonních linek, kam volat v případě problému. Uvedeny by měly být i seznamy různorodých center, kam si maminky s dětmi mohou přijít vyměnit své názory s ostatními ženami (obdoba komunitní terapie). Mezi takováto centra patří v dnešní době např. oblíbené „Baby kavárny“.
- Všeobecné sestry pracující v psychiatrických ústavech na oddělení s touto problematikou by měly být zaškoleny na rozpoznávání různých patologií v období šestinedělí, protože návrat organismu ženy do období před porodem nemusí být vždy fyziologický.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Bedrnová, E. 1999. *Duševní hygiena a sebeřízení: pro vysokoškoláky a mladé manažery*. Praha: Fortuna, 1999. ISBN 80-7168-681-6.
2. Behr, H.; Hearst, L. 2007. *Skupinově-analytická psychoterapie*. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-996-2.
3. Červinková, E. a kol., 2005. *Ošetrovatelské diagnózy*. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-358-9
4. Doenges, M, E.; Moorhouse, M, F. 2001. *Kapesní průvodce pro zdravotní sestry – Druhé přepracované a rozšířené vydání*. Praha: Grada Publishing, spol s.r.o., 2001. ISBN 80 – 247-0242-8.
5. Dumoulin, Ch. 2006. *Ve formě po porodu: cvičení a praktické rady*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-080-1.
6. Geisel, E. 1997. *Slzy po porodu*. Praha: One Women Press, c 2004. ISBN 80-86356-32-9.
7. Chmel, R. 2005. *Otázky a odpovědi o porodu*. Praha: Grada 2005. ISBN 80-247-1124-9.
8. Juřeniková, P; Hůsková, J. 1999. *Ošetrovatelství – Vnitřní lékařství, gynekologie, porodnictví, urologie 1.část*. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám 1999.
9. Juřeniková, P.; Hůsková, J. 2001. *Ošetrovatelství – ortopedie, kožní, infekční, stomatologie, neurologie, psychiatrie 2. Část*. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám 2001. ISBN
10. Kratochvíl, S. 2005. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén, c 2005. ISBN 80-7262-347-8.

11. Kopřivová, D. 2005. *Český průvodce mateřstvím, aneb, Péče o matku a dítě*. Praha: Tvarohová – Kolář, 2005. ISBN 80-86738-08-6.
12. Kozierová, B; Erbová, G; Olivieriová, R. 1995. *Ošetrovatelstvo: koncepcia, ošetrovateľský proces a prax. I*. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0
13. Kuhner, Ch.; Weber, I.; Reichenbacher,M.; Blomeyer, D.2003. *Predchádzanie depresím: skupinový program podľa R.F. Munoz*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2003. ISBN 80-88952-09-3.
14. Máchová, J. 1974. *Duševní hygiena rodinného života*. Praha: Avicenum, 1974. Příručka ID MED00061153
15. Marečková, J. 2006. *Ošetrovateľské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada Publishing a. s., 2006. ISBN 80-247-1399-3
16. Němcová, J.; Mauritzová, I. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Plzeň: Murea, s. r. o, 2009. ISBN 978-80-902876-0-0
17. Nicolson, P. 2001. *Poporodní deprese*. Praha: Grada Publishing a. s., 2001. ISBN 80-7169-938-1.
18. Pařízek, A.; a kol. 2006. *Knih o těhotenství @porodu - druhé vydání*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-411-3.
19. Praško, J. 2005. *Léčíme se s psychózou: co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách*. Praha: Medical Tribune CZ, c2005. ISBN 80-239-5482-2.
20. Praško, J. 2003. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak se jí bránit: příručka pro klienta a jeho rodinu*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-810-4.
21. Praško, J.; Kosová, J. 1998. *Kognitivně-behaviorální terapie úzkostných stavů a depresí*. Praha: Triton, 1998. ISBN 80-85875-46-2.

22. Ratislavová, K. 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví: (psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí)*. Praha: Reklamní atelier Area s.r.o, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.
23. Roztočil, A. 2001. *Porodnictví*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-013-339-2.
24. Růžička, J. 1992. *Psychoterapie: sborník přednášek I*. Praha: Triton, 1992. ISBN 80-900904-6-X.
25. Slezáková, L. a kol. 2007. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty III – gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. Praha: Grada Publishing a. s., 2007. ISBN 978 – 80_247-2270-2.
26. Velemínský, M.; Žižková, B. 2008. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-095-9.

Poporodní deprese [online], [citované 6. 3. 2010]. Dostupné na internetu: http://translate.google.cz/translate?hl=cs&langpair=en%7Ccs&u=http://www.emedicinehealth.com/postpartum_depression/article_em.htm

Laktační psychóza – jak ji poznat a předejít tragedii [online], [citované 6. 3. 2010]. Dostupné na internetu: <http://www.vitalia.cz/clanky/laktacni-psychoza-jak-ji-poznat-a-predejti-tragedii/> >

Poporodní deprese [online], [citované 6. 3. 2010]. Dostupné na internetu: <http://www.fit-porod.cz/materstvi/po-porodu/poporodni-deprese>

Deprese – těhotenství [online], [citované 6. 3. 2010]. Dostupné na internetu: <http://translate.google.cz/translate?hl=cs&langpair=en%7Ccs&u=http://www.womenshealth.gov/faq/depression-pregnancy.cfm> >

Poporodní psychóza a deprese [online], [citované 6. 3. 2010]. Dostupné na internetu:<<http://translate.google.cz/translate?hl=cs&langpair=en%7Ccs&u=http://depression.about.com/cs/babyblue/a/postpartumdep.htm>>

Poporodní deprese – terapie [online], [citované 6. 3. 2010]. Dostupné na internetu:<<http://translate.google.cz/translate?hl=cs&langpair=en%7Ccs&u=http://emedicine.medscape.com/article/271662-overview>>

Psychologie pozdního šestinedělí [online], [citované 22. 3. 2010]. Dostupné na internetu:<<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-16/clanek.php?c=5>>

Zákon o zdravotní péči [online], [citované 21. 3. 2010]. Dostupné na internetu:<<http://ley.cz/?s112&q112=all>>

Elektrokonvulzivní terapie [online], [citované 6. 3. 2010]. Dostupné na internetu:<<http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH100/04seif.htm>>

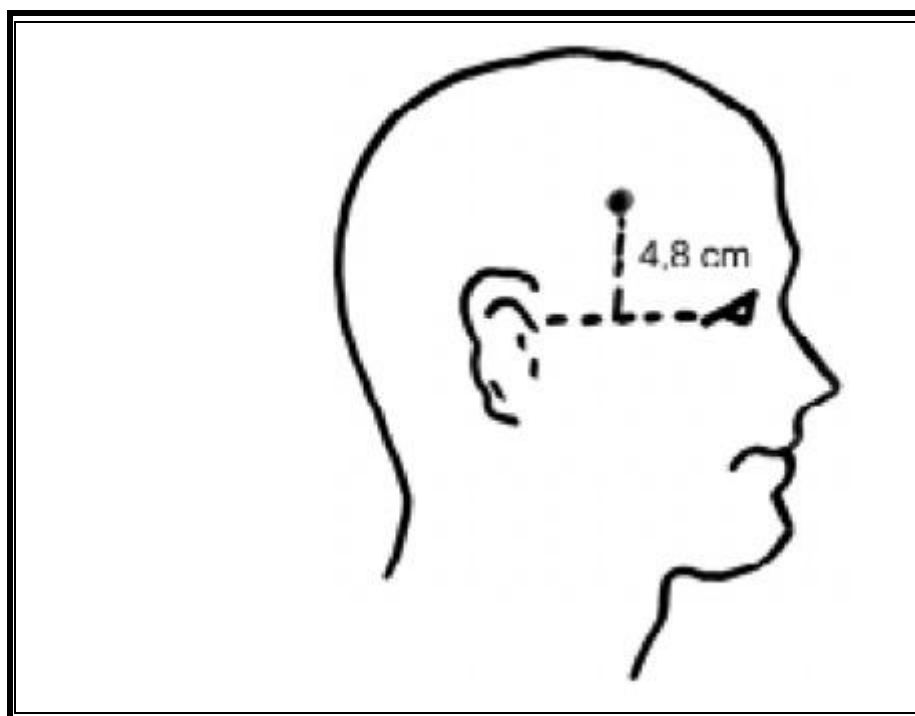
Psychiatrická ambulantní péče [online], [citované 30. 3. 2010]. Dostupné na internetu:<http://www.wikiskripta.eu/index.php/Klinick%C3%A9_o%C5%A1et%C5%99ovatelstv%C3%AD>

PŘÍLOHY

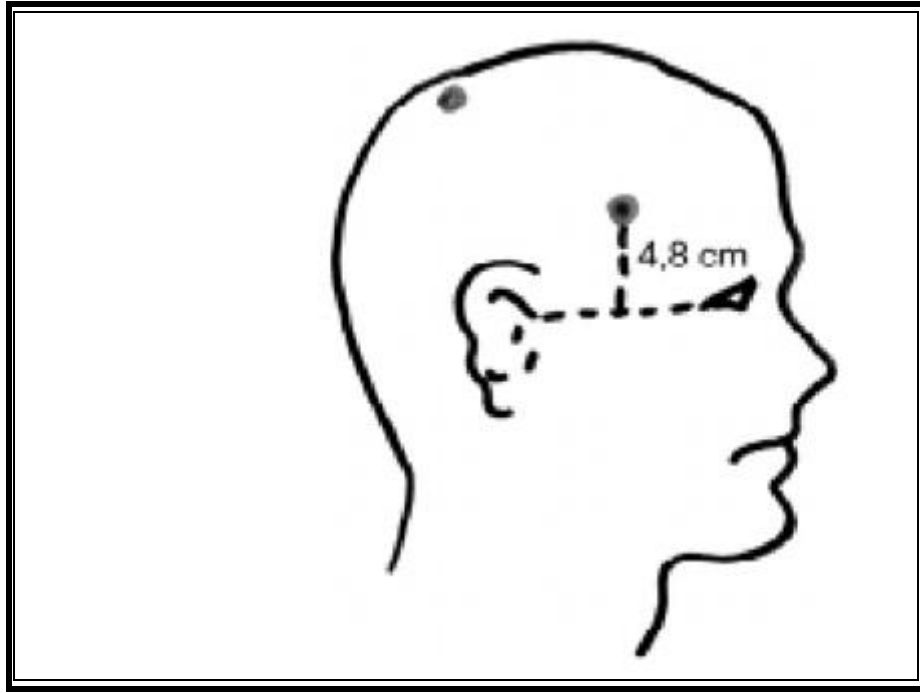
PŘILOHA A

Umístění elektrod při EKT

Existují dva způsoby umístění elektrod - bilaterální a unilaterální. Při bilaterálním způsobu se elektrody umístí na oba spánky, přibližně 4 - 4,8 cm nad středem pomyslné spojnice mezi vyústěním zevního zvukovodu a zevním koutkem oka (obr. 1). Při unilaterálním způsobu přikládáme jednu elektrodu na spánek nedominantní hemisféry (nejčastěji vpravo) a druhou na nedominantní stranu hlavy. Pomáhá vytvořit si pomyslnou spojnici mezi oběma zevními zvukovody a od střední části asi 3 cm směrem dozadu umístit druhou elektrodu (obr. 2).



Obrázek 1: Umístění elektrod bilaterální



Obrázek 2: Umístění elektrod unilaterální

(Elektrokonvulzivní terapie [online], [citované 6. 3. 2010]. Dostupné na internetu:
<<http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH100/04seif.htm>>).

PŘÍLOHA B

Vraždy novorozenců v České republice a psychosociální stav jejich matek

Cílem studie bylo zjistit následující fakta týkající se usmrcení novorozence:

- Zjistit frekvenci "případů" vražd novorozenců v jednotlivých krajích ČR v letech 1993-2002 ve vztahu k počtu narozených.
- Zjistit zastoupení pohlaví pachatele a věk pachatelky.
- Zjistit právní kvalifikaci, jak byl případ posuzován orgány činnými v trestním řízení.
- Zjistit rodinný stav pachatelky.
- Zjistit sociální postavení pachatelky ve vztahu k zaměstnání.
- Zjistit pohlaví zavražděných novorozenců.
- Zjistit konečný verdikt soudu u jednotlivých „případů“.

Autoři vyslovili následující hypotézy.

- Matka uvažuje o vraždě novorozence již před porodem.
- Matka se rozhoduje k vraždě novorozence především ze společenských důvodů.
- Rozhodnutí matky k usmrcení dítěte je také ovlivněno vztahem partnera k probíhající

Těhotenství.

- Většina vražd vznikne na podkladě rozrušení vzniklé v souvislosti s porodem.
- Vraždy novorozenců neovlivňují celkovou perinatální a neonatální úmrtnost ČR.
- Jedná se spíše o sociální problém.
- Vraždy novorozenců nesouvisí s výběrem pohlaví.

Na podkladě znaleckých posudků dochází v konečné fázi k zastavení trestního řízení ženy. V rámci kvantitativního sociologického výzkumu byla provedena sekundární analýza dat policejní databáze a spisových materiálů k jednotlivým „případům“ (jedná se terminus technicus) vražd novorozenců a kojenců matkou.

Výzkum a sběr dat byl anonymní. Při analýze dat autoři použili trestní řád a trestní zákon, publikaci soudního lékařství, soudní psychiatrie a psychologie, porodnictví a gynekologie.

K výzkumu byly použity materiály z policejní databáze, která je doplňována každým novým případem, a to poznatky k osobě pachatele trestné činnosti, způsobu provedení trestného činu a jak byl případ ukončen. Dále byly použity spisové materiály k jednotlivým případům a znalecké posudky, které jsou jejich obsahem.

Od roku 2002 došlo v České republice ke změně hranic jednotlivých regionů i jejich názvů. Na práci policie a některých soudů neměla zatím tato změna z důvodu jejich působnosti žádný vliv. Proto, aby nedošlo ke zkreslení některých statistik, jsme ponechali rozdělení případů vražd tak, jak bylo dokumentováno do 31. 12. 2001.

Za období let 1992 až 2002 došlo celkem ke *41 případům vražd novorozenců a 2 kojenců*, které spáchalo 42 rodiček, jejichž průměrný věk byl 26,3 let. Z uvedeného počtu rodiček bylo 18 svobodných, 17 vdaných a 7 rozvedených.

Ze sociálního hlediska bylo 22 rodiček zaměstnaných, 13 nezaměstnaných, z toho jedna prostitutka a 7 studentek.

Ze zavražděných novorozenců a kojenců bylo 20 děvčat, 16 chlapců a u 7 případů se nepodařilo pohlaví zjistit.

Ve 12 případech (jedná se o 30 %) byl trestný čin posuzován jako vražda podle ustanovení § 219 odst. 1,2 písm. e) trestního zákona, ***z toho u jednoho případu bylo podezření na laktační psychózu***, ve 30 případech (jedná se o 68 %) byl trestný čin posuzován jako vražda novorozence dítěte matkou podle ustanovení § 220 trestního zákona a u 1 případu (jedná se o 2 %) byl trestný čin posuzován jako ublížení na zdraví podle ustanovení § 224 odst. 1,2 trestního zákona.

Již z této právní kvalifikace je zřejmé, že u 68 % případů došlo k usmrcení novorozence v důsledku rozrušení způsobeného porodem (§ 220 tr. zákona), tedy rozpoložením matky, které má původ ve fyziologických procesech vyvolaných porodem.

Databáze policie uvádí, že v konečné fázi bylo v 16 případech zastaveno trestní stíhání, ve třech případech došlo k odložení trestu, 7 žen bylo odsouzeno bezpodmínečně, 9 žen podmíněně, u jedné ženy bylo nařízeno ochranné léčení.

Z přehledu je patrné, že převládají vraždy v rozrušení způsobeném porodem nad sociálními důvody, čímž byl splněn cíl výzkumu. Z celkového počtu 42 pachatelek bylo 13 nezaměstnaných, z nichž se jedna živila prostitucí, 4 byly rozvedené

a 8 svobodných. U těchto žen měla v určité míře vliv na jejich jednání jejich současná sociální a ekonomická situace.

Průměrný věk pachatele uvedených trestných činů je 26,3 let. Navrhovaná opatření v rámci zdravotně sociální prevence spočívají v tom, aby se již na základních školách začínalo s přednáškami o sexuální a gynekologické problematice, v časném vyhledávání potencionálně rizikové rodičky již při prohlídce u gynekologa zajistit kontakt mezi gynekologem a sociálním pracovníkem za účelem předcházení vražd novorozenců matkou, věnovat zvýšenou pozornost místům, kde jsou rizikové rodiny především rodiny dysfunkční, sociálně slabé rodiny. Je nutné zajistit alternativní možnosti matkám s nechtěným těhotenstvím, aby mohly porodit anonymně.

Podle konečných soudních výnosů je patrné, že žen, které skutečně vědomě usmrtily své dítě a musely být bezpodmínečně potrestány, je pouze jedna třetina.

Proto odborníci i veřejnost by měli připustit i u těchto žen presumpci nevinny. Z jednotlivých kazuistik vyplývá, že dítě usmrtila sice žena, ale důležitou úlohu hraje při jejím rozhodnutí psychický nátlak partnera a obavy ženy o další osud jejich vztahu. Partnera se však soudní řízení přímo nedotýká. Tento fakt je nutné při rozhodování brát také v úvahu (Vraždy novorozenců v České republice a psychosociální stav jejich matek [online], [citované 6. 3. 2010]. Dostupné na internetu: <www.zsf.jcu.cz/struktura/utvary/edicni-oddeleni/periodika/prevence-urazu-otrav-a-nasili/jednotliva-cisla-podle-rocniku/2005/>).

PŘÍLOHA C

Barthelův test základních denních aktivit

Příjem potravy a tekutin:	
Samostatně bez pomoci	10
S pomocí	5
Neprovede	0
Oblékání:	
Samostatně bez pomoci	10
S pomocí	5
Neprovede	0
Osobní hygiena:	
Samostatně nebo s pomocí	5
Neprovede	0
Kontinence moči:	
Plně kontinentní	10
Občas inkontinentní	5
Trvale inkontinentní	0
Kontinence stolice:	
Plně kontinentní	10
Občas inkontinentní	5
Trvale inkontinentní	0
Použití WC:	
Samostatně bez pomoci	10
S malou pomocí	5
Neprovede	0
Přesun na lůžko – židli:	
Samostatně bez pomoci	15
S malou pomocí	10
Vydrží sedět	5
Neprovede	0
Chůze po rovině:	
Samostatně nad 50 m	15

S pomocí 50 m	10
Na vozíku	5
Neprovede	0
Chůze po schodech:	
Samostatně bez pomoci	10
S pomocí	5
Neprovede	0
CELKEM:	
Hodnocení stupně závislosti pacienta	
0 – 45 vysoce závislý 46 – 60 závislost středního stupně 61 – 95 lehká závislost 96 a více nezávislý	

PŘÍLOHA D

Posouzení rizika vzniku pádu

Aktivita:	Skóre:
Neomezený pohyb	0
Při pohybu používá pomůcky	1
Potřebuje pomoc při pohybu	1
Neschopen přesunu	1
Nevyžaduje pomoc při vyprazdňování	0
V anamnéze nykturie/inkontinence	1
Vyžaduje pomoc při vyprazdňování	1
Neužívá rizikové léky	0
Užívá léky ze skupiny diuretik, antipiletik, antiparkinsonik, antihypertenziva, psychotropní léky, benzodiazepiny	1

Aktivita:	Skóre:
Žádné smyslové poruchy	0
Smyslový deficit, vizuální/sluchový	1
Mentální status – orientován	0
Občasná noční desorientace	1
Desorientace/demence	1
Věk 18 – 75 let	0
Věk 75 let a výše	1
Pád v anamnéze	1
Celkové skóre:	

PŘÍLOHA E

Riziko vzniku dekubitů podle rozšířené stupnice Nortonové

Ochota ke spolupráci	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Tělesný stav	Duševní stav	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
Plná 4	<10	Normální 4	Žádné 4	Dobrý 4	V pořádku 4	Chodí bez pomoci 4	Plná 4	Žádná 4
Malá 3	<30	Šupinatá, suchá 3	Lehká forma 3	Obstojný 3	Apatický, bez účasti 3	Chodí s pomocí 3	Lehce omezená 3	Někdy 3
Částečná 2	<60	Vlhká 2	Středně těžká forma 2	Špatný 2	Pomatený 2	Potřebuje inv. vozík 2	Velmi omezená 2	Většinou moč 2
Žádná 1	>60	Rány/alergie 1	Těžká forma 1	Velmi špatný 1	Velmi špatný 1	Ležící na lůžku 1	Plně omezená 1	Moč i stolice 1