

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S PORUCHOU OSOBNOSTI**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MICHAELA MARVANOVÁ

Praha 2018

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S PORUCHOU OSOBNOSTI**

Bakalářská práce

MICHAELA MARVANOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, PhD.

Praha 2018



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

MARVANOVÁ Michaela
3AVS

Schválení tématu bakalářské práce

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

Ošetrovatelský proces u pacienta s poruchou osobnosti

Nursing Process in a Patient with Personality Disorder

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

V Praze dne 1. listopadu 2017

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 26. 3. 2018

.....

Michaela Marvanová

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala všem, kteří se podíleli na tvorbě bakalářské práce a kteří mě při její tvorbě podporovali. Velké poděkování patří především vedoucí práce Mgr. Haně Tošnarové, PhD. za její milý a vstřícný přístup a za cenné rady, které mi poskytovala během konzultací. Dále bych poděkovala všem zaměstnancům PN Bohnice za jejich milý přístup, bez kterých by tato práce vznikala velice těžko. Také bych chtěla poděkovat své rodině za podporu, které se mi dostávalo po celou dobu studia.

ABSTRAKT

MARVANOVÁ, Michaela. *Ošetrovatelský proces u pacienta s poruchou osobnosti*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, PhD. Praha. 2018. 57 s.

Tématem práce je ošetrovatelský proces u pacienta s poruchou osobnosti. První část práce definuje základní pojem porucha osobnosti. Zabývá se klinickými projevy, rozdělujeme zde specifické poruchy osobnosti. Druhá část práce se věnuje péči o pacienty, kteří trpí touto poruchou, zabýváme se psychoterapií, přenosem a protipřenosem, farmakoterapií a také kognitivně behaviorální terapií. Třetí část je orientovaná na ošetrovatelský proces u pacienta s poruchou osobnosti. Je zde uveden případ konkrétního jedince trpící touto poruchou. Jsou popsány problémy pacienta, které jsou následně rozpracovány dle ošetrovatelských diagnóz 2015-2017 a jsou rozděleny na aktuální a potenciální diagnózy. U vybraných ošetrovatelských diagnóz je stanoven cíl ošetrovatelské péče a následně je vytvořen plán ošetrovatelských intervencí, je popsána jeho realizace a v závěru práce je vyhodnoceno splnění či nesplnění daného ošetrovatelského cíle.

Klíčová slova

Ošetrovatelský proces. Porucha osobnosti. Psychiatrická péče. Psychiatrické ošetrovatelství. Psychoterapeutické přístupy.

ABSTRACT

MARVANOVÁ, Michaela. *Nursing Process in a Patient with Personality Disorder*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Hana Tošnarová, PhD. Prague. 2018. 57 pages.

The topic of the thesis is nursing process in a patient with personality disorder. The first part of the thesis defines the basic concept of personality disorder. It deals with its clinical symptoms, specific personality disorders are classified here. The second part focuses on treatment of patients who suffer from this disorder, it is concerned with psychotherapy, transference and countertransference, pharmacotherapy and also Cognitive Behavioral Therapy. The third part is devoted to the nursing process of a patient with a personality disorder. A specific case of an individual who suffers from this disorder is introduced here. Problems of the patient are described, which are further elaborated according to the nursing diagnoses 2015-2017 and divided into current and potential diagnoses. A hypothesis of nursing care of the selected nursing care diagnoses is set and subsequently, a nursing plan of interventions is created as well its realization is described. The conclusion of the thesis contains evaluation which proves or disproves the given hypothesis.

Keywords

Nursing process. Personality disorder. Psychiatric care. Psychiatric nursing. Psychotherapeutic approaches.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD.....	13
1 PORUCHA OSOBNOSTI.....	15
1.1 KLINICKÉ PROJEVY PORUCH OSOBNOSTI	17
1.2 SPECIFICKÉ PORUCHY OSOBNOSTI.....	19
2 PÉČE O PACIENTY S PORUCHOU OSOBNOSTI	24
2.1 FARMAKOTERAPIE.....	28
2.2 PODPŮRNÁ PSYCHOTERAPIE	28
2.2.1 PŘENOS A PROTIPŘENOS PŘI PRÁCI S PACIENTEM	30
2.3 SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE	34
2.4 KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE	37
2.5 AUTOGENNÍ TRÉNINK	39
3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S PORUCHOU OSOBNOSTI	
41	
4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	66
ZÁVĚR	68
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	69
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADL	Aktivity denního života (activities of daily living)
Amp	Ampule
Atb	Antibiotika
AT	Autogenní trénink
BDI	Beckova škála depresivity, sebeposuzovací dotazník deprese
BMI	Index tělesné hmotnosti
D	Dech
Drn	Dermální
Gtt	Kapky
HCD	Horní cesty dýchací
IADL	Test instrumentálních činností denního života (instrumental activities of daily living)
Im	Intramuskulární
Inj	Injekční
KBT	Kognitivně behaviorální terapie
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
NGASR	Odhad rizika sebevraždy prováděný sestrou (Nurses Global Assessment of Suicide Risk)
P	Pulz
PN	Psychiatrická nemocnice
Tbl	Tableta
TK	Krevní tlak

TS..... Sebevražedný pokus (tentamen suicidii)

TT..... Tělesná teplota

VAS..... Vizuální analogová škála k hodnocení bolesti

(HUGO, VOKURKA, FIDLEROVÁ a kol., 2016)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Abúzus – nadměrné užívání

Adnexa – přídavné orgány kůže

Antalgická poloha – působící proti bolesti

Antidepresiva – skupina léků, která se využívá k léčení deprese

Antiepileptika – léky užívané k léčbě epilepsie

Antipsychotika – skupina léků užívaných k léčbě psychóz

Anxieta – úzkost

Apatie – snížení citové reaktivity

Arteterapie – léčba výtvarným uměním

Arteria radialis – vřetenní tepna

Artroskopie – endoskopické vyšetření umožňující prohlédnutí vnitřku kloubu

Autogenní trénink – metoda psychoterapie, která navodí pocit uvolnění

Bradypsychismus – duševně zpomalený

Dekompenzace – zhoršení příznaků nemoci

Deprese – duševní stav vyznačující se nadmírou smutku, snížení, pokles

Diagnóza – rozeznání nemoci

Empatie – vcítění se

Fakultativní - výběrový

Hypobulie – snížená vůle

Izokorické – normální stav, kdy zornice obou očí mají stejnou velikost

Kognitivně-behaviorální terapie – psychoterapeutický systém, nácvik myšlení

Komplementární – doplňkový

Lucidní – jasný

Menarche – první menstruační krvácení

Mononukleóza – infekční onemocnění

Monoterapie – léčba jedním způsobem

Nauzea – nevolnost

Neguje – popírá

Normotenze – normální tlak

Observace – pozorování

Palpace – vyšetření pohmatem

Per os – skrz ústa

Peristaltika – vlnovitý pohyb dutých orgánů

Predispozice – stav usnadňující vznik určité poruchy

Prenatální fáze – před narozením

Prognóza – předpověď průběhu nemoci

Psychofarmaka – léky ovlivňující duševní funkce

Psychoterapie – léčba psychologickými prostředky

Reflux – zpětný tok tekutiny

Reoperace – opakovaná operace

Suicidialita – sebevražednost

Stigmatizace – znak

Temperament – soubor duševních vlastností člověka

Testosteron – mužský pohlavní hormon

Turgor – napětí kůže dané jejím naplněním tekutinou

(VOKURKA, HUGO, 2015)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Trvalá psychiatrická medikace.....	44
Tabulka 2 Fakultativní psychiatrická medikace.....	44

ÚVOD

Jedinečnost osoby každého z nás formují naše životní zkušenosti, zejména ty, které se nám stávali často. Osobnost člověka také vytváří dědičnost a sociální zázemí. Nikdo není stejný a každý člověk hodnotí životní situace a sám sebe jinak. Rysy člověka jsou individuální a ovlivňují nás celý život a celou naši budoucnost (PRAŠKO, LÁTALOVÁ et al., 2013).

Lidé trpící psychiatrickým onemocněním jsou často laiky odsunováni na druhou kolej. Nazývají je blázny zkrátka někým, kdo není podle nich normální, a proto jsme zvolili téma, které se týká poruchy osobnosti, aby i laikové měli povědomí o tomto psychiatrickém onemocnění.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí – z teoretické a praktické části.

Cílem teoretické části práce je seznámit čtenáře s onemocněním porucha osobnosti. Práce se věnuje základním pojmům, které se týkají poruchy osobnosti, výskytu nemoci, jejím příčinám, klinickým projevům, specifických poruch osobnosti, protipřenosu ze strany zdravotníků, přenosu ze strany pacientů, psychiatrické péči a také se práce věnuje léčbě.

Cílem praktické části práce je ošetrovatelský proces u pacienta s poruchou osobnosti. To zahrnuje rozpracování ošetrovatelských diagnóz dle NANDA I taxonomie II. Dále také vytvořit přehled ošetrovatelské péče o pacienta, který trpí tímto onemocněním.

Vstupní literatura:

NANDA INTERNATIONAL, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. 1. české vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2017. *Skripta k předmětům Výzkum o ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci: text pro posluchače zdravotnických oborů*. 4. doplněné vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-905728-1-2.13

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

PRAŠKO, Ján a kol., 2015. *Poruchy osobnosti*. 3. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0900-3.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0225-7.

Popis rešeršní strategie

V první fázi vyhledávání byla vymezena a definována klíčová slova v českém jazyce ošetrovatelský proces, porucha osobnosti, psychiatrická péče, psychiatrické ošetrovatelství, psychoterapeutické přístupy. Vyhledávání odborné literatury, která byla následně použita pro vypracování práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s poruchou osobnosti, proběhlo v období říjen 2017 až prosinec 2017. Časové vymezení bylo zvoleno od roku 2008 po současnost. Rešerše byla zpracována ve spolupráci s knihovnou Vysoké školy zdravotnické, o. p. s. v Praze. Použity také byly elektronické databáze Jednotná informační brána, katalog Národní lékařské knihovny, Souborný katalog ČR, Databáze vysokoškolských kvalifikačních prací. Pomocí rešerše bylo dohledáno 18 knih, 3 vysokoškolské kvalifikační práce a 17 ostatních. Rešerše byla vyhotovena 2. 10. 2017.

1 PORUCHA OSOBNOSTI

Pro porozumění pojmu „osobnost“ je třeba vymezit základní pojmy, které s touto problematikou souvisejí. Řadíme sem pojem osobnost, kterou můžeme chápat jako souhrn veškerých duševních a tělesných vlastností člověka. Osobnost člověka se tvoří v průběhu celého našeho života, a to hlavně v dětství a v dospívání. Tvoří se v každém věku, ale vždy je potřebné, aby se vývoj osobnosti ubíral tím správným směrem a mohl tak vzniknout adaptivní jedinec. Tento děj je někdy ovlivněn psychickými poruchami, a proto účel komplexní psychiatrické péče je, aby vývoj osobnosti probíhal tím správným směrem. Pokud se objeví nějaká porucha, je důležité, aby byla včas diagnostikována a léčena (CAKIRPALOGLU, 2012), (KUČEROVÁ, 2013).

Dále do základních pojmů patří struktura osobnosti, kterou můžeme uspořádat do jednotlivých subsystémů. Řadíme sem schopnosti člověka, jeho temperament, charakterové vlastnosti, rysy osobnosti a v neposlední řadě i zájmy, hodnoty a postoje. Schopnosti můžeme chápat jako individuální vlastnosti, které jsou důležité pro úspěšné vykonání více činností. Každý člověk je individualita a podle toho se vyrovnává s určitými úkoly a s řešením problémů. Schopnosti dělíme na vlohy (vrozený základ), nadání (souhrn schopností), talent (rozvinuté nadání) a genialita (mimořádně talentovaný). Jako další subsystém jsou temperamentové vlastnosti člověka. Původ slova temperament pochází z latinského „tempere“ což znamená mísit (vytvářet určité poměry). Můžeme ho chápat jako dynamické vlastnosti člověka. Temperament je blízce spojen s neuropsychickými kvalitami funkcí nervové soustavy, které jsou dědičné, na rozdíl od charakterových vlastností, které získáváme v průběhu života. Charakter ve smyslu morálním vyjadřuje rychlost člověka jednat dle etických principů. Charakter monitoruje a ovlivňuje lidské chování podle morálních norem a požadavků a je z velké části ovlivněn sociálním prostředím stejně jako rysy osobnosti, které jsou ovlivněny také výchovou našich rodičů a jsou také dány predispozičně. Do struktury osobnosti dále řadíme zájmy, které jsou trvalejší. Jsou to pozitivní vztahy člověka k předmětům či činnostem. Mohli bychom jmenovat profesní zájmy, což je zájem o vědu nebo tělesné práce, mimoprofesionální zájmy, kam patří dobrodružství a příroda, oceňovací zájmy, kam jednoznačně patří kulturní či estetické zájmy. Aby se dalo hovořit o zájmu musí člověk tomu věnovat značné úsilí, čas, finance a ochotu podstoupit riziko. Další podstatnou složkou struktury osobnosti jsou hodnoty a ty můžeme chápat jako snahovou tendenci člověka a atraktivitu

směřovaného cíle. Hodnoty tvoří náš životní program a během našeho vývoje se hodnoty mění. Někteří z nás touží po moci, jiní po majetku, pozici či vědění. Jako poslední pojem, který řadíme do struktury osobnosti jsou postoje. Ty představují pohotovost reagovat určitým způsobem. Postoje rozdělujeme do tří skupin, a to kognitivní rozměr (vztahuje se k myšlenkám), emocionální rozměr (co osoba cítí) a konativní rozměr (vztahuje se k jednání k předmětu postoje). I v této oblasti uspořádání osobnosti může docházet k méně závažným poruchám (FARKOVÁ, 2008).

Porucha osobnosti

Je definována jako určitý, trvalý a těžko ovlivnitelný vzorec osobnostních rysů, které se odlišují od aktuální sociokulturní normy (VÁGNEROVÁ, 2012, s. 513).

Onemocněním dnes označovaném jako porucha osobnosti se začali psychiatři zabývat až v druhé polovině 19. století. Jako první, kdo pojmenoval poruchu osobnosti byl Koch v roce 1888 a do té doby ji nazývali psychopatií. Koch ji definoval jako nedostačivost. O 110 let později se jí začal věnovat německý psychiatr Schneider. Od té doby byla nahrazena psychopatie poruchou osobnosti (VÁGNEROVÁ, 2012).

Porucha osobnosti je zapříčiněná nevyvážeností mezi temperamentem a charakterem člověka. Temperament je vrozený a můžeme zde zařadit genetické nebo biologické faktory jako je např. zánět mozku a tohle člověk ovlivnit moc nedokáže. Naopak u charakteru člověka velice záleží na rodinných, kulturních a sociálních vlivech, které mají vliv na rozvoj jedince. Predispozice ke vzniku poruchy osobnosti je dána dědičností, kde má vliv genetika. Dále pak biologickou podmíněností, průběh prenatální fáze a vnějšími vlivy. V prenatální fázi může dojít k narušení mozku, a to má za následek poruchu osobnosti. Matka by se měla vyhnout stresovým faktorům, protože ty také přispívají k poruchám. Mezi vnější vlivy bychom mohli zařadit výchovu jedince, v jakém prostředí vyrůstá, v jaké sociální sféře se pohybuje a zda neprožil psychotraumatickou životní událost (PRAŠKO, LÁTALOVÁ et al., 2013), (VÁGNEROVÁ, 2012).

Porucha osobnosti postihuje okolo 3-13 % populace. Suicidialita je vysoká především u narcistické, asociální, histriónské či hraniční poruchy osobnosti (LÁTALOVÁ, KAMARÁDOVÁ, PRAŠKO, 2015).

1.1 KLINICKÉ PROJEVY PORUCH OSOBNOSTI

Pro poruchy osobnosti je typické celé spektrum klinických projevů a jejich kombinací, mezi které patří:

Odlíšnost kognitivních funkcí, kterou se projevují lidé, kteří mají poruchu osobnosti. Mají změněné chování, avšak nejde o sníženou inteligenci, ale jiný způsob uvažování a vyhodnocování určitých situací. Neadekvátně posuzují sami sebe, své okolí, což se váže s jejich očekáváním. Nedokáží čerpat informace ze svého okolí a adekvátně na ně reagovat. Mohou danou situaci chápat velice dobře, ale nedokáží na ní standardním způsobem reagovat. Nejsou schopni se poučit z vlastních chyb, které vedly k nepříznivým důsledkům a nemají ani motivaci k tomu. Při výskytu poruchy osobnosti může trpět sám pacient, jeho rodina a okolí (OREL a kol., 2016), (VÁGNEROVÁ, 2012).

Emoční prožívání jedince, kteří jsou emočně nevyrovnaní a jejich pocity k sobě samému a jejich okolí jsou zřetelně odlišné. Např. u lidí s paranoidní poruchou osobnosti je typickým znakem zvýšená citlivost k určitým podnětům. U narcistické či histriónské poruchy osobnosti se projevuje lhostejnost k emocím ostatních lidí. Pro lidi s disociální poruchou je typická mrzutá nálada. Emoční prožívání u každého jednotlivce je jiné a může být utlumené či akcentované. Pro schizoidní poruchu je typické utlumené chování a tzv. emoční stažení, a naopak pro histriónskou poruchu je typické nápadné chování osob (VÁGNEROVÁ, 2012).

Poruchy chování projevující se při onemocnění porucha osobnosti. Každý z nás je jiný, každý hodnotíme sám sebe i své okolí dle našeho úsudku, ale lidé s poruchami osobnosti mají většinou nepřizpůsobivé chování. To se projevuje nerespektováním sociálních norem a mají nápadné chování, což je společensky nepřijatelné. Mohou si např. vymáhat co chtějí, ale vymáhají si to vždy agresivním či bezohledným chováním, ale na druhé straně mohou být i pasivní. Jejich reakce jsou nepřiměřené aktuální situaci. Neradí se někomu přizpůsobují ať už kvůli své lhostejnosti či zranitelnosti. Jsou obtížnými partnery, a proto si nedokáží udržet dlouhodobý vztah z důvodu závislosti na druhé osobě nebo i žárlivosti. Mají sklony k excesům nebo také kriminalitě (PRAŠKO, LÁTALOVÁ et al., 2013), (VÁGNEROVÁ, 2012).

Mezi další klinické projevy patří změny poruchy osobnosti a můžeme je rozdělit do tří skupin. Jako první to mohou být např. organicky získané změny, které se ještě dělí na hyperlabilní a hyperstabilní poruchy. Příčinou těchto změn je poškození mozku, a to buď úrazem, otravou, zánětlivým onemocněním či důsledek dlouhodobého užívání drog nebo alkoholu. Lokalizace těchto postižení se ne vždy podaří přesně určit. Ze základních symptomů bývá změna v reagování a přeměna našeho životního tempa. V emočním prožívání se mohou objevit kolísavé nálady jako třeba výbušnost. Mezi změny kognitivních funkcí patří porucha pozornosti. Uvažování může být zpomalené a jejich kritičnost nebývá dostatečná. Mohou mít problémy i v oblasti učení. Pro hyperlabilní typ je charakteristická ztráta zábrán, která je jedním z projevů našeho intelektu. Jsou výbušní a nedokáží se ovládat. Naopak u hyperstabilního typu je zdroj problémů v jejich neschopnosti a zpomalenosti. Touto změnou osobnosti trpěl římský císař Caligula, který prodělal zánětlivé onemocnění mozku a poté začal být agresivní a vyžadoval od ostatních, aby jej nadměru uctívali. Kdo odporoval, byl zavražděn. Do druhé skupiny můžeme zařadit změny osobnosti jako důsledek psychiatrického onemocnění. Tyto změny nastávají po prodělení psychiatrické nemoci, ale také to souvisí se subjektivním postojem ke své nemoci. Často dochází k narušenému emočnímu prožívání, někdy až k úplné apatii. Může docházet ke zpomalenosti a k celkovému snížení intelektu. V sociálním uplatnění to je velice strohé, pacienti začnou být bez energie, jsou pasivní, nejsou atraktivní pro své okolí a ani o to nestojí. Sociální kontakt je omezen a nemocní nechtějí navazovat a udržet si své sociální kontakty. Do poslední skupiny změn patří posttraumatické změny, které byly vyvolány psychickou traumatizací nebo dlouhodobému vystavení se stresu. Emoční prožívání je deformováno a pacient trpí nadměrným strachem z dalšího ohrožení. Trpí nejistotou a má podezřívavý postoj k životu (PRAŠKO a kol., 2015), (VÁGNEROVÁ, 2012).

1.2 SPECIFICKÉ PORUCHY OSOBNOSTI

Podle MKN-10 můžeme rozdělit primární typy poruch osobnosti:

1. Paranoidní porucha osobnosti

Tato porucha osobnosti se vyznačuje nadměrnou přecitlivělostí vůči své vlastní osobě a velkou nedůvěrou k ostatním lidem. U pacientů trpících touto poruchou převládají nepříjemné pocity, podrážděnost, napětí, které je spojené s neustálou nedůvěrou k jiným lidem. Tito lidé jsou vztahovační a prožívají pocity ohrožení, a proto mají dojem, že je zapotřebí mít vše pod kontrolou. Nedokáží se radovat a prožívat pocit uvolnění. Jednotlivci často podléhají žárlivosti a závisti. Velmi často vynakládají úsilí v hledání důkazů, které by usvědčily jejich podezřívavost. Jako podezřívavou myšlenku můžeme chápat člověka, který když půjde po ulici kolem skupinky lidí, která se zasměje ve chvíli kdy on projde a v jeho hlavě se bude odehrávat obava, že se smějí jemu. Další takovou myšlenkou může být pocit, že mě v práci všichni nenávidí. Patří sem také opakované podezírání partnera z nevěry. Výskyt této poruchy je 0,5-2,5 % populace (FREEMAN D., FREEMAN J., GARETY, 2015), (VÁGNEROVÁ, 2012).

2. Schizoidní porucha osobnosti

Lidé s touto poruchou osobnosti se nezajímají o svět kolem sebe a vyznačují se velkou mírou introvertnosti. Nedokáží projevit jakékoli emoci a jsou až chladní a odtažití. Prožívají odstup od ostatních lidí a neumí prožívat pocity lásky či něhy, což je překážkou pro dlouhodobý partnerský vztah. Jeví menší zájem o sexuální zážitky oproti jiným lidem stejného věku. Co se týče profesního života, tito lidé nechtějí pracovat v týmu, a tak se věnují individuálním činnostem. Schizoidní rysy se projevují už od dětství a to proto, že měli nepřístupné či tvrdé rodiče. Každé dítě chce být tím nejlepším pro své rodiče a jsou schopny udělat vše proto, aby si jich rodiče všimli. Pokud rodiče vyzařují negaci, dítě to pozná a prožívá strach. Tato porucha se vyskytuje u 2,5-7,5 % populace (PRAŠKO, LÁTALOVÁ et al., 2013), (RÖHR, 2009).

3. Disociální (asociální) porucha osobnosti

Disociální porucha osobnosti je spíše typická pro muže. Dá se to vysvětlit větší mírou testosteronu. Mají potíže už od dětství s dodržováním určitých pravidel naší společnosti či dodržování daného řádu. Mezi typické projevy se může řadit záškoláctví, drobné krádeže, rvačky, šikana slabších jedinců či přestupky. Mají nedostatek zodpovědnosti a trpí nedostatkem cítění vůči ostatním lidem. Nedokáží respektovat pravidla a špatně ovládají agresivitu. Jedinci s touto poruchou osobnosti se vyznačují ojedinělým šarmem, inteligencí, avšak absencí spolehlivosti. Velká část trpící disociální poruchou osobnosti nedokáží žít na svobodě, protože nejsou schopni dodržovat zákony, a proto velkou část svého života prožijí ve vězení. V České republice se uvádí 75 % případů ve vězeňské populaci. Tito lidé jsou nestálí a mají tendence lhát a podvádět. Disociální porucha osobnosti postihuje 3-5 % mužů a 1 % žen (LÁTALOVÁ, 2013), (OREL a kol., 2016).

4. Emočně nestabilní porucha osobnosti

Osoby postiženy emočně nestabilní poruchou se vyznačují psychickou nestálostí a nedokáží ovládat své chování. Rozdělujeme je na dvě skupiny: impulzivní typ emočně nestabilní poruchy osobnosti a hraniční typ emočně nestabilní poruchy osobnosti. Impulzivní typ se vyznačuje svou impulzivitou a emoční nestabilitou. Jedinci s tímto typem poruchy nedokáží regulovat své emoce. Nejsou schopni myslet na budoucnost a nést následky svého počínání. Nedovedou zvládat role dospělého, který by měl nést odpovědnost za své konání. Bývají promiskuitní, a proto si neudrží dlouhodobé vztahy, a to vede nejdříve ke konfliktům a postupnému odmítání. Hraniční porucha osobnosti se vyznačuje pro svou nápaditost ve svém chování. Pacienti vyžadují neustálou pomoc a mají problémy s udržením hranice mezi sebou a terapeutem či jinými lidmi. Lidé s hraniční poruchou neradi dodržují pravidla a to např. v supermarketu, kde člověk musí vystát frontu a chce to trochu adaptace. Dále se vyznačují sebevražednými výhrůzkami, sebepoškozováním, jako např. bušení hlavou do zdi, pálení se cigaretou apod. Tato porucha se vyskytuje u 1-2 % populace (GRAMBAL, PRAŠKO, KASALOVÁ, 2017), (RÖHR, 2012).

5. Histriónská porucha osobnosti

Lidé trpící touto poruchou vztahují veškerou pozornost na sebe a jsou rádi nápadní. Jsou emočně labilní, prožívají výkyvy nálad, a to se projeví na jejich chování. Pro nadměrnou míru vzrušení, co prožívají se jejich pocity potýkají neustále s nespokojeností. Mají potřebu být neustále oceňováni. Pacienti s histriónskou poruchou dokáží velmi dobře intrikovat a rozvrátit vztahy na pracovišti, i přesto, že jsou velice lehce ovlivnitelní. Pokud potkáme člověka s touto poruchou můžeme se domnívat na první pohled, že jde o zábavného a okouzlujícího jedince, který ale po chvíli začne být obtížný. Častěji se histriónská porucha objevuje u žen, které se chovají svůdně a koketně. V sexuálním životě jsou neustále nespokojeni se svým protějškem a dokáží tak rozvrátit své, dokonce i cizí manželství. Zastoupení u této poruchy je 1,4-3 % (PRAŠKO, LÁTALOVÁ et al., 2013), (VÁGNEROVÁ, 2012).

6. Anankastická (obsedantně-kompulzivní) porucha osobnosti

Typickou vlastností lidí, kteří jsou postiženi touto poruchou je potřeba mít vše pod kontrolou a neumí se moc rozhodovat. Bývají puntičkáři, spolehliví a disciplinovaní. Mezi povahové rysy bychom mohli dále zařadit pedanterii, sklony k perfekcionismu a detailismu. Při změnách prožívají negaci, úzkost či vztek. Zabývají se nepodstatnými detaily, a proto jim mohou unikat souvislosti. Svou pečlivostí se snaží zabránit negativnímu hodnocení jiných lidí, protože na názorech ostatních lidí jim velmi záleží, i když mají pesimistická očekávání. Nedovedou tolerovat lidskou slabost, protože od ostatních lidí očekávají totéž, co od sebe, a proto nejsou moc oblíbeni v pracovním kolektivu. Tito lidé nepatří mezi oblíbené pacienty, protože díky svému perfekcionismu a nedůvěřivosti mohou odmítat názory lékaře. Tato porucha se vyskytuje v rozmezí 1,7-6,4 % populace (PAPEŽOVÁ a kol., 2014), (VÁGNEROVÁ, 2012).

7. Anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti

Mezi základní rysy této poruchy patří nadměrné a nekontrolovatelné obavy, které doprovázejí i fyziologické příznaky jako je vegetativní podráždění břicha či hrudníku. Poznali bychom to i na povrchovém dýchání nebo na chůzi, protože jejich pohyb doprovází tzv. sešňěrovanost bez přítomnosti volnosti. Rádi zveličují hrozící nebezpečí. Lidé s touto poruchou stojí o vážné vztahy, ale i přesto zůstávají většinou sami. Jsou plaší,

vyhýbají se spoustě aktivit a prožívají pesimistické obavy (KAST, 2012), (OCISKOVÁ, PRAŠKO, 2017).

8. Závislá porucha osobnosti

Charakteristickým znakem této poruchy je nadměrná závislost na jiném člověku, strach z osamostatnění se a hrůza z opuštění. Osoby potřebují někoho, kdo by jim neustále říkal, co a jak mají dělat a pokud takového člověka nemají ztrácejí orientaci. Tito pacienti mají velkou obavu z důsledků jejich chování, a proto si kladou otázky bylo to dobře nebo špatně? Partnerské vztahy jsou díky jejich citové závislosti velice složité, protože se často stávají týranými či odmítavými osobami. Jsou schopni se vzdát svých koníčků, přání jen pro uspokojení toho druhého z obav ztráty milované osoby. Takový člověk chce být milován, ale neví, co znamená mít rád sám sebe. Vždy zapomenou na své přátele, rodinu a blízké a zdá se, že jejich osobní život jako by zmizel (DEETJENS, 2014), (RÖHR, 2011).

9. Narcistická porucha osobnosti

Narcistická porucha osobnosti je porucha sebehodnocení a porucha pocitu vlastní hodnoty, bývají přecitlivělí a zranitelní. Mají sklon k přeceňování se a považují se za jedinečné. Myslí si, že pro ně platí jiná, privilegovaná, pravidla než pro ostatní. Typické pro narcistickou poruchu jsou představy o svých předpokladech jako je krása nebo intelekt. Nedokáží přijmout názor někoho jiného a domnívají se, že jejich názor je ten správný. Jsou zvyklí od druhých lidí jen brát, ale nic neoplácejí. Možná proto jejich vztahy nevydrží dlouho, protože pro jejich protějšek nejsou uspokojiví a k navázání hlubších vztahů většinou nedojde. Nedokáží přijmout žádnou kritiku, protože jejich obranný mechanismus není schopen přijmout žádné chyby či možnost selhání. Tito lidé mohou mít kouzlo osobnosti, můžeme z nich cítit sebejistotu a pocit, že mohou dosáhnout i výjimečného společenského postavení a mohli by za nás vyřešit naše problémy jako byl např. Adolf Hitler. Narcistická porucha je zastoupena méně než 1 % (RÖHR, 2016), (VÁGNEROVÁ, 2012).

10. Pasivně-agresivní (negativistická) porucha osobnosti

Tito lidé mají vlohy vzdorovat povinnostem či jiným lidem. Jsou neustále kritičtí k ostatním lidem, neustále nespokojeni a zlostní. V práci se snaží vše oddálit a pak dochází k sabotování skupinové práce, protože oni nestihli splnit zadaný úkol. Nechtějí

přijímat autority a často je v zákulisí pomlouvají. Většinou mají mrzutou nebo podrážděnou náladu (PRAŠKO, LÁTALOVÁ et al., 2013), (VÁGNEROVÁ, 2012).

Dále pak můžeme poruchy osobnosti rozdělit na smíšené a jiné poruchy osobnosti pro něž je typické více diagnostických kategorií. Můžeme sem zařadit poruchy osobnosti, které jsou velice často diagnostikovány, protože neprojevují specifický vzorec příznaků. Lidé postižení tímto druhem poruchy snadno rozvinou úzkost, depresi nebo také nespavost, což jsou další rizikové faktory a ty zvyšují hrozbu suicidia (LÁTALOVÁ, KAMARÁDOVÁ, PRAŠKO, 2015), (PRAŠKO, LÁTALOVÁ et al., 2013).

Do poslední skupiny rozdělení poruch osobnosti řadíme přetrvávající změny osobnosti, které nelze přisoudit poškození mozku. Jsou to poruchy, které se rozvinuly bez předchozí poruchy osobnosti. Do této kategorie patří přetrvávající změny osobnosti po katastrofické zkušenosti, což jsou lidé, kteří zažili např. koncentrační tábor, mučení, katastrofy, vliv násilí, zajetí či terorismus, a protože jsou tohle velice extrémní situace, tak je lidské tělo vystaveno velkému stresu. Jedinci se změnil postoj k sobě samému či okolí a změnil se také myšlení. Dále se do kategorie řadí přetrvávající změny po psychiatrickém onemocnění. Jsou to změny osobnosti, které trvají alespoň dva roky a dají se přičíst k proděláním těžké psychické nemoci (GUNDERSON, LINKS, 2008), (PRAŠKO, LÁTALOVÁ et al., 2013).

Porucha osobnosti je ve většině případů stálého charakteru. Vzniká už v raném dětství. Ve školním věku můžeme pozorovat odlišnost od ostatních dětí např. uzavřeností nebo bezohledností, a to může způsobovat hádky mezi školou a rodiči. S dospíváním jedince rostou i konflikty, protože se od dospívajícího člověka očekává určité respektování pravidel, což tihle lidé nedokáží. Prognóza u těchto pacientů nebývá příliš dobrá, i když v určitých případech může dojít k úpravě. K tomuto zlepšení přispívá léčba a také vývoj jedince, který je spojen s průběhem stárnutí (PRAŠKO a kol., 2015), (VÁGNEROVÁ, 2012).

2 PÉČE O PACIENTY S PORUCHOU OSOBNOSTI

Přístup k psychicky nemocným lidem si prošel velice dlouhým vývojem z hlediska medicínského, ale také i z pohledů laiků k duševně nemocným. První poznámky o duševně nemocných můžeme najít již ve starém Egyptě, což je 15. století před našim letopočtem, ale také v Babylonii. Duševní choroby byly vysvětlovány, že je v těle nemocného zlý démon, a proto bylo zapotřebí ho vyhnat z těla za pomoci různých obřadů a nošení amuletů. Jako další léčba byla psychofarmakologie v podobě různých bylin a přírodních produktů např. konopí, plody kaktusů a mnoho jiných, ty navozovaly změnu psychiky, které byly považovány za prospěšné (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014).

Nyní se přesuneme do antického Řecka, kde hlavními léčiteli duševních chorob byli kněží, kteří se také snažili z těla nemocného vyhnat demony. Výrazně jiný pohled na duševně nemocné přinesl velice známý filozof Pythagoras, který věděl, že duševní nemoci jsou onemocnění mozku. Nejvýznamnějším řeckým lékařem byl bezpochyby Hippokrates, který se snažil odpoutat od mystického pojetí a kladl důraz především na klinické pozorování a snažil se příčinu psychického onemocnění vysvětlit materialisticky. Tehdejší společnost pohlížela na duševně nemocné velice negativně, domnívali se, že jsou pod vlivem zlých duchů a že musejí být zavírání a izolování od normálních lidí, aby je neobtěžovali (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014).

V 15. století města zřizovala první azyly pro nemocné a první takové zřízení bylo při nemocnici v Bethlemu nedaleko Londýna v roce 1403. Rozvoj azylů pro duševně nemocné přinesl i sociálně právní ochranu pro nemocné. Do této doby byli nemocní vnímáni jako nebezpeční, byli odsunováni na kraje měst a v nejtěžších případech byli i kamenováni. O duševně nemocné se musela starat rodina, která musela nemocné držet doma z bezpečnostních důvodů a pokud péči o nemocného nezvládala, teprve potom jej mohla dát do městského vězení. Toto myšlení bylo výrazným posunem v péči o duševně nemocné. Postupem času přibývalo lékařů a názorů, které zdůrazňovaly mírné zacházení s nemocnými. Duševně nemocní se léčili hladovkami, žízněním, podáváním dávidel či projímadel, vystavováním se psychicky náročným zážitkům, jako bylo např. vhození do vody a tyto metody léčby vedly ke spoustě tragédií. Až koncem 18. století byl definitivní ústup veškeré démonologie a začínaly se vytvářet vhodné podmínky pro duševně nemocné (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014).

V Čechách započal vývoj o duševně nemocné v 18. století, kdy byli duševně nemocní zavíráni do vězení a byli odsuzováni za své chování a činy, i když za jejich počínání mohla nemoc. Klidní pacienti byli umístěni do klášterních nemocnic, kde se snažili z nich vymýtit ďábla či jiné zlo, ostatní byli vězněni. V roce 1783 císař Josef II. nařídil zřízení oddělení pro duševně nemocné lidi, a to hlavně kněze. Toto oddělení bylo zřízeno v Praze při nemocnici milosrdných bratří. V roce 1789 byl na Karlově zřízen chorobinec pro jedince, kteří byli klidní a tichý. Josef II. se zasloužil o zřízení všeobecné nemocnice na Karlově náměstí, kde také vznikl samostatný ústav pro duševně nemocné, což znamenalo rozvoj psychiatrie jako samostatného lékařského oboru. V letech 1826 byl zakoupen klášter u sv. Kateřiny, jejíž budova mohla pojmout až 260 nemocných, což se později ukázalo jako nedostatečné číslo, a tak v roce 1844 se začalo s výstavbou tzv. Nového domu, kde bylo kolem 500 lůžek. Mezi lety 1860 až 1920 se začalo s velkými výstavbami pro duševně nemocné. V roce 1870 mohli přestěhovat chronicky nemocné pacienty z Prahy do kláštera v Kosmonosech, který byl zde zakoupen. Známa psychiatrie v Dobřanech byla otevřena v roce 1880 a jeho prvním ředitelem se stal Arnold Pick. Instituce pro duševně nemocné byly zřizovány většinou na okrajích měst pro hezké prostředí, kde byly např. historické objekty. Do roku 1989 byla psychiatrie převážně izolovaná od ostatních medicínských oborů, politiků, laiků či úředníků. Změna postoje k duševně nemocným byla nutná především u politiků a úředníků, protože oni odpovídají za tvorbu zákonů. Největší změnou po roce 1989 byla propagace v médiích psychických poruch, omezila se izolace psychiatrie, snížila se tajemnost a postupně se otevřel vztah mezi pacientem, jeho rodinou a lékařem. Snížily se počty lůžek a založilo se několik center, které nabízely komunitní služby. Rozšířily se multidisciplinární týmy pro duševně nemocné (GABRIEL, KAŠPAR, VANĚK, 2014), (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014).

V 17. a 18. století se duševně nemocní zavírali a izolovali od ostatních lidí a tohle se dělo za absence legislativních zákonů. První zmínky o regulaci v legislativě se objevují v Anglii v roce 1714 a ten opravňoval dva soudce zavřít každou osobu, kterou považovali za šílenou, dokud se jejich stav nezlepšil. O třicet let později bylo možné nemocné držet v řetězech a rozhodování o uzavírání duševně nemocných měli na starost soudy. Soudy nepovažovali za důležité, aby se soudu zúčastnil i lékař, který by byl oprávněný k určení diagnózy, ale soudci sami rozhodovali o dalším počínáním s nemocným. Duševně nemocní, kteří byli považováni za velmi nebezpečné byli uzavíráni do cel a ti, kteří nebyli dle soudců tak nebezpeční byli ponecháni na pospas a byli vystaveni pro pobavení

společnosti. Přelom 18. a 19. století byl velmi radikální pro duševně nemocné. Pařížský lékař Phillipa Pinela přinesl do této společnosti důstojný ošetrovatelský režim pro duševně nemocné. Dokázal, že duševně nemocní se dají léčit, a proto si zaslouží stejné hygienické podmínky jako tělesně nemocní lidé (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014).

Mezi nejdůležitější dokument, který je nezbytný pro hospitalizaci pacienta je souhlas s hospitalizací. Pokud pacient tento souhlas dát nechce, můžeme zde hovořit o nedobrovolné hospitalizaci. V dnešní době je již velmi dobře právně ošetřen díky Zákonu o zdravotních službách č. 372/2011 Sb., který pojednává o tom, že pacientovi můžeme poskytnout zdravotní péči s jeho svobodným a informovaným souhlasem, pokud tento zákon nestanoví jinak. Paragraf 38 řeší pak otázky nedobrovolné hospitalizace, kdy může být nemocný hospitalizován i proti jeho vůli, pokud tak bylo rozhodnuto pravomocným soudem, který uložil ochranné léčení po trestné činnosti ať už se jedná o lůžkovou péči, karanténu či izolaci. Pokud se jedná např. o manického pacienta, který si neuvědomuje následky svého chování a ohrožuje tím sám sebe nebo lidi ve svém okolí a jeví jasné známky duševní poruchy může být nedobrovolně hospitalizován. Hospitalizace pacienta je možná v případě, pokud je ohroženo pacientovo zdraví a ohrožuje sám sebe či své okolí a jeví jasné známky duševní poruchy, tudíž hospitalizace bez souhlasu je tehdy, pokud hrozbu nelze odvrátit jiným způsobem. Zákon o zdravotních službách také vymezuje podmínky pro neodkladné poskytování péče nemocnému bez jeho souhlasu, a to v případě, že zdravotní stav pacienta nedovoluje tento souhlas poskytnout nebo se jedná o vážnou duševní chorobu a v důsledku neléčení této choroby by mohlo dojít k poškození zdraví pacienta (LIGA LIDSKÝCH PRÁV, 2015), (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014).

Pro organizaci zdravotních služeb je důležité splnění několik kritérií. Mezi nejdůležitější kritéria patří např. dostupnost služeb, která vyjadřuje překážky, které musí pacient překonávat, aby se mu dostalo zdravotní péče. Dále vzdálenost pacienta od zdravotnického zařízení, čekací dobu, kdy pacient musí čekat, než ho přijmou k vyšetření, administrativní překážky jako je doporučení od praktického lékaře a také sociokulturní překážky, což znamená intelekt pacienta v oblasti zdravotní péče. Umístění psychiatrických služeb je nerovnoměrné, protože v některých krajích je hodně ambulantních psychiatrů a v menších městech není třeba žádný, což prodlužuje čekací dobu. Dalším zásadním problémem je ekonomická situace ve zdravotnictví. Psychiatrický obor je velice podfinancován. Ve vyspělých zemích je alokováno až 8 % z

rozpočtu na zdravotní péči, ale v ČR jsou to pouze 2,9 % z celkového rozpočtu. To se odráží v lůžkových psychiatrických zařízeních. Zdravotní péče by také měla poskytovat rovnost péče bez ohledu na národnost či věk pacienta a měla by poskytnout kvalitní zdravotní péči (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014).

Lidé s poruchou osobnosti se na psychiatrii málokdy dostanou kvůli tomu, že by byli nespokojeni se svou osobou (rysy osobnosti), ale spíše pro deprese či úzkosti, které se při onemocnění rozvíjí. To, že jim povahové rysy vytvářejí v životě dané problémy, oni nepovažují za chybné a léčitelné. Velice často impulz pro léčbu vyjádří okolí pacienta a jeho rodinní příslušníci. Sám nemocný obvykle nevyhledá žádnou pomoc, dokonce jim může přijít léčba škodná a nevhodná. Odjakživa byla léčba poruchy osobnosti velice obtížná a psychiatrie je často vnímána jako terapeutický neúspěch. Léčba není jednoduchá, protože někdy i samotní psychiatři rezignují a pacienti pocítují nedůvěru k lékařům, a to se projevuje v jejich spolupráci. Léčba je úspěšná, pokud je odborník tvořivý, laskavý, podstupuje pravidelné supervize, má za sebou psychoterapeutický výcvik a má dlouholeté zkušenosti. Pacienti s poruchou osobnosti přicházejí často se stigmatizací zvenčí, ale také stigmatizují i sami sebe (PRAŠKO, LÁTALOVÁ et al., 2013), (VÁGNEROVÁ, 2012).

Slovo stigma pochází z antického Řecka a poukazuje na tělesné znaky, které jsou neobvyklé a vztahuje se to k tetování nebo k vypálenému znamení, které se vypalovalo otrokům, podle kterého byli rozpoznáni a vylučováni ze společnosti. V dnešní době stigma můžeme chápat jako znak či stopu. Lidé s poruchou osobnosti přicházejí do styku se stigmatizací často, protože laická společnost pro nápadně se chovající lidi má spousty pojmů, jako např. rapl (hraniční porucha osobnosti) nebo také hysterka (histriónská porucha osobnosti). Jedinci postižení schizoidní či asociální poruchou osobnosti si ze stigmatizace nic nedělají, protože reakce jejich okolí je nepřinutí k jiným úvahám. Laici stigmatizují už i malé děti, které se podle nich nechovají normálně a v dospělosti to jsou většinou naši pacienti s poruchou osobnosti. Bohužel i zdravotnický personál podléhá stigmatizaci a označuje lidi s poruchou osobnosti za nevléčitelné, manipulativní a jejich silné stránky jsou přehlíženy. Zdravotníci se snaží co nejvíce se vyhnout setkání s takovými pacienty. Reakce ze strany zdravotnického personálu vyplývají z předsudků, negace, a především ze špatně zpracovaného protipřenosu (OCISKOVÁ, PRAŠKO, 2015), (PRAŠKO a kol., 2015).

2.1 FARMAKOTERAPIE

Do farmakoterapie řadíme léky, které ovlivňují psychické funkce a zároveň působí i na mozek, a proto je nazýváme psychofarmaka. Náš mozek mohou ovlivnit i psychotropní látky v podobě drog, které jsou nelegální. Pokud se lékař rozhodne nasadit farmakoterapii je důležité, aby začal s tzv. monoterapií, což znamená, že se nasadí jediný preparát dané skupiny. Jestliže je monoterapie neúčinná až tehdy se kombinuje více léků. Vybraná psychofarmaka mohou předepisovat pouze neurologové a psychiatři, jiná psychofarmaka smějí předepsat i praktičtí lékaři. Farmakologická léčba u poruchy osobnosti se nepoužívá k vyléčení poruchy jako takové, ale především se využívá k ovlivnění specifických symptomů, jako je např. deprese, úzkost, impulzivita či poruchy nálady, a proto platí, že neexistují specifické léky pro poruchu osobnosti (GRAMBAL, PRAŠKO, KASALOVÁ, 2017), (OREL a kol., 2016).

Dle americké psychiatrické asociace je efekt v léčbě farmakoterapií u poruchy osobnosti pouze částečný, a proto je vždy na místě si řádně rozmyslet jaké léky pacientovi lékař předepíše, protože je dobré se vyhnout návykovým a potencionálně toxickým lékům. Farmakoterapie se doporučuje hlavně při dekompenzaci stavu pacienta, protože ta má za následek rozvoj deprese či úzkosti. Nejčastěji jsou předepisovány antidepresiva, antipsychotika a antiepileptika. Při poruchách chování se podávají především antipsychotika. Pacienti, kteří trpí labilní emotivitou profitují z lithia či stabilizátorů nálady, které se řadí do skupiny thymoprofylaktik. Je důležité na závěr zmínit, že psychofarmaka nasazujeme tak, aby byl jejich účinek osvobozující (LÜTZ, 2017), (PAPEŽOVÁ a kol., 2014).

2.2 PODPŮRNÁ PSYCHOTERAPIE

Každá individuální terapie pacientů s poruchou osobnosti by měla být zpočátku vedena jako podpůrná. Díky podpůrné psychoterapii se snažíme pacienta restabilizovat a snažíme se mu pomoci překlenout těžké období v životě a to např. v partnerském životě či v pracovním prostředí. Podpůrná psychoterapie se snaží zvýšit pacientovo schopnost, aby lépe akceptoval frustraci, zvládal impulzy či snášel bolestné afekty. Snažíme se nemoralizovat, nýbrž zkoumat důsledky jeho chování a pomáhat mu najít jiné alternativy.

Obecně lze říci o podpůrné psychoterapii, že se zaměřuje na normalizaci dysfunkčního chování a pomáhá rozvinout nedostatečné dovednosti, které se týkají především zvládnání zátěže a snaží se mírnit pocity viny či využívání druhých lidí. Cíle podpůrné psychoterapie se stanovují dle specifických problémů pacienta. Pokud máme pacienta, který si málo důvěřuje snažíme se v něm probudit dostatek důvěry k sobě samému, naopak u pacientů, kteří jsou kritičtí ke svému okolí, tak se snažíme je naučit být více objektivnější. Jako nejdůležitější prvek v psychoterapii je jednoznačně terapeutický vztah, který je ohniskem terapie. Pro pacienta je důležité, aby s ním terapeut nijak nemanipuloval, plně ho respektoval a zajímal se o něj. Kvalita terapeutického vztahu dále určuje, zda bude terapie pokračovat či nikoliv, a proto musí terapeut už od začátku brát pacienta takový, jaký je. Pro terapeutický vztah je důležitý tzv. kontrakt, který ujasňuje základní parametry léčby a její cíle. Je společnou tvorbou terapeuta a pacienta nikoliv jen terapeuta. Kontrakt se po většinou týká konkretizace problémů, na kterých budou pracovat terapeut i pacient společně, dále pak stanovení cílů, frekvence návštěv a doba jejich trvání a také celkové doby terapie. Tímto kontrakt zajišťuje určení koridoru, který pomáhá chránit průběh léčby (PRAŠKO, LÁTALOVÁ et al., 2013), (YEOMANS, CLARKIN, KERNBERG, 2015).

Mnoho pacientů s poruchou osobnosti se v životě naučili, že jejich emociální projevy jim zajišťují neustálou pozornost ostatních lidí, a proto jsou jejich emociální výlevy k životu potřebné. I přesto, že své pocity propagují výrazně, oni sami jsou velice zranitelní obdobným projevům z jejich okolí. Některé silné afekty, co pacient prožívá, tak je v první řadě terapeut musí tzv. validizovat, což znamená, aby terapeut vyjádřil pochopení pro to, že je pacient prožívá. Musíme respektovat vnitřní pocity a jeho zkušenosti, které v životě prožil a je zapotřebí je uznat a poté nabídnout společnou pomoc při hledání příčin a daných souvislostí (PRAŠKO, LÁTALOVÁ et al., 2013), (RABOCH, PAVLOVSKÝ, JANOTOVÁ, 2012).

Nabízí se zde otázka, zda pacientovi s poruchou osobnosti hned na začátku terapie sdělovat jeho diagnózu. Velice často jedinci s poruchou osobnosti to vnímají, že jde o jakousi značku a jejich emoce jsou zranitelné, a proto je zbytečné sdělovat diagnostickou nálepku hned na začátku terapie a raději volíme popis jeho problémů. Pokud pacientovi sdělujeme tzv. nálepku, je na místě zdůraznit pohled na poruchu osobnosti a říct, že se tato diagnóza skládá z určitých příznaků. Jak pacient, tak terapeut přinášejí do

terapeutického sezení svou osobnost a také svou životní zkušenost (BRUCHOVÁ, 2017), (PRAŠKO, LÁTALOVÁ et al., 2013).

Pozice terapeuta není rozhodně jednoduchá a často dochází k tzv. přenosové reakci, která může být pozitivní, ale i negativní. Pokud dochází k protipřenosu pak terapeut kritizuje pacientovo chování, moralizuje nebo dokonce bagatelizuje jeho problémy (PRAŠKO, LÁTALOVÁ et al., 2013).

2.2.1 PŘENOS A PROTIPŘENOS PŘI PRÁCI S PACIENTEM

Přenosu můžeme porozumět jako neúčelné vybavení si našich starých zkušeností či vzpomínek, které investujeme do nových nebo současných vztahů. Někteří lidé nám jsou na první pohled sympatičtí, někteří ne, o někom si myslíme něco špatného, i když ho vůbec neznáme a soudíme dle prvního dojmu. Pokud jsou děti kritizováni, nesou si to do dospělosti, a poté, kdy někdo z okolí naznačí kritiku, reakce mohou být neadekvátní a mohou projevit hněv, který správně patří rodičům z dětství. Porozumění je velice důležité pro partnerské, rodičovské, pracovní či přátelské vztahy. U méně komplikovaných psychických poruch pacient dobře chápe, že mu lékaři, psychoterapeuti i ostatní zdravotnický personál chce pomoci. Postupem času se pacient vyléčí a projevuje vděk všem zdravotníkům za pomoc. Vztah mezi pacientem a psychoterapeutem je vyrovnaný a klidný. Naopak u lidí s komorbidní poruchou osobnosti bývá poměr mezi pacientem a lékařem velice složitý. Přenos mezi nimi může být pozitivní, ale i negativní. Poté může docházet ke špatnému vývoji pacienta, léčba je zdlouhavá, pacient nebývá vděčný, a naopak může docházet ke kritice personálu, a tak vznikne protipřenos. Protipřenos vzniká i bez zjevných příčin na první pohled a nemusí být pouze negativní. Je důležité umět pracovat s přenosem i protipřenosem a nejlepší je ho využít v psychoterapii. Reakce, které může pacient vyvolat mohou být buď konkordantní či komplementární. Konkordantní reakce znamená, že lékař pocítuje to stejné, co pacient. Pokud pacient cítí deprese a bezmocnost, lékař, který ho vyšetřuje se může cítit úplně stejně. Při projevení komplementární reakce lékař pocítuje opačné emoce. Může např. prožívat vztek k pacientovi a nejraději by ho „zabil“, aby byl od něj už klid. V psychologické praxi je užitečné vědět o přenosu a protipřenosu. Pokud psycholog cítí sympatie nebo naopak antipatie k pacientovi, tak se to odrazí i na jejich sezení. Jestliže projevuje sympatie, k pacientovi se chová vstřícně, upřednostňuje ho před ostatními pacienty a má tendence

jej chránit. Naopak u antipatie může psycholog reagovat povýšeně, odsekávat pacienta a má tendenci mít jej rychle za sebou. Pro kvalitnější vztah mezi pacientem a psychologem je důležité rozpoznat včas tyto reakce, protože porucha osobnosti je celoživotním stavem a pokud chceme zlepšit prognózu pacienta je nutné, aby psycholog v takových momentech změnil své chování. Nejtěžší to bývá u hraničních poruch osobnosti, kdy část personálu prožívá komplementární reakci a část konkordantní reakci. Protipřenosové reakce jsou spojeny se silnými pocity pacienta „zachránit“ a nebo se ho co nejrychleji „zbavit“. Přenosové reakce se mohou jevit výrazně. Pacient dostává speciálně upravené jídlo, na jeho žádost se provádějí různá laboratorní vyšetření, oproti přenosové reakci negativní se personál k pacientovi chová odtažitě, vizita u něj je krátká, lékař se mu vyhýbá a také může být předčasně propuštěn z nemocnice (OREL a kol., 2016), (PRAŠKO, LÁTALOVÁ et al., 2013).

Pro lepší pochopení přenosů ze strany pacienta si uveďme pár příkladů. **Mírně pozitivní přenos** se projevuje tím, že je příjemně emočně naladěný, je ochotný spolupracovat s terapeutem, tudíž se zde jedná o optimální nastavení pacienta pro danou terapii. Pro **obdivující-nezávislý přenos** je typické až euforické naladění pacienta, rád dává najevo, že jejich terapie je svobodná, domácí úkoly dělá tak, jak se mu zachce a někdy chce mírně soupeřit se svým terapeutem. Je rád ve všem nejlepší a je v domnění, že je cennější než ostatní lidé. V tomto případě by se měl terapeut ptát pacienta, proč je pro něj tak důležité být ve všem nejlepší a co se stane, pokud tomu tak nebude. Dá se říct, že všichni lidé, co jsou na tomto světě jsou originální a svým způsobem výjimeční. Terapeut by měl šetrně trvat na dodělání domácích úkolů, na kterých se společně domluvili a vysvětlit mu, jaké výhody pro něj přinesou vypracované úkoly. U **obdivujícího-závislého přenosu** se pacient dostává do euforického naladění, které je doprovázeno úzkostí. Má strach z opuštění, a proto nosí terapeutovi dárky a lichoť mu. Není si jistý s domácími úkoly, zda je udělal dobře, a proto se musí neustále ujišťovat s terapeutem. Terapeut se snaží v pacientovi probudit jistotu v úkolech, které provedl. Pro **erotický přenos** je typická zamilovanost pacienta, kterou cítí k terapeutovi. Flirtuje s ním, nápadně se obléká a dívá se na svého terapeuta zamilovaně. Jestliže erotický přenos nezasahuje příliš do terapie není třeba ho nějak řešit, protože spontánně odezní. Ovšem pokud přenos zasahuje do terapie je nutné, aby terapeut jasně vyjádřil dodržování pevných hranic. V rámci **bojácného-nedůvěřivého přenosu** jsou časté emoce strachu, úzkosti či studu. Na začátku terapie pacient cítí nedůvěru a strach z terapeuta, ale

v průběhu terapie pacient získává důvěru. V tomto případě by měl terapeut plánovat sezení zaměřená na získávání odvahy. **Vztahovačný přenos** se projevuje zlostí, strachem a pocitem ohrožení, a proto by měl terapeut s pacientem probrat výhody a nevýhody těchto postojů pro běžný život. Pro **soupeřivý přenos** je typický vztek, závist, bezmoc a napětí střídají pocity euforie. Pacient skrytě soupeří s terapeutem je zcela na něm, aby probral výhody a nevýhody o soupeřivých myšlenkách. **Útočný přenos** je charakterizován zlostí, nenávistí a strachem, který pacient cítí k terapeutovi. Terapeut by měl sdělit pacientovi, že o jeho pocitech ví a chápe je. Měl by s ním prodiskutovat výhody a nevýhody postojů, které pacient zastupuje. U **pohrdavého přenosu** pacient terapeutem pohrdá a cítí zlost. Odmítá dělat domácí úkoly, vynechává sezení, a nakonec přestává do terapie vůbec docházet. Terapeut by měl probrat jeho myšlenky a postoje, měl by promluvit o tom, co mu takové postoje přináší, a naopak co mu život komplikuje. **Žárlivý přenos** se projevuje lítostí, zklamáním a vyčítavostí k terapeutovi. Terapeut otevírá jeho pocity zlosti, které mohou souviset se zraněním pacienta v jejich terapeutickém vztahu. **Majetnický přenos** se vyznačuje euforickými pocity, které doprovází vztek. Pacient je suverénní, chodí na terapie mimo domluvené hodiny, často terapeutovi telefonuje (PEŠEK, PRAŠKO, ŠTÍPEK, 2013).

Protipřenosy se projevují v myšlenkách a také představách, v emočním prožívání, ale i v chování terapeuta. Zde si uvedeme devět příkladů protipřenosu ze strany terapeuta. **Mírně pozitivní protipřenos** se u terapeuta projevuje tím, že k pacientovi cítí sympatie, je rád, že spolupracuje, fandí mu a je v domnění, že mu to půjde dobře. Terapeut bývá pozitivně naladěný, podporuje pacienta a jedná se zde o vyrovnaný emoční stav terapeuta k pacientovi. **Obdivující protipřenos** se vyznačuje u terapeuta nadmírou obdivu, myslí si o pacientovi, že je výjimečný, krásný, ojedinělý. Terapeut je doslova fascinován, a tudíž zanedbává standardní vedení terapie, a to se projevuje tím, že po něm nechce žádné domácí úkoly a je schopný si s pacientem po celou dobu terapie povídat o jeho výjimečnosti. Pro **ochranitelský protipřenos** je typické, že terapeut pociťuje strach a dostává se do role tzv. ochránce pro pacienta. Nedokáže ho nechat samostatně jednat a v nitru nedoufá v jeho silné stránky. U **erotického protipřenosu** terapeut prožívá sexuální fantazie o svém pacientovi a je vzrušený při každém setkání s ním. Terapeut flirtuje, nenásilně se pacienta dotýká a může nabízet i sexuální terapii. V tomto případě terapeut hrubě porušuje etický kodex a jedná se zde o zneužívání. **Nedůvěřivý protipřenos** se vyznačuje strachem ze strany terapeuta, napětím a cítí se být ohrožený pacientem.

Terapeut v tomto vztahu má tendence terapii ukončit dřív. Při **bojácném protipřenosu** si terapeut drží odstup a vedení terapie nechává na pacientovi. Terapeut má obavy, že by mu pacient mohl ublížit, vysmát se mu, mít ho za nevzdělaného a odmítat ho. **Soupeřivý protipřenos** se vyznačuje u terapeuta radostí z pacientovo neúspěchu. Málo jej povzbuzuje a není dostatečně empatický. Rád s pacientem soupeří. Pro **útočný protipřenos** je typická zlost a napětí. Terapeut se snaží svého pacienta moralizovat, poučovat, projevuje se nadřazeně a zlehčuje pacientovo potřeby. Jako poslední zde máme tzv. **pohrdavý protipřenos**. Terapeut cítí k pacientovi vztek, nudí ho, je nadřazený a pocíťuje pýchu. Ve skrytu duše se pacientovi posmívá, neustále vstupuje do sdělení a nedokáže mu naslouchat (NEENAN, PALMER, 2015), (PEŠEK, PRAŠKO, ŠTÍPEK, 2013).

Na správné fungování terapeutického vztahu, přenosy a protipřenosy je možné se na ni zaměřit tzv. terapií zaměřenou na schémata. Tuto terapii vytvořil J. E. Young, který popisuje psychické mody jako vnitřní stav mysli, podle kterých v témž čase myslíme, prožíváme, cítíme a chováme se. V každém modu je obsaženo schéma, jako jsou přesvědčení a postoje, která jsou zaměřena na sebe samého, druhé lidi a vůbec okolní svět. Young popsal osm psychických modů (PEŠEK, PRAŠKO, ŠTÍPEK, 2013).

V modu **zraněného dítěte** se pacient cítí bezmocně. Idealizuje si terapeuta a má dojem, že ho ochrání, ale postupem času dojdou k tomu, že jim stejně moc nepomůžou. Jsou vystrašení, depresivní, bezradní a prožívají pocity ohrožení. Pokud se pacient nachází v tomto modu, mohlo by se pak jednat o bojácný-nedůvěřivý nebo obdivující-závislý přenos. Terapeut ve svém ochranném protipřenosu může cítit nadměrnou lítost, ale může přepadnout i do modu zraněného dítěte a cítí zlost k pacientovi a nevědí, jak dál v terapii pokračovat. V modu **rozhněvaného dítěte** pacient jedná impulzivně a nepřiměřeně dosahuje svých cílů. Pokud je takový pacient zúčastněn sezení, pocíťuje k terapeutovi zlost a může být až útočný. Terapeut se může začít chovat také agresivně. V tomto případě hovoříme o bojácném-nedůvěřivém protipřenosu a terapie bývá ukončena. V modu **kritizujícího dítěte** pacient rád trestá sám sebe. Díky vnitřnímu trestání pocíťuje selhání či sebenenávist. Terapeut může na tuto situaci reagovat nadměrnou péčí a v tomto případě by se jednalo o ochranný protipřenos. V modu **odtažitého obránce** se svým bolestným schématům pacient vyhýbá. Hraje si na flegmatiky, odtahují se od druhých lidí a to třeba tím, že užívají nadměru alkoholu či léků.

Terapeut může v tomto modu cítit zlostný až útočný protipřenos a přestane se o pacienta zajímat. Typický příznak tohoto protipřenosu je cynismus. V modu tzv. **hyperkompenzátora** se pacient snaží bolestivá schémata kompenzovat přemírou péle a snahy. Velice často dochází ke známým frázím jako např. můj šéf nestojí za nic a já mu příště ukážu, jak jsem dobrý, i když se ho v reálném životě bojíme. Dále máme ještě tři mody. Jde především o **laskavého rodiče, zdravého dospělého a spontánní dítě**. V těchto modech by se měl terapeut udržovat po celou dobu terapie a vyvolat je i v pacienovi (PEŠEK, PRAŠKO, ŠTÍPEK, 2013).

2.3 SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE

Lidé s poruchou osobnosti se ve skutečnosti nejčastěji léčí tzv. dynamickou skupinovou psychoterapií. Pacienti jsou zpravidla doporučeni pro skupinovou psychoterapii ne pro poruchu osobnosti, ale spíše pod diagnózou neurotické poruchy, a proto jsou většinou zařazeni do skupiny s adaptačními poruchami. Mezi terapie řadíme krátkodobý skupinový program, který je pro změnu osobnosti nedostatečný a jediným cílem této terapie je pouze kompenzace úzkosti či depresí. Velkou vzácností jsou dlouhodobé dynamické skupiny, které jsou určeny pro poruchu osobnosti. Takový program je smysluplný pouze tehdy, když terapie trvá několik let. Poněvadž nebyla provedena studie o efektivitě dynamické terapie u poruch osobnosti, nemůžeme se tedy k účinnosti přesněji vyjádřit. Jelikož plno pacientů s poruchou osobnosti (histriónská, závislá, narcistická, hraniční, pasivně agresivní) prožívá neomezenou potřebu získávat pozornost od druhých lidí, může jim zpětná vazba od dalších účastníků psychoterapie pomoci pochopit jejich nepřiměřené chování, nepřiměřenost v očekávání a vytvářet napětí z frustrace. Skupinová psychoterapie přináší i velkou podporu sebedůvěry a také interpersonální učení od druhých pacientů jim umožňuje zažít emoce, které v sobě dlouho přemáhaly. Pokud se jedinec ocitne v kvalitní skupině, tak ta je schopna pochopit důvody jeho maladaptivního chování, ale i ho korigovat. Další aktéři skupinové psychoterapie mohou poskytovat velice účinnou zpětnou vazbu o tom, jaké chování je ještě tolerovatelné a jaké již nikoliv. I přesto, že skupinová psychoterapie je velice vhodnou léčbou, může se stát za účasti pacienta, který trpí např. hraniční či histriónskou poruchou osobnosti, že snadno skupinu rozčlení na své přátele a nepřátele a k jejich nepřiznivcům se chovají velice neomaleně a napadají je. Tito pacienti jsou schopni ve skupině vyvolat

odpor i k terapeutovi. Ve skupinové terapii se pacienti učí např. jak se zbavit stresu, jak zvládat úzkost a napětí (PRAŠKO, LÁTALOVÁ et al., 2013), (VIERS, 2011).

Jak se zbavit stresu je cíl určité aktivity, kterou vykonává terapeut. Používají se zde relaxační techniky, vhodná cvičení a pomáhají jedincům získat kontrolu nad jejich stresem či úzkostí. Stres považujeme za nevyhnutelnou součást našich životů a je velice subjektivní. Je všeobecně známo, že stres má negativní vliv na náš fyzický i emoční stav člověka a dlouhodobé působení stresu vyvolává sníženou pracovní schopnost a někdy i absenci na pracovišti. Pokud člověk prožívá stresující situace, tak buď uteče nebo se snaží se stresem vyrovnat. Proto zde můžeme začít hovořit o relaxaci, která je regeneračním procesem stresu. Terapeut většinou zahajuje diskuzi s účastníky terapie na téma stres, ptá se jich, jak oni sami zvládají stres a jaké jsou účinky na psychickou a fyzickou stránku jejich těla. Vedoucí skupiny zmíní, že by se mohli členové skupiny cítit lépe, pokud se dobře naučí relaxačním technikám a zeptá se členů, zda souhlasí s tím, že se těmito technikám naučí. Dále terapeut se členy skupiny musí probrat přínos, který se dostaví, pokud se pacienti naučí svalové relaxaci. Musíme jim vysvětlit, že nemohou být současně napjatí a uvolnění, což u mnohých účastníků terapie vyvolává chvilkové zamyšlení. Dále je členům skupiny vysvětleno, jak je důležité se zaměřit na své vlastní tělo při přemýšlení o sjednocení těla a mysli nebo o tom, jak naše emoce jsou schopny ovlivnit tělo člověka. Také to platí pro opak, pokud se necítíme dobře po fyzické stránce, může to mít velký vliv i na naši psychiku. Před zahájením vlastní svalové relaxace je terapie často věnována řízení vizuální imaginaci. Při řízené vizuální imaginaci terapeut pobízí členy skupiny, aby mysleli na uvolňující nebo i uklidňující místo. Každý z nás má místo kam se rád vrací nebo si toto místo dokáže představit a považovat ho za klidné a pokojné. Vedoucí skupiny požádá cvičence, aby si zavřeli oči a představili si tuto scénu na čtyřicet pět sekund až minutu. Po tomto cvičení terapeut požádá, aby se členové skupiny nebáli a sdělili své scénérie i ostatním. Terapeut členy požádá, aby byli přesní a sdělili i ty nejmenší detaily. Pro někoho může být představa pole, kde jsou květiny relaxační, a tak může zmínit vůni těchto květin. Pacienti mohou použít i další své smysly, jako jsou hmat, chuť či sluch. Pokud je pro někoho scenerie např. moře a pláž plná písku, může popisovat dopodrobna zvuk vln či popisovat chůzi v písku. Toto cvičení členy skupiny připraví na postupnou svalovou relaxaci tím, že je zbaví stresujících představ. Poté co si pacienti projdou vizuální imaginací je nutné je poučit o správné technice dýchání. Členové by se měli zhluboka nadechnout nosem a zadržet na několik vteřin dech,

pak mohou vydechnout. Vedoucí skupiny musí upozornit, že svalová relaxace následuje po řádném dýchání (VIERS, 2011).

Trénink svalové relaxace se zahajuje ve většině případů procedurou, kde používáme slova spojená s odpočinkem. Pokud tichým a klidným hlasem žádáme skupinu, aby její členové zatnuli určitý sval, měli bychom popsat pocit sevření a naopak, pokud žádáme skupinu o uvolnění můžeme jejich pozornost směřovat k tomu, jak je uvolnění svalu příjemné a může být prožíváno jako uklidňující pocit. Terapeut se snaží pomáhat skupině důsledně se zaměřit na každý sval a na pocity, které skupina zažívá, když je sval uvolněný nebo propnutý. Další postup pro účinnou relaxaci je vytvoření relaxačního prostředí a je důležité, aby byla ztlumena světla, a aby se členové skupiny pohodlně usadili na své židle. Terapeut vyzve všechny zúčastněné, aby se pohodlně usadili, aby položili obě nohy na zem, ruce dali do klína, povolili si těsné oblečení jako může být např. kravata. Pokud jsou všichni zúčastnění usazeni, jsou požádáni, aby se zhluboka nadechli nosem, dech zadrželi na pět vteřin a poté zase vydechli nosem. Jejich nos koriguje dýchání a toto cvičení se opakuje dvakrát až třikrát, což umožňuje členům se pořádně uklidnit a mohou se soustředit na dýchání. Po tomto dechovém cvičení jsou členové požádáni, aby si vybavili svou nejoblíbenější uklidňovací scénu a dále jsou požádáni, aby napnuli na pět sekund sval a poté ho následně uvolnili. Během tohoto uvolňování terapeut musí upozorňovat členy, jak nepříjemné je mít napnutý sval, a naopak jaké pocity přináší jeho uvolnění. Pomalu se cvičení začne soustředit na následující svaly: prsty u nohou, lýtka, břicho, biceps, záda, ramena, ústa, krk a také obočí. Vždy začínáme s prsty u nohou, a proto členy skupiny požádáme o zatnutí svalů v této partii našeho těla. Pacienti musí zatnout svaly a zároveň tlačit prsty u nohou do podlahy. Jde o uvědomování si nepříjemných pocitů, které jsou spojeny s napínáním a tlačáním nohou do podlahy. Poté prsty uvolňují a zároveň cítí uklidňující pocit. Po prstech na nohou se můžeme zaměřit na lýtka. Pacientům sdělíme, aby zatli lýtko tím, že dají nohu před sebe a snaží se chodidlo přitáhnout směrem k tělu, pak je požádáme, aby chodidlo uvolnili a nohu položili na zem. Členové skupiny by si měli všimnout příjemného pocitu, který nastává po uvolnění svalu. Tento stejný postup opakujeme i u pravé nohy. Dále se věnujeme břišní krajině. Poprosíme pacienty, aby se nadechli do břicha a na pár sekund zadrželi dech, měli by cítit, jako by byl jejich žaludek zauzlovaný. Po zadržení dechu, pacienti mohou vydechnout a pociťovat příjemné pocity v oblasti břicha. Po tomto cvičení se přenášíme na horní polovinu těla, kde začínáme s pažemi.

Pacienti zatnou ruce v pěst a přiloží je na hrud'. Zatnou pěsti a také biceps, aby cítili napětí ve svých svalech. Poté ruce mohou uvolnit a dát si je podél těla. Takto se věnujeme i zádovým svalům, krčním svalům, ústům a v neposlední řadě i obočí a čelo. Terapeut poskytuje instrukce po celou dobu cvičení, zdůrazňuje napětí u každého svalu a zároveň i uvolnění. Je důležité, aby se terapeut také zúčastnil cvičení (GRAMBAL, PRAŠKO, KASALOVÁ, 2017), (VIERS, 2011).

Po skončení cvičení terapeut se členy skupiny probere pocity, které doprovázely členy spojené se zatínáním a uvolňováním svalů. Po tomto cvičení by pacienti měli vědět jaké pasáže jsou nejvíce postiženy, pokud prožívají stres nebo napětí. Oblasti, které jsou nejvíce postiženy stresem jsou krk, čelo a břišní svaly. Pacienti by měli mluvit o tom, jak se mohou na stresové situace připravit. Mohou dostat i nahrávku z psychoterapie, aby relaxační techniku mohli trénovat i doma. Jakmile se pacient naučí této relaxační technice lze ji zvládnout do deseti nebo patnácti minut a je možné s touto technikou zahájit psychoterapii (VIERS, 2011).

2.4 KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

Kognitivně behaviorální terapie, dále jen KBT, je celostní biopsychologická teorie lidského chování. Nabízí mnoho efektivních technik ke změně myšlení, jednání člověka a také prožívání. KBT vznikla v sedmdesátých letech 20. století. Kognitivní označuje naše myšlení a poznávání. Tyto procesy se skládají z myšlenek, našich představ a postojů. Behaviorální souvisí s tím, jak se člověk chová, je pozorovatelné, zjevné, viditelné i slyšitelné. Mezi čtyři základní složky lidské psychiky, na kterou se zaměřuje KBT jsou především emoce, tělesné reakce, myšlení a pozorovatelné chování. Tyto složky jsou navzájem velice spjaté a každá složka má vliv na tu další (NEENAN, PALMER, 2015), (PEŠEK, PRAŠKO, ŠTÍPEK, 2013).

Pro lepší pochopení toho, jak úzce spolu souvisí myšlení a další složky lidského prožívání si uvedeme pár příkladů. Matka s otcem dostanou od syna, kterého neviděli deset let dopis, ve kterém syn píše, jak se má bez nich dobře a jak se mu daří. Emoce otce jsou velice podrážděné, je naštvaný, uražený a v jeho hlavě se opakují myšlenky, co si o sobě ten kluk myslí, že se ozve po deseti letech jakoby nic? Naopak matka se usmívá a je ráda, že se syn ozval. Je šťastná a uvažuje jinak než otec. Je ráda, že už syn netrucuje a že se už brzy určitě uvidí. Jako další příklad si uvedeme čtyři různé typy lidí, které ráno

vyjdou ze svého domu či bytu a na chodníku šlápnou do psiho výkalu. Depresivní člověk si říká, že to je celý on, že se vůbec narodil a že celý jeho den bude na nic. Prožívá pocity smutku, marnosti a beznaděje. Začne se třást a mít sucho v ústech. Posadí se na lavičku před bytem a rozpláče se. Úzkostný člověk ve stejné situaci nebude vědět co má dělat. Pokud se vrátí domů, aby si boty očistil, ujede mu autobus a jeho nadřízený v práci ho vyhodí. Naopak jít se špinavými boty do práce také nemůže, protože by vypadal, jako by měl problém s hygienou. Nakonec se takový člověk rozhodne se vrátit, aby si boty vyčistil, ujede mu autobus do práce a začne pociťovat úzkost, strach, celý se bude třást a tím se dostává do silného stresu. Podezřívavý člověk si bude myslet, že to udělal sousedův pes a že mu to dělají určitě naschvál. Pocítí zlost, napětí a vyrazí na městskou policii si stěžovat na své sousedy. Pokud se taková situace stane člověku, který je se sebou celkem spokojený, situaci vnímá odlišně. Cítí mírné znechucení, očistí si boty o trávu, zasměje se tomu a pokračuje dál v cestě do práce (LÁTALOVÁ, 2013), (PEŠEK, PRAŠKO, ŠTÍPEK, 2013).

Jednotlivé složky psychiky, které jsou ovlivňovány vybranými metodami KBT se budeme věnovat v této kapitole. Mezi časté metody, které vedou ke zkoumání myšlenek, které jdou ruku v ruce s emoční nepohodou, je tzv. racionální přerámování záporných myšlenek, dále i přerámování hlubokých postojů, které leží pod zápornými myšlenkami. Představy pacientů, které se objevují jako vzpomínky, lze je ovlivňovat jejich úmyslným vybavováním. Emoční složku psychiky můžeme ovlivňovat nacvičením všímavosti, přijímáním vlastních pocitů a uvědomováním, zpracováním a vystavováním se různým scénářům. Na naše emoce má velký vliv i poslech hudby, čichání příjemných vůní a další příjemné činnosti. Změny tělesných reakcí jako je napětí nebo stres, tak jím můžeme zabránit dechovým cvičením nebo relaxačním technikám, které jsme zmiňovali v předchozí kapitole. Jako poslední metoda KBT je změna pozorovatelného chování a to tzv. expoziční léčba. Při níž se pacient záměrně vystavuje situacím, které v něm vyvolávají úzkost. Pokud pacient trpí sociální fobií, opakovaně se snaží vyhledat společnost lidí, které se před tím vyhýbal a tím se zmírňuje hladina stresu. Další metodou je behaviorální experiment, kdy pacient sdělí určité očekávání nebo jej může napsat na papír, sdělí to, co podle něj se odehraje v určitých situacích a co se dle pacienta stane. Poté se zjišťuje, zda se jeho předpověď potvrdila či vyvrátila a jaké ponaučení z toho plyne (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015), (PEŠEK, PRAŠKO, ŠTÍPEK, 2013).

KBT vykazuje několik specifíků. Je poměrně krátká, časově omezená a je hodně strukturovaná. Strukturou máme na mysli uspořádání každého sezení. Na začátku terapie se vždy proberou domácí úkoly a na konci se opět úkoly zadávají. Je také důležitý terapeutický vztah pacienta a terapeuta, kdy je zapotřebí, aby se pacient cítil bezpečně a terapeutovi důvěřoval. Na začátku terapeutického procesu se vždy pacient podrobí vstupnímu vyšetření, dále se vytvoří seznam problémů a poté se mohou stanovit cíle terapie. KBT se také odlišuje tím, že na začátku terapie je kognitivně behaviorální terapeut více aktivní a řídicí, ale v dalším průběhu terapie nezodpovědnost postupně přesouvá na pacienta. Pacient, který začíná s KBT musí být poučen, že uzdravování se nebude odehrávat během sezení, ale v jeho životě mezi sezeními. Tím, že na konci každé terapie dostane pacient domácí úkol a on se snaží o jeho realizaci, provádí písemné záznamy, které s terapeutem probere, tak tím posiluje jeho vůli na sobě pracovat. Cílem každé KBT je, aby pacient v budoucnosti terapeuta nepotřeboval a stal se sám sobě dobrým terapeutem (NEENAN, PALMER, 2015), (PEŠEK, PRAŠKO, ŠTÍPEK, 2013).

V porovnání s KBT, která se provádí i u úzkostných poruch, je léčba u poruchy osobnosti delší a trvá zhruba jeden až tři roky. Někteří z pacientů, kteří trpí poruchou osobnosti mají velký problém tolerovat to, že by sezení mělo mít nějakou strukturu. Požadují po terapeutovi, aby se on přizpůsobil jim. Někteří pacienti očekávají od terapeuta, že jim zcela přesně bude říkat co a jak mají dělat, jiní naopak očekávají, že je terapeut jen vyslechne a nedoplní svůj komentář. Terapeut by měl na začátku nabídnout alternativu svých sezení a společně s pacientem by se měli domluvit na kompromisu. Někdy na začátku terapií bývá nejasná struktura sezení, ale postupem času se daří najít taková pravidla, která vyhovují terapeutovi i pacientovi. Vždy se v terapii snažíme, aby byly cíle konkrétní, praktické a především dosažitelné (LÁTALOVÁ, 2013), (PRAŠKO, LÁTALOVÁ et al., 2013).

2.5 AUTOGENNÍ TRÉNINK

Autogenní trénink, dále jen AT, je odvozeno z řeckého slova autos – sám a genos – počátek. Je nejčtenější metodou, která je založená na relaxaci. Zakladatel AT je Johannes Heinrich Schultz, berlínský psychiatr a neurolog, který zdůrazňoval význam hypnózy, sugesce, tréninku a také relaxace. AT standardně začíná pod vedením terapeuta, ale cíl této terapie je, aby pacient AT byl schopen cvičit samostatně, a aby se stal nezávislým

tzv. autonomním. Pod pojmem autogenního tréninku rozumíme cvičení vlastního já. AT má velký vliv na odstranění příznaků napětí a znovuoobnovení veškerých sil. Cílem AT je, aby člověk s předepsanými cvičeními stále více cítil větší uvolňování a ponořoval se sám do sebe a tím by docházelo k vnitřní přestavbě. Mezi základní principy AT patří relaxace, svoboda, nezávislost, postupnost, neverbální aspekty AT, osobní zodpovědnost a trénink. Schopnost relaxace se dá naučit opakovaným cvičením, výhodou vedle léčebného působení je také vliv na rozvoj pacienta AT a v neposlední řadě je AT metodou zotavení, uklidnění a zvyšování výkonnosti (VÍCHOVÁ, 2016).

Pro nácvik AT je velice důležité, aby si cvičenec dopřál minimálně týden až dva na nacvičení jednotlivého cviku. Pro zvládnutí dalšího cviku je bezpodmínečně nutné, aby byl předchozí cvik zvládnutý a čas je pouze orientační. Není důvod na sebe spěchat, je to pouze náš zlozvyk z každodenního života. Čím pomaleji budeme postupovat dopředu ve cvičení, tím hlouběji se naše zisky zakoření. Pokud je to alespoň trochu možné, měli bychom se učit AT od kvalifikovaného pracovníka. Před začátkem cvičení bychom se měli ujistit, zda se cítíme komfortně, a proto bychom si měli dojít na toaletu, sundat si pásek, hodinky a cítit se zkrátka pohodlně. Místnost by měla být vyvětraná, nesmí být přetopená. Na začátku cvičení bychom měli odstranit všechny rušivé elementy, zeslabit osvětlení v místnosti. Dalším pravidlem je, aby pozice, ve které AT provádíme byla pohodlná nikoliv bolestivá. Mezi nejznámější pozice pro nácvik AT je tzv. vídeňská vozka. Posadíme se na okraj židle, ruce jsou podél těla, kotník, koleno a pánev jsou v pravém úhlu. Nejdříve sedíme rovně, můžeme si představit tah směrem vzhůru a poté s každým výdechem se snažíme předklonit, obratel po obratli. Uvolňujeme ramena, která jdou směrem dolů, ruce jsou svěšené podél těla. Poté co jsme uvolnění si můžeme vložit ruce do klína. Nácviky jsou většinou rozděleny do osmi setkání, kdy časový interval mezi nimi je čtrnáct dní. Co se týče nácviku AT na psychiatrických odděleních, je vždy zapotřebí, aby skupinu vedl pracovník, který má dostatečnou kvalifikaci (PRAŠKO a kol., 2015), (VÍCHOVÁ, 2016).

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S PORUCHOU OSOBNOSTI

Jméno pacienta: M. S.

Datum přijetí: 16. 1. 2018

Diagnóza při přijetí: F603 – emočně nestabilní porucha osobnosti

Pojištění: VZP

Kód pojišťovny: 111

Způsob přijetí: osobní vyhledání psychiatrické péče

Hospitalizace: dobrovolná

Poslední hospitalizace: od 1. 1. 2018 do 5. 1. 2018

Poznámky: matka pacientky zavolala 1. 1. 2018 PČR a ZZS pro zhoršení stavu své dcery, dcera byla za asistence PČR a ZZS odvezena do PN Bohnice, kde prošla centrálním příjmem a ty ji nedobrovolně hospitalizovali na pavilon č. 26 akutní péče, kde pacientka byla pět dní a 5. 1. 2018 podepsala revers a odešla. 16. 1. 2018 pacientka sama vyhledala odbornou pomoc pro zhoršení stavu, deprese, hlasy nabádající k sebevraždě

Poskytování informací: pacientka si nepřeje podávat informace rodinným příslušníkům, přátelům, známým

Psychiatrická oblast

Celkový vzhled: pacientka je upravená, čistá, působí trochu unaveně, nosí čisté a upravené oblečení, které je vhodné při pobytu na psychiatrickém oddělení, vlasy, kůže, nehty jsou upravené, kožní turgor je v normě, pokožka hydratovaná, při hygieně pacientka nepotřebuje pomoc

Psychomotorické tempo: přiměřené

Vědomí: lucidní

Orientace: pacientka je orientovaná místem, časem, prostorem i osobou, odpovědi na dotazy jsou přiléhavé

Volní aktivita: hypobulie

Řeč: monotónní řeč

Emotivita: anxiety

Vnímání: bez halucinací a iluzí

Myšlení: tempo – bradypsychismus

struktura – v normě

bludy – žádné

Soustředění: pacientka se dokáže plně soustředit po celou dobu psychoterapií i na komunitních setkání, při pohovorech, i když je unavená

Poruchy pozornosti: bez známek poruchy pozornosti

Intelekt: pacientka neprojevuje příznaky mentální retardace ani demence

Paměť: pacientka popisuje zhoršení paměti od doby co má deprese, tento stav trvá 5 měsíců

Jednání: pacientka jedná klidně a přiměřeně daným situacím

Poruchy pudů: bez poruchy

Abúzus: tabák a jiné návykové látky neguje

alkohol – příležitostně, jednou až dvakrát za měsíc s přáteli, než začala mít potíže, v prosinci své problémy řešila alkoholem, udává, že denně vypila 1 litr vína a zapíjela s ním medikaci tento stav trval až do 16. 1. 2018 než dobrovolně vyhledala odbornou pomoc

Spánek, odpočinek: pacientka udává, že špatně spí, často se budí, má problémy s usínáním, protože přemýšlí nad tím, co se za ten den událo a trápí ji vztah s matkou, který se narušil, protože na ni zavolala PČR a ZZS, pacientka odpočívá v rámci arteterapií, centrálních dílen, kam pravidelně dochází, neboť je to součástí léčby

Volnočasové aktivity: pacientka před hospitalizací chodila na hudební konzervatoř, která ji velice bavila a naplňovala, učila malé děti zpěv a hru na klavír, což teď dělat nemůže a mrzí ji to, během hospitalizace v PN Bohnice čte knihy, které se týkají její nemoci, hraje karty a jiné společenské hry s jejími spolupacienty a poslouchá muziku, pokud zdravotnický personál dovolí, sleduje i televizi

Náhled pacienta na nemoc, důvod hospitalizace (udávaný pacientem): bála jsem se, že si ublížím, slyšela jsem hlasy, které mi vždy říkaly při mém záchvatu vzteku nebo breku, že to mám stejně skončit, a to mě děsilo, dříve jsem chtěla spáchat sebevraždu, ale teď mám nový impulz do života, nemoc je vyčerpávající a zatím s ní neumím pracovat, ale doufám, že mi tady pomůžou, chtěla bych, aby bylo vše jako dřív, dříve mě vše bavilo, naplňovalo, milovala jsem učení malých dětí, šla vidět ta práce, kterou jsem s nimi udělala, ale potom mě začala práce štvát, unavovat a přenášela jsem své emoce na ty malé děti a to si učitel nikdy nesmí dovolit, aby na něm bylo znát, že není v pohodě, a proto bych chtěla být jako dřív, byla jsem chytrá, krásná, úspěšná a teď? Jsem k ničemu, jsem mladá a říkám si, že ostatní holky jsou venku pracují na sobě a já jsem tady, co tomu řeknou moji kamarádi, přítel až se dozví, že jsem skončila v Bohnicích jak nějaký blázen, ale co nadělám, je to prostě tak, doufám, že už to brzy skončí, ale co bude dál? Můžu pak ještě vůbec učit, když jsem byla tady, nevím, co se mnou bude

Spolupráce: pacientka je spolupracující, mluví věcně, srozumitelně, občas se usměje, ale jde z ní cítit nejistota, strach z budoucnosti, kontakt navazuje ochotně, včetně očního kontaktu

Psychiatrická medikace:

Tabulka 1 Trvalá psychiatrická medikace

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Derin	tbl	25 mg	0-0-0-1	antipsychotica
Citalopram-teva	tbl	20 mg	2-0-0	antidepresiva
Lamotrigin actavis	tbl	25 mg	2-0-2	antiepileptica

Zdroj: Autor, 2018

Tabulka 2 Fakultativní psychiatrická medikace

Potíže	Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Pokud pacientka nespí do 2:00 hod	Tiapridal	tbl	100 mg	lze 1x opakovat po 1 hod	antipsychotica
Úzkost, tenze	Rivotril	gtt	2,5 mg/ml	10 gtt, max. 3x/den s odstupem 4 hod	antiepileptica
Masivní tenze	Zyprexa	inj	10 mg	1 amp i.m. max 2x/den s odstupem 6 hod	antipsychotika
Bolest pravého kotníku VAS>3	Dolgit	drm	50 mg/g	namazat dle potřeby, obvázat pravý kotník pro znehybnění, měnit dle potřeby	antirheumatica

Zdroj: Autor, 2018

Poznámky: pacientka před nástupem do PN Bohnice užívala až 15 Neuroolů denně, které zapíjela alkoholem

Sociální oblast

Stav: svobodná, bezdětná

Bydliště: pacientka žije sama v pronajatém bytě, občas ji navštěvuje její partner, možná jen kamarád, pacientka neví, jak ho pojmenovat

Zaměstnání: studentka 6. ročníku hudební konzervatoře v Praze, pracuje jako vedoucí zájmových útvarů pro Dům dětí a mládeže v Praze, učí zpěv a hru na klavír

Pracovní neschopnost: pacientka prozatím nepotřebuje vystavit pracovní neschopnost

Starobní důchod: ne

Invalidní důchod: ne

Omezení svéprávnosti: ne

Poznámky: pacientka bydlí sama v pronajatém bytě, který zvládá platit sama, má jen matku, se kterou vyrůstala bez otce a sourozenců, vztah mezi pacientkou a matkou byl výborný, dokud matka nezavolala PČR a ZZS a kvůli tomu nemohla pacientka odjet s přáteli na hory a to bere jako velkou zradu, pacientka partnera nemá, má zřejmě jen jakéhosi kamaráda, sama přesně neví, jak ho nazvat

Somatická oblast

Aktuální onemocnění: akutní po úrazu kotníku

Alergie: pes, kočky, roztoči, pelyněk, trávy, jablko, rajče, ACC long, Velaxin – zvrací, Nocilin, Clarithromycin

TK: 124/72

P: 72'

TT: 36,4 °C

D: 18/min

Výška: 174 cm

Váha: 69 kg

BMI: 22,8

Důležitá anamnestická data (prodělané nemoci, úrazy, operace, vrozené onemocnění/vady): reflux 3,5 roku na dietě, 2009 mononukleóza, poté častěji nemocná, před 3 lety měla za rok 10x antibiotika na infekty HCD, týden před hospitalizací měla zánět hlasivek, ale obešla se bez atb. po týdnu odeznělo, úraz kolene při lyžování 2005 – artroskopie a plastika předního křížového vazů 2012, 2013 reoperace, úraz hlavy neguje, bezvědomí neguje, červen 2017 pokus o sebevraždu předávkováním léky

Trvalá somatická medikace: 0

Dýchací systém: hrudník souměrný, bez deformit, bez srdečního vyklenutí, prsa bez tvarových odchylek, bradavky bez výtoků, poslechově je dýchání čisté, sklípkové za absence pískotů a vrzotů, počet dechů 18/min, saturace bez podaného kyslíku je 99 %

Oběhový systém: srdeční rytmus pacientky je pravidelný hodnota je 72/min, je velice dobře hmatný na arteria radialis na obou horních končetinách, hodnota tlaku je 124/72 tudíž má pacientka normotenzi, pacientka nemá otoky na dolních končetinách, lýtka jsou nebolestivá a pulzace je dobře hmatná

Zažívací systém: břicho nad úroveň hrudníku, palpačně nebolestivé, poklep je bubínkový a nebolestivý, peristaltika lehce slyšitelná, dieta je číslo 3, příjem tekutin zvládá pacientka per os

Vylučovací systém: pacientka má moč bez známek zápachu, pěny či zákalu, je bez permanentního močového katetru, pacientka netrpí inkontinencí moče ani stolice, vyprazdňování stolice je pravidelné bez obtíží, stolice bez příměsí krve

Pohlavní systém: pravidelný menstruační cyklus, menarche ve 14 letech, pacientka chodí na pravidelné gynekologické prohlídky, datum poslední návštěvy je 4/2017

Pohybový systém: aktivní hybnost všech končetin zachovalá, díky bolesti pravého kotníku po pádu je chůze lehce obtížná, hybnost krční páteře je v normě, končetiny bez tvarových deformit, pacientka je soběstačná, ale udává bolest pravého kotníku intenzity 4 (numerická škála je 0-10), úlevu od bolesti pacientka pocítuje po aplikaci Dolgitu a znehybnění kotníku pomocí obinadel, které jsou ordinovány lékařem

Kůže, kožní adnexa: kůže bez patologických defektů, kožní turgor v normě, prsty bez tvarových odchylek, nehty jsou upravené, žádné chybějící části těla, celkový vzhled pacientky působí upraveně

Nervový systém: pacientka je orientovaná místem, časem, prostorem i osobou, je spolupracující

Smyslové vnímání: pacientka slyší dobře, naslouchátko nenosí, nosí brýle na dálku, zornice jsou izokorické a dobře reagují na světlo, čich, chuť, hmat bez patologie

Bolest: pacientka má bolest na škále bolesti 4 z numerické škály 0-10 v oblasti pravého kotníku po pádu, léčba dle ordinace lékaře účinná

Poznámky: pacientka odpovídá přiléhavě, spolupracuje, i přesto, že je úzkostná

Spirituální oblast

Náboženství, religiózní praktiky: ateistka, nevyznává žádnou víru

Situační analýza ke dni: 12. 2. 2018 pacientka žena, 26 let, byla přijata 16. 1. 2018 na akutní oddělení pavilon č. 26 pro zhoršení psychického stavu, silné deprese, nabádající hlasy k sebevraždě a sama vyhledala odbornou pomoc, je to 2. hospitalizace v PN Bohnice, protože 1. 1. 2018 byla za asistence PČR a ZZS přivezena do PN Bohnice, matka pacientky si nevěděla rady, a proto zavolala PČR a ZZS po zprávách, které dostávala od své dcery, ve kterých pacientka psala, že chce skončit se životem, situace se rapidně zhoršila po propuštění dne 5. 1. 2018, kdy pacientka podepsala revers a šla domů, udává nadužívání alkoholu, kterým zapíjela až 15 Neuroľů denně. 21. 1. 2018 byla přeložena na otevřené oddělení pavilon č. 3, pacientka je vigilní, lucidní, orientovaná místem, časem, prostorem, osobou, orientovaná plně, spolupracující, hypobulie, hypoenergie, auditivní halucinace/nabádající k sebevraždě měla až do 18. 1. 2018 než se její stav začal zlepšovat, chtěla si podřezat žíly či se intoxikovat medikací, neví přesně, nyní bez třesu, pocení, nauzey, malý hematoma na pravém kotníku, protože pacientka upadla 9. 2. 2018 na schodech na oddělení a nyní má zhoršenou pohyblivost, ale chůzi zvládá bez kompenzačních pomůcek, cítí zlepšení jejího stavu, hlasy už neslyší, fyziologické funkce jsou TK 124/72, P 72', TT 36,4 °C, D 18/min, saturace bez podaného kyslíku je 100 %, výška pacientky je 174 cm, váha 69 kg, BMI 22,8, pacientka je upravená, má upravené vlasy, nehty i oblečení, působí trochu úzkostně, ale do chodu oddělení se zapojuje dobře, na komunitě, která probíhá každý den v 9 hod má mírně distancovaný projev, dne 12. 2. 2018 byla prvně zařazena do dynamické psychoterapeutické skupiny, k observaci fungování pacientky v zátěži, na ranní komunitě sdělila, že o víkendu byla na dvou propustkách, byla s matkou, oba dva dny si chválí a doma se také věnovala domácím pracím, také navštívila obchodní centrum Chodov v Praze, kde se dříve cítila úzkostně, ale teď referuje bez rozvoje úzkosti, dále si pochvaluje, že vydržela být doma i sama, na skupinové psychoterapii se pacientka představila, poté se věnujeme sdílení po víkendu, pacientka hovoří hlavně o tom, že jí vše přestalo bavit i učení dětí, které tak milovala, ale nejvíce hovořila o situaci, kdy matka zavolala ZZS a PČR, což vnímá jako podraz, ve skupině se jí daří nahlédnout také na prožívání matky, pacientka má v anamnéze pokus o sebevraždu v červnu 2017 předávkováním léky

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA I TAXONOMIE II 2015-2017 A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ DLE PRIORIT:

Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA INTERNATIONAL, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. 1. české vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

Jsou stanovené všechny ošetrovatelské diagnózy, které byly u pacientky nalezeny 27. den hospitalizace. Jsou rozděleny na aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy. Realizaci jsem prováděla pět dnů od 12. 2. 2018 do 16. 2. 2018 za pomoci i ostatních všeobecných sester a dalšího ošetrovatelského personálu. Hodnocení probíhá po pěti dnech, tzn. 31. den hospitalizace. Zdrojem informací byl rozhovor s pacientkou, která mi veškeré informace poskytla ochotně, dále pak pozorování a využití lékařské a ošetrovatelské dokumentace. Pacientka souhlasila s anonymním zveřejněním jejího případu pro účely naší bakalářské práce.

Ošetrovatelské problémy pacientky s poruchou osobnosti nelze vyřešit během několika dnů, ale tento proces je dlouhodobý, možná i celoživotní. Je zapotřebí nepodceňovat problémy pacientky, její projevy a také sledovat příčinu. Je nutné, aby všeobecné sestry, ale i ostatní zdravotnický personál si všiml nejen verbálního projevu pacientky, ale také její mimiky, gest a neverbální komunikace.

AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY:

00132 AKUTNÍ BOLEST

00148 STRACH

00146 ÚZKOST

00093 ÚNAVA

00124 BEZNADĚJ

00052 ZHORŠENÁ SOCIÁLNÍ INTERAKCE

00198 NARUŠENÝ VZOREC SPÁNKU

00125 BEZMOCNOST

0008 ZHORŠENÁ CHŮZE

00238 ZHORŠENÝ POSTOJ

00126 NEDOSTATEČNÉ ZNALOSTI

00118 NARUŠENÝ OBRAZ TĚLA

00119 CHRONICKY NÍZKÁ SEBEÚCTA

00055 NEEFEKTIVNÍ PLNĚNÍ ROLÍ

00214 ZHORŠENÝ KOMFORT

POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY:

00150 RIZIKO SEBEVRAŽDY

00054 RIZIKO OSAMĚLOSTI

00155 RIZIKO PÁDŮ

00174 RIZIKO OSLABENÍ LIDSKÉ DŮSTOJNOSTI

00058 RIZIKO NARUŠENÍ VZTAHU

00226 RIZIKO NEEFEKTIVNÍHO PLÁNOVÁNÍ AKTIVIT

Ošetrovatelská diagnóza (kód):

Akutní bolest 00132

Doména: 12 - komfort

Třída: 1 - tělesný komfort

Definice: nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně či popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti), náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem

Určující znaky: výraz v obličeji (např. grimasa, zbitý pohled), beznaděj, vyhledávání antalgické polohy, vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti (numerická škála, analogová škála)

Související faktory: fyzikální původci zranění (např. trauma)

Rizikové faktory: 0

Cíl (dlouhodobý, krátkodobý)

Krátkodobý: pacientce se sníží bolest na pravém kotníku do jednoho dne z udávaných VAS 4 na 2

Dlouhodobý: pacientka necítí bolest do 5 dnů od 12. 2. 2018

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

- pacientce klesne bolest z VAS 4 na 2 do jednoho dne
- pacientka bude bez bolesti do pěti dnů
- pacientka se bude cítit komfortněji do pěti dnů
- pacientka bude vědět, jakou antalgickou polohu má zaujmout do jednoho dne

Plán intervencí:

1. proved' důkladné posouzení bolesti včetně lokalizace, charakteru, trvání, závažnosti (0-10) – všeobecná sestra – třikrát za den při podávání léků
2. akceptuj pacientky líčení bolesti, bolest je subjektivní a projev vůči pacientce vstřícnost a přijmi její odpověď na bolest – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
3. pozoruj neverbální projevy pacientky např. způsob chůze nebo také výraz v obličeji – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
4. podávej analgetickou léčbu dle ordinace lékaře – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
5. informuj lékaře v případě, pokud analgetická léčba není účinná – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
6. sleduj základní fyziologické funkce, protože při vysoké intenzitě bolesti obvykle vykazují změny – všeobecná sestra – třikrát za den
7. posuď pacientky znalosti analgetické léčby, co lze od léčby očekávat – všeobecná sestra – první den, dále dle potřeby
8. pobízej pacientku k vyjádření pocitů, které souvisejí s bolestí – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
9. postarej se o klidné prostředí pacientky – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
10. povšimni si, kdy se bolest dostavuje (např. při chůzi) – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
11. usiluj společně s pacientkou o prevenci bolesti – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
12. prober způsoby s pacientkou, jak zmírnit bolest – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace

Realizace:

- pacientku jsem dostala do péče 12. 2. 2018 a pečovala jsem o ní do 16. 2. 2018

12. 2. 2018

- 6:30 hod předaná informace od noční služby o pacientce, která upadla 9. 2. 2018 na schodech s bolestí na pravém kotníku a s hematomem
- 8:30 hod jsem pacientce změřila fyziologické funkce, hodnoty byly TK 126/72, P 72', D 18/min, TT 36,4 °C, pacientce jsem vysvětlila numerickou škálu 0-10 intenzity bolesti, aby mi mohla pacientka sdělit intenzitu bolesti. Pacientka udávala VAS 4 a dle ordinace lékaře při VAS větší než 3 mohu namazat kotník Dolgitem. Pacientce jsem pravý kotník namazala Dolgitem a poté jsem jej stáhla obinadlem pro znehybnění dle ordinace lékaře, pacientce jsem doporučila, aby měla v průběhu dne dolní končetinu ve zvýšené poloze, pokud to situace dovolí, pacientce jsem sdělila, že nemusí mít strach kdykoliv za mnou přijít a mluvit o své bolesti, vše je zapsáno v ošetrovatelské dokumentaci
- 10:15 – 11:45 hod je skupinová psychoterapie, jsem jejím účastníkem a sleduji pacientky neverbální projevy bolesti, pacientka se zdá být spokojená a neprojevuje velké známky intenzity bolesti, dolní končetinu má po celou dobu psychoterapie ve zvýšené poloze
- 12:30 hod jsem pacientce změřila fyziologické funkce, hodnoty byly TK 121/69, P 76', D 21/min, TT 36,5 °C, pacientky jsem se opět zeptala na intenzitu bolesti. Pacientka udávala VAS 4, pravý kotník jsem namazala Dolgitem a opět znehybnila dle ordinace lékaře, vše jsem uvedla do ošetrovatelské dokumentace
- 20:30 hod jsem změřila pacientce fyziologické funkce, hodnoty byly TK 119/71, P 74', D 19/min, TT 36,6 °C, pacientky jsem se zeptala na intenzitu bolesti, pacientka udává VAS 3, a proto není nutná aplikace Dolgitu dle ordinace lékaře, zapsáno v ošetrovatelské dokumentaci
- v průběhu dne jsem hovořila s pacientčinými spolupacienty a požádala jsem je, aby se chovali na pokoji klidně a ohleduplně a dopřáli mé pacientce klid na pokoji, snažila jsem se zajistit klidné prostředí

- pacientku jsem poučila o prevenci bolesti, aby nohu příliš nezatěžovala při ranních rozcvičkách, lékař nabídl pacientce, že se ranních rozcviček účastnit nemusí, ale i přesto pacientka chtěla

13. 2. 2018

- 8:30 hod pacientka udává intenzitu bolesti VAS 2, bez aplikace Dolgitu, znehybnění kotníku je i nadále, pacientka zvládá udávat intenzitu bolesti na numerické škále, fyziologické funkce již není nutné měřit, zapsáno v ošetřovatelské dokumentaci
- 10:15 – 11:45 hod je skupinová psychoterapie a já se jí účastním, pacientka je klidná, dolní končetinu má ve zvýšené poloze, bez neverbálních projevů bolesti, pacientka zná antalgické polohy
- 12:30 hod pacientka udává VAS 2, bez aplikace Dolgitu, znehybnění kotníku pokračuje i nadále, zapsáno v ošetřovatelské dokumentaci
- 20:30 hod pacientka udává VAS 1-2, zapsáno v ošetřovatelské dokumentaci a informovala jsem lékaře o účinku analgetické léčbě

14. 2. 2018

- 8:30 hod pacientka udává VAS 1, sdělila, že je to spíše nepříjemné než bolestivé, neomezující, kotník jsem převázala novým obinadlem, zapsáno v ošetřovatelské dokumentaci
- 12:30 hod pacientka udává VAS 1, zapsáno v ošetřovatelské dokumentaci

15. 2. 2018

- 8:30 hod pacientka udává VAS 1, zapsáno v ošetřovatelské dokumentaci
- 12:30 hod pacientka udává VAS 1, zapsáno v ošetřovatelské dokumentaci

16. 2. 2018

- 8:30 hod pacientka udává VAS 0, zapsáno v ošetřovatelské dokumentaci

Hodnocení:

- krátkodobý cíl byl splněn
- dlouhodobý cíl byl splněn
- pacientka se cítí dobře, komfortněji, protože nepocítuje bolest

Ošetrovatelská diagnóza (kód):

Strach 00148

Doména: 9 – zvládnutí/tolerance zátěže

Třída: 2 – reakce na zvládnutí zátěže

Definice: reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí

Určující znaky: snížená sebejistota, pocítuje strach, tréma, napětí svalů, pocítuje obavy, zvýšené napětí, snížená schopnost řešit problémy, identifikuje předmět strachu, sucho v ústech, únava

Související faktory: neznámé prostředí, přirozená reakce na stimuly (např. náhlý hluk, obavy z budoucnosti)

Rizikové faktory: 0

Cíl (dlouhodobý, krátkodobý):

Krátkodobý: pacientka bude mluvit o svých pocitech strachu a bude udávat z čeho strach plyne a tím se její strach sníží do pěti dnů

Dlouhodobý: pacientka při propuštění z nemocnice nebude pocítovat strach

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

- pacientka dokáže mluvit o svých pocitech strachu a bude umět odlišit zdravý strach od nezdravého do pěti dnů
- pacientka bude vědět z čeho její strach plyne do pěti dnů

- při ukončení hospitalizace pacientka nebude prožívat pocity strachu
- pacientka má dostatek informací o průběhu léčby každý den

Plán intervencí:

1. povšimni si stupně ochromení strachem (např. ztuhlost, neschopnost zapojit se do režimu léčebného) – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
2. buď pacientce nablízku nebo zařid' přítomnost někoho jiného, protože osamělost může zvyšovat hladinu strachu – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
3. aktivně naslouchej obavám pacientky – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
4. poskytni pacientce informace v ústní či písemné podobě o průběhu hospitalizace, dalším vyšetření, mluv v jednoduchých větách, pomalu, klidně a tím usnadni pochopení informací – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
5. dej prostor pacientce, aby mohla klást otázky a upřímně odpovídej – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
6. povzbuzuj pacientku ke kontaktu s dalšími hospitalizovanými – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
7. rozpoznej normálnost strachu – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
8. dej pacientce najevo, že je odpovědná za řešení problémů, ale podpoř ji tím, že je tvoje pomoc na blízku – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
9. nauč pacientku relaxaci a podobným technikám – všeobecná sestra – v průběhu hospitalizace
10. pobídni pacientku, aby si připravila ranní rozcvičku – všeobecná sestra – jedenkrát v průběhu hospitalizace

Realizace:

12. 2. 2018

- 8:30 hod jsem při podávání ranních léků vnímala, že je pacientka mírně nervózní, mnula si ruce, byla lehce zpocená, byla vystrašená, ale její strach se neprojevoval ztuhlostí ani neschopností se zapojit do léčebného režimu, sdělila mi, že má strach z nové skupiny lidí, kterou pozná na dnešní skupinové psychoterapii, kterou dnes absolvuje poprvé, pacientce jsem sdělila, jak to v nové skupinové psychoterapii chodí, že je paní psycholožka velice příjemná a hodná
- 10:15 hod začíná skupinová psychoterapie a abych byla pacientce nablízku, absolvovala jsem psychoterapii s ní, protože to byla první psychoterapie v nové skupině a pacientka z toho měla obavy
- 11:45 hod je konec skupinové psychoterapie kde se pacientka představila, ale komunikovat více nechtěla
- 12:30 hod při podávání polední medikace jsem pacientce poskytla prostor pro otázky, ty jsem plně zodpověděla, odpovídala jsem klidně v jednoduchých větách, aby pacientka mé odpovědi plně chápala
- 14:30 hod probíhá nácvik relaxačního cvičení a pacientka se ho účastní a učí se, jak relaxovat
- 20:30 hod po podání večerní medikace jsem pacientku vybídla k tomu, aby si na páteční den připravila rozcvičku, aby se tím zapojila do léčebného režimu, informovala jsem ji o dalším dnu, jak bude skupinová psychoterapie vypadat a že není nutné se jí obávat

13. 2. 2018

- 8:30 hod byla pacientka méně nervózní než předešlý den, na skupinovou psychoterapii se těšila
- 10:15 hod je skupinová psychoterapie, kde pacientka začíná hovořit o jejím vztahu s matkou a projevuje strach z budoucnosti z toho co bude až ji propustí z nemocnice, pacienti se jí snaží podpořit svými zkušenostmi

12. 2.-16. 2. 2018

- jsem se snažila jsem se během hospitalizace průběžně pacientce vysvětlit, že její léčba bude určitě úspěšná a musí se snažit udělat vše proto, aby tomu tak bylo
- pacientku jsem po celou dobu hospitalizace pobízela k tomu, aby začala aktivně spolupracovat a komunikovat se svými spolupacienty
- pacientce jsem průběžně během hospitalizace poskytla prostor na dotazy a snažila jsem se na ně přiměřeně odpovědět, aby pacientka mé odpovědi chápala
- v době, kdy jsem měla pacientku v péči jsem dbala na to, abych byla pacientce nablízku kdykoliv by potřebovala

16. 2. 2018

- 7:45 hod si pacientka připravila rozcvičku pro ostatní pacienty

Hodnocení:

- krátkodobý cíl byl úplně splněn
- dlouhodobý cíl nebyl splněn, neboť pacientka je stále hospitalizovaná a intervence přetrvávají - 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- pacientka chápe příčiny strachu a dokáže o nich hovořit už od druhého dne, poprvé o nich začala hovořit na druhé skupinové psychoterapii, která proběhla 13. 2. 2018
- pacientka má dostatek informací o průběhu léčby a režimových opatřeních, které jsou jí poskytovány denně
- pacientka chápe, že musí spolupracovat, aby její léčba byla úspěšná
- pacientka si dne 16. 2. 2018 připravila rozcvičku a dostalo se jí velké podpory ze strany ostatních pacientů a tím opadl strach z posměchů, pacientka měla dobrý pocit z připravené rozcvičky

Ošetřovatelská diagnóza (kód):

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:

Behaviorální – obavy ze změny v životě, neklid

Emoční – strach, nervozita, nejistota, obavy, úzkostlivost

Tělesné – napětí v obličeji, zvýšené napětí

Nervus sympathicus – sucho v ústech, bušení srdce

Nervus parasympathicus – únava, změna vzorce spánku

Kognitivní – snížená schopnost učit se

Související faktory: stresory, významná změna, neuspokojivé potřeby

Rizikové faktory: 0

Cíl (dlouhodobý, krátkodobý)

Krátkodobý: pacientka zná příčiny své úzkosti do pěti dnů

Dlouhodobý: pacientka nebude pociťovat úzkost při ukončení hospitalizace

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

- pacientka dokáže identifikovat příčiny své úzkosti do pěti dnů
- pacientka bude mít dostatek informací o průběhu léčby, každý den
- pacientka dokáže při své úzkosti využít relaxační techniky, které se učí každý den při autogenním tréninku a relaxačním cvičení
- pacientka efektivně využívá všechny druhy pomoci od personálu a podpory od personálu a spolupacientů každý den

Plán intervencí:

1. udělej si přehled o rodinných i zdravotních faktorech, které mohou u pacientky vyvolávat úzkost – všeobecná sestra – do jednoho dne
2. snaž si s pacientkou vytvořit terapeutický vztah vstřícnosti a respektu – všeobecná sestra – do jednoho týdne
3. buď pacientce k dispozici, naslouchej a hovoř s ní – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
4. akceptuj pacientku takovou, jaká je – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
5. na chování pacientky nikdy nereaguj osobně, protože to může způsobit jen zhoršení situace – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
6. postarej se o harmonické prostředí a vyvolávej u pacientky pocit bezpečí – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
7. podávej pravidelně medikaci dle ordinace lékaře a vše zapiš do ošetrovatelské dokumentace – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
8. věnuj pozornost účinkům lékům, které byly podány dle ordinace lékaře – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
9. sleduj psychický stav a zapiš do ošetrovatelské dokumentace – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
10. sleduj společně s pacientkou co u ní vyvolává pocity úzkosti – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
11. pouč pacientku o důležitosti nácviku relaxačních metod a technik – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace

Realizace:

12. 2. 2018

- 8:30 hod podána pravidelná ranní medikace Citalopram-teva 2 tbl., Lamotrigin actavis 2 tbl. dle ordinace lékaře, pacientka je klidná, spolupracující, vše jsem zapsala do ošetrovatelské dokumentace

- 12:45 hod jsem s pacientkou probírala rodinnou anamnézu, abych si udělala přehled o jejím životě a její rodině, pacientka mi sdělila, že jí stresuje nynější vztah s matkou, který byl výborný, dokud na ni nezavolala PČR a ZZS, snažila jsem se chápat pacientky pocity a respektovala jsem to, jak celou situaci popisovala, vysvětlila jsem pacientce důležitost relaxačních technik, aby se cvičení zúčastnila
- 20:30 hod podána pravidelná večerní medikace Lamotrigin actavis 2 tbl., dle ordinace lékaře, pacientka klidná, spolupracující, vše uvedeno v ošetrovatelské dokumentaci
- 21:00 hod nácvik relaxace

13.- 16. 2. 2018

- 13. 2. 2018 v 10:15 hod pacientka navštívila druhou skupinovou psychoterapii kdy se řeší její vztah s matkou, skupina dává pacientce zpětné reakce a uvědomuje si, že ji matka má stále ráda, prožívá úzkost, když přemýšlí nad jejich aktuálním vztahem
- medikace je pořád totožná s prvním dnem ošetrovatelské péče, takže jsem podávala medikaci dle ordinace lékaře a vše je uvedeno v ošetrovatelské dokumentaci
- po podání léků jsem sledovala jejich účinky a obeznámila jsem s tím lékaře, že je pacientka klidná, vyrovnaná a spolupracující
- během pěti dnů, kdy jsem pečovala o svou pacientku jsem se snažila vytvořit dobrý terapeutický vztah, aby se pacientka nebála mi cokoli sdělit
- po celou dobu hospitalizace jsem respektovala povahu mé pacientky a na její chování jsem reagovala adekvátně, nezaujatě, aby neměla pocit, že je to osobní
- po celou dobu hospitalizace jsem se snažila zajistit harmonické prostředí pro pacientku, společně jsme nakreslily obrázek, který si pacientka pověsila nad postel
- po celou dobu hospitalizace jsem monitorovala pacientky psychický stav a zapsala jsem vše do ošetrovatelské dokumentace

Hodnocení:

- krátkodobý cíl byl splněn, pacientka ví odkud její úzkost pramení, především z jejího vztahu s matkou
- dlouhodobý cíl nesplněn, neboť pacientka je stále hospitalizovaná a intervence přetrvávají - 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- pacientka dokázala identifikovat spouštěč úzkosti
- pacientka má dostatek informací po celou dobu hospitalizace a vše plně chápe
- pacientka se naučila relaxačním technikám a zná jejich důležitost, ale i nadále je nutné se učit novým relaxačním metodám

Ošetrovatelská diagnóza (kód):

Riziko sebevraždy 00150

Doména: 11 – bezpečnost/ochrana

Třída: 3 – násilí

Definice: náchylnost k život ohrožujícímu zranění způsobenému sebou samým

Určující znaky: 0

Související faktory: 0

Rizikové faktory:

Behaviorální – výrazná změna v plnění školních povinností, pokus o sebevraždu v anamnéze

Psychogenní – psychiatrická porucha

Situační – přemístění

Sociální – bezmocnost, beznaděj, sociální izolace od rodiny a přátel

Cíl (dlouhodobý, krátkodobý)

Krátkodobý: pacientka nevykoná pokus o sebevraždu do dvou týdnů

Dlouhodobý: pacientka nebude mít myšlenky na sebevraždu při propuštění z nemocnice

Priorita: vysoká

Očekávané výsledky:

- pokud bude mít pacientka myšlenky na sebevraždu, sdělí to zdravotnickému personálu do jednoho týdne
- pacientka nebude mít sebevražedné tendence do pěti dnů

Plán intervencí:

1. zkontroluj pacientce osobní věci a všechny nebezpečné věci se souhlasem pacientky dej na bezpečné místo a vše zapiš do ošetrovatelské dokumentace – všeobecná sestra – do jednoho dne
2. pouč pacientku o nutnosti sdělení sebevražedných myšlenek a o spolupráci – všeobecná sestra – do jednoho dne
3. podávej medikaci dle ordinace lékaře a posud' účinnost medikamentů a sděl jej lékaři a vše zapiš do ošetrovatelské dokumentace – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
4. sleduj psychický stav pacientky a zapiš do ošetrovatelské dokumentace – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
5. sepiš s pacientkou NGASR – riziko TS a výsledek sděl lékaři – všeobecná sestra – do jednoho dne

Realizace:

12. 2. 2018

- 8:30 hod jsem pacientce podala ranní medikaci dle ordinace lékaře Citalopram-
teva 2 tbl. a Lamotrigin actavis 2 tbl., po podání léků jsem s pacientkou sepsala
NGASR – riziko TS a pacientce vyšlo 12 bodů, což znamená vysoké riziko, to
jsem oznámila lékaři a zapsala do ošetrovatelské dokumentace, zvýšený dohled
na pacientku
- 10:00 hod společně s pacientkou jsem prohledala její osobní věci, abych ji zbavila
nebezpečných předmětů a se souhlasem pacientky jsem uložila na bezpečné místo

nůžky na nehty a vše jsem zapsala do ošetrovatelské dokumentace, pacientce jsem sdělila, jak moc je důležitá spolupráce a aby se nám nebála sdělit, že má sebevražedné myšlenky

- 20:30 hod jsem podala večerní medikaci Lamotrigin actavis dle ordinace lékaře a zapsala jsem do ošetrovatelské dokumentace

12. 2.-16. 2. 2018

- po celou dobu hospitalizace jsem pravidelně sledovala její psychický stav a vše jsem zapsala do ošetrovatelské dokumentace

Hodnocení:

- krátkodobý cíl byl splněn částečně, pacientka je stále hospitalizovaná a je nutné nadále dodržovat intervence - 2, 3, 4
- dlouhodobý cíl zatím splněn nebyl, neboť je pacientka stále hospitalizovaná a intervence přetrvávají - 2, 3, 4

Zhodnocení ošetrovatelské péče ke dni 16. 2. 2018

Pacientka M. S. byla přijata 16. 1. 2018 pro zhoršení stavu, hlasy nabádající k sebevraždě a byla přijata do PN Bohnice na akutní oddělení pavilon č. 26, kde pacientka strávila 5 dní. 21. 1. 2018 byla přeložena na otevřené oddělení pavilon č. 3 pro emočně nestabilní poruchu osobnosti.

V současné době je pacientka hospitalizovaná 1 měsíc. U pacientky během sledovaného období 12.-16. 2. 2018 jsme našli 15 aktuálních ošetrovatelských diagnóz a 6 potenciálních ošetrovatelských diagnóz, ze kterých jsme podrobněji vypracovali 3 aktuální ošetrovatelské diagnózy a 1 potenciální ošetrovatelskou diagnózu. U vypracovaných diagnóz jsme si určili krátkodobý a dlouhodobý cíl, očekávané výsledky a také intervence, které jsme se snažili během realizace naplňovat. Pacientka byla informována o průběhu léčby.

Jako první ošetrovatelskou diagnózu jsme rozpracovali akutní bolest, neboť pacientka 9. 2. 2018 upadla na schodech a měla bolest na pravém kotníku. Stanovili jsme si cíle, očekávané výsledky a intervence, které jsme dodržovali. Krátkodobý i dlouhodobý cíl byl splněn a pacientka je nyní bez bolest udává VAS 0. Pacientka se cítí lépe a komfortněji.

Druhá aktuální diagnóza se týkala strachu. Pacientka měla strach z nové skupinové psychoterapie, které proběhla 12. 2. 2018. Měla obavy z nových lidí a z nové psychoterapeutky, ale už po první skupinové psychoterapii z pacientky strach opadl. Druhý den neprožívala tolik strachu a na druhé skupinové psychoterapii udávala, že se bojí toho, co nastane až ji propustí, měla obavy, že to nezvládne se zařadit zpět do života. Tím byl krátkodobý cíl splněn, neboť pacientka začala mluvit o svých pocitech strachu a věděla z čeho její strach plyne už druhý den naší ošetrovatelské péče. Cíl dlouhodobý je nesplněný, protože je pacientka stále hospitalizovaná a je třeba dodržovat i nadále intervence, které jsme si stanovili. Pacientka novou skupinu lidí, které poznala na skupinové psychoterapii snáší již velice dobře a je bez obav. Pacientku jsme se snažili zapojit co nejvíce do chodu oddělení a pacientka si 16. 2. 2018 připravila i rozcvičku pro další pacienty.

Věnovali jsme se také problému s úzkostí. Jako krátkodobý cíl jsme si stanovili, že pacientka bude znát příčiny své úzkosti do pěti dnů. Tento cíl se nám podařilo splnit, neboť na druhé skupinové psychoterapii pacientka začala hovořit o vztahu s matkou, který ji trápí a sdělila spolupacientům, že je to pro ni stresující a prožívá úzkosti, když na to myslí. Tzn., že pacientka ví odkud její úzkost pramení. Cíl dlouhodobý splněn nebyl, protože je pacientka stále hospitalizovaná a je třeba dále dodržovat intervence. Pacientka zná relaxační techniky, aby se zbavila stresu a využívá je účelně. Pacientce jsme poskytovali dostatek informací během hospitalizace.

U pacientky jsme se zaměřili na riziko sebevraždy už kvůli její diagnóze, ale také proto, protože pacientka měla v anamnéze pokus o sebevraždu v červnu 2017. Krátkodobý cíl, který jsme si stanovili byl splněn částečně, protože pacientka je stále hospitalizovaná a je zapotřebí i nadále dodržovat intervence. Dlouhodobý cíl je prozatím nesplněn, protože pacientka nadále zůstává hospitalizovaná a je nutné intervence dodržovat.

Pacientka je v současné době stále hospitalizovaná. Projevuje velkou snahu v zapojení se do chodu oddělení, aktivně se účastní všech psychoterapií, centrálních dílen a relaxačních cvičení. V rámci propustek se pacientka snaží zapojit do běžného života, uklízí doma, a dokonce navštívila i centrum Chodov v Praze, kde dříve byla úzkostná. Pacientka se usměvavá, klidná a spolupracující.

4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě poznatků z odborné praxe v PN Bohnice, odborné literatury a také informací od zdravotnického personálu v PN Bohnicích přinášíme několik rad pro samotné pacienty, jejich rodinné příslušníky a také pro zdravotnický personál.

Doporučení pro pacienty:

- aktivně dodržovat denní řád oddělení
- pravidelně a včas docházet na individuální, skupinové psychoterapie
- po celou dobu hospitalizace platí přísný zákaz užívání alkoholu včetně nealkoholického piva, zákaz platí na oddělení, ale i v době propustek, užívání tabáku je povolené
- na oddělení 3 je součástí léčby ranní rozcvička, komunita a aktivity v areálu v PN Bohnice
- neužívat léky bez lékařského souhlasu
- po celou dobu hospitalizace je požadováno dodržování pravidel slušného chování, platí zákaz finančních půjček a hraní hazardních her mezi pacienty
- uvědomit si důvod hospitalizace a aktivně na sobě pracovat

Doporučení pro rodinné příslušníky:

- podporovat pacienta po celou dobu hospitalizace
- dodržovat návštěvní hodiny, aby se nerušil chod oddělení
- pravidelně komunikovat se zdravotnickým personálem o pacientovo stavu, pokud pacient dovolí
- nesoudit pacienta podle jeho chování a respektovat jeho činy

Doporučení pro zdravotnický personál:

- aktivně naslouchat pacientovi
- podílet se na jeho léčbě
- vytvořit si s pacientem dobrý terapeutický vztah

- být trpělivý, pravdomluvný, laskavý a empatický
- vyhnout se protipřenosu a ke každému pacientovi se chovat stejně
- vybízet ho k aktivní komunikaci na komunitách, terapiích
- nemluvit o pacientovi jako o poruše, ale vnímat ho jako celek
- aktivně se zapojovat do sesterského klubu a vymýšlet zábavné hry pro pacienty

Výstupním materiálem bakalářské práce na téma Ošetrovatelský proces u pacienta s poruchou osobnosti je **„Desatero pro pacienty, kteří nastupují do denního stacionáře“** - viz Příloha H

ZÁVĚR

Bakalářská práce se věnovala poruše osobnosti a ošetrovatelské péči o pacientku, která trpěla tímto onemocněním. Cílem teoretické části bylo shrnout poznatky, které se této problematice věnují. Zmínili jsme pojem osobnost, blíže jsme určili specifické poruchy osobnosti, věnovali jsme se klinickým příznakům, péči o pacienty, kteří trpí tímto psychiatrickým onemocněním a také léčbě v podobě farmakoterapie, skupinové psychoterapie, kognitivně behaviorální terapie a autogennímu tréninku. Cílem praktické části bylo zpracování ošetrovatelského procesu u pacienta s poruchou osobnosti. Na základě rozhovoru s pacientkou, informací od zdravotnického personálu a především vyplněním měřicích škál jsme určili ošetrovatelské diagnózy, a to aktuální a potenciální. Stanovili jsme si cíle a očekávané výsledky a dle intervencí jsme se je snažili splnit. Cíle bakalářské práce byly splněny.

Léčba poruch osobnosti je otázkou několika týdnů ba i měsíců. Je to proces dlouhodobý ne-li celoživotní a velice náročný. Je zapotřebí si s pacientem vytvořit dobrý terapeutický vztah plný důvěry, aby průběh hospitalizace probíhal hladce. Spolupráce mezi lékařem, terapeutem, psychologem, ošetrovatelským personálem i samotným pacientem je nezbytně nutná pro úspěšnou léčbu, kde se také musí stanovit správný léčebný postup, který je vhodný pro daného pacienta. Je nutné ke každému pacientovi přistupovat individuálně a respektovat jeho potřeby. Zdravotnický personál by měl být profesionální, a proto by se měl vyhnout stigmatizaci psychiatrických pacientů.

Myslíme, že jsme bakalářskou prací potvrdili to, jak je práce na psychiatrickém oddělení náročná nejen fyzicky, ale především psychicky. I přesto, že je psychiatrie trochu opomíjena jinými lékařskými obory, je to obor velice zajímavý a obdivuhodný.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BRUCHOVÁ, Hilde, 2017. *Učíme se psychoterapii*. 1. vydání. Praha: Triton. ISBN 978-80-7553-447-7.
- CAKIRPALOGLU, Panajotis, 2012. *Úvod do psychologie osobnosti*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4033-1.
- DEETJENS, Marie-Chantal, 2014. *Citová závislost: jak se z ní vymanit*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0588-3.
- DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4826-9.
- FARKOVÁ, Marie, 2008. *Vybrané kapitoly z psychologie*. 2. vydání. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. ISBN 978-80-86723-64-8.
- FREEMAN, Daniel, Jason FREEMAN a Philippa GARETY, 2015. *Podezřívavost a paranoidní myšlenky: jak jim porozumět a překonat je*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0810-5.
- GABRIEL, Josef, Michal KAŠPAR a Tomáš VANĚK, 2014. *Kam jdou lidé s nemocnou duší*. 1. vydání. Praha: Dobré místo. ISBN 978-80-260-6746-7.
- GRAMBAL, Aleš, Ján PRAŠKO a Petra KASALOVÁ, 2017. *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5796-4.
- GUNDERSON, John G. and Paul S. LINKS, 2008. *Borderline Personality Disorder*. Second Edition. American Psychiatric Publishing. ISBN 978-1-58562-335-8.
- HUGO, Jan, Martin VOKURKA a Markéta FIDLEROVÁ a kol., 2016. *Slovník lékařských zkratk*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-519-4.
- KAST, Verena, 2012. *Úzkost a její smysl*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0160-1.
- KUČEROVÁ, Helena, 2013. *Psychiatrické minimum*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4733-0.
- LÁTALOVÁ, Klára, 2013. *Agresivita v psychiatrii*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4454-4.

LÁTALOVÁ, Klára, Dana KAMARÁDOVÁ a Ján PRAŠKO, 2015. *Suicidialita u psychických poruch*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4305-9.

LIGA LIDSKÝCH PRÁV, 2015. *Nedobrovolná hospitalizace psychiatrických pacientů v ČR*. Liga lidských práv. ISBN 978-80-87414-25-5.

LÜTZ, Manfred, 2017. *Kdo je tu vlastně blázen? Zábavný úvod do psychiatrie a psychoterapie*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1203-4.

NANDA INTERNATIONAL, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. 1. české vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

NEENAN, Michael a Stephen PALMER, 2015. *Kognitivně-behaviorální koučink v praxi: přístup založený na důkazech*. Brno: Motiv Press. ISBN 978-80-87981-14-6.

NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2017. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci: text pro posluchače zdravotnických oborů*. 4. doplněné vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-905728-1-2.

OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO, 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5199-3.

OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO, 2017. *Generalizovaná úzkostná porucha v klinické praxi*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5822-0.

OREL, Miroslav a kol., 2016. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5516-8.

PAPEŽOVÁ, Hana a kol., 2014. *Naléhavé stavy v psychiatrii*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-425-8.

PEŠEK, Roman, Ján PRAŠKO a Petr ŠTÍPEK, 2013. *Kognitivně behaviorální terapie v praxi: pro terapeuty, studenty a poučené laiky*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0501-2.

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

PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ et al., 2013. *Psychiatrie v primární péči*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2798-4.

- PRAŠKO, Ján a kol., 2015. *Poruchy osobnosti*. 3. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0900-3.
- RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ, 2012. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vydání. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-582-4.
- RÖHR, Heinz-Peter, 2009. *Hysterie – strach z odmítnutí*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-607-0.
- RÖHR, Heinz-Peter, 2011. *Závislé vztahy: léčba a uzdravení závislé poruchy osobnosti*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-853-1.
- RÖHR, Heinz-Peter, 2012. *Hraniční porucha osobnosti: vznik poruchy, průběh a možnosti jejího překonání*. 3. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0311-7.
- RÖHR, Heinz-Peter, 2016. *Narcismus – vnitřní žalář: vznik poruchy, průběh a možnosti jejího překonání*. 3. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1080-1.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0225-7.
- VIERS, Dawn, 2011. *Aktivity pro skupinovou psychoterapii*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-790-9.
- VÍCHOVÁ, Veronika, 2016. *Autogenní trénink a autogenní terapie: relaxace, která pomáhá*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0999-7.
- VOKURKA, Martin a Jan HUGO a kol., 2015. *Praktický slovník medicíny*. 11. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-464-7.
- YEOMANS, Frank E., John F. CLARKIN and Otto F. KERNBERG, 2015. *Transference – focused psychotherapy for borderline personality disorder*. First edition. American Psychiatric Association. ISBN 978-1-58562-437-9

PŘÍLOHY

Příloha A – Měřicí metody/škály	I
Příloha B – Beckova stupnice hodnocení depresivních příznaků	II
Příloha C – ADL – aktivity denního života	VI
Příloha D – IADL – test instrumentálních denních činností	VIII
Příloha E – Broset Violence Checklist – riziko agrese	X
Příloha F – NGASR – riziko TS	XI
Příloha G – Harmonogram oddělení 3 PN Bohnice	XII
Příloha H – Desatero pro pacienty, kteří nastupují do denního stacionáře	XIV
Příloha I – Čestné prohlášení	XV
Příloha J – Rešeršní protokol	XVI

Příloha A – Měřicí metody/škály

Měřicí metody/škály

- Beckova stupnice hodnocení depresivních příznaků (BDI – I)
- Hodnocení závislosti v aktivitách denního života - ADL
- Hodnocení závislosti v instrumentálních aktivitách denního života - IADL
- Broset Violence Checklist – hodnocení rizika agrese
- NGASR (Nurses Global Assessment of Suicide Risk) – hodnocení rizika TS

Příloha B – Beckova stupnice hodnocení depresivních příznaků

Beckova stupnice hodnocení depresivních příznaků

01. Nálada

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

02. Pesimismus

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

03. Pocit neúspěchu

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

04. Neuspokojení z činnosti

- 0 - nejsem nijak zvlášť nespokojený
- 1 - nemám z věcí takové potěšení, jako jsem mívával
- 2 - už mne netěší skoro vůbec nic
- 3 - ať dělám cokoli, nevzbudí to ve mně sebemenší potěšení

05. Vína

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

06. Nenávisť k sobě samému

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

07. Myšlenky na sebevraždu

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

08. Sociální izolace

- 0 - neztratil jsem zájem o lidi a okolí
- 1 - mám poněkud menší zájem o společnost lidí než dříve
- 2 - ztratil jsem většinu zájmu o lidi a jsou mi lhostejní
- 3 - ztratil jsem veškerý zájem o lidi a nechci s nikým nic mít

09. Nerozhodnost

- 0 - dokážu se rozhodnout v běžných situacích

- 1 - někdy mám sklon odkládat svá rozhodnutí
- 2 - rozhodování v běžných věcech mi dělá obtíže
- 3 - vůbec v ničem se nedokážu rozhodnout

10. Vlastní vzhled

- 0 - vypadám stejně jako dříve
- 1 - mám starosti, že vyhlížím staře nebo neatraktivně
- 2 - mám pocit, že se můj zevnějšek trvale zhoršil, takže vypadám dosti nepěkně
- 3 - mám pocit, že vypadám hnusně až odpudivě

11. Potíže při práci

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

12. Únava

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

13. Nechutenství

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

Hodnocení

Norma: do 8 až 9 bodů

Lehká až střední deprese: 9 až 24 bodů

Těžká deprese: 25 bodů a více

12 bodů

Příloha C – ADL – aktivity denního života

ADL – aktivity denního života

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Koupání	Samostatně nebo s pomocí	5
	Neprovede	0
Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	5
	Neprovede	0
Kontinence moči	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Trvale inkontinentní	0
Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0
Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15

	S pomocí 50 metrů	10
	Na vozíku 50 metrů	5
	Neprovede	0
Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	neprovede	0

100 bodů

Hodnocení stupně závislosti

Vysoce závislý: 0 – 40 bodů

Závislost středního stupně: 45 – 60 bodů

Lehká závislost: 65 – 95 bodů

Nezávislý: 96 – 100 bodů

Příloha D – IADL – test instrumentálních denních činností

IADL - test instrumentálních denních činností

Činnost	Zvládnutí činností	Body
Telefonování	Vyhledá samostatně číslo, vytočí ho	10
	Zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	Nedokáže používat telefon	0
Transport	Cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
	Cestuje s doprovodem jiné osoby	5
	Cestuje v speciálně upraveném dopravním prostředku	0
Nakupování	Je schopný si samostatně nakoupit	10
	Nakoupí s doprovodem nebo radou jiné osoby	5
	Neschopný bez podstatné pomoci	0
Vaření	Uvaří samostatně celé jídlo	10
	Jídlo si ohřeje	5
	Jídlo musí připravit jiná osoba	0
Domácí práce	Udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	10
	Vykoná lehčí práci nebo neudrží přiměřenou čistotu	5
	Potřebuje pomoc při většině prací nebo nedělá žádné práce v domácnosti	0
Práce kolem domu	Vykonává samostatně a pravidelně	10
	Vykonává pod dohledem	5
	Vyžaduje pomoc, práci nevykoná	0
Užívání léků	Samostatně bere v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků	10
	Užívá léky, když jsou připravené a připomenuté	5
	Léky musí podávat jiná osoba	0
Finance	Spravuje samostatně, platí účty, pozná příjmy a výdaje	10
	Zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
	Neschopný bez pomoci nakládat s penězi	0

Hodnocení stupně závislosti

Závislý: 0 – 40 bodů

Částečně závislý: 41 – 75 bodů

Nezávislý: 76 – 80 bodů

40 bodů

Pacientka redoláři cestoval sama, jen autem na doprovodu
matky, přátel.

Příloha E – Broset Violence Checklist – riziko agrese

Broset Violence Checklist – riziko agrese

Kritérium	Body
Zmatenost	0 1
Podrážděnost	0 1
Výbušnost	0 1
Slovní vyhrožování	0 1
Agrese vůči věcem	0 1

Hodnocení

Při přítomnosti dvou a více rizikových faktorů je vysoké riziko agresivního chování v následujících 24 hodinách.

Příloha F – NGASR – riziko TS

NGASR – riziko TS

Kritérium	Body
Beznaděj	3
Deprese a ztráta zájmu a potěšení	3
Plán spáchat sebevraždu	3
Aktuální ztráta blízkého nebo rozpad vztahu	3
Sebevražedný pokus v anamnéze	3
Přítomnost stresových událostí	1
Perzekuční hlasy (kritizující, nadávající, příkazující apod.) a přesvědčení (pronásledování, ohrožování, ovlivňování na dálku)	1
Vážné duševní problémy nebo sebevražda v rodinné anamnéze	1
Varovné známky sebevražedného záměru	1
Psychóza v anamnéze	1
Ztráta manželky/manžela nebo životního partnera	1
Známky sociálního stažení	1
Socioekonomické strádání v anamnéze	1
Užívání alkoholu nebo jiných toxických látek v anamnéze	1
Přítomnost terminálního onemocnění	1

12

Hodnocení

Nízké riziko: 5 a méně bodů

Střední riziko: 6 – 11 bodů

Vysoké riziko: 12 a více bodů

Příloha G – Harmonogram oddělení 3 PN Bohnice

HARMONOGRAM ODDĚLENÍ 3

čas	PONDĚLÍ	ÚTERÝ	STŘEDA	ČTVRTEK	PÁTEK	čes	SOBOTA	NEDELE
7:00	budíček	budíček	budíček	budíček	budíček	7:30	budíček	budíček
7:15	ranní hygiena, úprava lůžek	ranní hygiena, úprava lůžek	ranní hygiena, úprava lůžek	ranní hygiena, úprava lůžek	ranní hygiena, úprava lůžek	7:30	ranní hygiena, úprava lůžek	ranní hygiena, úprava lůžek
7:45	rozcvička	rozcvička	rozcvička	rozcvička	rozcvička	8:00	Snídaně	snídaně
8:00	snídaně	snídaně	snídaně	snídaně	snídaně	8:45	podávání léků	podávání léků
8:30	podávání léků porada spolusprávy s personálem	podávání léků porada spolusprávy s personálem	podávání léků porada spolusprávy s personálem	podávání léků porada spolusprávy s personálem	podávání léků porada spolusprávy s personálem	9:00	ranní komunita	ranní komunita
8:45						10:00	Výměna ložního prádla	Výměna ložního prádla
9:00						10:00	osobní volno, v rámci kterého je možnost návštěv a vycházek	osobní volno, v rámci kterého je možnost návštěv a vycházek
9:45	ranní komunita	ranní komunita	ranní komunita	ranní komunita	ranní komunita	12:00	Oběd	oběd
10:15	Pohovory, vyšetření	Pohovory, vyšetření	Pohovory, vyšetření	Pohovory, vyšetření	Pohovory, vyšetření	12:30	podávání léků	podávání léků
10:15	Terapeutický program (skupiny)	Terapeutický program (skupiny)	Terapeutický program (skupiny)	Terapeutický program (skupiny)	Terapeutický program (skupiny)	13:00	osobní volno, v rámci kterého je možnost návštěv a vycházek	osobní volno, v rámci kterého je možnost návštěv a vycházek
11:45	Pohovory, vyšetření	Pohovory, vyšetření	Pohovory, vyšetření	Pohovory, vyšetření	Pohovory, vyšetření	15:00	svačina	svačina
12:00	oběd	oběd	oběd	oběd	oběd	18:00	Večeře	večeře
12:30	podávání léků	podávání léků	podávání léků	podávání léků	podávání léků	18:30	Osobní volno	Osobní volno
13:00	Terapeutický program	Terapeutický program	Terapeutický program	Terapeutický program	Terapeutický program	19:30	Osobní volno	Klub pacientů
15:00	svačina	svačina	svačina	svačina	svačina	20:30	Podávání léků	Podávání léků
15:00	osobní volno, možnost návštěv a vycházek	osobní volno, možnost návštěv a vycházek	osobní volno, možnost návštěv a vycházek	osobní volno, možnost návštěv a vycházek	osobní volno, možnost návštěv a vycházek			

13

Psychiatrická nemocnice Bohnice_Ústavní 91_181 02 Praha 8

Tel.: +420 284 016 111_Fax: +420 284 016 595_www.bohnice.cz

Bankovní spojení: Komerční banka a.s._16434081/0100_IČ: 00064220_DIČ: CZ00064220

Zdroj: Bohnice, oddělení 3, 2018

18:00	18:30	večeře	večeře	večeře	večeře	večeře	večeře	relaxace
	18:30	osobní volno	osobní volno	osobní volno	osobní volno	osobní volno	osobní volno	Příprava na večerku, uzavření oddělení
	19:30	Klub pacientů	Klub pacientů	Klub pacientů	Klub pacientů	Klub pacientů	osobní volno	Příprava na večerku, uzavření oddělení
	20:30	podávání léků	podávání léků	podávání léků	podávání léků	podávání léků	podávání léků	
	21:00	21:30	relaxace	relaxace	relaxace	relaxace	relaxace	
	21:30	z.č.	Příprava na večerku, uzavření oddělení	Příprava na večerku, uzavření oddělení	Příprava na večerku, uzavření oddělení	Příprava na večerku, uzavření oddělení	Příprava na večerku, uzavření oddělení	
	21:00	22:00	večeřka	večeřka	večeřka	večeřka	večeřka	
	22:00	6:00	Noční klid	Noční klid	Noční klid	Noční klid	Noční klid	
	6:00		Otevření oddělení	Otevření oddělení	Otevření oddělení	Otevření oddělení	Otevření oddělení	

Poznámky: ZČ: zimní čas; Koupelny a kuchyňka pacientů se zamykají po večerce; tj. ve 22:00h

14

Psychiatrická nemocnice Bohnice, Ústavní 91, 181 02 Praha 8
 Tel.: +420 284 016 111, Fax: +420 284 016 595, www.bohnice.cz
 Bankovní spojení: Komerční banka a.s., IČ: 00064220, DIČ: CZ00064220

Desatero pro pacienty, kteří nastupují do denního stacionáře

1. Do denního stacionáře je zapotřebí se telefonicky nebo osobně objednat.
2. Během docházení do stacionáře doporučujeme nepracovat, vyžádej si pracovní neschopnost.
3. Do stacionáře docházej včas.
4. Dodržuj abstinenci alkoholu a psychotropních látek.
5. Aktivně se zapojuj do skupinových i individuálních psychoterapií.
6. Buď komunikativní.
7. Dodržuj doporučení lékařů, terapeutů, psychologů a všeobecných sester.
8. Aktivně využívej relaxační techniky, které ses během hospitalizace naučil.
9. Je nutná vysoká motivace a spolupráce.
10. Pracuj na sobě.

Tento materiál je součástí práce, která vznikla na:

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.
se sídlem Duškova 7, Praha 5, PSČ 15000
www.vszdrazv.cz



Zdroj: Autor, 2018

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s poruchou osobnosti v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 26. 3. 2018

Michaela Marvanová



OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S PORUCHOU OSOBNOSTÍ

Klíčová slova:

Porucha osobnosti, ošetřovatelský proces, psychoterapeutické přístupy, psychiatrické ošetřovatelství, psychiatrická péče

Rešerše č. 27/2017

Bibliografický soupis

Počet záznamů:	celkem 38 záznamů (vysokoškolské práce – 3, knihy – 18, ostatní – 17)
Časové omezení:	2008 - současnost
Jazykové vymezení:	čeština, slovenština, angličtina
Druh literatury:	vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku
Datum:	2. 10. 2017

Základní prameny:

- katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- Jednotná informační brána (www.jib.cz)
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- Databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz)
- Discovery systém Summon