FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B 5341

Adéla Burešová

Studijní obor: Všeobecná sestra

Ošetřovatelský proces u klienta s depresivním onemocněním

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Muchlová Mühlsteinová, DiS.

PLZEŇ 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně za vedení vedoucí bakalářské práce Mgr. Veronika Muchlová Mühlsteinová, DiS. Dále prohlašuji, že veškeré prameny a podklady ze kterých jsem čerpala, jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Datum:…… Podpis:……..

Adéla Burešová

Poděkování:

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Veronika Muchlová Mühlsteinová, DiS. za její pomoc, trpělivost, rady a ochotu při vedení mé bakalářské práce. V neposlední řadě také děkuji rodině za podporu při mém studiu.

Anotace

Příjmení a jméno: Burešová Adéla

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetřovatelský proces u klienta s depresivním onemocněním

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Muchlová Mühlsteinová, DiS.

Počet stran: Nečíslované 4 Číslované 79

Počet příloh: 1

Počet titulů vložené literatury: 31

Klíčová slova: deprese – depresivní onemocnění – model Imogine King – ošetřovatelský proces – terapeutický vztah – sestra – pacient.

Souhrn:

Má bakalářská práce se zabývá problematikou depresivního onemocnění a péčí o pacienty s tou to nemocí. Je zpracovaná formou ošetřovatelského procesu.

Teoretická část obsahuje popis deprese, výskyt, klinické formy, diagnostiku, příznaky a způsoby léčby. Klade důraz na psychodynamický model vytvořený Imogine King. Je to model personálních, interpersonálních a sociálních systémů. Jednotlivé oblasti a fáze jsou zde popsány.

V praktické části se věnuji dvěma pacientům s různou formou deprese. U obou klientů je zpracována kompletní anamnéza, katamnéza, ošetřovatelský proces dle I. King a ošetřovatelský plán.

Annotation

Surname and name: Burešová Adéla

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Nursing Process in a Patient with Depression

Consultant: Mgr. Veronika Muchlová Mühlsteinová, DiS.

Number of pages: Nonnumbered 4 Numbered 79

Number of appendices: 1

Number of literature items used: 31

Key words: depression – depressive disorders – model Imogine King – nursing process – therapeutic relationship – nurse – patient.

Summary:

Mine thesis deals with depression illness and care to patiens with the disease. This thesis deals with depressive illness and care to patients with the disease. It is a processed form of the nursing process.

The theoretical part contains a description of depression, incidence, clinical manifestations, diagnosis, symptoms and treatments. It emphasizes the psychodynamic model created Imogine King. It is a model of personal, interpersonal and social systems. Individual areas and phase are described herein.

The practical part is dedicated to two patients with various forms of depression. Both client is working on a complete medical history, catamnesis, nursing process by I. King and care plan.

OBSAH

Úvod 10

Teoretická část 11

1. DEPRESE 11

1.1 Definice deprese 11

1.2 Výskyt deprese 11

1.3 Depresivní onemocnění z pohledu historie 12

1.4 Vznik deprese a její příčiny 12

1.5 Projevy deprese 15

1.6 Doba trvání onemocnění 15

1.7 Druhy depresivní epizody 16

1.8 Diagnostika 20

1.9 Léčba depresivního onemocnění 20

2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U KLIENTA S DEPRESIVNÍM ONEMOCNĚNÍM 24

2.1 Ošetřovatelský proces v ošetřovatelské péči na psychiatrii 25

2.2 Zásady chování k psychiatrickým klientům 25

2.3 Ošetřovatelská péče u klienta s depresivním onemocněním 26

2.4 Komunikační dovednosti sestry v psychiatrickém ošetřovatelství 27

3 APLIKACE MODELU IMOGINE KING U DEPRESIVNÍHO ONEMOCNĚNÍ 29

3.1 Imogene M. King 29

3.2 Vývoj teorie 29

3.3 Popis modelu a jeho využití 29

3.4 Metaparadigmatické koncepce podle I. King 30

3.5 Koncepce systému 31

Praktická část 34

4 Formulace problému 34

5 Cíl práce 34

6 Charakteristika souboru 35

7 Metoda sběru dat 35

8 Organizace výzkumu 35

KAZUISTIKA PACIENTA Č. 1 36

9.1 ANAMNÉZA 36

9.2 Katamnéza 38

9.3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA Č. 1 39

9.3.1 SBĚR INFORMACÍ DLE MODELU I. KING 39

9.3.2 Plán ošetřovatelské péče a hodnocení 44

9.4 Souhrn ošetřovatelských diagnóz 44

9.4.1 Aktuální diagnózy 46

9.4.2 Ošetřovatelské diagnózy na podporu zdraví 51

10 KAZUISTIKA PACIENTA Č. 2 53

10.1 Anamnéza 53

10.2 Katamnéza 55

10.3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA Č. 2 56

10.3.1 Sběr informací dle modelu I. King 56

10.4 OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN U PACIENTA Č. 2 61

10.4.1 Souhrn ošetřovatelských diagnóz 62

10.4.2 Aktuální diagnózy 63

10.4.3 Potencionální ošetřovatelské diagnózy 71

10.4.4 Ošetřovatelské diagnózy na podporu zdraví 71

11 Diskuze 73

Závěr 77

Seznam zdrojů 78

Seznam použitých zkratek 81

Seznam příloh 82

Citát

„ Radost vstupuje do našeho života, když máme co dělat, co milovat a v co doufat.“

Jan Werich

„ Život má ten smysl, který mu dáme.“

Louis Armstong

Úvod

Depresivní onemocnění neboli deprese se stává běžnou nemocí a dnes je již druhou nejčastější příčinou pracovní neschopnosti. Není snadné zjistit, proč ve společnosti depresí přibývá, ale bez pochyby to nemá jen jeden důvod. Mnoho lidí v současné společnosti pociťuje přetížení na pracovišti, v rodině, při výchově dětí a při zvládání života vůbec. (1)

Většina lidí má o depresi nesprávnou představu. Je potřeba porozumět, jaké je to vlastně onemocnění. A to nejen proto, že je dnes nejrozšířenější, ale i proto, že to je nejčastější diagnóza v lékařské praxi, což uvádí ve své literatuře Praško. Depresivní jedinci hodnotí záporně sebe i svět kolem nich. Místo úspěchu očekávají selhání a ze všech neúspěchů vinní sami sebe. K tělesným symptomům patří únava, ztráta energie, poruchy spánku a nechutenství. Tento stav se považuje za chorobný tehdy, jestliže trvá příliš dlouho a deformuje jak jedince samotného, tak i jeho okolí. (5)

Deprese také postihuje čím dál mladší věkové skupiny. Je pozoruhodné, že největší deprese se stále vyskytují ve věku kolem pětadvaceti let, zatím co dříve byl věkový průměr čtyřicet let (tzv. krize středního věku). (2)

V teoretické části se budu zabývat přiblížením deprese, kde budou základní informace o onemocnění, příznacích a projevech, formách nemoci a diagnostice. V neposlední řadě o metodách léčby. Dalším cílem je přiblížit ošetřovatelskou péči sestry na psychiatrickém oddělení a proces o klienta s ním spojený. Poskytování péče by mělo být postavené s ohledem na jedinečnost klienta a k jeho individuálním potřebám.

Dále taktéž v teoretické části je přiblížení a charakteristika modelu Imogine King. U tohoto modelu jsou popsány jednotlivé fáze a aplikace do praxe na psychiatrickém oddělení.

Praktická část je postavena na odlišném prožívání dvou klientů se stejnou diagnózou. Rozdíl je především v typu depresivních epizod, ale liší se i pohlavím, věkem, sociálním postavením a jejich reakcí na vlastní onemocnění.

Praktická část také obsahuje anamnézu, katamnézu a sestavení ošetřovatelského plánu. Zde je nejdůležitější vypracování ošetřovatelských diagnóz, cílů, intervencí a vyhodnocení efektivity poskytované péče.

Teoretická část

1. DEPRESE

1.1 Definice deprese

Deprese pochází z latinského slova *deprimere,* což znamená utlačovat, umlčovat a pokles. V psychiatrii a psychologii se užívá pro označení chorobné a pokleslé nálady jedince. Jedná se o velmi závažný stav, který se často projevuje dlouhodobou smutnou náladou. Reakce na toto onemocnění je vázaná na typu a charakteru osobnosti. Nemocný s depresivním onemocněním často pociťuje vnitřní úzkost, pocity samoty, bezmocnosti, sníženou sebedůvěru a sebeúctu. Je velice unavený. Má zhoršené vnímání, zejména poruchy soustředěnosti, a také problémy s pozorností. (3)

1.2 Výskyt deprese

Dnes je pozorován výskyt u všech generací. Může se objevit v dětství, pubertě, dospívání, dospělosti a ve stáří. Dříve byla deprese diagnostikována převážně v rané dospělosti člověka, dnes se již hranice snižuje a přichází v úvahu i deprese u dětí. Zatímco dříve byl věkový průměr kolem čtyřicátého věku. (2, 3)

Zvýšený výskyt deprese je vzhledem k rozvoji společnosti, ve které dnes žijeme. Počet lidí od roku 1915 vzrostl. Těžké depresivní příhody se objevují kolem pětadvacátého roku života. Riziko vzniku deprese má vzestupnou tendenci. (2)

Toto onemocnění patří k nejčastějším psychickým poruchám v naší populaci. Dušek uvádí ve své literatuře srovnání s některými západoevropskými státy (např. Anglie, Francie) a zjistilo se, že u nás je skoro dvakrát častější výskyt deprese. Z toho plyne i mnohem častější sebevražednost než v západoevropských státech. (4)

U každého pátého člověka se alespoň jednou za život objeví klinicky významná deprese. Každý rok u nás onemocní přibližně 5% obyvatelstva nezávisle na věku. Ženy onemocní dvakrát častěji než muži. V knize od Maršálka se uvádí, že vrcholem nemoci pro obě pohlaví je věk od pětadvaceti do pětačtyřiceti let. Často je u žen v období klimakteria. Ve stáří obvykle navazuje na smutek po odchodu do důchodu nebo při ztrátě partnera. S vysokým rizikem deprese je u žen spojeno šestinedělí a mateřská dovolená, kdy žena tráví čas v relativní společenské izolaci. Je nutno podotknout, že deprese se nevyhýbá nikomu, žádnému věku, povolání, rase či inteligenci. (7)

1.3 Depresivní onemocnění z pohledu historie

Klinická deprese je pravděpodobně nejčastější nemocí, o které existuje největší množství mýtů a nedostatku porozumění. Naše současná tendence je pohlížet na takto nemocné lidi skrz prsty, a tím v nich vyvolávat stud a strach s touto chorobou bojovat a léčit se. Rané zmínky popisují jedince, kteří žili v naprosté izolaci a zavržení. Bylo na ně ukazováno jako na posedlé ďáblem. Model člověka posedlého démony se objevuje už v literatuře starověkého Řecka. Již známý Hippokrates kolem sebe soustředil několik lékařů a kladl důraz na lidštější přístup k nemocným. Ti jako první popsali hysterii a došli k závěru, že příznaky takového chování mohou být odrazem psychologických procesů. Posedlost démony a čarodějnictvím bylo v Evropě všeobecně rozšířené vysvětlení změn, které se u lidí s depresí nebo jiným duševním onemocněním objevily, a to a do poloviny osmnáctého století. V severní Americe to trvalo ještě déle. Léčba byla jednoduchá a brutální. Terapie byla popsána ve spisech Maleus Maleficarum publikovaných v roce 1486. Ve středověku byla deprese považována za důsledek zvýšené činnosti jater, která vedla k tvorbě takzvané černé žluči. Na konci devatenáctého století se situace zlepšila pro ty, kteří byli léčeni v ústavech, ale podle dostupných pramenů byla péče poskytnuta jen těm, kteří byli považováni za nebezpečné pro společnost. Na počátku dvacátého století německý profesor psychiatrie Emil Kraepelin poprvé zavedl medicínský model psychologických problémů. Došel k názoru, že poruchy psychiky jako schizofrenie, mánie či deprese mají tělesnou příčinu, ale nevědělo se jakou přesně. Přesto to byl obrovský pokrok, jelikož takto nemocní lidé se doposud nemohli společensky nikterak uplatnit. Psychiatričtí pacienti byli nakonec uznáváni jako nemocní, a ne degenerovaní. Přibližně ve stejnou dobu přišel Freud, který nezavrhoval medicínský model psychologických problémů. Věřil, že jednou bude v mozku objevena tělesná příčina všech duševních chorob. (8, 9)

1.4 Vznik deprese a její příčiny

Deprese je složitá nemoc, která má velké množství vyvolávajících faktorů. Existují příčiny, které nelze vůlí ovlivnit. Je třeba zdůraznit, že vrozené predispozice tzv. genetické faktory samy o sobě nejsou zodpovědné za vznik deprese, ale mohou hrát jistou roli při onemocnění. Dědí se určitá vloha k onemocnění, tedy náchylnost, nikoliv nemoc sama. (2)

Současné znalosti o depresivní poruše neumožňují jednoznačný výklad jejího vzniku. Zdroje poznatků zohledňují jedincovo, ne jen stránku tělesnou, duševní, sociální a duchovní, ale také individuální okolí a prostor. Všechny zmíněné roviny se navzájem společně prolínají. Jakmile nastane změna v jedné oblasti, tak začne vyvolávat odezvu v celém systému a ovlivní tím ostatní roviny v organismu. (10)

FAKTORY DĚDIČNOSTI

Některé typy deprese se častěji objevují v určitých rodinách, což může znamenat, že je zde vrozená biologická zranitelnost. Pravděpodobně zde hrají roli další faktory, a to zejména stresující zážitky a prostředí. Velká depresivní příhoda se může objevovat v některých rodinách v následujících generacích. Bližší příbuzní mají až třikrát vyšší riziko vzniku deprese. (10, 12)

VLIVY VÝCHOVY

Rodinu lze bez pochyby považovat za nejvýznamnější sociální skupinu, ale sociální souvislosti mohou výrazně zhoršovat, udržovat či podmiňovat duševní stav konkrétního jedince. Nejčastěji souvisí s rozvojem deprese v dospělosti ztráta důležité osoby v dětství. Ztráta jednoho z rodičů, ať úmrtím nebo rozchodem. Lze přičíst jistý podíl onemocnění nadměrně kritické výchově, nedostatečné péči, týrání dítěte, nebo naopak přílišném rozmazlování. (10, 12)

VLIV ŽIVOTNÍCH UDÁLOSTÍ

Příliš mnoho změn v krátkém časovém období, které jsou pro jedince velmi důležité a vážné, snižují jeho tělesnou i psychickou odolnost. Reakce nezačíná bezprostředně po prožité životní události, ale za různě dlouhou dobu po ní. Někdy dokonce nastávají situace, kdy se dostaví reakce až po vyřešení, a již ve zdánlivě klidném období. Zde dochází k tzv. zhroucení psychickému stavu klienta. Vliv životních událostí se sčítá v průběhu časových úseků, i radostné prožívání může být určitým stresem. Samozřejmě záleží také na jiných okolnostech, a tím je myšlena dobrá sociální podpora okolí (přátelé, rodina), psychika člověka a jeho odolnost vůči stresovým situacím, postoje k situaci. Zátěžové životní události jsou často spouštěči deprese. Jde například o ztráty partnera, zaměstnání, přirozené aktivity a důležitosti nebo změně rolí (např. příchod potomka). Drobné situace, které spouštějí automatické negativní myšlenky, se mohou objevovat

každý všední den. Tyto situace většinou souvisí s počátkem epizody nemoci, pokud je jich příliš mnoho. Jsou velmi individuální a specifické pro určitou osobu. Mezi ně může patřit například dlouhodobá kritika, potlačování vzteku, podceňování, přehlížení od okolí, nedostatek uznání nebo ocenění, lidské chybování, nespravedlnost, nedostatek projevů lásky, náhlá změna situace nepříznivým směrem. (12)

BIOCHEMICKÉ POCHODY V MOZKU

Zjistilo se, že během deprese v některých oblastech mozku jsou nízké hladiny neurotransmiterů (chemické látky, které přenášejí nervový signál mezi jednotlivými buňkami, a tak mohou mezi sebou komunikovat). Vzruchy vznikají v jedné nervové buňce a jsou pomocí neurotransmiterů přenášeny na další buňky. Tyto poslové ovlivní činnost tím, že se naváží na receptor. U deprese je studováno troje chemické působení – serotoninu, noradrenalinu a dopaminu. Epizoda depresivní nálady je spojena s nedostatkem těchto látek na nervových zakončeních v mozku. Tato biochemická porucha je přítomna u všech typů deprese. Může tedy vzniknout bez větší zevní příčiny. Podáváním léků, které tuto poruchu regulují, dochází u většiny lidí k vymizení depresivních příznaků. (12)

PSYCHOLOGICKÉ VLIVY

Lidé s nízkým sebevědomím s pesimistickým přístupem k sobě a okolí nebo lidé žijící v silně stresujících podmínkách jsou náchylnější k diagnóze deprese. Objevuje se i u jedinců, kteří se neumějí odměňovat a pochválit sami sebe. Jsou tedy závislý na pochvale od okolí a to vede k nadměrné snaživosti. Záleží také na míře komunikace, pokud jedinec bývá málo asertivní, je náchylnější ke vzniku onemocnění. Nedokáže říkat slovo NE, i v situaci, kdyby bylo slovo odmítnutí na místě. Další tendencí je vztek obracet proti sobě, a to i v případě, kdyby se měli hněvat na druhé. To vše pramení z toho, že plno lidí si mylně myslí, že vztek je emoce, která by nikdy neměla být prožívána. (12)

LÉKY, ALKOHOL A DROGY JAKO SPOUŠTĚČE

K onemocnění může docházet při užívání některých látek, kterými se léčí jiná tělesná onemocnění. Poměrně často se objevuje po užívání hormonu prednisonu. V neposlední řadě nelze opomenout návykové látky, buď drogové nebo nedrogové. Nadměrná konzumace alkoholu či patologické užívání drog vede ke vzniku deprese. (10, 12)

1.5 Projevy deprese

U této diagnózy se objevuje různě hluboký smutek. Charakteristickým projevem je neodůvodněná smutná nálada, pacient ztrácí zájmy a potěšení z aktivit, vytrácí se pocity radosti (anhedonie), neschopnost vykonávat běžné denní aktivity, porucha sebehodnocení, časté sebeobviňování, zpomalené myšlení, snížená schopnost komunikace, sociální izolace, vyhýbání se navazování nových mezilidských vztahů, má pesimistické pohledy na svět a mohou se objevit i možné pokusy o sebevraždu. (11)

Jedním z biologických projevů deprese je porucha biorytmů. Běžně má člověk stálý rytmus odpočinku a aktivity, tím je myšlen spánek a bdění. Ráno většinou naše energická úroveň stoupá a večer začíná klesat. U deprese se tento proces poruší. Pacient je unavený, ospalý, nevýkonný, ochablý. Spánek ubývá na kvalitě, je spíše mělký a nedostatečný, přicházejí potíže s usínáním, často se budí, anebo je brzy ráno vzhůru. Proto se často rozpadá denní režim. Pokud se budeme snažit dodržovat pravidelnost v činnostech, budeme napomáhat synchronizaci organismu, a tím zmírňovat depresi. (12)

Při depresi se objevuje snížená chuť k jídlu a z toho také pramení výrazný pokles tělesné hmotnosti. U menší části nemocných však může být lehká depresivní symptomatika zajídána, zde pak dochází k navyšování tělesné hmotnosti. (10,12)

Nemoc může vyvolávat tělesné obtíže, kdy pacienti popisují sevření a tlak na hrudi, bolesti končetin a těla, mohou mít potíže s trávením. Deprese se projevuje také ve výrazu tváře a sevřeném postavení těla. Mimika je snížená, gesta jsou nevýrazná a zpomalená. Depresi velice často doprovází pláč. Mluvený projev je snížen v kvantitě a kvalitě, kdy řeč bývá tišší a obsahově chudší. Nemocný o sebe přestává zcela dbát, zanedbává péči o sebe, úpravu zevnějšku a hygienu. Nemá myšlenky a sílu o sebe pečovat. Snižuje se chuť na sexuální život a postupně se vytrácí úplně. (10, 12)

1.6 Doba trvání onemocnění

„ Afektivní poruchy obecně mohou mít různou a značnou variabilní dobu trvání. V případě deprese se vesměs jedná o dlouhodobou záležitost. Je vhodné na tento fakt nezapomínat, a neslibovat rychlou úzdravu, a ani jí neočekávat. I správně léčená deprese může v některých případech trvat několik měsíců (zhruba tři až šest). A v případě neléčené deprese může délka trvání narůst až na jeden rok.“ (Orel, 2012)

„ Můžeme se setkat s výskytem jediné epizody deprese. Po odeznění příznaků se již nikdy nemusí vrátit.“ (Orel, 2012)

1.7 Druhy depresivní epizody

Podle závažnosti dělíme depresi na lehkou, středně těžkou a těžkou bez psychotických příznaků a těžkou fázi s psychotickými příznaky. Psychotická epizoda znamená, že se vyskytují poruchy vnímání (tzv. bludy a halucinace). O melancholii jde tehdy, když se objevuje typická ranní a odpolední pesimistická nálada, předčasné probouzení, výrazná ztráta chuti k jídlu a chuti na sex. Epizody deprese se mohou objevovat v životě jednou či vícekrát, opakovaně. K rozvoji mohou přispívat stresující životní období nebo události. Naopak u mladších pacientů, zejména u žen častěji vidíme tzv. atypickou depresi, kdy jsou zachovalé nálady, ale je zvýšená spavost, zvýšená chuť k jídlu a přecitlivělost v interpersonálních vztazích. U sezonních poruch nálady je typická fotosenzitivost, která se rozvíjejí na podzim, přetrvává přes zimu a na jaře obvykle mizí. (13)

LEHKÁ DEPRESIVNÍ FÁZE

Probíhá ve dvou variantách, bez somatických příznaků a somatickými příznaky. Při tomto druhu diagnózy se nemocný musí do denních činností nutit. Začne se uzavírat sám do sebe a necítí projevy radosti, ale stále dokáže běžné věci zvládat. Dokáže se postarat o domácnost, je schopen chodit do práce. Jenže je více unavený, nemá náladu na zábavu a má pocit, že mu nejdou aktivity jako dříve. Lehká deprese není přirozený stav a je jí nutno léčit. Protože začne zhoršovat kvalitu života. Není ji nutno léčit antidepresivy, stačí úprava životního stylu a zahájení psychoterapie. Doporučuje se zařazení přiměření fyzické aktivity do denního programu. U této formy se vyskytují často závislosti na alkoholu nebo drogách. (11, 12, 14)

STŘEDNĚ TĚŽKÁ DEPRESIVNÍ FÁZE

Zde přetrvává dlouhodobě smutná nálada. Pacient nedokáže zvládat běžné všední činnosti, přestává se starat o domácnost a rodinu. Nic ho nebaví. Změna životního stylu nezabírá, nemá motivaci k ničemu. Nedělá to, protože by nechtěl, ale protože jeho stav mu to neumožňuje. Je si plně vědom situací, a zde je nutné vyhledat lékařskou pomoc. V této fázi můžeme pozorovat většinu fyzických příznaků zmiňovaných výše. Léčba může probíhat ambulantně nebo za hospitalizace. Je vhodná podpora blízkých a okolí. Klient už může být v pracovní neschopnosti. (12, 14)

TĚŽKÁ DEPRESIVNÍ FÁZE BEZ PSYCHOTICKÝCH PŘÍZNAKŮ

Postižení člověk těžkou depresivní fází je v hlubokém útlumu, kdy se už nedokáže postarat ani sám o sebe, natož o své okolí a blízké. Jeho psychomotorika je zpomalená. Jedinec nedokáže vstát z postele, jen leží a zaobírá se pesimistickými myšlenkami. Nebo naopak může mít agitovanou formu onemocnění, při které je neklidný, má nezorganizované jednání. Při tomto zdravotním stavu je vhodná hospitalizace na psychiatrickém oddělení a opět velká podpora nejbližších ze strany postiženého. (11, 12, 14)

TĚŽKÁ DEPRESIVNÍ FÁZE S PSYCHOTICKÝMI PŘÍZNAKY

Platí zde vše, co v předešlé formě s tím rozdílem, že se zde vyskytují bludy nebo halucinace. Bludy jsou neopodstatněné myšlenkové konstrukce a v žádném případě je nemá cenu vyvracet. Kdy pacient svaluje na sebe vinu za vše, co se děje v jeho okolí. Halucinace je smyslový vjem, pro který není žádná opora v realitě. Nemocný slyší například různé hlasy. Stejně jako u těžké depresivní fáze bez psychotických příznaků je i zde nutná hospitalizace. (12, 14)

REKURENTNÍ DEPRESIVNÍ PORUCHA

Tento typ je charakteristický tím, že probíhá v opakovaných epizodách. Může trvat krátce. Postihuje dvakrát častěji ženy než muže. Neléčená forma může trvat v průměru až šest měsíců. Během života je možná pouze jedna epizoda, která nezanechá žádné následky. Během ní se nemusí objevit mánie, ale nevylučují se krátké situace se zvýšenou aktivitou, která následuje ihned po depresivní příhodě. Uzdravení mezi fázemi je většinou úplné, ale stává se, že u menších částí lidí s rekurentní depresí se rozvine v trvalou diagnózu. Často je spouštěna stresovými životními událostí. Zde je léčba antidepresivy velmi účinná a je vhodné jejich dlouhodobé užívání. (12, 13, 14)

DYSTYMIE

Je to méně závažný stav či typ deprese. Příznaky onemocnění však trvají většinou dlouhodobě, často až roky. Ve velké části případů začíná pomalu, plíživě a méně intenzivně. Nesplňují kritéria depresivní epizody. Před propuknutím choroby je jedinec vystaven většímu stresu v okolí. Kolísá mezi lehkou depresí a obdobím přiměřené nálady, která je velmi variabilní u každého z nás. Dystymie začíná nenápadně v raném věku a její

průběh bývá chronický. Většinu času pacienti cítí únavu a mají depresivní náladu. Jakákoliv činnost je stojí vysoké úsilí, musejí se přemáhat a nepociťují pocit štěstí či radosti. Jsou plačtiví, trpí nespavostí, ztrácí sebedůvěru, sociálně se izolují, jsou méně hovorní, ztrácí zájem o sexuální a jiné příjemné aktivity. Pro léčbu této formy platí stejné zásady jako u jiných depresivních forem. (12, 13)

BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHA

Vyznačuje se střídáním manických a depresivních epizod. Bipolární porucha je méně častá než jiné formy deprese. Objevuje se u lidí trpících samotnou depresí, ale dnes není žádnou raritou v období adolescence. U této poruchy se vyskytuje cyklus hlubokého smutku, nebo naopak povznesené nálady. Někdy dochází ke zvratu nálady náhle a velmi rychle. Během manické epizody má postižený euforickou náladu, je zvýšeně výkonný, nemá potřebu spánku, je výřečný, lehkomyslný, chce realizovat spoustu věcí, ale nic nedovede do konce a je schopen dělat si ostudu. Má sklony k agresivitě. Mánie zasahuje myšlení, chování, rozhodnost. A z této nálady postupně přechází do depresivního útlumu. U této formy deprese je psychoterapeutická léčba nutná. (9, 12, 13, 14)

SEZÓNNÍ DEPRESE

Depresivní nálada a rozladěnost se může objevit pravidelně každý rok v podzimních a zimních měsících. Bývá často spojena s úbytkem energie, zhoršením výkonnosti, nadměrnou únavou, příbytkem na váze a zvýšenou spavostí. Potíže vymizí obvykle na jaře. Velmi účinně se léčí fototerapií, kdy se aplikuje intenzivní světlo v ranních hodinách. A měla by být opakovaná po dobu minimálně deseti minut. (6, 12, 14)

REAKTIVNÍ PORUCHA NÁLADY

Příčinou bývají určité události v prostředí postiženého, které jsou přímým následkem akutního těžkého stresu nebo prodělaného traumatu. Ty jsou vyvolávajícím faktorem a k poruše by tak nedošlo bez jejich působení. Pacientovi se nedaří vyrovnat s krizovou situací a v myšlenkách se k ní neustále vrací. Nejčastěji navazuje na událost, která byla spojena se ztrátou. Zármutek je běžnou reakcí. Zde je důležitá komunikace mezi blízkými, aby se člověk mohl vypovídat a nenechávat v sobě smutek ze ztráty. Včasné svěření a mluvení o svém prožívání a pocitech může často zabránit rozvoji deprese. (12)

POPORODNÍ DEPRESE

V poporodním období se velmi často objevuje zhoršená nálada. Ženy jí prožívají třetí až čtvrtý den po porodu. Nastupuje v podobě podrážděnosti, může kolísat a střídají se s epizodami pláče. Některé ženy se cítí být zmatené. Tento stav se označuje jako poporodní blues. Je to krátkodobá změna v náladě, která je způsobena prudkým poklesem hormonů estrogenů a progesteronů. Nejčastěji je u prvorodiček. V zásadě odeznívá, ale může přejít do poporodní deprese. Ta se může objevit do dvou týdnů po narození dítěte, anebo do půl roka. Projevuje se nadměrnou únavou, vyčerpáním, úzkostí, výčitkami, podrážděností, pocity nejistoty a strachu. Smutek se může rozvíjet do různé hloubky. Klesá schopnost postarat se o dítě. Jako matka se odsuzuje za to, že nic k dítěti necítí a je přesvědčena o tom, že selhala. Žena se straní okolí, ztrácí potěšení z věcí, které jí dříve bavily. Bezdůvodně pláče. Většinou se rozvíjí do mírné až středně těžké deprese. Velmi vítaná je pomoc matky postižené, partnera a nejbližšího okolí, kteří hlavně pomůžou s dítětem a starostí o domácnost. Jen výjimečně se objevuje psychotická deprese. Pak je nutná urgentní hospitalizace. (12, 14)

DEPRESE VE VYŠŠÍM VĚKU

V pozdním věku se objevuje tato nemoc často, zejména u geriatrických pacientů. Bývá zpravidla přehlédnutá, protože se skrývá za tělesnými příznaky nebo navazuje na zjevnou chorobu. Průběh je stejný jako u mladších nemocných se stejnými projevy. Ohroženy jsou především ženy, které ovdověly a lidé žijící v pečovatelských domech. Stresujícími faktory jsou ztráty životních partnerů, konflikty ve vztazích, ztráty tělesného zdraví a soběstačnosti, sociální izolace. Léčbou je nasazení antidepresiv a psychoterapie. (12)

DEPRESE PŘI SOMATICKÉM ONEMOCNĚNÍ

Deprese je někdy spojena i s probíhající nemocí, která může být velkou zátěžovou situací pro jedince. Nastupuje, jestliže onemocnění je vážné a může ohrožovat i život klienta. Často se jedná o nemoci jako je ischemická choroba srdeční, vysoký krevní tlak, cévní mozková příhoda, Parkinsonova choroba, diabetes mellitus, revmatismus, hypofunkce štítné žlázy a u některých autoimunitních onemocnění. V neposlední řadě se deprese může vyskytovat i u onkologicky nemocných lidí. (12)

1.8 Diagnostika

Pro depresivní epizodu jsou typické poruchy nálady (smutná nálada, neschopnost prožívat radost – anhedonie, ztráta zájmů, nízká motivace, apatie), poruchy myšlení a vnímání (snížená koncentrace, nerozhodnost, nízké sebevědomí, pocity viny, beznaděj, přání zemřít (sebevražedné myšlenky), poruchy psychomotoriky. U dvou třetin depresivních jedinců jsou přítomny úvahy o ukončení života. K tomu se přidávají somatické obtíže, které jsou taky výše zmíněny. Abychom mohli mluvit o depresivní epizodě, musejí být projevy přítomné minimálně dva týdny. Pacient může často hledat příčinu svých potíží v běžném onemocnění a diagnózu deprese nepřijímá. Základem diagnostiky je odběr anamnézy. Kde lékař zjišťuje charakter a délku trvání obtíží, zkoumá psychomotorické tempo, schopnost soustředění se a komunikace. Ptá se na změny v oblasti sexuálního chování, zajímá se o chuť klienta k jídlu a tělesnou hmotnost, o kvalitu spánku. V neposlední řadě lékař přezkoumá klientovo medikaci, pokud nějakou má, a tím vyloučí vznik deprese z důvodu vedlejších účinků léků. Častá návštěvnost v ordinaci lékaře s depresivními příznaky tuto diagnózu jen utvrdí. Lékaři prvního kontaktu, na které se depresivní nemocní obracejí, by měli depresi rozpoznat a vědět, jak léčit. (12, 13, 14)

Dále se provádí základní laboratorní vyšetření krve, kam zahrnujeme krevní obraz, CRP, sedimentaci, základní biochemie séra a hormony štítné žlázy. Krev se odebírá k vyloučení jiné somatické diagnózy. Pokud jsou výsledky v normě, dá se zvažovat depresivní onemocnění. Praktický lékař může poslat klienta k psychologovi, ale především by měl praktik konzultovat stav klienta s psychiatrem, anebo ho rovnou za ním odeslat. Lékaři používají určité standardizované škály ke screeningu, diagnostice. Jsou v tištěné podobě. S pacientem tuto škálu může vyplňovat sestra. (12, 13, 14)

1.9 Léčba depresivního onemocnění

Deprese je léčitelnou poruchou. Často pomáhá naprosté většině postižených. Bez léčby mohou příznaky trvat i roky a postupně vést ke ztrátě výkonnosti, k sociální izolaci a k celkovému zhoršení zdravotního stavu. Nemocnému se vytrácí obranyschopnost organismu. Základním kritériem volby léčebného postupu je intenzita deprese. Čím dříve se nastolí léčba, tím dříve se nemoc podchytí a může rychleji odeznít. Pro léčbu je nejdůležitější užívání antidepresiv, u lehčích forem samostatná psychoterapie a v neposlední řadě hospitalizace. Naprostá většina depresivních epizod je zvladatelná léčbou ambulantní. Což znamená, že nemocný dochází ke specializovanému lékaři, který sleduje vývoj projevů a rozhoduje o léčbě. U těžkých forem projevů, kde je riziko

sebevraždy se musí pacient léčit v rámci hospitalizace. Je několik způsobů léčby, které se mohou vzájemně prolínat dle forem depresivního onemocnění. Terapie se skládá z péče o klienta v akutním stavu, pak navazuje na léčbu stabilizační a přechází v léčebný program udržovací. Můžeme jí léčit antidepresivy, psychoterapií, léčbou světlem nebo elektrokonvulzivní terapií. U psychotické deprese je nutné užití antipsychotik. (12, 13, 14)

FARMAKOTERAPIE

Léčba depresivního onemocnění psychofarmaky vychází z předpokládané patologie nemoci. To znamená, že prožívání deprese je spojeno s určitými biochemickými změnami v mozku. Jedná se o poruchu přenosu mediátorů serotoninu, noradrenalinu a dopaminu. Efekt farmakoterapie stoupá se závažností příznaků choroby. Pozitivní účinek je závislý na výběru vhodného léku, jeho správném podání a přiměřené dávky. Základem léčby je podávání antidepresiv. Jsou to léky, které při depresi umožňují přenos vzruchu v některých neurotransmiterových systémech v mozku. Zvyšují dostupnost chemických přenašečů na nervových zakončeních. Efekt po podání nenastupuje ihned, ale zpravidla se objevuje v intervalu tří až šesti týdnů. Je nutné užívat léky dostatečně dlouhou dobu. Jestliže deprese odezní, je důležité pokračovat v užívání medikace. Je zjištěno, že po časném vysazení léků víc jak polovina pacientů dostane depresivní náladu znovu. (11, 12, 15, 16)

Antidepresiva jsou látky různých chemických skupin, antidepresivní účinek byl objeven zcela náhodou začátkem padesátých let minulého století. Nyní je několik skupin antidepresiv např. SSRI, I-MAO, SNRI aj. Jsou pojmenovány podle svého účinku. (11, 12)

V případě bipolární poruchy je důležité užívat stabilizátory nálady (lithium, valproát), které brání cyklům nemoci a zmírňují závažnost onemocnění. U většiny pacientů je nutné užívat tyto léky, někdy i po celý život. Anxiolytika, které snižují úzkost, nejsou antidepresiva, pouze mohou být doprovodné k léčbě depresivní poruchy. Tyto látky by se neměly užívat dlouho, nejvýše dva měsíce, protože na ně vzniká snadno závislost. (11, 12, 15, 16)

PSYCHOTERAPIE

Je metoda, při které se snažíme psychologickými prostředky příznivě ovlivnit chorobný proces, jak psychického tak somatického rázu. V současné době existuje asi dvě stě různých typů psychoterapie, jejichž prostřednictvím se lidé učí zvládat obtíže a znovu

nabývat sebevědomí. Pomáhá hlouběji porozumět, co se s člověkem v depresi děje. Klienti se učí jakým stylem zacházet s příznaky a problémy v životě. Poté trénuje dovednosti, které v budoucnu zabraňují rozvoji nové fáze depresivní epizody. Psychoterapeutický přístup poskytuje prostor pro klienty, kteří se můžou projevit a vyjádřit, co je trápí. Je velmi účinnou metodou při lehkých a středně závažných formách nemoci. Pomáhá zkracovat dobu léčby. Základem všech různých způsobů psychoterapie je, že pacient není sám, není bez pomoci, bez naděje. Je možné klientovi porozumět, ovlivnit jeho problémy a zvýšit jeho schopnost vyrovnat se s nimi nebo vyhledat způsob, jak je zvládat celkově a lépe se adaptovat na zátěžové situace. Terapie má základní dva cíle. Prvním je odstranění nebo zmírnění chorobných příznaků a druhým cílem je dosažení pozitivních změn v pacientově osobnosti. Rozděluje se do základních třech přístupů – kognitivní (poznávací), afektivní a zabývající se chováním. Všechny se mohou kombinovat. Dále se psychoterapie provádí individuálně a skupinově. (12)

Podpůrná terapie pomáhá nemocnému v období stresu a má vliv i na pokračování v práci, v péči o rodinu a zastávání všech svých rolí a povinností. (12, 14)

Psychoterapeutický přístup očekává aktivní naslouchání a porozumění chování od zdravotníků a celého ošetřovatelského týmu k pacientovi, pomáháme tak stabilizovat bio-psycho-sociální rovnováhu nemocného. Zdravotní sestra je zde klíčovou osobností. (12, 14)

FOTOTERAPIE

Je vhodná pro klienty trpící sezónní poruchou nálady, kdy je označována jako nejvhodnější způsob léčby. Ráno se aplikuje intenzivní světlo. Nemocným lidem pomáhá, jelikož se prodlužuje světelnou částí krátký zimní den. Má velký vliv na lidský denní biologický rytmus. Efekt léčbou světlem bývá u sezónních afektivních poruch rychlejší, než nástup antidepresiv. Světlo využívané je podobné slunečnímu. Trvá dva až tři týdny, kdy se aplikuje jasné bílé světlo v časných ranních hodinách. (11, 12)

ELEKTROKONVULZIVNÍ LÉČBA (ECT)

Je doporučovaná jako efektivní léčba u klienta s těžkou depresivní poruchou. Aplikuje se elektrický proud transcerebrálně dvakrát až třikrát týdně, celkem deset terapií. Celý výkon se provádí v narkóze. Mechanismus účinku je nejasný, ale výsledky jsou celkově velice dobré, ba dokonce je to nejúčinnější metoda léčby depresí a dosud

ji žádná jiná metoda nepřekonala. Je užitečná i u lidí, kteří nereagují na jinou léčbu a u lidí s vysokým rizikem sebevraždy. Z ETC je často přehnaný strach. Elektricky jsou stimulovány určité oblasti mozku pomocí elektrod, které jsou přiložené na kůži hlavy. Tato stimulace vyvolává elektrickou synchronizaci v mozku. Celou elektrokonvulzivní terapii nemocný necítí a neví o ní. Po výkonu někdy jako vedlejší účinek pociťuje mírné bolesti hlavy a slabost ve svalech. Často je po aplikaci přechodná porucha paměti, která po čase vymizí. (11, 12)

2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U KLIENTA S DEPRESIVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Hospitalizace na psychiatrii patří mezi důležitou formu péče o duševně nemocné klienty. Marková ve své literatuře udává, že bývá často propojena s různými způsoby ambulantní péče. (16)

Zdravotní sestra pomáhá klientovi při řešení jeho problémů, ale její důležitou rolí je neustále monitorovat jeho chování a reakce. Ošetřovatelský proces je efektivní prostředek řešení problémů. Skládá se z odběru anamnézy, stanovení ošetřovatelské diagnózy. Sestra si dále naplánuje péči o nemocného, provádí realizaci plánované péče, v neposlední řadě zhodnotí efektivitu ošetřovatelské péče. Do celého procesu zahrnuje i rodinu klienta nebo jeho blízké. (16, 22)

Práce sestry na psychiatrii je zcela odlišná než práce na jiných odděleních v nemocnici. Kromě běžné náplně sester jako je komplexní ošetřovatelská péče, plnění ordinací, vykonává navíc pozorování ohrožujícího klienta, musí dohlížet na užití důležitých psychofarmak, asistuje při specifických druhách léčby jako např. u elektrokonvulzivní terapie, podílí se na skupinách – komunitách. Zdravotní sestra by se měla také orientovat v právní problematice a v neposlední řadě edukuje v oblasti duševního zdraví. (16, 22)

Sestra zde navazuje blízkého vztahu s klienty, doprovází je v těžkém životním období. Osobnost všeobecné sestruje zde více než jinde ovlivňuje kvalitu ošetřovatelské péče. Měla by mít určité osobnostní předpoklady a umět zvládat životně náročné situace. Musí znát výborně symptomatologii duševních poruch a účinky psychofarmak, umět spolehlivě vyzískat údaje pozorováním, rozhovorem. Orientace v psychoterapii je dalším důležitým kritériem, jelikož sestra je členem terapeutického týmu a účastní se psychoterapeutických aktivit. Měla by mít znalosti nových metod ošetřování nemocných, protože podle průběhu onemocnění je nutné volit vhodný ošetřovatelský model. (16, 22)

2.1 Ošetřovatelský proces v ošetřovatelské péči na psychiatrii

V tom procesu se posuzuje stav pacienta, což je prvním krokem v práci sestry. Je to zároveň i první fáze ošetřovatelského procesu, který zahrnuje sběr dat z anamnézy, fyzikálního vyšetření, z výsledků laboratorních testů, pozorování. Ne všechny údaje jsou objektivní, jelikož interpretace je vždy velmi subjektivní a záleží na prožitku vnímáni nemoci jedince. Prameny a údaje získávají pracovníci od pacienta, rodinných příslušníků a blízkých přátel, od druhých zdravotníků, ze zdravotnické dokumentace a z odborné literatury. Metodami jsou nejčastěji pozorování a rozhovory. Sleduje se pacient všeobecně a je potřeba nemít předsudky. Pozoruje se stav vědomí, orientace v čase a místě, halucinace, inteligence podle způsobu odpovědí, paměť, schopnost kontaktu se spolu pacienty, nálada, řeč, psychomotorické tempo, reakce na léky a terapii, postoj k onemocnění, projevy negativních prožitků a agrese. V případě získávání rozhovoru volí zdravotníci cílený rozhovor s jasnou strukturou s předem připravenými otázky. (16)

2.2 Zásady chování k psychiatrickým klientům

Klidný a otevřený přístup je nutností. V mnoha případech má velký podíl způsob chování a jednání zdravotníka. Podání dostatku informací usnadní průběh hospitalizace a překoná bariéry budování důvěru mezi klientem a sestrou. Je nutný aktivní přístup v terapeutickém procesu, kdy sestra nesmí zacházet s pacientem jako s pasivním objektem. (16)

U některých nemocných se mohou objevit poruchy chování, které okolí může popouzet, ale zdravotník by neměl tyto lidi degradovat, ale stále by měli zachovávat společenských pravidel. S tím souvisí i stanovení jasných pravidel léčebného režimu a dbání na jejich dodržování, pokud to lze klientův stav umožňuje. Někdy zdravotníci mají tendence brát věci jako samozřejmostí a nedostatečným podáním informací mohou způsobit nepříjemnosti. Vhodné kolegiální chování vůči členům ošetřovatelského týmu, protože pracovní vztahy ovlivňují pacienta. Ohleduplné vyžadování nepříjemných požadavků, jelikož personál klade důraz na soustavné kontrolování, narušuje tím často intimitu a omezuje tak sociální kontakt s okolím. Tyto přístupy by měly být redukovány na minimum. Tím se zajistí lepší průběh léčby. (16)

2.3 Ošetřovatelská péče u klienta s depresivním onemocněním

V těžké depresivní epizodě je hlavním úkolem ošetřovatelského personálu zabránit spáchání sebevražedného pokusu, kterým je velkým rizikem. Uložení klienta by mělo být blízko sesterské pracovny, aby ho měly neustále pod kontrolou. Zabezpečení okolí je nutností. V rámci možností by měly být odstraněné všechny předměty, kterými by si mohl ublížit. Při podání farmak je zvýšený dohled pro terapeutické účely a pro zamezení shromažďování léků, které by mohl depresivní pacient požít. Všechny náznaky a narážky na spáchání suicida sestra bere vážně a nezpochybňuje sdělené informace, protože podcenění a bagatelizace může vést ke smutnému konci. Největší riziko pro spáchání sebevraždy je časná hodina ranní, jelikož klient má více energie, která mu dříve chyběla. V žádném případě ošetřovatelský tým nevymlouvá bludy, smutek a nenutí nemocného ke kontaktům. Chybou blízkého okolí je, že nutí depresivního člověka, aby se s nemocí pral a vzchopil se. (16, 22)

Ve fázi zlepšení a zabrání antidepresiv se snažíme aktivizovat nemocného. Sestra by měla pozitivně motivovat pacienta a snažit se ho zapojit do spolupráce při ústupu ataky nemoci. Dozor a motivování k provádění každodenních hygienických návyků a sebepéči patří do hlavních rolí sestry u ošetřování depresivního nemocného. Dohlíží také na dostatečný příjem tekutin a potravin. V některých případech je nutné podávat parenterální výživu. Zajištění kvality spánku by nemělo být zanedbanou součástí, protože většina nemocných má nekvalitní spaní a cílem personálu je vyhledat skutečné příčiny nespavosti a snažit se je odstranit. Někdy pomáhá rozhovor mezi klientem a sestrou, úprava jídelníčku, vyloučení kávy ve večerních hodinách. (16, 22)

Depresivní nemocný je velice často uzavřený a s tím souvisí jeho sociální izolace. Podněty ke komunikaci by měly proto vycházet ze sestry, aby i pacient cítil nehraný zájem o jeho psychický a zdravotní stav nebo cítění. Často s ním stačí jen v klidu posedět několik minut, a tím mu projevíme zájem a pochopení. Při jednání musíme vynaložit trpělivost, protože deprese postihuje i myšlení. Klient mluví pak pomalu, je zhoršená paměť a narušená koncentrace soustředění. Zdravotníci proto nechávají prostor pro rozmyšlení a nenaléhají na rychlá rozhodnutí. Řeč by měla být v komunikaci klidná, pomalá a pokyny několikrát zopakovat. Nabízíme různé možnosti a varianty.(16, 22, 23)

2.4 Komunikační dovednosti sestry v psychiatrickém ošetřovatelství

Pod pojmem komunikačních dovedností sester se převážně chápe schopnost efektivně komunikovat s lidmi (pacienty, klienty). Díky těm to dovednostem, dochází ke kvalitnímu navázání a rozšíření vztahu mezi personálem a pacienty. Dají se rozdělit do dvou skupin, a těmi jsou verbální a neverbální komunikace. Verbální komunikační dovednosti se uplatňují při formulaci sdělení informací klientovi a do neverbálních schopností zařaďujeme naslouchání a schopnost empatie. (30)

Jestliže pacient má poruchy vnímání, sestra ho nikdy nepřesvědčuje o realitě. To se týká i bludů. V tomto případě jsou argumenty při poruchách myšlení nepřijatelné. V psychiatrické péči se dost často setkáváme s nemocnými, kteří jsou tlumeni léky, což snižuje jejich celkovou aktivitu a schopnost se rozhodovat, proto by se denní režim neměl měnit a spolupráce by měla probíhat vzájemně i při vytváření terapeutického prostředí a vztahu. Fázemi terapeutického vztahu jsou: budování vztahu, určení základních problémů, vyjasnění cílů, udržování vztahu a spolupráce na dosahování cílů, vyhodnocování pokroků a shrnutí. V rámci podpoření je vhodné připomínat klientovi jeho životní úspěchy. Tato podpora je důležitá v krizové životní situaci pacienta. Při zvládání problémů u psychiatricky nemocných je důležitá pomoc při hledání orientace v jejich životních situacích. Beran ve své literatuře uvádí, že by se neměly pacientům dávat rady nebo hotové návody ve formě: Měl byste, na Vašem místě a podobně. (16, 30)

Základními prvky terapeutické komunikace je empatie, aby klient cítil pochopení od personálu. Vzájemná důvěra je důležitá z obou stran. Dále je to respekt, protože je důležité, když pacient cítí svojí hodnotu a je schopen se rozhodovat. Sestra totiž pomáhá nemocným s orientací v situaci a podává dostatek informací. Je mu nablízku při uvolňování a zeslabování záporných emocí, snaží se snižovat pocit viny a pomáhá vytvořit naději na vyléčení. Proto je velice důležité věnovat komunikaci dostatek času a uvědomit si ostych pacientů, ptát se a projevovat zájem. Snaha o zajištění jeho přání. V neposlední řadě je nutná kvalitní informovanost mezi ostatními členy ošetřovatelského týmu, protože tak lze předejít nespokojenosti nemocného při komunikaci se zdravotnickým personálem. (16)

Vhodně vedeným rozhovorem, vědomostmi a využíváním komunikačních schopností má možnost ošetřující personál získat informace od klienta, které můžou pomoci v léčbě, a tím pozitivně ovlivnit nemocného a jeho stav. Může se zkvalitnit edukace, motivace a přesvědčení ke vhodné spolupráci jak ze strany klienta, tak sestry. (30)

3 APLIKACE MODELU IMOGINE KING U DEPRESIVNÍHO ONEMOCNĚNÍ

3.1 Imogene M. King

Byla narozena roku 1923. Studovala na St. John´s School of Nursing v St. Louis, kde dosáhla v roce 1945 základního ošetřovatelského vzdělání, později získala při studiích v New Yorku bakalářský titul, poté magisterský a na konec doktorandský. Pracovala jako chirurgická sestra po dobu třinácti let, později jako učitelka a ředitelka v sesterské škole v Ohiu. Během své kariéry stihla být koordinátorkou klinického ošetřovatelského výzkumu a vydat několik publikací. Například v roce 1981 vydala teorii ošetřovatelství se systémy, koncepcí a procesem. (19, 20)

3.2 Vývoj teorie

V polovině 50. a 60. let minulého století probíhaly debaty o vztahu teorie a praxe v ošetřovatelství, což přimělo I. King vytvořit vlastní koncepční model. Důvodem bylo snažení o pomoc profesionálně realizovat teorii v praxi. Základem je zaměřenost na interakci mezi sestrou a pacientem z dvou různých pohledů, a to je péče v nemocničním prostředí a domácí péči od přijetí až po propuštění. Ve své publikaci zachycuje všechny životní projevy člověka, tím jsou myšleny projevy psychologické, fyziologické, sociální a kulturní. Jako vzorek jí sloužili klienti v akutní fázi nemoci. První popis své teorie zveřejnila v roce 1964. Model byl několikrát přepracován a vylepšován I. Kingovou na základě jejího 25letého ošetřovatelského výzkumu. Model není jednoznačně systémový, v některé jiné literatuře je považován za interakční. Celkově se odlišuje od ostatních autorek modelů tím, že nezkoumala jen určitý jev v životě. (19, 20)

3.3 Popis modelu a jeho využití

Kingová považuje za nejzákladnější vlastnost společnou všem, vzájemné ovlivňování při dosahování cíle. Dle I. King zdravotní sestra pro svou kvalitu práce potřebuje zcela chápat osobnostní, mezilidské a sociální systémy pacienta. Což znamená, že si uvědomuje vzájemné prolínání mezi jednotlivými soustavami. V tomto modelu je především kladen důraz na komunikaci a správném zpracování informací,

které pak pomohou snáze vytvořit cíle ošetřování. Stanovují je společně sestra a pacient. Jestliže během péče k tomu to procesu nedojde, je poškozený celý mechanismus ošetřování a dochází tak k neosobnímu jednání. Hlavním praktickým využitím je v sociálních oborech a geriatrii. Vybízí k uplatnění právě tam, kde jsou zdravotní a sociální potřeby klientů např. v psychiatrii. Do celého modelu spadají dvě koncepce, které mají své vlastní systémy. (19, 20, 22)

3.4 Metaparadigmatické koncepce podle I. King

„ Osoba je sociální, racionální, vnímavá, kontrolující, cílevědomá bytost, která se orientuje v čase a prostoru. Jedinec je personální systém, který existuje v sociálním systému. Personální systém je v neustálé interakci s interpersonálními systémy a sociálním prostorem. Jedinec má tři základní zdravotní potřeby. Potřebu informací o zdraví, potřebu péči zaměřené na prevenci nemocí, potřebu přijímání péče od druhých v době, kdy není schopný pomoci sám sobě. " (Pavlíková str. 118, 2006)

Zdraví se považuje za dynamický stav v průběhu života, ve kterém je zahrnuté stálé přizpůsobování se jedince na stresory z vnějšího a vnitřního prostředí. Je to stav, kdy plně funguje organismus a nemoc je překážkou. Choroba odráží nerovnováhu personálního systému nebo rozpor v sociálním systému jedince. Ohledně prostředí zastává I. King názor, že je pro zdravotní sestru důležité rozumět tomu, jak na sebe jedincovo prostředí vzájemně působí, a jak se to projeví na jeho zdraví. V ošetřovatelství se dá pozorovat chování v systému ošetřování, je to proces ovlivňování mezi nemocným a sestrou. Hlavním cílem je pomoc nemocnému udržovat, obnovovat, anebo navracet zdraví, tak aby mohli plnit své role. Ošetřovatelství je tedy dle I. King proces akce, reakce, interakce a transakce, ve kterém se setkávají sestra a pacient. (20)

„ Poskytovaná péče je sociální aktivita, která se mění podle jedinců a týká se podle seskupení a prostředí, ve kterém probíhá. Sestry plní důležitou roli pomocníků v růstu a rozvoji pacientů." (Pavlíková str. 118, 2006)

3.5 Koncepce systému

Dělí se do dvou koncepcí a je založená na teorii vnímání jedince jako otevřeného personálního sytému ovlivňující sociální systém. Při setkání dvou personálních systémů vzniká interpersonální systém. Interakce mezi většími skupinami vytvářejí sociální systém.

Personální systém je jednotný soubor vlastností, kterými si jedinec uvědomuje, chápe, myslí, touží, přestavuje, rozhoduje cíle, prostředky a způsoby jak jich dosáhnout.

- Vnímaní sebe samého „ Já “, kdy jde o skladbu myšlenek a pocitů, které se soustřeďují na bdělý stav osoby. Jedinec si uvědomuje svojí existenci, a to kdo a kým je. Zahrnuje pocity, myšlenky, postoje, hodnoty a závazky. Rozlišuje se vnitřní a vnější svět.
- Růst a vývoj se mění podle osobního vývoje a dozrávání v každém vývojovém období růstu, kdy není myšlena jen stránka biologická, ale i psychické a sociální zrání jedince.
- Vnímání obrazu těla, který je velmi osobní, individuální, získaný, anebo naučený. Mění se podle toho, jak se jedinec během růstu mění. Řadí se sem i reakce okolí na zjev. Sestra by zde měla hodnotit stresory, které ovlivňují vnímaní klientova těla.
- Prostor, ve kterém jedinec žije. Je to subjektivní vnímání, které je postaveno na situačním stavu. Velice individuální. Má svůj rozměr a čas. Jde převážně o místo, kde osoba žije a s kým. Dále je zde řazen i osobní prostor.
- Čas, je vnímán jako doba mezi událostmi. Je charakterizovaný jako univerzální, přirozený v procesu života a je nenávratný. Pohybuje se z minulosti do budoucnosti.

Interpersonální systém vzniká na základě interakcí jedinců. Počet osob v interakci podmiňuje charakter vztahů. Je dána těmito pojmy:

- Interakce – proces vnímání a komunikace mezi jedincem, prostředím a jedinci navzájem. Zde se uplatňují získaní zkušenosti, potřeby, myšlenky, postoje, které ovlivňují i jeho prostředí. Obsahuje verbální a neverbální komunikaci.

- Komunikace – proces předávání informací druhé osobě, buď přímo, anebo nepřímo. Podle I. King jde o velmi důležitý prostředek vývoje a udržení vztahů. Může ulehčovat fungování skupin a společnosti.
- Transakce – je proces interakcí, ve kterých lidská bytost komunikuje s prostředím tak, aby dosáhla společného cíle. Jde o chování jedince orientovaného na cíl.
- Role – je to vzájemný vztah mezi dvěma a více osobností. Jedinec může být příjemce nebo dárce. Role se odvíjí od sebepojetí, postavení ve společnosti a interpersonálních vztahů.
- Stres – nejvíce ohrožuje růst, vývoj a zdraví jedince. Může se hodnotit jako negativní či pozitivní. Vzniká v rámci mezilidských vztahů a konfliktů. Proto je zapotřebí ho redukovat za pomoci transakce (tj. společné dohody).

Sociální systém se vytváří plněním základních životních aktivit, činností nutných pro zdraví a očekávaní pocitu štěstí. Organizování systému sociálních úloh, chování. King se věnuje rodině, komunitě, náboženské skupině, zájmovým skupinám, pracovištím, nemocnicím. V rámci sociálního sytému vymezila tyto pojmy:

- Organizace – je forma tvořená jedinci, které mají předepsané úlohy a pozice. Využívají všechny zdroje, aby dosáhli cílů.
- Autorita – proces transakce ovlivňována opatřeními, příkazy vedení a zodpovědností za činnosti.
- Moc – je základní, univerzální, dynamická a neosobní vlastnost v organizaci. Je dána statusem, schopnostmi a motivací jedince k dosažení cílů. Je limitována zdroji. Má přímý vztah k autoritě a rozhodování.
- Status – je chápán jako pozice jednotlivce ve skupině nebo skupiny v rámci organizace. Závisí jak na roli, která se může měnit, tak na situaci. Má přímou souvislost s výsadami, službami a povinnostmi.
- Rozhodování – je systematický a dynamický proces, kterým si jednotlivec nebo skupina vybírá z různých možností, aby snadněji dosáhli žádaného cíle.

Druhá koncepce teorie je k dosažení cíle. Která zahrnuje interaktivní proces. Ten umožňuje dosáhnout ošetřovatelského cíle, tvoří základ každé ošetřovatelské činnosti i procesu. Tento se odehrává mezi sestrou a pacientem a má na sebe návaznost v určitém cyklu,

které se mohou opakovat prostřednictvím vazby v průběhu ošetřování. Má celkem čtyři fáze:

- Akce – vzniká při střetu sestry s klientem, které vyvolává určité chování a sled aktivit. Dochází k seznamování s podmínkami, k vytváření si spojení podmínek a situací, motivace k dosahování cíle.
- Reakce – je výsledkem akce a interakce. Způsob jakým pacient nebo sestra, reagují na první krok čili při prvním střetnutí. Utváří se jejich zájem, dochází si k uvědomění svých možností, schopností, akceptaci daného vztahu, a zda je možné vytyčených cílů dosáhnout.
- Interakce – King interakci považuje myšlenky a postoje, výsledky komunikace mezi sestrou a pacientem.
- Transakce – je dosáhnutí shody v interakci, kdy klient a sestra jsou ochotni pokračovat k dosažení cíle.

Pro kvalitní interakci, aby vedla k dosažení cíle v ošetřovatelském procesu, by nemělo chybět několik kroků, mezi které patří zejména uvědomování si cílů a potřeb nemocného. Základem je, že cíle sestry a klienta by se od sebe navzájem neměly lišit. Nutné je poskytovat informace a ověřování si jejich přijmutí. To vše záleží na správné vzájemné komunikaci. A je důležité mít na paměti, že klient rozhoduje o přijetí či odmítnutí poskytnuté péče. (19, 20, 21, 25, 26, 27)

Praktická část

V praktické části se budu věnovat dvěma pacientům s depresivním onemocněním, kazuistice, jejich případů a následnému vytváření ošetřovatelského plánu. Plán péče jsem sestavila na podkladě modelu Imogine King, ve kterém se zabývám hlavně důležitostí vztahu sestry a pacienta. Ten by měl být v základu postaven na vzájemné důvěře, stanovení dosažitelných cílů a komunikaci. Vše je přizpůsobené bio – psycho – sociální individualitě pacienta.

4 Formulace problému

Deprese je stále se více vyskytující psychiatrické onemocnění, které je stále ještě populací v některých sférách odsuzováno nebo bagatelizováno. Depresivní onemocnění neboli deprese se stává běžnou nemocí a dnes je již druhou nejčastější příčinou pracovní neschopnosti. Není snadné zjistit, proč ve společnosti depresí přibývá, ale bez pochyby to nemá jen jeden důvod. Mnoho lidí v současné společnosti pociťuje přetížení na pracovišti, v rodině, při výchově dětí a při zvládání života vůbec.

Většina lidí má o depresi nesprávnou představu. Je potřeba porozumět, jaké je vlastně depresivní onemocnění. A to nejen proto, že je dnes nejrozšířenější, ale i proto, že to je nejčastější diagnóza v lékařské praxi, jak uvádí Jan Praško ve své publikaci.

5 Cíl práce

Cílem mé práce je aplikace modelu I. King v psychiatrické ošetřovatelské péči u pacientů s depresivní poruchou.

Dále byly stanoveny ošetřovatelské diagnózy dle definice klasifikace 2012-2014 na základě zjištěných problému u klienta v určité oblasti. Poté následuje stanovení cílů, ošetřovatelské intervence a jejich dopad na pacienta a na závěr uvedení vyhodnocení, jestli došlo ke splnění očekávaných výsledky či nikoliv.

U obou pacientů byl aplikovaný ošetřovatelský model I. King personálních, interpersonálních a sociálních systémů.

6 Charakteristika souboru

Pro můj kvalitativní výzkum byl výběr vzorku záměrný. Vybrala jsem si dva klienty s depresivní poruchou muže a ženu, kteří byli hospitalizovaní ve fakultní nemocnici v Plzni.

Kritéria vybraných klientů byla chuť komunikovat, ochota ke spolupráci a snaha dosažení plánovaných cílů. U obou dvou pacientů byl ústní souhlas s provedením kazuistiky.

7 Metoda sběru dat

Výzkumné šetření jsem prováděla kvalitativní metodou, formou případové studie – kazuistiky. Základem byl rozhovor s klientem orientovaný na model Imogine King.

A dále jsem využila informace z ošetřovatelské dokumentace.

8 Organizace výzkumu

Výzkum probíhal během mé praxe v zimním semestru loňského roku na psychiatrické klinice ve FN Plzeň po dobu čtyř týdnů. V období od 7. října do 11. listopadu.

KAZUISTIKA PACIENTA Č. 1

Žena ve věku 33 let přijata k první hospitalizaci na psychiatrickou kliniku na doporučení praktického lékaře pro zhoršení **úzkostně depresivního syndromu**. Doposud pouze docházela k psychologovi a žádnou medikaci neužívala. První příznaky nemoci se projevily kolem puberty.

Klientku jsem ošetřovala po dobu 16 dní během její hospitalizace na psychiatrické lůžkové části C. Hospitalizována od 27. 9. 2013.

9.1 ANAMNÉZA

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Klientka doposud zdráva, prodělala jen běžné dětské nemoci. V pěti letech prodělala infekční mononukleózu. Během svého života doposud neprodělala žádnou operaci či jiný chirurgický zákrok. Úrazy neudává.

RODINNÁ ANAMNÉZA

Oba rodiče žijí v Praze. Jsou rozvedeni od dětství klientky. Vztahy v rodině považuje za harmonické zejména mezi svými sourozenci. Otec trpí vředovou chorobou, matka doposud zdráva. Má celkem dva sourozence. Sestra je mladší o dva roky, které se nyní narodila dcera. Druhým sourozencem je bratr, který je o osm let mladší.

V rodinné anamnéze nebyl žádný výskyt depresivního onemocnění. Klientka si nepřeje podávat informace komukoliv z rodiny, jelikož o hospitalizaci a jejím psychickém stavu nic nevědí.

FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Doposud bez stále medikace. Hormonální antikoncepci nikdy neužívala. Psychiatrickou medikaci z počátku hospitalizace odmítala. Později přistoupila k nasazení léků.

Během hospitalizace:

- Argofan SR 75 mg 1-0-1 (per os)

- Rivotril 0,25 mg 1. tbl při nespavosti a stavech úzkosti

ABÚZUS

Klientka nepije a nekouří. Alkohol pouze příležitostně maximálně malé pivo k obědu třikrát ročně. V minulosti užila cca pětkrát marihuanu. Psychoaktivní látky neguje.

GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Menstruace je nepravidelná. Byla sledována pro nález myomu na děloze. Klientka je indikována k mimotělnímu oplodnění (IVF – in vitro fertilizace). Zatím se jí nerozhodla podstoupit. Trpí hormonální dysbilancí. Hormonální antikoncepci neužívá. Porod žádný, potrat žádný.

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Alergie neudává. Pouze po lékách Tramalu a Algifenu trpí zažívacími potížemi.

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Bydlí s přítelem v odkoupeném činžovním domě, který spolu rekonstruují a pronajímají byty. Klientka je svobodná, bezdětná. Partnerství je v posledním čase velice konfliktní. Za důvod považuje svůj současný depresivní stav, kdy není schopna se starat o domácnost, docházet do práce. Dále partnera trápí, že klientka nemůže otěhotnět přirozenou cestou a mimotělní oplodnění zatím sama odmítá.

PRACOVNÍ ANAMNÉZA:

Vystudovala střední zdravotnickou školu. Poté byla ihned přijata na vyšší odbornou školu v oboru psychiatrická sestra, kde úspěšně získala titul diplomované sestry psychiatrie. Pracovala jako vedoucí chráněných dílen, ale přestěhovala se do Plzně, kde po dobu dvou let pracovala v neziskové organizaci s drogově závislými lidmi. Po vypršení pracovní smlouvy pracovala jako všeobecná zdravotní sestra v nemocnici. Udává, že prožila od svých kolegyň šikanu na pracovišti (mobing). V červenci roku 2013 odešla z tohoto důvodu do pracovní neschopnosti.

PSYCHIATRICKÁ ANAMNÉZA

První psychickou dekompenzaci ve smyslu depresivní epizody zpozorovala cca před třemi roky v souvislosti se změnou zaměstnání a bydliště, poté si uvědomila, že úzkostně depresivní stavy prožívala již od puberty.

V červenci poprvé vyhledala psycholožku, ke které docházela na sezení.

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Stav vědomí: plné vědomí, orientována všemi směry.

Stav soběstačnosti: plně soběstačná dle Barthelova testu základních všedních denních činností

Hmotnost: 75kg

Výška: 180cm

BMI: 21

Krevní tlak: 110/70 mmHg

Pulz: 68/min

Dechová frekvence: 16/min

Tělesná teplota: 36,6° C

9.2 Katamnéza

První příznaky deprese se začaly projevovat v pubertě, kdy pacientka přestoupila ze základní školy na střední zdravotnickou školu. Cítila se špatně v kolektivu spolužaček, protože trpěla nízkým sebevědomím. Zlom nastal po rozchodu s prvním partnerem. Začala vnímat prudké změny nálad s úzkostí a vysokou plačtivostí. Vždy se spíše izolovala a byla introvertní typ člověka. Mezi její záliby patřila četba. Na studia na vyšší odborné škole vzpomíná velice ráda, pomalu se začleňovala mezi své vrstevníky. Začala chodit po diskotékách a získala si svou první nejlepší kamarádku. Ráda se vracela domů za sourozenci. S matčiným novým přítelem vždy vycházela velice dobře.

Od července roku 2013 se léčila psychoterapií pro reaktivní depresivní syndrom. První zhoršení psychického stavu nastalo zhruba před třemi roky po přestěhování se s přítelem do Plzně. Dala výpověď z místa, které ji bavilo a vnitřně naplňovalo.

Když sehnala místo jako zdravotní sestra v nemocnici, začala mít pocit, že do kolektivu nezapadla, začala být šikanována novými kolegyněmi, kdy se její stav natolik zhoršil, že musela odejít do pracovní neschopnosti.

V poslední době se pak začaly zhoršovat hádky s partnerem, který jí vyčítá, že doma nic nezvládá. Hlavní potíží je, že se necítí na to mít dítě, ale okolí včetně gynekologa na ní naléhá, že má nejvyšší čas se rozhodnout. Děti má ale velice ráda.

V minulém roce měla také depresivní epizodu, kdy nemohla několik týdnů ani vstát z postele a musela se do všeho nutit včetně jídla. Stav se poté relativně upravil bez psychiatrické intervence. Léky se bojí užívat, protože má strach, že ji jenom otupí a nebude pak schopna prožitků. Bojí se, že se bude cítit jako robot a děsí se nežádoucích účinků. Dále má obavy z nástupu do práce. Klientka si myslí, že to nezvládne a pociťuje, že se stav pomalu zhoršuje. Přidaly se nutkavé rituály. Udává neustálou potřebu mytí rukou, dlouho věší prádlo, musí ho mít poskládané do přesných komínků.

9.3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA Č. 1

9.3.1 SBĚR INFORMACÍ DLE MODELU I. KING

Data na sestavení ošetřovatelského plánu jsem sbírala pomocí rozhovoru s pacientkou. Dále jsem využívala ošetřovatelskou dokumentaci na sběr dat podle modelu I. King zprávy a informace od ošetřujícího personálu.

PERSONÁLNÍ SYSTÉM

PERCEPCE

Pacientka si plně uvědomuje svojí osobu. Hodnotí se jako introvert, který má nízké sebevědomí již od dospívání. Často pociťuje smutek, jelikož se hodnotí jako empatická osobnost, sdílí lítost nad ostatními osudy lidí kolem jejího života. Nedokáže oddělovat svůj pracovní život od osobního. Její myšlenky jsou spíše pesimistické. Vůči sobě je velice kritická.

Během hospitalizace často sdělovala své pocity a prožitky. Snažila se začít pracovat se sebevědomím.

RŮST A VÝVOJ

Pacientka udávala, že od mala nebyla matkou moc chválena a byla spíše v ústraní. Byla více protěžována její mladší sestra. Trpí od dětství pocitem nejistoty. Nevěří si v mnoha věcech. Vždy se držela v pozadí a měla trému při různých aktivitách před veřejností. Znervózňovalo jí zkoušení u tabule. Bála se projevit své znalosti před spolužáky. Její první láska jí trochu zvedla sebevědomí a zažívala pocity štěstí, ráda poslouchá slova chvály, které udává, že nebyly a nejsou moc časté.

Během hospitalizace si dala za cíl začít se každé ráno po probuzení za něco chválit. Při pochvale od ošetřovatelského týmu se objevoval úsměv. Snaha klientky zlepšit svůj psychický růst byla veliká a hodnotila bych to velice kladně.

OBRAZ TĚLA

Své tělo vnímala vždy velice kriticky, kvůli své výšce. Měla problémy s hledáním partnerů. Styděla se. Vlastní představu má, že patří mezi ošklivé ženy. Celý život se hodnotí jako průměrem. Vždy chtěla vypadat jako její hezké kamarádky a spolužačky. Vadí jí, že má rovné vlasy a ne kudrnaté jako její sestra. Její matka byla kritická, co se týká pacientky vzhledu. Buď byla moc při těle, nebo naopak moc hubená. Měla komplexy a má dodnes ze svých prsou. Přijdou jí moc malé. Při intimních styku se vždy schovávala pod peřinu a má ráda při sexu tmu.

Během hospitalizace při našich rozhovorech jsem klientku povzbuzovala. Snažila se najít způsob, jak vnímat nekriticky své tělo. Při změnách účesu jsem upozorňovala na příjemnou změnu. Komunikovala jsem s pacientkou o kadeřnických možnostech trvalé, prohlíželi jsme si módní časopisy, bavili se o nových trendech. Bylo patrné, že se začala zajímat o úpravu zevnějšku a při prvním volném režimu typu C šla do obchodu a koupila si teplákovou soupravu oblíbené barvy. Byl patrný pocit radosti.

PROSTOR, VE KTERÉM JEDINEC ŽIJE

Pacientka si zde od doby přistěhování snažila vytvořit příjemné domácí zázemí. Podle partnera jim už chybí jen dítě. Což vnímá velice negativně, protože ještě se necítí na to být matkou a vychovávat potomka. Tím pádem se obviňovala za svou neschopnost

otěhotnět. Myslí si, že za to může ona sama, i když zná svou gynekologickou anamnézu v plném rozsahu. Nerada přijímá návštěvy, má totiž pocit narušení soukromí a hlavně se bojí pomluv od známých, protože v poslední době domácnost dost zanedbávala.

Během hospitalizace bylo patrné, že má ráda svůj osobní prostor a dodržování intimních zón. Při přiblížení ke klientce automaticky popošla krok zpět. V tomto ohledu je velice nutné akceptovat osobní prostor klienta a snažit se ho nikterak nenarušovat.

ČAS

Klientka svůj život vnímá velice skepticky. Stále se vrací v myšlenkách k minulosti a nerada přemýšlí o budoucnosti, protože se bojí, co jí tento čas přinese. Hloubá často nad tím, co by v minulých dnech a letech udělala jinak. Vyčítá si, že se odstěhovala za přítelem, ale je mu to nikdy neřekla, protože by ho tím nechtěla ranit.

Během hospitalizace jí čas velice pomalu utíkal. V rozhovorech s lékaři při skupinách se do minulosti musí vracet, což klientku po rozebrání většinou rozpláče a chvíli chce být sama. Ošetřovatelský tým se proto snaží dodržovat pravidelný chod oddělení, kdy se dodržuje denní program v přesně daném čase. O volném čase jsem s klientkou plánovala její ošetřovatelský plán k dosažení cíle. Hráli jsme spolu a s ostatními spolupacienty karty, ráda vybarvovala mandely. Klientka mi často sama děkovala za věnovanou pozornost.

INTERPERSONÁLNÍ SYSTÉM

INTERAKCE

Jako vystudovaná všeobecná zdravotní sestra se až postupem času zbavila trémy z komunikace s cizími lidmi. Během praxe a později práce jí to nedělalo problémy. Vždy musela získat čas, než se zapojila do kolektivu. Myslí si, že se si o ní ostatní říkali, že je to tichá osobnost. I tak vystupovala. Nikdy neměla ve skupině hlavní slovo. Proto byla pyšná sama na sebe, že se dokázala krátce po studiích dostat na pozici vedoucí chráněných dílen. Samotnou jí pořád mrzí, že práce nechala.

Během hospitalizace se postupně začleňovala do kolektivu spolupacientů. Nebyla vůdčí typ, spíše jen naslouchala. Často opakovala, že nechce sestry rušit. Klientce bylo

stále vysvětlováno, že může kdykoliv přijít. Před některými sestrami se moc neprojevovala. Zpočátku našich rozhovorů byla v rozpacích a styděla se o některých věcech mluvit. Postupem času jsem si získala klientky důvěru. Spolupráce byla bez problémů. Sama se snažila vyvářet program cílů a jejich dosahování.

KOMUNIKACE

Pacientka má problémy s vyjádřením svých potřeb. Má pocit, že bude na obtíž, a to jí psychicky vyčerpává. I když ví, jak to v praxi chodí, momentálně se cítí zbytečná. Její přítel nepochopí neverbální signály, které mu kdy naznačovala. Komunikace mezi nimi je spíše konfliktní. Proto se obává svěřovat se mu se svými pocity, bojí se hádky.

Během hospitalizace aktivně vyhledávala kontakt po zlepšení psychického stavu. Sama se zapojovala do konverzace s lidmi na oddělení.

TRANSAKCE

Během prvních kontaktů s pacientkou bylo hovoření rozpačité. Během dvou dnů jsem cítila, že z klientky odpadl ostych a hovor plynul volně. Nebylo třeba klást otázky a dotazovat se. Bylo vidět zlepšení konverzace ze strany klientky. Oslovovala spolupacienty, bez obtíží komunikovala se zdravotníky. I sama cítila, že se přestává stydět za své dotazy, protože si uvědomuje, že pro ni odpovědi na otázky jsou důležité.

ROLE

Klientka si plně uvědomuje svoje životní role, ale má pocit, že je plní nedostatečně. Jako dcera si připadá špatná, jelikož obviňuje matku za plno negativních událostí, co se jí v životě stalo. Role sestry zvládala do doby, než se její sestře narodilo dítě, začala pociťovat závist, a tím i vtíravé myšlenky, že je zlá. Jako partnerka se hodnotí spíše submisivně a bere na sebe vinu za to, že nemůže otěhotnět. Ve své pracovní roli sestry se na oddělení necítila dobře, protože to bylo mimo její obor, který jí tak bavil. Na další role si již nevzpomněla.

Během hospitalizace byla příjemce ošetřovatelské péče. Spolupracovala bez obtíží.

STRES

Klientka udává, že velice špatně nese stres. V situacích, které se jí nedaří, se cítí bezmocná. Neumí s ním v poslední době vůbec pracovat. Za poslední události během tří let hodnotí vše jako jeden veliký stres. Neuměla se nikdy odreagovat a zvolnit pociťované napětí.

Během hospitalizace pociťovala stres z nasazení léků, bála se, že nebude cítit žádné prožitky. Často hovořila, že má stres z návštěvy přítele, protože se bojí, jak bude reagovat. Pro něj to také nebyla lehká situace. Udávala, že cítí stres z nástupu zpět do práce. Při našich rozhovorech jsem klientku aktivně naslouchala a snažila se s ní vytvořit na každý den nějaký cíl, čím bychom zmírnili stres. Například klientka si dala cíl, že zavolá vrchní sestře na oddělení a požádá o přeložení na jiné oddělení. Po splnění toho to telefonátu cítila velikou úlevu a měla radost, že neutekla před problémem, nebo že ho nadále neodkládala.

SOCIÁLNÍ SYSTÉM

ORGANIZACE

Při práci ve skupině se spíše držela v pozadí, moc se z počátku do úkolů nehrnula. Při skupinách spíše poslouchala a do hovorů se nezapojovala. Při osobním rozhovoru to bylo již lepší. Dokázala se svěřit s intimními věcmi, které jí trápili.

AUTORITA

Klientka o sobě říká, že někdo je přirozená autorita, ale ona ne. Dodržování léčebného režimu bylo bez obtíží. Byla zodpovědná a při režimu C (volný režim s vycházky) se vždy vracela včas i o několik minut dříve. Zadané úkoly plnila pokud možno ihned, ale často záleželo na momentální náladě a psychickém rozpoložení klientky.

PRAVOMOC

Klientka měla velikou motivaci k dosažení cílů. Snažila si plánovat zpočátku ze dne na den. Z počátku byla velice nerozhodná, ale postupem času během jednoho týdne po nasazení medikace se upravovala i rozhodnost. Přestala používat slova nevím, jak chcete vy, mně je to jedno.

STATUS

Klientka je introvert.

ROZHODOVÁNÍ

Na začátku hospitalizace bylo na klientce vidět, že je nerozhodná. Nevěděla, co si dá k jídlu. Často používala výraz, že jí je to jedno. Během léčby se to začalo měnit, začala být rozvážnější v mnoha věcech. Měla velikou radost.

9.3.2 Plán ošetřovatelské péče a hodnocení

Cílem ošetřovatelského plánu bylo hlavně to, aby si klientka uvědomila, že je nemocná. A že, bez psychiatrické léčby to nelze. Dále bylo také důležité nalézt vhodného způsobu léčby, nasazení vyhovujících farmak a psychoterapie. U klientky bylo největší problém, že si z počátku nechtěla své onemocnění připustit a cítila stud za své chování, které bylo ovlivněné depresivním onemocněním. Léčba však probíhala příznivě a klientka byla po třech týdnech hospitalizace na akutních lůžkách přeložena na doléčovací oddělení s volným režimem.

Terapeutický vztah byl volně navázán a za pacientkou jsem docházela na návštěvy během praxe i na doléčovací oddělení s lůžky. Z počátku při sestavování léčebného režimu nebyla klientka moc aktivní. Při viditelném zlepšení nálady byly cíle plánu dosaženy. Dále s klientkou byly vyplněny tyto dotazníky:

- **Barthelův test běžných denních činností** – vyšel se 100 body, čili klientka je nezávislá. Je schopna o sebe pečovat sama.
- **Beckova sebeposuzovací stupnice deprese –** klientce dle dotazníku vyšlo 24 bodů, čím její deprese byla vyhodnocena jako lehká až střední deprese.

9.4 Souhrn ošetřovatelských diagnóz

V této části praktické budu zhodnocovat a vyhledávat problém v dané oblasti dle modelu I. King.

Hodnocená oblast	**Ošetřovatelské diagnózy**
Percepce	**00120 Situačně nízká sebeúcta**
Růst a vývoj	**00167 Snaha zlepšit sebepojetí**
Obraz těla	**00118 Narušený obraz těla** **00121 Narušená osobní identita**
Prostor, ve kterém jedinec žije	**00098 Zhoršené udržování domácnosti** **00175 Morální strádání**
Čas	**Problém nezjištěn.**
Interakce	**00052 Zhoršená sociální interakce**
Komunikace	**00051 Zhoršená verbální komunikace**
Transakce	**00157 Snaha zlepšit komunikaci**
Role	**00055 Neefektivní plnění rolí** **00069 Neefektivní zvládání zátěže**
Stres	**00146 Úzkost**
Organizace	**00158 Snaha zlepšit zvládání zátěže**
Autorita	**Problém nezjištěn.**
Pravomoc	**00184 Snaha zlepšit rozhodování**
Status	**Problém nezjištěn.**

Rozhodování	**00184 Snaha zlepšit rozhodování**

9.4.1 Aktuální diagnózy

00051 – Zhoršená verbální komunikace související s psychickou bariérou projevující se neschopností vyjádřit své problémy.

Subjektivně: K/P se drží spíše o samotě a nespolupracuje s ostatními spolupacienty.

Objektivně: K/P není schopný vyjádřit své potřeby.

OČEKÁVÁNÝ VÝSLEDEK: Pacientka bude schopna vyjadřovat své potřeby a bude spolupracovat s ostatními klienty.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Pozoruj K/P ve skupině a snaž se zapojit do komunikace.
- Zapoj přítele K/P a všímej si vztahu mezi nimi.
- Psychicky povzbuzuj K/P.
- Zajisti soukromí při rozhovoru s K/P a zpočátku používej cílené dotazování.

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE:

Pacientka během hospitalizace začala pomalu navazovat vztahy. Spolupracovala a začala sdělovat své pocity určeným zdravotníkům. A bylo znatelné, že pomalu odstraňovala trému. Rozhovory později vyhledávala sama.

00052 – Zhoršená sociální interakce související s narušenými myšlenkovými procesy projevující se diskomfortem ve společenských situacích.

Subjektivně: K/P není schopen navázat nové vztahy.

Objektivně: K/P tráví volný čas o samotě v pokoji.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacientka se bude zapojovat do skupinových aktivit a naváže vztahy se spolupacienty.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Pozoruj K/P zapojení se ve skupině a ohodnoť chyby, kterých se dopouští.
- Zapojuj K/P do aktivit dostupných na oddělení.

- Nabízej svou účast při konaných aktivitách.
- Podporuj K/P psychicky, snaž se dodávat odvahu.

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE:

Pacientka se po pár dnech začala zapojovat do společenských aktivit na oddělení. Se spolupacienty hrála společenské stolní hry, vybarvovala mandely a začala chodit na ranní cvičení s fyzioterapeutkou ve skupině.

00055 – Neefektivní plnění rolí související s nedostatečnou přípravou pro plnění rolí projevující se nedostatečnou sebedůvěrou.

Subjektivně: K/P udává, že nedostatečně plní své role, protože nemá energii.

Objektivně: K/P nemá dostatečnou sebedůvěru.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacientka bude cítit sebedůvěru sama v sobě a bude moci plnit své sociální role bez rozporu ve své osobě.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Aktivně naslouchej K/P.
- Podporuj K/P v jeho rozhodnutích.
- Projev empatii při rozhovorech s K/P.
- Vytvoř s K/P plán k dosažení efektivnímu plnění rolí.

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE:

Pacientka během hospitalizace vytvořila plán k dosažení efektivnímu plnění rolí. Měla velkou motivaci ze strany spolupacientů a partnera. Začala pociťovat sebedůvěru.

00069 – Neefektivní zvládání zátěže související s psychickou nejistotou projevující se neschopností zvládat zátěž.

Subjektivně: K/P udává, že je nejistý ve stresových situacích.

Objektivně: K/P se vyhýbá zátěžovým situacím a odkládá vyřizování důležitých věcí.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacientka bude zvládat v rámci možností zátěžové situace a nebude odkládat důležité věci na později.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Nabídni pomoc K/P při vyřizování důležitých věcí.

- Zajisti dostatečný prostor a klid K/P pro vyřizování důležitých věcí.
- Pochval K/P.
- Podpoř K/P a podpoř sebedůvěru.

HODNOCENI EFEKTIVITY PÉČE:

Pacientka se snažila během hospitalizace vyřešit své odložené povinnosti, které pro ni byly velikou zátěží. Cítila velikou úlevu po jejich vyřízení.

00098 – Zhoršené udržování domácnosti související se zhoršeným fungováním, díky svému psychickému stavu projevující se nedostatečným pořádkem a údržbou domácnosti.

Subjektivně: K/P udává, že nezvládala péči o svou domácnost.

Objektivně: Nelze hodnotit. Během hospitalizace měla své věci srovnané v určité posloupnosti.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacientka bude cítit zlepšení ve svém psychickém stavu a vytvoří si plán, jak udržovat pořádek ve své domácnosti.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Nenarušuj K/P řád ve věcech.
- Sleduj a pozoruj K/P zda udržuje pořádek ve svých věcech.
- Pomoc K/P vytvořit plán k udržení pořádku.

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE:

Během hospitalizace nebylo zaznamenáno to, že by pacientka byla nepořádná. Měla pořádek ve svých věcech. Při volném režimu a propustkách chodila domů, po vrácení na oddělení udávala, že uklidila a měla z toho dobrý pocit.

00118 – Narušený obraz těla související s psychosociálním problémem projevující se uváděním pocitu, které odrážejí změněný pohled na vlastní tělo.

Subjektivně: K/P se hodnotí negativním pocitem ohledně těla.

Objektivně: K/P je stydlivý a neúmyslně zakrývá své tělo.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: K/P nebude vnímat své tělo negativně a nebude k sobě kritická.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Sleduj změny na K/P a uděluj pochvaly na její osobu.
- Snaž se podpořit K/P sebevědomí.
- Aktivně naslouchej K/P.
- Snaž se zmírnit nebo úplně odstranit negativní pohled K/P na své tělo.

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE:

Pacientka během své hospitalizace přehodnocovala vnímání svého vzhledu. Při změně pohybového režimu si dělala radost nákupy a měla radost z nových věcí. Aktivně se bavila s ošetřovatelským týmem na téma módy a změnila styl účesu. Se spolupacienty si ve volných chvílích tvořila kosmetické úpravy a manikúru.

00120 – Situačně nízká sebeúcta související s narušeným obrazem těla projevující se vyjadřováním bezmocnosti a hodnocením sebe sama jako neschopnou poradit si v různých situacích.

Subjektivně: K/P udává, že nemá kontrolu nad svým chováním a hodnotí se negativně.

Objektivně: K/P je sklíčená ze svého tělesného úpadku a tráví většinu času o samotě na pokoji.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacientka se nebude hodnotit negativně. Nebude trávit veškerý čas sama na pokoji.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Kontroluj K/P na pokoji.
- Sleduj K/P psychický stav a zpozorované změny zaznamenej do dokumentace.
- Komunikuj K/P o nemoci a snaž se vytvořit plán a cíle k odtržení pocitu nízké sebeúcty.
- Psychicky podporuj K/P a zajímej se o pocity.

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE:

U pacientky bylo viditelné zlepšení chování, více času trávila na denní místnosti se spolupacienty, nebyla viditelná apatičnost a byla více aktivní.

00121 – Narušená osobní identita související s vnímaným předsudkem projevující se kolísajícími pocity o sobě samé.

Subjektivně: K/P má o sobě negativní mínění.

Objektivně: K/P o sobě hovoří v negativech.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacientka se nebude hodnotit negativně a odstraní získané předsudky o své osobě.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Snaž se při rozhovorech zmírnit K/P získané předsudky.
- Pokus se při sezeních najít spolu s K/P pozitiva na jeho osobě.
- Nalezená pozitiva K/P připomínej při projevech kolísajících pocitů

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE:

Během hospitalizace se podařilo pacientce hodnotit svou osobu kladně.

00146 – Úzkost související se stresem z nevyřešených událostí projevující se vyhýbáním očnímu kontaktu a neklidem.

Subjektivně: K/P udává v konverzaci pocit úzkosti.

Objektivně: K/P se při konverzaci chvěje hlas a je trpí roztřeseností.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacientka nebude pociťovat úzkost při zátěžových situacích a vyřeší si během hospitalizace odkládané záležitosti a vztahy.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Snaž se zmírnit úzkost během konverzace s K/P.
- Zaznamenávej míru úzkosti a strachu do dokumentace.
- Komunikuj s K/P a aktivně naslouchej problémům.
- Pobízej pomoc při plánování úkolů a splnění cílů.

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE:

Pacientka během hospitalizace zvládla vyřešit své pracovní záležitosti. Cítila úlevu a měla radost z toho, že zvládla zavolat své nadřízené. Dále vyřešila svůj citový vztah s přítelem a odhodlala se říct svá přání.

000175 – Morální strádání související s partnerskými konflikty projevující pochybováním o vlastní identitě.

Subjektivně: K/P udává pochyby o své vlastní identitě a viní se za to, že nemůže otěhotnět.

Objektivně: K/P má nízké sebevědomí, často se v rozhovorech obviňuje a je viditelná sklíčenost.

OČEKÁVÁNÝ VÝSLEDEK: Pacientka se nebude obviňovat za všechny vzniklé zátěžové situace a nebude o své identitě pochybovat.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Zmírnění pochyb K/P o své osobní identitě.
- Projev empatie K/P.
- Aktivně naslouchej K/P při sdělování intimních informací ohledně partnerského vztahu.

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE:

Pacientka při delším pobytu na oddělení nadále neudávala pochyby o své identitě. Zlepšila s partnerem komunikaci. Mluvili spolu o všech doposud vzniklých konfliktech ohledně partnerství a společně našli porozumění jeden pro druhého. Pacientce se ulevilo a cítila pocit štěstí.

9.4.2 Ošetřovatelské diagnózy na podporu zdraví

00157 – Snaha zlepšit komunikaci projevující se vyjadřováním uspokojení se schopností sdílet informace s druhými lidmi.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacientka bude vyjadřovat uspokojení při sdílení informací s druhými lidmi.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Aktivně naslouchej K/P při sdílení informací.
- Podporuj K/P v komunikaci.

00158 – Snaha zlepšit zvládání zátěže projevující se vyhledáváním sociální podpory.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacientka bude umět vyhledat sociální podporu při snaze zvládnout zátěž.
OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Podporuj K/P v řešení zátěže.
- Dej najevo zájem K/P o sdílení jeho problému.
- Pomoc najít K/P strategii k řešení zvládání zátěže.

00167 – Snaha zlepšit sebepojetí projevující se činností odpovídající verbálnímu projevu.
OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacientka bude vyjadřovat pocit zlepšení v sebepojetí.
OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Podporuj K/P verbální projev.
- Podporuj K/P snahu o zlepšení sebepojetí.
- Pomáhej K/P zlepšit sebepojetí.

00184 – Snaha zlepšit rozhodování projevující se viditelnou rozvážností v mnoha věcech.
OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacientka vyjadřuje rozhodnost v řešení událostí a cítí se rozvážně.
OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Podporuj K/P v rozhodování.
- Nesnižuj K/P rozhodnutí a nevyvracuj mu jej.
- Pochval K/P rozvážnost v rozhodování.

00187 – Snaha zlepšit zdatnost projevující se velikou motivací k dosažení cílů.
OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacientka bude dosahovat svých vytyčených cílů díky své zdatnosti zdolávat problémy.
OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Motivuj K/P k dosažení cílů.
- Naslouchej K/P vytyčených cílů.
- Podporuj K/P ve splňování cílů.

10 KAZUISTIKA PACIENTA Č. 2

Muž ve věku 28 let. V minulosti již několikrát hospitalizovaný na psychiatrii z důvodu závislosti na psychoaktivních látkách zejména pervitinu. Na psychiatrickou kliniku byl dovezen v pozdních večerních hodinách rychlou záchrannou službou pro poruchy chování. V předešlých lékařských zprávách pacientovi v minulosti byla diagnostikována **lehká depresivní porucha s psychotickými příznaky.** Hospitalizován od 28. 9. 2013 na psychiatrické klinice - oddělení C.

10.1 Anamnéza

OSOBNÍ ANAMNÉZA

V dětství prodělal běžné dětské nemoci. V pubertě měl infekční mononukleózu. Jinak se s ničím neléčí, kromě závislosti na psychoaktivních látkách. Žádné operace nepodstoupil. Vážné úrazy neměl. Epileptické záchvaty v anamnéze neprodělal.

RODINNÁ ANAMNÉZA

Matka ve věku 45 let je léčena pro karcinom prsu. Nyní je v invalidním důchodu. Otec žije na Slovensku, má problémy s alkoholem. S pacientem se vůbec nestýkají. S matkou je klient ve velmi sporadickém kontaktu. Jiná onemocnění v rodině nejsou známa. Sourozence nemá. Stýká se pouze s rodiči z matčiny strany.

FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Poslední medikace:

Olanzapin Apotex 5mg 0-0-1 (není jasné, zda po propuštění z léčebny užíval)

Dále v anamnéze:

Zyprexa, Afluditen, Apaurin, Solian (nebylo zjištěné přesné dávkování)

Medikace za hospitalizace:

Megamox 1mg 2 x 1 tbl denně po 12 hodinách p.o (v osm hodin ráno a v osm hodin večer)

Risperdal 1 mg 1-0-0 p.o.

Imazol krém 1x denně na DK

Fenistil gel dle potřeby

Xeplion 150mg i.m. 1 amp. do deltového svalu (každý třetí den po dobu 14 dní)
Paralen 500mg 1 tbl. dle potřeby p.o. (max. 4x denně)

ABÚZUS

Kouří od středního odborného učiliště. Vykouří minimálně 20 cigaret denně. Alkohol udává, že pije pouze příležitostně, ale není jasné jaké množství. Od 16. let kouří skoro denně marihuanu, nyní asi měsíc neměl. Od 19 let závislost na pervitinu, nejprve praktikoval sniffing, později aplikoval drogu intravenózně. V anamnéze je uvedena experimentace s LSD a extáze.

ALERGICKÁ ANAMNÉZA

Alergie neuvádí.

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Klient je svobodný, bezdětný. Momentálně bez partnerky a za svůj život měl jen jeden vážný vztah, později díky drogám nebyl schopen s nikým partnerský vztah navázat. Od vyučení žil na ubytovně, kde pobýval asi dva roky. Nějaký čas přespával u kamarádů, poslední dva měsíce bydlel u svých prarodičů ve sklepě. Nyní je bezdomovec.

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Vyučen jako elektrikář, nikdy v daném oboru nepracoval. V žádném zaměstnání moc dlouho nevydržel, živil se vždy dělnickými pracemi. Nyní je zhruba rok bez práce. Na pracovním úřadě není hlášen.

PSYCHIATRICKÁ ANAMNÉZA

Opakovaně byl hospitalizován v psychiatrické léčebně Dobřany od roku 2005, poslední hospitalizace byla v listopadu roku 2012. V propouštěcích zprávách **příznaky lehké depresivní poruchy.** Při dimisi byl znatelný defekt osobnosti, hypomimie, apatie a emoční plachostí.

STAV PSYCHICKÝCH PŘÍZNAKŮ

Klient má výrazně zpomalené psychomotorické tempo. Chvílemi jsou náznaky jasné paranoidity. Na položenou otázku mlčí. Pak sděluje, že nechápe ošetřovatelský přístup, když ho bolí noha. Když se klienta lékař ptá na matku, tak má strach, aby mu někdo neublížil, jestliže poví, jak to s matkou má.

Emotivita a neverbalita se jeví jako depresivní, v odpovědích výrazná latence. U klienta jsou jasné nulové emoční projevy, je nevýpravný, apatický.

Stav nyní zhodnocen jako depresivní porucha s psychotickými příznaky. Je vigilní, lucidní, lze usuzovat, že i plně orientován. Emotivita oploštělá, náladu nelze spolehlivě hodnotit. Myšlení nelze spolehlivě hodnotit, nelze vylučovat formované bludy bez známek přímé autogrese.

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Stav vědomí: plné vědomí, lze usuzovat orientaci v čase a prostoru

Soběstačnost: plně soběstačný dle Barthelova testu základních všedních denních činností

Hmotnost: 72,5 kg

Výška: 178 cm

BMI: 23 (normální váha)

Krevní tlak: 120/75 mmHg (normotenze)

Pulz: 74/minutu

Dech: 17/minutu

Tělesná teplota: 36,7°C

10.2 Katamnéza

Pacient byl poprvé hospitalizován v psychiatrické léčebně v roce 2005 z důvodu své závislosti na pervitinu. Psychiatrickou pomoc vyhledal v té době kvůli své přítelkyni, která mu vyhrožovala rozchodem, pokud se svou závislostí nic neudělá. Vydržel abstinovat po propuštění zhruba tři měsíce, vrátil se k droze a začal si jí aplikovat intravenózně. Bez drogy nedokázal pracovat a nějak racionálně myslet. Myslel si, že díky ní, zapomene na všechny problémy. Poprvé pervitin vyzkoušel na středním odborném učilišti,

kdy mu kamarád tvrdil, že svět bude lepší. Prožíval pocit euforie a zapomínal na prožité věci z dětství.

V psychiatrické léčebně se ocitl zhruba 6x za svůj život a 2x předčasně ukončil léčbu s pocitem, že vše již zvládne sám. V roce 2012 se začaly objevovat první známky lehké depresivní fáze, cítil se sociálně vyloučený. Nezvládal řešit nastalé situace. Několikrát se jen tak potuloval bez cíle. Když odešel z ubytovny, tak přespával u svých známých, kteří byli také na droze. Tím pádem měl snadný přístup k pervitinu. Matka se o jeho osobu nikdy moc nezajímala, po zjištění, že je pacient závislý před ním zavřela dveře a zůstali spolu pouze ve sporadickém kontaktu.

Z lékařských anamnéz jsou značné psychické poruchy. Klient má stále smutnou náladu, kdy neví, co jí předchází. Emocionálně je oploštělý. Tvrdí, že již nebude moci milovat.

Na psychiatrickou kliniku fakultní nemocnice se dostal díky záchranné zdravotní službě, která byla přivolána občanem v obci XY, kde byl pacient nalezen v zuboženém stavu. Stěžoval si na bolesti zad. Tvrdil, že byl celou noc venku, odmítal spolupracovat, nekomunikoval při vyšetření, byl podchlazený, hypotenzní, byly znatelné poruchy chování. Lékaři si stěžoval na bolest levé kyčle, která je objektivně bez patologie. Jednoslovně odpovídal, fixoval si objekty při pohledu, horší komunikace, je nevýpravný. Přiznává, že je bezdomovec a několik dní již přespává v terénu, připouští, že je několik dní na cestách bez jasného cíle. Je výrazný zápach z malhygieny.

Klient byl přijat s jeho souhlasem na psychiatrické oddělení, kde bylo nařízeno neurologické vyšetření, zavedení antipsychotické farmakoterapie, laboratorní screening. Toxikologické testy jsou negativní.

10.3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA Č. 2

10.3.1 Sběr informací dle modelu I. King

PERSONÁLNÍ SYSTÉM

PERCEPCE

Pacient si uvědomuje svou identitu. Zná své jméno a příjmení. Hodnotí se jako troska společnosti. Od mala si říkal, že nikdy nedopadne jako jeho vlastní otec. Měl

vysněné cíle, čeho chtěl v životě dosáhnout. Tvrdí o sobě, že nemá vůli, a proto skončil tak, jak skončil. Chytl se špatné party a je z něho bezdomovec se závislostí.

Během hospitalizace byl pacient zamlklý a odmítal komunikovat. Byla potřeba dát klientovi prostor, pochopit jeho chování a přijmout jeho individualitu. Během prvního týdne trávil čas o samotě a procházením bez cíle po chodbě oddělení. Druhý týden se začal zapojovat do aktivit se spolupacienty. Ale moc se nikomu nesvěřoval.

RŮST A VÝVOJ

Pacient neudává, že by měl problém s tělesným vývojem. Na své dětství vzpomíná velice nerad. Byl jako malý svědkem fyzického týrání matky otcem. Jeho otec měl problémy s alkoholem a pamatuje si, jak chodil domů opilý. Vyhazoval věci ze skříní, rozbíjel nábytek. Mockrát u nich musela zasahovat policie. V pubertě měla matka několik přítelů, kteří nepřijali pacienta jako syna své družky. Byl vystaven ponižování a nemohl u své matky hledat zastání, protože se nikdy na stranu syna nepostavila. Od svých desíti let nezažil slavení Vánoc. Několikrát utekl z domova a nezažil, že by ho rodiče hledali. Matka mu často vyčítala, že jí zkazil život tím, že se narodil.

Ve čtrnácti letech ukradl v obchodě jídlo, protože měl strašný hlad. To se ihned to rozkřiklo po městě a matčin druh ho zbil páskem tak, že mu tekla z těla krev. To už nevydržel a odešel ke svým prarodičům, kteří mu pomohli vystudovat odborné učiliště, i přes chudobu, ve které žili. Na učilišti později začal experimentovat s drogami. Pomáhali mu zapomínat na prožité dětství a strasti v něm.

Během hospitalizace byl pacient tichý, spíše se držel v ústraní. Bylo znát, že má respekt ze starších mužů hospitalizovaných spolu s ním na oddělení. Byla také znatelná plachost klienta a z počátku komunikaci nevyhledával. Po dvou týdnech na oddělení po zabrání medikace bylo vidět veliké zlepšení v psychickém chování klienta.

OBRAZ TĚLA

Pacient se nehodnotí jako krásný. Má pocit, že je ošklivý z důvodu narkomanie. Na jeho těle jsou znatelné stopy po brání drog, na horních končetinách má jizvy po vpichách,

po těle jizvy po pokusech sebevraždy v dospívání. Udává, že je bezdomovec a už ho nikdy žádná dívka nebude chtít.

Při přijetí byl u pacienta znatelný zanedbaný vzhled. Neměl ostříhané nehty, výrazný zápach z malhygieny, zarostlý obličej vousem, kůže byla suchá a na dolních končetinách byla objevena plíseň mezi prsty. Po druhém týdnu bylo jasné zlepšení o dbání o vlastní tělo. Klient si půjčil erární pomůcky, oholil se, dbal o svůj vzhled. Pravidelně se chodil koupat, ostříhal si nehty. Při změně pohybového režimu si nakoupil vlastní drogerii.

PROSTOR, VE KTERÉM JEDINEC ŽIJE

Před hospitalizací žil asi dva měsíce ve sklepě v domě u svých prarodičů, kteří klienta nechtěli přímo v domě z důvodu toho, že je okrádal. Jednoho dne od nich odešel a poslední dny neměl, kde být. Chodil po různých cestách bez cíle. Proč se ocitl zrovna v obci XY, kde byl nalezen a odvezen RZS netuší. Pacient si drží při komunikaci značný odstup od okolí. Sám nenarušuje intimní zónu ostatních spolupacientů.

Během hospitalizace si vybíral lůžko u okna, a co nejdále od dveří. Bylo důležité ze strany personálu dodržování intimity klienta, při přijetí byl edukován v oblasti provozního řadu a chodu oddělení. Byl seznámen s orientací na oddělení, nebyl dezorientovaný.

ČAS

U klienta nebyl zpozorován žádný problém s vnímáním času, i přes jeho drogovou minulost. Zná časovou posloupnost ušlých životních situací.

Během hospitalizace byla snaha ošetřovatelského týmu udržovat pravidelný rytmus dne a noci. Dodržováním časových aktivit na oddělení. Pacient měl přehled o časovém intervalu dne, o datumu a společně jsme plánovali ošetřovatelské výkony. Spolu s lékaři plánoval léčebné postupy.

INTERPERSONÁLNÍ SYSTÉM

INTERAKCE

V prvním týdnu hospitalizace klienta bylo důležité vytvořit příjemné prostředí. Vzhledem k prožitým zkušenostem nemocného bylo nutné získat si jeho důvěru pro vytvoření vztahu klient - sestra. Vnímat jeho potřeby, zpozorovat zaujmuté postoje. Sledování neverbálních signálů bylo důležité. K redukci stresu pomáhalo aktivní naslouchání klienta, zrcadlení jeho odpovědí a bylo potřeba přijmout jeho individualitu. Při našich rozhovorech byly nutné projevy empatie, protože vzhledem k otevírání klienta to bylo velice potřebné. Sám klient se bál odsouzení za své chování a za svou minulost, což by se při projevech nesouhlasu mohl způsobit ztrátu jeho důvěru k ošetřovatelskému personálu.

KOMUNIKACE

Zpočátku byl pacient velice uzavřený, při komunikaci si druhou osobu fixoval pohledem. I když působil plachým dojmem, vyhledával oční kontakt. Slovní komunikace byla omezená, odpovídal jednoslovně. Před přijetím v RZS byl zmatený, mluvil v nesouvislých větách a neadekvátně. Jeho odpovědi byly nepřiměřené otázkám.

V prvním týdnu hospitalizace byl sklíčený, pasivní, zamlklý. Po nasazení medikace se komunikace den ode dne lepšila. Později už aktivně vyhledával konverzaci při společných vycházkách. Se spolupacienty si vyprávěl vtipy. A při našich rozhovorech vyprávěl volně své prožitky bez strukturovaných dotazů.

TRANSAKCE

Během hospitalizace byla dosažena transakce mezi klientem a ošetřovatelským týmem. Při počátečním plánování cílů byla veliká snaha ze strany pacienta k jejich dosažení.

V prvních pěti dnech byl klient rozpačitý, plachý, emotivně oploštělý. Později byla vidět snaha o pracování a zahojování rozhovorů se spolupacienty. Pacient se přestal stydět a přijal své psychické projevy jako onemocnění. Někdy udával, že si má pocit, že si za vše může sám, protože bral drogy. Uvědomoval si, že bez lékařské pomoci se jeho stav nezlepší a přijal tak léčbu. Aktivně začal spolupracovat se zdravotníky.

ROLE

Zpočátku našich rozhovorů nechápal princip rolí. Později si začal vybavovat, jaké jsou jeho životní role. Vzpomněl si na roli syna, kde by se hodnotil jako špatný syn. Vzápětí však hovořil, že kdyby matka plnila svojí roli, tak by takhle nemusel dopadnout. Roli žáka na základní škole plnil podle možností. Na učelišti už byl často pod vlivem drog. Nejvíce se stydí za roli vnuka, protože nemuseli, přesto mu prarodiče dávali první poslední, i když neměli dostatek financí. A on je ještě okrádal, aby měl na drogu. Jako přítel se hodnotí jako věrný, ale bohužel zažil vztahy pouze na pervitinu a neprožíval běžné emoční prožitky. Na svou první lásku vzpomíná kladně. O kamarádské roli se u toxikomanů nedá hovořit, protože mají jen jednu společnou aktivitu a často se obelhávají, takže je hodnotí jako známé. Pracovní role plnil vždy krátce. Nikde nevydržel dlouho.

Z pohledu sestry jsem klienta hodnotila jako citlivého muže, který si zažil od dětství mnoho stresujících událostí, které ho poznamenali. Při poskytování ošetřovatelské péče bylo nutné dát dostatečný prostor klientovi, aktivně naslouchat jeho potřebám a snažit se dopomáhat plnění cílů.

STRES

Pacient sám hodnotí, že během svého života zažil spíše více toho negativního stresu. Měl často konflikty s vrstevníky, s matkou, matčinými druhy. I když sám se momentálně hodnotí jako nekonfliktní. Při vzniku hádky se dával na útěk. Neumí řešit nepříjemné události. Při brání drog se naprosto odprostil od všedních strastí, a proto nemusel myslet na nic zlého, co prožil.

Během hospitalizace bylo nutné eliminovat stresory působící na klienta. Podávat dostatek informací o výkonech a léčebných postupech. Dávat prostor po dotazování. Zajistit příjemné prostředí nemocnému. Snažit se pomoc klientovi vyřešit jeho životní situaci. Bylo potřebné zajistit mu schůzku se sociální pracovnicí, která by mu pomohla vyřešit věci nutné ohledně úřadu práce a sociální podpory. Dále pomáhat vytvářet plány k postupnému dosahování cílů.

SOCIÁLNÍ SYSTÉM

ORGANIZACE

Nevyhledával práci ve skupině, pomalu se začleňoval do kolektivu. Ale úkoly na oddělení plnil, sám je nevyhledával. Nabízené zdroje k dosažení osobních a skupinových cílů využíval. Plnění formálních cílů zvládal za pomoci sociální sestry.

AUTORITA

Sám klient nemá pocit, že by byl autoritou. Hodnotí se jako pasivní jedinec, nerozdával příkazy spolupacientům. Snažil se přistupovat zodpovědně k daným činnostem.

PRAVOMOC

Vzhledem k tomu, že se vnímá jako flegmatický introvert, sám neumí bez pomoci zařizovat důležité věci. Špatně se sám rozhoduje. Pacient není motivovaný rodinou. Říká o sobě, že bez podpory okolí špatně dosahuje svých vytyčených cílů.

STATUS

Nepodpořilo se mi hodnotit během čtyř týdnů praxe.

ROZHODOVÁNÍ

Klient se sám hodnotí jako nerozhodný, zažívá v sobě konfliktní situace. Při rozhodování vyhledává radu od lidí kolem sebe. Často se v jeho odpovědích vyskytují slova já nevím, mně je to jedno, anebo jen gesto krčení ramen. Při nabízení různých možností se cítí nejistý, protože neví, která varianta pro něj bude nejlepší.

10.4 OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN U PACIENTA Č. 2

Ošetřovatelský plán byl sestaven na základě modelu I. King. Ve výše popsaných personálních, interpersonálních a sociálních systémech. Cílem ošetřovatelského plánu bylo uvědomění si nemocného choroby. Dalším cílem bylo nalezení vhodného způsobu léčby, zvolení farmaceutické medikace, která by zlepšila klientovo psychické chování. Nutná byla

psychoterapie a nelezení ambulantního psychiatra, kam by docházel klient po propuštění z kliniky.

U pacienta byl největším problém, že přestal vnímat pocit emoce. Neprožíval pocity štěstí a vzhledem k prožitým traumatizujícím zkušenostem měl trvale sníženou sebeúctu sám k sobě a vnímal se jako spodina společnosti.

Z počátku hospitalizace si nechtěl připustit své onemocnění, ale léčbu poté sám aktivně absolvoval. Po propuštění odešel do chráněného bydlení, které si během pobytu na oddělení zařídil v dopomoci sociální pracovnice.

Terapeutický vztah byl plně navázán, při léčbě spolupracoval. Během prvních dnů při sestavování léčebného režimu nebyl nijak výrazně aktivní. Ale cíle nakonec byly úplně splněny a došlo ve většině případů k vyřešení stanovených problémů.

Dále byly pacientem, stejně jako u předchozí pacientky vyplněny tyto dotazníky:

- **Barthelův test běžných denních činností** – vyšel se 100 body, čili pacient je nezávislý. Je schopen o sebe pečovat sám.
- **Beckova sebeposuzovací stupnice deprese –** klientovi dle dotazníku vyšlo 22 bodů, čím jeho deprese byla vyhodnocena jako lehká až střední deprese.

10.4.1 Souhrn ošetřovatelských diagnóz

V této části praktické budu zhodnocovat a vyhledávat problém v dané oblasti dle modelu I. King.

Hodnocená oblast	**Ošetřovatelské diagnózy**
Percepce	**00119 Chronicky nízká sebeúcta**
Růst a vývoj	**00063 Dysfunkční procesy v rodině**
Obraz těla	**00109 Deficit sebepéče při oblékání** **00182 Snaha zlepšit sebepéče** **00193 Zanedbávání sebe samotného**
Prostor, ve kterém jedinec žije	**00159 Snaha zlepšit procesy v rodině**

Čas	**Problém nezjištěn.**
Interakce	**00052 Zhoršená sociální interakce** **00127 Syndrom zhoršené interpretace okolí** **00153 Riziko nízké sebeúcty**
Komunikace	**00157 Snaha ke zlepšení komunikace**
Transakce	**00212 Snaha zvýšit odolnost**
Role	**00055 Neefektivní plnění rolí**
Stres	**00069 Neefektivní zvládání zátěže** **00158 Snaha zvládání zátěže**
Organizace	**00199 Neefektivní plánování aktivit**
Autorita	**00187 Snaha zlepšit zdatnost**
Pravomoc	**00101 Neprospívání dospělé osoby**
Status	**Problém nezjištěn.**
Rozhodování	**00083 Konflikt v rozhodování**

10.4.2 Aktuální diagnózy

00052 – Zhoršená sociální interakce související s narušením myšlenkových procesů projevující se dysfunkční interakcí s jinými osobami.

Subjektivní: K/P se cítí stydlivě.

Objektivně: K/P se drží spíše v ústraní a nezapojuje se do žádných aktivit.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacient se bude zapojovat do aktivit na oddělení.
OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Zjisti příčiny pacientova studu.
- Zajímej se o jeho pocity.
- Snaž se pracovat s jeho studem.
- Zamez používání direktiv vůči pacientovi.
- Dostatečně komunikuj s pacientem a aktivně naslouchej.
- Snaž se zmírnit jeho stud.

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE:
Pacient se snažil během hospitalizace zapojovat do skupinových aktivit. Po adaptaci na denní režim oddělení a spolupacienty se aktivně zapojoval do mimovolních časových aktivit. Sám oslovoval spolupacienty nebo personál, jestli si nezahrají stolní hry.

00055 – Neefektivní plnění rolí související s nedostatečným vzorem pro výkon role projevující se depresí.
Subjektivně: K/P se hodnotí negativně při plnění životních rolí.
Objektivně: K/P při rozhovorech vinní svou rodinu za své onemocnění.
OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacient bude schopen plnit své role a bude smířen se svým onemocněním.
OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Zajímej se o jeho negativní pocity.
- Snaž se pracovat s jeho negativními pocity.
- Naslouchej K/P při svěřování informací ohledně jeho rodiny.
- Neodsuzuj K/P při projevech negativních emocí.

HODNOCENÍ EFEKTIVITY:
Pacient se během hospitalizace snažil hledat pozitiva ve svých životních rolích. Přestal obviňovat rodinu za své onemocnění. Klient sám sebe přestal negativně hodnotit. Snažil se pracovat se svým onemocněním a spolupracoval s ošetřovatelským personálem.

00063 – Dysfunkční procesy v rodině související s osobností se sklonem k návyku projevující se abúzem látek.

Subjektivně: K/P často kritizuje svou rodinu a dává jí vinu za svou závislost.

Objektivně: K/P neefektivně komunikuje s rodinou.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacient nebude nadměrně kritizovat svou rodinu a obviňovat.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Vyslechni pacientův hněv na rodinu.
- Akceptuj pacientovu kritiku a vztek na jeho otce.
- Komunikuj a aktivně naslouchej pacientovi.
- Vytvoř s pacientem cíle, jak dosáhnout efektivnější komunikace s rodinou.

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE:

Pacient se při rozhovorech snažil pracovat s negativními emocemi vůči otcovi. V průběhu hospitalizace dokázal komunikovat o svých rodinných problémech. Získal si důvěru v ošetřovatelském personálu.

00069 – Neefektivní zvládání zátěže související s krizí při dospívání projevující se abúzem látek.

Subjektivně: K/P popisuje svou drogovou závislost v časové ose.

Objektivně: Během hospitalizace toxikologie negativní.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacient bude znát nepříznivé účinky na organismus užíváním drog, a při stresových zátěžích nebude mít tendence užít drogu.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Edukuj klienta v oblasti užívání drog.
- Upozorni klienta na negativní vliv na psychiku v důsledku užívání drog.
- Aktivně komunikuj s pacientem.
- Zodpovídej jeho dotazy.

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE:

Pacient zná a chápe vlivy drog na jeho psychickou a fyzickou oblast organismu.

00080 – Neefektivní řízení léčebného režimu v rodině související z nedostačujících rodinných vztahů projevující se apatičností při dotazech na rodinu nebo nadměrnou kritičností.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacient bude komunikovat s rodinou.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Komunikuj s K/P o jeho rodině.
- Akceptuj jeho apatičnost, pokud nebude chtít komunikovat.
- Pokus se zajistit spojení lékaře s rodinou.
- Aktivně naslouchej K/P.

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE:

Pacient se pokusil sám spojit se svojí rodinou. Matka mu poslala na oddělení balík s čistým oblečením. Během hospitalizace se, ale už nadále nezajímala o klientův zdravotní stav. Ani se nepokusila navštívit K/P.

00097 – Nedostatek zájmových aktivit souvisejících s nedodržováním zdravého životního stylu a nevytvořením si zájmových aktivit během svého života z důvodu nepodporováním rodiny a nevedením k zdravému životnímu stylu.

Subjektivně: Pacient udává, že se nudí a nic ho nebaví.

Objektivně: Pacient se nechce zapojovat do aktivit na oddělení.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacient se bude zapojovat do zájmových aktivit oddělení a vytvoří si program aktivit, kterého budou bavit během hospitalizace.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Zapojuj klienta do denních programů na oddělení.
- Snaž se aktivizovat klienta.
- Vytvoř se spolupacienty program zájmových aktivit.
- Zjistit aktivity, které by pacienta bavili.

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE:

Pacient se snažil do zapojování zájmových aktivit, které mu byly při hospitalizaci nabízeny. Během léčby si vytvořil plán aktivit, které by chtěl po propuštění zkusit. Například: sqash, plavání, posilovna.

00101 – Neprospívání dospělé osoby související s depresí projevující se potížemi při rozhodování.

Subjektivně: K/P se hodnotí sám jako nerozhodný člověk.

Objektivně: K/P má problémy s rozhodováním.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Zlepšení pacientovo psychického stavu a bude si jistý svým rozhodnutím.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Sleduj K/P onemocnění.
- Zaznamenávej jeho psychický stav do dokumentace. Jakékoliv změny ohlas ihned ošetřujícímu lékaři.
- Dej dostatečný prostor K/P na provedení rozhodnutí.
- Limituj dostatečným časem, že budeš chtít znát K/P rozhodnutí.
- Nechtěj okamžité rozhodování po K/P.

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE:

Během hospitalizace se dával dostatečný prostor pacientovi na jeho rozhodnutí. Sám klient udával, že mu to takto vyhovuje a má možnost probrat si všechny své vymyšlené strategie. Uměl si své rozhodnutí obhájit a stát si za ním. Nedocházelo ke zhoršování jeho psychického stavu.

00109 - Deficit sebepéče při oblékání související s diskomfortem v sociálním systému projevující se zhoršenou schopností získat si oblečení.

Subjektivně: K/P udává, že nemá finanční prostředky na získání nového oblečení.

Objektivně: Na K/P je patrný deficit sebepéče v oblasti oblékání.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacient nebude působit zanedbaným dojmem. Bude odstraněn deficit v oblasti oblékání. Pacient bude chodit čistě oblečený.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Během hospitalizace K/P zajišťuj erární oblečení.
- Nabízej K/P čisté erární oblečení.
- Nabídni K/P, že mu zajistíš schůzku se sociální pracovnicí.

- Promluv s K/P, zda by nebylo lepší spojit se s rodinou a nechat si poslat čisté oblečení.
- Pomoc K/P vytvořit plán k zajištění finančních prostředků.

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE:

Během hospitalizace bylo dosáhnuto očekávaného výsledku. Pacient se spojil se svou rodinou, která mu zajistila oblečení. Pacient začal dbát na své osobní čisté prádlo. Měl snahu si obstarat čisté oblečení. Při vycházkách si vyřídil sociální příspěvek.

00118 – Narušený obraz těla související s drogovou závislostí projevující se změněným pohledem na vzhled vlastního těla.

Subjektivně: K/P odmítá potvrdit aktuální změnu při své abstinenci. Stále se hodnotí negativně.

Objektivně: K/P má změněné představy o svém sociálním začlenění. Odmítá se sociálně začleňovat.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacient nebude mít narušený obraz těla a bude se hodnotit pozitivně.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Při pozitivních změnách a aktivním chování K/P pochval.
- Komunikuj s K/P a snaž se podpořit K/P.
- Aktivizuj K/P a začleňuj ho mezi spolupacienty.
- Vytvoř program pro zapojení všech K/P.
- Při spolupráci K/P s ostatními ho pochval.

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE:

Během hospitalizace se klient přestal hodnotit negativně, snažil se hledat pozitivní změny ve svém chování. Aktivně spolupracoval při denních aktivitách. Sám se začal zapojovat do léčebného režimu. Komunikoval s ostatními spolupacienty bez značných obtíží.

00119 - Chronicky nízká sebeúcta související s psychiatrickou poruchou projevující se pocitem studu.

Subjektivně: K/P hodnotí sebe samého jako neschopného vyrovnat se různými událostmi.

Objektivně: K/P je stydlivý.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacient nebude trpět chronicky nízkou sebeúctou a zmírní se pocit studu. Pacient přijme svou psychiatrickou poruchu.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Hovoř s K/P o psychiatrickém onemocnění.
- Aktivně naslouchej K/P.
- Akceptuj K/P stydlivost.
- Zajisti K/P dostatečné soukromí.

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE:

Pacient přijímá svou diagnózu. Pochopil, že je nemocný a přestal se za své onemocnění stydět. Přestal se ponižovat a začal se vyrovnávat s nastalou událostí.

00127 - Syndrom zhoršené interpretace okolí související s depresí projevující se pomalou reakcí na otázky a odtažitostí.

Subjektivně: K/P zhoršenou představu o okolním světě. Udává, že je nedůvěřivý ke všem.

Objektivně: K/P je odtažitý ke svému okolí.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacient nebude mít zkreslené představy o svém okolí a pokusí se zmírnit svou nedůvěřivost vůči lidem.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Nevyvracej K/P jeho představy.
- Aktivně naslouchej K/P pocitům.
- Akceptuj K/P odtaživost.
- Zajisti příznivé prostředí pro komunikaci s K/P.
- Dej dostatečný prostor pro K/P vyjádření.
- Pokus se získat K/P důvěru při rozhovorech.

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE:

S pacientem byl navázán plnohodnotný vztah mezi ním a ošetřovatelským personálem. Snažil se pracovat na vztahu se zdravotníky. Zmírnila se jeho odtažitost při rozhovorech.

00193 - Zanedbávání sebe samotného související s depresí projevující se neodpovídající osobní hygieně.

Subjektivně: K/P udává, že nemá energii ani potřebu starat se o svůj zevnějšek.

Objektivně: Na K/P je znatelné nedodržování osobní hygieny.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacient bude dodržovat osobní hygienu a bude dbát o úpravu svého zevnějšku.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Zajisti K/P erární pomůcky pro dodržování osobní hygieny.
- Nabídni K/P vypůjčení erární pomůcek pro úpravu zevnějšku.
- Pobízej K/P do koupelny, ale nenuť ho.
- Edukuj K/P o potřebě dodržování osobní hygieny.

HODNOCENÍ EFEKTIVITY:

Pacient využíval erární pomůcky k údržbě svého zevnějšku, dodržoval zásady osobní hygieny. Nebyla už zřejmá malhygiena.

00199 - Neefektivní plánování aktivit související s nerealistickým vnímáním svých schopností projevující se váháním a otálením v anamnéze.

Subjektivně: K/P udává, že pochybuje o svých možnostech. Hodnotí se negativně.

Objektivně: K/P je nerozhodnutí, váhá nad odpovědí a otálí s odpovědí.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacient bude rozvážnější a nebude pochybovat o svých možnostech.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Podporuj K/P sebevědomí.
- Společně s K/P nalezněte jeho schopnosti.
- Akceptuj K/P nerozhodnost.
- Vytvoř s K/P reálný plán aktivit, který by odpovídal K/P schopnostem.

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE:

Pacient si během hospitalizace vytvořil plán s cíly, kterých by chtěl dosáhnout po propuštění. Vytvořil by plán s aktivity, které by ho bavili a v rámci možností dle svých

schopností by jej mohl plnit. Vedl často rozhovory na téma, kde si byl jistý aktivitami, které by ho bavily a mohl je zrealizovat po propuštění z nemocnice.

10.4.3 Potencionální ošetřovatelské diagnózy

00153 – Riziko situačně nízké sebeúcty projevující se nedostatkem uznání.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacient bude vyjadřovat dostatek pocitu uznání a nebude trpět situačně nízkou sebeúctou.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Aktivně naslouchej K/P potřebám.
- Zamez negativním pocitům K/P vůči sobě samém.
- Pomoc K/P vytvořit plán k vyřešení jeho situaci.
- Podporuj a motivuj K/P ke splnění jeho naplánovaných cílů.

10.4.4 Ošetřovatelské diagnózy na podporu zdraví

00157 - Snaha ke zlepšení komunikace projevující se uspokojením se schopností sdílet myšlenky s druhými.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacient bude vyjadřovat pocit uspokojení, že dokáže sdílet své myšlenky s druhými lidmi.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Aktivně naslouchej K/P při sdělování svých myšlenek.
- Motivuj K/P ke sdílení myšlenek spolu s ostatními.
- Podporuj K/P ke sdílení jeho myšlenek.

00158 – Snaha zvládání zátěže projevující se vyhledáváním informací o nových strategiích.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacient bude schopen zvládat zátěž a bude se snažit získávat informace, které mu napomůžou dosáhnout zvládnutí nastavených cílů.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Podávej K/P dostatečné informace, které mu pomůžou dosahovat cílů.
- Motivuj K/P ke snaze zvládat zátěže.

- Pomoc K/P vytvářet nové strategie při vytváření plánu.

00159 – Snaha zlepšit procesy v rodině projevující se ochotou zlepšit komunikaci s rodinou.
OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacient bude vyjadřovat snahu o zlepšení komunikace a vztahu s matkou.
OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Podporuj K/P při snaze kontaktovat rodinu.
- Aktivně naslouchej K/P.
- Komunikuj s K/P o problémech v rodině.
- Pomoc K/P vytvořit plán ke zlepšení komunikace s rodinou.

00182 – Snaha zlepšit sebepéče projevující se snahou dodržováním hygienických návyků.
OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacient bude schopen dodržovat základní hygienické návyky.
OŠETŘOVATESLKÉ INTERVENCE:

- Sleduj K/P snahu o dodržování hygieny.
- Zaznamenávej K/P dodržování hygieny do ošetřovatelského plánu.
- Edukuj K/P o nutnosti dodržování základních hygienických návyků.

00187 - Snaha zlepšit zdatnost projevující se zlepšením vlastní zdatnosti.
OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacient vyjadřuje snahu o vylepšení své vlastní zdatnosti.
OŠETŘOVATESLKÉ INTERVENCE:

- Podporuj K/P v jeho plánech a rozhodnutích.
- Pochval K/P snahu o zlepšení zdatnosti.
- Motivuj K/P k zlepšení zdatnosti.

00212 – Snaha zvýšit odolnost projevující se aktivním přístupem k léčbě.
OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacient bude vyjadřovat touhu ke zlepšení odolnosti.
OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- Motivuj K/P k jeho touze zlepšit odolnost.
- Podporuj K/P v jeho aktivním přístupu k léčbě.
- Podporuj jeho touhu ke zlepšení odolnosti.

11 Diskuze

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala ošetřovatelskou péčí o dva pacienty s depresivním onemocněním. Péče o psychiatricky nemocné pacienty by měla být zejména postavena na respektování individuality jedince a jeho přístupu k nemoci. Hlavně je zde velmi důležitý přístup sestry k pacientovi a podpora ze strany ošetřovatelského personálu k jeho léčbě. Pečovala jsem o dva klienty s rozdílnými fázemi depresivního onemocnění.

Pacientka, trpící s úzkostně depresivními stavy zpočátku hospitalizace byla spíše v ústraní. Nekomunikovala s ostatními spolupacienty. První příznaky nemoci se začaly projevovat v pubertě, kdy klientka přestupovala ze základní školy na střední zdravotnickou školu. V jejích 33 letech je to její první hospitalizace na psychiatrické klinice. Pacientka nejprve popírala příznaky depresivní epizody a samotné onemocnění si nechtěla připouštět. Během hospitalizace začala měnit svůj postoj k nemoci a začala své deprese přijímat. Plně spolupracovala, na oddělení akutních lůžek byla čtyři týdny, a poté se nechala přeložit na doléčovací lůžkové oddělení s volným režimem. Dodržovala léčebný režim a zapojovala se do sestavování ošetřovatelského plánu. Medikace začala zabírat a klientka se cítila o mnoho lépe. Se svým partnerem vyřešila vztahový problém a vnímala ho jako obrovskou podporu.

Druhý pacient trpí lehkou depresivní poruchou s psychotickými příznaky. Během hospitalizace byl bez přítomných poruch vnímání. Nebyly známky halucinací, bludů či paranoie. Nebyly známky žádné autogrese nebo agrese pacienta vůči okolí. U klienta se první příznaky depresivního onemocnění projevily při hospitalizaci v léčebně pro závislé. Kdy jeho emoce byly oploštělé, pacient neprojevoval známky jakékoliv emoce, choval se plaše. Tohle je jeho několikátá hospitalizace na psychiatrické klinice. Pacient byl přijat na kliniku dobrovolně pro přivezení rychlou záchrannou službou. Zpočátku si neuvědomoval, že je nemocný a nechápal důvod přijetí zrovna na psychiatrii. Na oddělení

spolupracoval se zdravotním personálem a dodržoval léčebný režim. Zapojoval se do denních aktivit na oddělení. Po propuštění měl domluvené chráněné bydlení se sociální pracovnicí. O tom jak se jeho stav vyvíjí nadále, nemám žádné informace.

U obou těchto klientů byl použit model interpersonálních vztahů sestavený Imogine King. Ošetřovatelský model je postaven zejména na důležitosti tří se prolínajících systému, kterými jsou zejména personální, sociální a interpersonální systém. Dále je zde velmi důležité navázání vztahu mezi klientem a sestrou, který by měl být postaven na vzájemné důvěře obou stran zúčastněných ošetřovatelského procesu. Nejdůležitější částí v tomto modelu je, aby sestra zcela chápala osobnostní, mezilidské a sociální systémy klienta. Měla by si uvědomit vzájemné prolínání mezi těmito soustavami. Důraz je kladen především na komunikaci a vhodném zpracování získaných informací, které pomůžou zajistit snadnému dosažení vytyčených cílů. Cíle společně stanovují klient se sestrou. Tento model se nejlépe uplatňuje v psychiatrických, sociálních oborech a geriatrii.

Vznik psychoterapeutického vztahu je na psychiatrickém oddělení důležitý, a proto je nutné zvolit individuální přístup tak, aby došlo k efektivnímu procesu ošetřování. Získání důvěry patří ke stěžejní součásti, na které se podílí zejména vhodně zvolený způsob komunikace, zajištění příjemného prostředí pro klienta, aby došlo k jeho uvolnění, a aby pak následovala aktivní spolupráce, dodržování léčebného režimu a plnění ošetřovatelského plánu. Aby došlo k naplnění celkového terapeutického vztahu, je v neposlední řadě důležité uvědomění si klienta, že je opravdu nemocný. U obou mých klientů bylo dosaženo terapeutického vztahu, protože si během hospitalizace uvědomili a připustili depresivní onemocnění.

Při sestavování plánu péče byly pro můj sběr informací důležité tři oblasti, sestavené v rámci modelu I. King. Koncepce systémů toho to modelu se skládá z personální, interpersonální a sociální oblasti. V personálním systému je jednotný soubor vlastností, kterými si zkoumaný jedinec uvědomuje, chápe, myslí, touží, představuje a rozhoduje. Vytyčuje si cíle a získává prostředky, jak všeho dosáhnout. Interpersonální systém vzniká na základě vzájemného ovlivňování jedinců. Záleží na počtu osob zainteresovaných ve vztahu. A třetí je sociální systém, kde se vytváří základní plnění životních aktivit, které jsou nutné k udržování zdraví a navozují pocit štěstí. Kingová se

v této oblasti zabývá chováním a organizováním sociálních úloh. U obou klientů byly zkoumány výše popsané části a u obou se podařilo vyzískat informace. Byl mezi námi vytvořen úspěšně vztah, který byl postaven na vzájemné důvěře pří sdělování čí získávání potřebných informací.

Díky těmto oblastem se mi podařilo u obou klientů identifikovat diagnózy na podporu zdraví a well-beingu. Šlo především o snahu zlepšit sebepojetí (00167), snahu zlepšit komunikaci (00157), snahu zlepšit zvládání zátěže (00158), snahu zlepšit zdatnost (00187) a rozhodování (00184). U druhého klienta byla ještě snaha zlepšit sebepéči (00182), snaha o zlepšení procesů v rodině (00159) a snaha zvýšit odolnost (00212).

U první pacientky byly nalezeny aktuální diagnózy, které jsou: situačně nízká sebeúcta (00120), narušený obraz těla (00118), narušená osobní identita (00121), morální strádání (00175), zhoršená sociální interakce (00052), zhoršená verbální komunikace (00051), neefektivní plnění rolí (00055), úzkost (00146) a neefektivní zvládání zátěže (00069). Žádná riziková diagnóza nebyla v žádné oblasti stanovena. Převládaly diagnózy na podporu zdraví.

U druhého pacienta mimo jiné byly objeveny aktuální diagnózy, které se týkaly deficitu sebepéče pří oblékání (00109), zanedbávání sebe samotného (00193), dysfunkčního procesu v rodině (00063), syndromu zhoršené interpretace okolí (00127), neefektivního plánování aktivit (00199) a neprospívání dospělé osoby (00101). Poté byla u klienta stanovena potencionální diagnóza, a to riziko situačně nízké sebeúcty (00153).

Ani u jednoho z mých pacientů nebyly identifikovány problémy v doménách výživy, vylučování a výměny, odpočinku, sexualitě, víry a hodnot.

U pacientů trpících depresivním onemocněním se nejčastěji vyskytují tyto diagnózy:

- 00051 zhoršená verbální komunikace
- 00052 zhoršená sociální interakce
- 00055 neefektivní plnění rolí
- 00069 neefektivní zvládání zátěže
- 00118 narušený obraz těla
- 00119 chronicky nízká sebeúcta

Z oblasti potencionálních diagnóz je to především riziko situačně nízké sebeúcty (00153).

U obou pacientů došlo ke splnění všech cílů, které jsme si v rámci stanovení ošetřovatelského plánu společně určili. Oba dva přistupovali aktivně ke spolupráci v průběhu léčebného režimu a projevovali snahu zlepšit svůj současný stav a léčbu nemoci. Využívali k tomu nejen mé pomoci a ošetřovatelského personálu, ale zajímali se o psychoterapie, které by jim po propuštění z hospitalizace pomohly nadále podporovat snahu ke splnění svých cílů v problémových oblastech. Druhý klient, který byl drogově závislý, měl snahu o edukaci v oblasti užívání drog. Uvědomil si, jaký dopad na organismus po fyzické a psychické stránce má jejich užívání.

Cílem mé práce bylo zmapovat problematiku nemoci u klientů s depresivním onemocněním a následně aplikovat model personálních, interpersonálních a sociálních systémů, postaveného na úspěšném navázání terapeutického vztahu u obou pacientů. Dalším cílem bylo stanovit ošetřovatelské diagnózy na základě modelu I. King podle nalezených problémů v určených oblastech, navazující vytyčení cílů a intervencí, vyhodnocení efektivity péče a zhodnotit, zda bylo dosaženo naplánovaných cílů či nikoliv.

Závěr

Tato bakalářská pojednává hlavně o aplikaci modelu osobních, mezilidských a sociálních vztahů, sestaveného Imogine King, na dva vybrané pacienty s depresivním onemocněním.

Deprese se stává běžnou nemocí, která se dá léčit. Pokud pacient trpí depresivním onemocněním, je to náročná situace nejen pro klienta samotného, ale i pro jeho rodinu a blízké. Jako hlavní podporou pro nemocného je empatie jeho blízkých. Průběh onemocnění a léčby závisí hlavně na přístupu klienta, kde je důležité uvědomit si závažnost choroby. Toto onemocnění se rozvíjí pomalu, ale čím dříve se zahájí terapie, tím lépe. V těžké depresivní fázi může nemocného uvést do pracovní neschopnosti, protože nebude schopen jeho organismus vitálně fungovat.

Ve své práci jsem aplikovala systémový model vytvořený Imogine King, který se zabývá prolínáním systému z osobní, mezilidské a sociální oblasti a je tedy vhodný pro klienty s psychiatrickou diagnózou. Aby došlo ke kvalitnímu navázání vztahu mezi pacientem a ošetřovatelským týmem, měla by sestra vyzískat informace z daných oblastí v modelu, který závisí na vhodné komunikaci, aktivním naslouchání, projevením empatie a podporou nemocného ze strany sestry, což vede k jeho spolupráci při terapie. Následný proces je důležitý pro efektivní léčbu.

V závěru bych chtěla doporučit model I. Kingové pro praxi na psychiatrických klinikách, protože lze díky němu vyzískat potřebné informace ke kvalitnímu ošetřovatelskému procesu a následnému plnění ošetřovatelského plánu.

Seznam zdrojů

1) GRÜN, Anselm. *Deprese jako šance: Spirituální impulzy*. Vyd. 1. Praha: Portal, 2009. 136s. ISBN 978-80-7367-608-7.
2) NEDLEY, Neil. *Život bez deprese*. Vyd. 1. Praha: Advent-Orion,spol. s r.o., 2011, 349 s. ISBN 978-80-7172-023-2.
3) ANDERS, Martin. Deprese. *Deprese* [online]. 2007 [cit. 2014-02-23]. Dostupné z: http://www.ordinace.cz/clanek/deprese/
4) DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010, 632 s. ISBN 978-80-247-1620-6.
5) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Optimismus, pesimismus a prevence deprese*. 1. vydání. Praha: Grada, 2012, 144 s. psyché. ISBN 978-80-247-4007-2.
6) TALBOT, Susane. *Jak se zbavit zimních depresí: SAD, winter blues*. 1. vydání. Praha: Bluestep, 2011. 164 s. ISBN 978-80-260-0783-8.
7) MARŠÁLEK, Michal. *Deprese u schizofrenie*. 1. vydání. Praha: Maxdorf, 2007, 80 s. ISBN 978-80-7345-116-5.
8) CANTOPHER, Tim. *Depresivní onemocnění: prokletí silných*. 1. vydání. Praha: ANAG, 2012, 152 s. ISBN 978-80-7263-768-3.
9) LÁTOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3125-4.
10) OREL, Miroslav et al. *Psychopatologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2012, 264 s. psyché. ISBN 978-80-247-3737-9.
11) MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomocné profese*. 1. vydání. Praha: Portál, 2002, 144 s. ISBN 80-7178-700-0, 978-80-7367-723-7.
12) PRAŠKO, Ján, Barbora BULIKOVÁ a Zuzana SIGMUNDOVÁ. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. 1. vydání. Praha: Galen, 2010, 91 s. ISBN 978-80-7262-656-4.
13) RABOCH, Jiří et al. *Psychiatrie pro všeobecné praktické lékaře*. 1. vydání. Praha: Dr. Josef Raabe, 2011, 138 s. ISBN 978-80-87553-27-5.

14) PETERKOVÁ, Michaela. Deprese - co to je. *Deprese - co to je* [online]. 2008-2013 [cit. 2014-02-23]. Dostupné z: http://www.deprese.psychoweb.cz/
15) ANDERS, Martin a Jaroslava SKOPOVÁ. *Praktické otázky diagnostiky a léčby depresivních poruch*. 1. vydání. Praha: Galen, 2006, 41 s. ISBN 80-7262-396-6.
16) MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetřovatelská péče*. 1. vydání. Praha: Grada publishing a.s., 2006, 352 s. ISBN 8024711516.
17) PRAŠKO, Ján et al. *Obecná psychiatrie*. 1.vyd. Olomouc: UP Olomouc, 2011, 526 s. ISBN 978-80-244-2570-2.
18) PRAŠKO, Ján, Dagmar SEIFERTOVÁ a Cyril HÖSCHL. *Postupy v léčbě psychických poruch*. Praha: Academia Medica Pragensis, 2004. ISBN 8086694062.
19) JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
20) PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetřovatelství v kostce.* Translated by Hana Horová. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3
21) ŽIAKOVÁ, Katarína, Darja JAROŠOVÁ a Juraj ČÁP. *Ošetřovatelství : konceptuální modely a teorie*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2005. 232 s. ISBN 80-7368-068-8.
22) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada, Portál, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
23) STYX, Petr. *O psychiatrii: Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. 1.vyd. Brno: Computer Press, 2003, 178 s. ISBN 8072268287.
24) ŠLAISOVÁ, Ivana, Ladislav HOSÁK a Věra MICHÁLKOVÁ. *Ošetřovatelství v psychiatrii pro bakalářské studium*. 1.vyd. Praha: Nucleus HK, 2004, 91 s. ISBN 8086225518.
25) FARKAŠOVÁ, Dana. A KOLEKTIV. *Ošetřovatel´stvo - teória*. 1.vyd. Osveta: Vydavatel´stvo Osveta, spol. s.r.o., 2005, 215 s. ISBN 8080631824.
26) ŽIAKOVÁ, K. *Ošetrovatelstvo teória a vedecký výskum*. Martin: Osveta, 2003. ISBN 80-8063-131-X.

27) POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetřovatelství.* 3. doplněné vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. 104 s. ošetřovatelství. ISBN 978-80-7013-524-2.

28) TÓTHOVÁ, Valérie a kolektiv. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*. 1.vyd. Praha: TRITON, 2009, 159 s. ISBN 9788073872861.

29) MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s, 2006, 264 s. ISBN 8024713993.

30) BERAN, Jan a kolektiv**.** *Lékařská psychologie v praxi.* 1. vyd. Praha, Grada Publishing 2010. 144 s. ISBN 978-80-247-1125-6.

31) NANDA International, *Ošetřovatelské diagnózy, definice a klasifikace 2012-2014.* 1. české vydání. Praha, Grada Publishing, a.s., 2013, 584 s. ISBN 978-80-247-4328-8.

Seznam použitých zkratek

Aj. – a jiné

Apod. – a podobně

Atd. – a tak dále

BMI – Body Mass Index

Cca – přibližně

cm – centimetr

CRP – C- reaktivní protein (bílkovina, která je zvýšená při zánětlivých procesech)

DK – dolní končetiny

ETC – elektrokonvulzivní terapie

i.m. – intramuskulárně (aplikace léku do svalu)

I – MAO – inhibitor monoaminooxidázy (skupina léků používaných jako antidepresiva)

IVF - technika mimoděložního otěhotnění

kg- kilogram

K/P – klient/pacient

LSD – halucinogenní látka

Max. - maximálně

mg – miligram

mmHg – milimetr rtuťového sloupce

Např. – například

p.o. – per os

SSRI – inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (skupina léků používaných jako antidepresiva)

SNRI - inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu (nejnovější skupina antidepresiv)

str. – strana

tbl. – tableta

tj. – to je

tzv. – tak zvaně

RZS – rychlá záchranná služba

XY – použitá fiktivní zkratka pro označení skutečného místa/obce

Seznam příloh

Příloha 1 Informovaný souhlas pacienta se sběrem dat

Příloha 1 Informovaný souhlas pacienta se sběrem dat

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA SE SBĚREM DAT

Dobrý den,

Jmenuji se Adéla Burešová, jsem studentkou 3. ročníku všeobecné sestry na fakultě zdravotnických studií. Prosím o svolení nahlížení do Vaší dokumentace čistě pro studijní účely pro bakalářskou práci. Předem uvádím, že všechny získané informace budou anonymní.

Předem děkuji za spolupráci.

Pacient:

a) Prohlašuji, že jsem byl seznámen s účelem, za jakým budou poskytnuty mé informace z dokumentace.
b) Svoluji studentce nahlížet do dokumentace.
c) Souhlasím s poskytováním informací o mém zdravotním stavu týkající se v rozsahu onemocnění, způsobu léčby.
d) Beru na vědomí, že všechny získané informace budou zcela anonymní.

Podpis pacienta:

…….

Datum,

místo:……