

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Martina Koštířová

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Martina Koštířová

***Ošetřovatelská péče o pacientku s diagnózou
Tourettův syndrom***

*Nursing care about a patient with a diagnosis of
Tourette syndrom*

Bakalářská práce

Praha, duben 2013

Autor práce: Martina Koštířová

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra - kombinovaná forma

Vedoucí práce: **PhDr. Marie Zvoníčková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetrovatelství 3. LF**

Odborný konzultant: **MUDr. Lucia Pacherová**

Pracoviště odborného konzultanta: **PL Bohnice**

Předpokládaný termín obhajoby: červen 2013

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3. LF UK jsou totožné.

V Praze dne 1. března 2013

Martina Koštířová

Poděkování :

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Marii Zvoníčkové z Ústavu pro ošetřovatelství 3. LF UK v Praze a odbornému konzultantovi MUDr. Lucii Pacherové z PL Bohnice v Praze za jejich rady a snahu o zkvalitnění mé bakalářské práce. V neposlední řadě patří poděkování i mému manželovi, bez jehož absolutní podpory by bylo mé vysokoškolské studium nemožné.

Obsah

1	ÚVOD	8
2	KLINICKÁ ČÁST	10
2.1	TOURETTŮV SYNDROM	10
2.1.1	<i>HISTORIE</i>	10
2.1.2	<i>EPIDEMIOLOGIE</i>	10
2.1.3	<i>ETIOLOGIE</i>	11
2.1.4	<i>KLINICKÝ OBRAZ</i>	11
2.1.4.1	VOKÁLNÍ TIKY JEDNODUCHÉ	12
2.1.4.2	VOKÁLNÍ TIKY SLOŽENÉ	12
2.1.4.3	MOTORICKÉ TIKY JEDNODUCHÉ	12
2.1.4.4	MOTORICKÉ TIKY SLOŽENÉ	12
2.2	PŘIDRUŽENÉ PORUCHY CHOVÁNÍ	12
2.2.1	<i>ADHD</i>	13
2.2.2	<i>OCD</i>	13
2.2.3	<i>IMPULSIVITA A AGRESIVNÍ PROJEVY</i>	14
2.2.4	<i>SEBEPOŠKOZOVÁNÍ</i>	14
2.3	TERAPIE	14
2.3.1	<i>FARMAKOLOGICKÁ</i>	14
2.3.1.1	KLASICKÁ NEUROLEPTIKA	15
2.3.1.2	ATYPICKÁ NEUROLEPTIKA	16
2.3.1.3	BENZODIAZEPINY	16
2.3.1.4	PSYCHOSTIMULANCIA	17
2.3.1.5	ANTIDEPRESÍVA TŘETÍ GENERACE (SSRI)	17
2.3.1.6	BOTULOTOXIN	17
2.3.2	<i>NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA</i>	18
2.3.2.1	PSYCHOTERAPIE	18
2.3.2.2	PEDAGOGICKÁ PODPORA	18
2.3.2.3	PODPORA OBČANSKÝCH SDRUŽENÍ	19
2.3.2.4	HLUBKÁ MOZKOVÁ STIMULACE	19
2.4	ANAMNÉZA	19
2.4.1	<i>OSOBNÍ</i>	19
2.4.2	<i>RODINNÁ</i>	20
2.4.3	<i>ALERGOLOGICKÁ</i>	20
2.4.4	<i>ABUSUS</i>	21
2.4.5	<i>FARMAKOLOGICKÁ</i>	21
2.4.6	<i>GYNEKOLOGICKÁ</i>	21
2.4.7	<i>SOCIÁLNÍ</i>	21
2.4.8	<i>ŠKOLNÍ</i>	21
2.4.9	<i>PSYCHIATRICKÁ</i>	21
2.5	NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ	22
2.5.1	<i>PARERE</i>	22
2.5.2	<i>PACIENT</i>	22
2.5.3	<i>DOPROVOD</i>	23
2.6	PŘÍTOMNÝ STAV PSYCHICKÝ	24
2.7	VYŠETŘENÍ	26
2.7.1	<i>LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ</i>	26
2.7.2	<i>FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ</i>	26
2.7.3	<i>ZOBRAZOVACÍ VYŠETŘENÍ</i>	26
2.7.4	<i>KONZILIÁRNÍ VYŠETŘENÍ</i>	27
2.8	PRŮBĚH HOSPITALIZACE	27
2.9	FARMAKA UŽITÁ V PRŮBĚHU HOSPITALIZACE	29
2.10	PROGNÓZA ONEMOCNĚNÍ	30
3	OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	31

3.1	SESTRA A NEMOCNÉ DÍTĚ.....	31
3.2	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	31
3.2.1	<i>OŠETŘOVATELSKÝ PROCES NA PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ.....</i>	<i>31</i>
3.2.2	<i>FÁZE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU</i>	<i>32</i>
3.2.2.1	OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA	32
3.2.2.2	OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA	32
3.2.2.3	CÍL OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	32
3.2.2.4	OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE.....	32
3.2.2.5	REALIZACE OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	33
3.2.2.6	ZHODNOCENÍ VÝSLEDKU OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	33
3.3	PRÁCE SESTRY NA PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ.....	33
3.3.1	<i>SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PSYCHIATRICKÝCH PACIENTŮ.....</i>	<i>33</i>
3.3.2	<i>PRÁCE SESTRY NA ODDĚLENÍ DĚTSKÉ A DOROSTOVÉ PSYCHIATRIE</i>	<i>34</i>
3.4	MODEL „FUNGUJÍCÍHO ZDRAVÍ“ MARJORY GORDONOVÉ.....	35
3.5	OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA DLE MODELU FUNGUJÍCÍHO ZDRAVÍ MARJORY GORDONOVÉ.....	38
3.5.1	<i>OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA NA POČÁTKU HOSPITALIZACE</i>	<i>39</i>
3.5.1.1	VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU, AKTIVITY K UDRŽENÍ ZDRAVÍ.....	39
3.5.1.2	VÝŽIVA A METABOLISMUS	40
3.5.1.3	VYLUČOVÁNÍ.....	40
3.5.1.4	AKTIVITA, CVIČENÍ	41
3.5.1.5	SPÁNEK, ODPOČINEK.....	42
3.5.1.6	VNÍMÁNÍ, POZNÁVÁNÍ.....	42
3.5.1.7	SEBEKONCEPCE, SEBEÚCTA	43
3.5.1.8	PLNĚNÍ ROLÍ, MEZILIDSKÉ VZTAHY	43
3.5.1.9	SEXUALITA, REPRODUKČNÍ SCHOPNOST.....	44
3.5.1.10	STRES, ZÁTŽOVÉ SITUACE, JEJICH ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE	44
3.5.1.11	VÍRA PŘESVĚDČENÍ, ŽIVOTNÍ HODNOTY	45
3.5.1.12	JINÉ.....	46
3.5.2	<i>OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA – 29. DEN HOSPITALIZACE.....</i>	<i>46</i>
3.5.2.1	VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU, AKTIVITY K UDRŽENÍ ZDRAVÍ.....	46
3.5.2.2	VÝŽIVA A METABOLISMUS	46
3.5.2.3	VYLUČOVÁNÍ.....	46
3.5.2.4	AKTIVITA, CVIČENÍ.....	47
3.5.2.5	SPÁNEK, ODPOČINEK.....	47
3.5.2.6	VNÍMÁNÍ, POZNÁVÁNÍ.....	47
3.5.2.7	SEBEKONCEPCE, SEBEÚCTA	47
3.5.2.8	PLNĚNÍ ROLÍ, MEZILIDSKÉ VZTAHY	47
3.5.2.9	SEXUALITA, REPRODUKČNÍ SCHOPNOST.....	47
3.5.2.10	STRES, ZÁTŽOVÉ SITUACE, JEJICH ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE.....	47
3.5.2.11	VÍRA PŘESVĚDČENÍ, ŽIVOTNÍ HODNOTY	48
3.5.3	<i>OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY – 29. DEN HOSPITALIZACE.....</i>	<i>48</i>
3.5.3.1	BOLEST Z DŮVODU ZHMOŽDĚNÍ KLOUBŮ HORNÍCH KONČETIN, PAT, Z DŮVODU NADMĚRNÉ ZÁTŽE DOLNÍCH KONČETIN	50
3.5.3.2	NEDOSTATEČNÁ SEBEPÉČE V OBLASTI HYGIENY Z DŮVODU MASIVNÍCH PROJEVŮ TS	51
3.5.3.3	RIZIKO DEHYDRATACE Z DŮVODU NADMĚRNÉHO POCENÍ PŘI FYZICKÉ ZÁTŽI A Z NADMĚRNÉHO VOKALIZOVÁNÍ.....	53
3.5.3.4	PORUCHA SPÁNKU Z DŮVODU PSYCHOMOTORICKÉHO NEKLIDU A MASIVNÍ TIKOVÉ PRODUKCE	54
3.5.3.5	RIZIKO PÁDU A PORANĚNÍ Z DŮVODU PROJEVŮ TS, Z DŮVODU UŽÍVÁNÍ KLIDNÍCÍ MEDIKACE PER OS A I. M.....	55
3.5.3.6	RIZIKO INFEKCE ZPŮSOBENÉ SAHÁNÍM SI RUKAMA DO VŠECH TĚLNÍCH OTVORŮ.....	56
3.6	DLOUHODOBÝ PLÁN PÉČE.....	57
	<i>OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA - RIZIKO MALNUTRICE</i>	<i>58</i>
3.7	HODNOCENÍ PSYCHICKÉHO STAVU NEMOCNÉHO.....	58
3.8	EDUKACE V PRŮBĚHU HOSPITALIZACE	59
3.8.1	<i>EDUKACE PACIENTKY</i>	<i>59</i>
3.8.2	<i>EDUKACE RODIČŮ</i>	<i>60</i>
3.8.3	<i>EDUKACE SPOLUPACIENTŮ.....</i>	<i>60</i>
3.9	SOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA TOURETTOVA SYNDROMU.....	60

4	ZÁVĚR	62
5	SOUHRN	63
6	POUŽITÉ ZKRATKY	64
7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	65
8	SEZNAM PŘÍLOH	68

1 ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila ošetrovatelskou péči o dívku s velmi nelehkou diagnózu – Tourettův syndrom. Jedná se o nepříjemné a celoživotní onemocnění, které své pacienty vyčerpává nejen po fyzické stránce, ale především po té psychické. Pacienti s touto diagnózou mají často problémy se svým sociálním okolím. Tato choroba je ve svém projevu na první pohled nepřehlédnutelná. „Tourettici“ poskakují, gestikulují, vykřikují, mnohdy vulgárně a nevhodně. Opakují po ostatních slova, z ničeho nic udělají dřep, zvednou se a jdou dál. Pro nezasvěcené kolemjdoucí působí podivně, pokukují po nich, ukazují si na ně a neuvědomují si, že toto vše a ještě mnohem víc je jen projev nemoci.

Projev nemoci, který se stresem a úzkostí zhoršuje. Má-li člověk trpící TS pocit, že si ho někdo prohlíží, ukazuje ho ostatním, je vystaven velké úzkosti a ta se projeví ve zhoršeném klinickém obraze. A přestože byla tato nemoc popsána již v 19. století, stále není v povědomí společnosti zakotvena. Tito pacienti mají těžký osud a je potřeba velké psychické odolnosti, aby se s touto chorobou naučili žít plnohodnotný život. Proto bych ráda touto prací přispěla k „odhalení“ této nemoci alespoň mezi odbornou veřejností. V každém medicínském oboru se vyskytují málo známé, někdy lehké, někdy těžké nemoci, o kterých jiné medicínské obory možná slyšely. V psychiatrii to je třeba zrovna Tourettův syndrom.

V klinické části této práce se zabývám zejména klinickým obrazem TS a jeho komorbidními nemocemi a se způsoby léčby. Seznamuji zde s lékařskou anamnézou, s průběhem pacientčiny hospitalizace včetně prognózy onemocnění. Pro lepší orientaci v knihách použitých jako informační zdroj, jsou v textu u čísla použité literatury uvedeny i konkrétní strany. Tam, kde je v závorce uvedeno jen číslo, jedná se o informační zdroj odborný časopis, online časopis nebo webová stránka.

V ošetrovatelské části této práce se věnuji ošetrovatelskému procesu na psychiatrickém oddělení, ošetrovatelské péči o dívku, edukaci pacientky, rodiny i spolupacientů, sociálnímu dopadu TS.

Lékaři i sestry pracující na psychiatrickém oddělení se více věnují komplexnímu pohledu na pacienta než v somatických oborech. U psychiatrických pacientů jsou některé informace důležité pro lékaře i pro sestry a je mnohdy nemožné tyto informace rozdělit na „lékařské a sesterské“. Proto se v mé práci informace opakují zejména v lékařské a ošetrovatelské anamnéze.

2 KLINICKÁ ČÁST

„Je to, jako kdyby, jak vysvětluje spisovatel Adam Ward Seligman, který trpí TS, někdo přišel k vašim dveřím s požadavkem: „Nemyslete na opice.“ Tento příkaz pochopitelně povede k tomu, že nebudete myslet na nic jiného. „Mít Tourettův syndrom“, píše Seligman, „se hodně podobá požadavku nemyslet na opice. Opice jsou tiky, vokalizace, impulsy, obsese, zvyklosti a nařízení, které jsou s námi pořád a zmocňují se našeho každodenního života (1, s. 23).“

2.1 TOURETTŮV SYNDROM

2.1.1 HISTORIE

Syndrom se nazývá po svém objeviteli, jímž byl v r. 1885 francouzský neurolog Gilles de la Tourette (1857-1904). Původní klasifikace byla „maladie des tics“. Tento neurolog popsal asi nejznámější případ markýzy de Dampierre jako Tourettův syndrom i přesto, že se s markýzou nikdy nesetkal. Zařadil ji do svých prací na základě přesvědčivého popisu lékaře Itarda z roku 1825. Pravděpodobné popisy TS jsou v soudních spisech (projevy TS jako negativní rysy), v literatuře (Kladivo na čarodějnice) i v životopisech slavných osobností (2, s.175).

TS nejspíše trpěli W. A. Mozart, Ch. Dickens, H. Ch. Andersen, E. Zola, J. Milton a další osobnosti s nevšedními schopnostmi (3).

2.1.2 EPIDEMIOLOGIE

Výskyt v populaci se liší podle způsobu šetření a klinických kritérií. Americká Tourettovská asociace udává prevalenci TS 50/100 000 (2, s. 176). Nejčastější výskyt tiků je u dětí mezi 7.-11. rokem. 13% chlapců a 11 % dívek v tomto věku trpí tiky. V adolescenci je poměr tiků 3-4 chlapci : 1 dívka. U dospělých mužů a žen je tento poměr 6-9:1. 93 % tikových poruch vzniká před 11 rokem, nejvíce pak okolo 7 let. Poměr chlapců k dívkám u TS je udáván až 9:1 (4, s. 351-352).

2.1.3 ETIOLOGIE

Patogeneze je dána interakcí genetických faktorů, neurobiologického substrátu a vnějších rizikových faktorů. U TS je postižen kortiko-striato-thalamo-kortikální okruh, dále je popisována dysfunkce a dysregulace neurotransmiterů a receptorů. Genetické studie dokazují, že jde o autozomální dominantní poruchu vázanou na pohlaví. Předpokládá se, že chorobné geny vyvolávají disbalanci mezencefalických a mezolimbických dopaminových drah. Stres, alkohol, nikotinismus matky v těhotenství, antiemetika v prvním trimestru, nedostatek kyslíku během těhotenství, porodní komplikace, nízká porodní hmotnost to vše a mnohé jiné může ovlivnit vyjádření genu TS (2, s. 176-177).

2.1.4 KLINICKÝ OBRAZ

TS je geneticky vázané neuropsychiatrické onemocnění. Intenzita příznaků je případ od případu jiná a nestála v závislosti na čase a prostředí. Proto nemusí být každý případ správně diagnostikován a jeho projevy mohou být považovány za zlozvyky či poruchy osobnosti. Pro TS jsou charakteristické mnohočetné vokální a motorické tiky (5).

Tiky lze popsat jako nepravdělně se opakující, stereotypní, náhlé, bezúčelné pohyby nebo zvuky, které narušují běžnou aktivitu. Většina pacientů udává nutkání nebo nějaké jiné nepříjemné pocity. Po ukončení tiky následuje krátká úleva. Tik lze alespoň přechodně potlačit vůlí. Pacient na to ale musí vynaložit značné psychické úsilí. Toto je vykoupeno zesílením vnitřního napětí, které se uvolní až po vykonání oddáleného tiky. Tzv. „rebound“ fenomén je, když dojde k masivnímu vybití tiků, po jejich dlouhém potlačování (např. společenská akce, školní hodina). Tiky zhoršuje stres, vzrušení, únava, nuda, stereotypní činnost. U některých pacientů dochází ke zmírnění tikových projevů při náročnější fyzické či psychické činnosti. Tiky po usnutí neodezní. Mohou být přítomny ve všech fázích spánku (6).

2.1.4.1 VOKÁLNÍ TIKY JEDNODUCHÉ

Jedná se o jednoduché neartikulované zvuky, často společensky nevhodné. Mohou být zdánlivě účelné (posmrkávání, řhání, odkašlávání) nebo bezúčelné (chrochtání, srkání, hvízdání, kokrhání, štekání), mnohdy velmi hlučné (6)

2.1.4.2 VOKÁLNÍ TIKY SLOŽENÉ

Jedná se o konkrétní slova nebo jejich spojení. Často to jsou slova nevhodná, urážlivá, obscénní výrazy (koprolálie). Může se jednat o opakování slov nebo vět jiného člověka (echolálie), opakování svých vlastních slov, vět nebo koncových slabik (palilálie) (6).

2.1.4.3 MOTORICKÉ TIKY JEDNODUCHÉ

Jedná se o postižení jedné svalové skupiny. Stereotypní, krátkodobé, náhlé pohyby, záškuby (pomrkávání, záškuby rtů a mimických svalů, trhání hlavou) nebo pomalejší krouživé pohyby a stahy (svírání očních víček – blefarospasmus, cenění a skřípání zubů, kroucení šíje a ramen, izolované stahy svalů) (6).

2.1.4.4 MOTORICKÉ TIKY SLOŽENÉ

Jedná se o postižení několika svalových skupin. Normální motorická aktivita či gestikulace, která je přehnaně intenzivní a nevhodně načasovaná. Také mohou být zdánlivě účelné (odhazování vlasů z čela, rovnání brýlí na nose, rovnání oděvu, očichávání) či zcela bezúčelné (úder do předmětů, poskoky, výkopy, abnormální chůze, dřepy během chůze). Pohyby mohou být nevhodné až obscénní (kopropraxie), napodobování pohybů jiného člověka (echopraxie) (6).

2.2 PŘIDRUŽENÉ PORUCHY CHOVÁNÍ

U TS se v dětství nejčastěji přidružuje ADHD (hyperaktivita s poruchou pozornosti), OCD (obsedantně kompulzivní porucha), poruchy chování (hlavně impulzivita s agresivitou), anxiózní a depresivní poruchy, u posttraumatické stresové poruchy a u poruch vyvolaných požíváním psychotropních látek. Zvýšený výskyt somnambulismu, enurezis nokturna, mluvení ze spaní, sebepoškozování, je spíše emoční projev sociálních dopadů života s TS. Dále se u této nemoci mohou vyskytovat specifické poruchy učení, koktavost (6).

2.2.1 ADHD

Hyperaktivita s poruchou pozornosti (attention deficit hyperactivity disorder, ADHD) patří mezi nejčastější a zároveň nejobtížnější průvodní znaky TS. Až u 50 % pacientů s TS mohou příznaky ADHD předcházet vokálními motorickým tikům, nejčastěji u chlapců 3-5 let (2, s. 180-181).

ADHD je charakterizována raným začátkem, nadměrná aktivita, špatně ovládané chování, výrazná nepozornost, nesoustředění se. U duševně náročnějších činností tyto děti nevydrží a činnost vystřídají, započatou aktivitu nedokončí. Jejich aktivita je chaotická, špatně organizovaná. Jsou nedbalí a impulzivní, mají často úrazy. Ve škole selhávají z tzv. mimointelektových důvodů. Jsou nedbalí, v hodinách vyrušují, nenosí domácí úkoly, skáčou učitelům do řeči, nesoustředí se na delší přednášku, začnou se nudit. Často nemají společenské zábrany při jednání s dospělými. Více bývají trestáni za neúmyslné přestupky, než za promyšlené porušování pravidel. Jsou neklidní, poskakují, nevydrží v klidu ani tehdy, je-li to žádoucí (7).

2.2.2 OCD

Začátek této choroby je obvykle v dětství nebo v rané dospělosti. Zásadním rysem této choroby jsou obsedantní myšlenky a kompulsivní jednání. Nutkavé myšlenky a představy se až nepříjemně opakují. Pacient je uznává jako vlastní myšlenky a nutkání. U pacientů trpících OCD se obsese a kompulze nemusejí vyskytovat ve stejné míře.

Obsedantní myšlenky se vtírají do mysli pacienta jako nápady, představy, impulzy a téměř vždy vyvolávající tíseň. Mohou být násilné, obscénní nebo zcela nesmyslné. Potlačování těchto myšlenek pacienty je bezúspěšné a zvyšuje jejich vnitřní napětí.

Kompulze jsou stereotypní úkony, rituály, nutkavé akty. Po vykonání kompulze se nedostavuje úleva. Kompulze jsou často pacienty vnímány jako preventivní chování, které předchází škodě pacienta samotného, nebo škodě, kterou by mohl způsobit pacient. Většinou, i když ne vždy, si dotyčný uvědomuje, že jedná nesmyslně a opakovaně se snaží tomuto chování odolat. Čím déle tato choroba trvá, tím méně dokáže pacient odolávat (8, s. 129-130).

2.2.3 IMPULSIVITA A AGRESIVNÍ PROJEVY

Agrese, záchvaty vzteku, projevy násilí, opoziční vzdor, nepřiměřená sexuální aktivita a jiné společensky nevhodné projevy chování se u pacientů s TS vyskytují výrazně častěji než u lidí, kteří TS netrpí. Společným znakem hybných a behaviorálních projevů je právě porucha ovládní impulsů. Tím je možné vysvětlit toto agresivní doprovodné chování pacientů s TS (6).

2.2.4 SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

Projevy sebepoškozování se vyskytují zhruba u 14 % pacientů. Často v závislosti na jinou psychopatologii a tíži ostatní symptomatiky. Jedná se o bušení hlavou i jinými částmi těla do zdi, kousání si jazyka, rtů, bijí se, fackují, vbodávají si do těla ostré předměty, strkají si ruce do úst za účelem vyvolání zvracení, často si poškozují oči.

Pacienti udávají nutkavý pocitu, úzkost, která předchází sebepoškozujícímu chování a po dokončení aktu dočasně odezní. Sebeпошкоzování lze považovat za variantu obsedantně-kompulzivních příznaků. Sebeпошкоzování není specifické pro TS, vyskytuje se i u mnoha jiných poruch a onemocnění (2, s. 183).

2.3 TERAPIE

2.3.1 FARMAKOLOGICKÁ

Cílem farmakologické léčby, je odstranit nebo zmírnit dyskomfort a sociální dopady, které mu TS přináší. Na začátku medikace je nutné zvážit eventuální nežádoucí účinky léčby oproti prospěchu pacienta. Medikace by měla být indikována tehdy, jestliže symptomy choroby narušují pacientovo normální fungování. Tedy vztahy s vrstevníky, schopnost pracovat ve škole či v zaměstnání a jiné sociální interakce. Tik, který je málo patrný, nemusí být nutně farmakologicky léčen (9).

Je důležité, aby pacienti i rodiče byli upozorněni, že farmakologická léčba zcela tiky neodstraní. Ale zmírnění tikového projevu zlepší psychosociální

poškození jedince. Nerealistické očekávání absolutního odstranění příznaku může pacienta i jeho rodinu frustrovat a vyvolávat u nich nedůvěru v léčbu (10).

Při léčbě psychofarmaky je nutné brát v potaz nejen hmotnost, ale i věk pacienta. V průběhu vývoje člověka se mění interakce mezi lékem a příslušným receptorem v centrálním nervovém systému. Kojenci mají sníženou schopnost vylučovat léky z těla. Může u nich dojít poměrně rychle ke koncentraci léků v těle nebo k toxické reakci. Zhruba v 6. měsících (játra i ledviny zrají rychle) dítě metabolizuje a vylučuje léky z těla lépe než dospělý. Tato schopnost se vyrovnává na úroveň dospělých jedinců v období puberty.

Děti mají vyšší poměr jater k tělesné hmotnosti než dospělý a mají také vyšší glomerulární filtraci. Proto je někdy nutno použít u dítěte vyšší dávky léku v poměru k tělesné hmotnosti. Stejně tak některé léky mají u dětí výrazně kratší poločas vylučování (11, s. 113-114).

2.3.1.1 KLASICKÁ NEUROLEPTIKA

Mechanismem účinku je blokáda dopaminergních receptorů D2 i D1 v mezolimbickém a mezokortikálním systému. Tato blokáda je málo selektivní a je doprovázena řadou nežádoucích účinků. Dělí se na sedativní a incizivní.

Hlavní účinek sedativních neuroleptik je nespecifická sedace. Jsou indikovány tam, kde je potřeba dosáhnout rychlého zklidnění neklidného, agitovaného nebo úzkostného pacienta. Nežádoucí účinky jsou převážně sucho v ústech, akatizie, tremor, posturální hypotenze. Nejužívanější preparáty jsou chlorprothixen (Clorprothixen), levomepromazin (Tisercin).

Hlavní účinek incizivních neuroleptik je antipsychotický efekt a pacifikující působení. Jsou indikovány nejen u psychotických příznaků, ale i u dezorganizovaného myšlení a chování. Nežádoucí účinky jsou zejména parkinsonský syndrom, akutní dystonie zejména hlavy a krku, akatizie, nárůst hmotnosti, u dívek laktace, poruchy menses. Pozdní nežádoucí účinek je tardivní diskineze. Nejužívanějšími preparáty jsou haloperidol (Haloperidol), perfenazin (Perfenazin), pimozid (Orap), depotní flufenazil (Moditen) (4, s. 446-447).

U léčby TS se používá zejména Haloperidol. Je pro své nežádoucí účinky, hlavně u dětských pacientů, indikován jen u nejtěžších průběhů onemocnění (10).

MNS (maligní neuroleptický syndrom) je nejzávažnější předem nepředvídatelná komplikace léčby neuroleptiky. Vyskytuje se zejména u léčby klasickými neuroleptiky ve vysoké dávce. Incidence je zhruba 1 % ze všech neurolepticky léčených pacientů klasickými neuroleptiky. Mezi příznaky patří vysoká horečka, alterace vědomí až kóma, neurologické symptomy s různou extrapyramidovou sympatikou i flexibilitas cerea, neurovegetativní dysfunkce, změny TK, tachykardie, tachypnoe, dehydratace.

Pacienti nejčastěji umírají na kardiovaskulární selhání, renální a plicní komplikace spojené s MNS. Mortalita u neléčeného MNS je okolo 20 % a u léčeného neklesá pod 10%. Po prodělání MNS nesmí být pacient již nikdy léčen neuroleptiky. Je jen jediná výjimka a to clozapin (4, s. 449-450).

2.3.1.2 ATYPICKÁ NEUROLEPTIKA

Tyto přípravky působí zejména na extrastriální dopaminové receptory. Je tedy nižší výskyt nežádoucích extrapyramidových účinků, zejména akutní a tardivní dyskineze. Zkušenost u TS je zejména s risperidonem (Risperdal). Malé zkušenosti s olanzapinem (Zyprexa) ukazují, že i tento preparát účinně potlačuje tiky u TS. Stejně účinky má i qetiapin (Seroquel). V pediatrii je vhodné používat tiaprid, který byl do léčby zaveden jako jeden z prvních. Zejména jeho forma roztoku (kapky) je vhodná pro přesné dávkování u dětí (12).

2.3.1.3 BENZODIAZEPINY

Příznivého účinku u léčby TS je GABA-ergní působení spolu s alfa2-adrenergní a i serotoneergní účinky klonazepamu (Rivotril). Výhodou je zde i anxiolitické působení benzodiazepinů. Rivotril není vhodné používat při komorbiditě s ADHD. Může zvyšovat hyperkinetické projevy ADHD.

Tento lék by se neměl užívat dlouhodobě. Léčbu tímto přípravkem je potřeba ukončovat pozvolna a vysazovat postupně. Při dlouhodobém užívání vzniká tolerance se sníženým účinkem a náhlé vysazení způsobuje zhoršení tikového projevu a akutní anxieta (2, s. 191-192).

2.3.1.4 PSYCHOSTIMULANCIA

Mechanismus účinku psychostimulancií obecně je zvýšení koncentrace dopaminu a noradrenalinu v synaptické štěrbině a zároveň blokace dopaminových autoreceptorů. Klinicky se to projeví zvýšeným psychomotorickým tempem. V pedopsychiatrii je mnohem vyšší využití stimulancií než u dospělých. Zkušenosti s léčbou jsou v pedopsychiatrii primární, nevycházejí z léčby dospělých. Věkově jsou nejčastěji indikována po 6 roce a nejdéle ve 12 letech. Vyšší věk se zdá být rizikový pro rozvoj možné závislosti a zneužívání. Z této lékové skupiny je u nás používán atomoxetin (Stratera), který může být ordinován u tikové poruchy jako jediný. Nejrozšířenější Metylfenidát (Ritalin), který je registrovaný jako psychostimulans s indikací pro léčbu ADHD nelze medikovat u pacientů s tiky (4, s. 426-427).

2.3.1.5 ANTIDEPRESÍVA TŘETÍ GENERACE (SSRI)

Selektivní inhibitory reuptaku serotoninu jsou vhodné použít při výskytu TS s komorbidní obsedantně-kompulzivní symptomatologií, depresí, anxiétou. Nejčastěji se využívá citalopram (Sreopram), fluoxetin (Prozac), fluvoxamin (Fevarin), sertralin (Zoloft). U všech antidepresiv SSRI je kontraindikována kombinace s inhibitory MAO, pro nebezpečí hypertenzní krize a serotoninového syndromu (2, s. 193, 12).

Serotoninový syndrom je farmakodynamická interakce látek stimulující serotoninergní transmissi. Projevuje se zmateností, hypománií, neklidem, myoklonem hyperreflexií, inkoordinací pohybů, profuzním pocením, průjmem, třesem. Tato vážná komplikace léčby může skončit i letálně (4, s. 434)

2.3.1.6 BOTULOTOXIN

Aplikace botulotoxinu A (Dysport, Botox) do postiženého svalu se ukazuje být velmi účinnou léčbou s minimem vedlejších účinků. Po aplikaci se snižuje četnost i mohutnost tiků. Při aplikaci do hlasivek může být léčba účelná i v případě vokálních tiků včetně koprolálie. Účinek botulotoxinové terapie přetrvává po dobu 3-4 měsíců. Snad jediným vedlejším účinkem je přechodná lokální svalová slabost, eventuálně hypofonie (2, s. 192).

2.3.2 NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

U nefarmakologické léčby je kladen důraz na podání informací včas, kvalitně a přiměřeně věku a rozumovým schopnostem. U dětí je třeba vhodně poučit rodiče, učitele. Pro zlepšení adaptability pacienta na poruchu TS, zejména u lehčích forem, má dostatek informací o nemoci, prognóze, léčbě velký význam. Psychologická péče sehrává důležitou pozitivní roli v léčbě TS. Psychické strádání způsobené projevem nemoci, interakcí s okolím pacienta a jinými doprovodnými vlivy by bez správné psychologické podpory mohlo mít nevhodné následky v podobě sociální maladaptace (6)

2.3.2.1 PSYCHOTERAPIE

Psychoterapie poskytuje pacientům s TS emoční podporu, lepší vnímání sebe sama zlepšuje jejich sociální interakce. Zejména je vhodná kognitivně-behaviorální terapie. Kognitivně - behaviorální terapie a jiné formy jsou vhodné pro ovlivnění poruch chování doprovázených TS, ale sama o sobě je psychoterapie v léčbě tiků málo účinná.

Relaxační trénink v různých podobách (progresivní svalová relaxace, nácvik hlubokého dýchání...) pomáhá snižovat svalové napětí. Tikový projev je umocňován stresem a relaxační trénink snižuje tikové projevy nepřímo tím, že snižuje stres pacienta. V léčbě není používán sám o sobě, bývá jen součástí podpůrné léčby (13).

2.3.2.2 PEDAGOGICKÁ PODPORA

Zejména u dětských pacientů s TS je informovanost učitelů a jejich správný pedagogicko-terapeutický přístup k výuce velmi důležitý. TS nepostihuje intelekt a není teoretického důvodu, proč by tito pacienti nemohli studovat třeba na vysoké škole. Historie odhalila mnoho osobností ve svém oboru až geniálních s touto nelehkou chorobou. Školní výuka by měla mít více přestávek, volnější průběh hodin. Vhodnější je zkoušení ústní s dostatečně dlouho daným termínem, více domácích úkolů, než plnění výuky v hodinách. Toto se lépe zvládá ve specializovaných třídách, než v běžné škole, kde není tolik prostoru pro individuální přístup (6)

2.3.2.3 PODPORA OBČANSKÝCH SDRUŽENÍ

Trvalá psychologická a sociální podpora má mimořádný význam v prevenci sociální izolace. Podpora a edukace pacientů a jejich rodin, pedagogů, zdravotníků i laické veřejnosti je opravdu velmi důležitá a občanská sdružení zde hrají nezastupitelnou úlohu (6).

Občanské sdružení ATOS vzniklo v roce 2001 z iniciativy pacientů, jejich rodin a lékařů za účelem komplexní podpory nemocných s Touretteovým syndromem (TS). ATOS poskytuje poradenství pacientům a jejich rodinám, zprostředkovává lékařskou i psychologickou péči. Pořádá pravidelná setkání svých členů, přednášky pro veřejnost, lékaře, pedagogy či psychology a prezentuje TS v médiích i na odborných sympoziích (3).

2.3.2.4 HLUBKÁ MOZKOVÁ STIMULACE

Jedná se o stimulaci mozku implantovanými elektrodami. Elektrody jsou umístěny do konkrétní části mozkové oblasti a jsou spojeny se stimulátorem pulzů elektrického napětí. Je vhodná u pacientů, kteří nereagují na farmakologickou léčbu. Rodolfo Savica v závěru studie o využití hluboké mozkové stimulace u pacientů s TS uvádí, že využití je vhodnější u pacientů nad 25let, protože během vývoje adolescenta může dojít k spontánnímu upravení masivnosti tikového projevu (14).

Tato metoda je více známa u léčby jiných extrapyramidových onemocnění, např. Parkinsonova choroba, dystonie. Ale pro její dobré výsledky se neustále rozšiřují možnosti jejího využití a to nejen u TS, ale i u tardivní dyskineze, deprese nebo třeba epilepsie (15).

2.4 ANAMNÉZA

2.4.1 OSOBNÍ

12. letá dívka narozená z prvního těhotenství matky. Těhotenství bylo rizikové, tři dny před termínem porodu byl porod vyvolán. Kříšena nebyla. Porodní hmotnost dívky byla 3820 g a porodní délka 52 cm. Kojena byla jen 3 týdny pro matčin nedostatek mateřského mléka. Psychomotorický vývoj byl

v normě. Chodit začala před jedním rokem. První slova řekla v roce, věty začala říkat o půl roku později. Bez plen byla zhruba od tří a půl let.

Nemocnost: běžné dětské nemoci, očkování dle pravidel. Léčí se s podezřením na astma. Jednou za rok absolvuje dvouměsíční pobyt v lázních (letos byla po třetí). V jedenácti letech si zlomila pravé předloktí. V bezvědomí byla jednou zhruba minutu v šesti letech, když při hře upadla na dlažbu. Následné neurologické vyšetření bylo negativní.

2.4.2 RODINNÁ

Otec otce (62) léčen na srdeční arytmií, měl IM v 53 letech, nyní má patrně CA mozku. Matka otce zemřela v 63 letech na CA ledvin. Babička otce měla rakovinu, konkrétněji otec neví. Její dvě sestry spáchaly sebevraždu současně, otravou plynem. Jedna z nich měla neuralgii trigeminu. Děda matky zemřel na CA prostaty. Matka matky prodělala CMP.

Psychiatrická heredita: matka otce léčena ambulantně, patrně depresivní syndrom při dg CA. 2 dcery matčina bratra mají tikovou poruchu, jinou hereditu otec neguje.

Otec (33) je absolvent střední obchodní akademie s maturitou, nyní pracuje jako prodavač a zástupce vedoucího oddělení elektro. Otec má pylovou alergii a částečně ochrnutou levou ruku jako následek zlomeniny při porodu kleštěmi, mívá tiky. Matka (35) je vyučená kožešnice, v oboru nepracovala, nyní pracuje jako prodavačka. Bratr Matěj (7) je zdravý. Nyní, po ročním odkladu pro nezralost, je jeho školní docházka problematická.

Bydlí v rodinném domě s rodiči matky, děti mají společný pokoj. S prarodiči mají vztahy dobré. Manželství hodnotí otec jako velmi dobré, řeší hlavně vztahy mezi dětmi. Otec udává, že si dcera nezvykla na bratra, žárlí. Denně má s bratrem slovní potyčky, neperou se.

2.4.3 ALERGOLOGICKÁ

Dívka je prokazatelně alergická na pyly, trávy, kočičí srst a jahody. U dívky je podezření na astma. Ostatní alergie dívka i její otec negují. U dívky se neprojeví ani alergie na léky či dezinfekční prostředky.

2.4.4 ABUSUS

Dívka neuvádí žádné zneužívání návykových látek. Cigarety kouřit nezkoušela, protože zapáchají. Z alkoholu ochutnala pivo a víno, ale nechutnalo jí to.

2.4.5 FARMAKOLOGICKÁ

ABILIFY 15mg 1-0-1; RIVOTRIL 2mg 1-0-1; RISPEN 2mg 1-0-1;
ZOLOFT 50 mg 1-0-0; FLYXONASE 1xd do obou nosních dírek

2.4.6 GYNEKOLOGICKÁ

Pacientka menstruuje od 9 let. Menstruace je velmi nepravidelná a mírná. Spíše se jedná jen o špinění. Na gynekologii na prohlídce nebyla. Rodiče to přisuzují medikaci.

2.4.7 SOCIÁLNÍ

Do mateřské školy začala chodit zhruba ve 4 letech. Velmi špatně se ve školce adaptovala. Cestou do školky zvracela prakticky denně a to po celou dobu docházky (3 roky). Do základní školy nastoupila v sedmi letech. Měla odklad pro nezralost. V té době se již léčila TS.

2.4.8 ŠKOLNÍ

Do první třídy nastoupila v rámci hospitalizace ve FN Motol. Nastoupila do školy J.A. Komenského, kde byly mikrotřídy. Bohužel se jednalo jen o 1. stupeň. Letos nastoupila do speciální praktické školy na Lužinách. Ambulantní psychiatr si myslí, že je to pro ni zbytečné, že by měla chodit do normální školy.

2.4.9 PSYCHIATRICKÁ

Do psychiatrické ambulance dochází od 5,5 let. Hospitalizována byla jen jednou a to ve FN Motole v sedmi letech. Hospitalizace trvala asi dva měsíce a dívka v rámci hospitalizace začala školní docházku.

2.5 NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ

2.5.1 PARERE

Dívka byla na naše oddělení odeslána k hospitalizaci z dětské psychiatrické ambulance se základní diagnózou Tourettův syndrom a vedlejší diagnózou ADHD. 12 letá dívka s Tourettovým syndromem, hyperaktivitou (od 5,5 let), a hepersenzitivní osobností s pithiatickými rysy, žákyně 6. třídy praktické školy. Rodiče udávají více než rok trvající zhoršení příznaků v rámci základní diagnózy.

Tikové projevy jsou častější, než dříve, ale mají méně nápadné komponenty (anamnesticky výrazná koprolálie před 2 roky, nyní jen občas). V současné době vznikají problémy se zařazením do vhodného typu školy s normální výukou, rozvoj hostility rodičů vůči pacientce, rodiče ale kooperují. Vhodná změna medikace (dlouhodobé užívání Rivotrilu)

2.5.2 PACIENT

Je tady proto, že se jí to hodně zhoršilo, sama to moc nevnímá, nutí jí to dělat, nemůže se ovládnout, vykřikuje, podupává, musí dělat opakované pohyby rukama, prostě to musí dělat. Teď je to trochu horší, bojí se, co jí tu budeme dělat, třeba, kdyby byla nemocná, aby nedostávala injekce. Doma na ni někdy křičí, třeba dědeček, soused je nemá rád, protože taky vykřikuje jeho jméno, nevykřikne ho třeba celou hodinu, pak ho uvidí se psem a už to musí dělat, nemůže si pomoci.

Nevěděla, že tuhle nemoc dostane, žárlila na bratra, když se narodil, chtěla být sama, netušila, že se jí něco takového může stát. Je to dědičné, bojí se, aby to neměly její děti, nechce, aby se s tím musely trápit. Jezdí do lázní kvůli alergii, neměla tam žádnou kamarádku. Holky jí tam nadávaly, pak tvrdily sestřičkám, že to není pravda. Začala chodit do nové školy, je jich tam teď 12 ve třídě, nemá tam taky žádné kamarády, šlo jí to špatně, tak jí rodiče zařídili doučování a už jí to jde lépe.

Někdy lže, třeba, že je jí špatně, aby nemusela do školy. Nebo se vymlouvá na únavu, aby nemusela doma pomáhat, ale už to tak moc nedělá, protože jí to stejně neprošlo. Měla moc ráda babičku, té skoro nelhala. Babička

umřela před 3 roky na rakovinu, má dojem, že za ní v noci chodí, povídají si, nebojí se jí, je na ní hodná, ale pak jí obejmě, ale má hrozně mrtvolně studené ruce – to je jí pak nepříjemné – není to sen, je to skutečnost.

2.5.3 DOPROVOD

Informace poskytl a k přijetí k hospitalizaci dovedl otec, matka údajně nebyla uvolněna z práce. Dle otce bojují s příznaky Tourettova syndromu již od předškolního věku (5,5 let) dívky, zpočátku měla jejich dcera jen diskrétní tiky v obličeji, nadměrně grimasovala. Časem přibýly i výkřiky. První a zatím i poslední hospitalizace je zklamala.

Dívka byla hospitalizována ve FN Motol, když jí bylo 7 let. Při hospitalizaci neměla prakticky žádné potíže, protože byla vytržena z normálního života, ale jak se vrátila domů, tak vše znovu propuklo. Ve FN Motol začala dívka chodit do školy. Všude jim řekli, že to má proto, že se jí narodil bratr, že jej nechtěla přijmout, že do té doby byla středem jejich světa. Mají ji moc rádi, tak se v tom cítila ohrožená, hodně na bratra žárlí do dnes, ale někdy to vypadá, že ho má ráda. Nikdy na něj nezapomene, když si třeba něco kupuje, ale na druhou stranu se s ním hodně hádá.

Před 2 roky byla téměř 10 měsíců bez příznaků, ale předcházelo tomu hodně špatné období, kdy vykřikovala hrozně sprosté věci. Opět se její nemoc horšila zhruba v polovině loňského léta. Léky užívá pravidelně, ale otec nevidí žádné zlepšení, je to podle něj beze změny, s manželkou doufají, že se to zlepší, ale v rámci rodiny se začínají setkávat s konflikty kvůli dceřinému chování. Dcera je i hyperkinetická, obtížně se soustředí.

Rodiče jsou přesvědčeni, že je chytřejší, než jak působí a než jaký je školní prospěch. Dostala v pololetí čtyřku z matematiky a po té, co jí zařídili doučování, se zlepšila. Asi jí dělalo dobře, že se paní učitelka soustředila pouze na ni. Spí podle otce dobře, ale dívka si jim často stěžuje, že nespí. Otec si myslí, že si to vymýšlí třeba jen proto, aby mohla odpočívat přes den a dělat si nějaké svoje věci místo toho, aby pomohla třeba s nádobím.

Dívka je hodně tvrdohlavá, manipuluje s rodinou. Chce, aby byly věci podle ní, jak se pro něco rozhodne, je obtížné to překonat. Dokáže třeba neúnavně

opakovat stejnou větu kolem dokola. Nakonec někdy podlehnou. Začala lhát a vymýšlet si. Např. paní učitelce řekla, že jí vietnamec držel pistoli u hlavy. Rodičům namluvila, že jí spolužák zkopal na autobusové zastávce. Už je to dlouho. Tehdy jí to rodiče uvěřili a na hoča podali trestní oznámení. S postupem času se otec bojí, že si to vymyslela a obává se následků.

Ani ve škole to není s dívkou jednoduché. Učitelé si stěžují. Otec sdělil, že již jsou s manželkou bezradní a hrozně unavení. Nejsou schopni se s dívkou domluvit tak, aby z toho nebyla scéna na půl ulice. Začne je vydírat svou nemocí. Někdy si myslí, že tiků zneužívá ve svůj prospěch, pak se stydí, protože si uvědomuje, jaký má dcera nelehký úděl, ale už prostě nemůžou.

2.6 PŘÍTOMNÝ STAV PSYCHICKÝ

Přítomný stav psychický (status preasens psychicus, SPP) je podrobný popis všech oblastí pacientovy psychiky, který vyplývá z rozhovoru s pacientem a z pozorování jeho chování. V SPP tedy popisujeme celkové vzezření, postoj k vyšetření, psychomotoriku, řeč, vědomí a orientaci, emoce a afektivitu, vnímání, myšlení, soustředění, intelekt, paměť, náhled, hodnověrnost (16, s. 261).

CELKOVÉ VZEZŘENÍ - světlolvasá dívka, vzhled odpovídá věku. Je oblečena moderně, čistá, upravená, působící mladším dojmem, její chůzi doprovází četné vokální i motorické tiky

POSTOJ K VYŠETŘENÍ – k vyšetření přichází ochotně, snaží se spolupracovat, ale na některé otázky odpovídá neochotně a podrážděně, zejména na otázky, jejichž odpovědi svědčí v pacientčin neprospěch (zejména otázky týkající se školy a bratra)

PSYCHOMOTORIKA – zvýšená, přítomnost četných vokálních i motorických tiků, výrazná mimika, když chce nějakou informaci zdůraznit, zesílí se i tikový projev, přítomná i silná gestikulace horními končetinami

ŘEČ - pacientka odpovídá přiléhavě bez latencí, ale řeč je rušena častou echoolálií, paelolalií i neartikulovanými skřeky, spíše hlasitý projev, často „skáče do řeči“

VĚDOMÍ A ORIENTACE – vědomí bdělé, jasné, pacientka orientována místem, časem, situací, osobou

EMOCE A AFEKTIVITA – pacientka verbalizuje úzkost a napětí, i když tak nepůsobí. Spíše než úzkostně pacientka působí, že má pokleslou náladu, občas lakrimace. Na některé dotazy reaguje přehnaně, impulsivně. Jedná se zejména o dotazy na její neochotu vyhovět rodičům či učitelům, když trvají na plnění dívčích povinností a o dotazy na bratra a jejich vzájemný vztah, pak opět pokleslá nálada.

VNÍMÁNÍ – bez zjevné patologie

MYŠLENÍ – pacientku údajně každý na ulici pozoruje, protože je divná. Dodává, že to asi nebude každý, ale ona si to už tak myslí.

SOUSTŘEDĚNÍ – dívka se nesoustředí delší dobu na jedno téma. V hovoru odbíhá od tématu. Hovor se řídí jejími asociacemi.

INTELEKT – dívka nevykazuje známky sníženého intelektu.

PAMĚŤ – bez zjevné patologie

NÁHLED – pacientka si je vědoma svého onemocnění. Náhled nemá příliš optimistický. Momentálně se nemoci poddává.

HODNOVĚRNOST (SPOLEHLIVOST) – Některé části dívčina vyprávění nepůsobí hodnověrně. Lhaní má dívka i v anamnéze a sama ho přiznává

2.7 VYŠETŘENÍ

2.7.1 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

- PRL – odběr proveden jako součást příjmových vyšetření a následně pravidelně prováděná kontrola hladiny prolaktinu (1x za dva týdny) - vždy s výsledkem snížené hodnoty
- JT – odběr proveden jako součást příjmových vyšetření – hodnoty v normě
- KO - odběr proveden jako součást příjmových vyšetření – hodnoty v normě

2.7.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

- TK – 110/80 (při příjmu)
- P – 78´ (při příjmu)
- TT – 36,6 °C (při příjmu)
- BMI – 22,6 – i přes normální váhu dívka působí plnoštíhle, protože tvar její postavy je tzv. jablko (velmi štíhlé končetiny, silný trup)
- VÝŠKA – 153 cm (při příjmu)
- VÁHA - dívka byla zvážena při příjmu a váha dále pravidelně kontrolována 1x za měsíc - 53 kg; 47,8 kg; 48 kg; 48,8 kg; 45,45 kg

2.7.3 ZOBRAZOVACÍ VYŠETŘENÍ

- EEG - lehce patologický nález pro iritační charakter základní aktivity (obtížnější hodnocení pro množství pohybových artefaktů), provedeno v prvním týdnu hospitalizace
- EKG - sinusová tachykardie, inkompletní BPRT, hraniční QTC interval
- RTG dolních končetin – pro silnou bolestivost bylo nutné vyloučit poranění kostí – bez známek poškození
- MRI mozku + CT páteře – v celkové anestezii – normální nález nativně i postkontrastně, bez známek patologických změn

2.7.4 KONZILIÁRNÍ VYŠETŘENÍ

- NEUROLOGICKÉ VYŠETŘENÍ – potvrzena diagnóza Tourettův syndrom, následná konzultace na neurologické klinice – doporučená změna medikace
- GYNEKOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ – pro brzký nástup menstruace a časté gynekologické špinění – vyloučena předčasná puberta, bez rozvoje sekundárních pohlavních znaků, nepravidelný cyklus, vydán MK s poučením o nutnosti přesného záznamu, vyšetřen karyotyp, následná kontrola a eventuální léčba bude řešena rodiči

2.8 PRŮBĚH HOSPITALIZACE

12 letá dívka s Tourettovým syndromem byla na našem oddělení hospitalizovaná 5 měsíců. Během hospitalizace došlo k masivnímu nárůstu tikového projevu po té, co byl dívce postupně vysazován lék Rivotril. Bylo nutné, aby dívka přestala užívat tento lék z důvodu rizika závislosti při dlouhodobé léčbě. Také bylo potřeba upravit medikaci jako takovou, protože u dívky začalo docházet k zhoršování projevu TS i při běžných aktivitách. Během hospitalizace, při ústupu tikového projevu, se demonstrovala i pacientčina vedlejší diagnóza ADHD.

V prvním měsíci hospitalizace byla dívka plačtivá, stýskalo se jí po rodině, objevilo se přechodné zvýšení projevů TS. Postupně se zapojila do kolektivu, začala navštěvovat školu při PL Bohnice. Zde začala postupně zneužívat individuálního přístupu speciálních pedagogů a opakovaně si vymýšlela somatické obtíže (bolest, zvracení...), které až zázračně ustupovaly pod přímým dohledem ošetřujícího personálu a při „ztrátě výhod“ způsobených dlouhodobějším „pobytem“ v lůžku.

Ve druhém měsíci hospitalizace, při postupném vysazování Rivotrilu se objevil nárůst tikových projevů vokálních (kvokání) i komplikované pohyby celého těla. Postupně se tiky zhoršovaly. Bila se do tváří, chytla za přirození,

nezvladatelné pohyby převládaly nad zvukovými projevy. Nutná celodenní přítomnost sestry. Obnažovala se, nutkavě si vyvolávala zvracení, byl nutný dohled a pomoc s hygienou. Objevila se i koprolalie, echolalie, a kopropraxie. Výrazný psychomotorický neklid, dívka byla schvácená, ale postupně po opakovaných úpravách medikace došlo k umírnění masivního TS projevu. Tiky byly trvale přítomny. Ve vokálních ticích převažovaly neartikulované zvuky, ptačí zpěv, zvuky flatulence, echolalie. V motorických ticích se objevilo ojedinělé sebeubližování, dívka se fackovala, strkala si prsty do úst až krku a do jiných tělních otvorů. Po dalších změnách medikace se její stav začal zlepšovat, tikové projevy nebyly intenzivní a přehnaně obtěžující.

V průběhu třetího měsíce hospitalizace se u dívky opět zhoršil výskyt tikových projevů hlavně motorických. Opakovaně dělala dřepy, poskoky. Pro bolestivost dolních končetin bylo nutné vyloučit zánět žil, šlach, poškození kostí. Došlo k dalším změnám v medikaci. Ke konci třetího měsíce hospitalizace projevy TS spíše kolísavého charakteru. Dívka se snažila vyhnout školní docházce, „že nedojde“ a že tam stejně ruší.

Ve čtvrtém měsíci se tiková produkce opět zmírnila. Dívka verbalizovala obavy z opětovného vysazování či úpravy medikace. Zdálo se, že některé dívčiny projevy, zhoršení tikového projevu má manipulativní situační charakter se snahou něčeho dosáhnout, nebo se něčemu vyhnout. Nelze to však objektivně posoudit. Na tuto skutečnost ponejvíc upozorňovaly rodiče po návratu z vycházky. Také se v jejím chování objevily mírné podvody (pašování sušenek na pokoj, následné nesmyslné důvody...), lhaní – velmi účelové, impulsivita.

V pátém měsíci byla hospitalizace přerušena hospitalizací ve FN Motole za účelem MR v celkové anestezii. Dívka v závěru hospitalizace vycházela lépe s kolektivem dětí, zvládala školní docházku. Projev TS nevymizel zcela, ale tiková produkce byla jen mírná, zhoršená jen situačně. Pacientka byla propuštěna do péče ambulantního psychiatra s upravenou medikací a mírnou tikovou produkcí, mírnější než před hospitalizací na našem oddělení.

2.9 FARMAKA UŽITÁ V PRŮBĚHU HOSPITALIZACE

(název lékové skupiny je vypsán z příbalového letáku konkrétního farmaka)

ZOLOFT 50 mg - antidepresivum

RISPEN 2 mg – psychofarmakum, neuroleptikum

ABILIFI 10 mg - antipsychotikum

RIVOTRIL 2,5 mg/ml gtt. sol. - antiepileptikum

TISERCIN 25 mg – psychofarmakum, neuroleptikum

SEROXAT 20 mg - antidepresivum

ZOLEPTIL 25 mg - antipsychotikum

STRATTERA 18 mg - psychostimulans

STRATTERA 25 mg - psychostimulans

TIAPRIDAL 100 mg – antipsychotikum, neuroleptikum

HALOPERIDOL-RICHTER gtt. sol. 10ml - psychofarmakum, neuroleptikum

FLIXONASE VODNÝ NOSNÍ SPREJ – otorinolaringologikum. Glukokortikoid

PODLE POTŘEBY:

PROTHAZIN 25 mg - antihistaminikum (neklid, nespavost)

ATARAX 25 mg – anxiolytikum (pokračující nespavost)

TISSERCIN inj. sol. – psychofarmakum, neuroleptikum (neúnosné projevy TS s neovladatelnými projevy, úzkost)

RIVOTRIL inj. sol. – antiepileptikum (výrazné zhoršení projevů TS)

IBALGIN 200 mg – antiflogistikum, analgetikum, antipyretikum (bolest)

IBALGIN drm. crm. – nesteroidní antirevmatikum pro místní aplikaci (bolest, paty, ruce)

HEPAROID drm. crm. – dermatologikum, venofarmakum (hematomy, ruce, paty)

DOLGIT KRÉM drm. crm. - nesteroidní antirevmatikum pro místní aplikaci (bolest, lýtka)

2.10 PROGNÓZA ONEMOCNĚNÍ

Toto neuropsychiatrické onemocnění má kolísavý průběh a to hlavně v období puberty. Těžko usuzovat, co s projevem TS u této dívky udělá hormonální bouře při dospívání. Všeobecně se udává, že zhruba u třetiny pacientů dojde v době dospívání nebo rané dospělosti ke kompletní remisi. U třetiny pacientů je patrné výrazné zlepšení v četnosti i intenzitě tikového projevu a u třetiny pacientů je komplexní projev TS i ve středním věku (7).

3 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

3.1 SESTRA A NEMOCNÉ DÍTĚ

Aby sestra byla schopná adekvátně posoudit chorobný stav dětského pacienta, je nutné, aby měla dostatečné znalosti a dovednosti z oblasti klinické propedeutiky. Je nutné, aby sestra uměla používat hodnotící a měřicí techniky, škály, pracovat s dokumentací. Aby se nebála s dětmi hovořit o jejich problémech a starostech přiměřeně jejich věku a momentálním mentálním schopnostem.

Důležité jsou i znalosti z psychologie o jednotlivých vývojových obdobích dítěte, o prožívání dětských pacientů v nemoci, v bolesti. Znalosti, které sestře pomohou odhalit to, co může ovlivnit psychiku nemocného dítěte při samotné hospitalizaci. Musí znát, jak ke kterému dítěti s tou konkrétní diagnózou přistupovat, zvláště jedná-li se o dítě těžce nemocné, nebo umírající.

Onemocnění dítěte se týká celé jeho osobnosti, ne jen nějaké konkrétní části dětského organismu. Organismu, který je v neustálém vztahu se svým prostředím, se kterým se vzájemně ovlivňuje. U nemocného dítěte často dochází ke změně nálady, ke změně chování. Provoz celé domácnosti se snaží nemocnému dítěti a jeho potřebám přizpůsobit. Chceme-li ve zdravotnickém zařízení dosáhnout maximálních léčebných výsledků dětských pacientů, musíme je posuzovat a přistupovat k nim jako k jedinečným osobnostem (17, s. 77-78).

3.2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

3.2.1 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES NA PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ

Sestry na psychiatrickém oddělení, stejně jako na oddělení somatickém, pomáhají pacientům řešit jejich problémy (ošetřovatelské diagnózy) vzniklé během hospitalizace nebo vzniklé s okolnostmi hospitalizaci provázejícími.

Na psychiatrickém oddělení je kladen větší důraz na pozorování, pacientova chování a na pacientovy reakce v různých situacích. Důležité je zhodnocovat interakce se zdravotníky, se spolupacienty, s rodinou.

Dodržování posloupnosti jednotlivých fází procesu zjednodušuje a zefektivňuje ošetrovatelskou péči, ale někdy je obtížné hodnotit efektivitu péče u psychicky nestabilních pacientů. Ty samé intervence prováděné v tom samém prostředí, ve stejném pořadí, ale jiný den nebo jiným členem ošetrovatelského týmu, mohou mít rozdílný výsledek (18, s. 88).

3.2.2 FÁZE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU

3.2.2.1 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

Nejprve je nutné, aby sestra získala dostatek kvalitních informací o pacientovi od něj samotného a to pomocí rozhovoru, pozorování, fyzikálního vyšetření a pomocí měřících technik. Důležité jsou informace od rodinných příslušníků, ze zdravotnické dokumentace a od ostatních členů ošetrojícího týmu zvláště tam, kde nejsme přesvědčeni o validitě informací od pacienta.

3.2.2.2 OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA

Ošetrovatelská diagnóza musí vystihovat problém pacienta, který lze pomocí ošetrovatelské péče ovlivnit. Ne vždy je možná pacientova účast na stanovení ošetrovatelské diagnózy. Většinou brání pacientově spolupráci při stanovování jeho ošetrovatelských diagnóz akutní fáze jeho psychiatrického onemocnění.

3.2.2.3 CÍL OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Plánovaná péče vychází ze stanovených krátkodobých i dlouhodobých cílů podle pacientova problému. Cíle musí být reálné a objektivně zhodnotitelné. Pro objektivitu je vhodné, je-li cíl měřitelný, použití různých škál, stupnic, skórovacích tabulek apod..

3.2.2.4 OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE

Sestra stanovuje ošetrovatelské intervence, tedy to co bude ona nebo jiný člen ošetrovatelského týmu u pacienta dělat s aktivní nebo pasivní účastí nemocného. Proto je nutné, aby byly formulovány srozumitelně a jasně.

Na psychiatrickém oddělení nemusí mít dva pacienti se stejnou ošetrovatelskou diagnózou a se stejnými cíli stejné intervence. Např. intervence, která je efektivní a žádoucí u psychomotoricky neklidného dítěte, nemusí být efektivní a žádoucí u psychomotoricky neklidného dospělého. Intervence musí vycházet z aktuálního psychického i fyzického stavu pacienta.

3.2.2.5 REALIZACE OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Realizace ošetrovatelské péče je velmi důležitou částí ošetrovatelského procesu. Vše co jsme u pacienta vykonali, musíme zaznamenat do ošetrovatelské dokumentace, včetně eventuálních změn ošetrovatelských intervencí. Může se stát, že až při samotné aplikaci ošetrovatelské intervence zjistíme, že jiný způsob je lepší. Především je nutné vycházet z pacientova aktuálního zdravotního stavu. Ne jen z jeho verbalizovaných přání a stesků. Důležité je nebát se chtít po pacientovi jeho maximální spolupráci, které je v tu danou chvíli schopen.

3.2.2.6 ZHODNOCENÍ VÝSLEDKU OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Hodnotíme, jestli bylo dosaženo stanovených cílů. Pokud jich dosaženo nebylo, je důležité vědět proč a zvážit, zda není vhodné a nutné stanovit nové cíle nebo nové intervence. Naše očekávání mohlo být nadnesené, pacient nespolupracoval tak, jak jsme předpokládali (19, s. 13-18).

3.3 PRÁCE SESTRY NA PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ

3.3.1 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PSYCHIATRICKÝCH PACIENTŮ

V rámci psychiatrického ošetrovatelství by měli členové ošetrovatelského týmu dodržovat určitá pravidla. Klidný a otevřený přístup, dostatek informací podaných přiměřeně situaci a stavu pacienta a jeho rodiny zjednoduší navození důvěry a vytvoření psychoterapeutického vztahu. Nutná je pacientova aktivní účast a sestra musí pacientovu aktivitu posilovat, zdůrazňovat ba i ji přímo vyžadovat.

Zachování společenských pravidel ze strany personálu je samozřejmostí, i když psychiatrickí pacienti tato pravidla často porušují. Ať už jako důsledek nemoci, ztráty zájmu o sebe sama nebo třeba z důvodu alterace intelektu. Sestra nesmí jednat s pacienty devalvačně. Důležité je i stanovení jasných pravidel. Léčebný režim a jeho důsledné dodržování je na psychiatrickém oddělení velmi důležitá část léčby.

Pro pacienty nepříjemné, ale nutné je tzv. vyžadování nepříjemných požadavků. Nepříjemné požadavky ve formě častých kontrol osobních věcí, porušování intimity, omezování sociálních vztahů nebo rušení nočního spánku jsou pro pacienty zátěží.

Je nutné udržet si profesionální odstup a nevytvářet s pacienty soukromé vztahy. Neklid a nervozita personálu se může přenášet na pacienty, může být ohrožena pacientova důvěra a vzniknout neochota ke spolupráci. Také negativní a agresivní postoj pracovníků, verbální i brachiální agrese, rezignace, lhostejnost, bagatelizace, ironické chování, přehnaná péče nebo její neosobní vykonávání jsou personální pochybení. Mohou narušovat terapeutický vztah a zpomalit průběh léčby (18, s. 87-88).

3.3.2 PRÁCE SESTRY NA ODDĚLENÍ DĚTSKÉ A DOROSTOVÉ PSYCHIATRIE

Práce sestry na oddělení dětské a dorostové psychiatrie je nejen krásná, ale i náročná. Žádná forma vzdělávání nemůže sestru seznámit se všemi situacemi, které ji zde mohou potkat. Sestra na tomto oddělení funguje, kromě standardních ošetrovatelských činností, jako vychovatel, rodič, kamarád, terapeut. Často musí vystupovat jako daná autorita a ukázat našim pacientům, že ne všichni dospělí, kteří se musí poslouchat, zapadají do „negativních škatulek“ v jejich hlavách. Jiná, pozitivní zkušenost s danou autoritou má nenahraditelný terapeutický význam. Sestry často, jako kamarádky, řeší, který chlapec/dívka jsou hezcí, jako matky vypráví pohádky, kontrolují čisté ponožky, vyčištěné zuby, v zimě čepici....

A tak jako je různorodá její práce, jsou různorodé problémy, které vedou k hospitalizaci našich pacientů. Nejčastěji se setkáváme s diagnózami ADHD,

hyperkinetický syndrom, poruchy chování, depresivní a úzkostné poruchy, psychotická onemocnění, OCD. Vlastně všechny „dospělé“ psychiatrické diagnózy a k tomu něco na víc z dětského věku.

Je důležité, aby sestra znala projevy psychiatrických onemocnění v závislosti na věku dítěte a měla naučené správné chování k těmto pacientům. Např. promiskuita, vandalismus nebo pokusy s užíváním drog nejsou jen projevem poruch chování, ale mohou být příznakem depresivního onemocnění u adolescenta.

Ze znění vyhlášky 55/2011 Sb. vyplývá, že o dítě s poruchou duševního zdraví pečuje dětská sestra tehdy, jestliže jeho zdravotní stav nevyžaduje stálý dozor nebo použití omezovacích prostředků z důvodu nebezpečí sobě nebo jeho okolí. Sestra pro péči v psychiatrii může dle této vyhlášky pečovat o pacienta s patologickými změnami zdravotního stavu, kdy je nutný stálý dozor a nebo je nebezpečný sobě nebo okolí a proto je nutné použití omezovacích prostředků. Dětská sestra pro péči v psychiatrii zde bohužel není uvedena, přestože péče o děti a dospívající potřebující vysoce specializovanou psychiatrickou péči by měla být právě její „hromádka“ zdravotnické činnosti (20).

3.4 MODEL „FUNGUJÍCÍHO ZDRAVÍ“ MARJORY GORDONOVÉ

Model Marjory Gordonové jsem si zvolila pro sběr anamnestických dat u této pacientky pro jeho přiléhavost a možnou variabilitu v popisu individualit psychiatrických pacientů. Na základě 12. okruhů lze uspokojivě popsat všechny části pacientovy fyziologické i patologické podstaty.

Tento model ošetrovatelské péče vychází z interakce osoby a prostředí. Zdravotní stav jedince je vyjádřením biologických, psychických i sociálních interakcí. Marjory Gordonová označuje 12 funkčních vzorců zdraví. Každý vzorec zastupuje některou část zdraví a tato konkrétní část zdraví je buď funkční ve zdraví nebo dysfunkční v nemoci.

- Na funkční vzorec zdraví působí nejen biologické a vývojové faktory, ale i kulturní a sociální prostředí. U některých jedinců mají vliv i faktory duchovní (spirituální).
- U dysfunkčního vzorce zdraví je důležité, aby sestra stanovovala vhodný plán péče i u potencionálního problému (primární prevence) pacienta. U konkrétních chorobných stavů (sekundární a terciální prevence) sestra stanovuje ošetrovateľské diagnózy a následný plán péče podle jejich důležitosti.

1. VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU, AKTIVITY K UDRŽENÍ ZDRAVÍ

V tomto vzorci chování se zaměřujeme na pacientovo vnímání svého zdraví, své pohody a to, jak o své zdraví pečuje. Zjišťujeme zde míru pacientovy informovanosti – zda zná rizika spojená se svým zdravotním stavem. Jestli jsou zdravotní aktivity, ošetrovateľská doporučení pacientem dodržována.

2. VÝŽIVA A METABOLISMUS

Zde je zahrnut způsob pacientova příjmu potravy. Její nadbytek nebo nedostatečnost. Individuální rozdíly ve zvyklostech doby, skladby, preference některého druhu jídla. Zjišťujeme, jestli pacient užívá vitamínové nebo jiné výživové doplňky. Hodnotíme stav kůže, hydratace, poranění, celkovou schopnost hojení ran. Nevynecháme ani stav vlasů, nehtů, sliznic, výšku, váhu, tělesnou teplotu.

3. VYLUČOVÁNÍ

Zjišťujeme způsob pacientova vylučování (trávicí trakt, močový trakt, kůže). Individuální pravidelnost nebo nepravidelnost ve vyměšování. Zjišťujeme potíže nebo poruchy při vyprazdňování. Ptáme se na používání projímadel, na triky a rituály používané při vyprazdňování. Zajímá nás tvar, kvalita i kvantita exkretů.

4. AKTIVITA, CVIČENÍ

Volnočasové aktivity, sport, kondiční cvičení a vše co vede k udržování tělesné kondice. Jsou zde zahrnuty základní denní aktivity, které vyžadují energii a zručnost a bez kterých se pacient neobejde (sebepéče, soběstačnost, vaření, úklid, nákup, zaměstnání...). Zajímá nás, které aktivity jsou pro pacienta důležité.

5. SPÁNEK, ODPOČINEK

Popisujeme zde způsob pacientova spánku, odpočinku, relaxace. Zjišťujeme kolik hodin pacient denně spí (noc i den), zajímá nás kvalita spánku, zda se pacient cítí po probuzení odpočinutě. Ptáme se na předspánkové rituály, na vše co mu pomáhá v navozování spánku, zda užívá medikaci.

6. VNÍMÁNÍ, POZNÁVÁNÍ

Způsob a kvalita pacientova smyslového vnímání a prožívání. Hodnotíme sluch, zrak, chuť, čich, dotek. Zjišťujeme používání kompenzačních pomůcek. Orientačně zjišťujeme stav vědomí a mentální funkce. Ptáme se na bolest a zvyky v jejím tlumení. Hodnotíme zde i kognitivní schopnosti, učení, myšlení, rozhodování, paměť, způsob slovního vyjadřování.

7. SEBEKONCEPCE, SEBEÚCTA

Emocionální stav a vnímání sebe sama. Ptáme se na pacientův názor na sebe sama. Jaké má vlastnosti schopnosti, talent. Jak vnímá sám sebe ohledně vzhledu, identity, pocitu vlastních hodnot. Všímáme si neverbálních informací jako oční kontakt, držení těla, hlas, způsob řeči.

8. PLNĚNÍ ROLÍ, MEZILIDSKÉ VZTAHY

Zde popisujeme, jakým způsobem pacient přijímá a plní životní role, ptáme se na mezilidské vztahy, na rodinu. Jak zvládá současnou životní situaci, eventuální narušení vztahů v rodině, v zaměstnání. Jak plní své povinnosti dané životními rolemi.

9. **SEXUALITA, REPRODUKČNÍ SCHOPNOST**

Zjišťujeme pacientovu spokojenost či nespokojenost se svým sexuálním životem, se svým pohlavím. U žen sem zahrnujeme informace o menstruaci, porodech, potratech, menopauze. Ptáme se na eventuální problémy v této oblasti.

10. **STRES, ZÁTĚŽOVÉ SITUACE, JEJICH ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE**

Jakými závažnými životními změnami pacient prošel v posledních dvou letech. Zjišťujeme adaptivní a maladaptivní zvládání stresových situací. To jak pacient vnímá a zvládá běžné stresové situace.

11. **VÍRA PŘESVĚDČENÍ, ŽIVOTNÍ HODNOTY**

Individuální vnímání životních hodnot. Cíle, životní přesvědčení, víra, náboženské aktivity. Vše co pacient vnímá jako důležité. Ptáme se na to, co podle pacienta ovlivňuje jeho volbu nebo rozhodování

12. **JINÉ**

V této části uvádíme veškeré, důležité informace, které nejsou zahrnuty v žádné předchozí části a jsou vnímány pacientem nebo námi jako důležité (21, s. 167-170).

3.5 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA DLE MODELU FUNGUJÍCÍHO ZDRAVÍ MARJORY GORDONOVÉ

Informace uvedené v ošetřovatelské anamnéze na počátku hospitalizace byly odebrány v den příjmu pacientky a během prvního týdne hospitalizace. Pacientka se potřebovala nejdříve adaptovat na našem oddělení a pak byla k personálu více otevřená. Informace jsou od pacientky, od jejího otce, ze zdravotnické dokumentace ze záznamů ošetřujícího lékaře, ze zdravotnické dokumentace ze záznamů sester.

Pro objektivní posouzení výrazného zhoršení zdravotního stavu pacientky během hospitalizace bylo nutné aktualizovat ošetřovatelská anamnestická data ke 29. dni hospitalizace. Informace v této ošetřovatelské anamnéze jsou získány od pacientky a z pozorování jejího chování a jednání ošetřujícím personálem.

3.5.1 OŠETŘOVATESKÁ ANAMNÉZA NA POČÁTKU HOSPITALIZACE

3.5.1.1 VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU, AKTIVITY K UDRŽENÍ ZDRAVÍ

PACIENTKA:

Momentálně se cítí hodně nemocná, protože se jí to zhoršilo (TS), připadá si divná, myslí si, že jí neustále někdo pozoruje a šušká si, že je asi blázen. Ona už nemá sílu každému vysvětlit, že je nemocná a co že to je za nemoc a že nemůže za to, že o té nemoci doteď okolí neslyšelo.

Když se jí hodně zhorší vokální tiky, zhorší se jí i dýchání. Možná proto je sledována pro podezření na astma. Musí kvůli tomu jednou za rok do lázní. Nejezdí tam ráda, protože se projevuje jinak než ostatní a opět to musí všem vysvětlit. Někdy si ostatní holky v lázních myslí, že to dělá schválně proto, aby byla zajímavá a ostatní jí litovali.

Ví, že se jí TS zhoršuje, když se rozčílí, ale nemůže za to. Nic moc jí na uklidnění nepomáhá, ani se jít projít, ani počítat do desíti prostě nic. No možná někdy, když si maluje koně, nebo když si představuje, že na koni jede. Nejvíce jí asi rozčiluje bratr a cizí lidé, kteří na ni hloupě koukají, někdy jí dokonce napomínají na ulici. Třeba úplně cizí lidi na ni volají, ať se chová slušně a podobně.

OTEC:

Dle otce nebyla nemocná více než ostatní děti v okolí. Občas měla kašel a rýmu. Hlavně na podzim, když nechce začít nosit šálu a čepici a třeba schválně zůstane v mokrých ponožkách. Dělá to proto, aby byla pozornost zaměřena jen na ni a ne i na bratra. Úrazů moc neměla, jednou si zlomila ruku a jednou byla v krátkém bezvědomí, bez následků.

3.5.1.2 VÝŽIVA A METABOLISMUS

BMI – 22,64; VÝŠKA – 153 cm; VÁHA - 53 kg

Dívka se se svou váhou a výškou pohybuje ve středu pásma normální váhy. Na první pohled ale vypadá plnoštíhle. Hlavně pro to, že její postava má tvar tzv. jablka a také má kulatý obličej. Vlasy jsou jemné, světlé, nehty nakrátko ostříhané, sliznice růžové, rty trochu okoralé, ale dívka udává, že se jí to stává často, když vydává zvuky.

PACIENTKA:

V jídle není vybíravá, sní skoro všechno, jenom nemusí koprovou omáčku a tlusté maso. Má ráda řízky, čokoládu, ovocné knedlíky a jiná sladká jídla. Nejvíc měla ráda šišky s mákem, ale už je dlouho nejedla, protože jí je dělala babička, která už umřela a ona u nich je smutná, protože na ni myslí a tak je raději přestala jíst.

Jí často během dne, rychle jí vytráví, když má hodně tiků jako třeba poskoky, dřepy a tak. Někdy se jí nechce snídat. To hlavně tehdy, když musí ráno do školy a jí se tam nechce a je jí špatně jenom z té představy, že do školy musí. Ale o víkendu ráda snídá u televize, to se klidně i přejí.

OTEC:

Rodiče se na ni často zlobí, že málo pije. Většinou, když přijde ze školy a má v batohu nevypité pití. Jí to nepřijde, myslí si, že pije normálně. Ale nejraději pije limonády jako je Fanta a podobně. Voda se šťávou a čaje jí už tolik nechutnají. Čaj si musí osladit, jinak ho nevypije.

3.5.1.3 VYLUČOVÁNÍ

PACIENTKA:

Problémy s vyprazdňováním dívka nikdy neměla. Stolicí má většinou jednou denně. Kolikrát za den se jde vymočit nepočítá. Chodí močit často, ale když opravdu málo pije, tak chodí málo. Nejraději chodí na záchod doma. Ve škole se snaží zadržovat stolicí, ale když už je to nezbytné, překoná se a jde se vyprázdnit i ve škole.

OTEC:

Rodiče si nikdy nevšimly, že by bylo něco špatně ohledně dceřina vyprazdňování. Nikdy dívce nemuseli podávat projímadla. To už spíš někdy řeší průjem. Občas se dívka přejí. Měla období, kdy jí chutnaly kompoty a protože jich měli doma zavařenou zásobu, tak to dcera jedla opravdu nadměrně. Nevědí, jestli jí opravdu chutnaly, nebo jestli zjistila, že má po nich průjem a tak je zneužívala, aby nemusela do školy.

3.5.1.4 AKTIVITA, CVIČENÍ

PACIENTKA:

Mezi její nejoblíbenější aktivity patří koně. Ráda na nich jezdila. Bohužel z něj asi před rokem spadla a zlomila si předloktí. Stále chodí do stájí, ale momentálně se na koně bojí sednout, aby zase nepadla. Tak je aspoň hřebelcuje a hladí je, protože ji to uklidňuje.

Moc ráda slyšela, že v rámci naší hospitalizace je zařazena terapeutická aktivita hipoterapie. Stejně tak jsou na oddělení oblíbené procházky na místní statek, kde kromě koní jsou i jiná zvířata.

Tělesnou výchovu ve škole vůbec nemá ráda, protože je neobratná. A hlavně když musí něco předvést, třeba přeskok ví, že na ni všichni koukají a je z toho nervózní a začne myslet na to, jak se jí to nepovede. A samozřejmě se jí to nepovede, protože se jí zhorší ty poskoky a dřepy a ona vlastně ani neskočí. Ale protože to nemá pořád (TS), tak jí z tělocviku rodiče nechtějí omlouvat.

Nerada si uklízí pokoj, ale někdy ho uklidí, to když jí máma zakáže jít do stájí. Taky nerada utírá nádobí, neví, proč ho nemůže nechat uschnout a pak uklidit. Jednu dobu se střídala s bratrem ve vynášení odpadkového koše, ale většinou se pohádali, kdo je na řadě.

OTEC:

Dle otce se ráda tělocviku a čemukoliv, co ji nebaví, vyhne. Snad kromě koní si jen ráda maluje, jinak se sama moc nezabaví a chodí za bratrem a ruší ho. Bratra je taky dost a jsou z toho jen zbytečné konflikty.

S chodem domácnosti moc nepomáhá. Nebaví ji nádobí, ani nejde s odpadkovým košem. Dokonce je problém, aby si uklidila v dětském pokoji. Když jí to rodiče vyčítají, zhorší se jí tiky. Někdy si rodiče myslí, že svou nemoc občas využívá, ale pak se stydí, protože vědí, jaký má nelehký osud.

3.5.1.5 SPÁNEK, ODPOČINEK

PACIENTKA:

Dívka se spaním problémy nikdy neměla. Jenom někdy, když je smutná, nemůže usnout. To si pak jde do kuchyně pro nějakou sušenku, sní si jí v posteli a pak usíná lépe. Většinou usíná okolo deváté hodiny večer. Když dávají v televizi hezký film a nemusí druhý den brzy vstávat, vydrží i do půlnoci, ale pak se jí ráno nechce z postele.

Před spaním si ráda maluje nebo prohlíží knihu s koňmi, kterou dostala k narozeninám. Když jí nikdo a nic ráno nebudí a spí tak dlouho jak chce, je odpočinitá. Když jí vzbudí máma do školy je unavená. Přejde ji to většinou až odpoledne.

OTEC:

Dle otce se dívka ráda povaluje v posteli, hlavně ráno, když nemusí do školy. Jinak nepozoruje ani on ani manželka, že by měla jejich dcera někdy problémy se spánkem. Ráno do školy jí musí budít opakovaně. Je schopna před nimi vylézt z postele a po jejich odchodu se do postele vrátí. Usíná dobře, o víkendu a podobně ji nechávají večer dívat na televizi a ráno ji nechají vyspat. Dcera většinou usne u televize, nejspíše kvůli večerní medikaci, ale na spaní jako takové žádné léky předepsané nemá.

3.5.1.6 VNÍMÁNÍ, POZNÁVÁNÍ

Pacientka je orientována všemi směry (osobou, místem, časem, situací). Problémy se sluchem, čichem, zrakem ani s chutí neudává. Vnímavost při dotýkání se je bez zjevné patologie. Dívka je při rozhovoru při plném vědomí, odpovídá přiléhavě a bez větších přestávek. Způsob jejího vyjadřování odpovídá věku.

OTEC:

Nastoupila do praktické školy, i když její ambulantní psychiatr si myslí, že je to zbytečné, že její možnosti odpovídají základní škole. Je to prý jen její pohodlnost chtít mikrotřídy a individuální přístup. Kompenzační pomůcky nepoužívá, ale údajně by mohla dívka nosit brýle. Rodiče mají v plánu kontrolní oční vyšetření, protože jako malé dítě brýle nosila, pak se jí zrak zlepšil

a v brýlích měla jen 0,5 dioptrie, takže je odmítala. Teď, když už je starší, tak by je snad nosila, ale rodiče nevědí, jestli je to vůbec potřeba.

3.5.1.7 SEBEKONCEPCE, SEBEÚCTA

Dívka při hovoru udržuje oční kontakt jen někdy se, jakoby ostražitě, rozhlíží kolem sebe. Když chce něčemu věnovat na důrazu, zrychlí tempo řeči a několikrát větu zopakuje. Těžko posoudit, jestli to je kvůli dodání vážnosti odpovědi nebo jako projev palilálie.

PACIENTKA:

Dívka sama sebe vnímá jako velmi odlišnou od ostatních a to pro svoji chorobu (TS). Chtěla by být stejná jako její vrstevníci. Ví, že to má v životě těžké, ale nechce se na to vymlouvat. Pacientka udává, že je velmi nerada středem pozornosti, že nesnáší, když jí někdo věnuje přehnaný zájem. Je ráda třeba jen s jednou kamarádkou, se kterou si může povídat. Pak se jí to (TS) ani moc nezhoršuje.

OTEC:

Otec si myslí, že má dívka snížené sebevědomí pro své tikové projevy. Někdy doma pláče, proč má tu chorobu zrovna ona, že je ošklivá a ještě vadná. Nechce, aby si jí rodiče všímaly. Na druhou stranu si s manželkou již několikrát shodli, že když se intenzivně věnují mladšímu synovi (školní povinnosti, učení se nějaké dovednosti...), dceři se tiky zhorší a vynucuje si pozornost ke svým starostem. Myslí si, že do dnes bratra nepřijala, že by si přála být jedináček.

3.5.1.8 PLNĚNÍ ROLÍ, MEZILIDSKÉ VZTAHY

PACIENTKA:

Pacientka není vůbec ráda, že má společný pokoj se svým bratrem. Neustále se spolu hádají. Vadí jí, když si bratr půjčuje její věci bez dovolení. Když se zeptá, tak mu je většinou nepůjčí, protože má strach, že jí vše zničí. Třeba pastelky nebo fixy. Oba dostávají od rodičů různé věci, ale bratr víc, protože mu nic nevydrží, všechno si hned rozbije.

Bydlí v domě u babičky a dědy. Docela se jí to líbí, ale děda po ní chce, aby pomáhala na zahradě, to se jí moc nechce, nebaví jí to, tak se většinou na něco

vymluví. Taky se na ni dědeček někdy zlobí, protože vykřikuje sousedovo jméno a soused si myslí, že to dělá schválně.

Chtěla by mít nějakou opravdovou kamarádku, která by byla jenom s ní, ale dlouho s žádnou nevydržela, žádnou opravdovou vlastně nemá a doma je jen bratr, který je k ničemu, ani se s ním nedá na nic pořádného hrát.

OTEC:

Dle otce je bydlení u rodičů matky dobré. Vztahy mezi dospělými jsou v pořádku, vzájemně si pomáhají. Jen dcera někdy vnáší zlo, protože nechce nikomu s ničím pomáhat, ale chtěla by, aby ostatní dělali, dle jejích přání. Bojí se jí něco direktivně nařizovat, protože se jí okamžitě zhorší tiky a oni nevědí, jestli to je opravdu, nebo jestli to dělá dcera úmyslně.

3.5.1.9 SEXUALITA, REPRODUKČNÍ SCHOPNOST

PACIENTKA:

Pacientka vypráví o tom, jakou podprsenku by si přála, ale musí počkat, až jí vyrostou prsa, aby jí mamka tu podprsenku koupila.

Chlapci se jí někteří líbí, ale nebaví se s nimi, protože jsou ještě horší než holky. Trochu se jich stydí, nechce se před nimi ztrapnit, třeba že by při hovoru zachrochtala, nebo dělala pusou, jako že pšouká. A taky neví, o čem by se s nimi bavila.

Až bude velká, jako dospělá, tak určitě nebude mít žádné děti, kdyby náhodou po ní TS zdědily, tak by jí to bylo líto a nikomu to nepřeje a už vůbec ne svým dětem.

OTEC:

Dívka začala menstruovat v devíti letech. Měsíčky má velmi nepravidelné a slabé, většinou jen špinění. Jestli byla dcera na gynekologii neví, vše okolo těchto věcí řeší manželka. Zájem o chlapce na dívce nepozoruje, myslí si, že je na svůj věk dětinská.

3.5.1.10 STRES, ZÁTŽOVÉ SITUACE, JEJICH ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE

PACIENTKA:

Jednou ze životních změn, která dívku potkaly je změna školy. Původně chodila do mikrotřídy, ale tato škola byla jen první stupeň. Nyní je třída veliká a dívka se v ní necítí dobře. Nechce do školy chodit. Dívka sděluje, že se zhoršuje její tikový projev a spolužáci jsou k ní méně tolerantní než v předešlé škole. Pacientka sama přiznává, že stresové situace neumí řešit v klidu, hned se „rozčílí“.

Také stále musí myslet na svou zesnulou babičku. Ta umřela před třemi roky a podle pacientky ji chodí v noci navštěvovat. Myslí si, že to není sen, že to je skutečnost, protože když ji babička obejmě, má mrtvolně studené ruce.

OTEC:

Otec si myslí, že pacientka neumí stresové situace řešit. Vše řeší tím, že se začne vztekat, nebo se jí zhorší tiky. Opravdu i hlasitě a opozičně reaguje na vše, co se jí nějak dotýká. Také dívka hodně lže. Často se snaží z nějaké situace vylhat. Někdy až nesmyslně, ale někdy věrohodně a rodiče občas zjistí až zpětně, že je obelhala.

3.5.1.11 VÍRA PŘESVĚDČENÍ, ŽIVOTNÍ HODNOTY

PACIENTKA:

Dívka již ničemu a v nic nevěří. Přála by si, aby byla zdravá, aby se jí to s tou nemocí nestalo. Od toho, jak dopadne její nemoc (TS) v budoucnu, se bude odvíjet její život.

Má velký sen. Přála by si pracovat někde u koní. Je jedno jako co, hlavně aby byla celý den s koňmi, protože jsou lepší než lidé. Nejsou falešní, nesmějí se jí. Je jenom škoda, že se teď na nich bojí jezdit. Má strach, že se jí její sen nemůže splnit, protože je alergická na trávu a neví, jestli se jí prokáže astma.

Teď je pro ni důležité, aby se jí nemoc zlepšila a ona mohla přemýšlet o své budoucnosti. Někdy věří, že všelepší, že se třeba vzbudí a TS mít nebude a někdy je zoufalá, že se jí tiky ani nezlepší. Ví, že zlobí rodiče, ale je ráda, že je má, protože bez nich by na tom byla ještě hůř. Víru v něco vyššího odmítá. Nemůže být bůh, když jsou nemoci jako TS.

3.5.1.12 JINÉ

Dívka si myslí, že již bylo vše řečené, jen má potřebu zdůraznit obavu z toho, že se nezbaví tiků do takové míry, aby na sebe přestala poutat pozornost okolí, kolemjdoucích, spolužáků apod.

3.5.2 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA – 29. DEN HOSPITALIZACE

3.5.2.1 VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU, AKTIVITY K UDRŽENÍ ZDRAVÍ

Pacientka momentálně vnímá svou nemoc hůře než dříve. Verbalizuje své „špatné skutky“ v premorbidním období, kvůli kterým onemocněla TS. Zejména si vyčítá, že odmítala bratra. Stěžuje si na bolesti otlučených kloubů, bolest v krku od křiku, bolest namožených svalů.

3.5.2.2 VÝŽIVA A METABOLISMUS

Od začátku hospitalizace pacientka zhubla. Pro její tvar postavy je to patrné zejména na končetinách. Přesně nelze určit kolik kilogramů, protože ji nejde zvážit. Jí malé porce. Nemá chuť k jídlu. Jídlo je pro ni spojeno s velkým úsilím se najíst. Některé tiky ji nutí vyvolat si zvracení bez ohledu na přijatou potravu nebo „prázdný žaludek“. Když se jí povede vyvolat si zvracení strčením si prstů do krku před jídlem, nebo během jídla, již nejí. Někdy sní menší porci bez extrémních obtíží. Je to velmi variabilní.

Tekutiny se snaží přijímat, ale někdy skončí pokus napít se polítkem sebe i okolí. Má oschlé rty a částečně i dutinu ústní od častého vokalizování, od snahy olíznout si ruce nebo cokoliv je v její blízkosti.

3.5.2.3 VYLUČOVÁNÍ

Odchod moči i stolice je snížen z důvodu nedostatečného příjmu potravy, nadměrné aktivity a s tím souvisejícím nadměrným pocením. Samotný akt vyprázdnění je spojen s velkým úsilím pacientky. Často dojde k pomočení okolí toalety. Je nutný dohled i dopomoc ošetřujícím personálem, protože má pacientka v rámci tiků potřebu sahat si do tělních otvorů bez ohledu na pořadí, frekvenci, vhodnost.

3.5.2.4 AKTIVITA, CVIČENÍ

Samostatné aktivity pacientka nevyhledává. Do ničeho nemá chuť. Jediné, co zvládá, je poslouchat rádio.

3.5.2.5 SPÁNEK, ODPOČINEK

Pacientka není schopná odpočinku, přestože je schvácená, unavená. Tikové projevy TS ji nenechají sedět nebo ležet v klidu. Dívka si stěžuje na málo spánku, při kterém si stejně neodpočine.

3.5.2.6 VNÍMÁNÍ, POZNÁVÁNÍ

Pacientka vnímá svou tělesnou bolest. Ostatní části tohoto vzorce chování nelze pro pacientčin vážný a proměnlivý stav objektivně hodnotit.

3.5.2.7 SEBEKONCEPCE, SEBEÚCTA

Sděluje, že by raději nebyla, než aby musela takhle trpět. Suicidiální tendence nejspíše nemá, neverbalizuje je, ale pro množství sebepoškozujících tiků to nelze objektivně hodnotit. Říká, že se nesnáší.

3.5.2.8 PLNĚNÍ ROLÍ, MEZILIDSKÉ VZTAHY

Pacientka je nyní v rámci plnění společenských rolí téměř plně dysfunkční. Stydí se za své projevy a zároveň má strach, co ještě bude dělat. Nechce vidět žádné spolupacienty a ani nikoho z rodiny. Je raději, když se o ni stará jedna sestra, než když se u ní během dne střídají.

3.5.2.9 SEXUALITA, REPRODUKČNÍ SCHOPNOST

Dívka vyjádřila neovlivnitelné přání, nebo spíše obavu, aby v této situaci ještě nezačala menstruovat. Jinak je tato oblast momentálně nehodnotitelná.

3.5.2.10 STRES, ZÁTĚŽOVÉ SITUACE, JEJICH ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE

Pacientka se momentálně nachází ve velmi stresové situaci. Pacientčiny obvyklé reakce při zátěži (křik, hněv, opozice, lhaní) se neobjevily. Chvilkami se pacientka hněvá na sebe za svou situaci, ale spíše je rezignovaná a „odevzdaná osudu“.

3.5.2.11 VÍRA PŘESVĚDČENÍ, ŽIVOTNÍ HODNOTY

Občas v zoufalství nad svou situací pacientka prosí boha o pomoc, ale nejspíše se nejedná o opravdové přesvědčení. Zda svůj postoj k víře, pod vlivem těžké životní situace, přehodnocuje, si nedovolím posoudit.

3.5.3 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY – 29. DEN HOSPITALIZACE

Pro podrobný popis ošetrovatelské péče jsem si vybrala 29. den hospitalizace. V tento den byl stav dívky nejvíce zhoršen oproti příjmovému dni. Projevy TS byly masivní, téměř neodklonitelné. Její stav se začal zhoršovat při úpravě medikace. Snižování léku Rivotril bylo postupné (od začátku hospitalizace), ale při nižších dávkách tohoto léku se u pacientky objevila masivní tiková produkce.

U dívky byla nutná nepřetržitá přítomnost personálu. Nebylo možné, aby se zúčastnila ranní komunity spolu s ostatními pacienty. Obnažovala se, osahávala se, nutkavě si vyvolávala zvracení, strkala si prsty do dostupných tělních otvorů. Byla zpocená, uřícená, skákala, dělala dřepy, dupala, až si otloukla paty, pak plakala bolestí.

Mlátila pěsti a lokty do stěn. Vydávala různé zvířecí zvuky hlavně chrochtání. Neartikulovaně vykřikovala.. Byla nutná pomoc s hygienou. Objevila se intenzivní koprolalie i kopropraxie. Po domluvě s lékařem byl dívce aplikován Rivotril inj. sol. 1 ampule i.m. v 16.30 hod. Po něm byla dívka mírně zklidněna, ale stále měla výraznou tikovou produkci. Chvillemi vydržela sedět.

Projevy TS byly výraznější v přítomnosti dalších osob. Večer v 18.30 usnula, spala 2 hodiny. V noci opět silné zhoršení TS projevů. Po domluvě s lékařem byl aplikován Tissercin inj. sol. 2 ampule. i.m. ve 23.20. Předešlou noc usnula až po třetí hodině ranní po opakovaných fakultativních farmakách, spala neklidně necelé 4 hodiny.

MEDIKACE 29. DEN:

ZOLOFT 50 2-0-1

HALOPERIDOL-RICHTER gtt sol ml 0.5-0.25-0.5

TIAPRIDAL 100 1-1-1

TISERCIN 25 0-0-0-1 (ve 20, nespíli tak ještě 1 tbl ve 22) – když je aplikace
TISERCIN i.m. a spí, nebudit, nepodat
RIVOTRIL 2,5 gtt sol 3-0-3
PROTHAZIN 25 2-2-3-(2) – podat jen při probuzení v noci po apl
TISERCINU i.m.
FLIXONASE VODNÝ NOSNÍ SPREJ 1 vdech ráno

PODLE POTŘEBY:

- **Při neúnosných projevech TS s neovladatelnými projevy úzkosti**
TISERCIN inj 1.00 ml 2 amp. i.m. + 3 tbl PROTHAZIN 25 mg, max
2xd s min. odstupem 6 hod
- **Bolest**
IBALGIN 200 1 tbl, lze 3xd
- **Další nespavost v noci**
ATARAX 25 podat 2 tbl
- **Při výrazném zhoršení**
RIVOTRIL inj sol 1.00 ml podat 1amp i.m.
- **Na paty ruce**
IBALGIN crm podat zevně 2xd
- **Hematomy na rukou, patách**
HEPAROID crm podat : lze 2xd

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOZY:

- 1) Bolest z důvodu zhmoždění kloubů horních končetin, pat, z důvodu nadměrné zátěže dolních končetin
- 2) Nedostatečná sebepéče v oblasti hygieny z důvodu masivních projevů TS
- 3) Riziko dehydratace z důvodu nadměrného pocení při fyzické zátěži a z nadměrného vokalizování
- 4) Porucha spánku z důvodu psychomotorického neklidu a masivní tikové produkce
- 5) Riziko pádu a poranění z důvodu projevů TS, z důvodu užívání klidnicí medikace per os a i. m.

- 6) Riziko infekce způsobené saháním si rukama do všech tělních otvorů

3.5.3.1 BOLEST Z DŮVODU ZHMOŽDĚNÍ KLOUBŮ HORNÍCH KONČETIN, PAT, Z DŮVODU NADMĚRNÉ ZÁTĚŽE DOLNÍCH KONČETIN

CÍL :

- bolest bude pacientkou hodnocena jako snesitelná

INTERVENCE:

- bránit pacientce v sepoškozujících projevech
- podávat analgetickou medikaci dle ordinace
- aplikovat analgetický krém dle ordinace
- obvazovat predilekční klouby pro změkčení eventuálních nárazů
- sledovat účinek medikace a jeho eventuální nežádoucí účinky

REALIZACE:

Při opakovaných pacientčinyých stížnostech na bolesti rukou, pat a hlavně lýtek, charakterizovaných jako nesnesitelné, jsem jí v 9.10 hod podala Ibalgin 200 mg per os. Pacientka jej zapila 120 ml minerálky. Dále jsme ji v 9.30 aplikovali Ibalgin krémem na paty a ruce. Predilekční místa nárazů (klouby na rukách, lokty, paty) jsme obvázáli pružným obinadlem a proložili pro změkčení vrstvou vaty.

Vše jsem dělala za pomoci kolegyně, protože v jedné sestře byl tento výkon prakticky nemožný, pokud jsem chtěla zabránit opakovanému sebepoškozování, úderům rukami a lokty do zdi, nadměrnému dupání a dřepům během ošetření. Pro fyzickou náročnost ošetření této pacientky jsme s kolegyní střídaly. V sedu na židli jsem fixovala nohy pacientky mezi své dolní končetiny. Horní končetiny jsem fixovala pacientce u těla tím, že jsem ji pevně objímala a kolegyně ošetřila pacientce horní končetiny. Pak jsme se s kolegyní vyměnily a ona pacientku fixovala na svém klíně obdobným způsobem. Vždy jsme uvolnily, v rámci nejnutnější potřeby, tu končetinu, která byla ošetřována.

O ošetření analgetickým krémem i o podání perorální analgetické medikace jsem provedla záznam do ošetřovatelské dokumentace. Druhé ošetření provedené obdobným způsobem za pomoci stejné kolegyně proběhlo v 16.45 hod.

Pacientka si i nadále během dne (při úderu apod.) stěžovala na bolesti končetin a proto jsem jí podala v 16.30 hod Ibalgin 200 mg per. os. Pacientka jej zapila 100 ml čaje. Vše jsem řádně zaznamenala do ošetřovatelské dokumentace, včetně pacientčinych stesků, že ji to stejně nejspíš bolet nepřestane.

HODNOCENÍ:

Na našem oddělení nepracujeme s vizuálními škálami pro hodnocení bolesti. V indikovaných případech používáme slovní hodnocení pacienta a pozorování (úlevové polohy, mimika...).

V 10.10. hod hodnotila pacientka bolest jako nesnesitelnou. Léčený efekt se nedostavil ani po druhém podání analgetické ordinace. Pacientka si i nadále v 17.15 hod. stěžovala na nesnesitelnou bolest.

I přes veškerou snahu bránit dalšímu zhoršování bolesti opakovaným jítřením zhmožděnin, jsem tomu nedokázala zcela zabránit, proto nešlo ani objektivně zhodnotit účinek analgetického lokálního ošetření.

Protože pacientka hodnotila slovně bolest jako nesnesitelnou jen v odpovědi na přímou otázku, je vzhledem k věku, nezralosti a celkovému špatnému fyzickému i psychickému stavu pacientky sporné, zda byla bolest opravdu nesnesitelná. Pacientka bolestivě grimasovala, když se uhodila, ale spontánně o bolesti mluvila jen v této přímé souvislosti.

Nežádoucí projevy analgetické medikace perorální i lokální (nevolnost, zvracení, pálení žáhy, průjem, zácpa, lokálně zarudnutí, svědění) nebyly rozpoznány.

3.5.3.2 NEDOSTATEČNÁ SEBEPÉČE V OBLASTI HYGIENY Z DŮVODU MASIVNÍCH PROJEVŮ TS

CÍL:

- pacientka provede celkovou hygienu s dopomocí sestry

INTERVENCE:

- zajistit soukromí v koupelně

- zajistit protiskluzovost podlahy ve sprchovém koutě
- zajistit si pomoc minimálně jednoho člena ošetřujícího týmu
- zajistit si vhodné pomůcky k pacientčině hygienické péči a následnému ošetření hematomů.

REALIZACE:

Do sprchového koutu jsem položila na podlahu látkovou podložku, aby se pacientce nesmekla noha po mokrých dlaždicích a postavila jsem na ni sprchovací židli. Připravila jsem si pacientčin sprchový gel, šampon, žínku, ručník mýdlo a pomůcky k následnému ošetření tak, že jsem vše měla na dosah ruky.

Spolu s kolegyní jsme pacientce sundaly obvazy z končetin, vysvlékly jsme ji. Kolegyně byla připravena dívku zachytit v případě hrozícího pádu a během sprchování se snažila pacientce zabránit úderům do zdi a jiným sebedestruktivním tikům. Já jsem pacientce pomáhala provádět samotnou hygienickou péči. Podávala jsem jí pomůcky a umyla jsem ji špatně dostupné části těla.

S kolegyní jsme pomohly dívce se osušit, namazaly jsme jí zhmožděninou mastí Heparoid a opět jsme jí obvinuly predilekční místa nárazů (klouby na rukách, lokty, paty) elastickým obinadlem. Obvaz jsme proložily vatou pro změkčení. Dívce jsme dopomohly s obléknutím se. Vždy jedna sestra ošetřovala nebo dívka pomáhala a druhá sestra se snažila minimalizovat rizika pádu a motorických tiků.

Ústní dutinu, hlavně dásně a zuby jsme důkladně oťřely tyčinkami Pagavit, protože použití zubní kartáčky dívka odmítala. Měla strach, že štětiny zubní kartáčky jsou příliš ostré a pasta na zuby by ji mohla pálit na namáhaných sliznicích.

HODNOCENÍ:

Pro celkovou hygienickou péči jsem zvolila čas 13.30. Pacientka již byla hodinu po obědě a nejevila známky ospalosti a únavy po polední medikaci. Již v předešlých dnech se tato denní doba osvědčila jako vhodná pro pacientku.

Pacientka nám děkovala a říkala, jak moc se cítí po umytí celého těla osvěženě. Byla ráda, že nebude cítit potem během návštěvy rodičů, na kterou se těšila i se jí zároveň obávala.

3.5.3.3 RIZIKO DEHYDRATACE Z DŮVODU NADMĚRNÉHO POCENÍ PŘI FYZICKÉ ZÁTĚŽI A Z NADMĚRNÉHO VOKALIZOVÁNÍ

CÍL:

- pacientka vypije minimálně 3 l tekutin za 24 hod

INTERVENCE:

- zajistit dostatek vhodných tekutin (minerálky, čaj, ředěné ovocné šťávy)
- podávat pacientce tekutiny zhruba každých 30 minut, při bdělém stavu pacientky
- vysvětlit pacientce důležitost pitného režimu
- zvlhčovat pacientce ústní dutinu a rty (boraxglycerin)

REALIZACE:

Dívce jsem vysvětlila, proč musí často pít a že jako doplnění minerálů při pocení jsou vhodné minerálky. Nabádala jsem ji k malým douškům jako prevenci zalknutí. Tekutiny měla pacientka nalité v cyklistické láhvi o objemu 0,5 l.

Po vypití láhve jsem příjem tekutin zaznamenala do listu bilance tekutin a opět jsem pacientce lahev naplnila. Během dne jsem pacientku zhruba v půlhodinových intervalech upozorňovala na nutnost se napít a kontrolovala jsem, zda opravdu pije. Podle potřeby jsem pacientce ošetřovala rty a ústní dutinu boraxglycerinovými tyčinkami.

HODNOCENÍ:

Pacientka vypila v rozmezí 7.00 – 19.00 2,5 litru tekutin. Neuváděla pocit žízně, jen sucho v ústech, které dočasně ustupovalo po ošetření boraxglycerinem. Pila ochotně, uvědomovala si, že když se hodně potí, musí tekutiny doplňovat. Kožní turgor byl v normě, kožní řasa se rovnala ihned po jejím puštění.

Výdej tekutin jsem zaznamenávala jen počtem vymočení se, nikoliv objemem. Nebylo nutné pacientku stresovat pokusy o močení do podložní mísy.

3.5.3.4 PORUCHA SPÁNKU Z DŮVODU PSYCHOMOTORICKÉHO NEKLIDU A MASIVNÍ TIKOVÉ PRODUKCE

CÍL:

- pacientka bude spát alespoň 5 hodin v noci
- pacientka se bude cítit po spánku odpočinuta

INTERVENCE:

- připravit pacientce vhodné místo na spaní
- dbát na čistotu lůžkovin, převlékat dle potřeby
- před uložením pacientky do lůžka důkladně vyvětrat
- dohlédnout, aby se pacientka před uložením do lůžka napila a vyprázdnila si močový měchýř
- podat pacientce včas večerní medikaci
- zjistit uspávací rituály (oblíbená plyšová hračka...) a zhodnotit jejich vhodnost a možnost realizace

REALIZACE:

Před uložením pacientky do lůžka jsem důkladně místnost vyvětrala a lůžko čistě povlékla. Pacientka se vymočila a po domluvě s lékařem spolkla a zapila perorální večerní medikaci o hodinu dříve než obvykle (18.00), protože se cítila velmi unavena a chtěla se pokusit usnout.

Při pokusu o spánek dívka ležela na standartní válendě, jako lehávala před zhoršením projevů TS. Válendu jsme již dříve umístily do rohu dětské herny, která pacientce v tomto nelehkém období sloužila jako náhradní pokoj. Herna byla zvolena proto, že se v ní nachází na zdi koberec nalepený na měkkých deskách. Tato „obří nástěnka“ standardně slouží k prezentaci dětských výrobků. Teď posloužila jako změkčená zeď u pacientčina lůžka.

Já jsem si lehla do lůžka k dívce. Svou ruku a nohu jsem položila přes přikryté tělo dívky a vyprávěla jsem jí pohádky a jiné příběhy, dokud neusnula (40 min). Dívka mi při hovoru během dne sdělila, že má ráda před spaním pohádky. O způsobu uložení a bránění v tikových projevech jsem se již dříve

s pacientkou domluvila. Sama to uvítala s tím, že jí to bude příjemnější, než kdybych u jejího lůžka seděla a držela ji ruce za zápěstí apod.

HODNOCENÍ:

Touto nenásilnou formou omezení došlo k dívčinu zklidnění a navození tolik touženého spánku po čtyřiceti minutách. Z počátku to byla problematická situace, dívka prskala, občas uvolnila některou končetinu a praštila do čalouněného obložení na zdi, zdvihala hlavu, pípala, chrochtala, snažila se olíznout pokrývku, ale postupně se zklidnila k občasným záškubům, až usnula. Spánek trval dvě hodiny, dívka se cítila trochu odpočinuta, ale opět se dostavila masivní tiková produkce, která si vyžádala další medikamenty.

3.5.3.5 RIZIKO PÁDU A PORANĚNÍ Z DŮVODU PROJEVŮ TS, Z DŮVODU UŽÍVÁNÍ KLIDNÍCI MEDIKACE PER OS A I. M.

CÍL:

- pacientka neupadne při chůzi, z lůžka, ze židle

INTERVENCE:

- zhodnotit riziko pádu
- zajistit vhodné místo pro sezení i spánek
- nenechávat pacientku bez přímého dozoru (ani ve spánku), nevzdaluj se od pacientky bez vystřídání kolegou
- dopomáhat v sebeobslužných činnostech jako forma zmírnění rizika pádu při těchto úkonech (WC, hygiena, stravování, oblékání...), i když by je pacientka byla schopna sama zvládnout.
- vše provádět po domluvě s pacientkou, na co se ona sama cítí a co vnímá již jako rizikové. Ale zároveň nadměrně nezvyšovat její momentální závislost na druhých.

REALIZACE:

Ohodnotila jsem riziko pádu 3 body. Pacientka byla po celý den pod přímým dohledem V případě potřeby ji ošetřovali dva lidé. Během dne byla

pacientka vyčleněna z kolektivu ostatních dívek, protože je její stav děsil a ani jí nebylo příjemné, když bylo více lidí v její přítomnosti.

Posazovali jsme ji do křesla s madly, ale dlouho sedět nevydržela. Chvilkami jsme si ji posazovali na klín s rukama u těla, aby pacientka ulevila četným zhmožděninám. Během spánku seděla sestra u vhodně umístěného lůžka.

Dopomáhala jsem pacientce v sebeobslužných činnostech v nejnutnějším rozsahu tak, jak to pro ni ještě bylo vyhovující. Vždy jsem se s ní dopředu domluvila, co si myslí, že zvládne sama a co již raději ne. I vyprazdňování pacientky probíhalo pod přímým dozorem. V případě potřeby jsem se snažila úchopy dívky zamezit v sahání si do tělních otvorů.

HODNOCENÍ:

Myslím si, že riziko pádu u této pacientky by mělo být vyšší, ale formulář „Hodnocení rizika pádu“ je plošně použitelný a nelze v něm zaznamenat individualitu projevu TS. Zaškrtnutí možnosti vyžaduje pomoc u schopnosti pohybu a u vyprazdňování je samo o sobě nepravdivé, protože pacientka byla obojího sama schopna, ale za cenu jiných rizik (infekce, poranění). Vzhledem k závažnosti situace jsem toto hodnocení užila.

V den příjmu riziko pádu stanovováno nebylo, protože zdravotní stav pacientky byl uspokojivý, projevy TS jen mírné. Na našem oddělení se riziko pádu standardně nehodnotí.

Obtížněji jsem se s pacientkou domlouvala jen ohledně užití WC. Pacientka se musela vyrovnat s tím, že močí pod přímým dohledem. Bez tohoto opatření si ihned po ukončení vyměšování začala v rámci tiků sahat (hrubě) do tělních otvorů. Při přímém dozoru jsem tomu alespoň částečně stihla zabránit.

K pacientčinu pádu, jako takovému nedošlo. Dívčiny četné zhmožděninny jsou důsledkem intenzivní komplexní motorické tikové produkce.

3.5.3.6 RIZIKO INFEKCE ZPŮSOBENÉ SAHÁNÍM SI RUKAMA DO VŠECH TĚLNÍCH OTVORŮ

CÍL:

- U pacientky budou včas rozpoznány známky infekce

INTERVENCE:

- dohlížet na hygienu pacientky a pomáhat s ní
- dohlížet a pomáhat pacientce při vyprazdňování
- znemožňovat pacientce sahat si do tělních otvorů
- používat vhodné dezinfekční přípravky
- aktivně vyhledávat známky infekce

REALIZACE:

Opakovaně jsem se snažila zamezit pacientce, aby si sahala do tělních otvorů. Bylo-li to nutné, držela jsem ji ruce u těla nebo jsem ji za ruce držela. Největší nutkání měla dívka při používání toalety. Umožnila jsem pacientce časté umytí rukou a aplikovala jsme jí na ně vhodný dezinfekční přípravek. Dohled a pomoc při celkové hygieně je podrobně popsána již dříve. Cíleně jsem zaměřovala pozornost k odhalení známek infekce.

HODNOCENÍ:

Pacientka nejevila žádné známky infekce i přes to, že se nám nepodařilo plně zabránit, aby si dívka do tělních otvorů sahala. Pro její psychiku bylo vhodné, aby některé úkony z oblasti soběstačnosti dělala sama a to i přes riziko zanesení infekce (např. utírání genitálu po vymočení).

3.6 DLOUHODOBÝ PLÁN PÉČE

V dlouhodobém plánu ošetrovatelské péče o tuto pacientku je důležité zaměřit se kromě výše uvedených ošetrovatelských problémů, také na riziko malnutrice. Pacientka již zhubla o 5 kg. BMI při příjmu bylo 22,6. Nyní kleslo na hodnotu 20,5. I přes svůj závažný zdravotní stav je schopna přijímat stravu ústy. Sní menší porce než dříve, nemá potřebu jíst pochutiny.

Vzhledem k masivním komplexním motorickým tikům má pacientka i zvýšený energetický výdej. Pokud nedojde k zlepšení jejího zdravotního stavu je

např. možno zařadit do jejího stravování nutridrinky. Vhodná je i konzultace s nutričním specialistou.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA - RIZIKO MALNUTRICE

CÍL:

- BMI pacientky bude mít hodnotu 22 (do měsíce)

INTERVENCE:

- dohlížet na pacientčin perorální příjem potravy
- kontrola množství sněženého
- po domluvě s rodiči nabízet pochutiny, které má pacientka ráda
- zařadit do stravy nutridrinky dle ordinace lékaře
- kontaktovat nutričního specialistu a dále jednat dle jeho doporučení

3.7 HODNOCENÍ PSYCHICKÉHO STAVU NEMOCNÉHO

Na počátku hospitalizace (zhruba 14 dní) byla dívka ostražitá, vztahovačná k ostatním pacientkám. Měla pocit, že ji neustále pozorují, stýskalo se jí po rodičích, někdy byla plačtivá. V průběhu prvního měsíce si na oddělení a na jeho chod zvykla, byla usměvavá, zpěvovala si. Vyloženě dobrou náladu měla po procházkách na místní statek. Během postupného snižování původní medikace, v první polovině druhého měsíce se začal její psychický stav zhoršovat.

Její tiky byly společensky nepřijatelné a proto byla separována od dětského kolektivu. Byla ráda, že ji ostatní v tomto stavu vidí jen minimálně, ale kontakt jen s ošetřujícím personálem pro ni nebyl dostatečný. Návštěvy rodiny byly eliminovány na minimum, protože přítomnost rodičů dívky stav zhoršovala. Byla plačtivá, chtěla domů s tím, že věděla, že je to nereálné. I její rodiče dívčin zdravotní stav nesli těžce.

Jen co se zmírnil projev TS, zlepšila se i dívčina nálada. Začala být opět veselá, začala si kreslit, dokázala se soustředit na jednoduché ruční práce v terapeutické dílně. Opravdu spokojená začala být, když byla schopná dojít bez větších problémů na místní statek a pohladit si koně.

Po většinu doby hospitalizace měla dívka dobrou náladu, ale byla ostražitá a útočná k ostatním dětem, kdykoliv měla pocit, že se jí smějí nebo jí pozorují. Často tak vznikaly konfliktní situace, které dívka vyvolávala i bezdůvodně. Po zmírnění projevů TS syndromu se do popředí dostal dívčin problém ADHD.

Ošetřující personál měl pocit, že některé konflikty vyvolává dívka úmyslně, aby poutala pozornost. Také vokální a motorické tiky se u dívky objevovaly situačně. Při odchodu do školy nemohla odejít pro silné motorické tiky, ale vzápětí si chtěla jít něco vyrábět do terapeutické dílny, že už jí to přešlo. Vokální tiky se objevovaly často během komunity, když bylo dívce něco vytknuto nebo když byla pozornost dlouho zacílena na jiné dítě. Tikové projevy měla stále. Ale jen velmi mírné.

U dívky se během hospitalizace měnil psychický stav podle závažnosti projevu onemocnění. V popisovaný 29. den hospitalizace a v jeho těsné blízkosti byla pacientka smutná, úzkostná, plačtivá. Hodnotila svou situaci jako beznadějnou a nespravedlivou, chvilkami osočovala nepřítomné rodiče, že za to mohou oni. Chvilkami se beznaději poddávala, někdy se snažila bojovat a pozitivně myslet, ale opět sklouzávala k smutným a beznadějným myšlenkám.

Aby nedošlo k dalšímu zhoršování psychického stavu, nebyla dívka omezována z důvodu vlastní bezpečnosti v lůžku za pomoci fyzikálních prostředků (kurty), ale jen držena členy ošetřujícího týmu. Toto bylo pro dívku i pro rodiče nejschůdnější řešení.

3.8 EDUKACE V PRŮBĚHU HOSPITALIZACE

3.8.1 EDUKACE PACIENTKY

Během hospitalizace byla pacientka opakovaně edukována lékařem i ošetřujícím personálem. Na samotném začátku hospitalizace byla dívka edukována ošetřující lékařkou ohledně nežádoucích účinku užívaných psychofarmak a nutnosti razantní úpravy medikace, včetně rizik, problémů a zhoršení tikových projevů při vysazování navyklých léků.

Sestry dívku edukovaly o průbězích vyšetření která absolvovala v rámci hospitalizace (laboratorní odběry, měření fyziologických funkcí, EEG, EKG, RTG, konsiliární vyšetření). Edukovaly ji o průběhu a náplni jednotlivých terapeutických aktivit, kterých se dívka během hospitalizace účastnila. Sestry opakovaně edukovaly pacientku o důležitosti pitného režimu, o vhodnosti minerálních vod při ztrátě tekutin potem. Pacientka byla edukována o nutnosti a průběhu jednotlivých ošetření, která byla dívce v průběhu hospitalizace prováděna.

O průběhu MRI a CT v celkové anestezii byla dívka na našem oddělení edukována jen rámcově. Toto bylo ponecháno na specializované pracoviště, kde vyšetření probíhalo.

3.8.2 EDUKACE RODIČŮ

Při příjmu edukovala otce ošetřující lékařka o tom jaká psychofarmaka bude dívka během hospitalizace užívat a jaké mají možné nežádoucí účinky. Tuto informaci ošetřující lékařka průběžně doplňovala dle dívčiny aktuální medikace. Edukován byl zejména otec, který dívku navštěvoval mnohem častěji než matka.

Otec byl dopředu připravován na pravděpodobné zhoršení dívčina zdravotního stavu, jako reakce na vysazení léku Rivotril. Také byl edukován o průběhu a nutnosti konkrétních vyšetření.

3.8.3 EDUKACE SPOLUPACIENTŮ

Na začátku dívčiny hospitalizace byly edukovány také ostatní děti hospitalizované na našem pavilonu. Spolupacienti byli edukováni o Tourettově syndromu a jeho projevech. Zvláště koprofalie a kopropraxie, jako forma tiků, byla pro ně nepochopitelná. Nejdříve si myslely, že s nimi lékařka žertuje. Když více poznaly projevy onemocnění TS, pochopily závažnost onemocnění a většinou byly k dívce tolerantní.

3.9 SOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA TOURETTOVA SYNDROMU

Touto nemocí netrpí jen dítě či dospělý, kterému byl TS diagnostikován. Trpí prakticky celá rodina. Ambiciózní rodiče i rodiče čistě milující své dítě musí přijmout jeho nemoc se všemi projevy. Jen tak mohou být oporou svému dítěti.

DĚTSTVÍ:

Pro dítě je zpočátku nejdůležitější rodina. To jak se k TS postaví rodiče. Jak brzy je nemoc správně rozpoznána. TS vzniká nejčastěji okolo 6 roku věku. Do té doby je dítě „zdravé“. Tiky jsou často mylně považovány za zlovyky a snaha rodičů jejich dítě odnaučit zlovyku vede jen k zesílení tikové produkce

Děti s TS přitahují nežádoucí pozornost ostatních a nelze každému na setkání vysvětlit...“já nejsem divná, já jsem nemocná!“... Pokud se snaží jedinec tiky potlačovat, vede to jen k nárůstu vnitřního napětí a tiky si svou daň stejně nakonec vyberou. Děti jsou terčem posměchu spolužáků a někdy jsou i šikanovány.

Díky špatnému přístupu pedagogů a jejich neinformovanosti či neochotě přizpůsobit se jedinci jsou tyto děti často zařazovány do zvláštních škol, přestože jejich inteligence je často nadprůměrná.

DOSPĚLOST:

Tourettici často obtížně navazují styky s ostatními lidmi, stydí se za své projevy. Zejména koprofalie a kopropraxie je společensky špatně přijímána. Svým vystupováním budí nežádoucí pozornost. Je pro ně problematické jít třeba do kina, do divadla.

Společnost je o tomto onemocnění jen málo informovaná a lidé nemocní TS se často dobrovolně sociálně izolují, nechtějí chodit do společnosti „normálních“ lidí. Někdy je jejich sociální izolace dovede až k sebevražednému jednání (22).

4 ZÁVĚR

Tourettův syndrom je nevyzpytatelné onemocnění. Je záluďný ve svých projevech a pro dívku na počátku dospívání je zatěžující více než pro dospělé, kteří již se svou nemocí snad umí žít a vědí, co mohou od sebe a od nemoci očekávat. Ale tato mladá dívka, která by pomalu mohla myslet na chlapce a chtít se jim líbit řeší, aby nezachrochtala nebo nevydala jiný nevhodný zvuk, když ji osloví.

Vývoj onemocnění u této pacientky bude také záviset na tom, jak se naučí se svou nemocí žít. Jak se naučí zvládat stresové situace, které projevy TS zhoršují. Musí na sobě pracovat hlavně ve vztahu k vrstevníkům. Vzhledem k pacientčíně přidruženému ADHD není pro ni lehká situace ve škole.

Na tuto dívku, stejně jako na ostatní jednotlivce čelící osudu s diagnózou Tourettův syndrom čeká nejedno závažné životní rozhodnutí. Nejen problémy s vrstevníky ve škole, při výběru povolání, při volbě partnera, rozhodování se pro vlastní děti, ale i jiná sociální dilemata budou neustále útočit na psychiku těchto nemocných lidí. A i když mohou mít velkou rodinu a dobré přátele, s touto nemocí jsou sami.

5 SOUHRN

Tato případová studie popisuje hospitalizaci 12-ti leté dívky s diagnózou Tourettův syndrom. Tourettův syndrom je celoživotní neuropsychiatrické onemocnění. V popředí jeho klinického obrazu jsou mnohočetné motorické a vokální tiky. Tiky se mohou projevovat jako koprofalie, palilalie, echolalie, kopropaxie, poskoky, dřepy, výkřiky, napodobování zvuků zvířat a jiné zvuky či pohyby.

V medicínské části případové studie je popsán Tourettův syndrom, jeho historie, klinický obraz, komorbidita i nejčastější způsoby terapie. Lékařská anamnéza, přítomný stav psychický, provedená vyšetření pacientky, průběh hospitalizace seznamují s konkrétním případem tohoto onemocnění

Ošetrovatelská část nejprve seznamuje s ošetrovatelským procesem a se specifiky práce sester na psychiatrickém oddělení. Dále je zde podrobně popsána ošetrovatelská péče o pacientku v den, kdy byl projev její nemoci opravdu masivní a její zdravotní stav vyžadoval nepřetržitou ošetrovatelskou péči. V ošetrovatelské části nechybí návrh dlouhodobého plánu ošetrovatelské péče, popis edukace pacientky, její rodiny i spolupacientů. Jsou zde uvedena sociální úskalí a možné dopady onemocnění na pacienty trpící diagnózou Tourettův syndrom.

6 POUŽITÉ ZKRATKY

TS – Tourettův syndrom

OCD – Obsedantně-kompulzivní choroba

ADHD - Hyperaktivita s poruchou pozornosti (attention deficit hyperactivity disorder)

TK – tlak krevní

TT – tělesná teplota

P - puls

BMI – body mass index

PRL - prolaktin

JT – jaterní testy

KO – krevní obraz

EEG - elektroencefalograf

EKG – elektrokardiograf

RTG – rentgenová

MRI – magnetická rezonance

CT – computerová tomografie

MNS – maligní neuroleptický syndrom

MAO - monoaminoxidáza

SSRI - selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (selective serotonin reuptake inhibitors)

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] KUSHNER, H. I. *Tourettův syndrom*. 1. vyd. Praha: Triton, 2011. 296 s. ISBN 978-80-7387-471-1.
- [2] RŮŽIČKA, E.; ROTH, J.; KAŇOVSKÝ, P. *Dyskinetické syndromy a onemocnění: Extrapyramidová onemocnění II*. 1. vydání, Praha: Galén, 2002. Tiky a Touretteův syndrom, s. 167-197. ISBN 80-7262-154-8.
- [3] Občanské sdružení ATOS. *co-je-to-ts* [online]. 8.5.2012 [cit. 2012-08-28]. Dostupné z: <http://www.atos-os.cz/index.php/co-je-to-ts>.
- [4] HORT, V. et.al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 496s. ISBN 978-80-7367-404-5.
- [5] FIALA, O., RŮŽIČKA, E. Mezinárodní databáze Touretteova syndromu: zapojení do projektu v České republice. *Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2003, roč. 56/99, č. 6, s. 197-202, ISSN 1802-41
- [6] RŮŽIČKA, E., MALÁ, E., FIALA, O. Touretteův syndrom: klinická diagnóza a léčba. *Postgraduální medicína*. 2003, roč. 5, č. 4, s. 436 – 443. ISSN 1212-4184
- [7] DUDOVÁ, I., HRDLIČKA, M. Hyperkinetické poruchy v dětství. *Postgraduální medicína*. 2003, roč. 5, č. 7, s. 721–726. ISSN 1212-4184
- [8] MKN-10: Mezinárodní klasifikace - 10. Revize. *Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. (Přel. z angl. orig.). 1. vydání Praha: Psychiatrické centrum Praha 1992. 282 s. ISBN 80-85121-37-9.

[9] DRTÍLKOVÁ, I., THEINER, P. Aprimazol v off-label indikaci léčby Tourettova syndromu. *Česká a Slovenská psychiatrie*. 2010, roč. 106 , č.2. s.107-110. ISSN 1212-0383

[10] ROESSNER, V. et.al. European clinical guidelines for Tourette Syndrome and other tic disorders. Part II: pharmacological treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry* [online]. April, 2011, vol.20, no.4 [cit.2012-09-03]. Dostupné z: Academic Search Complete, EBSCOhost. ISSN: 1018-8827

[11] KRÍŽ, J. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. 2. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2004. 127s. ISBN 80-7040-724-7.

[12] DRTÍLKOVÁ, I. Léčba tikových poruch v psychiatrii. *Neurologie pro praxi*. 2002, roč. 3, č.4, s. 193–198. ISSN - 1213-1814.

[13] VERDELLEN, C. et.al. European clinical guidelines for Tourette Syndrome and other tic disorders. Part III: behavioural and psychosocial interventions. *European Child & Adolescent Psychiatry* [online]. April, 2011, vol.20, no.4 [cit.2012-09-25]. Dostupné z: Academic Search Complete, EBSCOhost. ISSN: 1018-8827

[14] SAVICA, R. et.al. Deep Brain Stimulation in Tourette Syndrome: A Description of 3 Patients With Excellent Outcome. *Mayo Clinic Proceedings* [online]. January, 2012, vol.87, no.1 [cit. 2012-09-25]. Dostupné z: Academic Search Complete, EBSCOhost. ISSN: 0025-6196.

[15] REKTOR, I. Léčba onemocnění extrapyramidového systému. *Neurologie pro praxi* [online]. 2009, ročník 10, číslo 6 [cit.2012-09-25]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2009/03/03.pdf>. ISSN: 1803-5280.

- [16] HOSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrické vyšetření: Psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Tigis, spol. s. r. o., 2004. 884 s. ISBN 80-900130-7-4.
- [17] MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z. *Krizové situace v rodině očima dítěte*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2002. 128 s. ISBN 80-247-0332-7
- [18] MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. et. al. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6
- [19] STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 3: Jak zavádět ošetrovatelský process do praxe*. dotisk. Brno: IDVPZ v Brně, 2003. 49 s. ISBN 80-7013-282-5
- [20] Ministerstvo zdravotnictví České Republiky. *pracovníci-ve-zdravotnictvi_1792_11.html* [online]. 13.9.2012 [cit. 2013-01-14] Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=55~2F2011&rpp=15#seznam>
- [21] TRACHTOVÁ, E., FOJTOVÁ, G., MASTILIAKOVÁ, D. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8
- [22] Občanské sdružení ATOS. *brozura_TS* [online]. 22.7.2012 [cit. 2013-01-03]. Dostupné z: http://www.atos-os.cz/files/01_zakladni_info/brozura_TS.pdf.

8 SEZNAM PŘÍLOH

- 1) Souhlas s poskytnutím ošetrovatelské dokumentace pro potreby bakalářské práce
- 2) Anamnéza při přijetí
- 3) Anamnéza 29. den hospitalizace
- 4) Plán ošetrovatelské péče 29. den hospitalizace
- 5) Příjem výdej tekutin 29. den hospitalizace
- 6) Formulář riziko pádu 29. den hospitalizace

Příloha č.1



Psychiatrická léčebna Bohnice

státní příspěvková organizace
Ústavní 91, 181 02 Praha 8
IČO 00064220, DIČ CZ00064220
Bank spojení KB č.ú. 16434081/0100
www.pbohnice.cz e-mail:

Martina Košťřová
studentka 3lf Karlovy univerzity v Praze,
III ročník, všeobecná sestra,
kombinovaná forma.

Váš dopis zn.	Naše zn.	Vyřizuje/telefon	Praha dne
	Ř-407/12	Černá/28401620	12.10.2012

Udělení souhlasu

Tímto uděluji souhlas pí. Martině Košťřové s použitím zdravotnické dokumentace pacientky T.V. s diagnózou tourettův syndrom pro potřeby bakalářské práce.

MUDr. Martin Holý
ředitel PL Bohnice

Psychiatrická léčebna Bohnice
Ústavní 91
181 02 Praha 8 - Bohnice

Ošetřovatelská anamnéza

Oddělení : DĚTSKÁ A DOROSTOVÁ PSYCHIATRIE Pav. 28 p.č.
 Datum a čas odběru anamnézy : 8.10.2009 - 11.10.2009

Jméno (iniciály) : T.V. Pohlaví : ŽENA Věk : 12 LET

Datum přijetí : 8.10.2009 Datum propuštění : 26.2.2010

Stav : SVOBODNÁ Povolání : ŽÁKYNĚ ZJ

Rodina informována : ano ne

Diagnóza při přijetí (základní) : TOURETTŮV SYNDROM

Chronická onemocnění : ALERGIE

Infekční onemocnění : NE ANO

Režimová opatření : 2 DNY NA ODDELENÍ PAK PROCHÁZKY S PERSONÁLEM

Léčba:

Operační výkon : / Pooperační den : /

Farmakoterapie : ZOCOFIT 50mg 1-0-0
RISPERIDON 2mg 1-0-1
ABUFI 10mg 1-0-1
RIVOTRIL 2,5mg sst. 13-0-13
FLIXONASE VODNÝ SPREJ 1 vstrik ráno
MEKLID, NEPI - PROTHAZIN 2,5mg 1tk 3x d

Jiné léčebné metody : RELAXACE, NÁCVIK SOCIÁLNÍCH DOVEDNOSTÍ

Má nemocný informace o nemoci : ano ne částečně

Alergie : ano ne jaké : PYL, TRÁVA, KOZÍČÍ SRST, JAHODY

Fyziologické funkce : P : 78' TK : 110/80 D : / SpO2 : / TT : 36,6°C

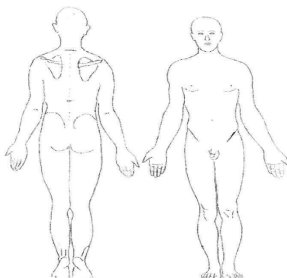
Hmotnost : 53kg Výška : 153cm

1) Vědomí

stav vědomí : při vědomí porucha vědomí bezvědomí GSC :
 Orientovaný Deorientovaný

2) Bolest

bolest : ano akutní chronická
 tupá bodavá křečovitá svalová jiná
 ne
lokalizace :



Intenzita : /---/---/---/---/---/---/---/---/---/---/
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

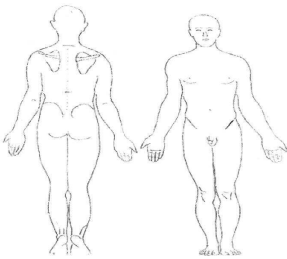
3) Dýchání

potíže s dýcháním : ano ne
dušnost : ano klidová námahová noční
 ne
Kuřák : ano ne Kašel : ano ne

4) Stav kůže

změny na kůži : ano ekzém otoky dekubity jiné
 ne Riziko vzniku dekubitů – Nortonové skóre:.....

lokalizace :



Ošetření rány:.....
.....

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba): Podle zranění na odtoku - nyní pracuji s ošetřovatelskými chorobami - někdy kašel
špatně snášejí zhoršení projevy Touretteho syndromu
Úrazy: ano ne jaké: PHK v 2008 - zlomenina
Prodělaná dětská onemocnění: BDV
Infekční onemocnění: ano ne jaká:

6) Výživa, metabolismus

Dieta: 3 Nutriční skóre: /
Chuť k jídlu: ano ne
Potíže s přijímáním potravy: ano ne jaké:
Jakým druhům potravin dává přednost: ŘÍZEK, ČOKOLÁDA, OVOCNÉ KNEDLÍKY
Užívá doplňky výživy: ano ne jaké: /
Enterální výživa Parenterální výživa
Denní množství tekutin: 1000 - 1100ml Druh tekutin: LIMONÁDA, VODA SE JÍVAVOUČAJ
Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době: ano ne o kolik:
Umělý chrup: ano ne horní dolní
Potíže s chrupem: ano ne

7) Vyprazdňování

problémy s močením: ano pálení řezání retence inkontinence
 ne
problémy se stolicí: ano průjem zácpa inkontinence
 ne
stolice pravidelná: ano ne
poslední stolice: 9.10.2009
Způsob vyprazdňování: podložní mísa/močová láhev
Inkontinenční pomůcky
Toaletní křeslo
Močový katétr počet dní zavedení:
Rektální odvodný systém:
Stomie:
DOJDE NA WC

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim: BEZ OTEZENÍ
Barthel test: /
Riziko pádu: ANO skóre: / NE

Pohyblivost : chodící samostatně chodící s pomocí
 ležící pohyblivý ležící nepohyblivý
 pomůcky jaké :

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku : *9 hodin* hodina usnutí : *21⁰⁰ (večerní)*
poruchy spánku : ano ne jaké :
hypnotika : ano ne
návyky související se spánkem : *VLOŽKU SI PŘED SPANÍM MALUJE PRŮKŘIŽÍ OBRAZKY
KONÍ, MÁ RÁDA POVAŘKY*

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem : ano ne jaké : *POTENCIÁLNĚ ČIT DIOPTRIE NA DÁLKU*
potíže se sluchem : ano ne jaké :
porucha řeči : ano ne jaká :
kompenzační pomůcky : ano ne jaké :

orientace : orientován
 dezorientovaný místem časem osobou

11) Sebepojetí, sebeúcta – hodnocení psychosociálního stavu

je raději : sám v kolektivu
co si myslí o svém zevnějšku a o sobě : *JE ODLIŠNÁ PRO SVOU METODU*
pocit zlosti, vzteku : ano ne
pocit strachu : ano ne z čeho : *Z PROJEKTU SVÉ METODY*
pocit úzkosti : ano ne
jak klient vyjadřuje negativní emoce : *VERBÁLNĚ*
emocionální stav : *ÚZKOSTI Z HOPNACÍ ZACE*
Úroveň komunikace a spolupráce : *DOBŘÍ, ODPOVÍDÁ VĚKU*

12) Role, vztahy

vztah klienta k ostatním lidem : *MÁ UPRÁDANÉ MĚŠKÁNÍ, KDYŽ JI POZORUJÍ*
bydlí doma sám : ano ne
kdo bude o klienta pečovat po propuštění : *RODICE*
kontakt s rodinou : ano ne

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©

13) Reprodukce, sexualita

počet porodů :

počet potratů :

antikoncepce : ano ne jaká :

pravidelnost menstruace : ano ne Klimakterium : ano ne

problémy s prostatou : ano ne jaké :

pohlavní onemocnění : ano ne jaké :

zvláštnosti v sexuálním chování :

14) Stres, zátěžové situace

psychický stav : klidný rozrušený úzkostný depresivní strach

prožívá nějaké napětí : ano ne jaké, z čeho : ? HOSPITALIZACE

způsob odražení : Jít ke komu, kreslit si

kouření : ano ne kolik :

alkohol : ano ne kolik :

drogy : ano ne jaké :

15) Víra

Víra ano ne jaká :

16) Invazivní vstupy

Drény : ano ne jaké : Datum zavedení:

Permanentní močový katétr : ano ne

i.v. vstupy : ano periferní datum zavedení: kde:

Stav :

centrální datum zavedení: kde:

stav :

ne

Sonda : ano ne jaká : datum zavedení :

Stomie : ano ne jaká: stav :

Endotracheální kanyla : ano ne č.ETR : datum zavedení:

Tracheotomie : ano ne č.: od kdy:

Arteriální katétr : ano ne

Epidurální katétr: ano ne

Jiné invazivní vstupy:

1671
Košťáková Martina
všeobecná sestra

Ošetrovatelská anamnéza 28. DEU

Oddělení : DETSKÁ A DOBROTOVA PSYCHIATRIE Pov. 28Př.
 Datum a čas odběru anamnézy : 4.11. 2009.....

Jméno (iniciály) : T.V...... Pohlaví: ŽENA Věk : 12 LET.....

Datum přijetí : 8.10. 2009..... Datum propuštění : 26.2. 2010.....

Stav: SVOBODNÁ..... Povolání: ŽÁKYNĚ ZŠ.....

Rodina informována : ano ne

Diagnóza při přijetí (základní): TOURETTŮV SYNDROM.....

Chronická onemocnění : ALERGIE.....

Infekční onemocnění: NE ANO.....
 Režimová opatření: NA ODDĚLELÍ, STÁLÝ DOHLED.....

Léčba:
 Operační výkon: /.....Pooperační den: /.....
 Farmakoterapie: NA STATISTICKÉM LISTĚ.....

Jiné léčebné metody: PODPŮRNÉ ROZHOVORY.....

Má nemocný informace o nemoci : ano ne částečně

Alergie : ano ne jaké: PKL, TRÁVA, KOČIČI SRST, JAHODY.....

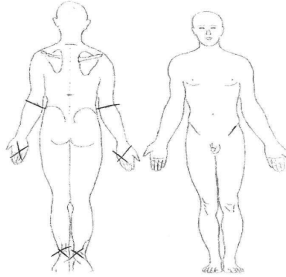
Fyziologické funkce : P : 86 TK : 130/95 D : / SpO2 : / TT : 36,5°C
 Hmotnost : 48 kg Výška : 153 cm

1) Vědomí

stav vědomí : při vědomí porucha vědomí bezvědomí GSC :
 Orientovaný Dezorientovaný

2) Bolest

bolest : ano akutní chronická
 tupá bodavá křečovitá svalová jiná
 ne
lokalizace :



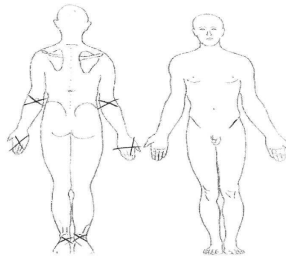
Intenzita : *SLOVNÍ HODNOCENÍ - NESNESITELNÁ*
/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3) Dýchání

potíže s dýcháním : ano ne
dušnost : ano klidová námahová noční
 ne
Kašel : ano ne

4) Stav kůže

změny na kůži : ano ekzém otoky dekubity jiné *ZHNOĚDĚNINY*
 ne Riziko vzniku dekubitů – Nortonové skóre:.....
lokalizace :



Ošetření rány: *HEPAROID crm 2x d ; IBALGIN crm 2x d*

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba).....

AKUTNÍ ZHORŠENÍ TS PROJEVŮ : PROTO NEVMIŤMĀ A NEFOPNOTI
NIC JINĚHO, JE BOLEST ZHMOŽĚMŤ

Úrazy: ano ne jaké: ZLOMENĀ PHK - 2008

Prodělaná dětská onemocnění : BDN

Infekční onemocnění : ano ne jaká :

6) Výživa, metabolismus

Dieta: 3 Nutriční skóre: /

Chuť k jídlu : ano ne

Potíže s přijímáním potravy : ano ne jaké: MĀKĚ PORCE

Jakým druhům potravin dává přednost : NEUTRĀLĀ JĀ

Užívá doplňky výživy : ano ne jaké: /

Enterální výživa Parenterální výživa

Denní množství tekutin : 2000 - 2500 Druh tekutin : VODA, ČAJ, OVOČĀ JĀVA, RĚDĚLĀ

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době : ano ne o kolik : 5 kg

Umělý chrup : ano ne horní dolní

Potíže s chrupem : ano ne

7) Vyprazdňování

problémy s močením : ano pálení řezání retence inkontinence
 ne

problémy se stolicí : ano průjem zácpa inkontinence
 ne

stolice pravidelná : ano ne

poslední stolice : 3. 11. 2009

Způsob vyprazdňování : podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení: /

Rektální odvodný systém: /

Stomie: /

DOJDE NA WC, DOHLĚD

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim : PŘÍHO VĚRŤVĀ ZDRAVOTNĪMU STĀVVĀ

Barthel test: /

Riziko pádu: ANO skóre: 3

NE

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©

- Pohyblivost : chodící samostatně chodící s pomocí
- ležící pohyblivý ležící nepohyblivý
- pomůcky jaké :

9) Spánek, odpočinek

- počet hodin spánku : 2-4 hodina usnutí : RŮZNA
- poruchy spánku : ano ne jaké : NESPAVOST, B. PSYCHOM. NEKLIDU
- hypnotika : ano ne
- návyky související se spánkem : STANDARDNĚ -> MALOVÁMI V LŮŽKY, MOHLI ŽEMÍ OBRÁZKŮ,
POHAĎKY AKTUÁLNĚ ČEČ JEN VYPRÁVĚT DÍVČE POPRAVDKY

10) Vnímání, poznávání

- potíže se zrakem : ano ne jaké : PORENOMIMNĚ OIT OLIOMRIC NA DALIK
- potíže se sluchem : ano ne jaké :
- porucha řeči : ano ne jaká :
- kompensační pomůcky : ano ne jaké :

- orientace : orientován
- dezorientovaný místem časem osobou

11) Sebepojetí, sebeúcta – hodnocení psychosociálního stavu

- je raději : sám v kolektivu
- co si myslí o svém zevnějšku a o sobě : NESNAŠÍ SE
- pocit zlosti, vzteku : ano ne
- pocit strachu : ano ne z čeho : z PROJEVŮ TS
- pocit úzkosti : ano ne
- jak klient vyjadřuje negativní emoce : VERBACIZUJE, KŘÍČÍ, PLÁČE
- emocionální stav : ROZRUŠENÍ, PACTIVITA, LABILITA
- Úroveň komunikace a spolupráce : ZPĚVĚNA PROJEVEM TS, KLAVNĚ
MOTORICKÝM A VOKÁLNÍM TIKET

12) Role, vztahy

- vztah klienta k ostatním lidem : NECHCE MĚNOH UVDĚT
- bydlí doma sám : ano ne
- kdo bude o klienta pečovat po propuštění : RODIČE
- kontakt s rodinou : ano ne

13) Reprodukce, sexualita

počet porodů :

počet potratů :

antikoncepce : ano ne jaká :

pravidelnost menstruace : ano ne Klimakterium : ano ne

problémy s prostatou : ano ne jaké :

pohlavní onemocnění : ano ne jaké :

zvláštnosti v sexuálním chování :

14) Stres, zátěžové situace

psychický stav : klidný rozrušený úzkostný depresivní strach

prožívá nějaké napětí : ano ne jaké, z čeho : *z toho, že mám ho*

způsob odraťování : *puše ale moc nepomáhá* *projevu TS*

kouření : ano ne kolik :

alkohol : ano ne kolik :

drogy : ano ne jaké :

15) Víra

Víra ano ne jaká :

16) Invazivní vstupy

Drény : ano ne jaké : Datum zavedení :

Permanentní močový katétr : ano ne

i.v. vstupy : ano periferní datum zavedení : kde :

Stav :

centrální datum zavedení : kde :

stav :

ne

Sonda : ano ne jaká : datum zavedení :

Stomie : ano ne jaká : stav :

Endotracheální kanyla : ano ne č.ETR : datum zavedení :

Tracheotomie : ano ne č. : od kdy :

Arteriální katétr : ano ne

Epidurální katétr : ano ne

Jiné invazivní vstupy :

Košťárová
všeobecná sestra

Plán ošetrovateľské péče 1)

Jméno a příjmení: T. V.

Datum	Ošetrovateľská diagnóza	Cíl (krátkodobý)	Plán ošetrovateľské péče	Hodnocení	Podpis
4.11.09	Bolest z důvodu zhrubění děložního hrdla z důvodu hormonální nerovnováhy z důvodu onemocnění děložního hrdla	Bolest bude po 24 hodinách hodnocena jako snižovaná	<ul style="list-style-type: none"> • Bránit pacienta v sebepoškozujících projevech • Poskytnout analgetickou medicínu dle indikace • Objasnit proceduru léčby pro změnění životní úrovně • Sledovat účinnost medikace • Zjednotit nežádoucí účinky 	Pacientka i po 24 hodinách medicínskou léčbou bolesti je nesmiřitelná	Košťová Martina Všeobecná sestra 16/11/09
4.11.09	2) Nedostatečná sebekáseň k odstranění hygieny z důvodu hormonálních projevů TS	Pacientka provede celkové vyčištění s dovozními dýrkami	<ul style="list-style-type: none"> • Zajistit rovnováhu hormonální soustavy • Zajistit pravidelnou zotavu v období ve svlačce • Zajistit správnou hygienu • Zajistit cílenou ošetrovatelskou péči • Zajistit siřičkové pomůcky k posílení hygienické péče • Sledovat změny v životě 	Pacientka zvládla, že k ústí vyšetření byla provedena, že nebyla cítit ústerní ošetření	Košťová Martina Všeobecná sestra 16/11/09

Plán ošetrovatelské péče 2)

Jméno a příjmení: T. V.

Datum	Ošetrovatelská diagnóza	Cíl (krátkodobý)	Plán ošetrovatelské péče	Hodnocení	Podpis
4.11.09	3) Riziko delirů a zadržování moči při fyzické zátěži a z nechráněného pohodlím	Pacientka bude minimálně 3 l. tekutin za 24 hod. Pacientka bude spát alespoň 5 h. v noci Pacientka se bude cítit po srovnání s lékařem	<ul style="list-style-type: none"> zajistit dostatek tekutin (ca. 700-1500-2500 ml) podávat pacientku tekutin z hubičkou každých 30 min. když není vyžadováno ušetřit p. obzvlášť v kritické situaci zvolit vhodnou polohu pacientky zajistit dostatek vnitřní čistoty zvolit vhodnou polohu pacientky zvolit vhodnou polohu pacientky 	Pacientka byla minimálně 700-1500-2500 ml tekutin z hubičkou každých 30 min. když není vyžadováno	Košťová Martina lékařská sestra (GT)
5.11.09	4) Porucha spánku a delirů psychomotorické nebo neběžné a močnické příznaky	Pacientka bude spát alespoň 5 h. v noci Pacientka se bude cítit po srovnání s lékařem	<ul style="list-style-type: none"> zajistit vhodné místo na spánek obsadit na útrobě lékárny podávat léky včas zvolit vhodnou polohu pacientky zvolit vhodnou polohu pacientky zvolit vhodnou polohu pacientky 	Pacientka byla minimálně 700-1500-2500 ml tekutin z hubičkou každých 30 min. když není vyžadováno	Košťová Martina lékařská sestra (GT)

Plán ošetrovateľské péče 3)

Jméno a příjmení: T. U.

Datum	Ošetrovateľská diagnóza	Cíl (krátkodobý)	Plán ošetrovateľské péče	Hodnocení	Podpis
4.11.09	5) Riziko pádu a poranění z důvodu porušení TS z důvodu užšího vidění medicína (vzr. os. a i. m.)	<ul style="list-style-type: none"> Pacientka neupadne při chůzi z lůžka, z židle 	<ul style="list-style-type: none"> Zložitá riziko pádu zajištění vhodného prostředí pro správné vidění přímý dozor 24 hod. deponovat v selských státech by jí kontrolovat, zda si nepouští řídit prostředí po domluvě s pacientkou, co ona potřebuje jako riziko, ale nezvyšovat množství závažnosti 	Riziko pádu jím zložitá je 3.09. K tomu pacient by nechtěl, ale povolen má být z hodnocení, jak důležitá int. komplexní filosofie U.	Košťová Martina 16.11
4.11.09	6) Riziko imobility způsobené poraněním rukou a do všech tělních otvorů	<ul style="list-style-type: none"> Upravení beder všech možných zranění imobility 	<ul style="list-style-type: none"> Chůze a ponosit při ponosit by chůze a ponosit pacientka na WC zmenšovat povolení pachů do tělních otvorů ponosit vločky desinfekční prostředky vlastní by zmenšovat imobility 	Povolení někdy mož- ponosit zmenšovat imobility pachů zmenšovat pachů desinfekčních prostředků otvorů	Košťová Martina 16.11

Příloha č.5

Jméno a příjmení: T. V.

PŘÍJEM TEKUTIN			VÝDEJ TEKUTIN		
Datum:		Celkem:	Datum:		Celkem:
4.11.09	7 ⁰⁰ - 9 ³⁰ 500 ml čai	500	4.11.09	Počet nocí na WC	
7 ⁰⁰ - 13 ⁰⁰	9 ³⁰ - 11 ²⁰ 500 mlředění oceništěna	500		7 ¹⁰	
	11 ²⁰ - 13 ⁵⁰ 500 ml mineral. 1ca	500		10 ²⁰	
	13 ⁵⁰ - 16 ²⁰ 500 ml čai	500		13 ⁴⁰	
	16 ²⁰ - 18 ¹⁰ 500 ml mineralu	500		16 ⁰⁰	
		2500		18 ⁰⁰	5+
		Košťlová Mária všeobecná sestra			Košťlová Mária všeobecná sestra

HODNOCENÍ RIZIKA PÁDU

PACIENT T.V. ROČNÍK 1997 DATUM 5.11.2009

HODNOCENÝ ASPEKT	POPIS	BODOVACÍ SKÓRE
POHYB	NEOMEZENÝ	0
	POUŽÍVÁ POMŮCKY	2
	PTŘEBUJE POMOC K POHYBU	1
	NECHOPEN PŘESUNU	1
VYPRAZDŇOVÁNÍ	NEVYŽADUJE POMOC	0
	NYKTURIE / INKONTINENCE	1
	VYŽADUJE POMOC	1
MEDIKACE	NEUŽÍVÁ RIZIKOVÉ LÉKY	0
	UŽÍVÁ NÁSLEDUJÍCÍ LÉKY: DIURETIKA, ANTIEPILEPTIKA, ANTIPARKINSONIKA, ANTIHYPERTENZIVA, PSYCHOTROPNÍ LÉTKY, BENZODIAZEPINY	1
SMYSLOVÉ PORUCHY	ŽÁDNÉ	0
	VIZUÁLNÍ, SMYSLOVÝ DEFICIT	1
MENTÁLNÍ STATUS	ORIENTOván	0
	OBČASNÁ NOČNÍ DESORIENTACE	1
	DŘÍVĚJŠÍ DESORIENTACE / DEMENCE	1
VĚK	18 - 75 LET	0
	NAD 75 LET	1
PÁD V ANAMNÉZE	NE	0
	ANO	1

HODNOCENÍ STUPNĚ RIZIKA PÁDU		
SKÓRE 3 A VYŠŠÍ	PACIENT JE OHROŽEN RIZIKEM PÁDU	36 Koštičová Martina všeobecná sestra 1671

ZDROJ: INTERNETOVÉ STRÁNKY WWW.VNLXF.CZ