

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**EDUKACE PACIENTA S OBSEDANTNĚ KOMPULZIVNÍ
PORUCHOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MARKÉTA DUDOVÁ

Praha 2016

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

**EDUKACE PACIENTA S OBSEDANTNĚ KOMPULZIVNÍ
PORUCHOU**

Bakalářská práce

MARKÉTA DUDOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

Praha 2016



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Dudová Markéta
3. A VS

Schválení tématu bakalářské práce

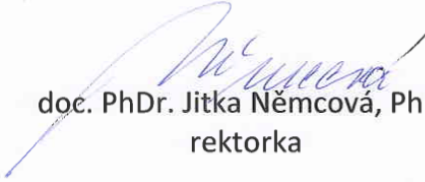
Na základě Vaší žádosti ze dne 10. 03. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Edukace pacienta s obsedantně kompulzivní poruchou

Education of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

V Praze dne: 1. 9. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 19. 3. 2016

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala všem, kteří se podíleli na tvorbě mé bakalářské práce a kteří mě při její tvorbě podporovali. Můj velký dík patří především vedoucí práce doc. PhDr. Jitce Němcové, PhD. za její vstřícný a trpělivý přístup a za cenné rady, které mi poskytla. Dále bych ráda poděkovala všem zaměstnancům Dětské psychiatrické kliniky 2. LF UK a FN Motol, bez jejichž podpory by práce nemohla vzniknout.

ABSTRAKT

DUDOVÁ, Markéta. *Edukace pacienta s obsedantně kompulzivní poruchou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Praha. 2016. 52 s.

Tématem práce je edukace pacienta trpícího obsedantně kompulzivní poruchou. Úvodní část práce definuje základní pojmy týkající se obsedantně kompulzivní poruchy. Je zaměřena na četnost výskytu tohoto onemocnění, na jeho příčiny, vliv na život pacienta a především na možnosti léčby. Kromě jiných informuje také o nových rozvíjejících se léčebných metodách, které mohou být nadějí pro pacienty s recidivujícím onemocněním. Dále pojednává o edukaci, o roli sestry jako edukátorky a o zásadách edukace psychiatrického pacienta. Stěžejní část práce se zabývá tvorbou edukačního procesu u pacienta, který je hospitalizován na psychiatrickém oddělení. Téma edukace bylo určeno z 10 otázek ve vstupním testu, který byl pacientovi předložen. Na jeho základě byly definovány čtyři edukační jednotky. Pro zhodnocení efektu edukace byl použit stejný test. Současně pro tyto účely byla vytvořena edukační hra, která slouží pro zopakování nově nabytých informací. Na základě výsledků lze usuzovat, že stanovené cíle byly splněny. Pacient nabyl nové vědomosti a je schopen je praktikovat. Součástí práce je také informační leták obsahující shrnující informace o problematice onemocnění.

Klíčová slova

Edukace. Edukační proces. Obsedantně kompulzivní porucha.

ABSTRACT

DUDOVÁ, Markéta. *Education of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Prague. 2016. 52 pages.

The thesis deals with education of patients suffering from Obsessive-Compulsive Disorder. Its introductory part outlines the basic concepts related to Obsessive-Compulsive Disorder. It focuses on the incidence of this disorder, its causes, impact on a patient's life and in particular the treatment options. Among others, this section informs about newly developed methods of treatment that may offer hope to patients with recurrent symptoms. Furthermore, the theoretical part discusses education, role of a nurse as an educator and the principles of education of a psychiatric patient. The pivotal part of the thesis focuses on the establishment of educational process of patients hospitalized in a psychiatric ward. The theme of the education was determined by 10 questions in the entrance test given to the patients. On the basis of the answers, four educational units were defined. To evaluate the effect of education, identical test was used in each case. At the same time, an educational game was created for these purposes, which was used to revise the newly acquired information. Based on the results we can conclude that the set objectives were achieved. The involved patients were able to acquire new knowledge and apply the findings in practice. The thesis also includes an information leaflet summarizing the facts known about this disorder.

Keywords

Education. Educational process. Obsessive-Compulsive Disorder.

PŘEDMLUVA

Problematika psychiatrických onemocnění se ve společnosti pojí se silnými emocemi. Řada jedinců není schopna tolerovat psychiatrické diagnózy jako skutečná onemocnění, za které lidé nemohou a nejsou schopni je ovládat vůli. Takoví poté často pacienty napadají, ubližují jim nebo se jim posmívají. Sama jsem byla svědkem několika incidentů. Jeden se týkal pacienta trpícího právě obsedantně kompulzivní poruchou, který kvůli rituálu zablokoval východové dveře v autobuse a stal se terčem nevybíravých urážek a útoků od spolupasažérů. Tehdy jsem si uvědomila, jak velmi invalidizující toto onemocnění může pro jedince být a jak je důležité pacientovi ukázat, že se za onemocnění nemusí stydět, že ne všechny názory okolních lidí jsou správné a oprávněné. Téma edukace jsem si vybrala právě proto, aby si pacient měl možnost uvědomit, že je nemocný, jeho nemoc má biologický základ a je možné ji úspěšně vyléčit. Doufám, že v budoucnu se podaří změnit nejen názory psychiatrických pacientů na sebe sama, ale především většinový názor společnosti na tyto jedince.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	12
1 OBSEDANTNĚ KOMPULZIVNÍ PORUCHA.....	15
1.1 NÁHLED.....	16
1.3 EPIDEMIOLOGIE	16
1.4 ETIOLOGIE.....	17
1.5 STIGMATIZACE.....	19
1.6 VLIV ONEMOCNĚNÍ NA RODINU PACIENTA.....	20
1.7 DIAGNOSTIKA A KOMORBIDITA.....	21
1.7.1 KOMORBIDITA	23
1.8 PROGNÓZA.....	23
1.9 TERAPIE.....	24
1.9.1 PSYCHOTERAPIE	24
1.9.2 FARMAKOTERAPIE.....	26
1.9.3 DALŠÍ MOŽNOSTI TERAPIE	28
1.10 PŘEDCHÁZENÍ RELAPSŮM	31
2 EDUKACE.....	33
2.1 EDUKAČNÍ PROCES	33
2.2 SESTRA V EDUKAČNÍM PROCESU	34
2.3 EDUKACE PSYCHIATRICKÉHO PACIENTA.....	35
2.3.1 EDUKACE RODINY PACIENTA	37
3 EDUKAČNÍ PROCES	39
4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	60

ZÁVĚR..... 62

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 64

PŘÍLOHY

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADD	porucha pozornosti
ADHD	hyperkinetický syndrom
ALP	alkalická fosfatáza
ALT	alaninaminotrasferáza
ASLO	antistreptolysinový titr
AST	aspartátaminotrasferáza
BMI	index tělesné hmotnosti
CNS	centrální nervový systém
D	dech
DBS	hluboká mozková stimulace
EEG	elektroencefalografie
EKG	elektrokardiografie
GCS	Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí
GGT	gama-glutamyltrasferáza
KBT	kognitivně behaviorální terapie
KO	krvní obraz
MR	magnetická rezonance
OCD	obsedantně kompulzivní porucha
P	pulz
PET	pozitronová emisní tomografie
PMV	psychomotorický vývoj
TK	tlak krve
TSH	tyreostimulační hormon
TT	tělesná teplota
WHO	Světová zdravotnická organizace
Y-BOCS	Yale – Brown škála obsesí a kompulzí

(VOKURKA, 2015)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Ageuzie – ztráta chuti k jídlu

Apatie – snížení citové reaktivity

Cingulotomie – chirurgické protěti v oblasti cingula

Depolarizace – ztráta napětí na buněčné membráně

Diatermie – prohřívání

Dysmorfický – charakterizovaný změnami a poruchami anomáliemi v anatomické stavbě těla, různých orgánových systémů apod.

Ego-dystonní – označení poruch osobnosti, které jedinec vnímá jako obtížné, považuje je za příčinu nesouladu s ostatními lidmi

Ego-syntonní – označení poruch osobnosti, které jedinec vnímá jako svou součást a nesnaží se jich zbavit

Elektrokoagulace – metoda využívající eklektického proudu ke srážení tkání a krve

Epileptiformní – připomínající epilepsii

Exekutivní dysfunkce – porucha schopnosti vykonávat běžné úkony života

Hyperpolarizace – stav, kdy je na membráně buňky vyšší napětí než obvykle

Kapsulotomie – chirurgické protěti v oblasti capsula interna

Komorbidity – současný výskyt více nemocí

Leukotomie – chirurgické protěti frontothalamických vláken

Paroxysmus – záchvat

Premorbidní – vlastnosti a rysy před vypuknutím nemoci

Schizotypní – porucha charakterizovaná excentrickým chováním a odchylkami myšlení a afektivity, které se podobají těm, které lze pozorovat u schizofrenie,

Stereotaxe – neurochirurgická metoda umožňující pomocí složitých trojrozměrných výpočtů zacílit na chorobné ložisko v mozku a operovat ho použitím dalších technik

Traktotomie – operativní přetěti nervové dráhy traktu

(VOKURKA, 2015)

ÚVOD

Překážky se staví do cesty obyčejným lidem, aby z nich udělaly lidi neobyčejné.

Paul Jeffers

Provádění rituálů není v běžné populaci nic neobvyklého. Některé nám udává tradice, například chytit se za knoflík, když vidíme kominíka. Řada z nás se chodí několikrát podívat, zda vypnula sporák, než odejde z domu. Určitě každého z nás někdy přepadla myšlenka: „Co když se mi něco stane?“, „Co když se stane něco někomu z rodiny?“. To, že se nám čas od času vnutí nepříjemná myšlenka nebo provedeme nějakou činnost, kterou se ji snažíme neutralizovat, je běžné. Ale jsou mezi námi lidé, pro které se rituál stane jakousi závislostí, pohlťí je a oni z tohoto kruhu nemohou ven. Nutkání provést rituál jim zabere velkou část dne a výrazně ovlivní jejich běžný život. Znemožní jim například chodit do práce, plnit povinnosti a naruší jejich osobní vztahy. Tito lidé trpí obsedantně kompulzivní poruchou. Toto téma jsme zvolili, neboť obsedantně kompulzivní porucha je relativně čtené onemocnění, je diagnostikována téměř stejně často jako například astma. I přes to je povědomí u široké veřejnosti o této nemoci nízké. Častou zkušeností je, že okolí na tyto lidi pohlíží s opovržením a někdy je i zesměšňuje. Tím ještě více zvyšuje jedincovu úzkost a nevědomky zintenzivňuje jeho potřebu rituálního chování. Proto bychom rádi zvýšili vědomosti pacientů, kteří trpí touto nemocí, a přispěli k tomu, že se za ni nebudou stydět, ale naopak ji přijmou a odpovědně se postaví k léčbě.

Cílem úvodní části práce je především uvést čtenáře do problematiky základní charakteristiky obsedantně kompulzivní poruchy. Práce se především věnuje výskytu nemoci, jejím příčinám, vlivu na život pacienta, diagnostice, léčbě a prevenci znovupropuknutí nemoci. Dále je zde definován pojem edukace a popsán edukační proces. Popsána je i úloha sestry v edukaci a významná část práce se věnuje zásadám edukace psychiatrického pacienta.

Cílem praktické části práce je vytvořit, podle pravidel tvorby edukačního procesu, edukační plán a následně jej realizovat. Snahou je poskytnout pacientovi

základní informace, rozšířit jeho vědomosti a přispět ke změně jeho postojů k sobě samému. Věříme, že díky nově nabytým vědomostem se pacient bude sám aktivně podílet na léčbě a svým přístupem urychlí a zefektivní celý léčebný proces. Současně si osvojí základní pravidla, která mu pomohou zabránit případnému relapsu onemocnění.

Informace prezentované v této bakalářské práci mohou sloužit jako návod zdravotnickým pracovníkům při edukaci pacientů, kteří trpí tímto onemocněním. Součástí práce je i tvorba informačního letáku, jež shrnuje základní informace o onemocnění a slouží jako pomůcka při realizaci edukace hlavně pro dospělé pacienty a adolescenty.

Vstupní literatura

1. PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ, 2008. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak ji zvládat*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-531-4.
2. MALÁ, Eva, 2002. Obsedantně kompulzivní porucha v dětství a adolescenci. In: *Čes a slov Psychiatr*. 98(1), 15-23. ISSN 1212-0383.
3. ČERNÁ, Monika et al., 2013. Obsedantně kompulzivní porucha, její léčba a farmakorezistence. In: *Postgraduální medicína*. 15(1), 53-60. ISSN 1212-4184.
4. SVĚŘÁKOVÁ, Marcela, 2012. *Edukační činnost sestry*. Úvod do problematiky. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-845-2.
5. FRIČOVÁ, Silvia, 2010. Význam a možnosti využití edukace v psychiatrickém ošetřovatelství. In: *Sestra*. 20(3), 34-36. ISSN 1210-0404.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Edukace pacienta s obsedantně kompulzivní poruchou, proběhlo v časovém období listopad 2014 až březen 2016. Pro vyhledávání bylo použito několik elektronických databází, například: Katalog Medvik (knihovny Medvik), Bibliographia medica Českoslovacca (BMČ – články), Theses (databáze vysokoškolských kvalifikačních prací) a CINAHL.

Klíčová slova byla stanovena v českém jazyce: edukace, edukační proces, obsedantně kompulzivní porucha. V anglickém jazyce: Education, Educational Process, Obsessive-Compulsive Disorder.

Požadavky kladené na dohledané texty byly: téma odpovídající stanoveným cílům bakalářské práce, odbornost publikací, jazyk český, slovenský či anglický a časové období vydání od roku 1999 až po současnost.

Vyřazovací kritéria byla: obsahová nekompatibilita se stanovenými cíli práce nebo duplicitní nálezy publikace.

Pro tvorbu bakalářské práce bylo využito celkem 36 informačních zdrojů, z toho 15 knih, 1 vysokoškolská práce, 6 článků v časopisech, 9 článků v časopisech přístupných online, 4 elektronické zdroje a 1 rozhovor s odborníkem, z let 1999 až 2016. Z toho dále 5 textů (1 knižní publikace, 1 dizertační práce, 3 internetové zdroje) v anglickém jazyce z období 2012–2015. Jsme si vědomi, že některé zdroje přesáhly doporučenou hranici stáří deseti let. Tyto zdroje jsme i přes to využili, neboť informace v nich obsažené jsou stále platné a shledali jsme je jako přínosné pro tuto práci. Tyto zdroje nám současně umožnili sledovat případný vývoj poznatků v čase.

1 OBSEDANTNĚ KOMPULZIVNÍ PORUCHA

Obsedantně kompulzivní porucha představuje „bludný kruh“ tzv. obsesí a kompulzí. Praško (2008) charakterizuje obsese jako nepříjemné vtíravé myšlenky, obavy, že se přihodí něco zlého, něco s katastrofickými následky. Spouštěcím podnětem obsese může být vzpomínka, tělesný pocit nebo situace z běžného života. Obsese vyvolávají u pacienta strach, úzkost a napětí. Tato úzkost je následně neutralizována pomocí tzv. kompulzí. Kompulze jsou rituály, opakované úkony, které je nutno provést, aby nepříjemný pocit spojený s obsesí odezněl.

Podoba obsesí a kompulzí je u každého jedince různá. Raboch (2012) uvádí, že se může jednat o představy, nutkání něco udělat či o nebezpečné myšlenky. Často zahrnují strach z násilí vůči sobě či jiné osobě, strach z nákazy nebo trýznivou nejistotu. Obsah obsesí může být i sexuální či spojený s náboženstvím. Pokud se tyto nesmyslné myšlenky neustále opakují, točí se stále kolem stejného problému, mluví se o ruminaci.

Praško (2008), Malá (2008), Piderman (1999) nejčastěji popisují obsese spojené se strachem z bakterií, infekčních onemocnění, případně špinavých věcí. Pacienti následně ventilují úzkost nadměrným mytím, v koupelně tráví několik hodin denně, vyhýbají se místům s rizikem nákazy, jako jsou nemocnice či dopravní prostředky. Jiní pacienti trpí obsesemi s magickým obsahem. Tyto obsese vycházejí ze starých pověr a pohádek. Kompulze je například překračování prasklin na chodníku nebo vyhýbání se kanálům. Jindy je kompulze založena na opakování činností, jako je rozsvěcování a zhasínání světel, otevírání a zavírání dveří apod. Další obsese jsou spojené se strachem ze ztráty něčeho důležitého. To často vede k hromadění věcí, novinových výtisků či potravin. Jiné kompulze jsou vyvolány strachem, že někdo vyloupí dům, že začne hořet atd. Projevují se přehnanou kontrolou vypínačů, zámků u dveří, tlačítek na sporáku... Někteří pacienti s OCD shromažďují informace, které jim přijdou důležité. Zabývají se různými nedůležitými tématy, pamatují si články z novin, sbírají útržky ze strachu, že by tyto informace mohly být v budoucnu důležité. Jiní jedinci trpící touto poruchou žijí ve strachu, že někomu ublíží. Například matka, že bodne své dítě, řidič autobusu, že srazí chodce apod. Následná kompulze je většinou odříkávání neutralizujících slov a modliteb. Další skupina pacientů je posedlá řádem, symetrií

a pořádkem. Často uklízejí, ukládají věci do symetrických obrazů, velmi dbají o svůj zevnějšek. Jiná obsese má charakter nutkání k něčemu zakázanému, nevhodnému. Pacienti s tímto typem obsese mají strach, že například během mše v kostele vykřiknou sprosté slovo nebo že budou masturbovat na veřejnosti. Kompulze je většinou opět modlitba či opakování neutralizujících slov.

1.1 NÁHLED

Nutkání provést čin, kompulzi, je velmi silné. Dle Praška (2008) i Rabocha (2012) jej nemocný uskuteční i přes svůj odpor a navzdory vědomí, že je jeho jednání nesmyslné. Takový jedinec se za své jednání stydí, cítí se provinile, snaží se jej skrývat, což jen zvyšuje jeho úzkost.

Oproti tomu Chromý (2010) se ve svém článku věnuje tzv. náhledu u pacientů s OCD. Náhled znamená schopnost posoudit své jednání, uvědomit si normálnost či nenormálnost svého jednání a svých myšlenek. Dle studie z roku 2010 chybí náhled u 15-36 % pacientů. Pacienti, kteří náhled postrádají, své obsese hodnotí jako opodstatněné a racionální. Z toho vyplývá, že tito pacienti pozdě vyhledají lékařskou pomoc a efekt terapie je jejich náhledem také velmi ovlivněn. Nejčastěji je chybný náhled pozorován u jedinců s komorbidní schizotypní a tělesnou dysmorfickou poruchou, u agresivních, náboženských a hromadících obsesí, především však u dětských pacientů.

1.2 EPIDEMIOLOGIE

Obsedantně kompulzivní porucha je velmi časté psychické onemocnění. Ve výčtu poruch je ihned za fobiemi, zneužíváním návykových látek a depresí. Řada autorů vychází ve svých textech z práce profesorky epidemiologie a psychiatrie Myrny Weissman z Columbia University, která vyšla v roce 1994. Jedná se o epidemiologickou studii napříč národnostmi, kontinenty, pohlavími, apod.

Praško (2008), Piderman (1999), Malá (2008) shodně udávají prevalenci OCD v rozmezí 1,9-3,5 %. Dříve se udávala prevalence nižší. Vzestup zřejmě není dán vyšším výskytem nemoci, ale přesnější diagnostikou a menším ostychem pacientů vyhledat lékaře (MALÁ, 2008). Je překvapivé, že prevalence je srovnatelná například s výskytem diabetu, astmatu či lupénky. První projevy se objevují nejčastěji v dětském věku a v období adolescence. *U 60 % pacientů je to před 25. rokem života, u 30 % pacientů je to dokonce již mezi 5.-15. rokem života* (PRAŠKO, 2008, s. 22). Jsou definovány dva vrcholy, kdy se obvykle objevují příznaky. První je mezi 12. až 14. rokem života, druhý mezi 20. až 22. (MALÁ, 2008). *Výskyt onemocnění je o něco vyšší u žen než mužů, a to v poměru 1,5:1* (PRAŠKO, 2008, s. 22). Co se týče celosvětového výskytu je prevalence srovnatelná. Zajímavostí, kterou mimo jiné udává Weissman ve své studii, je prevalence 0,9 % na Tchajwanu, kde je obecně prevalence psychiatrických poruch a nemocí nižší než v ostatních částech světa (PIDRMAN, 1999).

1.3 ETIOLOGIE

Původ tohoto onemocnění není přesně znám. Vznik onemocnění je pravděpodobně multifaktoriální. V literatuře je popisováno hned několik faktorů, které k rozvoji nemoci přispívají.

Určitý podíl na vzniku onemocnění má dědičnost. Vliv genetiky na rozvoj úzkostných poruch je obecně nízký, ale výskyt onemocnění u příbuzných prvního stupně je ve 35 % případů. Toto číslo je pouze orientační, neboť řada případů souvisí spíše s přebíráním určitých vzorců chování, které jedinec viděl u svých příbuzných, hlavně rodičů (PRAŠKO, 2008). Hosák (2013) upozorňuje, že hodnocení vlivu dědičnosti na rozvoj OCD je problematické, neboť vzorek populace pro studii je většinou malý, nemoc má různé projevy, je komorbidní s řadou další poruch apod. Nicméně se ukazuje, že existuje přímo genetický podtyp této nemoci.

U 2/3 případů OCD je známa nějaká organická příčina onemocnění. Může se jednat o patologické stavy po porodním traumatu, úrazu hlavy, působení toxických látek atd. Případně se jedná o dysfunkci v určitých částech mozku. V souvislosti s obsedantně

kompulzivní poruchou je popisována dysfunkce v oblasti bazálních ganglií (MALÁ, 2008). Na vyšetření PET je zřejmé, že u některých pacientů s OCD dochází k rychlejšímu spalování energie právě v oblasti, která spojuje frontální lalok a bazální ganglia (BRINKERHOFF, 2014).

Dále se hovoří o možném autoimunitním poškození mozku. První testování proběhlo v National Institute of Mental Health v USA v roce 1997, kdy byl zkoumán vztah mezi OCD a Sydenhamskou choreou (forma revmatické horečky). Bylo prokázáno, že 25 % dětí s OCD jeví známky autoimunitního poškození bazálních ganglií beta hemolytickou streptokokovou infekcí (BRINKERHOFF, 2014).

Malá (2008) i Praško (2008) popisují další možnou příčinu onemocnění, která byla objevena na základě testování klomipraminem. Toto antidepresivum ovlivňuje především serotoninový systém, tudíž ukazuje na dysfunkci na úrovni neurotransmiterového přenosu. Hladina serotoninu nepřímo úměrně koreluje se závažností onemocnění. Tedy čím nižší je hladina neurotransmiteru, tím je průběh nemoci vážnější. Určitá souvislost je popsána i s dopaminem. Jedná se o takzvanou dopaminergní hyperaktivitu a objevuje se u 1/3 pacientů s komorbiditou Touretteova syndromu a OCD.

S projevy OCD úzce souvisí i hladina hormonů v organismu. Proto se většina případů manifestuje se zahájením pubertálního období. Také bylo pozorováno zhoršení příznaků v premenstruačním období u žen (MALÁ, 2008).

Praško (2008) hodnotí vliv rodinného zázemí a podmínek vývoje jedince na rozvoj OCD. Především pacienti, kteří pocházejí z perfekcionista rodin, to znamená, že prošli přísnou a kritickou výchovou, mají často sklon k vytváření rituálů. Na druhé straně stojí pacienti z chaotických rodin, kteří si pomocí rituálů vytváří chybějící řád.

Praško (2008) dále uvádí, že u řady pacientů (cca 60 %) předchází rozvoji onemocnění nadměrný stres či zátěžová situace, jako je těhotenství, sexuální trauma, úmrtí blízkého jedince apod. Zátěžové situace zvyšují úzkost, která je následně rituály uvolňována.

1.4 STIGMATIZACE

Dle Rabocha (2012) je OCD jednou z nejhůře léčitelných a nejvíce invalidizujících neurotických poruch. Jedinci trpící OCD, stejně jako pacienti trpící jinou duševní poruchou, jsou velmi často nepříjemně konfrontováni se svým okolím, diskriminováni a odsuzováni. Stigmatizace se nejvíce týká pacientů, kteří své rituály realizují na veřejnosti. Je na ně pohlíženo jako na méněcenné v zaměstnání, na veřejných místech a dokonce i v domácím prostředí.

Ocisková (2014) uvádí, že co se týče laické veřejnosti, je pro ni pochopení duševní choroby většinou velmi obtížné. Nemocný jedinec vystupuje abnormálně, někdy mohou mít lidé pocit, že je amorální, perverzní, nevychovaný. V jeho přítomnosti se cítí nepříjemně, raději jej ignorují, dokonce z něho mají strach. Pohled společnosti na psychiatrického pacienta je odlišný, jedná-li se o ženu či o muže. U mužů jsou nedostatky hůře tolerovány, proto své problémy více skrývají a prodleva k vyhledání odborné pomoci je delší. K celkovému obrazu pacienta s psychickým onemocněním přispívají velkou měrou také média. Ty veřejnost často mystifikují, neboť podávají jen útržkovité a zavádějící informace s důrazem na dramatičnost situace. Proto obraz pacienta s duševní poruchou jako agresivního a nebezpečného převládá, ať už se jedná o duševní nemoc jakéhokoli typu. Na stigmatizaci se bohužel mohou podílet i samotní zdravotničtí pracovníci. To je způsobeno především nedostatkem znalostí o poruše, nedostatkem empatie a trpělivosti.

Ocisková (2014) dále zdůrazňuje, že všechny výše zmíněné stereotypy mohou vést k tzv. internalizované stigmatizaci. To znamená, že jedinec sám uvěří, že je méněcenný, divný, zavrženíhodný. To má za následek zhoršení psychického stavu, zvyšuje se utrpení pacienta, vede k izolaci a strachu svěřit se se svými obtížemi. Pacient často disimuluje, snaží se potlačovat pocity úzkosti, které se tím výrazněji manifestují. Odmítá vyhledat odbornou pomoc.

Praško (2008) uvádí, že pacienti přicházejí k odborníkovi v průměru 7-15 let od prvotních příznaků, tedy ve chvíli, kdy už je onemocnění v chronickém stádiu a pravděpodobnost úspěšné léčby se výrazně snižuje.

1.5 VLIV ONEMOCNĚNÍ NA RODINU PACIENTA

Ocisková (2014) i Praško (2008) se shodují, že pacient s OCD představuje velkou zátěž i pro svou rodinu a blízké. Primárně pro ty, se kterými sdílí jednu domácnost. Rodina se často chybně nechává „zatáhnout“ do rituálů. Pacient obvykle vyžaduje, aby rodina prováděla stejné rituály jako on, aby dodržovali jeho pravidla, aby si často myli ruce apod. Neustále se ujišťuje, jestli je jeho chování správné. Nutí je kontrolovat, jestli opravdu zamkl dveře, zavřel okno apod. Rodina se velmi často snaží ulehčovat členovi, jenž trpí OCD. Přebírá za něho veškeré povinnosti a snaží se eliminovat podněty, které obsese vyvolávají. Pokud není rodina po vůli, může být nemocný i agresivní. Postupem času je rodina nemocným ovládána. Aby předešla konfliktům, raději požadavkům nemocného člena rodiny vyhoví. Tím se však projevy zhoršují a úzkosti prohlubují. Dochází ke zhoršení vztahů v rodině. Rodina je vyčerpaná, objevují se deprese, obviňování a tenze. Rodina se také potýká se stigmatizací ze stran veřejnosti. Stydí se, trpí pocity viny, snaží se tajit diagnózu před ostatními lidmi, což situaci ještě zhoršuje. Členové rodiny se vzájemně obviňují, od koho nemoc přišla. Je pro ně obtížné vyrovnat se s diagnózou. Často sami pacienta stigmatizují.

Specifická je situace, kdy je v roli nemocného rodič zdravého dítěte. Matka či otec dítě velmi omezuje, nutí jej provádět očistné rituály, brání mu v kontaktu s kamarády. Tím výrazně ovlivňují jeho přirozený vývoj. Navíc dítě vnímá chování svého rodiče jako normu. Náhled se u něho vyvíjí velmi pozvolna.

Ocisková (2014) dále poukazuje na to, že přístup rodiny výrazně ovlivňuje efekt léčby onemocnění. Čím více je pacient doma kritizován, tím více se zvyšuje stupeň sebestigmatizace. Pacient trpí vyšší úzkostí, zvyšuje se počet kompulzí a efekt léčby se snižuje. Efekt léčby snižuje i přehnané expresivní chování. Proto mají společná rodinná intervenční sezení velký význam jak pro pacienta, tak i pro rodinu. Ta se učí, jak k pacientovi přistupovat, jak zacházet se svými emocemi. Tím se snižuje vzájemný tlak.

1.6 DIAGNOSTIKA A KOMORBIDITA

Díky vyššímu povědomí o OCD se počet pacientů, u kterých byla tato nemoc diagnostikována, zvyšuje. Nicméně odhalit toto onemocnění zůstává stále velmi obtížné. Pacienti se často stydí o své nemoci mluvit a lékaře nikdy nevyhledají.

Obsedantně kompulzivní porucha se také vyskytuje s řadou komorbidit, které mohou projevy nemoci překrývat. Vzhledem k tomu, že se jedná o onemocnění duševní, nelze jen diagnostikovat z krve nebo pomocí jiných laboratorních testů. Určitý přínos má EEG vyšetření, PET vyšetření, vyšetření hladiny hormonů apod. Praško (2008) popisuje fyzické projevy, které mohou při diagnostice OCD napovědět. Patří sem hlavně znaky stresové reakce, jako je: zrychlený srdeční tep, zvýšený krevní tlak, bledost, napětí svalstva, pocení, tachypnoe, nevolnost, průjem, zácpa, třes, únava, apod. Může se objevit i popraskaná kůže či vyrážka z opakovaného mytí.

Hlavní hodnocení nicméně probíhá formou rozhovoru s pacientem. Černá (2013, s. 56) uvádí příklady otázek, které mohou pomoci odhalit obsedantně kompulzivní poruchu:

Štítíte se špíny, nákazy nebo kontaminace?

Musíte si mýt ruce opakovaně a vždy stejným způsobem?

Musíte opakovaně kontrolovat např. zda jste vypnuli plyn, sporák, vodovodní kohoutky nebo zamkli dveře či podobně?

Máte vtíravé myšlenky, které se Vám automaticky vnucují, a nemůžete se jich zbavit?

Musíte se soustředit na symetrii nebo správné pořadí?

Apod.

K odhalení diagnózy se nejčastěji používají standardizované testy, podle kterých lékař pacienta hodnotí. Nejčastěji užívaným standardizovaným dotazníkem pro odhalení OCD je Y-BOCS. Tento test byl vytvořen americkým psychiatrem W.K. Goodmanem z Boston University School of Medicine a Yale School of Medicine v roce 1989. U nás jej zpopularizoval například doktor Praško (CHROMÝ, 2012). Test se skládá z 10 položek. Prvních 5 položek hodnotí obsese a zbylých 5 kompulze. Intenzita je posuzována od 0 do 4. Hodnota 0 znamená absenci příznaků, při hodnocení 4 jsou příznaky extrémně vyjádřeny. Maximum je 40 bodů. Od doby svého vzniku byl test

různě modifikován a vzniklo několik modernějších verzí (www.o.cd.stanford.edu, 2016).

Pro standardizaci diagnostiky a charakteristiky nemocí byla v Ženevě v roce 2008 vydána mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů v rámci WHO. Podle aktualizované verze z 1. dubna 2014 je obsedantně kompulzivní porucha definována a dělena takto:

F42.0 Převážně vtíravé myšlenky nebo ruminace

Mohou mít formu myšlenek, nápadů, představ nebo popudů k činnosti, téměř vždy zneklidňujících pacienta. Někdy jsou nápady nerozhodné, nekonečné úvahy o alternativách, spojené s neschopností udělat běžná, ale nezbytná rozhodnutí v běžném denním životě. Vztah mezi nutkavými myšlenkami a depresí je zvláště úzký. Diagnózy vtíravé a nutkavé poruchy by mělo být užito pouze tehdy, když ruminace vznikne nebo přetrvává i bez depresivní epizody.

F42.1 Převážně nutkavé činy (nutkavé rituály)

Většina nutkavých činů se týká čištění (zvláště mytí rukou), opakovaného ujišťování, že nenastane potenciálně nebezpečná situace, nebo pořádku a úklidu. Základem manifestního chování je zde strach, obvykle z nebezpečí, které může jedince potkat, nebo které může sám vyvolat. Rituál představuje neúčinnou nebo symbolickou snahu toto nebezpečí odvrátit.

F42.2 Smíšené nutkavé myšlenky a činy.

F42.8 Jiné obsedantně-nutkavé poruchy.

F42.9 Obsedantně-nutkavá porucha NS (UZIS.CZ, 2014, s. 217).

Dle Chromého (2012) je současné dělení OCD nedostatečné, vzhledem k tomu, že projevy nemoci nejsou homogenní. Dle jeho předpokladů by nemoc měla být rozdělena do více podkategorií z různých pohledů na problematiku. Chromý (2012, s. 138) prozatím dělí pacienty podle klinických projevů do 4 základních subtypů: *aranžéři, kontroloři, čističi a hromadiči*. Stále však nepokrývá všechny typy pacientů.

1.6.1 KOMORBIDITA

Diagnostiku OCD kromě jiného komplikuje fakt, že se velice často objevuje v kombinaci s nějakou další duševní poruchou.

Praško (2011), Malá (2008) a Piderman (1999) uvádějí, že OCD je často spojováno s Tourettovým syndromem. Praško (2011, s. 340) udává, že: *až 50 % pacientů má projevy OCD. Jedná se především o násilné, sexuální a symetrické obsese.*

V četnosti výskytu dalších komorbidit se autoři tolik neshodují. Praško (2011) uvádí jako nejčastější komorbidní poruchu spojenou s OCD depresi, a to v 67 %, na druhé místo řadí tikovou poruchu ve 40 %. Zde se neshoduje s Malou (2002), která uvádí na prvním místě tikové poruchy, a to až v 80 %, a anxiózně fobické poruchy ve 40 %. Depresi staví na druhé místo, a to v 30-60 % případů. Vzhledem k tomu, že Piderman (1999) uvádí depresi také na prvním místě, jde spíše o rozdílný pohled autorů, než o změnu poznatků v čase.

Další možné komorbidity jsou schizofrenie, úzkostné poruchy různého typu, abúzus alkoholu či drog a poruchy příjmu potravy, kde jsou ruminantní myšlenky týkající se jídla (PRAŠKO, 2011).

1.7 PROGNÓZA

Malá (2008) popisuje, že asi 10-15 % onemocnění má chronický charakter, to znamená, že své nositele velmi invalidizuje a léčba je komplikovanější. Pro 85-90 % případů je typické období remise a opětovného propuknutí nemoci, především při zátěži či stresové situaci.

Malá (2008, s. 231) definuje i tzv. negativní a pozitivní prognostické faktory. *Pozitivní faktory jsou: mírný průběh, více fobií a ruminujících myšlenek, krátké trvání příznaků, sytonní premorbidní osobnost a pozitivní odezva v terapii. Negativní faktory jsou: začátek v dětství, zvláště u chlapců, symptomy, které vyžadují symetrii nebo přesnost, občasná beznaděj, psychotické symptomy a výskyt OCD v rodině.*

1.8 TERAPIE

Terapie úzkostných poruch je obvykle běh na dlouhou trať. Černá (2013) dělí léčbu na dvě základní fáze. První fáze je akutní. Trvá v období od 12 týdnů do 6 měsíců od zahájení léčby. Jejím cílem je léčba příznaků OCD, odstranění vyhubavého chování, zlepšení adaptace v životních rolích, případně řešení životních problémů, které s poruchou souvisí. Druhá fáze je pokračovací. Trvá 12-18 měsíců. Usiluje především o prevenci relapsu, zmírnění perzistujících příznaků, zvýšení odolnosti vůči stresu a prevenci rozvoje komorbidních poruch (především závislosti na návykových látkách a deprese).

Americký psychiatr Jeffrey M. Schwartz z University of California ve své knize „Brain Lock“ definuje čtyři kroky nezbytné pro úspěšnou léčbu pacientů s obsedantně kompulzivní poruchou:

1. Relabel (přeznačit) – první krok spočívá ve schopnosti pacienta rozpoznat obsesivní myšlenky.
2. Reattribute (přisoudit) – pacient chápe, že jeho nutkání je způsobeno nemocí, je založeno pouze na chemické nerovnováze v mozku, nikoli na skutečné hrozbě.
3. Refocus (přesměrovat) – pacient dokáže soustředit pozornost na něco jiného, než na obsesivní myšlenku, i kdyby jen na pár minut.
4. Revalue (přehodnotit) – pacient chápe skutečnost, že jeho obavy nejsou oprávněné a pravdivé (BRINKERHOFF, 2014).

Dva hlavní pilíře pro léčbu OCD jsou farmakoterapie a psychoterapie, především kognitivně behaviorální terapie. U malých dětí se specialisté přiklání primárně k psychoterapii. Nicméně obvykle jsou obě tyto možnosti kombinovány, čímž se zvyšuje efekt léčby.

1.8.1 PSYCHOTERAPIE

Možnosti psychoterapie jsou různé. V léčbě OCD je zastoupena dynamická terapie, skupinová terapie a nejlepších výsledků dosahuje kognitivně behaviorální terapie.

DYNAMICKÁ TERAPIE

Nejvíce praktikovaná je psychoanalýza. Psychoanalýza se zaměřuje na nitro pacienta. Usiluje o to, aby pacient odhalil skrytá traumata, která vedou k rozvoji obsese, aby dokázal problém jednak odhalit, ale také o něm hovořit. Pacient se vrací do své minulosti, hledá konflikty a učí se je řešit. Díky psychoanalýze pacient emočně dozrává, získává nový pohled sám na sebe i na svět ve kterém žije. Psychoanalytická sezení by měla probíhat 2-4krát týdně. Kýžený efekt terapie se může dostavit i za několik let (PRAŠKO, 2008).

SKUPINOVÁ TERAPIE

Jak název napovídá, terapie probíhá ve skupině více lidí, nejčastěji 8-12 osob. V rámci skupiny si pacienti sdělují své zkušenosti, zážitky a navzájem si radí. Terapie ve skupině vede k rychlejšímu sebepoznání. Skupinová terapie má především efekt, pokud jsou do ní zapojeni rodinní příslušníci. Ti mají možnost sdílet své obavy, starosti a pocity s rodinami jiných pacientů, kteří se nacházejí v obdobné situaci. Upevňují se jednak jejich vědomosti o onemocnění, ale především se zbavují pocitů viny a odpovědnosti za nemoc jejich příbuzného. Během sezení mohou ventilovat svůj emoční tlak. Ačkoli není u skupinové terapie popsán výrazný efekt pro potlačení projevů OCD, je vhodným doplňkem například ke kognitivně behaviorální terapii (PRAŠKO, 2008).

KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

Černá (2013) i Praško (2008) vysvětlují, že KBT vychází ze skutečnosti, že pacient trpící OCD chybně hodnotí své myšlenky, což se projevuje jeho zvýšenou úzkostí. Terapie neusiluje o to myšlenky odstranit, neboť tyto myšlenky se objevují u každého jedince. Cílem je změnit pohled pacienta na tyto myšlenky a změnit způsob jakým je vyhodnocuje. Pacient definuje své obsese, přemýšlí o nich a hodnotí je. Zjišťuje, zda jsou jeho obavy oprávněné, platné, založené na reálně hrozbě nebo zda jsou přehnané.

Zlomový výzkum této metody provedl londýnský psycholog Victor Meyer. Jako první léčil své pacienty pomocí metody, jejíž podstatou je expozice pacienta pro něj zátěžové situaci. To u pacienta vyvolá úzkost a potřebu kompulzivního chování. V rámci terapie mu však úleva prostřednictvím rituálu není umožněna, čímž se pacient

učí pracovat se svými pocity a eliminovat je jiným způsobem. Meyer například své pacienty s opakujícími se mycími rituály nutil dotýkat se objektů, které zvyšovaly jejich úzkost (např. prkénko od záchodu), a bránil jim umýt si ruce (PRAŠKO, 2008).

Terapie probíhá konkrétně tak, že pacient vytvoří seznam činností, které jej zatěžují a stresují. Tyto činnosti seřadí chronologicky podle míry úzkosti, kterou v něm vyvolávají. Na základě tohoto seznamu se vytvoří terapeutický plán. Vždy se začíná s expozicí vůči položkám, které jedince stresují nejméně a postupně se pokračuje k činnostem více stresujícím. Vlastní expozice podnětu trvá tak dlouho, dokud pacientova úzkost neklesne na polovinu maxima. To může trvat i několik hodin (PRAŠKO, 2008), (PRAŠKO, 2011).

Frekvence sezení je častá. Obvykle probíhá dvakrát až pětkrát v týdnu v celkové délce až 2 hodin. Ideální doba trvání léčby je 2-3 měsíce (PRAŠKO, 2008).

Terapie představuje pro pacienty velkou zátěž, proto ji řada z nich odmítne nebo předčasně ukončí. Černá (2013, s. 56) uvádí, že: *je to 30-50 % klientů*. V tomto případě je stěžejní přístup terapeuta k pacientovi. Ten musí pacienta správně motivovat a vyzdvihnout klady terapie. Je nezbytné s pacientem komunikovat jako s partnerem a přesně mu nastínit průběh terapie. Pokud pacient léčbu zvládne, je její úspěšnost cca 75 %, což je srovnatelné s efektem farmakoterapie. Někteří autoři dokonce uvádějí, že efekt psychoterapie má trvalejší charakter a snižuje pravděpodobnost výskytu relapsů (ČERNÁ, 2013), (PRAŠKO, 2008).

1.8.2 FARMAKOTERAPIE

Psychofarmaka jsou další volbou psychiatrů při léčbě OCD. Pacienti je užívají samostatně, v ideálním případě v kombinaci s některou psychoterapeutickou metodou. Úspěšná léčba vlivem farmak je popsána u cca 60–70 % nemocných (PRAŠKO, 2008).

Praško (2008, s. 44) stanovuje jako lék první volby pro léčbu OCD klomipramin. Udává že: *lék se podává v průměrné denní dávce 200-250 mg. Nástup účinku se dostavuje po 5-12 týdnech. Během jeho užívání se mohou vyskytnout vedlejší projevy jako: sucho v ústech, zácpa, rozmazané vidění, sklony k závratím při rychlých*

změnách polohy (z lehu do stoje), pocity na zvracení a oslabení sexuální reaktivity - zvláště potíže s dosahováním orgasmu. Výhody pro indikaci klomipraminu jsou: vysoká účinnost a nízké riziko závislosti. Pro dlouhý poločas vylučování je možné jej podávat v jedné denní dávce. Má antiobsedantní i antidepressivní účinek.

V dnešní době se do popředí v léčbě OCD dostávají SSRI, selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, a to především proto, že mají méně nežádoucích účinků než klomipramin a nevzniká na nich závislost. Efekt léčby je zřetelný po 6-13 týdnech. Mechanismus jejich účinku spočívá v tom, že zabraňují vychytávání serotoninu ze štěrbin mezi nervovými zakončeními a tím zvyšují jeho množství v organismu. Léky ovlivňují transportér pro serotonin tak, že obsazují hned dvě jeho vazebná místa pro serotonin. Tím je prodloužena doba účinku léku a současně se zkracuje doba nástupu účinku. Příklady alosterických inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu jsou: escitalopram, který se podává v denní dávce 10-20 mg, citalopram a fluoxetin (Prozac) v dávce 20-60 mg, sertralin (Zoloft) 50-200 mg a fluvoxamin (Luvox) podávaný v dávce 50-300 mg (PRAŠKO, 2008), (HORÁČEK, 2013), (BRINKERHOFF, 2014), (PRAŠKO, 2013), (ČERNÁ, 2013).

Další možnosti léčby jsou selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu. Účinnost a vedlejší účinky jsou srovnatelné s SSRI. Příkladem je venlafaxin podávaný v dávce 75-300 mg denně (PRAŠKO, 2008).

Při akutní atace úzkosti se mohou podat i benzodiazepiny, například diazepam, alprazolam apod. Je nutné brát v úvahu, že na tento typ léčiv vzniká závislost a po čase je nutné zvyšovat dávky, proto by se neměl užívat dlouhodobě. Vysazování by mělo probíhat postupně, aby nedošlo k rozvoji abstinenčních příznaků (PRAŠKO, 2013).

Pokud výsledek léčby neodpovídá očekávání, je možné léky různě kombinovat nebo je podávat v supramaximálních dávkách (PRAŠKO, 2013).

Praško (2013) zdůrazňuje, že aby byl efekt léčby dostatečný, je nutné pacienty informovat o tom, že musí být trpěliví, neboť nástup účinku léků může být zdlouhavější. Kromě možných vedlejších účinků je třeba je upozornit na to, že léčbu

musí užívat přesně dle ordinace lékaře a léky nevysazovat předčasně. Pokud je léčba přerušena již po roce, je prokázáno 90 % relapsů.

RIZIKA FARMAKOTERAPIE U DĚTÍ

Theiner (2014) hovoří o terapii u pacientů dětského věku. O té rozhoduje primárně dětský psychiatr. Ideálně se na ní podílí společně s pediatrem. Obecně se u dětí lékaři přiklání spíše k psychoterapeutickým metodám. Nicméně u některých pacientů je farmakoterapie nezbytná. Pokud je pacient léčen klomipraminem, je nezbytná konzultace s dětským kardiologem a pravidelná kontrola na EKG. Dnes častěji předepisované léky SSRI mohou u dětí vést k úbytku váhy. Při podávání sertralinu se může objevit elevace jaterních testů. Všechny preparáty mohou u dětí vést k sebevražedným myšlenkám, ale počet pokusů u takto léčených pacientů nestoupá. U SSRI je častým negativním jevem sexuální dysfunkce, to může být zatěžující především pro pacienty v období dospívání.

FARMAKOREZISTENCE

I přes veškerou snahu lékařů a terapeutů je až 10 % nemocných rezistentní vůči terapii. Černá (2013, s. 57) definuje rezistentní OCD: *když se nezlepší symptomatologie po adekvátní léčbě farmaky a KBT. Adekvátní léčba je min. 10-12 týdnů podávání maximální dávky klomipraminu nebo SSRI a minimálně 20-30 hodin KBT. Na úspěchu či neúspěchu terapie se podílí řada faktorů: věk v době propuknutí poruchy, doba trvání poruchy, úroveň vzdělání, rodinná anamnéza, stupeň disociace, kognitivní deficit apod. Význam mají i komorbidní diagnózy.*

Pokud u pacienta vzniká farmakorezistence, navazují na léčbu další metody. Jednak se farmakoterapie doplňuje kognitivně behaviorální terapií. Dále se kombinují léčiva, například efekt klomipraminu je podpořen antipsychotiky, jako je haloperidol či pimozid. Podávají se supramaximální dávky léčiv (ČERNÁ, 2013).

1.8.3 DALŠÍ MOŽNOSTI TERAPIE

NEUROCHIRURGICKÉ METODY

Pokud je efekt terapie stále nedostatečný, uchyluje se k neurochirurgickým metodám. Jejich účinnost se uvádí okolo 30 %. V dnešní době jsou chirurgické zásahy

cílené a usiluje se o jejich co nejnižší invazivnost. Nežádoucí účinky jsou jednak somatické, tj. hemoragie, epileptiformní paroxysmy či infekce, a jednak může docházet k negativnímu ovlivnění psychických funkcí, například k rozvoji apatie, emočního oploštění, exekutivní dysfunkce či poruchy regulace kontinence (KAŠPÁREK, 2012).

Veškeré neurochirurgické výkony jsou vzhledem ke své invazivnosti vždy posledním krokem volby. Současné jsou nevratné, což snižuje rozsah jejich využití. V současnosti používané přístupy jsou cingulotomie, anteriorní kapsulotomie, limbická leukotomie, subkaudátová traktotomie. Jejich efekt souvisí s přestavbou v CNS a dostavuje se do jednoho roku po zákroku (KAŠPÁREK, 2012).

HLOUBKOVÁ MOZKOVÁ STIMULACE

Kašpárek (2012, s. 192) popisuje jednu z používaných neurochirurgických metod. Tou je hluboká mozková stimulace, neboli „deep brain stimulation“. *Její podstatou je implantace elektrod do mozku nemocného. Nejčastěji do oblasti ventrálního striáta a do předního raménka capsula interna. V červenci 2009 získala „Reclaim DBS“ – metoda firmy Medtronic – certifikaci EU pro léčbu rezistentní OCD. Jedná se o stimulaci předního raménka capsula interna. Výhodou této metody je to, že je reverzibilní.*

Vybraný pacient k tomuto zákroku je nejprve několik týdnů v péči specialistů, kteří vyhodnotí jeho aktuální zdravotní stav. Pokud je k zákroku vhodný, absolvuje MR mozku se stereotaktickým rámem v lokální anestezii. Na základě tohoto vyšetření se určí přesné souřadnice místa, kde budou umístěny elektrody, a bezpečná cesta pro jejich přesun. Během vlastní operace je pacient v lokální anestezii. V předem stanovených místech se vytvoří otvory v lebce, cca 13-14 mm v průměru. Zavede se elektroda. Během zákroku zůstává pacient při vědomí, tudíž je možné zachytit případné nežádoucí projevy. Po správném uložení elektrod se implantuje stimulátor do podklíčkové oblasti. Po 2-3 týdnech se celý systém testuje. S aplikací stimulátoru souvisí několik omezení, především je to kontraindikace MR, diatermie a monopolární elektrokoagulace. Vedlejší účinky se téměř nevyskytují nebo jsou přechodné (KAŠPÁREK, 2012).

Nejrozsáhlejší studie této metody proběhla v roce 2008 a byla publikována Greenbergem z Butler Hospital. Výsledky ukazují, že metoda zmírnila projevy závažné

OCD na středně závažnou a zlepšila kvalitu života nemocného. Současně je popsáno znovuobjevení příznaků po období konce životnosti baterie. Nevýhoda této metody je nutnost reimplantace stimulatorů cca jednou za 12 měsíců (KAŠPÁREK, 2012).

U nás je metoda dostupná v Brně, není však hrazena z veřejného pojištění.

REPETITIVNÍ TRANSKRANIÁLNÍ MAGNETICKÁ STIMULACE

Repetitivní transkraniální magnetická stimulace je další inovativní technika. Ukazuje se, že by mohla přinést novou naději pacientům s rezistentní OCD. Podstatou této metody je elektromagnetická indukce. Cívkou, jež je přiložena k povrchu hlavy, prochází primární proud, který vytváří magnetické pole. Z něho vzniká proud sekundární, který vyvolá depolarizaci či hyperpolarizaci buněčných membrán. Dojde ke změně napětí na membráně a ke změnám v iontových kanálech. Následuje aktivace neuronů, změna v metabolismu, hemodynamice či behaviorální změna (PŘIKRYL, 2013).

Přikryl (2013) udává, že pro pacienta je stimulace nebolestivá, nicméně může pociťovat určitý diskomfort. Pacient je během zákroku při vědomí, po terapii nejsou žádná významná omezení.

Tato metoda je stále v testování. Ukazuje se, že není spojena s významnými nežádoucími účinky. Někdy se může po zákroku objevit bolest hlavy, která po několika hodinách odezní, případně záškuby v obličeji či nevolnost. Nejvýznamnější negativní účinek je epileptiformní záchvat během stimulace (PŘIKRYL, 2013).

Dosavadní studie jsou velmi rozporuplné, tudíž efekt terapie zatím nelze přesně určit. Z provedených studií je patrné, že efekt stimulace závisí na stimulačním místě, proto se budoucí výzkum soustředí právě na stanovení optimálního nasměrování stimulace. Nadějná se jeví stimulace suplementární motorické arey či orbitofrontálního kortexu. Nicméně i tato metoda je nadějí pro možnou neinvazivní léčbu OCD (PŘIKRYL, 2013).

NEUROFEEDBACK

Aktuálně významným pokrokem pro efektivní léčbu OCD je práce PhDr. Jany Kopřivové, Ph.D. z Národního ústavu duševního zdraví, která jako jedna z prvních na světě zkoumá aktivitu mozku pacientů s OCD pomocí EEG. V roce 2014 byla oceněna za svou práci Bolzanovou cenou z rukou rektora Univerzity Karlovy. Kopřivová (2012, s. 5) poukazuje na: *Závažnost obsedantně-kompulzivních symptomů souvisela pozitivně s objemem šedé hmoty v levé orbitofrontální kůře a negativně s objemem šedé hmoty v supramarginálních gyrech. Odpověď na léčbu a EEG před léčbou korelovaly negativně v oblasti nízkých frekvencí (2 – 6 Hz) v mediální frontální kůře, v pásmu beta (18.5–21 Hz) aktivity v mediální frontální, levé laterální orbitofrontální a dorsolaterální prefrontální kůře a v pásmu alfa (8.5 – 10 Hz) aktivity zejména v levém fusiformním a parahipokampálním gyru. Na druhé straně, lepší odpověď na léčbu byla spojena s vyšším množstvím vysoké beta (21.5 – 32 Hz) aktivity před léčbou v nezávislé komponentě EEG diferencující mezi pacienty s OCD a zdravými subjekty, stejně jako v subgenuálním a dorzálním předním cingulu, zadním cingulu a laterálním povrchu frontálního a parietálního kortexu.* Především tyto poznatky jsou budoucím předpokladem pro výběr léčby tzv. na míru pacienta. Práce paní doktorky se věnuje i možnosti ovlivnění mozkové kůry pacientů, kteří trpí OCD, pomocí neurofeedbacku.

Neurofeedback je terapeutická metoda založená na principu učení. Pacientova mozková aktivita je snímána pomocí EEG. Pokud je aktivita správná, odpovídá normálu, dostává pacient o této aktivitě zpětnou vazbu (vizuální či zvukovou) a učí se tak elektrickou aktivitu mozku ovládat a regulovat. Pomocí zpětné vazby si mozek zapamatovává „správnou cestu“. V praxi je nejčastější provedení ve formě počítačové hry. V současnosti se používá pouze při léčbě epilepsie a ADD/ADHD (KOPŘIVOVÁ, 2008).

1.9 PŘEDCHÁZENÍ RELAPSŮM

Praško (2008) se ve svém díle věnuje relapsu onemocnění. Pojem relaps znamená, že se vrátily projevy nemoci po jejich předchozím útlumu či úplném potlačení správnou léčbou. Hlavním faktorem, který relapsu brání, je užívání léků. Pokud pacient

léky vysadí předčasně, je riziko relapsu až 80 %. Pacient má dojem, že je již vyléčený a léky vysadí. Nicméně pro správný efekt je nezbytné pokračovat v léčbě alespoň 18-20 měsíců, a to i po odeznění projevů. Pokud je epizoda OCD opakovaná, tak léčba může trvat až pět let. V některých případech doživotně.

Riziko relapsu výrazně zvyšuje i stres. Již během terapie se pacient učí, jak zvládat zátěžové situace, jak se vyrovnávat s neúspěchy apod. Může mu pomoci i tvorba tzv. krizového plánu. V rámci krizového plánu pacient definuje potencionální stresující situace. Následně si vytvoří plán, jak bude čelit stresu, až tato situace nastane (PRAŠKO, 2008).

Pro prevenci relapsu má význam také psychohygienu. Pro pacienta je dobré osvojit si relaxační techniky, které sníží jeho úzkost. Příkladem mohou být dechová cvičení. Provádějí se v pohodlné poloze. Proveďte se hluboký nádech nosem do břicha a pomalý výdech pusou. Dále například metoda „Stop“, která spočívá v zastavení chodu negativních myšlenek, využití představivosti, autogenní trénink, vizualizace atd. Dále by se měl pacient věnovat koníčkům, jako je sport, přátelé, poslech hudby apod. Důležitá je také správná výživa a schopnost odpočívat (PRAŠKO, 2008).

2 EDUKACE

Pojem edukace pochází z latinského slova *educare*, což znamená vést či vychovávat. Juřeníková (2010, s. 9) definuje proces edukace jako: *soustavné ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech*.

Rozvoj edukace souvisí především s přechodem z paternalistického přístupu k pacientovi ve vzájemnou spolupráci mezi lékařem a pacientem. S tím jak se zvyšuje podíl pacienta na vlastní léčbě, narůstá i potřeba větší informovanosti pacienta. Pacient má právo na odpovídající úroveň informací. Pokud si to přeje, musí být informován o svém zdravotním stavu, musí znát příčiny své nemoci a možnosti léčby. Je důležité poskytnou pacientovi návod na úpravu životního stylu a určitou dávku reálného optimismu. Edukace zvyšuje úspěšnost léčby, zkracuje rekonvalescenci a tím snižuje i náklady na léčbu (SVĚŘÁKOVÁ, 2012), (HLINOVSKÁ, 2010).

2.1 EDUKAČNÍ PROCES

Je důležité, aby edukace odpovídala potřebám pacienta, probíhala systematicky, logicky a srozumitelně. Proto je nezbytná tvorba edukačního procesu (SVĚŘÁKOVÁ, 2012).

V rámci edukačního procesu jsou definovány některé základní pojmy: subjekt učení, tedy jedinec, který je vzdělávám, je označován jako edukant. Naopak ten, kdo edukaci vede, vyučuje, předává informace je edukátor. Dalším pojmem je edukační standard, což je jakýsi návod či norma pro vedení edukace. Jeho podstatou je udržet určitou kvalitu edukace (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Vlastní proces je tvořen z pěti hlavních fází. První fáze procesu je posouzení pacienta. Hodnotí se ochota přijmout změnu, věk pacienta, úroveň vzdělání, motivovanost, společensko-ekonomické faktory. Je třeba zhodnotit i znalosti pacienta o dané problematice.

V druhé fázi je třeba stanovit edukační diagnózy. Třetí fáze spočívá v naplánování edukace a určení tématu edukace. Čtvrtá fáze se věnuje vlastní realizaci edukace. Edukace může být základní, ta obsahuje informace o problematice jako celku. Má význam, pokud je pacientovi onemocnění nově diagnostikováno a jeho vědomosti jsou v podstatě nulové. Dalším typem je komplexní edukace, která zasahuje do všech aspektů života. Nevěnuje se pouze vlastní diagnóze, ale i životnímu stylu, pohybovému režimu apod. Dále to může být reedukace, která rozvíjí či opravuje dosavadní znalosti. V rámci edukace je třeba roztrždit témata podle důležitosti. Způsob předávání informací či dovedností je různý. Metoda edukce by měla být zvolena vhodně, aby byla zajímavá jak pro edukanta, tak pro edukátora. Ve zdravotnictví je nejběžnější metodou edukace rozhovor, případně instruktáž, pokud je třeba pacienta naučit nějaké praktické dovednosti. Pro větší názornost je možné zařadit do výkladu různé pomůcky jako letáky a plakáty v čekárnách, knihy, časopisy apod. Poslední fáze edukace zahrnuje zhodnocení výsledků. Efekt edukace je možné zhodnotit například písemným testem, kladením otázek, zkouškou praktických dovedností atd. V rámci edukačního procesu by také měly být určeny cíle edukace, tedy to, čeho chceme u pacienta dosáhnout (JUŘENÍKOVÁ, 2010), (HLINOVSKÁ, 2010), (SVĚŘÁKOVÁ, 2012).

Významnou součástí procesu je tvorba edukační dokumentace. V ní je zaznamenán edukační plán, výsledek edukace i reakce pacienta na edukaci. Dokumentace zajišťuje, že edukace bude probíhat kontinuálně a efektně, podává základní informace ostatním zdravotním pracovníkům a současně je chrání před případnými nesrovnalostmi a stížnostmi (HLINOVSKÁ, 2010).

2.2 SESTRA V EDUKAČNÍM PROCESU

Všeobecná sestra hraje v edukaci pacienta stěžejní roli. Právě sestra je s pacientem v každodenním kontaktu, zná jeho strasti, bolesti, ale i zájmy a radosti. Poznat osobnost pacienta je pro úspěšnou edukaci velmi důležité.

Základem pro úspěšnou edukaci jsou samozřejmě odborné znalosti sestry. Pokud jsou její vědomosti nedostatečné, snižuje to její věrohodnost. Sestra by současně měla být empatická, trpělivá, vstřícná, měla by si získat pacientovu důvěru. Měla by být

schopna pacienta motivovat a podporovat. Měla by znát základní pravidla pro komunikaci. Profesionálně odvedený rozhovor pacienta motivuje, umožňuje edukátorovi navázat vztah s pacientem. Edukátor by měl vždy myslet na to, že pacienta musí vhodně oslovit, představit se, musí hovořit kultivovaně, ale ne příliš odborně. Měl by být schopen aktivně naslouchat, dát prostor pacientovi, aby projevil svůj názor. Neměl by být příliš direktivní. Měl by jasně odpovídat na případné dotazy. Rovněž by měl kontrolovat průběh rozhovoru, aby byla edukace co nejefektivnější (KUTNOHORSKÁ, 2010).

Svěráková (2012) popisuje aktivity sestry v rámci edukace. Sestra konkrétně hodnotí problém pacienta a zjišťuje, na co je třeba se v edukaci zaměřit. Posuzuje schopnosti pacienta, poskytuje rady a informace, názorně předvádí konkrétní činnosti, hodnotí pokrok pacienta a zjišťuje zpětnou vazbu.

Pro zvýšení efektu edukace by se na ni sestra měla dobře připravit, měla by zvolit vhodný čas, používat příklady ze života, hovořit o vlastních zkušenostech, vytvořit přátelské prostředí, odstranit rušivé elementy. Pacienta vždy musí respektovat a nesoudit jej (FRIČOVÁ, 2010).

2.3 EDUKACE PSYCHIATRICKÉHO PACIENTA

Edukace psychiatrického pacienta je pro sestru náročnější, protože vyžaduje výraznou sebedisciplínu a vyšší dávku empatie. Důležitá je sebereflexe sestry, aby zhodnotila, zda není vůči pacientovi zaujatá apod.

Psychiatrický pacient často nespolupracuje, nechce se podrobit režimu. Pacientovo chování je nemocí velmi ovlivněno, může být vulgární, agresivní nebo naopak plačtivé či depresivní. Pacient s duševní chorobou často vlivem své nemoci ztrácí kontakt s realitou, není schopen navazovat běžné mezilidské vztahy, vést standardní komunikaci. Uspokojování jeho potřeb je narušeno na mnoha úrovních. Je zde důležitý nepřetržitý kontakt mezi sestrou a pacientem. Sestra musí být na jedné straně citlivá, současně také rozhodná a sebevědomá. Vztah k pacientovi by měla mít

vstřícný, přátelský, ale ne příliš osobní. Pacient by se měl cítit bezpečně (ŠIMOVCOVÁ, 2010), (MALÁ, 2006), (FRÍČOVÁ, 2010).

Na psychiatrii je důležité, kromě jiného, získat informace o kvalitě pacientova spánku, zda užívá léky na spaní. Psychiatři často trpí poruchami vylučování stolice, ať ve smyslu zácpy či průjmu. Sestra musí zhodnotit příjem tekutin, protože dehydratace může vést k halucinacím. Musí zhodnotit vědomí, orientaci, myšlení, řeč a emoce pacienta. Soběstačnost pacienta hlavně v hygieně. K anxietě se pojí únava a nechutenství, proto musí kontrolovat příjem potravy. Sestra by měla sledovat také riziko závislosti na předepisovaných lécích (NEUBAUEROVÁ, 2009).

Edukace by měla být cílená primárně na pacienta. Cílem edukace je pacienta informovat o daném onemocnění, pomoci mu poskytnout náhled na nemoc, uklidnit ho, zabránit relapsu. Každý pacient by měl být informován na základě svých schopností a možností. Měl by znát základní informace o svém onemocnění. Co se týče obsedantně kompulzivní poruchy, měl by pacient vědět, že je toto onemocnění léčitelné, že vychází z úzkosti a jeho podstatou je uvolňování tenze pomocí rituálů. Je důležité pohovořit s pacientem o jeho náhledu, zda si abnormálnost svých činů uvědomuje či nikoli. To výrazně ovlivňuje efekt edukace. Pacientovi by mělo být nastíněno, jak se nemoc projevuje, aby mohl do kontextu zařadit i své vlastní příznaky. Pacient by měl vědět, že se za své onemocnění nemusí stydět, že je naopak nezbytné, aby se svěřil se svými obtížemi, aby vyhledal lékaře, pokud bude mít pocit, že u něho opět narůstá rituální chování. Jako u ostatních typů onemocnění pacienta vždy zajímá prognóza. To je velmi ošemetné téma, neboť každý pacient je jedinečný, každý jinak reaguje na léčbu apod. Obecně je důležité být realistický. Je dobré zmínit příklady jiných pacientů, zdůraznit, že řada faktorů záleží na pacientovi samotném. Že je důležité, jak o sebe bude pečovat, jak bude respektovat pokyny lékaře, jak bude užívat léky apod. Nicméně není dobré vzít pacientovi veškerou naději. Naopak je třeba jej povzbudit. Důležitá součást edukace je poskytnutí informací o farmakoterapii. Pacient musí pochopit, že je nezbytné, aby léky užíval přesně tak, jak mu doporučil lékař. Pacient by měl vědět, že psychofarmaka mají delší latenci účinku. V základu by měl znát podstatu účinku léku. Měl by být informován o možných vedlejších účincích, ale v protíváze je vždy nutné zmínit, jaký profit bude mít z užívání medikace. Je nezbytné, aby pacient věděl, že kombinace léčiva s jakoukoli drogou je nežádoucí, dokonce nebezpečná. Co se týče žen a dívek,

je potřeba je informovat, že v zátěžových obdobích běžného života, jako je těhotenství, porod, laktace apod., je třeba o své duševní zdraví pečovat ještě důsledněji. V rámci edukace je nutné zmínit i možnosti psychohygieny. Vyzdvihnout důležitost spánku, důležitost vyhýbat se stresovým událostem, nepřepínat se a relaxovat. Pacient by měl znát zásady, jak zabránit vzniku relapsu nemoci (MALÁ, 2006), (FRIČOVÁ, 2010).

2.3.1 EDUKACE RODINY PACIENTA

Podpůrné osoby výrazně ovlivňují nemocného, proto je pro maximální úspěšnost léčby nezbytné edukovat i pacientovu rodinu a blízké. Pohovorem s příbuznými sestra získá představu o tom, jak to v rodině funguje, kdo má jaké role, jestli rodina nezhoršuje zdravotní stav jedince, jestli jej nestigmatizuje. Zjistí, jak rodina přistupuje k onemocnění. Během pohovoru sestra odhalí i obavy rodiny, náladu v rodině, konflikty apod. (MLÝNKOVÁ, 2010), (FRIČOVÁ, 2010), (MALÁ, 2006).

Jak popisují Malá a Navrátilová (2006, s. 138):

1. *Rodina by měla být informována o povaze onemocnění.*
2. *Edukace by měla být stejná jako u pacienta, s vyšším důrazem na závažnost onemocnění, rizika nemoci a pravděpodobný vývoj. Nicméně není žádoucí jakkoli podpořit pocit viny u rodiny pacienta, naopak potlačit jakékoli sebeobviňování.*
3. *Rodina by měla být informována o nutnosti pravidelné ambulantní léčby a užívání psychofarmak.*
4. *Cílem je získat spojence v léčbě. Rodina by se měla částečně podílet na terapii, toto je nezbytné hlavně u dětských pacientů.*
5. *Rodina by měla být seznámena s možnostmi, jak přispět k prevenci relapsu nemoci.*
6. *Rodina by měla být upozorněna na vhodné a nevhodné chování k pacientovi. V rámci edukace nikdo nesmí být obviňován, pouze informován o nevhodnosti hyperprotektivního a hyperkritického přístupu.*
7. *Je důležité prodiskutovat fakt, že obsese je nemoc, nikoli schválnost či povahová úchylnka. Tento pohled je totiž hlavní příčinnou konfliktů v rodině.*

V neposlední řadě má význam zvyšovat informovanost a povědomí o psychických chorobách u široké veřejnosti, tím předcházet případné stigmatizaci pacientů od vnějšího okolí.

3 EDUKAČNÍ PROCES

KAZUISTIKA:

Dne 5. 2. 2016 v 9:00 byl na oddělení dětské psychiatrie v Motole neplánovaně přijat 13 letý pacient. Pacient dorazil v doprovodu matky pro výraznou tenzi a zhoršující se rituální chování. Dle výpovědi matky je chlapec posedlý čistotou, má obavy, že se nakazí žloutenkou a nakazí i ji. Stále si umývá ruce, a to i dezinfekcí, odmítá si utírat ruce do již jednou použitého ručníku. Většinou si nechává ruce volně uschnout. Pokud před jídlem nemá možnost omýt si ruce, raději nejí vůbec. Odmítá si opakovaně obléci stejné oblečení. Kliky od dveří otevírá pomocí hygienických ubrousků, které neustále nosí u sebe. Po koupeli si vezme čistý ručník a za jeho pomoci se přesune do pokoje, poté vyžaduje, aby mu matka dezinfikovala nohy. Svůj pokoj považuje za čistou zónu, proto do něho téměř nechodí a většinu nocí spí v pokoji s matkou. Matka mu většinou vyhoví. Domnívala se, že se jedná o přechodný stav, že z toho „vyroste“. Nyní chlapec doma plakal, že má jistě žloutenku, protože se o něho oťrel cizí muž v metru. Dožadoval se kontroly u lékaře, byl neoblomný až agresivní. Matka se mu rozhodla vyhovět. Lékařem na pohotovosti odesláni na psychiatrii, zde stanovena diagnóza obsedantně kompulzivní porucha.

Při příchodu na oddělení je pacient při vědomí, stanoveno GCS na 15 bodů, pacient je orientován místem, časem i osobou. Chlapec je ve výrazné tenzi, špatně snáší přítomnost v nemocničním prostředí a oddělení od podpůrných osob. Fyziologické funkce při příjmu: TK 126/90 mmHg, P 130/min, D 20/min, TT 36,4 °C. Hodnota BMI 18,77, což odpovídá normální hmotnosti. Nicméně v poslední době výraznější úbytek váhy až o 10 kilogramů. Určena dieta číslo 13-1 Strava větších dětí. Zápis stravy. Pacient má zhoršené vidění, které je dostatečně kompenzováno brýlemi. Vylučování moči je bez problémů. Stolice má charakter průjmu. Spánek narušený rituálním chováním. Na ruku patrný ekzém. Pacient je asuicidální, aktuálně bez známek auto či heteroagrese.

Ošetřujícím lékařem byla stanovena základní klinická vyšetření: odběr krve (KO + diff., ALT, AST, GGT, ALP, cholesterol, bilirubin, kreatinin, urea, TSH, ASLO),

vyšetření moči + sediment. Dále neurologické vyšetření včetně EEG, psychologické vyšetření a vyšetření na dermatologii. Lékařem byla zahájena farmakoterapie a předepsána individuální i skupinová psychoterapie. Na oddělení se pacient účastní komunity, muzikoterapie, arteterapie, autogenního tréninku a canisterapie.

1. FÁZE - POSOUZENÍ

Jméno: D. Č.

Pohlaví: muž

Věk: 13 let

Bydliště: Praha

Rasa: europoidní

Etnikum: slovanské (české)

Vzdělání: studuje základní školu

ANAMNÉZA

Nynější onemocnění: fobie, úzkost, strach z bakterií, strach z nemocí, pedantské chování, kompulzivní chování.

Osobní anamnéza: dítě z 1. fyziologické gravidity, porod v termínu, nekříšen, poporodní adaptace dobrá, kojen celkem 12 měsíců. *PMV:* první slova kolem 2. roku, samostatná chůze od 1. roku, od malička strach ze schodů. *Hygiena:* pleny do 3 let. *Výživa:* hodně vybíravý, vyhýbá se masu. *Nemoci a dispenzarizace:* v dětství opakované otitidy, úrazy: 0, křeče 0, operace 0. Očkování dle kalendáře + 1 dávka klíšťová encefalitida.

Alergická anamnéza: neudává žádné alergie.

Abúzy: neguje.

Farmakologická anamnéza: dosud neužíval žádné léky.

Základní údaje:

Tělesný stav

V poslední době pokles hmotnosti, ekzém na ruku.

Mentální úroveň

Dobrá, pacient je orientován místem, osobou i časem přiměřeně věku.

Komunikace

Přiměřená, kontakt navazuje ochotně, sám jej iniciuje, na otázky odpovídá bez výraznější latence.

Zrak, sluch

Porucha zraku kompenzována brýlemi.

Řečový projev	Řeč srozumitelná, zdvořilá, místy až šroubované vyjádření, intonace monotónní.
Paměť	Nenarušená, přiměřená věku.
Motivace	Dobrá, jeví zájem o nové informace.
Pozornost	Lehce zabíhavé myšlení, vzhledem ke zdravotnímu stavu přiměřená.
Typové vlastnosti	Melancholik.
Vnímavost	Bez poruch.
Pohotovost	Odpovědi většinou bez latence.
Nálada	Výrazná tenze, úzkost, obavy z hospitalizace.
Sebevědomí	Středně vysoké.
Charakter	Tvrdohlavý, někdy těžká domluva, neústupný, ale dobrák, důvěřivý, někdy netrpělivý, impulzivní, perfekcionista.
Poruchy myšlení	Koherentní, někdy zabíhavé, bez bludné produkce, obsedantní myšlenky.
Chování	Bezproblémové, občas impulzivita, pečlivost a pedantskost.
Učení	Typ: emocionální. Styl: vizuální, auditivní. Postoj: zájem o nové informace. Bariéry: strach, úzkost, zabíhavé myšlení, nedostatečný náhled na onemocnění.

POSOUZENÍ FYZICKÉHO STAVU, ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ A EDUKAČNÍCH POTŘEB

Posouzení dle 13 domén NANDA taxonomie II

Posouzení ze dne: 7. 2. 2016

1. Podpora zdraví: Pacient se začíná vyrovnávat se svojí diagnózou, zatím je pro něho vše nové, má obavy. Postupně si vytváří náhled na své onemocnění. Hospitalizace a oddělení od podpůrných osob jeho úzkost zhoršuje. Na oddělení se snaží přizpůsobit režimu. Neustále se ujišťuje o pravidlech oddělení, o léčebném režimu, o možnostech návštěv. Má zájem o nové informace týkající se jeho stavu, respektuje pravidla a ordinace lékaře. Před hospitalizací pravidelně docházel k dětskému lékaři na preventivní prohlídky. Matka se snaží dodržovat vhodnou životosprávu. Vede syna, aby se dle pravidel řídil.

Ošetrovatelský problém: strach, úzkost

Priorita: střední

2. Výživa: Pacient při výšce 146,5 váží 42 kg. Pro orientační posouzení stavu pacienta bylo při příjmu vypočítáno BMI, jehož hodnota je 18,77. Percentil byl stanoven na 50-75. To odpovídá optimální váze. Nicméně v poslední době došlo u pacienta k výraznému úbytku na váze až o 10 kg. Vlivem narůstající úzkosti trpí pacient ztrátou chuti k jídlu. Vždy byl velmi vybíravý co se týče jídla. Vyhýbá se masu, jí pouze maso kuřecí. Pitný režim je v normě, denně vypije asi 1,5 litru tekutin, nejčastěji džusy či vodu. Rád pije Coca-Colu. Alkohol dle svých slov nikdy neochutnal. Na oddělení dostává dietu číslo 13-1 Strava větších dětí. Sleduje se příjem potravy vzhledem k již zmiňované ztrátě hmotnosti.

Ošetrovatelská problém: ztráta hmotnosti, ageuzie

Priorita: střední

3. Vylučování: Pacient neudává žádné potíže s močením. Netrpí inkontinencí. V poslední době nárůst frekvence stolice na více než 3 krát za den, charakter spíše řidší, objem malý. Bez příměsi hlenu či krve. Poslední stolice 7. 2. 2016 ráno.

Ošetrovatelský problém: průjem

Priorita: nízká

4. Aktivita, odpočinek: Pacient se dříve aktivně věnoval hraní fotbalu. Pro vzrůstající úzkosti ohledně společných sprch byl terčem posměchu spoluhráčů, tudíž sportu zanechal. Rád ale sleduje sportovní přenosy v televizi, vypracovává si statistiky. Denně spí cca 8 až 10 hodin. Často spí v ložnici s matkou, ve svém pokoji výjimečně. Někdy se v noci budí, chodí se do koupelny omýt a pak jde zase spát. Noční děsy nemívá.

Na oddělení je soběstačný, pohyb bez omezení, hygienu zvládá sám. V noci má problémy usnout. V cizím prostředí se necítí dobře. Během dne je samotářský, čte si na pokoji knížky s fantasy tematikou, do společných aktivit se spolupacienty se nezapojuje.

Ošetrovatelský problém: noční buzení, problém s usínáním

Priorita: nízká

5. Vnímaní, poznávání: Pacient je při vědomí, Glasgow coma scale při příjmu s výsledkem 15, orientován přiměřeně věku. Nosí dioptrické brýle. Potíže se sluchem nemá. Někdy je roztržitý a nepozorný. Diagnóza je nová, nemá dostatečné informace o svém onemocnění, o jeho léčbě. Doufá, že vše zvládne překonat. Začíná si vytvářet určitý náhled na onemocnění.

Ošetrovatelský problém: zhoršení zraku, nedostatek informací

Priorita: střední

6. Sebepojetí: Pacient se hodnotí jako introvert, je důvěřivý, někdy netrpělivý. Špatně si hledá kamarády. Sám sebe hodnotí dobře.

Ošetrovatelský problém: nenalezen

Priorita: nízká

7. Role, vztahy: Pacient žije se svou matkou v panelovém bytě v Praze. Otec od nich odešel, když mu bylo 7 let. Matka měla od té doby několik partnerů, ale žádný vztah nebyl dlouhodobý. Na matku je velice fixovaný, stejně tak ona na něho. Často spí ve společné posteli, matka ho velmi hlídá. Matka na sebe přebírá veškerou odpovědnost za domácnost apod. Zapojuje se do jeho rituálního chování. Chlapec doma nemá žádné povinnosti, diví se, že by nějaké mít měl. Kamarády si hledá těžce, měl jednoho kamaráda ze sousedství, ale ten se odstěhoval. Od té doby se s nikým nekamarádí. Neangažuje se ve vztahu s dospělými.

Ošetrovatelský problém: přehnaná fixace na matku, nulová odpovědnost, zhoršené navazování sociálních vztahů

Priorita: nízká

8. Sexualita: Pohlavní styk neproběhl. O děvčata zájem nemá.

Ošetrovatelský problém: nenalezen

Priorita: nízká

9. Zvládání zátěže: Někdy jedná impulzivně, je neústupný, tvrdohlavý. Nepotřebuje argumenty, jen se drží své pravdy. Po odchodu otce došlo ke zhoršení psychického stavu, snášel jej velmi těžce. Ještě více se přimkl k matce.

Ošetrovatelský problém: strach, úzkost, impulzivnost

Priorita: střední

10. Životní hodnoty: O životních hodnotách nepřemýšlí. Důležitá je pro něho především matka. Navazování dalších sociálních vztahů se mu zdá zbytečné. Přeje si být zase zdravý. Rád by se brzy vrátil domů.

Ošetrovatelský problém: nenalezen

Priorita: nízká

11. Bezpečnost, ochrana: Pacient trpí velkým strachem z nákazy, z bakterií, neustále se dožaduje přístupu do koupelny, často si myje ruce. V nemocnici je úzkostný, neustále se dotazuje na pravidla a režim oddělení. Nejlépe se cítí doma s matkou.

Ošetrovatelský problém: strach, úzkost

Priorita: střední

12. Komfort: Pacient je během hospitalizace úzkostný, stýská se mu po matce, děsí jej nové prostředí, cizí lidé, je neklidný, ostražitý.

Ošetrovatelský problém: úzkost, strach

Priorita: střední

13. Jiné (růst a vývoj): Růst pacienta je fyziologický, během pohybu působí neobratně, není spontánní.

Ošetrovatelský problém: nejistota v pohybu

Priorita: nízká

Profil rodiny

Pacient žije s matkou v panelovém bytě. Otec odešel, když bylo chlapci 7 let, od té doby se viděli asi jen dvakrát. Sourozence nemá. Matka vystudovala vysokou školu pedagogickou, momentálně je nezaměstnaná. Rodinu výrazně podporují rodiče matky. Matka je zdráva. V rodině se vyskytuje hypertenze, DM a otec matky prodělal lehčí infarkt.

Zdroje pomoci a podpory rodiny, sociálně – ekonomický stav

Matka chlapce je momentálně bez zaměstnání. Rodinu finančně podporují především prarodiče chlapce, kteří jsou majetní. Sociální zázemí a finanční situace je dobrá.

Životní styl, kultura, náboženství, hodnoty, postoje

Matka chlapce dbá o zdravou výživu, snaží se motivovat i chlapce. Chlapec jí pravidelně, přiměřeně, má rád sladká jídla, vyhýbá se masu. Pitný režim je dostatečný, pije obvykle vodu či džus, ale někdy si rád dá sladkou limonádu, především colové nápoje. Spát chodí okolo půl desáté večer. Spí cca 8 až 10 hodin, občas se v noci budí. Noční děsy nemívá. Aktivně žádný sport neprovozuje. Rád sleduje fotbalové zápasy v televizi.

Kultura: Televize. Někdy chodí s matkou do kina, ale nerad si sedá na sedačku, kde seděl někdo před ním, tudíž s sebou nosí podložku.

Náboženství: Rodina nevyznává žádné náboženství.

Hodnota: Matka.

Postoj k nemoci: Začíná se u něho vytvářet náhled na onemocnění. Rád by se co nejdříve vrátil domů.

Adekvátnost a neadekvátnost rodinných funkcí

Největší oporou pro chlapce je matka. Je zde výrazná fixace. Matka je úzkostná, o chlapce se velice bojí, neustále jej hlídá a kontroluje. Přebírá na sebe veškeré jeho povinnosti, aktivně se zapojuje do jeho kompulzí, snaží se mu ve všem vyhovět.

Porozumění současné situace rodinou

Matka je informována o stavu syna, s hospitalizací souhlasí, je ochotna se podílet na jeho léčbě. Sama uznává, že její strach o syna je nepřiměřený.

V rámci první fáze edukačního procesu jsme se snažili zhodnotit vědomosti pacienta, jeho postoje a schopnosti. Pro tento účel jsme vytvořili vstupní test o deseti otázkách s možností odpovědí ANO/NE.

Na základě vstupního testu jsme odhalili nedostatek vědomostí o základní charakteristice nemoci, o její léčbě a o možnostech prevence relapsu onemocnění. V rámci snížení úzkosti pacienta z nového prostředí jsme se rozhodli zařadit i edukaci o běžném chodu oddělení psychiatrie a o základních pravidlech zde platných. Pro odhalenou neznalost jsme se rozhodli uskutečnit edukaci a sestavili jsme edukační diagnózy.

Motivace pacienta: Motivace pacienta je dobrá, jeví zájem o nové informace. Sám se dožaduje personálu o informace. Pacient je perfekcionista a je velice pečlivý. Je motivován ze strany zdravotnického personálu i rodiny.

2. FÁZE – DIAGNOSTIKA

Stanovení edukačních diagnóz dle knihy Ošetřovatelské diagnózy: definice a klasifikace NANDA - International 2012-2014 a jejich uspořádání podle priority ke dni 7. 2. 2016.

Název + kód: Nedostatečné znalosti (00126)

Doména: 5 Percepce/kognice

Třída: 4 Kognice

Definice: Absence nebo nedostatek kognitivních informací souvisejících s konkrétním tématem.

Určující znaky:

Nepřesná interpretace znalostí v testu

Nevhodné chování (úzkost, naléhavost)

Související faktory:

Omezení kognice

Neobeznámenost se zdroji informací

Název + kód: Snaha zlepšit znalosti (00161)

Doména: 5 Percepce/kognice

Třída: 4 Kognice

Definice: Vzorec kognitivních informací vztahujících se ke konkrétnímu tématu nebo k jejich získání, který dostačuje k dosažení zdravotních cílů a lze jej posílit.

Určující znaky:

Projevuje zájem učit se

Deficit vědomostí:

- chodu oddělení
- onemocnění
- léčbě
- prevenci relapsu
- psychohygieně a relaxačních technikách

Deficit v postojích:

- obavy z hospitalizace
- nejistota z vyléčení
- nedostatečný náhled na onemocnění

Deficit zručností:

- v provedení relaxačních technik

3. FÁZE – PLÁNOVÁNÍ

Podle priorit: na základě vyhodnocení testu vědomostí jsme sestavili priority edukačního procesu.

- o chodu oddělení
- o onemocnění
- o léčbě
- o prevenci relapsu
- o psychohygieně a relaxačních technikách

Podle struktury: 4 edukační jednotky

Záměr edukace:

- navodit psychickou pohodu u pacienta
- osvojit si zásady chodu oddělení a přizpůsobit se režimu
- získat vědomosti o nemoci
- seznámit se s léčebným režimem
- dodržovat léčebný režim
- osvojit si zásady psychohygieny
- osvojit si některou z relaxačních technik
- dbát na správnou životosprávu

Podle cílů:

Kognitivní – pacient na základě svých možností a schopností získá dostatečné vědomosti o svém onemocnění, o jeho příznacích, o léčebném režimu a o vhodné péči o sebe sama do jednoho týdne.

Afektivní – pacient je ochoten zúčastnit se edukačního sezení, má zájem o nové informace, uvědomuje si důležitost faktu být informován, akceptuje nové poznatky a řídí se jimi, ochotně spolupracuje do tří dnů.

Behaviorální – pacient dodržuje léčebný režim, dokáže rozeznat zhoršení nemoci, dokáže zabránit znovupropuknutí nemoci, řídí se doporučeným režimem, je schopen provést některou z relaxačních technik do jednoho týdne.

Podle místa realizace: v nemocničním prostředí, v prostorách vyšetřovny, nutno zabezpečit intimitu, klid, příjemné prostředí a dostatek času.

Podle času: edukační proces byl rozdělen do čtyř jednotek realizovaných po dobu tří dnů, dle rozpoložení a čilosti pacienta. První jednotka byla realizována první den hospitalizace. Další následovaly čtvrtý a pátý den pobytu v nemocnici. Edukace o režimu oddělení probíhala bezprostředně po přijetí pacienta na oddělení. Edukace o charakteristice nemoci probíhala čtvrtý den hospitalizace v dopoledních hodinách, kdy byli ostatní spolupacienti ve škole a na oddělení byl klid. Edukace o léčbě nemoci proběhla tentýž den odpoledne. Edukace o možnostech relaxace a prevence relapsu byla naplánována na pátý den pobytu na oddělení, opět v dopoledních hodinách. Následující

den byl vyhrazen na ověření a případné zopakování informací prostřednictvím edukační hry.

Podle výběru: vysvětlování, rozhovor, písemné pomůcky, vstupní a výstupní test, diskuze, názorná ukázka.

Edukační pomůcky: informační leták, vstupní a výstupní test, edukační hra, papír, tužka, list s režimem oddělení, ukázka seznamu obtížnosti situací.

Podle formy: individuální.

Typ edukace: základní, charakter edukace i styl projevu byl zvolen dle potřeb pacienta a přizpůsoben jeho věku.

Struktura edukace

1. edukační jednotka: Režim a chod oddělení.
2. edukační jednotka: Obsedantně kompulzivní porucha.
3. edukační jednotka: Léčba obsedantně kompulzivní poruchy.
4. edukační jednotka: Relaps, psychohygienu a relaxace.

Časový harmonogram edukace

1. edukační jednotka: 5. 2. 2016 do 11:00 do 11:25 (25 min).
2. edukační jednotka: 8. 2. 2016 od 09:00 do 09:30 (30 minut).
3. edukační jednotka: 8. 2. 2016 od 13:00 do 13:40 (40 minut).
4. edukační jednotka: 9. 2. 2016 od 09:00 do 09:30 (30 minut).

4. FÁZE – REALIZACE

1. edukační jednotka

Téma edukace: Režim a chod oddělení.

Místo edukace: oddělení Dětské psychiatrické kliniky.

Časový harmonogram: 5. 2. 2016 od 11:00 do 11:25 (25 min).

Cíl:

Kognitivní – pacient zná pravidla týkající se jeho pobytu na oddělení, je seznámen s režimem a základním děním na oddělení.

Afektivní – pacient má zájem o nové prostředí, snaží se mu přizpůsobit, nepocituje úzkost v souvislosti s novým prostředím.

Behaviorální – pacient se přizpůsobuje režimu oddělení, respektuje zásady, chová se dle nastavených pravidel.

Forma: individuální.

Prostředí: nemocniční, zajistit příjemnou atmosféru.

Edukační metody: vysvětlování, rozhovor, ukázka, zodpovězení otázek.

Edukační pomůcky: list s režimem oddělení.

Realizace 1. edukační jednotky

Motivační fáze: (5 minut) seznámení se s pacientem, představení se pacientovi, uklidnění, snížení úzkosti z nového prostředí, vysvětlení podstaty edukace.

Expoziční fáze: (15 minut)

Orientace na oddělení

Ukázka, kde je pacientův pokoj, jeho postel, skříň, stolek. Ukázka, kde je vyšetřovna, toaleta, koupelna, pracovna sester, herna, jídelna pro pacienty a lednice pro pacienty.

Seznámení s režimem na oddělení

Vstáváme v 7:00, o víkendu později v 7:30. Poté je čas na ranní hygienu. Ve všední dny následuje komunita v herně. Všichni se sejdeme, hovoříme o tom, co je za den, kdo má svátek, jak jsme prožili předchozí den a co nás čeká dnes. Například jaké budou terapie. To vše obvykle zpřijemníme poslechem hudby. Po komunitě následuje snídane. U snídane je vždy sestřička, musíš jí ukázat kolik si toho snědl, než uklidiš nádobí. To platí u každého jídla. Po snídani si všichni dojdou k sestřičce pro léky. Poté se jde do školy. To se tě zatím netýká, protože jsi tu krátce. V 10:00 se obvykle koná autogenní trénink, na který také budeš chodit. Svačina je v 10:15. Platí stejná pravidla jako u snídane. Poté se děti vrací zpět do školy. Ve 12:10 je oběd. Po obědě je až do 13:00 polední klid. Můžeš ležet, číst si nebo hrát nějaké hry. Následuje odpolední výuka nebo jiný program. Odpolední program je různý, někdy je to muzikoterapie,

arteterapie, individuální terapie, skupinová terapie, jindy chodí pejsci či klauni. Když je hezké počasí chodí se ven na zahradu. V 17:30 je večere a poté večerní hygiena. Večerka je ve 21:00. Lékař či psycholog dochází na oddělení každý den v různou dobu. Pokud máš něco naléhavého, neboj se to říci sestřičkám a ony ti pomohou nebo seženou lékaře.

Pravidla na oddělení

Když přijdeš na oddělení, sestřičky ti prohlédnou věci. Nesmíš mít u sebe nic ostrého, nebezpečného. Každý pacient na oddělení musí mít identifikační náramek. Sestřičkám odevzdáš hygienu, která bude uložena ve skřínce. Stejně tak odevzdáš mobil či tablet. Na oddělení se chováme tiše, nekřičíme, nepoužíváme sprostá slova. Neničíme nábytek nebo jiné vybavení. Každý si zde po sobě uklízí sám. Každý den ráno steleme lůžko, dáváme na něj přehoz. Dodržujeme polední klid do 13:00. Každé pondělí, středu a pátek se myjí stolečky, tudíž z nich odstraníme všechny věci. Každé jídlo v lednici označíme jménem. V koupelně udržujeme čistotu, nestříkáme vodu. Vždy posloucháme sestřičky. Chováme se hezky jak k sestřičkám, tak ostatním pacientům. Návštěvy jsou povoleny ve středu, v pátek a o víkendu. Ostatní dny dostanete mobily. Pokud ti přijde návštěva, musíte se zatím zdržovat na chodbě. Časem ti pan doktor může dovolit vycházku na zahradu či do areálu nemocnice. Později pak i propustky domů na víkend.

Fixační fáze: (3 minuty) zopakování důležitých pojmů, prostor pro dotazy.

Hodnotící fáze: (2 minuty) zhodnotíme zájem pacienta, zhodnotíme zda pochopil zásadní informace, sledujeme výraz pacienta a jeho angažovanost během edukace.

Kontrolní otázky:

V kolik hodin je budíček?

Jak často chodí lékař na oddělení?

Kdo podává léky?

Zhodnocení edukační jednotky

Edukace proběhla bez problémů, pacient jevil zájem o to, začlenit se bez obtíží do chodu oddělení. Na nové informace reagoval, položené otázky zodpověděl správně. Čas edukace byl dostatečný pro základní orientaci na oddělení. Další informace si pacient osvojí během pobytu zde.

2. edukační jednotka

Téma edukace: Obsedantně kompulzivní porucha.

Místo edukace: vyšetřovna pacientů.

Časový harmonogram: 8. 2. 2016 od 9:00 do 9:30 (30 minut).

Cíl:

Kognitivní – pacient zná základní charakteristiku onemocnění, projevy nemoci, spouštěče své úzkosti.

Afektivní – pacient má zájem o nové vědomosti, dle svých možností udržuje pozornost a přiměřeně reaguje.

Behaviorální – pacient prezentuje nově nabyté vědomosti, správně odpovídá na otázky.

Forma: individuální.

Prostředí: nemocniční.

Edukační metody: vysvětlování, rozhovor, zodpovězení otázek.

Edukační pomůcky: vstupní test, informační leták.

Realizace 2. edukační jednotky

Motivační fáze: (5 minut) vytvořit klidné a příjemné prostředí, navázat s pacientem kontakt, vysvětlit mu průběh edukace, zdůraznit důležitost a přínos edukace, být empatický, získat si pacientovu důvěru.

Expoziční fáze: (15 minut)

Základní charakteristika OCD

OCD je zkratka pro obsedantně kompulzivní poruchu. OCD je nemoc. Je to stejné, jako když máš třeba chřipku nebo zlomenou nohu. Musí se léčit, aby si mohl normálně fungovat v životě tak, jako ostatní. Vůbec se nemusíš stydět za to, že jsi nemocný. Naopak, když tu nemoc přijmeš, budeš o ni mluvit, naučíš se, jak s ní pracovat a rychleji se uzdravíš. Tuto nemoc má spousta lidí, dokonce jeden ze 40. Ti, kteří ji mají, si vytvářejí různé rituály. Rituál je vlastně takový zvyk, nějaká činnost, kterou člověk dělá pravidelně v té samé situaci. Někdo třeba počítá, dotýká se věcí, někdo třeba musí třikrát obejít dům, než může vstoupit do dveří. Ty si například myješ často ruce, pořád se převlékáš, otevíráš dveře pomocí kapesníku, nesedáš si na sedačku v kině apod. Některý rituál má každý člověk. Někdy je ale těch rituálů hodně, jsou přehnané a otravují nám život. Všichni ti, co mají OCD, dělají rituál protože se bojí, mají

z něčeho strach. Bojí se, že se stane něco špatného, zlého. Například že někdo zemře, když tento rituál neudělají. Ty máš strach, že se nakazíš žloutenkou a nakazíš i maminku. Naučím tě dvě cizí slova, podle kterých se tato nemoc jmenuje. Je to slovo obsese a slovo kompulze. Obsese je vlastně zlá myšlenka. To když myslíš, že se někomu něco stane, nebo že se nakazíš nějakou nemocí. Druhé slovo je kompulze. To je to, co děláš, abys tomu zabránil. Právě třeba časté mytí rukou, obava dotknout se cizích lidí apod. Aby ses uzdravil, musíš se naučit, že ne vždy je náš strach opodstatněný. Někdy vidíme věci hůře než doopravdy jsou. Musíš se naučit, kdy je správné bát se a kdy ne. Aby ses rychle uzdravil, musíš opravdu dobře poslouchat, co ti řekne pan doktor a sestřičky. Také se musíš snažit vše správně dodržovat.

Fixační fáze: (5 minut) zopakování důležitých pojmů, prostor pro dotazy, podnítit diskuzi pro zhodnocení zpětné vazby .

Hodnotící fáze: (5 minut) posouzení, zda pacient pochopil edukaci, žádost k pacientovi, aby zopakoval co si zapamatoval, zda pochytil důležité informace, položení kontrolních otázek a vyhodnocení jejich odpovědí.

Kontrolní otázky:

Jak se projevuje OCD?

Co je rituál?

Dá se nemoc léčit?

Jaká je tvoje obsese?

Zhodnocení edukační jednotky

Dle kontrolních otázek se zdá, že pacient edukaci pochopil. Byl schopen udržet pozornost během celé doby. Aktivně se do rozhovoru zapojoval. Dokonce si ze své vlastní iniciativy během edukace dělal poznámky. Zapamatoval si i cizí výrazy a porozuměl jejich významu. Celková doba edukace byla dostatečná, byl prostor i pro vzniklou diskuzi a zodpovězení otázek pacienta.

3. edukační jednotka

Téma edukace: Léčba obsedantně kompulzivní poruchy.

Místo edukace: vyšetřovna.

Časový harmonogram: 8. 2. 2016 od 13:00 do 13:40 (40 minut).

Cíl:

Kognitivní – pacient má představu o možnostech léčby, zná základní pravidla užívání léků, má představu o průběhu psychoterapie.

Afektivní – pacient má zájem o nové informace, chápe nutnost dodržovat předepsaný režim, uvědomuje si význam terapie.

Behaviorální – pacient je schopen manipulovat s léky, sám léky pravidelně užívá, je schopen plnit úkoly z terapeutických sezení.

Forma: individuální.

Prostředí: nemocniční, zajistit intimitu, soukromí a dostatek času.

Edukační metody: vysvětlování, rozhovor, zodpovězení na otázky, diskuze.

Edukační pomůcky: leták, ukázka seznamu obtížnosti situací.

Realizace 3. edukační jednotky

Motivační fáze: (3 minuty) zajistíme klid a příjemné prostředí, navnadíme pacienta na edukaci, vysvětlíme mu téma edukace a zdůrazníme jeho důležitost.

Expoziční fáze: (25 minut)

Aktuální vyšetření:

Zítřka tě čeká vyšetření u neurologa a EEG. EEG je metoda, která vyšetří činnost tvého mozku a ukáže, jestli tam není nějaká chyba. Vyšetření nebolí. Dostaneš na hlavu speciální čepici s elektrodami, které budou snímat činnost tvého mozku a přenesou ji do počítače. Pod elektrody se musí dát speciální gel, takže pak budeš mít trochu splepené vlasy, ale nic horšího tě nečeká.

Farmakoterapie

Lék, který máš užívat se jmenuje Anafranil. Užívat jej máš ráno jednu tabletu. Nejlepší je brát si ho se snídaní. Můžeš si třeba nastavit v telefonu upomínku, abys nezapomněl. Musíš také myslet na to, že než se vytvoří správná hladina, chvíli to trvá. Buď trpělivý, může to trvat i dva měsíce, ale účinek se dostaví. Kromě Anafranilu budeš brát ještě Zyprexu, také jednu tabletu ráno. Dále budeš ještě brát Rivotril. Ten se užívá třikrát denně pět kapek na lžičku. Léky užívej vždy podle předpisu lékaře. Je pravděpodobné, že časem se bude dávka zvyšovat. Toho se nelekej, je to normální postup, aby efekt byl co nejlepší. I když budeš mít pocit, že rituály ustupují, léky

nevysazuj. Jinak se ti nemoc hned zase vrátí. Když bereš tyto léky, je velmi nebezpečné pít alkohol. Jsi na to sice ještě mladý, ale i tak se musíš hlídat, i kdyby se tě třeba spolužáci snažili přemlouvat. Pokud bys měl pocit, že ti není dobře, ať fyzicky nebo psychicky, určitě o tom hned řekni lékaři nebo sestřám. Cokoli by se dělo, neboj se svěřit.

Psychoterapie

S paní psycholožkou budeš mít sezení každý všední den. Budeš se učit poznat, jaké jsou tvé obsese, kompulze, jaké situace tě stresují. Když je poznáš, bude se ti lépe pracovat na tom, jak je odstranit. Nejlepší terapií pro OCD je tzv. kognitivně behaviorální terapie. Tvým úkolem teď je vypracovat seznam obtížnosti situací. To znamená, že sepíšeš činnosti, které tě nejvíce stresují. Tyto činnosti pak seřadíš podle toho, která tě stresuje nejvíce a která nejméně. S paní psycholožkou se pak budeš pokoušet překonat úzkost a strach při těchto činnostech. Ze začátku to bude těžké, ale nevzdávej to. Tato terapie má velký úspěch a pomůže až 80 procentům pacientů. I tady je třeba být trpělivý a na terapii docházet alespoň po dobu 3 měsíců. Někdy budete mít terapii společnou s maminkou. Je potřeba, aby se i ona dozvěděla něco o nemoci, která tě trápí, aby ti mohla s léčbou pomáhat. Měla by vědět, kdy máš užívat jaké léky a kdy máš terapie. A ty se tak naučíš mluvit před ní o tom, co tě třeba trápí.

Fixační fáze: (7 minut) dát pacientovi edukační materiál, zopakovat důležité informace, ponechat prostor pro dotazy.

Hodnotící fáze: (5 minut) vyhodnotit množství informací, které pacient pochopil kontrolními otázkami, sledovat reakce a projevy pacienta při expoziční a fixační fázi, zhodnotit zpětnou vazbu.

Kontrolní otázky:

Jak se jmenují léky, který máš užívat?

Jak často je máš užívat?

K čemu slouží seznam obtížnosti situací?

Zhodnocení edukační jednotky

Pro ověření znalostí jsme využili kontrolní otázky. Pacient na ně odpověděl relativně přesně. Proto usuzujeme, že edukace byla úspěšná, pacient ji porozuměl, pochopil

důležité informace a je schopen se podle nich řídit. Délka edukační jednotky byla dostačující.

4. edukační jednotka

Téma edukace: Relaps, psychohygienu a relaxace.

Místo edukace: vyšetřovna pacientů.

Časový harmonogram: 9. 2. 2016 od 9:00 do 09:30 (30 minut).

Cíl:

Kognitivní – pacient chápe význam péče o sebe sama, dokáže aplikovat získané dovednosti, chápe důležitost dodržování léčebného režimu a správného životního stylu.

Afektivní – pacient schopen akceptovat změny v jeho životním režimu.

Behaviorální - pacient je schopen realizovat doporučení, umí prakticky některou z relaxačních technik.

Forma: individuální.

Prostředí: nemocniční, zajistit soukromí, příjemné prostředí a dostatek času.

Edukační metody: výklad, rozhovor, zodpovězení otázek pacienta, praktická ukázka, diskuze.

Edukační pomůcky: tužka, papír.

Realizace 4. edukační jednotky

Motivační fáze: (3 minuty) pozdravíme se s pacientem, navážeme zdvořilostní komunikaci, zeptáme se, jak se cítí, navnadíme jej pro další edukaci, vysvětlíme důležitost edukace, vytvoříme přátelskou atmosféru.

Expoziční fáze: (20 minut)

Relaxace

Naučit se relaxovat je důležitá součást léčby. Relaxace znamená uvolnit se, odpočívat, nabral sílu, zvládnou stres a strach. Tady chodíš na autogenní trénink, i když to vypadá vtipně, tak to má opravdu význam. Zkus se tam opravdu uvolnit a relaxovat. Vyčistíš si hlavu a zbavíš se napětí. Když budeš cítit, že na tebe jde záchvat úzkosti, tak si můžeš vyzkoušet dechová cvičení. Sedni si, uvolni se, zavři oči a hluboce se nadechni nosem tak, aby se ti zvedlo břicho. Na malou chvíli zadrž dech a pak pomalu vydechni ústy. Bříško by se při výdechu mělo zatáhnout skoro až k páteři. Můžeš si pro kontrolu

přiložit na břicho ruku. Několikrát to zopakuj. Během dýchání se snaž na nic nemyslet. Správné dýchání ti může pomoci přenést se přes nepříjemnou situaci. Pokud se ti zase budou v hlavě honit ošklivé myšlenky, můžeš je zkusit zastavit tak, že nahlas řekneš „STOP“. Tím je na chvíli zastavíš a můžeš se pokusit odvést pozornost jinam. Například si představ, že ležíš na pláži u moře a hřeje tě sluníčko. To vše ještě budeš procvičovat s panem doktorem a paní psycholožkou. Dobrý způsob relaxace je sport. Dříve si hrál fotbal, můžeš se k němu zkusit vrátit. Aktivní odpočinek je nejlepší způsob relaxace. Další vhodné je například čtení, procházky venku apod.

Zásady správné životosprávy

I zdravý životní styl příznivě ovlivňuje léčbu. Měl by si denně spát alespoň 8 hodin, nechodit spát moc pozdě a před spaním se věnovat spíše uklidňující činnosti. Takže žádné násilné filmy, hry na počítači apod. Důležité je také jídlo. Správně bys měl jíst 5 krát denně, dělat si svačinu do školy a dát si něco malého i odpoledne. Dobré je třeba ovoce a müsli tyčinka, to ti dodá energii. Měl bys jíst více ovoce a zeleniny a vyhýbat se těžkým a tučným jídlům jako jsou hranolky, brambůrky apod. Co ale nesmíš určitě, je pít alkohol. To ti škodí po všech stránkách. Velmi to ovlivňuje činnost mozku, může to tvoje onemocnění hodně zhoršit a navíc se nesmí kombinovat s léky, které užíváš.

Relaps

Všechna pravidla je potřeba dodržovat, aby se ti nemoc nezhoršovala nebo stále nevracela. Mluvili jsme o tom, že si musíš dávat pozor, abys správně užíval léky. Nesmíš je vysadit. Měl bys dále navštěvovat lékaře, a to i když už budeš z nemocnice doma. Nejspíš budeš docházet sem do ambulance a pokračovat v terapiích. Pokud budeš mít pocit, že se ti dělá hůř, že máš zase potřebu dělat rituály, řekni to hned sestřám nebo mamce.

Fixační fáze: (5 minut) zopakovat základní informace, dát prostor diskuzi.

Hodnotící fáze: (2 minuty) zhodnotit pozornost a zájem edukanta, zhodnotit nově nabyté vědomosti pomocí kontrolního testu, ověřit důležitá fakta.

Kontrolní otázky:

Co máš dělat a nedělat, aby se znovu nevrátila nemoc?

Kolik hodin denně máš spát?

Co je nejlepší forma relaxace?

Ukaž dechové cvičení.

Zhodnocení edukační jednotky

Stanovené cíle byly splněny. Pacient edukaci porozuměl, aktivně se zapojil, hovořil o svých zvycích a zájmech. Ihned si osvojil techniku dechového cvičení. Na kontrolní otázky odpověděl správně. Slíbil, že se pokusí řídit doporučeními.

5. FÁZE – VYHODNOCENÍ

Hodnocení efektu edukace jsme provedli pomocí výstupního testu. Ten byl složen ze stejných deseti otázek jako test vstupní. Odpovědi pacienta nás utvrdily, že edukace byla přínosná, že pacient pochopil souvislosti týkající se jeho nemoci, pochopil význam a důležitost léčebného režimu, význam relaxace a vhodné životosprávy pro jeho osobní rozvoj. K ověření pacientových znalostí nám dopomohly i kontrolní otázky, které pacient zodpovídal v průběhu edukace.

Pro osvěžení edukace jsme 10. 2. 2016 zopakovali základní pojmy formou edukační hry. Hra se skládá z hrací plochy, kostky, figurek a karet s otázkami. Je určena pro dva hráče. Hru je možné zahájit z kteréhokoli z vyznačených rohů. Pohyb po hracím poli je možný ve směru i proti směru hodinových ručiček. Hrací figurka se pohybuje podle hodnoty na kostce. Podle čísla na políčku se vezme odpovídající balíček karet, z nich si hráč vylosuje jednu konkrétní otázku. Pokud odpoví správně, kartu si ponechá. Karty s otázkami jsou rozděleny do šesti kategorií. První kategorie obsahuje otázky, které se týkají chodu na oddělení. Dále jsou to kategorie týkající se základních pojmů o nemoci, farmakoterapie, psychoterapie, relaxace a zásad správné životosprávy. Zařadili jsme také kategorii otázek, která pátrá po osobních zkušenostech pacienta s onemocněním, po původu jeho obsesí, po charakteru kompulzí apod. Domníváme se, že tato kategorie umožní pacientovi přemýšlet o onemocnění, pomůže mu rozpoznat obsesivní myšlenky a následné rituály. Hra pokračuje do chvíle, kdy hráč nasbírá od každé kategorie karet jednu barvu. Pokud nastane situace, že má více karet jedné barvy a jiná barva mu chybí, může si tři karty jedné barvy vyměnit za jednu kartu barvy jiné. Jakmile nasbírá karty všech barev, pomocí kostky se přemístí do jednoho z rohů. Odtud po zodpovězení jedné otázky ze skupiny, jejíž číslo je uvedené na šípce, se dostane do cíle a vyhrává.

Význam hry nespočívá pouze v ověření získaných informací, ale umožňuje znovu otevřít diskuzi u otázek, které ještě nejsou úplně jasné a umožňuje fakta zopakovat.

Všechny čtyři edukační jednotky probíhaly ve vyšetřovně pacientů, kde byl na edukaci klid a vhodné podmínky. Čas edukace jsme využili efektivně a pro pacienta neznamenal velkou zátěž. Pacient projevil spokojenost, spolupracoval velmi ochotně, edukace jej bavila, dokonce si z vlastní iniciativy dělal během výkladu poznámky. Aktivně se zapojoval. Stanovené kognitivní, afektivní a behaviorální edukační cíle byly naplněny, nicméně je třeba důležitá fakta stále připomínat, aby si je pacient skutečně vštípil. Je nutné také pacienta podporovat ve vytváření náhledu na onemocnění.

4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V rámci tvorby bakalářské práce, tak jak jsme procházeli nejrůznější zdroje literatury, jsme narazili na velmi málo dokumentů, které by se věnovaly edukaci psychiatrického pacienta. Dokumenty určené pro edukaci pacienta s OCD jsme neobjevili žádné. Spolupráce s psychiatrickým pacientem může být vzhledem k povaze onemocnění velice náročná. To pocítují jak zdravotničtí pracovníci, tak i osoby z nejbližšího okolí pacienta. Nicméně právě psychiatrický pacient musí být vhodně motivován a podporován od svého okolí. Proto jsme se rozhodli vytvořit seznam několika základních pravidel a zásad, podle kterých je dobré se řídit a mít je na paměti, aby spolupráce probíhala co nejefektivněji.

Kromě doporučení pro zdravotnické pracovníky a blízké pacienta jsme sestavili i zásady, které by měl brát v úvahu sám pacient a které mu nastíní problematiku onemocnění.

Pro všeobecné sestry působící na psychiatrii:

1. Psychiatrický pacient je velice citlivý. V práci s ním, více než v jiných oborech, je třeba být trpělivý, empatický a vlídný.
2. Pacienta je třeba respektovat, i když může být problematický, náročný apod.
3. Vztah vůči pacientovi by měl být přátelský, ale ne příliš důvěrný. Měl by být založen na vzájemné spolupráci, ale také přesně vymezených hranicích.
4. Psychiatrický pacient vyžaduje pevný režim a řád, který mu dodává jistotu.
5. Pacient by měl být pečlivě seznámen s režimem oddělení, aby se zbavil úzkosti z cizího prostředí.
6. I psychiatrický pacient touží po informacích a vědomostech, které mu pomohou s nemocí bojovat, proto mu je musíme poskytnout. Samozřejmě s ohledem na jeho schopnosti a možnosti.
7. Neopomíjejte edukaci u dětských pacientů i oni se chtějí aktivně podílet na své léčbě.

Pro pacienta

1. Obsedantně kompulzivní porucha je nemoc jako každá jiná. Není na místě se za její projevy stydět, naopak je třeba o nich hovořit, pracovat s nimi a usilovat o to je překonat.
2. Léčba nemoci je náročná a vyžaduje trpělivost. Někdy může trvat i více než rok. Efekt léků se dostaví nejdříve za 2 měsíce. Neztrácejte naději.
3. Léčbu i její efekt urychlíte tím, že budete dodržovat léčebný režim nastavený lékařem. Léky užívejte přesně podle rozpisu, i přes možné vedlejší účinky nevysazujte, ty sami odezní nebo se alespoň zmenší.
4. Velký význam pro léčbu má kognitivně behaviorální terapie, nechte si doporučit odborného terapeuta a pokuste se ji absolvovat, i když je to náročné.

Pro rodinu a blízké pacienta

1. Pacienta nezesměšňuje, nebo dokonce nekárejte za projevy jeho nemoci. Je to nemoc za kterou nemůže.
2. Neberte odpovědnost za onemocnění na sebe. Nemůže za ni ani pacient ani vy.
3. Motivujte pacienta k pravidelným návštěvám lékaře. Dohlížejte na dodržování léčebného režimu.
4. Pacienta podporujte, ale nepřebírejte na sebe jeho povinnosti a nenechte se do rituálů zatáhnout, tím situaci zhoršíte.
5. S pacientem jednejte normálně, ne pedantsky ani příliš pateticky.
6. Oceňujte každý jeho pokrok (PRAŠKO, 2008), (FRIČOVÁ, 2010).

ZÁVĚR

Cílem úvodní části práce bylo uvést čtenáře do problematiky vlastního onemocnění. Úvodní část shrnovala informace o četnosti výskytu onemocnění, o možných příčinách, diagnostice a vlivu na život pacienta. Snažili jsme se představit obvyklé postupy léčby a současně nastínit informace o nových, inovativních technikách, které představují naději pro pacienty s komplikovaným průběhem nemoci. Další část práce se věnovala edukaci psychiatrického pacienta. Snažili jsme se vyhnout prostému citování definic z knih. Raději jsme se zaměřili na charakteristiku psychiatrického pacienta, na důležitost být schopen s ním komunikovat a motivovat jej. Tato kapitola se věnuje tomu, co by měl pacient o svém onemocnění znát, aby byl schopen podpořit a zvýšit výsledný efekt léčby.

Cílem praktické části práce bylo realizovat vlastní edukaci pacienta trpícího obsedantně kompulzivní poruchou. Při zahájení spolupráce byl zjištěn výrazný deficit vědomostí u námi osloveného pacienta. Proto jsme se rozhodli sestavit celkem 4 edukační jednotky. První jednotka spočívala v seznámení pacienta s prostředím dětské psychiatrické kliniky. Rozhodli jsme se začlenit tuto jednotku, neboť pacient byl po příchodu do neznámého prostředí ve výrazné tenzi. Snažili jsme se mu tak usnadnit začlenění do nového prostředí a snížit jeho úzkost. Vzhledem k tomu, že u pacienta byla diagnóza stanovena nedávno, byly jeho vědomosti velmi omezené. Proto byl postupně edukován o základní problematice onemocnění, o léčbě, o možnostech relaxace a zásadách vhodné životosprávy, které mají podpůrný vliv na efekt léčby. Pro zopakování a ověření nově nabitých vědomostí pacienta jsme vytvořili edukační hru. Efekt edukace považujeme za dostatečný. Pacient během edukace spolupracoval, projevil zájem učit se novým věcem. Dokonce si sám z vlastní iniciativy dělal poznámky. Na oddělení se rychle zorientoval a byl schopen zopakovat základní fakta o nemoci.

Edukaci pacienta považujeme za velice významnou součást léčby. Správně edukovaný pacient svým chováním podporuje efekt léčby, chápe důležitost daných opatření a chápe, proč je nezbytné se jimi řídit. Není vhodné opomíjet ani dětské pacienty, kteří jsou schopni se edukace účastnit. I oni mají zájem o informace, chtějí se

sami podílet na léčbě a ne jen slepě „plnit“ ordinace. Chtějí mít pocit, že se s nimi počítá, že jsou v léčbě partnery. Aby to tak mohlo být, musí být informováni. Samozřejmě s ohledem na jejich věk, intelekt a schopnosti.

Tato práce může sloužit jako edukační materiál pro sestry. Ty zde mohou získat základní informace o nemoci, které vycházejí z odborné literatury a především mohou získat návod o tom, na co se zaměřit při edukaci pacienta a jak postupovat při tvorbě edukačního procesu. Jako součást práce jsme vytvořili informační leták, který shrnuje základní informace. Pacient si díky němu může informace zopakovat a v klidu utřídit, neboť je obecně známo, že není v lidských silách pochytit veškeré informace najednou, především ve zdravotnickém zařízení, kdy je jedinec ovlivněn řadou nežádoucích vlivů. Ty jsou dány jeho zdravotním stavem, psychickým rozpoložením i neznámým prostředím.

Cíle, které jsme si stanovili v úvodu bakalářské práce, se podařilo naplnit a považujeme je za splněné.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANON. *The Quirks Of Charles Dickens*. [online]. 100 Classics challenge, 2013. [cit. 23. 9. 2015]. Dostupné z: <https://classicbookreader.wordpress.com/2013/07/30/the-quirks-of-charles-dickens/>

ANON. *10 Most Extreme Cases of OCD In History*. [online]. School Psychologist Files, 2015. [cit. 23. 9. 2015]. Dostupné z: <http://schoolpsychologistfiles.com/10-most-extreme-cases-of-ocd-in-history/>

ANON. *Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. [online]. Stanford School of Medicine, 2016. [cit. 6. 1. 2016]. Dostupné z: <http://ocd.stanford.edu/about/diagnosis.html>

BRINKERHOFF, Shirley, 2014. *Obsessive-Compulsive Disorder*. Hashemite Kingdom of Jordan: Mason Crest. ISBN 978-1-4222-2830-2.

ČERNÁ, Monika a kol., 2013. Obsedantně kompulzivní porucha, její léčba a farmakorezistence. In: *Postgraduální medicína*. 15(1), 53-60. ISSN 1212-4184.

FRIČOVÁ, Silvia, 2010. Význam a možnosti využití edukace v psychiatrickém ošetrovatelství. In: *Sestra*. 20(3), 34-36. ISSN 1210-0404.

HLINOVSKÁ, Jana, Jana KOCUROVÁ a Jitka NĚMCOVÁ, 2010. Edukační dokumentace v klinické praxi. In: *Pedagogika v ošetrovatelství – tradice, současnost a perspektivy*. Zlín: FHS UT. 30-31. ISBN 978-80-7618-995-2.

HORÁČEK, Jiří, 2013. Escitalopram: nové klinické poznatky. In: *Psychiatr. praxi* [online]. 14(1), 22-25. [cit. 21. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2013/01/06.pdf> ISSN 1803-5272.

HOSÁK, Ladislav, 2013. Genetika úzkostných poruch. In: *Psychiatr. praxi*. 14(1), 311-313. ISSN 1212-7299.

CHROMÝ, Karel, 2010. Náhled u obsedantně-kompulzivní poruchy. [online]. In: *Čes a slov Psychiatr.* 106(6), 362-365. [cit. 12. 9. 2015]. Dostupné z: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=669> ISSN 1212-0383.

CHROMÝ, Karel, 2012. Perspektivy dělení obsedantně-kompulzivní poruchy. [online]. In: *Čes a slov Psychiatr.* 108(3), 138-143. [cit. 16. 12. 2015]. Dostupné z: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=800> ISSN 1212-0383.

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.

KAŠPÁREK, Tomáš a kol., 2012. Hluboká mozková stimulace u rezistentní obsedantně-kompulzivní poruchy. [online]. In: *Čes a slov Psychiatr.* 108(4), 190-197. [cit. 23. 10. 2015]. Dostupné z: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=813> ISSN 1212-0383.

KOPŘIVOVÁ, Jana, 2012. *Functional-imaging and electrophysiological correlates of obsessive-compulsive disorder and their potential use in neurofeedback intervention*. [online]. Praha: Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta, Dizertační práce. Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta. [cit. 22. 10. 2015]. Dostupný z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/13792/>

KOPŘIVOVÁ, Jana, Martin BRUNOVSKÝ a kol., 2008. EEG biofeedback a jeho využití v klinické praxi. [online]. In: *Psychiatrie.* 12(1), 10-16. [cit. 5. 11. 2015]. Dostupný z: <http://eeg-feedback.cz/koprivova.pdf> ISSN 1211-7579.

KUTNOHORSKÁ, Jana a Danuška TOMANOVÁ, 2010. Etické principy edukace ve výuce ošetrovatelství. In: *Pedagogika v ošetrovatelství – tradice, současnost a perspektivy*. Zlín: FHS UT. 58-63. ISBN 978-80-7618-995-2.

MALÁ, Eva, 2002. Obsedantně kompulzivní porucha v dětství a adolescenci. In: *Čes a slov Psychiatr.* 98(1), 15-23. ISSN 1212-0383.

MALÁ, Eva. 2008. Obsedantně-kompulzivní porucha (F42). In: HORT, Vladimír a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál. 228-234. ISBN 978-80-7367-404-5.

MALÁ, Karolína a Hana NAVRÁTILOVÁ, 2006. Edukace při onemocnění psychózou. [online]. In: *Psychiatr. praxi*. (7)3, 137-139. [cit. 12. 12. 2015]. Dostupný z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/03/08.pdf> ISSN 1803-5272.

MLÝNKOVÁ, Jana, 2010. Význam edukace rodinných příslušníků duševně nemocné pacientky. In: *Sestra*. 20(2), 76-80. ISSN 1210-0404.

NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012-2014 = Nursing diagnoses: definitions and classification: 2012-2014*. 1. české vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. [online]. 3. doplněné vydání. [cit. 6. 2. 2016]. Dostupné z: <https://sharepoint.vszdrav.cz/Poklady%20k%20vuce/Studijn%C3%AD%20materiály%20pro%20zdravotnické%20obory.aspx> ISBN 978- 80-904955-9-3.

NEUBAUROVÁ, Kateřina. *Rodinné a výchovné poradenství od miminka po teenagera*. [online]. Webnote, 2009. [cit. 6. 1. 2015]. Dostupné z: <http://www.katkaen.cz/news/edukace-pacienta-v-ramci-oseetrovatelske-pece/>

OCISKOVÁ, Marie a kol., 2014. Stigmatizace u pacientů s obsedantně-kompulzivní poruchou. [online]. In: *Čes a slov Psychiatr*. 110(2), 82-87. [cit. 10. 9. 2015]. Dostupné z: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=945> ISSN 1212-0383.

PIDRMAN, Vladimír, 1999. *Obsedantně kompulzivní porucha: příručka pro lékaře*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-041-X.

PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ, 2008. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak ji zvládat*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-531-4.

PRAŠKO, Ján, Kristýna VRBOVÁ a Barbora DEMLOVÁ, 2011. Obsedantně-kompulzivní porucha. In: PRAŠKO, Ján, Klára LÁTALOVÁ, Anežka TICHÁČKOVÁ a Libuše STÁRKOVÁ. *Klinická psychiatrie*. Praha: Tigis. 337-348. ISBN 978-80-87323-00-7.

PRAŠKO, Ján a kol., 2013. Farmakoterapie a farmakorezistence u OCD. In: *Psychiatrie*. 17(1), 28-29. ISSN 1211-7579.

PŘIKRYL, Radovan, 2013. Postavení repetitivně transkraniální magnetické stimulace v léčbě obsedantně-kompulzivní poruchy. [online]. In: *Čes a slov Psychiatr*. 109(1), 11-19. [cit. 23. 11. 2015]. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2013_1_11_19.pdf ISSN 1212-0383.

RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a kol., 2012. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1985-9.

ŠIMOVCOVÁ, Darina, Zuzana KVASNICOVÁ a Kamila JURDÍKOVÁ, 2010. Význam edukácie v psychiatrickom ošetrovatelstve. In: *Pedagogika v ošetrovatelstvi – tradice, súčasnosť a perspektivy*. Zlín: FHS UT. 146-148. ISBN 978-80-7618-995-2.

SVĚŘÁKOVÁ, Marcela, 2012. *Edukační činnost sestry*. Úvod do problematiky. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-845-2.

Téma: Obsedantně – kompulzivní porucha

Interview s MUDr. Renatou Zámečnickovou, vedoucí lékařkou oddělení Dětské psychiatrické kliniky 2. LF UK a FN Motol. Praha, 29. 7. 2015

THEINER, Pavel, 2014. Obsedantně-kompulzivní porucha v dětství. [online]. In: *Pediatr. praxi*. 15(1), 25-27. [cit. 17. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2014/01/06.pdf> ISSN: 1803-5264.

VOKURKA, Martin, Jan HUGO a kol., 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.

WHO, 2014. *Mezinárodní klasifikace nemocí*. [online]. Ženeva. [cit. 22. 12. 2015].
Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/seznam.html> ISBN 92-4-154649-2.

PŘÍLOHY

Příloha A – Žádost o povolení sběru dat pro účely bakalářské práce	I
Příloha B – Rešerše	IV
Příloha C – Ukázka informovaného souhlasu pro zákonného zástupce edukanta	V
Příloha D – Ukázka informovaného souhlasu pro edukanta	VI
Příloha E – Vstupní a výstupní test pacienta s odpověďmi	VII
Příloha F – Historie obsedantně kompulzivní poruchy	IX
Příloha G – Informační leták	XI
Příloha H – Interview s MUDr. Renatou Zámečnickovou	XII
Příloha I – Příklad seznamu obtížnosti situací	XV
Příloha J – Ukázka režimu oddělení	XVI
Příloha K – Ukázka edukační hry	XVII

Příloha A – Žádost o povolení sběru dat pro účely bakalářské práce

FN MOTOL

V Úvalu 84, Praha - 150 06

K rukám náměstkyně pro ošetrovatelskou péči **Mgr. Jany Novákové, MBA**

V Praze, dne 16.9.2015

Věc: Žádost

Žádám o povolení provést sběr podkladů pro praktickou část mé bakalářské práce na Dětské psychiatrické klinice FN Motol. Práce se věnuje edukaci pacienta s obsedantně kompulzivní poruchou. Praktická část zahrnuje zhodnocení vědomostí pacienta o daném onemocnění, na jeho základě vytvoření edukačního plánu a vlastní realizaci edukace. Zavazuji se, že veškeré mnou získané poznatky zůstanou anonymní, že spolupráce pacienta bude dobrovolná a o veškeré činnosti budou informováni rodiče pacienta. K dopisu přikládám charakteristiku práce a vstupní test pro ověření vědomostí pacienta.

S pozdravem a poděkováním

Dudová Markéta – studentka Vysoké školy zdravotnické, o. p. s., obor všeobecná sestra

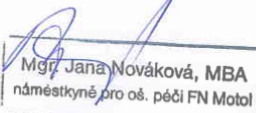
Vidoulská 759/3, Praha 5 - 15800

tel.: 723834341

e-mail: marka119@seznam.cz

Vyjádření náměstkyně pro ošetrovatelskou péči **Mgr. Jany Novákové, MBA**

30/9/15 J. Nováková


Mgr. Jana Nováková, MBA
náměstkyně pro oš. péči FN Motol

FN MOTOL

V Úvalu 84
150 06 Praha 5

K rukám přednosta kliniky Prof. MUDr. Michala Hrdličky, CSc.

V Praze, dne 5.9.2015

Věc: Žádost

Žádám o povolení provést sběr podkladů pro praktickou část mé bakalářské práce na Dětské psychiatrické klinice FN Motol. Práce se věnuje edukaci pacienta s obsedantně kompulzivní poruchou. Praktická část zahrnuje zhodnocení vědomostí pacienta o daném onemocnění, na jeho základě vytvoření edukačního plánu a vlastní realizaci edukace. Zavazuji se, že veškeré mnou získané poznatky zůstanou anonymní, že spolupráce pacienta bude dobrovolná a o veškeré činnosti budou informováni rodiče pacienta. Přikládám stručnou charakteristiku práce a informovaný souhlas určený rodičům pacienta.

S pozdravem a poděkováním

Dudová Markéta – studentka Vysoké školy zdravotnické, o. p. s., obor všeobecná sestra
Vidoulská 759/3
Praha 5 - 15800
tel.: 723834341
e-mail: marka119@seznam.cz

Vyjádření přednosta kliniky Prof. MUDr. Michala Hrdlička, CSc.:

Soubilová
25.9.2015

Michal Hrdlička
Prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc.

FN MOTOL

V Úvalu 84
150 06 Praha 5

K rukám vrchní sestry Dětské psychiatrické kliniky **Mgr. Marie Vacové**

V Praze, dne 13.10.2015

Věc: Žádost

Žádám o povolení provést sběr podkladů pro praktickou část mé bakalářské práce na Dětské psychiatrické klinice FN Motol. Práce se věnuje edukaci pacienta s obsedantně kompulzivní poruchou. Praktická část zahrnuje zhodnocení vědomostí pacienta o daném onemocnění, na jeho základě vytvoření edukačního plánu a vlastní realizaci edukace. Zavazuji se, že veškeré mnou získané poznatky zůstanou anonymní, že spolupráce pacienta bude dobrovolná a o veškeré činnosti budou informováni rodiče pacienta. Přikládám stručnou charakteristiku práce a informovaný souhlas určený rodičům pacienta.

S pozdravem a poděkováním

Dudová Markéta – studentka Vysoké školy zdravotnické, o. p. s., obor všeobecná sestra


Vidoulská 759/3

Praha 5 - 15800

tel.: 723834341

e-mail: marka119@seznam.cz

Vyjádření vrchní sestry Dětské psychiatrické kliniky **Mgr. Marie Vacové:**

Mgr. Marie Vacová


EDUKACE PACIENTA S OBSEDANTNĚ KOMPULZIVNÍ PORUCHOU

Dudová Markéta

Jazykové vymezení: čeština, angličtina

Klíčová slova: edukace – education, edukační proces – Educational Process, obsedantně
kompulzivní porucha – Obsessive-Compulsive Disorder

Časové vymezení: 2005-2014

Druhy dokumentů: knihy, články, abstrakta, popř. kapitoly knih či články ze sborníků

Počet záznamů: 252 (knihy: 5, články v časopisech: 116, abstrakta: 15, kapitoly v knize:
4, články v anglickém jazyce: 112)

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011 (česká verze mezinárodních
norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

Základní prameny: - Katalog Medvik (knihovny Medvik)

- Bibliographia medica Czechoslovaca (BMČ – články)
- Theses – databáze vysokoškolských kvalifikačních prací
- CINAHL

Příloha C – Ukázka informovaného souhlasu pro zákonného zástupce edukanta

Informovaný souhlas

Informovaný souhlas souvisí s vypracováním bakalářské práce na téma: Edukace pacienta s obsedantně kompulzivní poruchou.

Žádám Vás o souhlas s účastí Vašeho dítěte jako edukanta na projektu mé bakalářské práce.

Zavazuji se, že:

S veškerými informacemi bude zacházeno v souladu se Zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Edukant zůstane anonymní – budou odstraněny veškeré identifikující údaje.

Na edukanta nebude vyvíjen žádný nátlak.

Účast na projektu je dobrovolná, edukant či jeho zákonný zástupce může spolupráci kdykoli ukončit.

Souhlasím/nesouhlasím* se zapojením mého dítěte
do projektu bakalářské práce s názvem: Edukace pacienta s obsedantně kompulzivní poruchou, realizovaného studentkou Vysoké školy zdravotnické, o. p. s. Markétou Dudovou na Dětské psychiatrické klinice FN Motol v roce 2015.

* nehodící se škrtněte

.....
podpis zákonného zástupce

Příloha D – Ukázka informovaného souhlasu pro edukanta

Informovaný souhlas

Informovaný souhlas souvisí s vypracováním bakalářské práce na téma: Edukace pacienta s obsedantně kompulzivní poruchou.

Ahoj. Žádám o Tvůj souhlas s účastí na projektu mé bakalářské práce. V případě souhlasu vyplníš vstupní test (10 otázek), kde budou otázky týkající se Tvé nemoci. Podle Tvých odpovědí vypracuji edukační plán a společně si budeme povídat o jednotlivých bodech. Bude to pro Tebe možnost se dozvědět něco nového a na cokoli se zeptat. Tvoje účast je dobrovolná a kdykoli si souhlas můžeš rozmyslet.

Já..... souhlasím/nesouhlasím* se zapojením do projektu bakalářské práce s názvem: Edukace pacienta s obsedantně kompulzivní poruchou, realizovaného studentkou Vysoké školy zdravotnické, o. p. s. Markétou Dudovou na Dětské psychiatrické klinice FN Motol v roce 2015.

* nehodící se škrtněte

.....
podpis pacienta

Příloha E – Vstupní a výstupní test pacienta s odpověďmi

Vstupní test

Prosím Tě o vyplnění následujících deseti otázek, které mě budou informovat o tom, jaké máš vědomosti o svém onemocnění. Vyplněný test bude sloužit jako podklad pro mou bakalářskou práci.

- | | |
|---|-----|
| 1. Byl/a jsi někdy na psychiatrii? | NE |
| 2. Trpí touto nemocí někdo ve vaší rodině? | NE |
| 3. Víš, jak se tvoje nemoc projevuje? | NE |
| 4. Víš, co spouští tvoje úzkosti? | ANO |
| 5. Víš, jaké jsou možnosti léčby? | NE |
| 6. Znáš pravidla užívání léků? | NE |
| 7. Víš, jak bude probíhat sezení s lékařem? | NE |
| 8. Víš, jak dlouho trvá léčba? | NE |
| 9. Víš, jak snížit riziko znovupropuknutí nemoci? | NE |
| 10. Znáš nějakou relaxační techniku? | NE |

Děkuji za vyplnění otázek

Markéta Dudová – studentka Vysoké školy zdravotnické, o. p. s., obor všeobecná sestra

Výstupní test

Prosím Tě o vyplnění následujících deseti otázek, které mě budou informovat o tom, jaké máš vědomosti o svém onemocnění. Vyplněný test bude sloužit jako podklad pro mou bakalářskou práci.

- | | |
|---|-----|
| 1. Byl/a jsi někdy na psychiatrii? | ANO |
| 2. Trpí touto nemocí někdo ve vaší rodině? | NE |
| 3. Víš, jak se tvoje nemoc projevuje? | ANO |
| 4. Víš, co spouští tvoje úzkosti? | ANO |
| 5. Víš, jaké jsou možnosti léčby? | ANO |
| 6. Znáš pravidla užívání léků? | ANO |
| 7. Víš, jak bude probíhat sezení s lékařem? | ANO |
| 8. Víš, jak dlouho trvá léčba? | ANO |
| 9. Víš, jak snížit riziko znovupropuknutí nemoci? | ANO |
| 10. Znáš nějakou relaxační techniku? | ANO |

Děkuji za vyplnění otázek

Markéta Dudová – studentka Vysoké školy zdravotnické, o. p. s., obor všeobecná sestra

Příloha F – Historie obsedantně kompulzivní poruchy

Pojem obsedantně kompulzivní porucha byl poprvé použit v 19. století Dr. Michaelem Fenichelem z New York University, nicméně výskyt choroby je popisován již po staletí. První zmínky jsou známy již z období Mezopotámie. Před 4000 lety byla popsána jako: *neohleduplná, zbytečně ustrašená, k náboženství, rouhání a melancholii se vztahující neuróza* (MALÁ, 2008, s. 228). V roce 1894 popsal Sir William Osler příběh 13-ti leté dívky s projevy OCD. Uvedl, že dívka například po čištění zubů počítá do 100, 3x klepe na dveře než odemkne, 9x se dotkne nohou okraje postele než ulehne (BRINKERHOFF, 2014).

Sigmund Freud považoval obsese a kompulze za projev problému, který je hluboko v lidském nevědomí. Podstatou OCD je ulpívání v určitém stádiu vývoje, konkrétně v „análně-sadistickém stádiu“, jehož hlavním rysem je nácvik kontroly moče a stolice v dětství. S touto fází se pojí agrese a zlost. Předčasná a nadměrná kontrola, právě například trénink na toaletu a s ním spojená frustrace, může predisponovat jedince k OCD. Z jeho psychoanalytického pojetí nemoci vychází řada autorů i dnes (ČERNÁ, 2013), (PRAŠKO, 2008).

Obsedantně kompulzivní porucha se nevyhnula ani několika známým osobnostem. Příkladem může být Samuel Johnson (1709-1784), známý básník, dramatik a profesor. Blízcí přátelé popisují jeho rituály jako „skákání“ a „točení“ se v rámu dveří. Johnson také počítal kroky, aby věděl, která noha mu vyjde jako první pro vstup do dveří. Také nikdy nestoupl na prasklinu na chodníku, dotýkal se všech cedulí podél cesty, pokud některou vynechal, musel se vrátit (BRINKERHOFF, 2014). Dalším příkladem je Howard Hughes, proslulý obchodník, letec a režisér. Hughes trpěl především rituály spojenými s jídlem a oblékáním. Zabraly mu několik hodin denně. Měl chorobný strach z bakterií. Byl geniálně ztvárněn Leonadrem Di Capriem ve filmu „Lotec“ z roku 2004 (BRINKERHOFF, 2014). Rituály si vytvářel i Charles Dickens. Neustále stěhoval skříně ve svém bytě, vlasy si česal přesně sty tahy, každá postel ve které spal musela být orientována na sever. Byl posedlý pořádkem, a to nejen u sebe doma, ale i v domácnostech cizích lidí (www.classicbookreader.wordpress.com, 2013). Podobně postižen byl i Nikola Tesla (1856-1943), velký vynálezce 20. století. Trpěl obsesí spojenou s číslem tři. Než vstoupil do budovy, musel jí třikrát obejít, jídlo žvýkal

přesným počtem pohybů čelisti, během jídla použil vždy přesně 18 ubrousků. Současně trpěl fobií z kulatých objektů a odmítal si podat ruku s cizími lidmi. Známy svým rituálním chováním byl i protestantský reformátor Martin Luther King (www.schoolpsychologistfiles.com, 2015).

Co se týče léčby OCD v minulosti, byla srovnatelná s léčbou ostatních psychiatrických poruch. Zahrnovala lobotomii, tedy chirurgické odpojení frontálního laloku od zbývajících částí mozku. Éru lobotomie při léčbě OCD odstartoval případ z roku 1988. Jednalo se o chlapce jménem George, který trpěl kompulzí nadměrného mytí. Jeho stav jej postupně dohnal k pokusu o sebevraždu. Vložil si pistoli do úst a vystřelil. Kulka poškodila levý frontální lalok (podobně jako lobotomický zákrok). Po rehabilitaci byl schopen normálního života bez rituálů (BRINKERHOFF, 2014).

Specifičtější léčba OCD byla s úspěchem zahájena cca před 40 lety. V 70. letech londýnský psycholog Victor Meyer použil metodu zábrany rituálů, tak zahájil éru úspěšných behaviorálních terapií. Současně nastal i velký průlom ve farmakologické sféře. Přispěla k němu především lékařka Judith L. Rapoport, z George Washington University School of Medicine a National Institute of Mental Health, která popsala účinky léku klomipraminu (obchodní značka Anafranil) u adolescentů s OCD (PRAŠKO, 2008).

CO BY MĚL VĚDĚT KAŽDÝ ČLOVĚK TRPÍCÍ OCD?

1. OCD je nemoc. Není nutné se za ní stydět.
2. Nejste sami, stejná nemoc trápí miliony lidí na celém světě.
3. Nebojte se o svých myšlenkách a rituálech s lékařem mluvit.
4. Léčba je dlouhodobá, trvá několik měsíců i let. Buďte trpěliví!
5. Nenechte se odradit vedlejšími účinky léků. Časem se zmírní nebo úplně vymizí.
6. Užívejte léky podle doporučení lékaře, i když už žádné příznaky nemáte.
7. Nejúčinnější léčba pro vás je kombinace farmakoterapie s kognitivně behaviorální terapií. Obojí vyžaduje trpělivost, odvahy, vytrvalost a systematickosti.
8. Věnujte se i péči o sebe sama. Relaxujte, dodržujte zdravý životní styl.



UŽITEČNÉ ODKAZY:

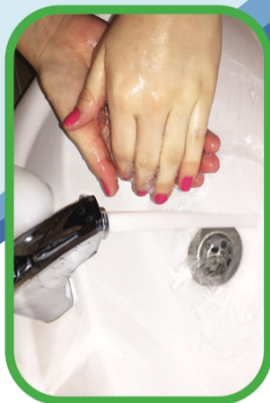
- **Informační brožura:**
https://www.lundbeck.com/uploa d/cz/files/pdf/Brozury/Obsedantn e_kompulzivni_porucha.pdf
- **Přehled terapeutů KBT:**
<http://www.cskbt.cz/adresar.php>
- **Krizové centrum RIAPS:**
<http://www.csspraha.cz/24829-krizove-centrum-riaps>



NA KOHO SE OBRÁTIT?



- Praktický lékař
- Ambulantní psychiatr
- Ambulantní psycholog
- Krizové centrum, například RIAPS



OCD

OBSEDANTNĚ KOMPULZIVNÍ PORUCHA



CO BY MĚLI VĚDĚT RODINNÍ PŘÍSLUŠNÍCI ČLOVĚKA, KTERÝ TRPÍ OCD?

1. Neodsuzujte svého blízkého a už vůbec jej netrestejte za jeho nemoc.
2. Chování vašeho blízkého je projevem nemoci, nedělá nic neschválí.
3. Motivujte jej k pravidelným návštěvám u lékaře. Podporujte jej v léčbě.
4. Nenechte se vmanipulovat do jeho rituálů.
5. Oceňte každý pokrok, kterého váš blízký dosáhne.
6. Zkuste zmírnit vliv obsesí a kompulzí tím, že se zaměříte na normální vztahy a rozhovory s ním.

Zdroj informací:
PRAŠKO, Jan a HANA POKŠKOVÁ, 2008. Obsedantně-kompulzivní porucha a jak ji zvládnout. 1. vyd. Praha: Celník. ISBN 978-80-7262-531-4.

Leták je výstupem z bakalářské práce na téma Edukace pacienta s obsedantně-kompulzivní poruchou. Obhájeno na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Děbická 7, Praha, 2018. Autor: Markéta Dubová.



Máš strach z infekce, bakterií, vážných nemocí ?

Rovnáš si věci přesně podle daných pravidel ?

Trápí tě neustálý strach ? Máš nutkání k opakovanému jednání ?

Vše co potřebuješ vědět o OCD najdeš zde...

CO O NÍ VÍME?

Obsedantně kompulzivní porucha trápí každého 40. člověka. Typické jsou pro ni vřravé, zlé myšlenky tzv. obsese, které v člověku vyvolávají úzkost a strach. Aby tyto myšlenky člověk zahlal, vytvoří si rituál, tzv. kompulzi. Tu pak musí provést vždy, aby se obsese nenaplnila. Poté přichází úleva, většinou ale ne na dlouho. Časem se objevují nové a nové obsese a nové a nové rituály.

OBSESE



JAKÉ JSOU PŘÍČINY?

Není přesně známo, co OCD způsobuje. Příčin může být několik:

- Dědičnost
- Úraz hlavy
- Encefalitida
- Působení toxických látek
- Porucha funkce mozku
- Nizká hladina serotoninu
- Zátěžová situace v životě

JAK SE LÉČÍ?

OCD je léčitelné onemocnění. Obvykle se kombinuje léčba pomocí léků a pomocí psychoterapie.



LÉKY

Nejčastěji předepisované léky jsou:

- Klomipramin
- SSRI (snižují vychytávání serotoninu v mozku): Fluoxetine, Citalopram, Setralin
- Léky se obvykle kombinují s antidepresivy: Rivotril, Diazepam
- Nástup účinku trvá zhruba měsíc
- Léky se nesmí vysadit předčasně
- Je nutné je užívat přesně dle předpisu lékaře

OCD

JAK OCD OVLIVŇUJE ŽIVOT?

Tak, jak narůstá potřeba rituálů, prodlužuje se i doba, kterou během dne zabírají. Rada pacientů kvůli rituálům nestihne dojít do práce, do školy apod.

- Nedokáží pinit své povinnosti
- Trpí neustálým strachem
- Úzkost a strach se projevuje i fyzicky (pocení, zrychlený dech, vysoký krevní tlak)
- Jedinci posedlí hygienou často trpí ekzémy, alergiemi
- Onemocnění narušuje vztahy s rodinou, vrstevníky atd.
- Jedinci mohou být obětí šikany
- Trpí depresí
- Někteří mají i sebevražedné myšlenky
- Mají zhoršený obraz sebe sama

PSYCHOTERAPIE

Využívány jsou různé formy terapie (skupinová, rodinná, psychoanalýza). Jejich cílem je poznat sám sebe, posílit se, zbavit se strachu a ovládnout úzkost.

KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

- Neefektivnější u léčby OCD
- Úspěšnost až 80 %
- Efekt po cca 2-3 měsících s frekvencí sezení 2-3krát týdně. Jedinec je vystaven pro něj stresující situaci. Dojde k nárůstu úzkosti. Snaží se úzkost překonat jiným způsobem než rituálem. Snaží se odvést své myšlenky jinam. Ověřuje si, že se nestane nic zlého. Když rituál neudělá. Čeká se na opětovný pokles úzkosti.

Nejběžnější obsese:

- Strach z nákazy
- Strach, že někdo zemře
- Strach, že někomu ublížím
- Strach, že ztratím něco důležitého
- Potřeba přesného řádu

Nejběžnější kompulze:

- Mytí
- Dotýkání se
- Kontrolování
- Počítání
- Odřikávání
- Organizování



Příloha H – Rozhovor s MUDr. Renatou Zámečnickovou

Rozhovor s MUDr. Renatou Zámečnickovou, vedoucí lékařkou oddělení Dětské psychiatrické kliniky 2. LF UK a FN Motol.

Paní doktorko, jak ve zkratce probíhá Váš první kontakt s pacientem trpícím OCD?

V prvním kroku je nezbytné se s pacientem seznámit. To znamená, že stejně jako v jiných oborech, je pro nás stěžejní anamnéza. Tu sestavujeme rozhovorem s pacientem a současně i rozhovorem s jeho rodinou a blízkými. Je nutné posoudit život pacienta a odhalit pozadí nemoci. Snažíme se zjistit, zda se onemocnění nevyskytuje v rodině. Důležitá je pro nás hlavně historie symptomů, zda se příznaky objevily náhle nebo se rozvíjely v delším časovém úseku. To nám umožňuje odhadnout možnou příčinu nemoci. Pokud se příznaky objevují náhle, v krátkém časovém období, uvažujeme o somatické příčině onemocnění, to může být například encefalitida. Pokud je průběh dlouhodobější pátráme po jiné příčině. Pro úplnost dáváme vyplnit i školní dotazník, abychom věděli, jak si pacient vede při studiu.

Jaká vyšetření tedy obvykle ordinujete u nově příchozího pacienta?

To vyplývá z toho, která data jsme zjistili z anamnézy. Podle toho se odvíjí další postup. Obecně ale hodnotíme celkový zdravotní stav pacienta. To zahrnuje základní náběry (biochemie, KO, hormony apod.) Určitě je na místě neurologické vyšetření včetně EEG. Pacienty odesíláme i na MR. Nezbytné je samozřejmě vyšetření psychologické. Obvykle se dělá Rorschachův test, jestli onemocnění nejde do psychózy. Dále se dělá test intelektu, test na rodinné vztahy a řada dalších.

Co zahrnuje léčba OCD?

Pokud je odhalena somatická příčina nemoci, musí být samozřejmě odstraněna. U dětí je standartní léčba kombinace farmakoterapie a psychoterapie. Farmakologická léčba je velmi náročná. Je třeba individuální přístup a trpělivost. Při akutní atace úzkosti, ihned nasazujeme benzodiazepiny, například Rivotril. Dále SSRI, například sertralin, citalopram, fluoxetin. Jejich nástup účinku je zpožděný, proto nasazujeme vždy nejprve antidepresiva, abychom překlenuly počáteční období a pacienta zklidnili. Velmi efektivní pro léčbu je clomipramine. Dávky začínáme nízké a zvyšujeme do maxima. Podáváme

i neuroleptika pro možnost skryté psychózy. Častá je kombinace více typů léčiv. Pacienti s OCD se u nás účastní v podstatě všech terapií, jak individuálních, tak skupinových. Učí se relaxovat, například při autogenním tréninku. Nejvýznamnější pro léčbu OCD je kognitivně behaviorální terapie. Kdy je pacient vystaven podnětu, který v něm vzbuzuje úzkost a učí se ji překonat.

Co ovlivňuje léčbu?

Řada faktorů. Vliv má věk pacienta, typ příznaků, stádium nemoci. Vliv má také jestli jsou projevy ego-syntonní nebo ego-dystonní. To ovlivňuje náhled pacienta na nemoc a samozřejmě i léčbu. Pro léčbu musí být pacient vhodně motivován, bez motivace je efekt nulový. Léčba obecně je náročná, protože rituální chování může být jen jedním z projevů jiné skryté nemoci.

Jaká mohou být rizika u dětských pacientů?

Samozřejmě OCD může být velmi invalidizující. Narušuje sociální vztahy s vrstevníky i s rodinou. Pacienti často mají problémy ve škole, mohou být obětí šikany. Nadměrná úzkost může vést k agresivitě. Jednak vůči ostatním, ale i vůči sobě. Pacienti často mají suicidální myšlenky. Především u adolescentních pacientů je třeba počítat i s možností, že OCD je pouze prvním projevem rozvíjející se psychózy.

Co je zásadní pro edukaci pacienta?

Pacienta samozřejmě edukujeme. Vždy ale edukaci musíme přizpůsobit věku, intelektu a možnostem pacienta. Pacient zná postup léčby, musí vědět, že kdykoli pocítuje nějakou změnu, může se nám svěřit. S velkým vykřičníkem vždy zdůrazňuji rizika užívání návykových látek pro pacienta s tímto onemocněním. Velký význam má edukace rodičů, kteří léčbu výrazně ovlivňují. Nechceme například, aby pacienta trestali za jeho nemoc, ale ani aby přebírali povinnosti pacienta, nebo ho dokonce v jeho chování podporovali.

Příloha I – Příklad seznamu obtížnosti situací

Situace	Síla pocitu úzkosti (1-10)	Nutkání udělat rituál (1-10)
Jíst bez umytých rukou	10	10
Použít WC na oddělení bez obložení toaletním papírem	10	10
Podat ruku cizímu člověku	8	8
Nedezinfikovat si po mytí ruce	8	7
Vzít si stejné oblečení dva dny po sobě	7	7
Sáhnutí na kliku bez papírového kapesníku	6	8
Utřít si ruce již jednou použitým ručníkem	6	6



List je součástí bakalářské práce na téma Edukace pacienta s obsedantně kompulzivní poruchou.
Obhájení na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Dušková 7, Praha, 2016.
Autor: Markéta Dudová.

Příloha J – Ukázka režimu oddělení

REŽIM ODDĚLENÍ



- 7:00 Budíček
- 7:30 Komunita
- 8:00 Snídaně
- 8:15 Léky
- 9:30 Škola
- 10:00 Autogenní trénink
- 10:15 Svačina
- 10:45 Škola
- 12:10 Oběd
- 13:00 Terapie, skupiny
- 15:30 Svačina
- 16:00 Terapie, koupání
- 17:30 Večeře
- 17:45 Léky
- 18:00 Telefonáty (po, út, čt)
- 19:00 Vracení telefonů
- 21:00 Večerka
- 21:00–7:00 Noční klid



HAVE A NICE DAY

Návštěvní dny: středa, pátek, sobota, neděle, svátky - 14:00-17:00



List je součástí bakalářské práce na téma Edukace pacienta s obsedantně kompulzivní poruchou.
Obhájení na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha, 2016.
Autor: Markéta Dudová

