

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA SE SMÍŠENOU
ÚZKOSTNOU A DEPRESIVNÍ PORUCHOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

DOMINIKA JONÁŠOVÁ

Praha 2018

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA SE SMÍŠENOU
ÚZKOSTNOU A DEPRESIVNÍ PORUCHOU**

Bakalářská práce

DOMINIKA JONÁŠOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

Praha 2018



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

JONÁŠOVÁ Dominika

3BVS

Schválení tématu bakalářské práce


Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská péče o pacienta se smíšenou úzkostnou a depresivní poruchou

Pflege eines Patienten mit Angst und depressiver Störung, gemischt

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

V Praze dne 1. listopadu 2017



doc. PhDr. Jitka Němcová, Ph.D.

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 nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce Mgr. Evě Markové, Ph.D. za odborné vedení mé práce. Především za ochotu, podporu, poskytnutí cenných rad, užitečných informací a námětů při psaní této práce. Dále bych chtěla poděkovat celému pracovnímu kolektivu oddělení K20 v Psychiatrické nemocnici Kosmonosy za vstřícnost a poskytnutí podkladů pro tuto bakalářskou práci. Poděkování též patří mé rodině za podporu a trpělivost během celé doby studia.

ABSTRAKT

JONÁŠOVÁ, Dominika. *Ošetrovatelská péče o pacienta se smíšenou úzkostnou a depresivní poruchou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D. Praha 2018. 71 s.

Téma bakalářské práce je ošetrovatelská péče o pacienta se smíšenou úzkostnou a depresivní poruchou. Cílem bakalářské práce je detailní popis ošetrovatelské péče realizované metodou ošetrovatelského procesu u pacientky s diagnózou smíšená úzkostná a depresivní porucha, přijatou na resocializační a terapeutické oddělení psychiatrické nemocnice. Na základě zjištěných ošetrovatelských problémů jsou stanoveny ošetrovatelské diagnózy podle NANDA I taxonomie II 2015-2017. Dále je sestaven plán ošetrovatelské péče, popsána realizace ošetrovatelských intervencí a je provedeno jejich hodnocení. V závěru práce jsou shrnuta doporučení pro praxi.

Klíčová slova

Neurotické poruchy. Ošetrovatelský proces. Psychoterapie. Úzkostně depresivní porucha.

ABSTRAKT

JONÁŠOVÁ, Dominika. *Pflege eines Patienten mit Angst und depressiver Störung, gemischt*. Hochschule für Gesundheitswesen, gemeinnützliche Gesellschaft. Akademisches Grad: Bachelor (Bc.). Leiterin der Bachelorarbeit: Mgr. Eva Marková, Ph.D. Prague 2018. 71 Seiten.

Das Thema meiner Bachelorarbeit lautet Pflege eines Patienten mit Angst und depressiver Störung, gemischt. Das Ziel meiner Bachelorarbeit stellt eine detaillierte Beschreibung der pflegerischen Betreuung mit Hilfe der Methode des Pflegeprozesses bei einer Patientin mit der Diagnose Angst und depressive Störung, gemischt, dar, die in der Abteilung für Resozialisierung und Psychotherapie des Psychiatrischen Krankenhauses empfangen wurde. Auf der Grundlage der festgestellten pflegerischen Probleme werden die Pflegediagnosen gemäß NANDA-I Taxonomie II 2015-2017 gestellt. Weiterhin wird ein Plan für die pflegerische Betreuung aufgestellt, eine Beschreibung der pflegerischen Interventionen beschrieben und ihre Auswertung durchgeführt. Zum Schluss der Bachelorarbeit werden Empfehlungen für die Praxis zusammengefasst.

Schlüsselwörter

Neurotische Störungen. Pflegerischer Prozess. Psychotherapie. Angst und depressive Störung.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM TABULEK

ÚVOD.....	11
1 HISTORIE EVROPSKÉ A ČESKÉ PSYCHIATRIE	13
2 SMÍŠENÁ ÚZKOSTNÁ A DEPRESIVNÍ PORUCHA.....	15
2.1 EPIDEMIOLOGIE.....	16
2.2 ETIOPATOGENEZE, VÝSKYT.....	16
2.3 KLINICKÝ OBRAZ.....	17
2.4 SUICIDIALITA.....	18
2.5 DIAGNOSTIKA	21
2.6 TERAPIE	22
2.6.1 FARMAKOTERAPIE.....	22
2.6.2 PSYCHOTERAPIE.....	24
3. SPECIFIKA PSYCHIATRICKÉHO OŠETŘOVATELSTVÍ	30
4. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY SE SMÍŠENOU ÚZKOSTNOU A DEPRESIVNÍ PORUCHOU	31
4.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE PACIENTKY	34
4.2 ANAMNÉZA.....	37
4.3 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ZE DNE.....	39
4.4 ZHODNOCENÍ STAVU DLE MODELU MARJORY GORDON.....	41
4.5 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT.....	44
4.6 SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE.....	46
4.7 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ.....	47
4.8 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE.....	64
4.9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	65

ZÁVĚR	68
SEZNAM LITERATURY	69
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

APA	Americká psychiatrická asociace
AT	autogenní trénink
DSM	Diagnostický a statistický manuál
ID	invalidní důchod
KBT	Kognitivně – behaviorální terapie
MNK	Mezinárodní klasifikace nemocí
PNK	Psychiatrická nemocnice Kosmonosy
TSH	tyreotropin hormon

(VOKURKA, HUGO, 2015)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Sebevraždy podle pohlaví a věku	20
Tabulka 2 Stav pacientky při příjmu.....	36
Tabulka 3 Popis fyzického stavu.....	39
Tabulka 4 Biochemické vyšetření krve.....	44
Tabulka 5 Hematologické vyšetření krve.....	45
Tabulka 6 Medikamentózní léčba.....	45

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče o pacienta se smíšenou úzkostnou a depresivní poruchou. Téma práce bylo zvoleno pro svou aktuálnost v dnešní době, kdy psychických problémů stále přibývá. Přesto, že vývoj psychiatrie roste a patří k nejrychleji se vyvíjejícím oborům vůbec, stále se setkáváme s předsudky a negativními nálepkami psychicky nemocných. Duševně nemocný se často v médiích vykresluje jako nebezpečný, méněcenný a veřejnost nemá možnost získat komplexní pohled na problematiku. Lidé, kteří trpí psychickými problémy jsou ohroženi neporozuměním, vyloučením ze skupiny a často se bojí navštívit odborného lékaře. Za příčinu tohoto problému bychom mohli označit především současnou uspěchanou dobu plnou stresu, přemíru povinností a různé nároky z okolí. Z tohoto důvodu je důležité včasné odhalení problému, informovanost o psychické poruše a důkladná léčba. Zamezí se tím komplikacím neléčeného onemocnění, např. sebevražedným sklonům u psychických poruch a tím i dojde ke zkvalitnění života. Dalším důvodem je, že pracuji na resocializačním a terapeutickém oddělení v Psychiatrické nemocnici Kosmonosy, kde se pravidelně setkávám s pacienty s úzkostí a depresí.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části. V teoretické části shrnujeme základní informace o smíšené úzkostné a depresivní poruše, historii, její definici, etiologii, patogenezí, dále klinický obraz, diagnostiku, terapii a především psychoterapii. Na závěr teoretické části charakterizujeme specifika ošetrovatelské péče u pacientů hospitalizovaných na psychiatrickém oddělení.

V praktické části popisujeme ošetrovatelskou péči u pacientky s diagnózou smíšená úzkostná a depresivní porucha, která byla přijata pro úzkostně depresivní symptomatiku k psychoterapeutickému pobytu na doporučení ambulantního psychiatra. Je zde zpracována anamnéza pacientky, stav při přijetí a průběh hospitalizace. Na základě získaných informací ze zdravotnické dokumentace, od členů zdravotnického týmu a od pacientky byla ošetrovatelská péče poskytnuta metodou ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelský proces byl tvořen podle funkčního modelu zdraví Marjory Gordon.

Pro tvorbu teoretické bakalářské práce byl stanoven následující cíl:

Cíl 1: Popsat duševní onemocnění smíšená úzkostná a depresivní porucha, na základě zpracované rešerše.

Cíl 2: Charakterizovat specifika ošetrovatelské péče u pacienta na psychiatrii.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byl stanoven následující cíl:

Cíl 1: Detailně popsat ošetrovatelskou péči poskytovanou metodou ošetrovatelského procesu u pacientky s diagnózou smíšená úzkostná a depresivní porucha.

Vstupní literatura

PETR, T., MARKOVÁ, E., a kol., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1.vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.

PRAŠKO, J., LÁTALOVÁ, K., TICHÁČKOVÁ A. a STÁRKOVÁ L., 2011. *Klinická psychiatrie*. 1.vyd. Praha: Tigis. ISBN 978-80-87323-00-7.

TÓTHOVÁ, V., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. aktualizované vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně použity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Ošetrovatelské péče o pacienta se smíšenou úzkostnou a depresivní poruchou, proběhlo v časovém období listopad 2017 až únor 2018. Jako klíčová slova byla zvolena v jazyce českém: neurotické poruchy, ošetrovatelský proces, psychotherapie, úzkostně depresivní porucha. V jazyce německém byli těmito slovy: Neurotische Störungen, Pflegerischer Prozess, Psychotherapie, Angst und depressive Störung. Pro zpracování bakalářské práce byla použita literatura v časovém rozmezí od roku 2008 až po současnost. Pro zpracování rešerše byla využita rešeršní služba v Národní lékařské knihovně v Praze. Použity byly také elektronické databáze Medvik – katalog Národní lékařské knihovny, Bibliographia medica Čechoslovaca (BMČ-články) a Medline. Průvodní list k rešerši je součástí bakalářské práce v příloze H.

1. HISTORIE EVROPSKÉ A ČESKÉ PSYCHIATRIE

Psychiatrie a její medicínský význam prošel dlouhým vývojem. První písemné zmínky o duševních poruchách pocházejí už z 15. století před naším letopočtem. Nejstarším dochovaným lékařským dokumentem je Ebersův papyrus. Tento dokument například uvádí modlitby k zařikávání zlých duchů způsobujících posedlost a dále v něm najdeme první zmínky o duševně nemocných. Zřejmě za nejvýznamnějšího lékaře antické kultury je považován Hippokrates (5. století před naším letopočtem). Jako jeden z prvních se odpoutal od dosavadního mystického pojetí a vyjadřoval potřebu léčit celého nemocného, nejen nemoc. Dále rozlišoval čtyři základní tělesné šťávy: sanguis (krev), chole (žluč), melanchole (černá žluč) a flegma (sliz). Podle jejich převažující koncentrace a mísením v mozku vytvořil jednu z prvních osobnostních typologií a pojmy sangvinik, choleric, melancholik a flegmatik. Hippokratovou terapií duševních poruch bylo však odstranit z těla nemocného nadbytek některé z tělesných šťáv. K tomu požíval projímadla, dávidla, pouštění žilou a v neposlední řadě vyvolával pocení tělesnou aktivitou. (RABOCH, PAVLOVSKÝ a kol., 2012), (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014).

Po pádu říše římské v 5. století dochází k zániku vědeckého a humanistického vzdělání. Psychiatrie ve středověku patří mezi nejčernější kapitolu v dějinách psychiatrie vůbec. Duševní choroby byly považovány za hřích, zbavení rozumu a posednutí démony. Možnou alternativou v léčení, jak se vyrovnat s duševním onemocněním ve společnosti bylo vyčlenit nemocné do ústraní. Někteří byli zahrnutí do lesa, jiní byli vykázáni na loď, ze které však nebylo úniku. (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014).

V raném novověku byl nejvýznamnějším představitelem Johann Weyer (1515-1588), který nebojácně hájil postoje proti démonologii a pověrám. Holandský lékař se tak stal prvním psychiatrem, který se zabýval popisem psychopatologie.

Na přelomu 18 a 19. století se zakladatelem psychiatrie stává bezpochyby francouzský lékař Philipp Pinel (1745-1826). Zasloužil se nejen o zlepšení kvality ošetrovatelské péče, ale i jako první začal využívat psychoterapii, která je v dnešní době nedílnou součástí léčby duševního onemocnění. (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014).

V 19. století se stává psychiatrie uznávaným medicínským oborem. Významných osobností, které se podílely na vývoji, je celá řada. Zamýšlely se především nad příčinou duševních nemocí. Sigmund Freud (1856-1939) ve 20. století představoval vedoucí osobnost psychologického přístupu v léčbě duševních poruch. Jeho teorie psychoanalýzy byla významná především pro léčbu neuróz a později i pro léčbu psychóz.

V období nacionálního socialismu byl v roce 1933 přijat zákon o prevenci proti dědičným chorobám a tisíce osob byly násilně sterilizovány, včetně duševně nemocných. Jelikož neexistovalo efektivní léčení duševních poruch, byl zákon přijat kladně. Nacisté po vypuknutí války dokonce pod programem eutanázie usmrcovali duševně nemocné. (RABOCH, PAVLOVSKÝ a kol., 2012), (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014).

V 50. letech začíná výrazný rozvoj psychofarmakologie a strukturovanějších psychoterapeutických postupů. Švýcarský lékař Roland Kuhn (1912-2005) jako první objevuje antidepressivum. (RABOCH, PAVLOVSKÝ a kol., 2012).

V Čechách se vývoj psychiatrie příliš neodlišoval. U nás má neodmyslitelnou zásluhu řád Milosrdných bratří, který budoval v řadě měst své nemocnice. O rozvoj české psychiatrie se zasloužil profesor Karel Kuffner (1856-1940), který napsal a publikoval první českou učebnici psychiatrie. Učebnice byla rozdělena na obecnou a speciální část. Mezi další české významné osobnosti, které obohatili vývoj psychiatrie patřil Hubert Procházka, Zdeněk Mysliveček a zakladatel psychiatrické katedry Josef Prokůpek. Na začátku 20. století došlo k budování psychiatrických zařízení, například v Kosmonosech byl zakoupen klášter, kam byli přesunuti chroničtí pacienti z hlavního města. Obor psychiatrie prošel obrovským rozvojem. Přesto je potřeba nepodcenit další změny v léčbě a postoji k nemocným. (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015), (RABOCH, PAVLOVSKÝ a kol., 2012).

2. SMÍŠENÁ ÚZKOSTNÁ A DEPRESIVNÍ PORUCHA

Na začátku této kapitoly se krátce vrátíme opět k historii. První stavy úzkosti jsou poprvé popsány ve 3. tisíciletí před Kristem v sumerském eposu o Gilgamešovi. Ovšem až v první polovině 18. století se objevuje pojmenování úzkost (anxieta). Problematikou úzkosti se zabýval dánský teolog S. Kierkegaard (1813-1855) ve svých dvou dílech, kde především poukazuje na vlastní konání jedince a na význam osobního rozhodnutí. Významným psychiatrem na počátku 20. století, který od sebe odděluje generalizovanou úzkost a fobie z různých objektů a zvířat byl Ribot. Nicméně zakladatel psychoanalýzy Sigmund Freud (1856-1939) nejprve předpokládal, že vznik úzkosti je fyziologickým následkem nevybitého sexuálního napětí, později ji chápal jako reakci ega na emoční napětí pocházející z vnitřního konfliktu. Za zmínku také stojí uvést Freudova žáka Alfreda Adlera (1870-1937) který se domníval, že za vznik neurózy mohou dvě odlišné výchovy. Na jedné straně výchova rozmazlující, kdy člověk je zahleděný pouze na vlastní potřeby. A na druhé straně výchova nepřiměřeně kritická a odmítající, kdy osoba nadměrně trestaná nevěří sama sobě a příliš se podceňuje. Evidentní posun nastal ale až v roce 1980, kdy se poprvé objevuje rozdělení jednotlivých úzkostných poruch, které známe dnes. (PRAŠKO a kol., 2011).

Nyní se budeme věnovat stručné charakteristice smíšené úzkostné a depresivní poruchy. Tato duševní porucha dle klasifikace nemocí MKN-10 s lékařským názvem diagnózy „F 41.2“ je definována následujícím způsobem:

Jsou přítomny příznaky úzkosti i deprese, ale žádný zřetelně nepřevažuje a žádný není vyjádřen natolik, aby opravňoval k diagnóze, pokud by byl hodnocen samostatně. Jsou-li úzkostné a depresivní příznaky natolik závažné, aby opravňovaly samostatné diagnózy, měly by být zaznamenány obě a této položky by nemělo být užito. (MKN-10, 2018).

Smíšená úzkostná a depresivní porucha spojuje v sobě úzkostnou a depresivní poruchu. V primární péči se s příznaky smíšené úzkostné a depresivní poruchy setkáváme častěji než s „čistou“ formou. Vzhledem k projevům mívá onemocnění spíše chronický průběh a často vede k dlouhé pracovní neschopnost až k invaliditě. U lékaře si pacienti stěžují zejména na somatické potíže a jsou odesíláni ke specialistům (gastroenterolog, neurolog, kardiolog a další). Pacienti tak nedostávají účinnou léčbu a jejich potíže přetrvávají. Vzhledem k tomu, že příznaky deprese jsou méně hluboké než u depresivní

poruchy a příznaky úzkosti méně výrazné než u úzkostných poruch, často bývá závažnost této poruchy podceněna. Typické u této diagnózy je trvalá nebo se vracející dysforická nálada, obtížná koncentrace, nedostatek energie, potíže s usínáním nebo udržením spánku, pocity méněcennosti, podrážděnost, nízké sebevědomí, bezmoc a tendence k plačtivosti. Velmi často se u této diagnózy setkáváme s vysokým procentem suicidálních pokusů, především parasuicidií. (PRAŠKO, LÁTALOVÁ, TICHÁČKOVÁ, STÁRKOVÁ, 2011), (VAVRUŠOVÁ a kol., 2013).

2.1 EPIDEMIOLOGIE

Epidemiologická studie ukázala, že v populaci je prevalence neurotických poruch poměrně vysoká. Ze zdravotnické ročenky jsme zjistili, že výskyt neurotických poruch je až 40 %. Pacientů léčených v ambulantní péči bylo celkem 245 887. Z toho 80 808 mužů a žen 165 079. Hospitalizovaných pacientů s neurotickou poruchou bylo celkem 7 292. Z této epidemiologické studie vyplývá, že větší výskyt neurotických poruch je u žen než u mužů. V primární péči u smíšené úzkostné a depresivní poruchy je celoživotní prevalence 4,1 %. Počet lidí trpících úzkostně depresivní poruchou razantně vzrůstá. (PRAŠKO, LÁTALOVÁ, TICHÁČKOVÁ, STÁRKOVÁ, 2011), (ZDRAVOTNICKÁ ROČENKA ČR, 2016).

2.2 ETIOPATOGENEZE, VÝSKYT

Jednoznačná příčina smíšené úzkostné a depresivní poruchy není zatím známá. Avšak významný podíl je zdůrazňován genetickým faktorům a řadě dalších nepříznivých vlivů. Bývají zde sociální faktory, které poukazují na vyšší výskyt onemocnění u lidí z nižších sociálních vrstev nebo nezaměstnaných osob. Uvádí se že děti, které do svého desátého roku ztratily někoho z rodičů, mají vyšší pravděpodobnost, že dojde k rozvoji deprese nebo úzkostné poruchy. Dále k tomuto onemocnění může vést i předčasná separace dětí a nepříznivé podmínky vývoje. Další výskyt této poruchy ovlivňuje sexuální zneužívání, znásilnění, násilné jednání, rozvod rodičů, týrání v dětství, traumata, citová deprivace v dětství, rozmazlující výchova nebo naopak nadměrná přísnost rodičů, pracovní přetížení a v neposlední řadě stresové životní události.

Nadměrný stres je velmi často považován za spouštěč nejen neurotických poruch, ale celé řady zdravotních problémů. Jedná se o fyzickou i psychickou reakci na změny v životě. Ke stresu dochází jak při negativních událostech (ztráta blízké osoby, ztráta zaměstnání, rozchod s partnerem), tak i při událostech pozitivních (svatba). Tyto životní události samozřejmě k rozvoji duševního onemocnění nestačí, ale pokud se hromadí, jejich vliv u zranitelných jedinců bývá výraznější. V současné uspěchané době stres k našemu životu neodmyslitelně patří. Nároky, které si klademe sami na sebe, nároky společnosti, pracovní cíle, zkoušky ve škole, půjčky, smrt blízké osoby, poruchy spánku, nadměrné pití alkoholu, monotónní život, neshody či žárlivost, všechny tyto negativní vlivy s sebou přináší negativní emoce (úzkost, strach, smutek, vztek atd.) a tělesné reakce, které stresovou událost doprovázejí (bušení srdce, nechutenství, nadměrné pocení, bolesti hlavy, zvracení). Proto je důležité pracovat se svou stresovou reakcí, naučit se řešit problémy a posilovat svou odolnost. (PRAŠKO a kol., 2011).

2.3 KLINICKÝ OBRAZ

U pacientů se smíšenou úzkostnou a depresivní poruchou se příznaky vyvíjejí v průběhu několik týdnů až měsíců. Samozřejmě k rychlejšímu nástupu může dojít po silné traumatizující a stresující události. Příznaky lze rozdělit na somatické a psychické.

- Mezi **somatické příznaky** patří bolesti hlavy, zhoršené vidění, tlak za očima, sevření na hrudi, palpitace, hyperventilace, nadměrné pocení, pocit „knedlíku v krku“, tělesné vyčerpání, slabost svalů, napětí svalů, pocity na zvracení, průjem nebo zácpa, snížená nebo naopak zvýšená chuť k jídlu, sucho v ústech.
- Mezi **psychické příznaky** řadíme pocit napětí, pocit únavy, obtíže s koncentrací, pocit „prázdná v hlavě“, strach a obavy, podrážděnost, nadměrná bdělost, tendence k plačtivosti, snížené sebevědomí, pocity méněcennosti, poruchy spánku (nespavost, časté buzení, potíže s usínáním), dysforická nálada.

U smíšené úzkostné a depresivní poruchy se také objevují pesimistické myšlenky. Jedná se o myšlenky, které se týkají přítomnosti, budoucnosti ale i minulosti. Pacienti při myšlení na minulost se cítí být neschopní, obviňují se za maličkosti, které se v minulosti staly. V přítomnosti si zase myslí, že selhávají, ať už v osobním či pracovním životě, cítí

se být k ničemu, v každé události vidí pouze nešťastnou stránku. Když pomyslí na budoucnost, očekávají jen to nejhorší. „Nic hezkého už mě nečeká.“ „Budu pořád sám.“ „Nic nezvládnou.“ „Selžu.“ „Život ztrácí smysl.“ Myšlenky jsou zveličené, pacient vidí černě a katastroficky. Tyto pesimistické myšlenky mohou rychle přejít do plánu na suicidium. V následující podkapitole se tomuto závažnému riziku budeme věnovat podrobněji. (PRAŠKO, LÁTALOVÁ, TICHÁČKOVÁ, STÁRKOVÁ, 2011).

2.4 SUICIDIALITA

U smíšené úzkostné a depresivní poruchy je nejzávažnějším rizikem **suicidium**. Jedná se o čin vědomého a úmyslného ukončení vlastního života. Sebevraždu lze definovat jako východisko z těžké životní situace nebo nesmíření se s osudem. Motiv suicidálního chování souvisí především s pocitem beznaděje, prázdnoty, psychické trýzně, a bezmoci. Do suicidálního chování zahrnujeme sebevražedné myšlenky, tendence, suicidální pokus, který se značí pod zkratkou **TS** (tentamen suicidii) a dokonané suicidium. Velmi důležité je porozumění a náležitá pozornost k těmto motivům, protože nedostatečná léčba a detekce může vést ke zbytečným ztrátám na životech. Pokud se na otevřeném oddělení setkáme s pacienty, u kterých hrozí sebevražedné jednání musíme především vytvořit bezpečné prostředí, tzn. odebrat veškeré nebezpečné předměty (nůžky, pásek, nabíječky, hrníčky, tkaničky z bot), omezit samostatné vycházky na vycházky s doprovodem personálu a zajistit zvýšený dohled (především při noční směně sledovat pacienta ve dvouhodinových intervalech). Zhodnocení suicidálního rizika je součástí komplexního psychiatrického a ošetrovatelského vyšetření. V ošetrovatelském vyšetření můžeme využít hodnotící škálu (Příloha A). Při výskytu rizika je kladen důraz na empatické naslouchání, podporu, nemoralizování a pochopení. Vhodné je se zaměřit na terapie, které pacientovi zvýší pocit jistoty a bezpečí. V případě vysokého suicidálního rizika se na rozhodnutí lékaře pacient přeloží na uzavřené psychiatrické oddělení. (LÁTALOVÁ, KAMARÁDOVÁ, PRAŠKO, 2015).

Zvláštní formou suicidálního jednání se kterou se můžeme setkat je **parasuicidium**, dříve tzv. demonstrativní sebevražda. Toto označení lze definovat jako sebevražedný pokus nevedoucí ke smrti. Tento způsob bývá mnohdy okolím bagatelizován, protože ho vnímají jako manipulativní chování a získání pozornosti. Jedná se o volání o pomoc, které se může vymknout z rukou a může skončit smrtí.

Další formou agrese vůči sobě je **automutilace** neboli sebepoškození. Projevuje se zraňováním vlastního těla, např. škrábáním, popálením, vytrháním vlasů, pořezáním a opakovanou destrukcí ran. Automutilace často souvisí se sebeobviňováním, vztekem na sebe a dysforií. Cílem sebepoškození je úleva od úzkosti, stresu a napětí. Jedinec se většinou začíná sebepoškozovat na zápěstí a předloktí, které následně zakrývá oděvem. V poslední době se můžeme setkat i s pacienty, kteří se sebepoškozují na méně viditelných místech např. lýtka, nártý, paže a stehna. Při kombinaci návykových látek nebo alkoholu se riziko suicidálního jednání zvyšuje, zvláště kdy dojde k nedostatečné kontrole nad vlastním chováním. (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014).

Příčinou sebevražedného jednání nemusí být vždy psychická porucha. Je ovšem známé, že u smíšené úzkostné a depresivní poruchy se suicidální riziko výrazně zvyšuje. Nejvyšší riziko sebevražedného jednání je v prvních 6 až 12 měsících po nezdařilém pokusu. Mezi rizikové faktory řadíme: *Demografické charakteristiky* (adolescence, mužské pohlaví, vyšší věk). *Psychické rysy* (alkoholismus, sebepoškozující chování, agitovanost, snížené sebevědomí, sebevražedné myšlenky a plány, pocity beznaděje, sluchové halucinace prikazující smrt, těžká anhedonie, impulzivnost, toxikomanie). *Sociální rysy* (domácí násilí, nezaměstnanost, osamělost). *Tělesné zdraví* (chronická bolest, chronická nespavost). (LÁTALOVÁ, KAMARÁDOVÁ, PRAŠKO, 2015).

Velmi důležitou součástí prevence a první pomoci je **krizová intervence**. V první řadě pomáhá jedincům v krizových situacích a v druhé pomáhá k překonání silných negativních emocí. Účel krizové intervence je stabilizace pacienta a poskytnutí pocitu bezpečí a jistoty. Formy krizové intervence dělíme na elektronickou, telefonickou a v neposlední řadě na krizovou intervenci tváří v tvář. U všech forem je nezbytné nejprve navázat kontakt s ohroženým jedincem, zachovat klid, zhodnotit situaci a míru ohrožení, snížit nebezpečí, poskytnout podporu, nabídnout jiné alternativy k řešení problému, vytvořit plán a uzavřít dohodu o nespáchání sebevraždy. Za zmínku také stojí, že s ohroženým jedincem se v žádném případě nesmíme hádat a přemlouvat ho. Měli bychom mu dát najevo že stojíme na straně života.

Léčba suicidality u úzkostných poruch je stále málo prozkoumaným tématem. Studie, které by zkoumaly přímo vliv farmakoterapie u dané úzkostné poruchy, chybějí. Nicméně cílem léčby je především ochrana před sebezničením a zamezení či snížení rizika na co nejnižší míru. Cíle léčby lze rozdělit na akutní a dlouhodobé. Akutní cíle jsou

zaměřeny především na snížení suicidální tenze, zatímco dlouhodobé cíle jsou více zaměřené na prevenci návratu příznaků a v neposlední řadě na zvládnání afektů. Důležitou volbou léčby u suicidálního pacienta je psychoterapie. Vysoce účinná je především kognitivně - behaviorální terapie a psychodynamická psychoterapie. (LÁTALOVÁ, KAMARÁDOVÁ, PRAŠKO, 2015).

Dle Českého statistického úřadu uvedeme několik nejzajímavějších dat. V roce 2016 byl zaznamenán nejnižší počet zemřelých sebevraždou. Podle pověr se může zdát, že si lidé nejčastěji berou život o Vánocích a na podzim, kdy se můžou cítit osamělí, ale podle ČSÚ je právě v prosinci sebevražd nejméně. Naopak v jarních měsících především v dubnu bývá počet sebevražd největší. Souvisí to především s jarní únavou, výkyvy nálad, ztrátou energie nebo změnou počasí. I přes to, že se ženy o sebevraždu pokoušejí častěji, vyšší počet sebevražd končící smrtí mají na kontě muži. Je to dáno především metodou zvolenou k ukončení života. Ženy volí nejčastěji předávkování léky a lékařům se daří je zachránit. Zatímco muži jsou ve volbě důslednější a volí jistější metody, například použití střelné zbraně nebo oběšení. Na rozdíl od mužů, ženy využívají suicidální pokus jako volání o pomoc. V období 2012-2016 zemřelo dobrovolnou smrtí v průměru ročně 1 209 mužů a žen pouze 273. Nejvyšší sebevraždnost v tomto období byla ve věku 50-54 let. **Podle způsobu provedení** nejvíce lidí pro svou dobrovolnou smrt volilo oběšení. Sebevrahů oběšením umírá více než 60 % mužů, zatímco u žen je to obvykle 40 %. Druhou nejčastější formou dokonané sebevraždy u žen je otrávení (21%) a u mužů v současné době je druhou nejčastější formou zastřelení (13%). Další větší skupinu naplňují sebevraždy skokem z výšky. Průměr se v poslední letech poměrně zvýšil, u žen až na 19 %, u mužů na 8 %. (SEBEVRAŽDY, 2017).

Tabulka 1 Sebevraždy podle pohlaví a věku

Období	Průměrný roční počet sebevražd			Počet sebevražd mužů na 1 sebevraždu ženy	Podíl na celku (%)	
	Celkem	Muži	Ženy		Muži	Ženy
2005-2009	1436	1183	254	4,7	82,4	17,7
2010-2014	1560	1288	272	4,7	82,6	17,4
2012-2016	1482	1209	273	4,4	81,6	18,4

Zdroj: Český statistický úřad, 2017.

2.5 DIAGNOSTIKA

Z důvodu proměnlivosti a různorodosti klinického obrazu a průběhu duševních poruch, patří diagnostika v psychiatrii mezi nejobtížnější. Zvláště, když se nejedná o „čistou formu“. Pro stanovení diagnózy smíšené úzkostné a depresivní poruchy je velmi důležité psychiatrické vyšetření. Základním postupem psychiatrického vyšetření je rozhovor s pacientem a jeho následné pozorování verbálních i nonverbálních projevů. Při prvním kontaktu s pacientem, je potřeba vymezit si dostatek času, vytvořit vzájemnou důvěru, zajistit bezpečí, dostatek soukromí a zvolit vhodné prostředí. (DUŠEK, VEČEROVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015), (PRAŠKO a kol., 2011).

Komplexní psychiatrické vyšetření se skládá z následujících částí: základní identifikační údaje, anamnéza, nynější onemocnění, přítomný stav psychický, přítomný stav somatický, psychodynamický rozbor, diagnóza a diferenciální diagnóza, terapeutický plán, souhrn. (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014).

V současné době se na diagnostice duševních onemocnění podílejí dva systémy. První z nich je 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů vytvořená Světovou zdravotnickou organizací WHO. První MKN vyšla v roce 1996 a stále se její verze aktualizuje. Druhým systémem, který je více podrobnější je Diagnostický a statistický manuál duševních poruch vytvořený Americkou psychiatrickou asociací APA. (DUŠEK, VEČEROVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015).

Americká klasifikace DMS-IV-TM pro smíšenou úzkostnou a depresivní poruchu požaduje trvalou nebo vracející se dysforickou náladu trvající nejméně jeden měsíc, příznaky, které nejsou způsobeny somatickým onemocněním nebo užitím návykových látek, příznaky způsobují klinicky významné obtíže v důležitých funkcích a další podmínky. (PRAŠKO, LÁTALOVÁ, TICHÁČKOVÁ, STÁRKOVÁ, 2011).

Důležitou částí komplexního psychiatrického vyšetření je anamnéza. Hlavním cílem psychiatrické anamnézy je získání informací o rodinném a osobním životě pacienta, které napomáhají při stanovení diagnózy. Podstatné je i zapsání informací od doprovodu, příbuzných, nejbližších přátel, kdy se lékař zajímá o chování pacienta v určitých situacích, kdy nastaly první změny a jak jeho chování vypadalo. (PRAŠKO a kol., 2011).

Mezi pomocné vyšetřovací metody řadíme somatické a laboratorní vyšetření. Svůj význam mají k vyloučení organické příčiny onemocnění a k vyloučení intoxikace. Kromě toho jsou tato vyšetření důležitá pro celkové zhodnocení tělesného stavu před zahájením farmakoterapie, protože léčivo může být kontraindikováno. Základní vyšetření zahrnuje hodnocení základních funkcí (tlak, pulz, EKG), základní laboratorní vyšetření, které tvoří monitorace léčiv v krvi, vyšetření krevního obrazu, glukózy, jaterních enzymů, cholesterolu, TSH, urey, kreatininu a sedimentace. Tyto hodnoty pomohou k vyloučení tělesného onemocnění: chudokrevnosti (anémie), jaterního postižení, chronického infekčního onemocnění, endokrinopatie (zejména poruchy štítné žlázy) nebo jiného metabolického onemocnění. Dále zahrnuje základní vyšetření moči, popř. vyšetření moči na toxikologii. Mezi další specializované zobrazovací metody, které se nejčastěji využívá řadíme magnetickou rezonanci (MR), počítačovou tomografii (CT), elektroencefalografii (EEG) a vyšetření pomocí rentgenu. (PRAŠKO a kol., 2011), (PRAŠKO, LÁTALOVÁ, TICHÁČKOVÁ, STÁRKOVÁ, 2011).

2.6 TERAPIE

Léčba smíšené úzkostné a depresivní poruchy spočívá v kombinaci psychofarmak a psychoterapeutických postupů. V neposlední řadě patří do léčby režimová opatření, relaxace, dostatečná fyzická aktivita, resocializace a zlepšení kvality spánku. Cílem léčby je zmírnit psychické i somatické příznaky této psychické poruchy, zlepšit kvalitu života, zvýšit toleranci k zátěži, zabránit relapsu a zlepšit adaptaci životních rolích. Před zahájením léčby je kladen velký důraz na edukaci o průběhu léčby a následně je potřeba zpětné vazby pacienta. Také je důležitý časný kontakt s pacientem, dostatečná empatie, podpora a povzbuzování při změně životního stylu. (PRAŠKO, LÁTALOVÁ, TICHÁČKOVÁ, STÁRKOVÁ, 2011).

2.6.1 FARMAKOTERAPIE

Farmakoterapie je nedílnou součástí komplexní péče duševních poruch. Psychofarmaka patří mezi efektivní metodu pro léčbu smíšené úzkostné a depresivní poruchy. Výběr medikace se odvíjí od psychofarmakologické anamnézy a klinického

obrazu. Pacient zde popisuje zkušenosti s psychofarmaky, propuknutí možných nežádoucích účinků a jaký měli v minulosti efekt. Před zahájením farmakologické léčby je nezbytné pacienta edukovat o nežádoucích účincích daného preparátu, o dávkování, trpělivosti při nasazování. Dále je důležité pacienta poučit na rizika snížení pozornosti při řízení motorového vozidla a na časové omezení užívání psychofarmak.

První skupinou psychofarmak jsou **antidepresiva**. Antidepresiva ovlivňují patologicky smutnou, depresivní náladu a příznivě působí na úzkostné potíže. Nejdéle používaná a účinná jsou **tricyklická antidepresiva**. Jejich výhodou je účinnost v léčbě při těžkých depresích. Naopak nevýhodou je častý výskyt nežádoucích účinků a jsou toxická při předávkování. **TCA** jsou kontraindikována u pacientů se srdečním onemocněním, při epilepsii, glaukomu. Dále u pacientů trpících hypertrofií prostaty a u pacientů ohrožených rizikem suicidia. Spadají sem antidepresiva např. *dosulepin (Prothiaden)*, *klomipramin (Anafranil)*, *amitriptylin (Amitriptylin)*.

Mezi účinné a nejpoužívanější antidepresiva jsou selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu. **SSRI** jsou účinnou a poměrně bezpečnou skupinou antidepresiv, která primárně ovlivňuje serotoninový systém. (PRAŠKO a kol., 2011, str. 210). Nežádoucí účinky u této skupiny léků jsou méně časté a krátké. Především v počátku léčby se mohou objevit pocity nevolnosti, nechutenství, průjemy a bolesti břicha. V tomto případě většinou postačí snížit dávku a zvyšovat dávku pomaleji. Dalšími nežádoucími účinky, které se vyskytují při dlouhodobější léčbě jsou sexuální obtíže (snížení libida, zpožděná ejakulace, anorgasmie). Do skupiny SSRI patří *citalopram (Citalec)*, *sertralín (Zoloft)*, *fluoxetin (Deprex, Prozac)* a *escitalopram (Cipralex)*.

Další skupinou antidepresiv jsou **SNRI**. Jedná se o skupinu antidepresiv, která se vyznačuje inhibicí zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu. Pro tyto vlastnosti bývá označován jako dualistická antidepresiva. Výhodou je rychlý nástup účinku a malé nežádoucí účinky. Do skupiny SNRI lze zařadit *venlafaxin (Velaxin, Olwexya, Argofan)*.

Nejčastěji předepisovanými psychofarmaky jsou **anxiolytika**. *Anxiolytika jsou léky zmírňující úzkost nejrůznějšího původu pomocí různého mechanismu účinku. Účinek anxiolytik je zacílen zejména na symptomy napětí, psychické tenze, anxiety, strachu.* (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015, str. 428).

Nejznámější skupinou anxiolytik jsou **benzodiazepinová anxiolytika**. U pacientů s akutními příznaky mají velmi rychlý nástup účinku a jsou bezpečná při předávkování. Nicméně při dlouhodobém podávání BZD velmi snadno vzniká závislost a tolerance. Proto jsou časově omezená a neměla by se podávat déle dva měsíce. Benzodiazepiny se nenasazují u pacientů závislých na alkoholu a psychotropních látkách. Při vysazování BZD je důležitá zvýšená opatrnost, tudíž vysazování musí být pozvolné. Rychlé vysazení může vést ke vzniku eventuálních komplikací (vznik epileptických záchvatů, prevence vzniku abstinenčních příznaků). Mezi nejčastěji používané BZD jsou: *diazepam (Diazepam)*, *oxazepam (Oxazepam)*, *klonazepam (Rivotril)*, *bromazepam (Lexaurin)*, *alprazolam (Neurol, Xanax)*.

Mezi anxiolytika také patří **nebenzodiazepinová anxiolytika**. Hlavní výhodou podávání této skupiny léků je, že nevede ke závislosti, avšak jsou méně účinná než BZD. Zvýšenou pozornost věnujeme především nežádoucím účinkům, které mohou nastat (ospalost, únava, zvracení nebo nevolnost). Mezi nebenzodiazepinová anxiolytika lze zařadit např. *hydroxyzin (Atarax)*, *bupiron (Buspiron)*, *guaifenezin (Guajacuran)*. (PRAŠKO a kol., 2011), (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014), (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015), (AKRMANNOVÁ, 2015).

2.6.2 PSYCHOTERAPIE

Nejdůležitější částí léčby u smíšené úzkostné a depresivní poruchy jsou psychoterapeutické postupy. Tento pojem můžeme definovat jako vědní interdisciplinární obor a také jako proces sociální interakce. Jedná se především o záměrné působení psychologickými prostředky, kam patří rozhovor, sugesce, učení aj. Změna, respektive úleva od potíží nepřichází hned a většinou ani rychle. Díky ní ale může člověk porozumět souvislostem svých obtíží, prožít emoce, které si v běžném životě nemohl dovolit nebo mu nebyly přístupné, měnit nefunkční či špatně fungující vzorce chování a tím dlouhodobě zlepšovat kvalitu svého života. Cílem psychoterapie je i mimo jiné resocializace a reedukace pacienta. Důležitou součástí je navázání vztahu mezi terapeutem a pacientem. K vytvoření dobrého psychoterapeutického vztahu klademe důraz hlavně na vznik důvěry, porozumění, empatii a aby pacient měl pocit bezpečí. V praxi rozlišujeme dvě formy psychoterapie.

První formou je **individuální psychoterapie**, při které se účastní pouze pacient a terapeut a obvykle toto sezení trvá 50 minut. Druhou formou je **skupinová psychoterapie**, při které jsou důležitými úkoly sociální podpora a učení se mezilidským vztahům. Skupinu většinou tvoří 8-12 pacientů a vedou ji nejčastěji dva psychoterapeuti. Ti skupinu neřídí, ale spíše ji doprovázejí. Jejich úkolem je především sdílet postřehy o vzájemné interakci a upozorňovat na pokrok nebo překážky ve skupině. Skupinu lze rozdělit na otevřenou, kdy pacienti v průběhu psychoterapie do skupiny vstupují nebo zase odcházejí a uzavřenou, kdy po zahájení skupiny nikdo nový nepřichází. Základními principy skupinové psychoterapie je důvěra a zpětná vazba. Důvěra vytváří především bezpečné prostředí, a proto není dovoleno vynášet informace o ostatních účastnících mimo skupinu. Zpětná vazba je nezbytným zdrojem informací od druhých lidí o vlastním chování a pocitech, které v nich vyvolává. Skupinová psychoterapie trvá 90 minut. (PRAŠKO a kol., 2011), (POLÁCH a kol., 2016), (KRATOCHVÍL, 2017).

Nejúčinnější metodou u smíšené úzkostné a depresivní poruchy, kterou si uvedeme je **kognitivně-behaviorální terapie (KBT)**. Tato účinná terapie je založena na teorii učení a změny v jednání. Cílem KBT je získat kontrolu nad stresujícími podněty, zvládnání příznaků, zvýšení sebevědomí a snížení pocitu bezmoci. Ke KBT je nutná motivace pacienta, léčebná smlouva (kontrakt), terapeutický vztah a zaktivování podpůrné sítě mezi příbuznými. Výběr dané strategie záleží na příznacích, ale neodlučitelnou součástí je **edukace o psychické poruše a možnosti léčby**. Pacient zjišťuje, že jeho potíže jsou známým onemocněním a že řada nesouvisejících problémů, jako je bušení srdce, pocení, jsou projevy stavu úzkosti a deprese. Dalším postupem je **plánování aktivit**. Pacienta zapojíme do aktivit, které pomáhají od úzkosti a deprese. Zpočátku je nutné zapojit pacienta nejprve nenáročnými aktivitami. **Nácvik zklidnění dechu a relaxace** jako další možná strategie snižuje nejen napětí v těle při vypjatých situacích, ale pomáhá i při hyperventilaci. K nejpoužívanějším metodám patří Schultzův autogenní trénink a progresivní svalová relaxace podle Jacobsona. Další strategií je **kognitivní rekonstrukce**, která nám pomáhá rozpoznat automatické negativní myšlenky. Cílem této strategie je zpochybnit negativní myšlenky, které pacienta doprovází. **Nácvik komunikace** lze popsat v hraní rolí sebe, ale také roli partnera. Jedná se tedy o scénky se zpětnou vazbou. Další část věnujeme **expozici**, kde pacienta vystavujeme obávaným a problémovým situacím, kterým se vyhýbal. S touto částí souvisí i dechový trénink a aplikovaná relaxace. Předposlední částí je **řešení problémů**, kde se snažíme problém

identifikovat a najít možné řešení. V závěru terapie je **příprava na budoucnost**, kde pacienta připravujeme na samostatný život a na prevenci relapsu. (PRAŠKO, LÁTALOVÁ, TICHÁČKOVÁ, STÁRKOVÁ, 2011), (KRATOCHVÍL, 2017).

První relaxační techniku, kterou si představíme je **autogenní trénink**. Jedná se o nejrozšířenější tréninkovou metodou založenou na relaxaci. Za vznikem autogenního tréninku stojí berlínský neurolog a psychiatr Johannes Heinrich Schultz (1884-1970). Vychází z poznatků o hypnóze, sugesci, tréninku a relaxaci. Tato technika stejně jako jiné autoregulační metody přispívá k odstranění příznaků neklidu, napětí a k obnově sil. Návlek AT probíhá nejprve pod vedením terapeuta a až následně může pacient AT cvičit sám. Pacient zaujme takovou polohu, která umožní uvolnění všech svalů a v níž se cítí pohodlně a odpočatě (vleže, vsedě). Při autogenním tréninku nespěcháme. Základem je nižší stupeň, který má šest stádií.

1. Tíha: navození pocitů tíhy vede k uvolnění kosterního svalstva
2. Teplota: navození pocitů tepla umožňuje prokrvení těla
3. Srdce: zklidnění srdečního rytmu
4. Dech: zklidnění, prohloubení dechu
5. Plexus solaris: navození pocitu tepla v břiše
6. Čelo: vyvolání chladivého pocitu na čele

Účinnost autogenního tréninku je prokázána pro uvolnění napětí, bolesti, zmírnění stresu, celkové zklidnění, optimalizace spánku, zlepšení kognitivních funkcí a zlepšení nálady. (VÍCHOVÁ, 2016), (KRATOCHVÍL, 2017).

Druhou nejrozšířenější relaxační technikou je **progresivní svalová relaxace**. Tato metoda záměrně vyvolává napětí ve svalech s následným uvolněním. Autorem této techniky je americký lékař a psycholog Edmund Jacobson (1888-1983), který si všiml, že stres a úzkost způsobují stahování svalů a následně se mohou objevit bolesti zad a kloubů. Základním principem je tedy uvolnit celé kosterní svalstvo. Svalová relaxace probíhá v pěti etapách (hlava, ramena, ruce, hrudník, břicho, nohy a sedací svaly). Volba polohy záleží stejně jako AT na pacientovi. Poloha musí být především pro pacienta pohodlná, kdy dokáže uvolnit svaly. Postupně pacient prochází jednotlivé svalové skupiny, které napíná na několik vteřin, následně je uvolní a soustředí se na pocit uvolnění. Cílem

progresivní svalové relaxace je dosáhnout kompletního relaxovaného stavu. Je vhodná pro pacienty s psychickou poruchou, pro pacienty, kteří trpí nespavostí, nebo pro pacienty s psychosomatickými problémy, jako je bolest zad a hlavy. Celková doba relaxace je přibližně 20 minut. (VÍCHOVÁ, 2016).

Hlavním kritériem úspěšnosti při relaxaci je výběr vhodného místa. Jednou z možností je multismyslová relaxační místnost **Snoezelen** (Příloha B). Pojem vznikl v 70. letech v Holandsku při práci s lidmi s těžkým postižením. Je složen ze dvou slov *snuffelen* a *doezelen*, což lze volně přeložit jako čichat a podřimovat. Principem metody snoezelen je prostřednictvím zrakových, čichových, sluchových a hmatových podnětů vytvořit bezpečné stimulující prostředí, které plní funkci relaxační, interakční a také poznávací. Cílem je vyvolat pocit klidu, uvolnění, bezpečí a jistoty. Metoda se využívá pro neurotické poruchy, zhoršení kognitivních funkcí, poruchy nálad, paliativní péči, chronické bolesti, mentální retardace aj. Snoezelen lze využít i jako prevenci pro syndrom vyhoření a pro pacienty, kteří mají rádi uvolňovací techniky. V multisenzorické místnosti je možné zatemnění pomocí rolety, pustit tlumené osvětlení, laserové světlo, které mění barvy. K dispozici je dataprojektor k promítání obrázků, přehrávač s relaxační či vážnou hudbou a v neposlední řadě aromalampa. (PONECHALOVÁ, 2018).

První psychoterapeutická metoda, která je zařazována do denních léčebných programů pacientů je **pracovní terapie**. Hlavním úkolem pracovní terapie je nácvik soběstačnosti, udržení si pracovních návyků, dovedností a schopností. Dalším úkolem je docílení resocializace a zlepšení psychické pohody. Mezi základní pracovní techniky patří např. keramika, háčkování, úprava zahrady, pomocné práce u koní, práce se dřevem nebo práce s textilem. (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015).

Hiporehabilitace je léčebná metoda, která se snaží prostřednictvím koně pozitivně působit na člověka. Tato forma podpůrné terapie je vhodná pro pacienty, kterým je kontakt s koněm příjemný (hlazení, krmení, čištění, jezdecké aktivity). Pacienti v přítomnosti koně jsou uvolněnější a relaxovanější. Kontakt s koněm je příjemným emočním prožitkem, odpoutáním pozornosti od problémů a pocitem tepla (kůň má tělesnou teplotu o 1 °C vyšší než člověk). Psychoterapeutické ježdění se zaměřuje na stimulaci prožívání, stimulaci tělesnou, sociální stimulaci a stimulaci kognitivních funkcí. U pacientů s neurotickými poruchami především zlepšuje proces komunikace, upevňuje vztahy ve skupině a pozitivně ovlivňuje náladu. (RYNEŠOVÁ, 2011).

Další významnou psychoterapeutickou metodou je **muzikoterapie** neboli terapie hudbou. Světová federace muzikoterapie WFTM definuje muzikoterapii následujícím způsobem: *Muzikoterapie je profesionální použití hudby a jejích prvků jako intervence ve zdravotnictví, vzdělávání a každodenním prostředí s jedincem, skupinou, rodinou nebo komunitou, která usiluje o optimalizaci kvality jejich života a zlepšení jejich psychického, sociálního, komunikačního, emocionálního a duševního zdraví a pohody. Výzkum, praxe, vzdělání a školení v klinické muzikoterapii vycházejí z profesionálních standardů v souladu s kulturním, společenským a politickým kontextem.* (GERLICOVÁ, 2014, str. 15). Muzikoterapie při pravidelné aplikaci eliminuje stres, uvolňuje svalové napětí v lidském těle, zklidňuje dechovou a tepovou frekvenci a působí relaxačně. Jednou z metod muzikoterapie je muzikoterapie celostní (CMLH). Autorem zmíněné metody je muzikoterapeut a lektor Lubomír Holzer. Metoda CMLH používá ke své realizaci výhradně specifické muzikoterapeutické nástroje, které jsou z přírodních materiálů, především ručně vyráběné. Základní rozdělení CMLH je na část aktivní a pasivní. V aktivní části pacienti absolvují kurz bubnování na buben djembe. Nástroj je původem z Afriky a vyrábí se nejčastěji z topolového dřeva a kozí kůže. V dalším průběhu se pacienti přidávají k terapeutovi a při výdechu zpívají různé samohlásky. Pasivní část je část relaxační. Pacienti leží v co nejpohodlnějších pozicích na podložkách přikryti dekami. Terapeut během relaxace postupně střídá hudební nástroje (buben djembe, šamanský buben, tibetské misky) a hru doprovází zpěvem. Relaxace trvá většinou půl hodiny. Muzikoterapie může být individuální nebo skupinová. Na závěr CMLH můžete verbálně reflektovat své prožitky. (GERLICOVÁ, 2014), (HOLZER, DRLÍČKOVÁ, 2012), (KANTOR, LIPSKÝ, WEBER a kol., 2009).

Arteterapie je kreativní léčebná metoda, která využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku k poznání a ovlivňování lidské psychiky. Arteterapie umožňuje uvolnění a ztvárnění vlastních prožitků, podporuje tvořivost, sebevyjádření, osvojuje zručnost, rozvíjí fantazii, pomáhá k porozumění sobě i druhým a reflektuje problémy (hněv, depresi, strach, zoufalství). Arteterapii lze rozdělit na terapii uměním, v níž se klade důraz na léčebný potenciál tvůrčí činnosti samotné a na artpsychoterapii, kde výtvary a prožitky jsou dále psychoterapeuticky zpracovány. Tato terapie se může aplikovat buď formou individuální nebo skupinovou. *Individuální terapie* je vhodná pro introvertní pacienty nebo pro pacienty, jejichž chování by ve skupině působilo rušivě, agresivně a pro druhé pacienty by to mohlo mít negativní následky. Při této formě terapie

vzniká mezi pacientem a arteterapeutem užší pouto. *Skupinová arteterapie* je oproti individuální náročnější a vyžaduje větší obratnost terapeuta. Mezi další nevýhody můžeme zařadit, že arteterapeut věnuje jednotlivci méně času. Naopak mezi výhody můžeme zařadit zpětné vazby členů skupiny, které jsou podnětné pro každého jednotlivce a v neposlední řadě se mohou pacienti vzájemně podpořit. Podstatnou částí v arteterapii je symbolika barev, která nám pomáhá u pacientů rozeznat harmonii nebo naopak nesoulad. (ŠICKOVÁ-FABRICI, 2016).

Poslední terapii, kterou si zmíníme je **fototerapie** (Příloha C). Tato terapeutická metoda využívá působení jasného bílého světla. Indikuje se zejména v léčbě sezónní depresivní poruchy, většinou v období podzimu, kdy nedostatek světla působí na náš organismus negativně. Dále se může využívat při pocitu únavy, při poruchách spánku nebo ke zlepšení nálady. Důležitou součástí před zahájením aplikace je edukace pacienta. Fototerapie se většinou provádí co nejdříve po probuzení, a to po dobu 30 minut, dále je vhodná vzdálenost pacienta od přístroje 60-90 cm a jeho dávka by měla být 10 000 luxů. Pacienti si při aplikaci mohou například číst nebo relaxovat. (POLÁCH a kol., 2016).

3. SPECIFIKA PSYCHIATRICKÉHO OŠETŘOVATELSTVÍ

Práce všeobecné sestry na psychiatrickém oddělení je velmi náročná jak po fyzické, tak po psychické stránce, avšak je i velmi zajímavá a pěkná. Hlavním kritériem v oboru psychiatrie je individuální přístup ke každému pacientovi. Během zajišťování běžného provozu oddělení si sestra udržuje přehled o všech pacientech na oddělení. Prostřednictvím pozorování pacientů hodnotí jejich stavy nálady, chování, míru neklidu, kvalitu spánku, postoj k užívání léků, denní aktivitu a průběžně pak zaznamenává stav nemocného do dokumentace. Charakter a náročnost práce sestry záleží na typu oddělení, kde pracuje. Pacienti v akutní fázi nemoci, kdy ohrožují sebe či své okolí jsou přijati na uzavřené oddělení, většinou bez souhlasu s hospitalizací. Pokud je zdravotní stav pacienta zaléčen a stabilizován, nebo pokud lékař vyloučí riziko heteroagrese a autoagrese, je možné pacienta přeložit do režimu otevřeného oddělení.

V oboru psychiatrie je velmi důležitá znalost jednotlivých duševních onemocnění, se kterými se na psychiatrickém oddělení setkáme. Jejich etiologii, symptomatologii, ale také psychopatologii. Velký důraz v léčebném režimu se klade především na znalost klasifikace psychofarmak, na nástup účinku léků, na sledování symptomů předávkování a v neposlední řadě jejich vedlejší účinky. Při podávání léků je důležité dbát na kontrolu jejich spolknutí. Sestra kontroluje užití léků pacientem. Psychofarmaka se nejčastěji podávají formou perorální, pouze při neklidu či nespolupráci pacienta se aplikují intramuskulárně nebo intravenózně. Po podání léků provede sestra záznam do dokumentace. Sestra je členem terapeutického týmu a podílí se na psychoterapeutických aktivitách, např. ranní rozcvička, podpůrná terapie, relaxace, komunita, a proto by se měla dostatečně orientovat v psychoterapii.

Důležitou roli v ošetrovatelské péči hraje edukace, která se odehrává již při příjmu pacienta. Sestra seznamuje pacienta s dodržováním léčebného režimu, s pravidly na oddělení a podáváním léků. Edukace se může také zaměřit na rodinné příslušníky, kteří o duševně nemocného pečují. Na závěr je třeba podotknout, že důležitou součástí práce všeobecné sestry je nejen péče o pacienta, ale i o sebe samé, je nutné předcházet syndromu vyhoření, a to například účastí personálu na supervizích, kde se konzultují vztahy mezi pacienty a personálem. (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014). (NEUBAUEROVÁ, 2007).

4. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY SE SMÍŠENOU ÚZKOSTNOU A DEPRESIVNÍ PORUCHOU

Cílem práce je detailně popsat kvalitní ošetrovatelskou péči metodou ošetrovatelského procesu u pacientky s diagnózou smíšená úzkostná a depresivní porucha, která byla přijata na resocializační a terapeutické oddělení v psychiatrické nemocnici Kosmonosy pro úzkostně depresivní symptomatiku k psychoterapeutickému pobytu na doporučení ambulantního psychiatra. Toto oddělení vám popíšu níže.

V rámci metody sběru dat o pacientce jsme využili ošetrovatelskou a lékařskou dokumentaci, opakované rozhovory s pacientkou, rozhovor se členy zdravotnického týmu a vlastní pozorování. Na základě zjištěných a zaznamenaných ošetrovatelských problémů pacienta jsou stanoveny ošetrovatelské diagnózy podle NANDA I taxonomie II 2015-2017. Dále je sestaven plán ošetrovatelské péče, popsána realizace ošetrovatelských intervencí a je provedeno jejich hodnocení.

Pacientka byla přijata na resocializační a terapeutické oddělení v Psychiatrické nemocnici Kosmonosy dne 22.1.2018. Individuální ošetrovatelská péče o pacientku byla realizována ve dnech od 22.1.2018 do 23.2.2018 od 10:00 do 18:00 hod.

Podle standardu v PN Kosmonosy vede ošetrovatelskou dokumentaci primární sestra, která zaznamenává všechny důležité události týkající se pacientky. Krátkodobé cíle v ošetrovatelské péči se vyhodnocují po dvou týdnech hospitalizace a cíle dlouhodobé se vyhodnocují po prvním měsíci hospitalizace.

Dle zákona 101/2000 Sb. z důvodu ochrany osobních údajů zde neuvádíme identifikační údaje pacienta (Zákon č. 101/200 Sb.).

Resocializační a terapeutické oddělení

Resocializační a psychoterapeutické oddělení K20 je specializované oddělení komunitního typu pro léčbu psychických poruch jako jsou neurotické obtíže, deprese, poruchy osobnosti a psychotické poruchy. Oddělení má kapacitu 30 lůžek (pokoje jsou tří lůžkové, jeden šesti lůžkový se sociálním zázemím). Toto oddělení je koedukované a jsou přijímáni pacienti od 15 let. Horní věková hranice není pro pobyt rozhodující. Pacient musí být schopen účastnit se resocializačních a terapeutických aktivit. Na oddělení jsou pacienti překládáni z příjmových oddělení nemocnice nebo přicházejí na doporučení svého ambulantního lékaře. Oddělení má charakter polootevřeného oddělení a nabízí komplexní psychiatricko-psychologickou léčbu a diagnostiku. Základem léčebného procesu je skupinová psychoterapie, která probíhá dvakrát nebo třikrát týdně (záleží na typu skupiny). Psychoterapeutické skupiny se liší svou náplní a náročností.

Mezi další podpůrné aktivity patří: pracovní terapie, hiporehabilitace, arteterapie, nácviky každodenních dovedností, trénink kognitivních funkcí, nácvik relaxace, sportovní a kulturní aktivity, edukace, setkávání s rodinami pacientů, konzultace se sociální pracovníci, vycházky a výlety. Oddělení spolupracuje se sdruženími VIDA a FOKUS. VIDA je celorepubliková organizace, která podporuje rozvoj uživatelského hnutí a proces destigmatizace osob s duševním onemocněním. FOKUS je organizace poskytující sociální služby a podporu lidem s duševní nemocí. Oddělení nepřijímá pacienty k nedobrovolné léčbě, ve špatném tělesném stavu a neabstinující od návykových látek. Léčba má pomoci pacientům ke zmírnění duševních obtíží, porozumění sama sobě, svému onemocnění, usnadnit zapojení do každodenního života a umožnit zvládnání nároků, které jsou na duševně nemocné kladeny. Délka hospitalizace je posuzována individuálně, ale **základní délka je 7 týdnů**. Oddělení nabízí i stabilizační pobyt, který je možný s odstupem 6 až 12 měsíců po poslední léčbě.

Po přijetí na oddělení začíná pro každého nového pacienta tzv. adaptační týden. Pacient má prostor na to, aby se zorientoval v chodu oddělení a osvojil si režim na oddělení. Po celou dobu adaptačního týdne má pacient k ruce mentora (spolupacient, který již chodí oddělení zná, provází nové členy a je volen komunitou). V tomto týdnu si pacient vypracuje svůj životopis. V případě opakovaného stabilizačního pobytu zpracuje pouze úvahu, jejímž cílem je zamyslet se nad tím, jak pacient prožíval období mezi hospitalizacemi. Dále proběhne vstupní pohovor se skupinovými terapeuty a dojde

k uzavření terapeutické dohody. Pacient si zde stanoví cíle, čeho by chtěl prostřednictvím psychoterapie dosáhnout, co by rád pochopil, zlepšil atd. Na základě tohoto pohovoru je pak pacient zařazen do jedné z psychoterapeutických skupin.

Součástí léčebného režimu na oddělení je psaní deníku, který slouží k zaznamenávání vlastních pocitů, myšlenek, dojmů atd. Další součástí režimu je tzv. spoluspráva oddělení (Příloha F), která se podílí na chodu oddělení společně s terapeuti. Spoluspráva dbá na dodržování pravidel oddělení a léčebného řádu, motivuje ostatní pacienty k zapojení se do chodu oddělení. Každý člen spolusprávy obdrží při jmenování glejt, který obsahuje náplň práce pacienta a povinnosti v rámci spolusprávy. Funkce je na 2 týdny a končí vždy v pondělí. Návčky relaxačních technik probíhají formou řízené relaxace vedené personálem 2x denně. Účast je dobrovolná. Vlastní nácvik relaxačních technik je žádoucí provádět samostatně několikrát denně v době osobního volna. Relaxace probíhají buď na oddělení v terapeutické místnosti nebo ve Snoezelen relaxační místnosti, kterou jsme popisovali výše v podkapitole psychoterapie.

Další formou psychoterapeutického přístupu je komunita, která se koná každé ráno (kromě Út a Pá, kdy probíhá lékařská vizita) a denně večer. Ranní komunita slouží k přivítání nových členů, k loučení s odcházejícími členy, seznámení s denním programem, řešení problémů, připomínek a žádostí komunity. Na večerní komunitě probíhá hodnocení proběhnutého dne, vzájemné hodnocení, případné pochvaly, návrhy. **Režim na oddělení** začíná v 6.30 budíčkem, ranní hygienou, stláním lůžka, následuje rozcvička, popřípadě rehabilitace s fyzioterapeutkou. Dále probíhá snídane v jídelně a vydávání léků na sesterně. Poté následuje ranní komunita společně s celým terapeutickým týmem (lékaři, psychologové, zdravotní sestry, sociální pracovnice) a dopolední program (skupinové psychoterapie, aktivity, psychoterapie). Dopolední program končí kolem 10.30 a pacienti se připravují na oběd. Po obědě zase probíhá vydávání léků na sesterně a následuje polední klid. Od 12.30 začíná pacientům odpolední program (skupinové psychoterapie, aktivity, psychoterapie). Po skončení odpoledního programu mohou pacienti využít vycházky v areálu dle indikace lékaře. V 17.00 se začíná rozdávat večere, následuje podávání léků a předání směny mezi všeobecnými sestrami. Při noční směně pokračuje pacientům program večerní komunitou, relaxací a osobním volnem. Ve 21.00 se vydávají léky a odevzdají deníky. Následuje večerní hygiena a ve 22.00 začíná noční klid. Režim na oddělení K20 příkládám jako přílohu D a rozvrh denních aktivit jako přílohu E. (PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE KOSMONOSY, 2018).

4.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE PACIENTKY

Jméno a příjmení: X.Y.

Datum narození: 1973

Rodné číslo: 730000/0000

Věk: 44

Pohlaví: žena

Adresa trvalého bydliště: Praha

Číslo pojišťovny: 111

Zaměstnání: ID II. stupně, designérka interiérů

Státní občanství: ČR

Národnost: česká

Jméno příbuzného: X.Y.

Stav: rozvedená

Datum a čas přijetí: 22.1.2018 v 10:00 hod.

Typ přijetí: plánovaný

Důvod přijetí: terapeutický

Oddělení: K20 – resocializační a terapeutické oddělení

Ošetřující lékař: MUDr. X.X

Pacientka byla poučena o léčebném řádu: ANO

Informovaný souhlas k léčbě: pacientka podepsala

Informační zdroje: lékařská dokumentace, ošetrovatelská dokumentace, rozhovor s pacientkou, rozhovor s ošetřujícím personálem, vlastní pozorování.

Medicínská diagnóza hlavní:

F412 – Jiné anxiózní poruchy – Smíšená úzkostná a depresivní porucha

Medicínské diagnózy vedlejší:

F640 – Transsexualismus, od roku 2003 na hormonální substituci

St.p. vaginoplastika 2006

St.p. operace uretry pro obstrukci 2005

St.p. opakovaných TS 2x (1. TS skok z hradeb, 2. TS intoxikace léky)

St.p. polytraumatu po TS skoku 2007, poranění obratlů, st.p. operace pánve, levé dolní končetiny a kotníku pravé dolní končetiny pro četné fraktury

Důvod přijetí udávaný pacientkou:

„Dnes jsem rozhozená z té cesty, také jsem nervózní z nového prostředí a bojím se, co mě tady čeká. Ke všemu bylo včera výročí úmrtí matky a stále mě to bolí i když už je to 25 let, co odešla. Poslední dobou jsem vyčerpaná, rozhozená, bez nálady. Nic mě nebaví, do všeho se musím nutit, v noci se často budím, nebo nemůžu usnout vůbec. Bolí mě celé tělo, chuť k jídlu moc nemám. Došlo mi, že se nestarám o sebe, ale o někoho, od koho na oplátku čekám, že se postará o mě. Nevím, jestli na tomhle světě chci být, nechci ublížit těm, kterým na mě záleží, ale napadají mě myšlenky, že už takhle dál nemůžu a že by to bylo jednodušší skončit. Když jsem před 11 lety skočila, byla jsem v koncích a už jsem nedokázala jen přežívat. Zpětně jsem si uvědomila, že jsem nejvíc ublížila těm, kterým na mně záleží. Druhý pokus o sebevraždu byl asi před 5 lety. Byla jsem fyzicky i psychicky vyčerpaná, kamarád mě vyhodil z bytu, nedařilo se mi, zhroutila jsem se, měla jsem černo před očima, a proto jsem spolykala spoustu léků. Když jsem se probírala, volala jsem kamarádce, která mi pomohla. Můj stav se na chvíli zlepšil, ale stále si připadám jako „štvaná zvěř“. Lidé často upozorňují na to, že jsem dříve byla muž a poukazují na moje nedostatky. Chtěla bych zde získat sebejistotu, lépe se poznat, udělat si pořádek v sobě a více se spolehnout sama na sebe.“

Fyzikální funkce při příjmu

Tabulka 2 Stav pacientky při příjmu

TK 115/60 mmHg	Hmotnost 58 kg
P 78/min	Výška 170 cm
TT 36,6 °C	BMI 20,07
D 19/min	Pohyblivost: zhoršená
Stav vědomí: při vědomí, orientovaná	Krevní skupina: nezjištěno

Zdroj: Zdravotnická dokumentace pacientky

Pacientka byla plně poučena o povaze svého onemocnění, o navrhovaných způsobech léčby a jejich variantách, očekávaném výsledku i o omezeních a doporučeních ohledně způsobu života, které z onemocnění vyplývají. Dále byla seznámena s oddělením, domácím řádem a právy pacienta. V neposlední řadě byla poučena o zákazu řídit motorová vozidla během léčení z důvodu užívání léků, které mohou ovlivnit pozornost a hrozí riziko autonehody. Význam edukace pacientka pochopila.

Nynější onemocnění:

44letá pacientka byla plánovaně přijata na resocializační a terapeutické oddělení K20 v Psychiatrické nemocnici Kosmonosy. Zde pobyt na doporučení ambulantního psychiatra pro úzkostně depresivní symptomatiku. V psychiatrické ambulanci sledována od roku 2003 pro transsexualismus se změnou pohlaví a hormonální terapii. V roce 2007 závažný TS skokem z vyšehradských hradeb s polytraumatem. Druhým TS intoxikace léky bez nutné hospitalizace. Dobrovolný vstup podepsala.

Pacientka se cítí vyčerpaně, má pokleslou náladu, pocity beznaděje, protože se jí nedaří dlouhodobě uplatnit. V posledních měsících nemá sílu. Cítí se opuštěná, unavená. Trápí ji nespavost. Nedokázala se vymezit vůči svému okolí, které se nevyrovnalo s její změnou. Byla by nejšťastnější, kdyby potkala muže, se kterým by mohla adoptovat dítě. Ale její dosavadní muži ji zneužívali, tak se již bojí. Myšlenky na sebevraždu se objevují.

4.2 ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza

Pacientce matka zemřela ve 48 letech, léčena pro Ca tlustého střeva. Povahově byla uzavřená, starostlivá. Otcí je 73 let, s ničím se neléčí, povahově je despotický cholerik. Manželství rodičů vypadalo jako harmonické, ale všichni tušili, že je disharmonické. Podle pacientky by asi bylo lepší, kdyby se rodiče rozvedli. Sama vycházela s matkou velmi dobře, s otcem od dětství „zápasila“. Matka byla ochranář. Sourozence má dva. Starší sestra o 8 let, Ca prsu, má rodinu, dochází na psychoterapie. Bratr je o 6 let starší, Ca varlete, bez rodiny, bezdětný. Pacientka děti nemá.

Osobní anamnéza

Porod a časný psychomotorický vývoj bez nápadností. Mluvit a chodit začala jako vrstevníci. Dětství hodnotí jako náročné. Od 3 let vnímala sebe, že je jiná, vyloučená. Zvykla si se vším poradit sama, raději se stáhnout. V rodině si připadala nepatřičně, měla pocit, že cokoliv se doma stalo, tak za to může ona. Měla pocit, že otec ji nechtěl. Jako malá dělala balet, šila a chtěla být princeznou, což otec nerad viděl. Očekávala změnu postoje otce po operaci. Trvalo mu to do tohoto roku. Matka byla tolerantní.

Dosud vážněji nestonala, překonala běžné dětské nemoci bez komplikací. Neguje krvácivé projevy, DM, TBC, sexuálně přenosné onemocnění, onkologické onemocnění. Úrazy – fraktura PDK po pádu z kola v 5 letech, st.p. TS skokem, následně v bezvědomí, polytrauma, fraktura pánve, četné fraktury LDK a kotníku PDK, st.p. operace pánve a LDK 2007, st.p. vaginoplastika 2006, operace uretry 2005 pro obstrukci.

Farmakologická anamnéza

Mirtazapin 30mg 0-0-0-1 (antidepresiva)

Estrofem 2 mg 1-0-0 (hormon)

Magnosolv 1 sáček/d (soli a ionty)

Při úzkosti a tenzi užívá Rivotril 0,5 mg (benzodiazepin)

Při bolesti pohybového aparátu užívá Mabron 50 mg (analgetika)

Alergologická anamnéza

Pacientka alergii neguje.

Abúzy

Pacientka kouří max. 20 cigaret týdně od 19 let. Alkohol pije od 16 let, jen příležitostně 2x do týdne, přibližně 1,5l vína/týden, nikdy do opilosti. Samotné destiláty nepije, neguje okénka, ranní doušky i pití v tazích. Na záchytné stanici nikdy nebyla. Dosud bez komplikací zdravotního, rodinného či pracovního charakteru v souvislosti s alkoholem. Canabinoidy před 6 lety, nepravidelně, asi 3x v životě. Jiné drogy neguje, jednorázově kokain (jen zkoušela na špičku jazyku), gambling neguje.

Vita sexualis

Transsexuál M-F, vaginoplastika 2006, dosahuje orgasmu bezproblémově, po operaci pánve v návaznosti na TS došlo k uzavření pochvy. Doporučena separace. Anální styk pouze 1x, nevyhovující. Vystřídala 15 sexuálních partnerů (muži), 1 pohlavní styk v 19 letech. Fyzicky ji přitahují muži. Aktuálně je bez partnera.

Sociální a pracovní anamnéza

Pacientka vystudovala gymnázium, bez kázeňských problémů, bez snížené známky z chování. Školu zakončila maturitou. V 18 letech odjela do Paříže, dokončila dva semestry francouzštiny na univerzitě Sorbonna. Pacientka mluví plyně několika světovými jazyky. Od roku 2008 je pacientka v ID 2. stupně, pracuje jako designérka interiérů. Bydlí sama v panelovém bytě. V roce 2008 se vdala, ale nežili spolu, rozvedli se po půl roce. Ve volném čase se věnuje šití, malbě, zajímá se o historii.

Psychiatrická anamnéza

První hospitalizace pacientky byla v Paříži na psychiatrické klinice v dubnu v roce 2017, poté pobyt v PN Bohnice na 7 týdnů. Nyní plánovaně přijata na doporučení PA pro úzkostně depresivní symptomatiku. Po TS skokem z hradeb v roce 2007 na psychiatrii hospitalizována nebyla, popřela suicidální pokus.

4.3 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ZE DNE 22.1.2018

Celkový stav

Pacientka lucidní, orientována časem, místem i osobou. Kontakt ochotný. Společenské chování, odpovědi přiléhavé. Emočně instabilní, bez poruch soustředění, nálada pokleslá, mírná situační úzkost. Bez bludů, bez poruch vnímání.

Tabulka 3 Popis fyzického stavu

SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	<i>„Hlava mě nebolí“</i>	Hlava mezocefalická, na poklep nebolestivá. Jazyk bez povlaku, plazí ve střední rovině. Oční bulby volně pohyblivé všemi směry, spojivky růžové, zornice izokorické, skléry bílé, brýle používá, oční kontakt udržuje. Krk souměrný, krční lymf. uzliny nehmatné.
Hrudník a dýchací systém	<i>„Dýchá se mi dobře“</i>	Dýchání čisté, sklípkové, bez vedlejšího poslechového nálezu, bez šelestu. Počet dechů 19/min, eupnoe.
Srdce a cévní systém	<i>„Se srdcem jsem se nikdy neléčila, obtíže nemám“</i>	Srdeční akce pravidelná, bez šelestu. TK 115/60 mmHg, frekvence 78/min.

Břicho a GIT	<i>„Břicho mě nebolí, žádné obtíže nemám“</i>	Břicho nebolestivé, měkké, volně prohmatné. Stolice je pravidelná, jizva po operaci pánve a po epicystostomii.
Močový a pohlavní systém	<i>„Nemám žádné problémy s močením“</i>	Močení bez potíží, moč je čirá, bez zápachu a příměsí.
Kosterní a svalový systém	<i>„Na delší vycházku a na cesty využívám hůl“</i>	Pohyblivost omezená, četné jizvy po operaci, motorika snižená při bolestech, bez známek trombózy, ischemie.
Nervový systém a smysly	<i>„Nosím brýle na dálku, jinak jiné obtíže nemám“</i>	Při vědomí, orientována. Čich a sluch bez patologie. Je krátkozraká, nosí brýle.
Endokrinní systém	<i>„Nemám žádné obtíže“</i>	Štítná žláza nezvětšená
Imunologický systém	<i>„Žádné alergie nemám“</i>	Žádnou alergii neudává. Lymf. uzliny nezvětšené, očkovaná proti tetanu v roce 2006, TT: 36,6 °C.
Kůže a její adnexa	<i>„Mám několik jizev po celém těle“</i>	Mnohačetné jizvy po celém těle, jizvy po operacích DKK, kožní turgor v normě. Pocení přiměřené. Pokožka hydratovaná. Nehty čisté.

4.4 ZHODNOCENÍ STAVU DLE MODELU MARJORY GORDON

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Pacientka vnímá svůj zdravotní stav jako celkem dobrý. V poslední době udává psychickou nepohodu. Chodí pravidelně na preventivní prohlídky. Běžná očkování proběhla podle očkovacího kalendáře. Pacientka ráda chodí na procházky s přáteli. Lékařská doporučení se snaží dodržovat. I přesto, že si je vědoma škodlivosti cigaret, vykouří přibližně 5 cigaret za den. Snaží se dodržovat zásady zdravé výživy.

Ošetrovatelský problém: 0

2. Výživa a metabolismus

Pacientka je štíhlá, váží 58 Kg, měří 170 cm, BMI = 20,07. Pacientka má v poslední době chuť k jídlu sniženou. Přesto se snaží jíst pravidelně. Do svého jídelníčku zahrnuje především zeleninu a maso, které má ráda. Omezení v jídlu nemá. Pacientka pije dostatečně, denně vypije zhruba 1,5-2 litry tekutin. Z nápojů preferuje ovocné čaje a neperlivou vodu. Pije rozpustnou kávu s mlékem dvakrát denně. Alkohol pije jen příležitostně, max. třikrát do týdne si dá 2 dcl vína. Žádné návykové látky neužívá. Během hospitalizace dostává pacientka dietu číslo 3 – racionální. Chrup má vlastní. Kožní turgor v normě a sliznice jsou prokrvené. Tělesná teplota 36,6 °C.

Použitá měřicí technika: Body Mass Index – 20,07 (norma), Základní nutriční screening dle Nottinghamského dotazníku, bez nutnosti zvláštní intervence, body: 2.

Ošetrovatelský problém: 0

3. Vylučování

Vyprazdňování moči je spontánní. Znamky inkontinence nejsou přítomny. Moč je čirá, žlutá, bez patologických příměsí a bez zápachu. Bolest při močení nebo jiné změny nejuje. Na stolici pacientka chodí pravidelně, jednou za den. Stolice má fyziologickou barvu, bez příměsí, normální konzistenci. Projímadla neužívá. Pocení přiměřené.

Ošetrovatelský problém: 0

4. Aktivita, cvičení

Pacientka ve volném čase ráda chodí na procházky. Trochu jí limituje její zhoršená pohyblivost, St.p mnohačetná fraktura LDK, PDK. Při delší chůzi pacientka využívá hůl. I přesto, že se pacientka cítí vyčerpaně a unaveně, každodenní činnosti zvládá. Momentálně ji nic nenaplnuje. Dříve ráda šila, malovala, tvořila náhrdelníky a náramky z korálek, chodila ráda do divadla, ráda četla knihy s historickou tematikou. Podle Barthelové testu 95 bodů – lehká závislost.

Použitá měřicí technika: Barthelové test základních všedních činností – 95 bodů.

Ošetřovatelský problém: Únava, zhoršená tělesná pohyblivost.

5. Spánek, odpočinek

Pacientka udává zhoršené usínání a časté buzení v noci. Po probuzení se cítí vyčerpaně, nejraději by proležela celý den v posteli. Pacientka doufá, že se na oddělení resocializuje. Pro nespavost si pacientka může vyžádat od všeobecných sester hypnotika dle ordinace lékaře.

Ošetřovatelský problém: Nespavost.

6. Vnímání, poznávání

Pacientka je plně orientována osobou, časem i místem. Paměť neporušená. Myšlení v normě. Řeč srozumitelná, plynulá. Vnímání reálné. Koncentrace plná. Psychomotorika v normě. Komunikuje adekvátně. Se sluchem žádné problémy nemá. Udává zhoršený zrak, nosí brýle na dálku. Dále udává chronickou bolest pohybového aparátu. Na vyžádání jsou pacientce podány analgetika dle ordinace lékaře. Bolest označuje jako tupou, nikam nevyzařující. Pacientka bolest tiší léky: Mabron 50 mg, Diclofenac DUO 75 mg.

Použitá měřicí technika: Vizuální analogová stupnice VAS - 3 (rušivá bolest).

Ošetřovatelský problém: Chronická bolest.

7. Sebekoncepce, sebeúcta

Pacientka žádné povahové vlastnosti neudává. Pouze se hodnotí jako kreativní, vzdělaná a křehká. Momentálně se cítí beznadějně. Sebevědomí má snížené. Když lidé, zpochybňují její pohlaví nepřipadá si dost dobrá. Pacientka se často obviňuje ze smrti své matky. Při rozhovoru oční kontakt udržuje.

Ošetřovatelský problém: Beznaděj, snížené sebevědomí, narušená osobní identita.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacientka bydlí sama v panelovém bytě. Pacientka se ráda navštěvuje s přáteli, s otcem i bratrem. Pobírá invalidní důchod II. stupně a pracuje jako designérka interiérů.

Ošetřovatelský problém: 0

9. Sexualita

Pacientka je transsexuál M-F, nyní na hormonální substituci. V roce 2006 podstoupila operaci vaginoplastiku. Pacientka dosahuje orgasmu bez penetrace (vaginálně i klitoridálně). Anální styk 1x, nevyhovující. Fyzicky ji přitahují muži.

Ošetřovatelský problém: 0

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Během posledních 2 let žádné životní změny neudává. Nyní se cítí úzkostně, pociťuje mírný stres z příchodu na oddělení. Pacientku při stresu podporuje rodina a přátelé. Při silné úzkosti a depresi udává sebevražedné myšlenky. Sebeпоškození neguje.

Použitá měřicí technika: Zhodnocení rizika sebevražedného jednání NGASR, celkové hodnocení: střední riziko, body: 10.

Ošetřovatelský problém: Úzkost, riziko sebevraždy.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pacientka je ateistka. Od léčby očekává zlepšení psychického stavu.

Ošetřovatelský problém: 0

4.5 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinované vyšetření: příjmové odběry krve a moče, 2. den hospitalizace

- Biochemické vyšetření krve (urea, kreatinin, ionty, jaterní testy, glukóza)
- Hematologické vyšetření krve (krevní obraz)
- Biochemické vyšetření moči
- Toxikologické vyšetření moči

Laboratorní výsledky:

- Biochemické vyšetření moči – bez patologických hodnot
- Toxikologické vyšetření moči – negativní

Tabulka 4 Biochemické vyšetření krve

Vyšetření	Výsledné hodnoty	Referenční meze	Jednotky
Glukóza	5,2	3,5-5,6	mmol/l
Urea	5,1	2,0-6,7	mmol/l
Kreatinin	68	53-105	μmol/l
Sodík	139	136-146	mmol/l
Draslík	4,4	3,6-5,1	mmol/l
Chloridy	104,2	101,0-109,0	mmol/l
Bilirubin	6	0-20	μmol/l
ALT	0,50	0,10-0,70	μkat/l
AST	0,30	0,10-0,70	μkat/l
GMT	0,42	0,15-0,65	μkat/l
Cholesterol	3,6	3,1-5,2	mmol/l
Bílkovina celková	63	64-85	g/l

Zdroj: Zdravotnická dokumentace, oddělení klinické biochemie, hematologie a toxikologie, 2018

Tabulka 5 Hematologické vyšetření krve

Vyšetření	Výsledné hodnoty	Referenční meze	Jednotky
Leukocyty	4,97	4,0-10,0	10 ^{9/l}
Erytrocyty	3,95	3,80-5,20	10 ^{12/l}
Hemoglobin	120	120-160	g/l
Hematokrit	0,38	0,35-0,47	L
Trombocyty	193	150-400	10 ^{9/l}

Zdroj: Zdravotnická dokumentace, oddělení klinické biochemie, hematologie a toxikologie, 2018

Konzervativní léčba:

Dieta: 3 – racionální

Pohybový režim: bez omezení, samostatné vycházky

RHB: Lékařem indikovány. Rehabilitace probíhá každé ráno místo ranní rozcvičky, v terapeutické místnosti pod odborným dohledem fyzioterapeutky.

Medikamentózní léčba:

Tabulka 6 Medikamentózní léčba

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Estrofem	Tbl.	2 mg	1-0-0	Hormon
Esprital	Tbl.	30 mg	0-0-0-1	Antidepresiva
Magnesii Lactici	Tbl.	0,5 mg	1-1-1	Soli a ionty
Prothazin	Tbl.	25 mg	Při nespavosti 1tbl. za noc	Antihistaminika
Atarax	Tbl.	25 mg	Při úzkosti 1tbl. á 2 hod max. 4/d	Anxiolytika
Mabron	Tbl.	50 mg	Při bolesti pohyb. aparátu 1tbl. ráno	Analgetika
Diclofenac DUO	Tbl.	75 mg	Při bolesti pohybov. aparátu 1 tbl. max. 2xD	Nesteroidní antirevmatika

Zdroj: Zdravotnická dokumentace pacientky

4.6 SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 29.1.2018

44letá pacientka s diagnózou smíšená úzkostná a depresivní porucha byla dne 22.1.2018 v 10.00 plánovaně přijata na resocializační a terapeutické oddělení v Psychiatrické nemocnici Kosmonosy na doporučení ambulantního psychiatra pro úzkostně depresivní symptomatiku. V psychiatrické ambulanci sledována od roku 2003 pro transsexualismus se změnou pohlaví a hormonální terapii. Při příjmu je pacientka v mírném napětí, náladu má pokleslou, spolupracuje, oční kontakt udržuje, komunikace bez obtíží. Pacientka v úvodu podepsala informovaný souhlas s hospitalizací. Následně byla seznámena s oddělením, s léčebným režimem, domácím řádem a s režimovým omezením. Pacientka význam edukace pochopila. Při příjmu byly provedeny následující screeniny: *Zhodnocení rizika sebevražedného jednání NGASR*, celkové hodnocení: *střední riziko*, body: 10. *Barthelové test základních všedních činností*, celkové hodnocení: *lehká závislost*, body: 95. *Screening pro určení zvýšeného rizika pádu*, celkové hodnocení: *bez rizika*, body: 4. *Základní nutriční screening dle Nottinghamského dotazníku*, celkové hodnocení: *normální – bez nutnosti zvláštní intervence*, body: 2.

Pacientka je úzkostná, má tendence k plačtivosti. Večer nemůže usnout, často se budí, spánek má přerušovaný a nekvalitní. Udává vyčerpanost, únavu, pocity nepochopení, nedocnění. Cítí se ztracená. Pohyblivost má pacientka zhoršenou pro bolest pohybového aparátu, k delší chůzi využívá hůl.

Druhý den hospitalizace byly provedeny příjmové odběry krve a moči. Výsledky vyšetření bez patologických hodnot. Po prvním adaptačním týdnu pacientka zvažuje odchod. Není si jistá, že to zvládne. Pacientka podpořena ke spolupráci a motivována k léčbě. Po adaptačním týdnu si pacientka po úvodním pohovoru s psychologem stanovila terapeutické cíle a byla zařazena do červené dynamické skupiny s frekvencí třikrát týdně á 90 minut. Komunitou je přijímána bez problémů. Do režimu na oddělení je zapojena. Pacientka pravidelně využívá metody relaxačních technik, především svalovou relaxaci, která jí pomáhá k uvolnění napětí. Pacientce jsou podávány léky dle ordinace lékaře.

4.7 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, 2015. *Ošetřovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. 10 vyd., 1. české vydání. Přeložila P. KUDLOVÁ. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

Na základě získaných informací bylo určeno 7 aktuálních ošetřovatelských diagnóz a 2 potencionální diagnózy.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

1. Úzkost (00146)
2. Nespavost (00095)
3. Únava (00093)
4. Beznaděj (00124)
5. Chronická bolest (00133)
6. Narušená osobní identita (00121)
7. Zhoršení tělesná pohyblivost (00085)

Potencionální ošetřovatelské diagnózy:

1. Riziko sebevraždy (00150)
2. Riziko pádu (00155)

Úzkost (00146)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice: Vágní nelehký pocit diskomfortu nebo děsu provázený autonomní reakcí (zdroj často nespecifický nebo neznámý dané osobě), pocit obav způsobený očekáváním nebezpečí. Je to výstražný signál, který varuje před hrozícím nebezpečím a umožňuje dané osobě přijmout opatření, aby hrozbě čelila.

Určující znaky:

- úzkostlivost
- strach
- nejistota
- obavy
- bezradnost
- zvýšené napětí
- únava

Související faktory:

- stresory
- konflikt ohledně životních cílů

Priorita: Vysoká

Cíl krátkodobý: Pacientka umí vyjádřit své pocity úzkosti, využívat relaxační metody

Cíl dlouhodobý: U pacientky úzkost ustoupí nebo se zmírní do 4 týdnů.

Očekávané výsledky:

- U pacientky dojde k odstranění úzkosti do 4 týdnů
- Pacientka dokáže vyjádřit své pocity úzkosti do 2 týdnů
- Pacientka je edukována o využití relaxačních metod

Ošetrovatelské intervence:

1. Poskytni pacientce prostor pro ventilaci pocitů – všeobecná sestra, denně
2. Projev empatii k problémům pacientky – všeobecná sestra, vždy
3. Zmírní napětí a strach pomocí psychoterapie – všeobecná sestra, psychoterapeut
4. Zapoj pacientku do pracovních a tělesných aktivit – všeobecná sestra, denně
5. Sleduj pacientky verbální a neverbální projevy – všeobecná sestra, denně
6. Nauč pacientku relaxační metody na snížení úzkosti – všeobecná sestra, do 14 dní
7. Podávej léky dle ordinace lékaře, posud' efekt a proved' záznam do zdravotnické dokumentace – všeobecná sestra, dle potřeby.

Realizace:

Pacientka se v prvním týdnu seznamuje s režimem na oddělení, není si jistá, že to zvládne, je úzkostná, plačtivá, v mírné tenzi. Pacientka je motivována k léčbě. Pacientce byl poskytnut prostor k ventilaci pocitu strachu a úzkosti. Ze začátku se snaží své emoce v komunitě neprojevat, je stažená. V dalších týdnech hospitalizace se pacientka zapojuje do režimu na oddělení. Aktivně se účastní arteterapie a hiporehabilitace, které ji dle jejích vlastních slov přináší uvolnění a radost. Pacientka je obeznámena s relaxačními metodami na snížení míry úzkosti. Aktivně se účastní autogenního tréninku a progresivní svalové relaxace. Fakultativní medikaci při tenzi a úzkosti si žádá hlavně ve večerních hodinách, kdy se tak plně nezaměstná. Po podané medikaci došlo ke zmírnění úzkosti.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl se podařilo splnit částečně. Pacientka využívá relaxační metody, které ji pomáhají zmírnit napětí, stres a úzkost. Tyto metody prozatím využívá jen při vedení relaxace personálem. Stále se učí relaxace využívat při napětí. Pacientka je schopna si své emoce uvědomit a popsat. Hodnocení dlouhodobého cíle se po prvním měsíci hospitalizace podařilo splnit částečně. Pacientce se povedla úzkost zmírnit, ale i přesto ke splnění dlouhodobého cíle je nutné pokračovat v léčebném plánu, režimu.

Nespavost (00095)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 1: Spánek

Definice: Narušení množství a kvality spánku poškozující fungování.

Určující znaky:

- změny emocí
- zhoršený zdravotní stav
- potíže s usínáním
- potíže se spaním
- nedostatek energie
- nespokojenost se spánkem

Související faktory:

- úzkost
- deprese
- strach
- stresory

Priorita: Vysoká

Cíl krátkodobý: Pacientka udává kvalitní a nepřerušovaný spánek do 2 týdnů

Cíl dlouhodobý: Pacientka se necítí vyčerpaně, udává zlepšení spánku do 4 týdnů

Očekávané výsledky:

- Pacientka bude ráno dostatečně vyspalá
- Pacientka se kvalitně vyspí, necítí se unaveně

Ošetrovatelské intervence:

1. Dopřej klid a čas ke zlepšení spánku – všeobecná sestra, denně
2. Edukuj pacientku o zásadách spánkové hygieny – všeobecná sestra, do 24 hodin
3. Eliminuj rušivé elementy (světlo, hluk) – všeobecná sestra, vždy
4. Doporuč od 17.hod. nepít nápoje obsahující kofein – všeobecná sestra, do 2 dnů
5. Před spánkem vyvětrej pokoj, zajisti úpravu lůžka – všeobecná sestra, vždy
6. Aktivizuj pacientku do režimu na oddělení – všeobecná sestra, denně
7. Podej ordinaci pro nespavost dle ordinace lékaře – všeobecná sestra, dle potřeby
8. Sleduj účinky podaných léků, posud' efekt a proved' záznam do zdravotnické dokumentace – všeobecná sestra, dle potřeby
9. Zhodnot' průběh spánku, jeho kvalitu a proved' záznam do zdravotnické dokumentace – všeobecná sestra, denně

Realizace:

Pacientka již při příjmu na oddělení sdělovala zhoršené usínání a časté buzení v noci z důvodu zhoršeného psychického stavu. Pacientka byla edukována o zásadách spánkové hygieny. V pokoji bylo vždy vyvětráno a byla provedena úprava lůžka. Jelikož její spolubydlící na pokoji hlasitě „chrápe“, bylo pacientce nabídnuto využití ucpávek do uší, které by eliminovali hluk. Dále se pacientka během dne účastní terapií – hiporehabilitace, arteterapie, muzikoterapie aj. V odpoledních hodinách po aktivitách využívá procházky po areálu. Nepravidelně žádá kolem 22 hodiny o medikaci při nespavosti dle ordinace lékaře. Po podané medikaci usíná. Při pravidelných kontrolách pokojů á 2 hodiny, pacientka na příchod personálu nereaguje. Ráno se cítí se odpočatě. Všeobecná sestra zhodnotí průběh spánku a vše zaznamená do dokumentace.

Hodnocení:

Pacientka si ucpávky do uší vychvaluje. Po dvou týdnech udává výrazné zlepšení spánku. Pacientka se už necítí vyčerpaně a unaveně jako v prvních dnech hospitalizace a doma. Pacientka je ráda, že se zde pomalu resocializuje a plně se zapojuje do režimu na oddělení, díky kterému se během dne aktivizuje. Krátkodobý cíl se po 2 týdnech podařilo splnit. Dlouhodobý cíl po 1 měsíci podařilo splnit částečně.

Únava (00093)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 3: Rovnováha energie

Definice: Celkově zmáhající dlouhodobý pocit vyčerpání a snížená schopnost fyzické a duševní práce na obvyklé úrovni.

Určující znaky:

- pocity viny kvůli neplnění vlastních povinností
- zhoršená schopnost zachovat běžný denní režim
- zhoršená schopnost zachovat běžnou úroveň fyzické činnosti
- únava

Související faktory:

- úzkost
- deprese
- stresory

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: Pacientka se necítí vyčerpaně, má více energie do 2 týdnů

Cíl dlouhodobý: Pacientka dokáže s příčinami únavy pracovat do 4 týdnů

Očekávané výsledky:

- Pacientka je schopna běžného denního režimu
- Pacientka se necítí unaveně

Ošetřovatelské intervence:

1. Zapoj pacientku do režimu na oddělení – všeobecná sestra, denně
2. Motivuj pacientku k aktivní práci ve skupině – všeobecná sestra, 3x týdně

3. Vytvoř důvěryhodný, empatický vztah – všeobecná sestra, vždy
4. Zajisti prostředí zmírňující únavu (teplota) – všeobecná sestra, denně
5. Seznam pacientku s metodou fototerapie, dle indikace lékaře – všeobecná sestra
6. Vyslechni pacientku, jak sama vnímá příčiny únavy – všeobecná sestra
7. Doporuč pohovor s psychologem, lékařem – všeobecná sestra, dle potřeby

Realizace:

Pacientka se cítí se slabě, vyčerpaně. U pacientky byly sledovány známky únavy. Na začátku hospitalizace je na aktivity vyvolávána, aktivně se nezapojuje. Pacientce byl vytvořen prostor k vyjádření. Pacientka je povzbuzena k zapojení do režimu na oddělení a motivována k práci ve skupině. Dále byla seznámena dle indikace lékaře s metodou fototerapie (tuto metodu popisujeme v podkapitole psychoterapie), kterou začala využívat od druhého týdne hospitalizace každé ráno po probuzení. V dalších týdnech se účastní pracovní terapie, hiporehabilitace, arteterapie aj. Pacientka své prožitky přináší do psychoterapeutické skupiny.

Hodnocení:

Pacientka se cítí lépe, odpočatě. Pocity únavy a vyčerpanosti udává sporadicky. Pacientka i nadále využívá každé ráno po probuzení metodu fototerapie. Aktivně se zapojuje do psychoterapeutické skupiny a do režimu na oddělení. Krátkodobý cíl se podařilo splnit. Dlouhodobý cíl prozatím nesplněn, v rámci hospitalizace se pacientka stále učí s příčinami únavy pracovat.

Beznaděj (00124)

Doména 6: Sebepercepce

Třída 1: Sebepojetí

Definice: Subjektivní stav, při kterém jedinec nevidí žádné nebo jen omezené alternativy či možnosti osobní volby a není schopen zmobilizovat energii bez cizí pomoci.

Určující znaky:

- změněný vzorec spánku
- snížená chuť k jídlu
- sklíčenost ve slovním projevu (povzdechy)

Související faktory:

- chronický stres
- sociální izolace

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: Pacientka umí rozpoznat a vyjádřit své pocity, umí využít relaxační metody (dechová cvičení, progresivní svalová relaxace) do 2 týdnů

Cíl dlouhodobý: Pacientka projevuje pozitivní očekávání do budoucnosti

Očekávané výsledky:

- Pacientka je energetická
- Pacientka si osvojí způsoby, jak čelit pocitům beznaděje

Ošetřovatelské intervence:

1. Zapoj pacientku do režimu na oddělení – všeobecná sestra, denně
2. Akceptuj vyjádření pocitů vč. hněvu, beznaděje – všeobecná sestra, dle potřeby
3. Dodávej naději a dávej zpětnou vazbu – všeobecná sestra, denně
4. Zajisti klidné prostředí pro otevřenou komunikaci – všeobecná sestra, dle potřeby
5. Nauč pacientku relaxační techniky – všeobecná sestra, do 2 týdnů
6. Pacientce umožni časté návštěvy – všeobecná sestra, dle potřeby
7. Zapoj pacientku do psychoterapeutické skupiny – všeobecná sestra, 3x týdně
8. Podej anxiolytika dle ordinace lékaře, posuď efekt, proved' záznam do zdravotnické dokumentace - všeobecná sestra, dle potřeby

Realizace:

Pacientka již při příjmu cítí beznaděj, obviňuje se ze smrti své matky. Stále ji dohání minulost. Když druzí zpochybňují její pohlaví, cítí se devalvována, není dost dobrá. Ze začátku hospitalizace je pacientka spíše samotářská, tichá, své emoce projevuje jen sporadicky. Domnívá se, že její nevyjadřování emocí pramení již od dětství. Po adaptačním týdnu je pacientka podpořena k léčbě se začíná se zapojovat do režimu na oddělení. Pacientka je ve večerních hodinách v tenzi. Při úzkosti a napětí je pacientce podána fakultativní medikace – 1 tbl. Ataraxu dle ordinace lékaře. Pacientka po podané medikaci udává zlepšení. Do zdravotnické dokumentace byl proveden záznam o podání medikace a o efektu po podané medikaci. V následujícím týdnu pracuje s ventilací emocí ve skupině. Pacientka využívá psychoterapeutických aktivit, jako je hiporehabilitace, muzikoterapie, arteterapie, které ji naplňují a baví. Režim na oddělení zvládá. Pod vedením personálu zvládá využití relaxačních technik (progresivní svalová relaxace, dechová cvičení, autogenní trénink). Po prvním měsíci hospitalizace udává větší chuť do života. Do skupiny přináší zpětné vazby, ve kterých sdílí i vlastní prožitky a zkušenosti.

Hodnocení:

Pacientka dokáže rozpoznat a vyjádřit své pocity. Do psychoterapeutické skupiny se aktivně zapojuje. Při napětí a nepohody dokáže přijít za personálem, kterému popíše své emoce. Krátkodobý cíl se podařilo splnit. Pacientka se stále učí využívat relaxační metody. I přesto, že pacientka udává zlepšení a chuť do života na dlouhodobém cíli je nutné neustále pracovat v rámci hospitalizace a nadále pokračovat v intervencích.

Chronická bolest (00133)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek spojený se skutečným nebo potenciálním poškozením tkání či popsáný pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti), náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, neustávající nebo opakované bez očekávaného či předvídatelného konce a s trváním delším než 3 měsíce.

Určující znaky:

- změněná schopnost pokračovat v předchozích aktivitách
- výraz bolesti v obličeji
- vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti

Související faktory:

- chronický muskuloskeletální stav
- pohmoždění
- zlomenina

Priorita: Nízká

Cíl krátkodobý: Pacientka vyjadřuje úlevu, dosahuje tělesné pohody

Cíl dlouhodobý: U pacientky se sníží bolest na minimum

Očekávané výsledky:

- Pacientka nerušeně spí do 2 týdnů
- Pacientka vyjadřuje verbálně i neverbálně úlevu do 4 týdnů
- Pacientka zvládne stanovit stupeň bolesti dle stupnice VAS
- Pacientka udává snížení bolesti po podání analgetik do 1 hodiny

Ošetrovatelské intervence:

1. Sleduj a posuď bolest (lokalizaci, dobu trvání) – všeobecná sestra, dle potřeby
2. Pozoruj projevy bolesti – všeobecná sestra, denně
3. Podávej analgetika dle ordinace lékaře, sleduj účinky podaných analgetik, proved' záznam do zdravotnické dokumentace – všeobecná sestra, dle potřeby
4. Zajisti RHB dle OL ve spolupráci s fyzioterapeutem – všeobecná sestra
5. Uvolni pacientku z určitých aktivit, dle jejich fyzických možností – všeobecná sestra, dle stavu a potřeby

Realizace:

Pacientku už několik let trápí chronická bolest pohybového aparátu. Pacientka byla seznámena s hodnotící škálou VAS a stanovila svoji bolest na stupnici intenzitou číslo 3. Po domluvě s lékařem za pacientkou dochází každé ráno fyzioterapeutka. Pacientka cvičí na balónech, procvičuje a posiluje svaly, provádí dechová cvičení. Při bolesti pohybového aparátu si pacientka žádá medikaci při bolesti dle ordinace lékaře. Po podané medikaci udává zlepšení. Pacientka může využívat úlevy při aktivitách na oddělení. Úlevy využívá jen zřídka. Poruchy spánku se během hospitalizace výrazně zlepšily, pacientka se cítí odpočatě, udává úlevu a snížení bolesti pohybového aparátu.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl se podařilo splnit. Pacientka udává snížení bolesti pohybového aparátu a úlevu. Dlouhodobý cíl po měsíčním hodnocení nesplněn. Během hospitalizace je nezbytně nutné pokračovat v intervencích a rehabilitaci s fyzioterapeutkou.

Narušená osobní identita (00121)

Doména 6: Sebepercepce

Třída 1: Sebepojetí

Definice: Neschopnost udržet si integrované a úplné vnímání sebe sama.

Určující znaky:

- změněný obraz těla
- pocity prázdnoty
- neefektivní zvládnání zátěže

Související faktory:

- nízká sebeúcta
- změna společenské role
- psychiatrická porucha

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: Pacientka si posílí sebevědomí a sebeúctu

Cíl dlouhodobý: Pacientka je schopna akceptovat sama sebe

Očekávané výsledky:

- Pacientka je schopna plánovat do budoucna do 4 týdnů
- Pacientce se zvýší sebevědomí do 2 týdnů

Ošetrovatelské intervence:

1. Podpoř pacientku při práci na sebedůvěře – všeobecná sestra, denně
2. Zapoj pacientku do psychoterapeutické skupiny – všeobecná sestra, 3x týdně
3. Aktivizuj pacientku do zájmové činnosti – všeobecná sestra, denně
4. Zajisti klidné a bezpečné prostředí – všeobecná sestra, denně
5. Ved' pacientku k tomu, aby vyjádřila své pocity – všeobecná sestra, denně
6. Dotazuj se na pocity pacientky – všeobecná sestra, denně

Realizace:

Pacientka udává pocity osamocení, méněcennosti, nepochopení. Ráda by zde získala sebejistotu. Chce se lépe poznat a cenit si sama sebe. Komunitou je přijímána bez problémů, ostatní se k ní vztahují adekvátně. Pacientce jsou poskytnuty individuální pohovory s psychologem. Po pohovoru je pacientka zklidněná. Pacientka je schopna popsat a rozpoznat své emoce. Do psychoterapeutické skupiny přináší empatickou a podpůrnou zpětnou vazbu s motorickým neklidem. Režim na oddělení zvládá. V rámci spolusprávy získala funkci mentora, kterou svědomitě přijala. Mentor zasvěcuje nově příchozí pacienty do pravidel na oddělení, seznamuje je s denním režimem, pravidly skupiny, je průvodcem a oporou po dobu jednoho týdne od jejich nástupu na oddělení atd. Pacientka personálu přináší zpětnou vazbu: „Ve funkci se cítím užitečně, sice je to náročné, ale funkce mě naplňuje a baví.“

Hodnocení:

Pacientka si sebevědomí a sebeúctu posílila především ve funkci mentora. Celá komunita pacientku podporuje, dávají ji pozitivní zpětnou vazbu. Pacientka se cítí sebejistěji. Krátkodobý cíl se podařilo splnit. Na dlouhodobém cíli se stále pracuje v rámci hospitalizaci. Po propuštění z nemocnice je pacientce doporučeno pokračovat v individuální psychoterapii, ve které si sebeúctu a sebevědomí bude nadále posilovat.

Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 2: Aktivita/cvičení

Definice: Omezení nezávislého cíleného tělesného pohybu těla či jedné nebo více končetin.

Určující znaky:

- změna chůze
- omezený rozsah pohybu
- zpomalené pohyby

Související faktory:

- změna integrity struktury kostí
- snížení svalové síly
- muskuloskeletální poškození
- bolest

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: U pacientky je zachována funkce postižené i zdravé části těla

Cíl dlouhodobý: Pacientce se zlepší pohyblivost, koordinace

Očekávané výsledky:

- Pacientka se aktivně účastní aktivit a rehabilitace do 2 týdnů
- Pacientka umí používat pomocné prostředky do 24 hodin

Ošetrovatelské intervence:

1. Doporuč některé z aktivit, které pacientku nebudou omezovat v pohybu – všeobecná sestra, dle potřeby
2. Zajisti vhodné prostředky a pomůcky (hůl) – všeobecná sestra, denně
3. Poskytni potřebnou pomoc – všeobecná sestra, vždy
4. Zajisti u pacientky rehabilitaci dle indikace lékaře – všeobecná sestra
5. Empaticky přistupuj – všeobecná sestra, denně
6. Uvolni pacientku z některých aktivit, podle jejich fyzických možností – všeobecná sestra, dle potřeby

Realizace:

Po vážném TS skoku pacientku trápí bolest pohybového aparátu a zhoršená chůze. Po domluvě s lékařem za pacientkou dochází každé ráno fyzioterapeutka. Pacientce jsou umožněny úlevy, dle jejich fyzických možností. V případě bolesti jsou pacientce na vyžádání podány analgetika dle ordinace lékaře. Pomoc nevyžaduje.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl se podařilo splnit. Dlouhodobý cíl se zatím podařit nesplnilo.

Riziko sebevraždy (00150)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 3: Násilí

Definice: Náchylnost k život ohrožujícímu zranění způsobenému sebou samým.

Rizikové faktory:

- pokus o sebevraždu v anamnéze
- chronická bolest
- psychiatrická porucha

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: Pacientka je schopna sebekontroly, nemá myšlenky na sebevraždu

Cíl dlouhodobý: U pacientky se sníží riziko na minimum

Očekávané výsledky:

- Pacientka je schopna sebekontroly do konce hospitalizace
- Pacientka je schopna využít podpůrných systémů do 2 týdnů
- Pacientka je bez myšlenek na sebevraždu do 2 týdnů

Ošetrovatelské intervence:

1. Odstraň z dosahu pacientky nebezpečné předměty – všeobecná sestra, do 1 hodiny
2. Zajisti klidné a bezpečné prostředí – všeobecná sestra, denně
3. Pacientku aktivizuj do režimu na oddělení – všeobecná sestra, denně
4. Pacientku během dne pozoruj, proved' záznam do zdravotnické dokumentace – všeobecná sestra, denně
5. Empaticky naslouchej problémům pacientky – všeobecná sestra, dle potřeby
6. Pacientku zapoj do relaxačních terapií – všeobecná sestra, vždy
7. Podávej medikaci dle ordinace lékaře, posud' efekt a proved' záznam do zdravotnické dokumentace – všeobecná sestra, dle potřeby

Realizace:

Pacientce byli při příjmu na oddělení odebrány veškeré ostré nebezpečné předměty (žiletky, nůžky) a uloženy na sesterně. Při úvodním pohovoru pacientka popisuje myšlenky na sebevraždu, které nejsou tak silné, ale trápí ji. V anamnéze už dvakrát TS. Dle screeningu: Zhodnocení rizika sebevražedného jednání NGASR jsme vyhodnotili střední riziko. Lékař při příjmu pacientce indikuje základní dozor, samostatné vycházky v areálu a možné využití víkendových propustek. Dále je lékařem informována, že v případě, kdy se objeví akutní nebezpečí suicidia, bude přeložena na akutní uzavřené oddělení. Pacientka je srozuměna a souhlasí. S pacientkou se nám podařilo vytvořit důvěryhodný vztah. Dále pacientku povzbuzujeme k vyjádření emocí, nasloucháme, nemoralizujeme, nehodnotíme. Pacientka se ve druhém týdnu hospitalizace účastní hiporehabilitace, muzikoterapie, arteterapie, pracovní terapie a relaxací. Tyto terapie u pacientky zvyšují pocit užitečnosti a pomáhají k odvrácení sebevražedných myšlenkách. Do psychoterapeutické skupiny vstupuje s vlastními tématy. Hovořila o sebevražedných myšlenkách, které jí občas provázejí a se kterými se učí pracovat. Pacientka je edukována o možnosti individuálního pohovoru s psychologem či lékařem. Tuto nabídku pacientka využívá a je podpořena k vystupování do skupinového prostoru.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl se podařilo splnit částečně. Myšlenky na nežítí se u pacientky zmírnili, ale stále přetrvávají. Pacientka se účastní psychoterapeutických aktivit (muzikoterapie, arteterapie aj.), které jí pomáhají se cítit užitečně. Při silném napětí využívá pod vedením personálu relaxační techniky, které se učí zvládat sama. Ke splnění dlouhodobého cíle je nutné pokračovat ve stanovených intervencích a v léčebném režimu.

Riziko pádů (00155)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Definice: Náchyllost k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu, což může ohrozit zdraví.

Rizikové faktory:

- používání pomůcek (hůl)
- farmaka
- potíže s chůzí
- zhoršená mobilita
- nespavost
- poškození zraku

Priorita: Nízká

Cíl krátkodobý: U pacientky nedojde ke zranění po dobu hospitalizace

Cíl dlouhodobý: Pacientka bude bez pádu během hospitalizace

Očekávané výsledky:

- Pacientka bude bez pádů a poranění
- Prostředí pacienta je bezpečné

Ošetřovatelské intervence:

1. Odstraň možné překážky – všeobecná sestra, do 24 hodin
2. Zajisti kompenzační pomůcky (hůl) – všeobecná sestra
3. Zajisti bezpečné prostředí pro pacientku – všeobecná sestra, denně
4. Edukuj pacientku o bezpečnostním opatření ke snížení rizika pádu – všeobecná sestra, do 24 hodin

Realizace:

Pacientka chápe, že je ohrožena rizikem pádu. Pacientka je edukována o bezpečném opatření. Na procházku a při delší chůzi využívá kompenzační pomůcku hůl.

Hodnocení:

U pacientky nedošlo k pádu. Krátkodobý cíl se podařilo splnit, ale zatím přetrvává. Dlouhodobý cíl přetrvává také. Pacientka je i nadále hospitalizována.

4.8 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE

Pacientka byla dne 22.1.2018 plánovaně přijata na resocializační a terapeutické oddělení psychiatrické nemocnici pro úzkostně depresivní symptomatiku. Celkový zdravotní stav pacientky se v rámci lékařské terapie a ošetrovatelské péči výrazně zlepšil. Ošetrovatelský proces byl realizován podle modelu Marjory Gordon. Posoudili jsme celkový stav pacientky, stanovili jsme aktuální a potencionální diagnózy, které jsme následně podrobněji rozpracovali.

Hlavním cílem u pacientky bylo zmírnění **úzkosti**. Pacientka byla seznámena s relaxačními technikami, které prozatím stále využívá pod vedením personálu a učí se tyto metody a postupy osvojit tak, aby je uměla v životě uplatnit. Pacientka aktivně pracuje ve skupinové psychoterapii. Přináší zpětné vazby, ve kterých je adekvátní, sdílí vlastní prožitky i zkušenosti a ventiluje své pocity. Do režimu na oddělení se zapojuje, účastní se hiporehabilitace, muzikoterapie, arteterapie i pracovní terapie. Přesto je důležité v intervencích pokračovat v rámci léčebného režimu. Dále jsme se zabývali **nespavostí**. Spánek jsme se snažili u pacientky upravit tak, aby se ráno po probuzení cítila odpočatě a spala nepřerušovaným spánkem. Pacientka sice udává kvalitnější spánek a zlepšení ale stále si žádá medikaci pro nespavost dle ordinace lékaře. Tuto medikaci může pacientka využít do 01.00 hod. ráno. Po medikaci usíná a spí nepřerušovaným spánkem až do rána. Z tohoto důvodu stále pokračujeme ve stanovených intervencích. Pacientka dále vykazovala známky **únavy a vyčerpání**. Pacientka je aktivně zapojena do režimu na oddělení, každé ráno využívá metodu fototerapie se kterou byla seznámena na začátku hospitalizace. V rámci hospitalizace se pacientka stále učí s příčinami únavy pracovat. Další ošetrovatelskou diagnózu je **beznaděj**. Pacientka dokázala rozpoznat a vyjádřit své pocity zdravotnickému personálu. Zapojuje se do psychoterapeutických aktivit, do režimu na oddělení a aktivně se účastní relaxací. Na dlouhodobém cíli se neustále pracuje v rámci hospitalizace. Jako další diagnózu jsme rozpracovali **narušenou osobní identitu**. Pacientka se v rámci spoluprávy ve funkci mentora cítila užitečně, funkce jí naplňovala

a bavila. Při této funkci si posílila sebevědomí a byla pyšná, jak ve funkci pozitivně obstála. Na dlouhodobém cíli se v rámci hospitalizaci i nadále pracuje. Poslední aktuální diagnózy jsou **zhoršená tělesná pohyblivost a chronická bolest**. Během hospitalizace byla zajištěna rehabilitace s fyzioterapeutkou, dle indikace lékaře využívala sporadicky úlevy z aktivit dle fyzických možností a byla pacientce zajištěna kompenzační pomůcka. Důležitou stanovenou potencionální diagnózou je **riziko sebevraždy**. Hlavním cílem bylo vymizení myšlenek na sebevraždu. Díky psychoterapeutickým aktivitám se cítí být užitečná a potřebná, ale myšlenky stále přetrvávají a je potřeba v rámci hospitalizace pokračovat v léčebném režimu a ve stanovených intervencích. V průběhu hospitalizace se pacientka zapojovala do režimu na oddělení, aktivně se účastnila hiporehabilitace, muzikoterapie, arteterapie a pracovní terapie. K pacientce jsme přistupovali empaticky, citlivě. Do skupinové psychoterapie se zapojovala aktivně, přináší vlastní témata a zpětné vazby pro ostatní pacientky formou vlastních životních zkušeností. Pacientka má tendenci k černobílému vidění světa a ke stanovení nereálných cílů. Postupem času je schopná s pomocí terapeutky nahlížet na realnost plánů a vidět i varianty „mezi černou a bílou“. Z důvodu zdravotního stavu pacientky je i nadále nutné pokračovat v efektivní ošetrovatelské péči a individuálním přístupem během hospitalizace. Po propuštění z nemocnice je pacientce doporučeno navázat na intenzivní individuální psychoterapii.

4.9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Důležitou součástí bakalářské práce tvoří doporučení pro praxi. Na základě studia odborné literatury a na základě získaných zkušeností z Psychiatrické nemocnici Kosmonosy, nyní předkládáme pár námětů a doporučení, které jsou určeny pro zdravotnický personál, pacienty a jeho rodinu, ale i pro management nemocnic.

Doporučení pro zdravotnický personál:

- Především je důležité kvalitní vzdělání a zájem o obor psychiatrie.
- K pacientovi přistupovat individuálně, holisticky a empaticky.
- Mít znalosti o příznacích a léčbě této duševní poruchy.

- Spolupracovat s ostatními členy týmu v péči o pacienta.
- Seznámit se s anamnézou pacienta.
- Znat zásady edukace a při informování pacienta podle nich postupovat.
- Poskytnout pacientovi psychickou podporu.
- Navázat s pacientem důvěrný kontakt.
- Znalost klasifikace psychofarmak, nástup účinku léků a vedlejší účinky.
- Zapojit rodinné příslušníky do léčebného režimu.
- Motivovat pacientka ke spolupráci.
- Poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči.

Doporučení pro pacienty:

- Dodržovat léčebný režim.
- Pravidelně užívat předepsané léky.
- Vyvarovat se konzumace alkoholických nápojů.
- Dodržovat pravidelné kontroly u ambulantního psychiatra.
- Aktivně se účastnit psychoterapeutických aktivit.
- Nebát se otevřeně hovořit o svých problémech, obavách.
- Spolupracovat se zdravotnickým personálem.
- Dodržovat zásady zdravého životního stylu.
- Informovat se o sdružení pro péči o duševně nemocné (FOKUS).
- Vyhledat psychoterapeuta a zajistit individuální terapii.

Doporučení pro rodinu:

- Vyhledat si dostatek informací o této duševní nemoci.
- Snažit se pacienta podpořit a motivovat.

- Podílet se na péči o pacienta.
- Komunikovat se zdravotnickým personálem a pacientem.
- Nebagatelizovat náznaky o sebevraždě.
- Dodržovat s pacientem léčebný režim.

Doporučení pro management nemocnic:

- Zajistit školení zdravotnického personálu v novinkách v oboru psychiatrie.
- Zajistit podporu ve vzdělávání a seberealizace.
- Motivovat personál ke zvyšování odborných znalostí.
- Zajistit personálu workshopy pro upevnění duševního zdraví.

ZÁVĚR

Smíšená úzkostná a depresivní porucha je velmi obtížné duševní onemocnění, které nemocným významně znehodnocuje kvalitu jejich života. Nemocní se musejí vyrovnat nejen se svou nemocí, ale také se stigmatizací ve společnosti. V současné době se tato duševní porucha objevuje čím dál častěji, a proto je důležité včasné vyhledání odborné pomoci a zahájení léčby, která výrazně zlepší nemocným život. Průběh tohoto duševního onemocnění a úspěch léčby závisí především na spolupráci a motivaci pacienta. Důležitou roli v ošetrovatelské péči hraje i edukace pacienta o dodržování léčebného režimu, o abstinenci od alkoholu a návykových látek, o pravidelném užívání léků a o zdravé životosprávě. Nedílnou součástí je podpora pacienta k aktivnímu zapojení do psychoterapeutické skupiny a do nabízených aktivit jako je pracovní terapie, arteterapie, muzikoterapie, hiporehabilitace a v neposlední řadě je vhodné využití relaxačních metod např. autogenní trénink. Předpokladem k navázání důvěryhodného vztahu je empatický přístup a otevřenost k pochopení problémů.

Cílem bakalářské práce byl detailní popis ošetrovatelské péče realizované metodou ošetrovatelského procesu u pacientky s diagnózou smíšená úzkostná a depresivní porucha, přijata pro úzkostně depresivní symptomatiku. V teoretické části jsme na základě zpracované rešerše popsali dané duševní onemocnění a dále charakterizovali specifika psychiatrického ošetrovatelství. Od začátku hospitalizace jsme se u pacientky zabývali především úzkostí, nespavostí, únavou a beznadějí. Cíle ošetrovatelské péče se nám podařili splnit částečně. Pacientka se během prvního měsíce hospitalizace zapojila do všech psychoterapeutických aktivit, včetně autogenního tréninku a progresivní svalové relaxace. Díky režimu na oddělení se resocializovala, snížila pocity vyčerpání a únavy, zlepšila kvalitu spánku a získala pocity bezpečí. Psychoterapeutické postupy pacientce pomohli porozumět svým obtížím, zlepšit psychickou pohodu a ventilovat své emoce. U pacientky je nezbytné pokračovat i nadále v efektivní ošetrovatelské péči a v individuálním přístupu po celou dobu hospitalizace. Po propuštění z nemocnice je u pacientky důležité navázat na individuální psychoterapii a aplikovat naučené poznatky a dovednosti do každodenního života.

SEZNAM LITERATURY

AKRMANNOVÁ, J., 2015. Úzkost a její léčba. *Zdravotnictví a medicína*. roč. 2015, č. 10 (Sestra), s. 21. ISSN 2336-2987.

ČESKO, 2000. Zákon č. 101/2000 Sb. ze dne 4. dubna 2000, o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 32, Praha, ročník 2000. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=3420>

DUŠEK, K. a A. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4826-9.

GERLICOVÁ, M., 2014. *Muzikoterapie v praxi: příběhy muzikoterapeutických cest*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4581-7.

HERDMAN, T. H. a S. KAMITSURU, ed., 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace*. 10 vyd. Přeložila P. KUDLOVÁ. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

HOLZER, L. a S. DRLÍČKOVÁ, 2012. *Celostní muzikoterapie v institucionální výchově: metoda Lubomíra Holzera: expresivní terapeutické metody - cesta ke změně v institucionální výchově: učební texty*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-3323-3.

KANTOR, J., M. LIPSKÝ, J. WEBER a kol., 2009. *Základy muzikoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2846-9.

KRATOCHVÍL, S., 2017. *Základy psychoterapie*. 7. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-2621227-0.

LÁTALOVÁ, K., D. KAMARÁDOVÁ a J. PRAŠKO, 2015. *Suicidialita u psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4305-9.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Tabeleární část, 2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky [online], aktualizované vydání k 1.1.2018. ISBN 978-80-7472-168-7. Dostupné z: https://www.uzis.cz/system/files/mkn-tabelarni-cast_1-1-2018.pdf

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2017. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 5 dopl. vyd. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-88249-00-9.

- NEUBAUEROVÁ, K., 2007. Práce sestry na psychiatrickém oddělení. *Zdravotnictví a medicína* [online]. Říjen 2007. [cit. 2018-02-18] Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/prace-sestry-na-psychiatrickem-oddeleni-324831>
- PETR, T., MARKOVÁ, E., a kol., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1.vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.
- POLÁCH, L a kol., 2016. *Příručka duševního zdraví: 25 příběhů z psychiatrické ambulance*. 1. vyd. Bílovice: Symedis pro. ISBN 978-80-906230-0-2.
- PONECHALOVÁ, D., 2018. *Snoezelen prostředí*. [online]. [cit. 2018-01-10]. Dostupné z: <http://3lobit.sk/snoezelen/snoezelen-prostredie/co-je-snoezelen/>
- PRAŠKO, J. a kol., 2011. *Obecná psychiatrie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2570-2
- PRAŠKO, J., K. LÁTALOVÁ., A. TICHÁČKOVÁ a L. STÁRKOVÁ, 2011. *Klinická psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigis. ISBN 978-80-87323-00-7.
- Psychiatrická nemocnice Kosmonosy, 2018 [online]. *Resocializační a terapeutické oddělení K20*. [cit. 2018-01-19] Dostupné z: <http://www.plkosmonosy.cz/k20v.php>
- RABOCH, J., P. PAVLOVSKÝ a kol., 2012. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1985-9.
- RYNEŠOVÁ, P., 2011. *Když kůň léčí duši, aneb metodika hiporehabilitace zaměřená na klienty s duševním onemocněním*. Pardubice: Direkte. ISBN 978-80-260-2897-0.
- SEBEVRAŽDY, 2017. Praha: Český statistický úřad, 2017 [online] poslední úpravy 13.12.2017, [cit. 2017-12-28]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/sebevrazdy_zaj
- ŠICKOVÁ-FABRICI, J., 2016. *Základy arteterapie*. 3. rozšířené vyd. Přeložily Jana KŘÍŽOVÁ a Tereza HUBÁČKOVÁ. Praha: Portál. ISBN 9788026210436.
- TÓTHOVÁ, V., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2 aktualizované vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.
- VAVRUŠOVÁ, L., 2013. *Úzkostné poruchy*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-400-1.
- VÍCHOVÁ, V., 2016. *Autogenní trénink a autogenní terapie: relaxace, která pomáhá*. 1.vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0999-7.

VOKURKA, M., HUGO J. 2015. *Praktický slovník medicíny*. 11. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-464-7.

ZDRAVOTNICKÁ ROČENKA ČR, 2016. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. [cit. 2017-28-12] ISSN: 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2016>

PŘÍLOHY

Příloha A – Zhodnocení sebevražedného jednání NGASR.....	II
Příloha B – Relaxační místnost Snoezelen.....	III
Příloha C – Fototerapie	V
Příloha D – Režim oddělení K20	VI
Příloha E – Rozvrh denních aktivit	VII
Příloha F – Spoluspráva oddělení K20	VIII
Příloha G – Protokol ke provádění sběru podkladů.....	IX
Příloha H – Rešeršní protokol.....	X
Příloha I – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů.....	XI

Příloha A – Zhodnocení sebevražedného jednání NGASR

Tab. 7.8 Hodnocení rizika sebevražedného jednání (*Nurses Global Assessment of Suicide Risk*)

1. Beznaděj	ano (3)	ne (0)
2. Deprese a ztráta zájmu a potěšení	ano (3)	ne (0)
3. Plán spáchat sebevraždu	ano (3)	ne (0)
4. Aktuální ztráta blízkého člověka nebo rozpad vztahu	ano (3)	ne (0)
5. Sebevražedný pokus v anamnéze	ano (3)	ne (0)
6. Přítomnost stresových událostí	ano (1)	ne (0)
7. Perzekuční hlasy (kritizující, nadávající, příkazující apod.) a přesvědčení (pronásledování, ohrožování, ovlivňování na dálku)	ano (1)	ne (0)
8. Vážné duševní problémy nebo sebevražda v rodinné anamnéze	ano (1)	ne (0)
9. Varovné známky sebevražedného záměru (rozloučení, majetkové vyrovnání)	ano (1)	ne (0)
10. Psychóza v anamnéze	ano (1)	ne (0)
11. Ztráta manžela/ky nebo životního partnera	ano (1)	ne (0)
12. Znamky sociálního stažení	ano (1)	ne (0)
13. Socioekonomická strádání v anamnéze	ano (1)	ne (0)
14. Užívání alkoholu nebo jiných toxických látek v anamnéze	ano (1)	ne (0)
15. Přítomnost terminálního onemocnění	ano (1)	ne (0)

Hodnocení

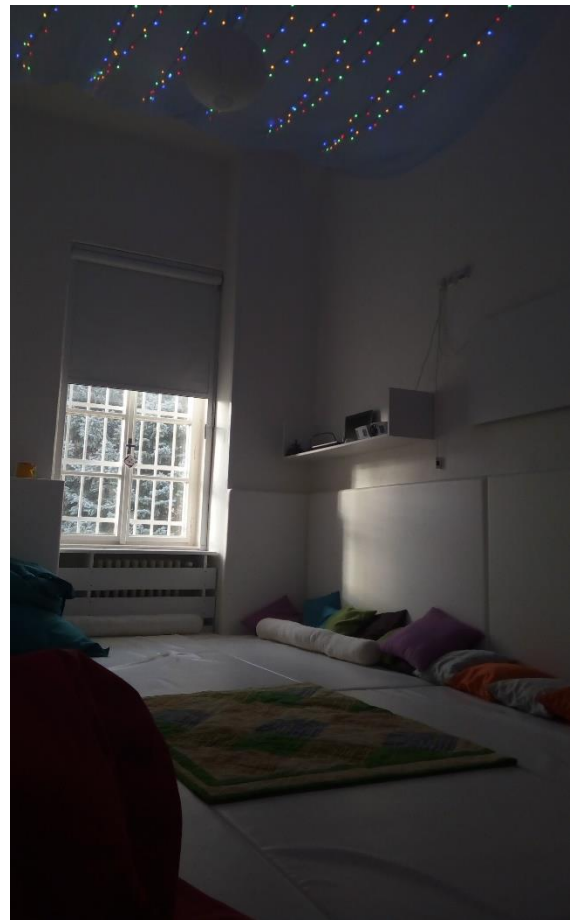
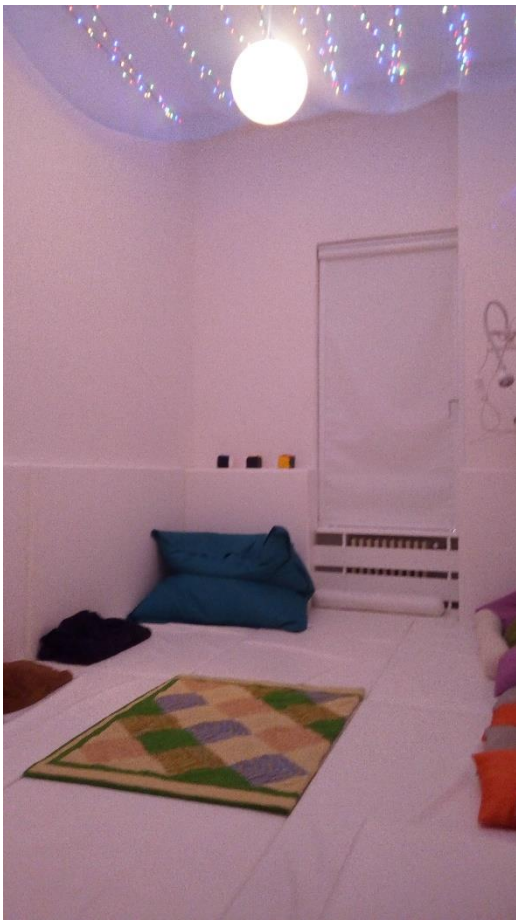
součet bodů 0–7: nízké riziko

součet bodů 8–13: střední riziko

součet bodů 14–25: vysoké riziko

Zdroj: Ošetřovatelství v psychiatrii (PETR, MARKOVÁ a kol, 2014).

Příloha B – Relaxační místnost Snoezelen





Zdroj: Foto autorka práce, 2018

Příloha C – Fototerapie



Zdroj: Foto autorka práce, 2018

Příloha D – Režim oddělení K20

REŽIM ODDĚLENÍ K 20							
od - do	PONDĚLÍ	ÚTERÝ	STŘEDA	ČTVRTEK	PÁTEK	SOBOTA	NEDELE
06:30 - 08:45	Budíček + 15min rozvážka toaleta, stání lůžek	Budíček + 15min rozvážka toaleta, stání lůžek	Budíček + 15min rozvážka toaleta, stání lůžek	Budíček + 15min rozvážka toaleta, stání lůžek	Budíček	Budíček - v 7:00	Budíček - v 7:00
07:00 - 07:15	Ránní toaleta, stání lůžek	Ránní toaleta, stání lůžek	Ránní toaleta, stání lůžek	Ránní toaleta, stání lůžek	Ránní toaleta, stání lůžek	Ránní toaleta, stání lůžek	Ránní toaleta, stání lůžek
07:20 - 07:45	Snídaně	Snídaně	Snídaně	Snídaně	Snídaně	Snídaně	Snídaně
07:45 - 08:00	Léky	Léky	Léky	Léky	Léky	Léky	Léky
08:00 - 08:30	Úklid pokojů	Úklid pokojů	Úklid pokojů	Úklid pokojů	Úklid pokojů	Úklid pokojů	Úklid pokojů
08:30 - 11:00	Prac. terapie/ind. CeT	Prac. terapie/ind. CeT	Prac. terapie/ind. CeT	Prac. terapie/ind. CeT	Prac. terapie/ind. CeT	Prac. terapie/ind. CeT	Prac. terapie/ind. CeT
08:30 - 09:00	Lékařská vizita 7:30 - 9:30	Lékařská vizita 7:30 - 9:30	Lékařská vizita 7:30 - 9:30	Lékařská vizita 7:30 - 9:30	Lékařská vizita 7:00 - 9:00	Lékařská vizita 7:00 - 9:00	Lékařská vizita 7:00 - 9:00
09:10 - 10:30	Komunita	Komunita	Komunita	Komunita	Komunita	Komunita	Komunita
09:10 - 10:30	Individ. ateliér M+Č+F 9-10,45h/3 pac. - POUZE po dohodě s MgA. Segertem	Výlet krátký dopoledne/ výlet celodenní - a 14 dní/ dlna KČV/prac.ter.	Skupinová terapie - F do 10,45h/ 3 pac. - POUZE po dohodě s MgA. Segertem	Skupinová terapie - F do 10,45h/ 3 pac. - POUZE po dohodě s MgA. Segertem	Individ. ateliér Č+F 9-10,45h/ 3 pac. - POUZE po dohodě s MgA. Segertem	Individ. ateliér Č+F 9-10,45h/ 3 pac. - POUZE po dohodě s MgA. Segertem	Individ. ateliér Č+F 9-10,45h/ 3 pac. - POUZE po dohodě s MgA. Segertem
09:10 - 10:30	Prac. terapie Č+V/ dlna K20	Individ. ateliér M+Č+F 9-10,45h/3 pac. - POUZE po dohodě s MgA. Segertem	Skupinová terapie Č+V do 14,00h	Dlna K20 práce na zahradě	Skupinová t.M.	Vycházky, individuální program	Vycházky, individuální program
10:30 - 11:00	Léky	Léky	Léky	Léky	Muzikoterapie M+Č+F - přednostní aktivita - 8:30-10:00h/15 pac.	Holky	Holky
11:00 - 11:30	Osobní volno	Osobní volno	Osobní volno	Osobní volno	Osobní volno	Osobní volno	Osobní volno
11:30 - 11:45	Oběd	Oběd	Oběd	Oběd	Oběd	Oběd	Oběd
11:45 - 12:15	Polední klid	Polední klid	Polední klid	Polední klid	Polední klid	Polední klid	Polední klid
12:15	Dlna K20 "F+M" 12,15-14,00/ 6 pac.	Skupinová terapie "F" do 14h.	Skupinová terapie "F" do 14,00h	Holky 12:15-13,30"M"	Polední klid	Polední klid, relaxace	Polední klid, relaxace
12:15	Prac. terapie zahrada	Prac. terapie zahrada	Prac. terapie zahrada	Hypoterapie "Č+V" 6pac. 12,15-14,30	Léky	Léky	Léky
12:15	CeTe "F+M" 12,15-14,45h.	Skupinová terapie "F" do 14h.	Skupinová terapie "F" do 14,00h	Dlna K20 práce na zahradě Č+V+M do 14h.	Pracovní t. "Č+V+M" do 14,00h.	Vycházky, osobní volno, návštěvy 13-17h.	Vycházky, osobní volno, návštěvy 13-17h.
12:15	Individ. ateliér M+Č+V 13-14,30h/ 3 pac. - POUZE po dohodě s MgA. Segertem	Prac. terapie zahrada	Prac. terapie zahrada	Fokus - filmy od 13-16h (přednostně modři)	CeTe "Č+V+M" do 14,15h.		
12:15 - 14:00	Relaxace - autog. trénink	Relaxace - autog. trénink	Relaxace - autog. trénink	"Woke" - bohuše opočetne v ateliéru "Č+V+M" 12,15-15,00/10pac.	Dlna K20 - od 13h do 14h.		
14:15 - 15:00	Relaxace - velovél (adapt. týden)	Relaxace - velovél (adapt. týden)	Relaxace - velovél (adapt. týden)	Relaxace - autog. trénink (přednostně modři)	Individ. ateliér M+Č+V 13-14,30h/ 3 pac. - POUZE po dohodě s MgA. Segertem		
14:15 - 15:00	Individuální program	Individuální program	Individuální program	Relaxace - autog. trénink 12-13h	13-14,30h/ 3 pac. - POUZE po dohodě s MgA. Segertem		
15:00 - 16:45	Samostatné vycházky, návštěvy	Samostatné vycházky, návštěvy	Samostatné vycházky, návštěvy	Relaxace - autog. trénink 12-13h	Samostatné vycházky, návštěvy		
17:00 - 17:30	Večeře	Večeře	Večeře	Večeře	Večeře		
17:30 - 17:45	Léky	Léky	Léky	Léky	Léky		
17:45 - 18:15	Úklid - provozní prostory	Úklid - provozní prostory	Úklid - provozní prostory	Úklid - provozní prostory	Úklid - provozní prostory		
18:15 - 19:00	Večerní komunita, členi řádu K20, práce pacientů, klub	Večerní komunita, klub	Večerní komunita, klub	Večerní komunita, klub	Večerní komunita, klub		
19:00 - 19:30	Relaxace	Relaxace	Relaxace	Večerek 19:00-20:00	Relaxace		
20:00 - 21:00	Osobní volno	Osobní volno	Osobní volno	Osobní volno	Osobní volno		
21:00 - 21:15	Večerní léky	Večerní léky	Večerní léky	Večerní léky	Večerní léky		
21:00 - 22:00	Hygiena, odevzdání deníků, osobní volno	Hygiena, odevzdání deníků, osobní volno	Hygiena, odevzdání deníků, osobní volno	Hygiena, odevzdání deníků, osobní volno	Hygiena, odevzdání deníků, osobní volno		
22:00 -	Večeřka	Večeřka	Večeřka	Večeřka	Večeřka		
22:00 - 06:30	Noční klid	Noční klid	Noční klid	Noční klid	Noční klid		
	Vycházky cca od začátku dlna od 15:00 do 14:30h						
	CeTe - Centrální terapie						

Zdroj: Psychiatrická nemocnice Kosmonosy, oddělení K20, 2018

Příloha F – Spoluspráva oddělení K20

SPOLUSPRÁVA ODDĚLENÍ K20	
PÁN/PANÍ DOMU	
TAJEMNÍK	
ANIMÁTOR	
SPORTÁK	
ZAHRADNÍK	
NÁKUPČÍ	
MENTOR	

Zdroj: Psychiatrická nemocnice Kosmonosy, oddělení K20, 2018

Příloha G – Protokol k provádění sběru podkladů

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Dušková 7, 150 00 Praha 5



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Joušková Dominika
Studijní obor	Všeobecná sestra Ročník 3BVS
Téma práce	Ošetrovatelská péče o pacienta se smíšenou úzkostnou a depresivní poruchou
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Psychiatrická nemocnice Kosmonosy
Jméno vedoucího práce	Mgr. Eva Marková, Ph.D.
Vyjadření vedoucího práce k finančnímu zařazení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zařízením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zařízením pracoviště
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím <i>Eva Marková</i> podpis
Souhlas náměsíkyne pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím <i>Simona Francová</i> podpis

Psychiatrická nemocnice
Kosmonosy
Mgr. Simona Francová
hlavní sestra

v M. BOLESLAVI dne 2.1.2018

Joušková
podpis studenta

Příloha H – Rešeršní protokol

PRŮVODNÍ LIST K REŠERŠI

Jméno: Jonášová Dominika

Název práce: Ošetrovatelská péče o pacienta se smíšenou úzkostnou a depresivní poruchou

Jazykové vymezení:

čeština, angličtina, němčina

Rešeršní strategie

Klíčová slova zadaná uživatelkou: Úzkostně depresivní porucha – Neurotické poruchy-
Psychoterapie-Ošetrovatelský proces

Deskriptory MeSH: Úzkostné poruchy – Depresivní poruchy –Úzkost – Deprese – Neurotické
poruchy -Psychoterapie-Ošetrovatelství v psychiatrii

Časové vymezení:

2008-2017

Druhy dokumentů:

KNIHY (=monografie) 4, ČLÁNKY 19 (české), 23 (zahraniční)

Základní prameny:

Katalogy knihoven systému Medvik – knihy (=monografie)

Bibliographia medica Českoslovaca (BMČ – články)

Medline (články)

Rešerši zpracovala:

Mgr. J.Hercová

Rešeršní odd. NLK Praha

Příloha I – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelská péče o pacienta se smíšenou úzkostnou a depresivní poruchou.

v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

.....

Jméno a příjmení studenta