



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Ústav zdravotnických studií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Obsedantně kompulzivní porucha
jako úskalí životních etap

Technická univerzita v Liberci

Ústav zdravotnických studií

Studijní program: B 5341 Ošetrovatelství

Studijní obor: 5341R009 Všeobecná sestra

Obsedantně-kompulzivní porucha jako úskalí životních etap

The obsessive- compulsive disorder as the pitfalls of life stages

Jana Sandholcová

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií

Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana Sandholcová**
Osobní číslo: **Z10000104**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Obsedantně-kompulzivní porucha jako úskalí životních etap**
Zadávající katedra: **Ústav zdravotnických studií**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl výzkumu:

- 1) Zjistit znalosti a informovanost všeobecných sester o obsedantně-kompulzivních poruchách
- 2) Zjistit, zda se při svých odborných zkušenostech v praxi již potkali s pacientem/klientem s tímto onemocněním
- 3) Zjistit zájem všeobecných sester o znalost a specifika při komunikaci s tímto pacientem/klientem.

Teoretická východiska:

Obsedantně-kompulzivní porucha je dle dostupné literatury a výzkumných podkladů druhé nejčastěji se vyskytující chronické, psychiatrické onemocnění po depresi. Charakteristické rysy tohoto onemocnění jsou obsesivní myšlení a kompulzivní jednání. Obsese jsou nutkavé myšlenky, bývají to velmi často i druhy představ, co vedou ke stresujícímu jednání. Kompulze je neodbytné jednání jedince, které se opakuje v podobě nutkavých rituálů. Daný jedinec pak na své okolí mnohdy může působit dojmem nesmyslného projevu chování.

Výzkumné předpoklady:

- 1) Je pravděpodobnější, že všeobecné sestry z interních oborů mají více zkušeností, než všeobecné sestry z chirurgických oborů.
- 2) Předpokládám, že pravděpodobnost setkání všeobecných sester s takovýmto druhem onemocnění se zvyšuje s počtem aktivně odsloužených let na daných lůžkách interních a chirurgických odděleních.
- 3) Předpokládám, že všeobecné sestry jak z interních tak i chirurgických lůžek nemají dostatečné informace o specifice tohoto onemocnění.
- 4) Předpokládám, že všeobecné sestry z důvodu nedostatečných znalostí neví jak správně komunikovat s pacientem/klientem s tím druhem onemocnění.

Metoda: kvantitativní

Technika : dotazník - Dotazník- individuální osobně předávaný, hromadný

Místo výzkumu: Pracoviště interních a chirurgických oborů, KNL a.s., únor-březen 2013, srpen - září 2013

Vzorek: Budou tvořit sestry ve všech směnách na interních a chirurgických oborech KNL a.s. (minimálně velikost 50)

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

50 - 70 stran

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

viz příloha

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Jolana Strnadová

Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce:

31. března 2012

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. června 2014

prof. Dr. Ing. Zdeněk Kůs
rektor




Mgr. Marie Froňková
pověřena vedením ústavu

V Liberci dne 4. listopadu 2013

Příloha zadání bakalářské práce

Seznam odborné literatury:

- KŘÍŽ, Josef. Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zemědělská fakulta, 2000, 155 s. ISBN 80-704-0386-1.
- MALÁ, EVA. Obsedantně kompulzivní poruchy v dětství a adolescenci. Česká a slovenská psychiatrie / Česká lékařská společnost J.E. Purkyně. 1996, roč. 92, c. 5, s. 303-311. ISSN 1212-0383.
- MAREŠ, Jiří a Eva VACHKOVÁ. Pacientovo pojetí nemoci III. Brno: MSD, 2011, 122 s. ISBN 978-807-3921-910.
- NEENAN, Michael a Windy DRYDEN. Kognitivní terapie: stručný přehled. Vyd. 1. Editor Jiří Raboch. Praha: Portál, 2008, 109 s. Stručný přehled. ISBN 978-807-3673-727.
- PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. Obsedantně-kompulzivní porucha a jak ji zvládat. 1. vyd. Praha: Galén, c2008, 69 s. ISBN 978-80-7262-531-4.
- PRAŠKO, Ján. Jak obsese a kompulze překonat a zastavit: příručka pro pacienty a jejich rodiny. Praha: Maxdorf, c2010, 55 s. ISBN 978-80-7345-228-5.
- PRAŠKO, Ján. Postupy v léčbě psychických poruch: algoritmy České neuropsychofarmakologické společnosti. 2., rev. vyd. Editor Dagmar Seifertová. Praha: Academia Medica Pragensis v nakl. Medical Tribune CZ, 2008, xxxv, 616 s. ISBN 978-808-6694-078. Praha: Maxdorf, c2010, 55 s. ISBN 80 -86694-07-0.
- PRAŠKO, Ján. Jak zvládnout generalizovanou úzkostnou poruchu. 1. vyd. Praha: Galén, c2009, 84 s. ISBN 978-80-7262-631-1.
- STEKETEE, Gail. Treatment of obsessive compulsive disorder. New York: Guilford Press, c1993, xii, 224 p. ISBN 08-986-2911-X.
- RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. Psychiatrie: minimum pro praxi. Vyd. 4., rozš. Praha: Triton, 2006, 211 s., [8] l. obr. příl. Psyché (Grada). ISBN 80-725-4746-1.
- REKTOROVÁ, Irena. Česká psychiatrie a svět. 1. vyd. Editor Jiří Raboch. Praha: Galén, 2004, xv, 303 s. ISBN 80-726-2273-0.
- REKTOROVÁ, Irena. Kognitivní poruchy a demence. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2007, 190 s. ISBN 978-807-3870-171.
- REKTOROVÁ, Irena. Quo vadis, psychiatria?: [sborník přednášek a abstrakt VII. sjezdu České psychiatrické společnosti s mezinárodní účastí]. 1. vyd. Editor Jiří Raboch. Praha: Galén, 2008, xiv, 243 s. ISBN 978-80-7262-567-3.

Studentka
Jana SANDHOLCOVÁ
Z10000104
Pazderkova 867
460 06 LIBEREC 6

Vyřizuje: Zuzana Janošíková / 485 353 762

V Liberci dne 14. srpna 2013
č.j.: 13/8515/027434-03

Vyjádření k žádosti o ponechání tématu a prodloužení termínu odevzdání bakalářské práce

Vážená studentko,

na základě Vámi předloženého návrhu zadání bakalářské práce ze dne 30. 7. 2013, zaevidované pod č.j.: 13/8515/027434-01, Vám sděluji, že **souhlasím** s předloženým návrhem zadání bakalářské práce „Obsedantně kompulzivní porucha jako úskalí životních etap“ a prodloužením termínu odevzdání bakalářské práce do 30.6.2014.

Nové zadání bakalářské práce je nutné vložit do IS/STAG, podepsat vedoucím práce a odevzdat na studijním oddělení do 20.8.2013.

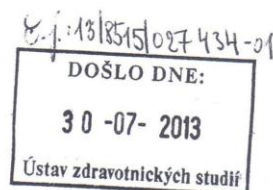
S pozdravem


Mgr. Marie Frónková
pověřena vedením ústavu

Technická univerzita v Liberci
Ústav zdravotnických studií
Studentská 2, 461 17 Liberec 1



ŽÁDOST



Jméno:.....Jana Sandholcová

Ročník: třetí

Osobní číslo:..Z10000104

Datum narození: 24.9.1975

Studijní obor: Všeobecná sestra

Prezenční studium* / Kombinované studium *

Adresa trvalého bydliště: Pazderkova 867, Liberec 6, 46006

Adresa určena pro doručování: Pazderkova 867, Liberec 6, 46006

Číslo telefonu : 607 64 88 24

E – mail: sandol@seznam.cz

Odůvodnění

Žádám o ponechání tématu mé bakalářské práce na téma:

**Obsedantně- kompulzivní porucha jako úskalí životních etap. Prosím o prodloužení k datu
30.6.2014.**

mg. Sandholcová
Jolana

V Liberci 28.7.2013

datum


Jana Sandholcová

podpis studenta

Prohlašuji, že jsem pravdivě vyplnil/a veškeré údaje.

VYJÁDŘENÍ ÚSTAVU

Rozhodnutí ředitele:

12-08-2013

*Guallona, nové vedení z. nutno
stout do STAG, prosím podepsat
vedení a odebrat na*

Rozhodnutí rektora:

Stud. odd - 



Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Datum

Podpis

Poděkování:

Poděkování patří Mgr. Strnadové Jolaně za cenné rady, připomínky a poskytnuté informace k mé bakalářské práci, především však za ochotu a čas, který mi věnovala při společných konzultacích.

Zároveň děkuji za cenné rady při konzultaci Mgr. Froňkové Marii, za její ochotu a přístup.

Za odbornou konzultaci děkuji psychologce našeho oddělení Mgr. Gubové Terézii.

Dále děkuji všem dotázaným za pomoc při získávání údajů potřebných pro výzkumnou část bakalářské práce.

Anotace v českém jazyce

Jméno a příjmení autora: Sandholcová Jana

Instituce: Technická Univerzita v Liberci, Ústav zdravotnických studií

Název práce: Obsedantně – kompulzivní porucha jako úskalí životních etap

Vedoucí práce: Strnadová Jolana, Mgr.

Počet stran: 94

Počet příloh: 2 přílohy a 7 obrázkových

Rok obhajoby: 2014

Souhrn:

Tato bakalářská práce je věnována specifickému psychiatrickému onemocnění, se kterým se mnoho lidí v životě setkává, avšak nevědí, nebo si nejsou jisti, že jde o onemocnění, které neléčí-li se, může vést až k nepochopení a vyčlenění se ze společnosti. Toto onemocnění se dotýká jak dětského věku, přes dospělost, avšak výjimkou nejsou ani lidé senilního věku. V každé životní etapě se objevuje jiná specifická tato nemoci.

Praktická část prezentuje kvantitativní dotazníkové šetření, prováděné mezi chirurgickými a interními stanicemi, které informuje o povědomí všeobecných sester o tomto onemocnění a které poukazuje na to, co se dá zlepšovat v rámci lepší informovanosti a vzdělanosti o tomto specifickém onemocnění radícím se mezi úzkostné stavy.

Klíčová slova: Obsese, kompulze, úzkost, deprese, kognitivně- behaviorální terapie, farmakoterapie, antidepressiva, léčiva SSRI

Anotace v anglickém jazyce

Name and Surname: Sandholcová Jana

Institution: Technická Univerzita v Liberci, Ústav zdravotnických studií

Title: The Obsessive- compulsive disorder as the pitfalls of life stages

Supervisor: Strnadová Jolana, Mgr.

Pages: 94

Appendices: 2 and 7 files

Year: 2014

Summary:

This thesis is devoted to the specific psychiatric disorder, which many people in life encounter with, but they do not know or are not sure that it is a disease that left untreated it can lead to misunderstanding and exclusion from society.

This disease affects both childhood and adulthood, but does not exclude even seniors. At each stage of life there are different specifics of the disease.

The practical part presents a quantitative questionnaire survey conducted among surgical and internal stations about nurses awareness about this disease and that points out what can be improved in order to promote awareness and education about this specific disease classified within anxiety.

Keywords: obsessions, compulses, anxiety, depression, cognitive-behavioral therapy, pharmacotherapy, antidepressants, SSRI drugs

Seznam zkratek

DSM-IV – diagnostický a statistický manuál, 4. verze

KBT - kognitivně- behaviorální terapie

MKN - 10 –manuál nemocí sestavený WHO

OCD - obsedantně-kompulsivní porucha

PANDAS - skupina pediatrických autoimunitních psychiatrických onemocnění

SSRI - označení skupiny antidepresiv, selektivní blokátory zpětného vychytávání serotoninu, 3. generace

TCA - tri-nebo tetracyklická antidepresiva 1. generace

TS - Tourettův syndrom- dědičná neuropsychologická porucha, projevující se nekontrolovatelnými zvukovými, nebo motorickými tiky.

WHO - Světová Zdravotnická Organizace (World Health Organization)

Obsah

1	Úvod.....	16
2	Teoretická část	18
2.1	Rozdílnost v pojetí duševního zdraví a duševní nemoci.....	18
2.2	Duševní nemoc je zatěžujícím faktorem pro člověka	19
2.3	Obsedantní myšlení.....	20
2.4	Kompulsivní jednání	21
2.5	Ruminace.....	22
3	Stigmata duševní nemoci	23
3.1	OCD jako stigmatizace životě.....	23
4	Jednání jedince s obsedantně – kompulsivní poruchou	24
4.1	Co obsedantně – kompulzivní jednání udržuje?	25
5	Aspekty životních etap.....	26
5.1	Obsedantně – kompulzivní jednání u dětí.....	26
5.3	OCD v senilním věku.....	28
6	Péče o jedince s obsedantně- kompulzivní poruchou	31
6.1	Psychoterapeutické návaznosti v léčbě OCD.....	31
6.2	Diagnostika OCD	32
6.2.2	Propojení OCD jednání v medicínských oborech.....	33
6.3	Terapeutické metody	34
6.4	Psychoterapeutické postupy	34
6.4.1	Kognitivně- behaviorální terapie	35
6.5	Léčba obsedantně - kompulzivní poruchy	36
6.6	Farmakoterapie OCD	37
6.6.1	Volba farmaka.....	37
6.6.2	Účinek antidepresiv	37

6.6.3	Nežádoucí účinky antidepresiv	38
6.6.4	Fáze léčby	38
7	Praktická část	39
7.1	Cíle a hypotézy.....	40
7.1.1	Cíle.....	40
7.1.2	Hypotézy	40
8	Metodika a organizace výzkumu	42
9	Výsledky výzkumu a jeho analýza	43
9.1	Analýza dotazníkového šetření	43
9.1.1	Charakteristika respondentů	43
9.1.2	Interpretace získaných dat	44
10	Vyhodnocení hypotéz	61
10.1	Hypotéza č. 1	61
10.2	Hypotéza č. 2	63
10.3	Hypotéza č. 3	67
10.4	Hypotéza č. 4	67
11	Výzkumné studie	72
12	Kazuistiky.....	73
12.1.	Kazuistika č. 1.....	73
12.2.	Kazuistika č. 2.....	74
12.3.	Kazuistika č. 3.....	75
13	Diskuze	77
14	Závěr.....	83
15	Seznam bibliografických citací.....	84
16	Seznam příloh	86
	Příloha 1: Dotazník	86

Příloha 2: Hodnotící škály	86
Seznam obrázků:	86

1 Úvod

Úvod

Psychiatrie je oborem medicínským, který v sobě zahrnuje jak léčení dospělých, tak i léčení dětí a adolescentů, pro seniorskou populaci pak je názvem gerontopsychiatrie a dále v sobě ukrývá podobor psychiatrická adiktologie a psychiatrická sexuologie.

Samostatný obor se zabývá prevencí, diagnostikou, léčbou a výzkumem duševních poruch.

Tento obor navazuje současně i na psychologii a psychoterapii.

Úkolem a cílem je péče o jednotlivce, ale i o společnost. Na tuto péči úzce navazují následně psychiatrické léčebny jako součást rehabilitačního procesu (viz obr. 1).

Psychiatrický obor je systémová péče, která přes ambulantní péči, psychologickou ambulanci, lůžková oddělení a následnou rehabilitační léčebnou péči proniká do sociálních služeb.

Samostatné podobory psychiatrie se nazývají:

Pedopsychiatrie- provádí diagnostiku a komplexní léčbu u dětí a adolescentů biologickými, psychoterapeutickými, socioterapeutickými a rehabilitačními postupy.

Gerontopsychiatrie- komplexní psychiatrická diagnostika, léčba a rehabilitační proces u seniorů s psychickými poruchami. Důraz je kladen především na organické poruchy a poruchy spojené s výskytem onemocnění ve stáří. Zároveň spolupracuje se sociálními složkami, které jsou propojeny s gerontosociální oblastí péče.

Adiktologická oblast- její záměr je vyhledat, podchytit, diagnostikovat a léčit, následně i resocializovat osoby závislé na návykových látkách.

Substituční centra- specializovaná centra poskytující léčbu jedincům závislým na opioidních látkách.

Psychiatrická sexuologie- zabývá se prevencí, diagnostikou, posuzováním, terapií osob se sexuální poruchou myšlení a zároveň ochranným ambulantním léčením.

Psychoterapeutická centra- jde o zařízení, specializovaná na poskytnutí psychoterapeutické péče, bývá spojena i s klinicko-psychologickou pomocí. Pro pracovníky v těchto centrech je podmínkou specializační vzdělání.

Jiná specializovaná ambulantní zařízení- sem jsou zařazena pracoviště, zabývající se specifickou psychiatrickou léčbou, jako je léčba poruch příjmu potravy, spánkové poruchy.

2 Teoretická část

2.1 Rozdílnost v pojetí duševního zdraví a duševní nemoci

„ Rozumět – znamená pomáhat.“

Z. Matějček

Zdraví- dle WHO je stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody (well-being), nikoli jen nepřítomnost nemoci, či vady.

Nemoc- duševní zdraví je provázeno rovnováhou veškerých aspektů života, jak tělesných, sociálních, duchovních i emočních.

Onemocnění ovlivňují osobnost člověka, přináší s sebou řadu nejen fyzických, psychických ale i sociálních změn. Jde o nedílnou součást našeho života. (Mareš, Vachková, 2010, s. 30).

Duševní zdraví- člověk má schopnost přijímat a zpracovávat informace, řeší problémy, myslí logicky, plánuje a zároveň uskutečňuje své plány, podílí se na změnách v životních etapách, zapojuje se aktivně do děje okolo sebe, má možnosti k dobré adaptaci ve svém okolí, je citově vyrovnaný, zvládá dobře své citové napětí a emoce, bohatě je uvolnit, utváří a dodržuje partnerské soužití a vztahy, dokáže se adekvátně přizpůsobit nenadálým situacím a zároveň na ně i včasně reagovat.

Duševní nemoc- stav charakterizovaný přechodnou dysfunkcí minimálně jednoho – intelektu, myšlení a vnímání. Mnozí odborníci a lidé, kteří se specializují na duševní nemoci, charakterizují toto jako problémový stav jedince s normálním emočním, behaviorálním a dobře fungujícím prostředím procesu myšlení. Mnohdy je spojeno s pocitem subjektivní tísně. U nemocného člověka dochází k několika změnám, které souvisí s potřebami. Mění se priorita jejich uspokojování a mnohdy může být odložen vznik potřeby. Změny potřeb jsou různorodé, u každého nemocného jsou individuální, ovlivněné samotnou nemocí a jejím specifickým druhem, fází a také závažností stavu.

Ve skupině modifikovaných potřeb může dojít ke snížení potřeb, ale potřeby mohou být i deformovány, protože se po nemoci nenavrací do původního obsahu. (Bártlová, 1996)

Holčík (2010) upozorňuje, že nejvýraznější determinantou zdraví jsou sami lidé. Lidé umí své zdraví účinně udržovat a podporovat, ale na druhou stranu jej sami ohrožují, či dokonce poškozují.

2.2 Duševní nemoc je zatěžujícím faktorem pro člověka

Když přistupujeme ke člověku jako k pacientovi, tak ho převážně vnímáme jako někoho, kdo má povětšinou somatické potíže. Komplikace nastává v okamžiku, když pacientovo onemocnění se dotýká psychického stavu.

Lékaři z oboru psychiatrie berou spíše symptomy jako druh kvalifikace pro stanovení a upřesnění své diagnózy. Lidé trpící psychiatrickým onemocněním se většinou snaží porozumět situaci, kterou prožívají. S duševní nemocí jsou mnohdy spjaty obavy, strach a mnoho předsudků, které pramení z malé informovanosti veřejnosti. I když dvacáté století zaznamenalo velký pokrok v poznacích pramenících z duševních chorob a v tom, jak aplikovat léčbu, přesto duševní poruchy bývají ještě v dnešní době ve větší míře tabuizovány.

Není tomu tak daleko nazpět naší minulostí, kdy se opomíjela osobní zkušenost lidí, které různým způsobem duševní nemoc poznamenala.

Z výzkumů prováděných Evropskou komisí vyplývá, že duševní onemocnění jsou v současnosti na předních příčkách a kardiovaskulárními a onkologickými nemocemi. Nárůst výskytu duševních nemocí je vysvětlen tím, že se sem zařazuje 14 nových nosologických kategorií, které se objevují jak v dětském, tak i stařeckém věku.

Nejčastějšími duševními poruchami jsou úzkostné poruchy (14 %), nespavost (7%), tzv. velká deprese (6,9 %), somatoformní poruchy (6,3%), závislost na alkoholu a dalších psychoaktivních látkách (více než ve 4 %), porucha pozornosti a hyperkinetická porucha (5%) u mladistvých a ve stáří nejčastější onemocnění demence (1-30%), to závisí na věku. Z toho většina potíží je neléčena vůbec, nebo nesprávně.

(Mareš, Vachková, 2011, str. 54)

Při duševním onemocnění se zhoršuje kvalita života, narušují se rodinné a také zároveň mezilidské vztahy. Člověk s tímto onemocněním se hůře uplatňuje při hledání práce,

klesá kvalita a smysl jeho života, snižuje se mu sebeúcta a zhoršuje se mu sebepojetí, často se velmi špatně se začleňuje do kolektivu a celé společnosti.(viz obr .2)

Přes toto všechno lidí trpících duševní nemocí je dle publikovaných studií daleko více. Někteří jedinci se bojí být pomyslet, nebo se zdráhají vůbec mluvit nahlas o tom, že mají vůbec nějaké psychické potíže. Takže ani následně nevyhledávají pomoc odborníků. Někdy to pramení i z toho, že reakce jejich okolí měla tak negativní podobu, že další pokusy o léčení již nenastaly. Velmi často toto doprovází strach z odmítnutí, pocity ohrožení, ale také strach ze ztráty vnímání sebe sama.

Vždyť již v dřívějších dobách se lidé snažili izolovat od sebe i okolí duševně choré, dělali mezi sebou a jimi ochranný štít, aby se nemohli “nakazit“ ti ostatní, jako by to mohlo postihnout každého.

Foster (2007) uvádí, že docházelo v dávných dobách k izolacím těchto lidí, k jejich umlčení, k předsudkům, které se ještě v této době tak špatně vyvracejí. Až v několika posledních desetiletích se věnuje zvýšená péče a úsilí takto nemocným lidem, jejichž život duševní choroby ovlivňují. I přes veškerou snahu ale předsudky ničí těmto lidem jejich narušený život a nadále nevymizely.

2.3 Obsedantní myšlení

Obsese je nutkavé myšlení, které je nechtěné, vtírá se, nejde odbýt a nelze jednoduše vyhnat z naší mysli. Vnucuje se do vědomí a zjevuje se proti vůli daného jedince. Tyto nutkavé myšlenky může prakticky spustit cokoli, např. někoho ovlivní použití toalety, zakódování uzamčeného domu. U některých jedinců může toto myšlení mít i sexuální podtext, který má charakter nemravných, odpudivých myšlenek. Obsedantní myšlení je automatické, vnímáno jako produkt své vlastní mysli. Nejčastěji ho vyvolává úzkost spojená s tísní a napětím. Tyto pocity nejde potlačit.

Méně než 1/3 postižených onemocněním OCD zažije pouze jednou několikaměsíční epizodu.(Praško, Kopřivová, Raszka, 2007, str. 110).

Jedinec, který má tyto myšlenky, má snahu vyhýbat se situacím, které by je navodily a spustily. Když se tomu nepodaří vyhnout, jsou obsese velmi nepříjemné a nutí člověka

neutralizovat takovéto jednání a snížit tak dočasně pocity úzkosti. Když jim nevyhoví, nastává pak u nemocného úzkost.(viz obr. 3)

Většinou si daný jedinec uvědomuje svoje jednání, ví, že jde o nesmyslné jednání, a vnímá, že jde o chorobný stav. Buďto se je pokouší zahnat jinými myšlenkami, nebo častěji jedná pod jejich vlivem. Pacienti jednají způsobem, který připomíná uzavřený kruh, ve kterém se dotyčný stále pohybuje dokola.

Obsese ve většině přichází jako myšlenky, slova, hesla, domněnky, pochybnosti, obavy, přesvědčení, ale také často jako obrany, představy a impulzy, tzv. spouštěcí momenty, které jsou velmi silné a dotyčný jedinec se proti nim neubrání. Příkladem toho může být např. drobný úraz, podání ruky, nebo i stresová situace.(viz obr.4)

Příznaky obsedantního myšlení:

- Stále se opakující myšlení, které nelze potlačit
- Vnímáme obsese jako něco, co vytvořilo naše myšlení, není to něco, co nás ovlivňuje z vnějšího okolí.
- Následkem takového myšlení je zvýšení úzkosti a ta se snaží být potlačena nějakým rituálním jednáním.
- Obsese se objevují i dále v etapách životního cyklu.

2.4 Kompulsivní jednání

Kompulze jsou dokola prováděné činnosti, nebo myšlenky, které mají zamezit myšlení, které obsahuje katastrofický podtext. Každý člověk nevědomě během životní etapy dojde ke kompulzivnímu jednání, aniž by si to uvědomil. Příkladem toho jsou srovnané ručníky vedle sebe v koupelně. Toto jedinec provádí aktivním jednáním. Nepřipadá si mnohdy příjemně, ale jde o jeho vůli, která vyplývá z naléhavého obsedantního myšlení, nejde o jednání, které by bylo automatické. Obvykle si toto lidé s OCD uvědomují, není jim to příjemné. Zpočátku se člověk kompulzím brání, ale tím, že se dostavují neúspěchy, odpor vůči jednání slábne.

Příznaky kompulzivního jednání:

- Účelné, úmyslné jednání ústící v jednu opakující se činnost
- Stále se opakující myšlení, které nelze potlačit

2.5 Ruminace

Jde o specifickou podobu obsedantně- kompulzivní poruchy. Myšlenka je podobná jako u obsesí o jedné jediné věci, nemá určené hranice.

Porovnáme-li ruminaci s obsedantním myšlením, zjistíme, že ruminace se nevkrádá do myšlení P/K, není jasného a uceleného celku, nemá jednu hlavní myšlenku. Jde o myšlenky, kterým ve většině případu předchází obsese. Příkladem takového jednání může být zamyšlení se: Je Bůh? - to může vést ke kompulzivnímu nutkání, že o tom daný jedinec přemýšlí. V mnoha případech ruminace se jedinci s OCD zabývají tématy náboženskými, metafyzickými, filozofickými. Pro představu je to existence Boha, stvoření světa, co bude po životě... Jsou rušivé, nevítané, způsobují velkou tíseň a trvají déle, jestliže mají násilný nebo protispolečenský charakter. Tak se stane, že daný jedinec může často tyto myšlenky špatně chápat a obávat se možnosti jejich uskutečnění.

3 Stigmata duševní nemoci

3.1 OCD jako stigmatizace životě

Magické rituály a myšlení patří již od dob pravěku k našemu životu a jsou i jeho nedílnou součástí. V některých kulturách přetrvává toto jednání dodnes. Takovéto chování je součástí každého jednání v našem životě, např. většina z nás si drží knoflík, když okolo nás projde kominík. Tento vzorec jednání přebíráme již v dětství a do určité míry přetrvává i v dospělém životě. Každého z nás napadají během našeho života nutkavé myšlenky, většinou nám nepůsobí žádné problémy a nejsou ani neobvyklé. Jestliže však jsou příliš časté a provází je opakované rituály, mohlo by se jednat o OCD. Jejich výrazný nástup však přechází v něco, co nás omezuje a vyvolává v nás úzkostné stavy a vede k životním útrapám daného jedince. Obsesemi a kompulzemi trpělo mnoho známých osobností, např. Charles Darwin, byly i součástí námětů k mnoha dílům (Shakespeare: Lady Macbeth).

Tato porucha byla až do nedávné doby považována za ojediněle se vyskytující onemocnění. Podle nejnovějších výzkumů se vyskytuje u 2-3 % populace. Její výskyt je častější než panická porucha, schizofrenie, nebo poruchy příjmu potravy. Častost onemocnění je přibližně stejná u obou pohlaví, jak u mužů, tak u žen.

Začíná obvykle v mladším školním věku, největší nárůst této poruchy je zaznamenán mezi 18. – 25. rokem života. U 60 % populace jedinců se projevují obsese, nebo kompulze již před 25. rokem. Obsedantní myšlení a kompulzivní jednání se ale také může objevit i v pozdním věku, kdy tuto poruchu spustí nečekaná stresová životní situace a on začne jednat tak, jak dříve nejednal. Na výskyt OCD má vliv i dědičnost, jaká je výchova v rodině, převažují rodiny, kde se klade velký důraz na čistotu, pořádnost a kontrolu.

4 Jednání jedince s obsedantně – kompulsivní poruchou

Každého z nás napadají během našeho života nutkavé myšlenky, které nám většinou nepůsobí žádné problémy a nejsou ani neobvyklé. Jestliže však jsou příliš časté a provází je opakované rituály, mohlo by se jednat o OCD. Když tato porucha není rozpoznána a léčena, komplikuje nakonec nejen životní styl daného jedince, ale narušuje to vztahy i s jeho okolím.

Toto myšlení způsobuje člověku úzkostné pocity, které při neřešení daných situací mohou vyústit až v izolaci daného jedince, ztráty kontaktu s okolím, ale i sám se sebou. Vedou k psychické nepohodě.(viz obr. 5)

Při opakování těchto myšlenek se člověk snaží pomocí nutkavého jednání zmírnit svoji úzkost, avšak těmito rituály se následně dostává do uzavřeného kruhu, které mu v praktickém náhledu znemožňuje běžný život.(viz obr. 6).

Často obsedantní myšlení vyvolává nepřetržitou silnou tenzi, což ještě více posiluje úzkostný stav. Z tohoto stavu se snaží daný jedinec zbavit jednáním, které je volní – např. jedna z nejčastějších obsesí je kontaminace nebo nakažení, vyúští v kompulzi spočívající v neustálém opakovaném mytí rukou, nebo k nadměrnému užívání dezinfekčních prostředků. Člověk pociťuje silné nutkání provést konkrétní věc, kterou uskutečňuje i přes svůj odpor a navzdory tomu, že ví, že jeho jednání a chování je nepřiměřené a postrádá jakýkoli smysl. Obsedantní myšlenky a kompulzivní rituály mohou vzejít z každodenních situací, kterým se jedinec snaží vyhýbat. Úzkost na malou chvíli poleví, ale následně s ještě větší intenzitou se zvýší.

Jedinci trpící OCD prožívají své dny jako vězení, tento stav popisují jako něco, z čeho nelze vystoupit. Narušuje to běžné denní činnosti, které jsou provázeny obrovskou úzkostí. Aby našli alespoň částečnou úlevu, musí denně vykonávat řadu rituálů. Jestliže se toto onemocnění neřeší, můžou tyto stavy nabýt takové závažnosti, že plně pohltí čas a energii nemocného. Společný výskyt OCD a jiných psychických poruch je velmi častý.

Nejčastější komorbidní poruchou je deprese, která se vyskytuje až u 55% OCD.

(Praško, Kopřivová, Razsko, 2007, str. 111)

OCD způsobuje tak velké trápení, že mnohdy jsou tito lidé plně invalidizováni.

4.1 Co obsedantně – kompulzivní jednání udržuje?

Když se u někoho objeví a rozvine obsedantní myšlení a tendence neutralizovat a použít kompulzivní jednání, začne se chovat daný jedinec dle schématu:

- 1) Člověk se vyhýbá některým činnostem a situacím, kde si nemůže ověřit, že jeho mnohdy až katastrofické myšlení se nenaplní. („Když stoupnu na černou dlažební kostku, stane se neštěstí.“ Proto se jedinec vyhýbá černým dlažebními kostkám.)
- 2) Kompulzivní chování a myšlenky začínají být častější, protože přináší pocit krátkodobé úlevy. Avšak následuje hned poté dlouhodobé počinání, které se rozšiřuje a zabírá tak mnohem více času.
(Jedinec si často umývá ruce a následně se obává infekce.)
- 3) Následně nastávají již předem vytvořené obavy, utkvělé myšlenky a představy. („Když sním jádérko z jablka, dostanu ileus“)
- 4) Daný jedinec opakovaně zkoumá okolí, je zvýšeně zaměřený na spouštěče obsesí. (Několikrát si prohlédne jablko, talíř a okolí jablka, aby tam nebylo nikde jádérko.)
- 5) Okolí si všímá kompulzivního jednání a snaží se pomoci. Nastává ovšem to, že člověk trpící obsesí a kompulzí, se bude k tomuto okolí chodit ujišťovat, někdy okolí začne vykonávat činnosti, kterým se daný jedinec snaží vyhýbat.
- 6) Někdy dojde k nepochopení okolí k daným rituálům a nadávají a kritizují chování daného člověka. Ten ze strachu z negativních reakcí odkládá své rituály do doby, kdy ho nikdo neuvidí, a tím zvyšuje svoji úzkost a prováděné rituály mají větší intenzitu a delší trvání.

5 Aspekty životních etap

5.1 Obsedantně – kompulzivní jednání u dětí

Dětská psychiatrie se zabývá péčí o duševní zdraví dítěte. Komplexní péče je poskytována jak dětem, tak i adolescentům trpícím duševní poruchou, ale i dětem, které se ocitly v krizové životní situaci.

Výskyt OCD je u dětí a dorostu ještě vyšší než u dospělých. V období mezi 5 – 15 rokem věku dítěte se projevuje až 30 % tohoto jednání.

Počátek obsese a kompulzivního jednání je již ve vývojovém stádiu dětského věku, když dáváme dítě na nočník. S touto fází vývoje se propojuje i zlost a agrese. V tomto období má dítě predispozice k založení obsese i kompulzivního jednání a jeho pozdějšímu nástupu a rozvoji následných komplikací.

Obsedantní myšlení a kompulzivní chování u dětí se rozvíjí vlivem výchovy a nastolením pravidel udržovaných v jednotlivých rodinách.

OCD je u dětí a adolescentů je spojována s úzkostí, strachem, nepohodou, zvýšenou tenzí, přetrvávají obavy, nutkání a zvýšené, nechtěné jednání. Samotné obsedantní myšlení je přitom zcela zbytečné, skoro v 85 % se ho snaží potlačit, vytěsnit, jsou si plně vědomy neadekvátnosti v daných situacích. To co následuje, tedy kompulzivní jednání, je rituální jednání, kdy se dítě, nebo adolescent vyhýbá daným impulzům, myšlenkám, je to také vztaženo na události a dění okolo něj. Jako následek tohoto se objevuje se neklid, ruminace, anxieta, fobie.

Dalo by se to popsat jako cílené jednání podle určitých pravidel. Takovéto jednání bývá nepřipravené, přehnaně nepřiměřené, mající určitou intenzitu, dobu trvání, danou frekvenci. Nebývá přítomen ani náhled na celou situaci. Přes velký medicínský pokrok, toto jednání i v současnosti bývá u dětí skryté, mnohdy neobjevené. Dítě se cítí jiné, odlišné, nechce se svěřovat, aby neporušilo zaběhnutý koloběh, a tím se vyskytuje v uzavřeném kruhu, ze kterého samo nemůže bez pomoci uniknout. Je spojováno s poporodním traumatem, s infekčními a toxickými vlivy, po úrazech hlavy, určité procento zastoupení tu mají i streptokokové infekce.

Většina dětských pacientů udává, že si jsou vědomi svého absurdního jednání, z toho více jak polovina se s tím snaží vyrovnat, ale ve finální části mají pocity zvýšené tenze a větší úzkosti, nad kterými ztrácí kontrolu a jejich obavy místo toho, aby se zmenšovaly, se zvyšují. Zpočátku mívají jen jednu až dvě myšlenky a s nimi spojené rituály, jak se však zvyšuje jejich obava a úzkost, začnou se prokládat a kombinovat s dalšími a nakonec narůstá jejich zvyšující se počet a udeřuje síla mnohonásobně větší, se kterou si sami nedovedou poradit a která je strhává do tempa, které oni sami již neovládají. Takovým příkladem je dítě, nebo adolescent, který shromažďuje věci, počítá je, modlí se, ze strachu, aby někomu neublížil.

Takovéto myšlení a jednání se již kříží s ruminací, navazují na to mnohdy rituály uspořádání, pořádku a nastává primární obsedantní zpomalenost, která ho vyřazuje z jeho fungování v běžném životě. Trvá mu hodiny a hodiny, než je třeba oblečený, protože tyto rituály provádí již po celý den.

Přibližně 40 % dětí a adolescentů trpí současně tikovou poruchou a byl prokázán i zvýšený výskyt Tourettova syndromu (TS) mezi příbuznými pacientů s OCD prvního stupně. Takto nemocné děti mají více násilných, sexuálních a symetrických obsesí než jen OCD.(Praško, Kopřivová, Razsko,2007, str. 111).

Co se týče špatných životních událostí v rodině, OCD se projevuje do jednoho roku od stresové situace.

Děti a adolescenti trpící touto chorobou jsou velmi nešťastní, hodně nejistí, jsou jako tzv. *malí dospělí*, mají pocity viny, podivné zájmy, jsou perfekcionista, cítí se neschopní.

Již okolo tří let si utváříme určité návyky, rituály, které pak umocňujeme detaily a pravidly, jako je sbírání kamenů, skok přes panáka, říkání říkanek, později se připojují jízdni řády. Jestliže se toto jednání vymyká normálnímu životnímu tempu, postupně se vytratí ze života takového dítěte přátelé, kamarádi, dítě si není schopno najít nové.

OCD se zároveň vykytuje s depresí a to až ve 30 %, ve 12 % s mánií, 35 % s alkoholem, 25% s drogovou závislostí, 12 % se schizofrenií, u 40 % panických a fobických poruch. Další zmínkou jsou školní fobie 35%, sociální fobie 27 %, u agorafobie 13 %, u specifických fobií je to 27 %, u panické poruchy 13 %. Zajímavostí je, že se tato porucha neobjevila u poruch příjmu potravy.(Malá, 1996, s 303-311)

Terapie této poruchy je komplexní, hlavní roli tu má však KBT(kognitivně-behaviorální terapie), kdy je nemocný vystaven obávaným situacím. Důležitou úlohu zde tvoří edukace a vytvoření seznamu obávaných situací, které vyvolávají strach. Podrobné záznamy u školních dětí vedou rodiče, ti se podílejí na terapeutické léčbě. U dětí je mnohem těžší identifikovat spouštěč obsesí a rituálů.

Terapie **farmakologická**, je velice účinná, používají se antidepresiva z řady SSRI. Dětem od 6 let se podává Sertralin v nižší dávce, od 8 let pak se může podat Fluvoxamin , kdy je možno dávku podávat ráno i večer.

Nežádoucí účinky má i podávání antidepresiv, a to velmi často poruchy chování, nesoustředěnost, agresivní projevy, proto můžeme podávat na zklidnění Tiapridal, nebo Rivotril, v dávkách určených pro dětskou populaci.

Jako další léčebnou terapií bývají elektrokonvulze, repetitivní transkraniální magnetická stimulace, která u dětí a adolescentů nepřichází v úvahu.

5.3 OCD v senilním věku

S přibývajícím rokem se mění u člověka nejen fyzické síly, ale i psychosomatika a jedinec vnímá změny ve svém životě mnohdy ne zrovna pozitivním přizpůsobováním a jednáním. Zároveň i on je společností „vnímán“ jinak, mění se jeho společenská role i stav.

Ve stáří postupně dochází ke ztrátám jak v oblastech společenských, rodinných, ale i osobních. Je společností vnímán nejen kvůli navýšení věku, ale ztrátou schopností, dynamikou, a změnami jak fyzickými tak psychickými. Mění se jeho myšlení, hodnotové postoje, čím dál obtížněji vnímá interakci s okolím.

Mnohdy se cítí senioři s narůstajícím věkem odstrkovaní. Přitom každý z těchto lidí má svoji jedinečnou výjimečnost, svoji osobnost. Osobnost se vyvíjí po celý život, v každé etapě životního cyklu. Během celého života nastávají jak evoluční, tak involuční změny, které jsou každým člověkem vnímány jinak.

Současně dochází ke změnám duševním, které nám někdy dokáží vykouzlit úsměv na tváři, jindy vedou k situacím, které jsou zoufalé nejen pro nás, ale hlavně jsou jinak vnímány samotným starým člověkem.

Během životních cyklů jsme nuceni okolnostmi k mnoha změnám. V senilním věku už ale člověk nechce, mnohdy ale ani nemůže nic změnit. Má svá jasná a daná pravidla, ve kterých se vyzná. Nesčetněkrát se snaží přizpůsobit okolí i novým poznatkům, současně si ale žádné změny nepřeje, snaží se vyrovnat se způsobem života, který se mění.

Tato životní etapa je velmi těžká nejen pro organismus, ale hlavně na psychosomatiku každého člověka v seniorském věku. S přibývajícím roky ubývá fyzických sil, nastává větší sociální izolace, zanedbané bydlení, hromadění a přibývání věcí, kterými je pak naplněn celý byt. Důvodem je tomu to, že lidé v tomto věku mají určité životní zkušenosti. Jelikož nechtějí mnohdy změnit životní styl, pokračují ve vyšším věku v tom, co se naučily během života, ovlivňují je zkušenosti a hlavně události, které je nakonec vedou k tomuto jednání.

Hromadění věcí dle profesora Chromého, má přímou souvislost s obsedantním myšlením a následným kompulzivním jednáním a to v 18 – 46%. Ve starším věku to většinou bývají tiskoviny, dopisy, ošacení. Zároveň toto bývá společné s nepořádkem, nepřehledností a tím, že většinu z těchto věcí pak nepoužívají.

Není ojedinělé, že v seniorském věku tomuto jednání předchází něco, co se člověka tak velice dotkne, že to změni jeho pohled na dosavadní jeho jednání. Událostmi mohou být traumatické zážitky, náhlé změny životních situací. Příkladem takového počátku v jednání může pro někoho být odchod do důchodového odpočinku, nebo nečekané úmrtí velmi blízkého člověka, nejčastěji odchod životního partnera. Spouštěčem pro jednání může být jakákoli situace, která je nečekaná, náhlá, neodvratitelná. Reakcí na tuto událost může právě být projevem časného začátku a větší tíže obsedantní poruchy a zároveň vede k větší komorbiditě. Komorbiditou u kompulzivního hromadění můžou být afektivní poruchy, kompulzivně impulzivní nakupování (týká se to nadměrných zásob, převážně potravin), úzkostné poruchy i posttraumatické stresové poruchy, tiky.

Když se u jedince objeví jedna z předchozích událostí, může nastat řetězová reakce vrcholící spouštěním obsesivního myšlení a následného kompulzivního jednání. Jestliže se k tomuto připojí i fakt, že u některých rodinných příslušníků se již obsedantní

chování také objevilo, pak byla prokázána přímá souvislost příslušníků s poruchou. Prokázalo se, že u rodinných příslušníků je to dáno poruchou na chromozomu 14 a rizikovým faktorem je nerozhodnost.

U starší populace seniorů tím, že se zhoršuje psychosomatika, zhoršuje se i současně paměť, takovéto selhání pak lidé v senilním věku berou za událost srovnatelnou s katastrofou, bývá pro ně třídění věcí pak stresující a obtížné.

Léčba takového jednání v senilním věku spočívá ve farmakoterapii a kognitivně behaviorální terapii. Tyto léčby však často bývají komplikovány nezájmem o léčbu.

Farmakoterapie ve stáří je sama o sobě problém, který není dle Kalmacha a Holmerové dosud dobře zvládnutelný. Samotné nežádoucí účinky léků ve stáří se mnohem častěji vyskytují, než u mladšího věku a to hlavně u seniorů se sníženou adaptabilitou, zdatností, minimální tolerance v zátěži. Příkladem může být nesprávně zvolené antidepresivum u seniora, které mu ještě více zhorší vybavování a paměť, prohloubí již tak s vysokým věkem nespavost, může i přivodit efekt zmatenosti.

Farmakoterapie odpovídá současné léčbě obsesí a kompulzí, jsou v ní aplikovány inhibitory zpětného vychytávání serotoninu ve vyšších dávkách. Zároveň se očekává s věkem i pozdní nástup účinku těchto léků.

Kognitivně behaviorální léčba se hlavně zaměřuje u těchto lidí na nácvik motivace, organizace a odstranění tím spojeného zmatku.

6 Péče o jedince s obsedantně- kompulzivní poruchou

6.1 Psychoterapeutické návaznosti v léčbě OCD

Jakmile se jedinec snaží neutralizovat obsedantní myšlení pomocí kompulzivního jednání, vybuduje si schéma, kterého se následně drží:

- 1) Vyhýbavé chování
- 2) Obsedantní myšlení
- 3) Kompulzivní jednání
- 4) Stává se přecitlivělým
- 5) Okolí pozoruje jedince a reaguje na ně buď přehnaným napomáháním dotyčným, nebo ignorováním a následným odmítavým postojem k danému jedinci.

Hierarchii posloupnosti si nemocný lépe zapamatuje, splní-li po sobě jednotlivě jdoucí návaznosti:

1) uvědomit si svoji potíž

- myšlenka vyvolá úzkost, ta vyvolá obsesi a dochází následně k nutkavým rituálům.

Příklad : Zabouchl jsem dveře...Zabouchl jsem je dostatečně? (úzkost) ...Co když se otevrou a někdo tam přijde? (nárůst úzkosti)...Zabouchnu je znovu!(kompulze)

2) poznat svůj problém

- toto je obsedantní myšlenka, taková myšlenka je vtíravá, nastupuje automaticky, často je provázena obavami, strachem, daný jedinec má problém něco učinit, ale zároveň bojuje s tím, že to nechce udělat, nelze to nazvat ani jeho přáním, ani jeho touhou.

Příklad: Zabouchl jsem? Co když ne? Musím to zkontrolovat. Zabouchl jsem?(nejistota)...Ano, přece to vím! ?... Fakt jsem zabouchl?(v této fázi narůstá nejistota, úzkost, panická ataka)

3) umět si odpovědět na danou myšlenku

- zná-li daný jedinec svoji obsesi, a jestliže ji zvládá, měl by si na tuto myšlenku odpovědět.

Příklad: Zabouchl jsem? A co když ne a někdo se ke mně dostane? Nic se nestane, jdu jen do schránky, za 10 minut jsem zpátky.

4) naučené praktické odpovědi aplikovat do praxe a zabránit následným rituálům

- Člověka trpícího obsesemi vystavujeme situacím, které vyvolávají jeho vtíravé myšlení a cíleně, postupně snižujeme úzkost, která je tímto myšlením vyprovokována.

Nejdříve toto použijeme v představách. Jestliže nemocný zvládne tyto situace bez toho, aniž by se stupňovala jeho úzkost, vystaví se skutečným situacím, těm, které ho nejméně zatíží až po velmi zatěžující situace. Při psychoterapii jedince nezatěžují žádné vedlejší účinky, jako u farmakologické léčby. Možný problém s psychoterapeutickou léčbou může vyvstat na počátku léčby. Pro nemocného je mnohdy velmi stresující vůbec začít s terapií, neboť je léta zvyklý, že skrývá před okolím své obtíže.

Je na terapeutovi, aby vysvětlil podstatu celé léčby, přínos i možné komplikace s tím spojené. Nemocný by se měl sám dobrovolně rozhodnout o tom, že chce léčení podstoupit. Na počátku není pro nemocného jednoduché hovořit podrobně a opakovaně o jeho potížích, zapisovat si je. Někdy se může stát, že se pomocí behaviorální terapie zapudí daná obsese, ale může se objevit nová, kterou do té doby nezná.

6.2 Diagnostika OCD

K diagnostice obsesí a kompulzivního jednání je potřeba rozpoznat prvotně a řádně základní příznaky. Mezi tyto příznaky patří nejen obsedantní myšlení a kompulze, ale i úzkosti a vyhyčivé chování. Všechny se vyskytují v různých formách. Pro určení diagnózy je důležité, aby se zjistilo pomocí vhodně formulovaných dotazů, jaké myšlenky a jednání vyvolávají tíseň a narušují člověku denní režim a jeho aktivity, lépe se pak určí způsob taktiky a léčby, při které by terapeut mohl co nejlépe pomoci.

Je nasnadě rozpoznat poruchy takového jednání od jiných psychiatrických onemocnění, jako je bipolární porucha, kde se hlavně v depresivní fázi objevují obsese, nebo kompulze. Také se občas můžou potíže objevit i u další diagnózy, kterou je akutní schizofrenní porucha. Společný výskyt OCD a jiných psychických poruch je velmi

častý. Dle těchto diagnostických kritérií by symptomy OCD měly slučovat tuto charakteristiku:

- 1) Daný jedinec je musí uznávat jako svoji myšlenku
- 2) Po dobu alespoň dvou týdnů jsou po většinu dnů přítomny buď obsese, nebo nutkavé jednání, či obojí.
- 3) Snaží se jim odolávat, musí být alespoň jedna obsese/kompulze, kterým se člověk neúspěšně brání
- 4) Prožívání není samo o sobě příjemné
- 5) vyvolávají obsese, nebo impulze tíseň či narušují sociální, ale i individuální činnost, obvykle ztrátou času.
- 6) Obsedantní myšlení či kompulzivní jednání nejsou důsledkem jiných duševních poruch, jako je např. schizofrenní porucha

6.2.2 Propojení OCD jednání v medicínských oborech

Ti, kteří mají onemocnění OCD, se velmi často léčí nejen u psychiatrů, ale i v oborech velmi úzce souvisejících s psychiatrií.

Nejčastějším oborem je **neurologie**. Další nejčastěji navštěvovanou ordinací je **dermatologie**. Kožním symptomem OCD je velmi často onemocnění dermatitis artefacta, akne excoriee. Výzkumy Demet (2005) uvádí, že pouze u 15 % je diagnostikováno OCD. V dermatologii se často jedinci s tímto onemocněním léčí pro obsese z kontaminace, kompulzivního jednání z nadměrného mytí rukou, ze škrábání kůže(viz. tab 7) .

U **děti** jde o seskupení autoimunitních psychiatrických onemocnění PANDAS(Paediatric Autoimmunne Neuro- psychiatric Disorders Associated with Sterptococcus). Překvapující zjištění této asociace je, že rozvoj OCD nasedá na streptokokovou infekci skupiny A.

Gynekologové se v ordinaci setkávají s příznaky OCD u pacientek těhotných, nebo v šestinedělí. K nejčastějším potížím v tomto oboru patří ruminace i obavy o ublížení dítěti s následnou depresivní fází.

Další z řady potíží spojenou s OCD je nadužívání návykových látek, dochází i k poruchám příjmu potravy, poruchám osobnosti, ale výjimkou v chování není ani kleptomanie.

6.3 Terapeutické metody

Podobně jako u mnoha úzkostných poruch i u této poruchy je potřeba, aby vztah mezi nemocným a lékařem, nebo psychoterapeutem byl otevřený a byly podporovány sympatizující postoje, tzn. zúčastněně naslouchat. K lepšímu porozumění se užívá několik metod na vyznání se v příznacích, tzv. škál.(viz příloha 8)

Zpočátku při prvních návštěvách lidé uvádí, že tzv. panikaří, nebo používají výrazy typu, že jsou ve „stresu“. Nesčetněkrát používají i další frázi, že „mají starosti“. Velmi důležité je zjištění, jaké povahy jsou jejich obtíže, Jestli mají reálný podnět. Jestliže se jedná o vynucenou situaci, je nasnadě si klást otázku: Vznikají tyto myšlenky samy od sebe, nebo přicházejí odněkud zvenku? Když je člověk popisuje jako vlastní, měli bychom dále zjistit, jestli tyto obsese mají také své kompulzivní jednání.

6.4 Psychoterapeutické postupy

Psychoterapie předpokládá, že obsedantní myšlení a kompulzivní jednání jsou příznakem nevědomých, skrytých potíží. Nejčastěji používaná a nejúspěšnější je kognitivní behaviorální terapie.

Ta se používá jako podpůrný systém, i když zabírá farmakoterapeutická léčba. Její účinky jsou srovnatelné s farmakoterapií, rané fázi, po ukončení léčby je její efekt trvalejší. Je prokázáno, že kombinací obou těchto léčebných postupů více jedinců léčbu úspěšně dokončí.

KBT bývá limitována především dostupností, přijatelností pro každého a je i více časově náročná. I když patří k velmi úspěšným metodám, ne každý člověk je schopen jí řádně projít.

Tato terapie se používá i u nemocných, kteří nesnášejí dobře farmakologickou léčbu, nebo u těch, kteří farmaka nechtějí užívat vůbec.

6.4.1 Kognitivně- behaviorální terapie

Tato terapie se zakládá z několika kroků, které jdou v určité posloupnosti za sebou. Její zaměření je na to, co zrovna dělá daný jedinec v daný okamžik, menší důraz pak klade na to, co v minulosti bylo příčinou. V terapii je jedinec vystavován vtíravému myšlení a jak následně se snaží odolávat nutkavému jednání.

Cílem je, aby jedinec mluvil o svých potížích, uvědomil si je a následně je řešil. Sama terapie se tedy nezaměřuje na vyvracování či odstranění obsedantních myšlenek, ale na změnu jejich hodnocení. Předpokladem terapeutických sezení je, že jedinec bude lépe rozumět svým problémům, zlepšit si náhled na své chování a jednání v životě, ale tím zpravidla OCD není ovlivněno. Avšak změní-li své myšlení a jednání, porozumí tak svému náhledu na dané onemocnění, nastane změna i ve vnímání nemoci samotné.

Tato terapie způsobuje příznivé změny u nemocného využitím principů teorie učení. Toto učení je postaveno na předpokladu, že nemocní, kteří trpí obsesemi a kompulzemi, se naučili mít strach v určitých situacích.

Pomoc této terapie u nemocných spočívá v tom, že se odnaučují této formě strachu. Jedinci s pedantním chováním i nutkavým myšlením by měli být podporováni v tom, aby se neuchýlili vyhýbavému jednání, nebo nepoužívali rituály. Jedná se de facto o proces, který je učí tomu, že jejich samotné obavy bývají mnohem větší, než skutečná realita.

Behaviorální terapie bývá používána v běžné lékařské praxi s výrazným úspěchem. Již během několika sezení se dá očekávat zlepšení u daného jedince. Ale měli bychom kvůli tomu, že toto onemocnění je chronické, udržovat pravidelnost terapeutického režimu.

U závažnějších forem zároveň pomůže hlavně v počátcích farmakoterapie, která snižuje úzkost tak, že nemocný cítí být schopni přijmout tuto výzvu.

6.5 Léčba obsedantně - kompulzivní poruchy

V dnešní době je již léčebný postup a samotná léčba této duševní poruchy ve větší míře úspěšná.

Do léčby zahrnujeme:

- 1) Farmakoterapii
- 2) Psychoterapii
- 3) Kombinace obou těchto metod

Postup léčby má možnost jak nabídnout lékař, tak i v dnešní době částečně svoji léčbu rozhoduje sám nemocný. Přitom každý z těchto postupů má své určité přednosti, ale i nevýhody. Může dojít k většímu, ale i menšímu zlepšení, avšak jen do určité fáze, bohužel úplně zvrátit nadobro se tento stav většinou nepodaří. Přesto, že jsou léčitelné, můžeme pouze pozastavit jejich zhoršování, popřípadě alespoň částečně upravit životní styl daného jedince. Úplného vyléčení lze dosáhnout u 1/2 pacientů, u 1/4 velmi omezit potíže, zbylá 1/4 pacientů bude i nadále mít problémy, které je budou velmi omezovat a povedou mnohdy k invaliditě. Přesto ale jejich stav bude nepatrně lepší, než kdyby neměli vůbec žádnou léčbu.

Léčení je dlouhodobé, trvá několik měsíců. Výsledky se nedostavují ihned, ale pozvolna, v řádech několika týdnů. Jisté je, že přerušení léčby, které by nastalo dříve, není vůbec vhodné a to z toho důvodu, že bychom nedosáhli výsledků, které bychom chtěli a které očekáváme. Studie, které se zabývají léčbou obsedantně – kompulzivní poruchy prokazují, že je léčba účinná, trvá - li léčba déle než rok. U většiny medikamentů je potřebné vysoké užívání dávek po dlouhou dobu. Udržovací léčebná dávka dle výzkumů je minimálně rok po výrazném poklesu symptomů. Někteří jedinci však nemají dostatek trpělivosti a medikaci po prvním zlepšení stavu vysadí. Relaps následuje až u 90 % jedinců. Jestliže se dodržuje podávání medikace v daném časovém rozmezí, které určí lékař, pozitivní výsledky se dostaví u 40- 60 % jedinců. U toho, kdo toto dodržuje, plný relaps se objevuje jen velmi vzácně.

6.6 Farmakoterapie OCD

6.6.1 Volba farmaka

Výběr vhodného farmaka, závisí na různých faktorech, převážně ze strany nemocného. Někteří nemocní nesnáší moc dobře farmakokinetické vlastnosti daných látek. Léky používané u obsedantně-kompulzivní poruchy působí na serotoninový systém, který pomáhá 65 – 70 % nemocným. Každé onemocnění u daného jedince není stejné. Odlišuje se, ale i komplikuje. Odlišnosti najdeme v různých věkových obdobích. Je dobré mít více léků, které jsou účinné, abychom měli vhodnou léčbu pro konkrétní případy.(viz obr. 7).

6.6.2 Účinek antidepressiv

Serotonin je jedna z nejvýznamnějších chemických látek pro účinnou funkci mozku. Jde o přenašeče vzruchů a informací (podobně jako př. dopamin, adrenalin). U obsesí a kompulzí dochází k poruše metabolismu serotoninu. Toto je prokázáno studiemi. Antidepressiva postupně zvyšují dostupnost serotoninu a tím pomáhají normalizovat biochemickou rovnováhu mezi neurony v mozku.

V současné době je plně účinných 6 léků při léčbě obsedantního myšlení a kompulzivního jednání. Jde o použití antidepressiv, která můžeme rozdělit dále na dvě podskupiny :

- 1) **TCA** - tricyklické antidepressivum
(edním zástupcem je lék Anafranil)
- 2) **SSRI**- selektivní blokátory zpětného vychytávání serotoninu
(Fevarin, Deprex, Seropram, Seroxat, Zoloft)

Jestliže je důvod k výměně medikace mezi těmito medikamenty, není to tím, že by lékař neměl dostatečné znalosti, ale spíše hledá dostatečný účinek látky v daném léku. Platí, že by na farmakologickou léčbu u obsedantních poruch neměly být použity jiné léky, než již výše zmiňovaná antidepressiva.

6.6.3 Nežádoucí účinky antidepresiv

U **TCA** v prvních dnech někdy i týdnech může dojít k útlumu, pocity zvýšené únavy, motání hlavy, které bývá přechodné, pocity sucha v ústech, P/K může v prvních dnech pociťovat zhoršené vidění, přechodné poruchy trávicího systému, u starších pacientů může nastat v počátku nasazení léčby porucha močení. Z těchto příznaků nenabírají žádné větší závažnosti, většinou potíže trvají pouze přechodnou dobu.

U léků **SSRI** řady nejsou nežádoucí účinky časté a i doba, po kterou potíže trvají, je kratší. U těchto léků se nejčastěji objevuje nervozita, narušený spánek, nechutenství, nauzea, mohou se objevit i bolesti hlavy.

Nástup účinku léku potlačujícího obsedantní myšlení a kompulzivní jednání nabíhá postupně, první známky zlepšení je možné pozorovat již za 4 týdny od zahájení léčby. Doba by měla být dostatečně dlouhá, nejméně jeden rok s následným pozvolným snižováním dávky řádově po měsíci. Vysadí-li se medikace předčasně a rychle, může dojít k nové, i větší intenzitě obnovení nemoci.

6.6.4 Fáze léčby

Farmakologická léčba OCD má 3 fáze:

- 1) **Akutní fáze:** 10-12 týdnů, někdy hledání účinné terapie prodloužit trvání několik měsíců až rok
- 2) **Stabilizační fáze:** pokračování současně s psychoterapií
- 3) **Udržovací fáze:** při chronické OCD, s parciálními remisemi či dalšími rizikovými faktory, pokračujeme s udržovací dávkou léta.

(Rektorová, Kosová, 2008, str. 76)

7 Praktická část

Ve druhé části mé práce, v části praktické, se zabývám výzkumem informovanosti všeobecných zdravotních sester. Můj průzkum se dotýká dvou oborových oblastí, jakými jsou interní a chirurgická oddělení a jejich povědomí o psychiatrickém specifickém onemocnění. Dle dostupné literatury je toto onemocnění považováno za druhé nejčastější, a to bezesporu obsedantní a kompulzivní chování je.

PROZKOUMÁVANÝ PROBLÉM

V této části se zaměřuji na úroveň znalostí a informovanosti všeobecných zdravotních sester, které přijdou do styku s P/K, který má psychické onemocnění, a jestli zvládnou bez větších potíží komunikovat s pacientem, který trpí obsedantními myšlenkami, nebo následným kompulzivním jednáním.

Dále zda i na úrovni profesionální by zvládali s takovýmto P/K dobře spolupracovat a následně komunikovat. Zabývám se otázkou, jestli ve svém profesním praktickém životě již přišly do styku s psychiatrickým pacientem jako takovým. Mají-li povědomí o tom, jak k takovému P/K majícímu toto specifické onemocnění, přistupovat. Zkoumám, je-li nutná potřeba větší osvěty o přístupu k nemocnému s psychiatrickým onemocněním, protože předpokládám, jako většina odborníků, kteří se specializují v medicínském oboru na problematiku v oblasti psychiatrie, že psychiatrická onemocnění, mezi něž patří i OCD, jsou méně známa mezi zdravotnickými pracovníky a ti že nevědí, jak v celkovém kontextu pracovat s nemocným s psychiatrickou diagnózou.

Povědomost o této nemoci budu zkoumat mezi všeobecnými sestrami ze dvou různých medicínských oborů a to jak z interních, tak chirurgických. Současně se budu zaměřovat na to, co tito zdravotničtí pracovníci vědí o daném onemocnění a jak jsou o této problematice informováni. Následně prozkoumávaný problém na to navazující, zdali zvládají a nemají obavu komunikovat s P/K, který má určitý problém, jestli mohou takovému nemocnému porozumět a následně mu poskytnout správnou profesní zdravotní pomoc spojenou s problematikou jeho onemocnění.

7.1 Cíle a hypotézy

Za cíl průzkumu jsem si stanovila zmapovat šířku znalostí a informovanost všeobecných sester, zda se při svých odborných zkušenostech již setkaly s tímto specifickým onemocněním. Chci zjistit, jestli je jejich informovanost dostatečná ke komunikaci s takto nemocným P/K. Chtěla bych také poukázat na to, jak je důležité komunikovat s psychiatricky nemocnými P/K, kteří nás potřebují neméně tak jako jiní nemocní. Cílem výzkumu a vytvořeného dotazníku je zjistit, kde by mohlo dojít ke zlepšení v komunikaci s těmito P/K a zdravotnickým personálem.

7.1.1 Cíle

Cíl výzkumu:

- 1) Zjistit znalosti a informovanost všeobecných sester o obsedantně-kompulzivních poruchách
- 2) Zjistit, zda se při svých odborných zkušenostech v praxi již potkaly s pacientem/klientem s tímto onemocněním
- 3) Zjistit zájem všeobecných sester o znalost a specifika při komunikaci s tímto pacientem /klientem.

7.1.2 Hypotézy

PŘEDPOKLADY VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Předpokládám, že na základě informací získaných z výzkumů a otázek, získám přehlednější a ucelenější obraz o povědomí všeobecných zdravotních sester co se týče psychiatrického oboru, zejména pak tohoto onemocnění.

- 1) Je pravděpodobnější, že všeobecné sestry z interních oborů mají více zkušeností, než všeobecné sestry z chirurgických oborů.
- 2) Předpokládám, že pravděpodobnost setkání všeobecných sester s takovýmto druhem onemocnění se zvyšuje s počtem aktivně odsloužených let na daných lůžkách interních a chirurgických odděleních.
- 3) Předpokládám, že všeobecné sestry jak z interních tak i chirurgických lůžek nemají dostatečné informace o specifice tohoto onemocnění.
- 4) Předpokládám, že všeobecné sestry z důvodu nedostatečných znalostí neví, jak správně komunikovat s pacientem/klientem s tím druhem onemocnění.

8 Metodika a organizace výzkumu

Metoda pro tuto část bakalářské práce je dotazníková (viz příloha 10), použití je hromadné, na několika odděleních, jak interních, tak chirurgických. Základem tohoto dotazníku je získat informace od všeobecných sester o tom, jestli se orientují v psychiatrické problematice a zvláště pak ve specifickém onemocnění jakém jsou obsese a kompulze. Vyhodnocení tohoto dotazníku je v dalších odstavcích praktické části.

Oslovena byla interní oddělení, spolupráci poskytla jak kardiologie a kardiologická JIP, tak metabolická JIP se svými standardními lůžky, také lůžková část všeobecné interny 4. patro. Připojilo se i plicní oddělení s revmatologickým. S chirurgických oddělení mi nabídla spolupráci lůžka prvního, třetího i pátého patra, cévní chirurgie a také neurochirurgická lůžka včetně JIP.

Aby žádné oddělení nebylo zvýhodňováno, měli všichni na vyplnění dotazníku stejný počet dní. Po týdnu jsem se na daná lůžková oddělení vrátila a dotazníky si vyzvedla.

Někteří na daných odděleních projeví větší zájem a při odevzdávání vyplněných dotazníků došlo i k diskuzím na dané téma. Mnoho zaměstnanců stanic překvapil obsah dotazníku, protože toto téma, jak sami připustili, moc neznají.

9 Výsledky výzkumu a jeho analýza

9.1 Analýza dotazníkového šetření

Tyto výzkumné předpoklady měly potvrdit nebo vyvrátit respondenti jednotlivých oddělení svými odpověďmi v mnou vytvořeném dotazníku.

9.1.1 Charakteristika respondentů

Vzorek tvořily všeobecné sestry různých délek praktických zkušeností. V dotazníku zároveň měly možnost si vybrat z několika odpovědí, které jsem pak následně vyhodnotila. Na daných odděleních převažovaly hlavně ženy, avšak do výzkumu se též zapojili i 3 muži vykonávající stejnou profesi v obou oborech.

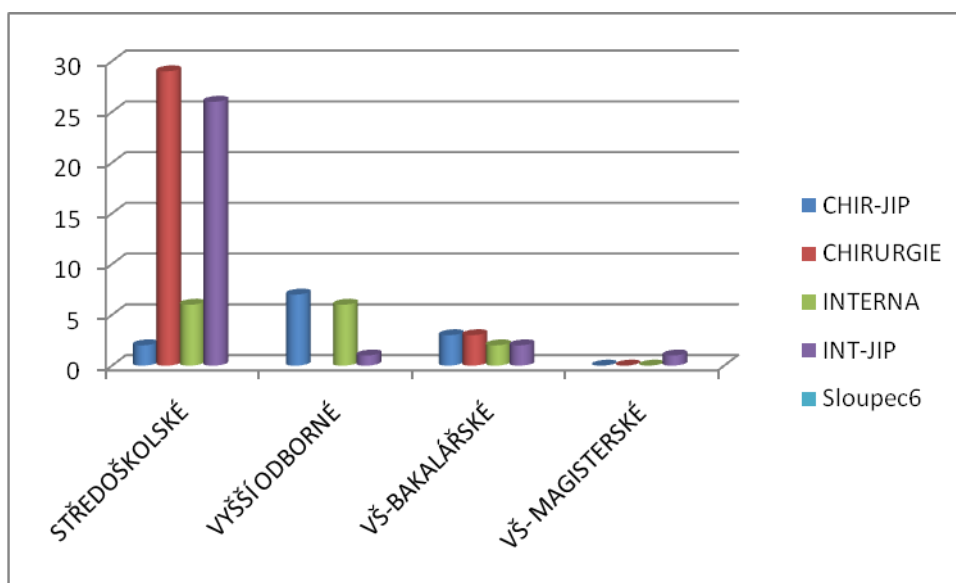
Oslovení zdravotničtí pracovníci se nejprve zalekli tématu v dotazníku. I přes počáteční rozpaky nad dotazníkem je toto téma zaujalo a snažili se spolupracovat při jeho vyplňování. Většina respondentů udávala, že si nejsou jisti danou tematikou, avšak přesto byli ochotni spolupracovat.

Někteří projevívali větší zájem a při odevzdávání vyplněných dotazníků došlo i k diskuzím na dané téma.

9.1.2 Interpretace získaných dat

Grafické znázornění otázky č.1

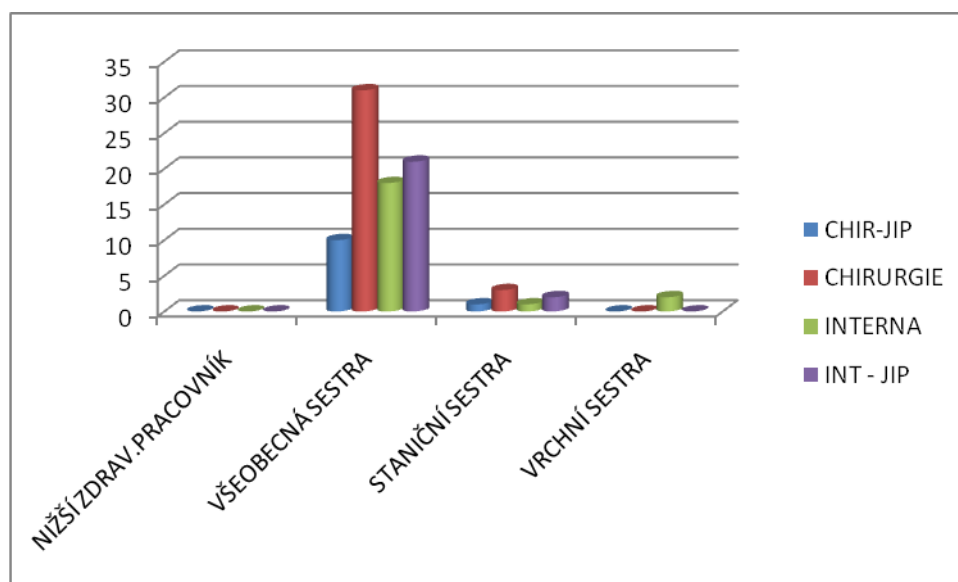
	CHIR-JIP	CHIRURGIE	INTERNA	INT-JIP	Sloupec 6
STŘEDOŠKOLSKÉ	2	29	6	26	
VYŠŠÍ ODBORNÉ	7	0	6	1	
VŠ-BAKALÁŘSKÉ	3	3	2	2	
VŠ- MAGISTERSKÉ	0	0	0	1	



V této výzkumné otázce zjišťuji, jaké je dosažené vzdělání respondentů, kteří se zapojili do výzkumu. Ze zjištěných dat je možné vyčíst, že nejčastější vzdělání bylo středoškolské, které v chirurgických oborech mělo 35% respondentů, oproti interním oborům, kde mělo středoškolské vzdělání 36% dotazovaných. Ve vyšším odborném vzdělání se zdálo, že by mohly převládat všeobecné sestry interních oborů a to plnými 8%, kdežto v chirurgických oborech mělo toto vzdělání též 8% všeobecných sester. U vysokoškolského vzdělání se poměr také lišil a to 6,5% u všeobecných sester chirurgických oborů a 4,5% interních všeobecných sester. Vysokoškolské magisterské vzdělání bylo zjištěno pouze na interních odděleních a to 2% dotázaných.

Grafické znázornění otázky č. 2

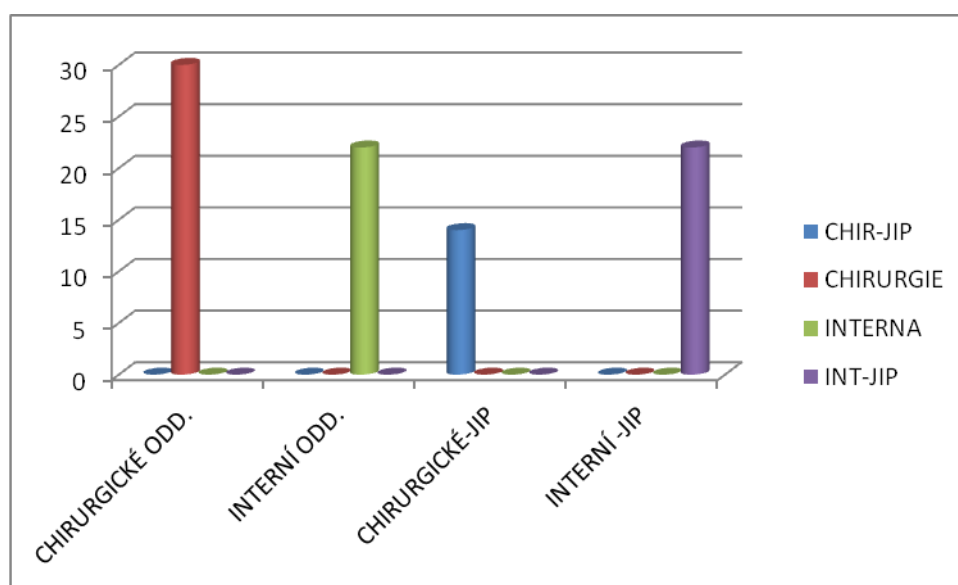
	CHIR-JIP	CHIRURGIE	INTERNA	INT - JIP
NIŽŠÍ ZDRAV.PRACOVNÍK	0	0	0	0
VŠEOBECNÁ SESTRA		31	18	21
STANIČNÍ SESTRA	1	3	1	2
VRCHNÍ SESTRA	0	0	2	0



Tato otázka zjišťuje, kdo se zúčastnil výzkumu. Z vrácených dotazníků vyplynulo, že nejvíce respondentů vzešlo z řad všeobecných sester, a to z chirurgických oborů se zapojilo 45,5% dotázaných a z interních oborů 44,5% dotazovaných. Dále bylo zjištěno, že na vyplnění dotazníku se zapojily staniční sestry a to z chirurgických oborů 4,5% a z interních oborů 3,5% dotazovaných. Dotazník oslovil i 2% vrchních sester z interních oborů. Z chirurgických oborů se neúčastnila žádná vrchní sestra.

Grafické znázornění otázky č. 3

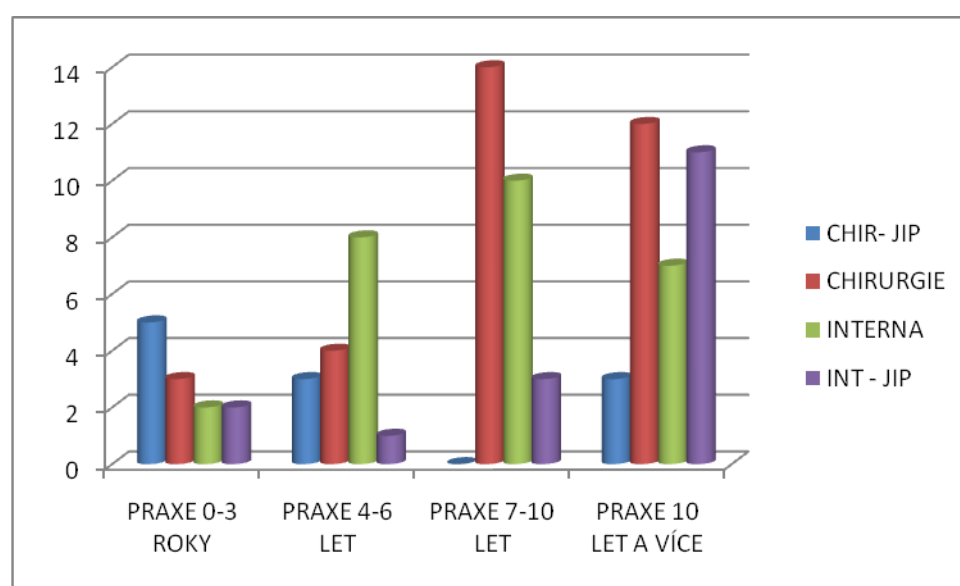
	CHIR-JIP	CHIRURGIE	INTERNA	INT-JIP
CHIRURGICKÉ ODD.	0	30	0	0
INTERNÍ ODD.	0	0	22	0
CHIRURGICKÉ-JIP	14	0	0	0
INTERNÍ -JIP	0	0	0	22



Tabulka znázorňuje poměr respondentů, kteří se účastnili vyplňování dotazníku. Zapojeny byly chirurgické obory včetně JIP části, k interním oborům se připojily také JIP části. Oba obory se podílely stejnou měrou na vyplňování dotazníku. Ze zjištěných dat vyplývá, že se všeobecné sestry z chirurgického JIP podílely na dotazníku 16%, chirurgické sestry z lůžkové části se podílely 34%. Z interních oddělení se při vyplňování dotazníku podílela stejným dílem jak všeobecná lůžka, tak i část JIP a to rovnoměrně rozdělenými 25%.

Grafické znázornění otázky č. 4

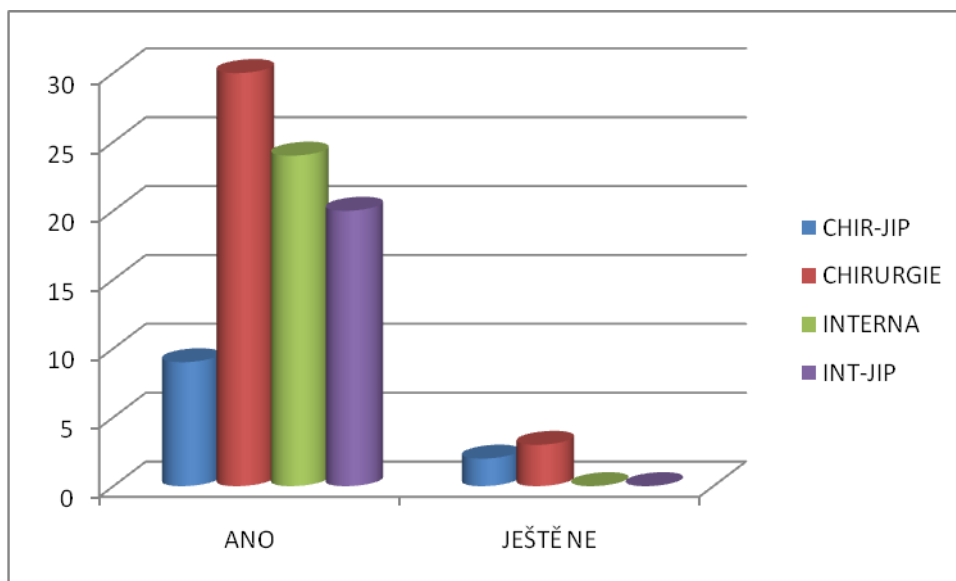
	CHIR- JIP	CHIRURGIE	INTERNA	INT - JIP
PRAXE 0-3 ROKY	5	3	2	2
PRAXE 4-6 LET	3	4	8	1
PRAXE 7-10 LET	0	14	10	3
PRAXE 10 LET A VÍCE	3	12	7	11



V souhrnném grafickém srovnání, které ukazuje výsledky šetření na daných odděleních KNL a.s. byla známa délka praxe jednotlivých respondentů. K lepšímu přehledu nám pomáhá znázornění v tabulce. Z daných zjištění vyplývá, že v rozmezí 0-3 roky působí v chirurgických oborech 9% všeobecných sester, kdežto na interních oborech to je 4,5% dotazovaných. Praxí v délce 4-6 let jsou v popředí všeobecné sestry z interních oborů a to plnými 8%, kdežto sestry z interních oborů v 10% mají odslouženo stejnou délku praktických dovedností. Co se týká 7-10 let praktických zkušeností, jsou na tom lépe všeobecné sestry z chirurgických oborů, a to v poměru 16% oproti všeobecným sestrám z interních oborů, které ve stejné délce praxe uvádí 15% respondentů. Překvapivě 10 a více let mají odslouženo všeobecné sestry z chirurgických oborů a to plnými 17%, kdežto všeobecné sestry z interních oborů mají stejnou délku praxe ve 20,5%.

Grafické znázornění otázky č. 5

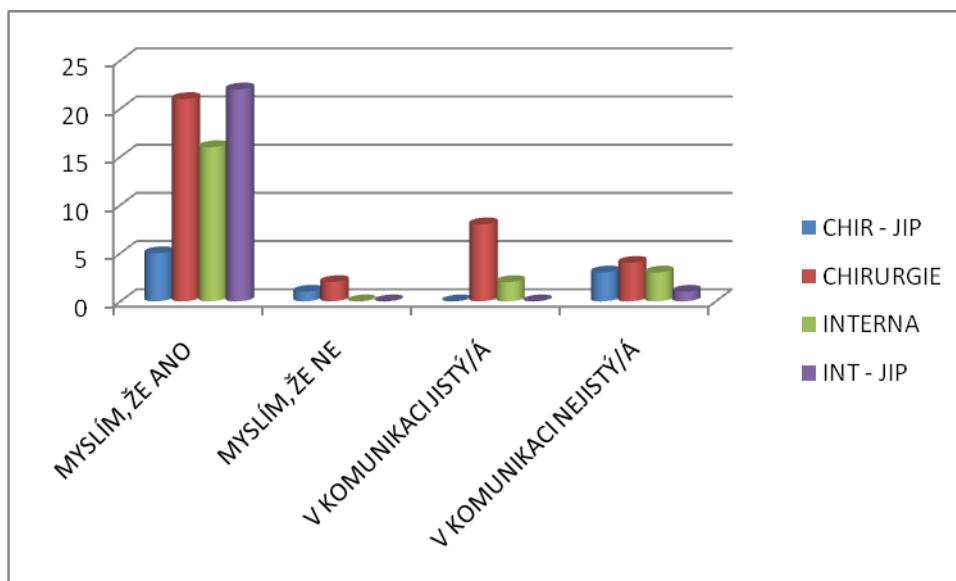
	CHIR-JIP	CHIRURGIE	INTERNA	INT-JIP
ANO	9	30	24	20
JEŠTĚ NE	2	3	0	0



Tato otázka se týkala toho, že zda se již respondenti ve své praxi setkali s nemocným trpícím psychiatrickým onemocněním. Na základě získaných dat vložených do tabulky vyšlo grafické znázornění, ve kterém převažuje odpověď ANO plnými 94% a odpověď JEŠTĚ NE přiznalo 6% dotazovaných, že se ještě ve své praxi s pacientem s psychiatrickým onemocněním neseťkali.

Grafické znázornění otázky č. 6

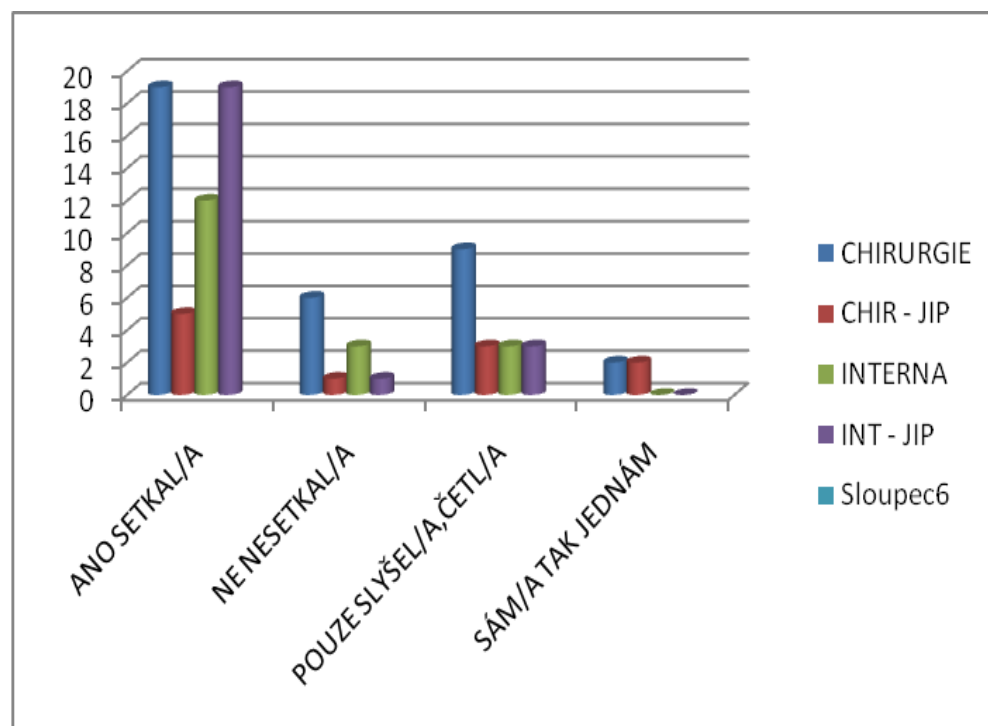
	CHIR - JIP	CHIRURGIE	INTERNA	INT - JIP
MYSLÍM, ŽE ANO	5	21	16	22
MYSLÍM, ŽE NE	1	2	0	0
V KOMUNIKACI JISTÝ/Á	0	8	2	0
V KOMUNIKACI NEJISTÝ/Á	3	4	3	1



Z daných výsledků můžeme vyčíst, zda by všeobecné sestry uměly komunikovat s psychiatricky nemocným pacientem. Bylo zjištěno, že všeobecné sestry z interních oborů mají větší zkušenosti a jsou si ze 43% jisté v tom, že by uměly komunikovat s tímto pacientem. Kdežto 29,5% všeobecných sester z chirurgických oborů si myslí, že by to také zvládaly. Všeobecné sestry z chirurgických oborů si myslí ve 3,5% , že by neuměly komunikovat s psychicky nemocným pacientem, kdežto všeobecné sestry z interních oborů si nemyslí, že by s ním nedokázali komunikovat. Při jistotě v komunikaci si jsou více jisté v 9% všeobecné sestry chirurgických oborů. Všeobecné sestry z interních oborů si jsou v komunikaci méně jisté jako sestry z chirurgických oborů a to o 2%. Nejistotu v komunikaci si připustilo 8% dotazovaných v chirurgických oborech, z interních oborů vyplynulo 5% nejistých všeobecných sester.

Grafické znázornění otázky č. 7

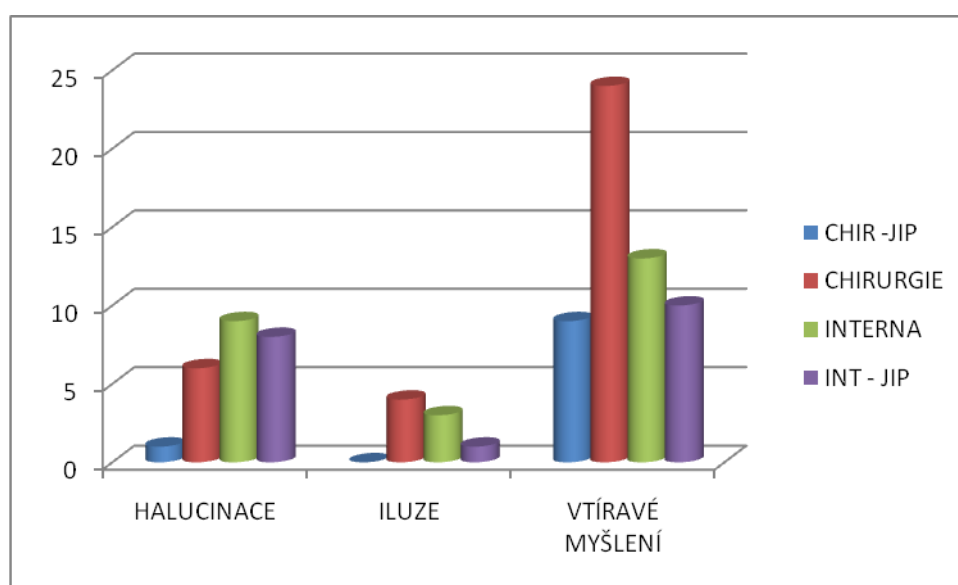
ANO SETKAL/A	19	5	12	19
NE NESETKAL/A	5	1	4	1
POUZE SLYŠEL/A,ČETL/A	7	3	5	3
SÁM/A TAK JEDNÁM	2	2	0	0



Na základě získaných dat bylo zjištěno, jestli už se všeobecné sestry již někdy setkaly s někým, kdo má rituály, kdo má sklon k větším kontrolám. V chirurgických oborech se již 28,5% s takovým to jednáním setkalo, v interních oborech se s tímto jednáním setkalo 35% dotazovaných. Těch, kteří se nesetkali s tímto jednáním, bylo v chirurgických oborech 8% respondentů, v interních oborech pak 5,5% dotazovaných. Těch, kteří o tom jen slyšeli nebo četli, bylo více v chirurgických oborech a to 11%, v interních oborech pak to bylo 9% dotázaných. Těch, kteří sami trpí je touto formou, v chirurgických oborech 4%, v interních oborech se nikdo takto nevyjádřil.

Grafické znázornění otázky č. 8

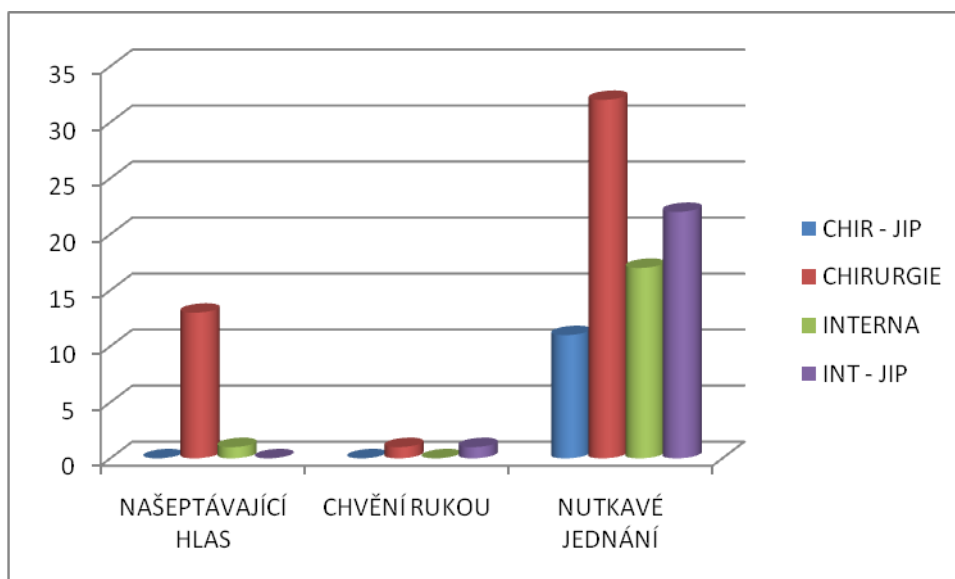
	CHIR - JIP	CHIRURGIE	INTERNA	INT - JIP
HALUCINACE	1	6	9	8
ILUZE	0	4	3	1
VTÍRAVÉ MYŠLENÍ	9	24	13	10



V grafu můžeme vidět, co si všeobecné sestry myslí o obsedantním myšlení. O tom, že je to halucinace, je přesvědčeno 8% všeobecných sester z chirurgických oborů, kdežto 19% si to myslí v interních oborech. Náзор o iluzi má 4,5% všeobecných sester z chirurgických oborů a z interních oborů si to myslí také 4,5%. Nejvíce odpovědí bylo vtíravé myšlení, které si myslí 37,5% dotázaných v chirurgických oborech a o něco méně 26% odpovědělo v interních oborech.

Grafické znázornění otázky č. 9

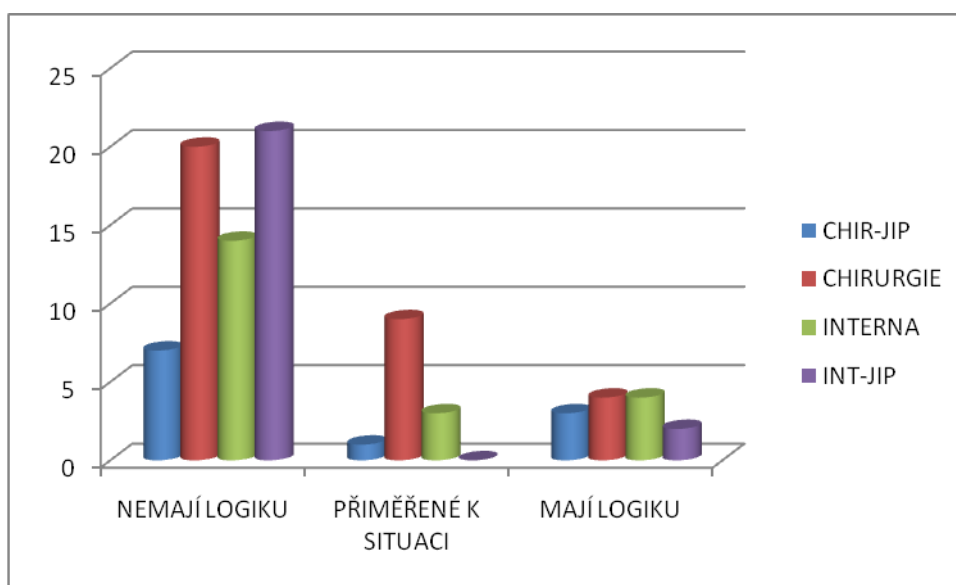
	CHIR - JIP	CHIRURGIE	INTERNA	INT - JIP
NAŠEPTÁVAJÍCÍ HLAS	0	13	1	0
CHVĚNÍ RUKOU	0	1	0	1
NUTKAVÉ JEDNÁNÍ	11	32	17	22



Z grafu můžeme zjistit, co vědí respondenti o kompulzivním jednání. Na základě získaných dat pak bylo zjištěno, že 14,5% dotázaných v chirurgických oborech si myslí, že je to našeptávající hlas, v interních oborech si to pak myslí 1% respondentů. O tom, že je to chvění rukou, je přesvědčeno 1% dotazovaných v obou oborech. Že je to nutkavé jednání, si myslí v chirurgických oborech 48,5% dotázaných a v interních oborech 40% všeobecných sester.

Grafické znázornění otázky č. 10

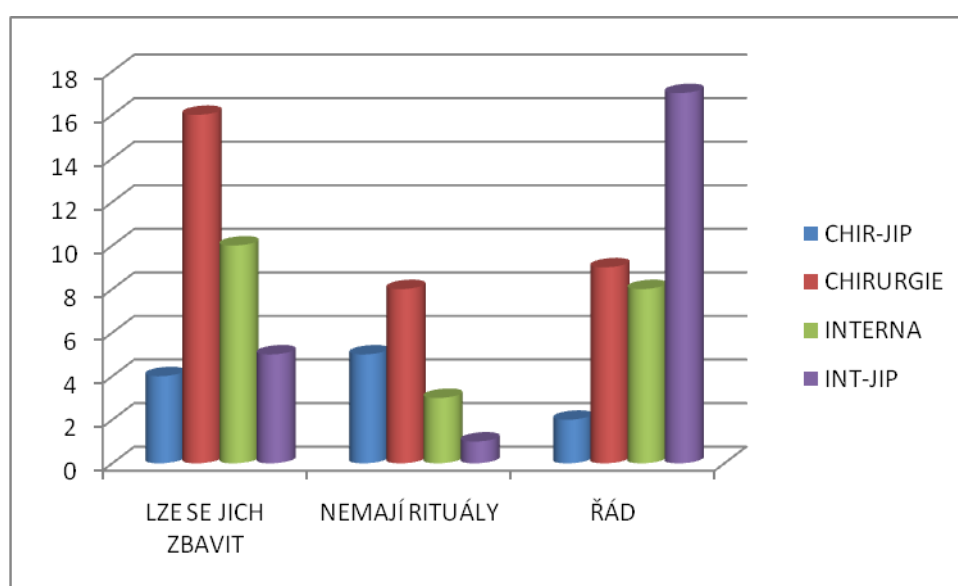
	CHIR- JIP	CHIRURGIE	INTERNA	INT-JIP
NEMAJÍ LOGIKU	7	20	14	21
PŘIMĚŘENÉ K SITUACI	1	9	3	0
MAJÍ LOGIKU	3	4	4	2



Na otázku, co je kompulze z daných výsledků vyplývá, že v chirurgických oborech si 30,5% myslí, že nemají logickou souvislost, kdežto v interních oborech si to myslí 39,5% dotázaných. O tom, že kompulze je přiměřená k dané situaci, si myslí toto 11% v chirurgických oborech 3,5% dotázaných v interních oborech. To, že je to logická souvislost, si v chirurgických oborech myslí 8% respondentů, v interních oborech 7% si to myslí též.

Grafické znázornění otázky č. 11

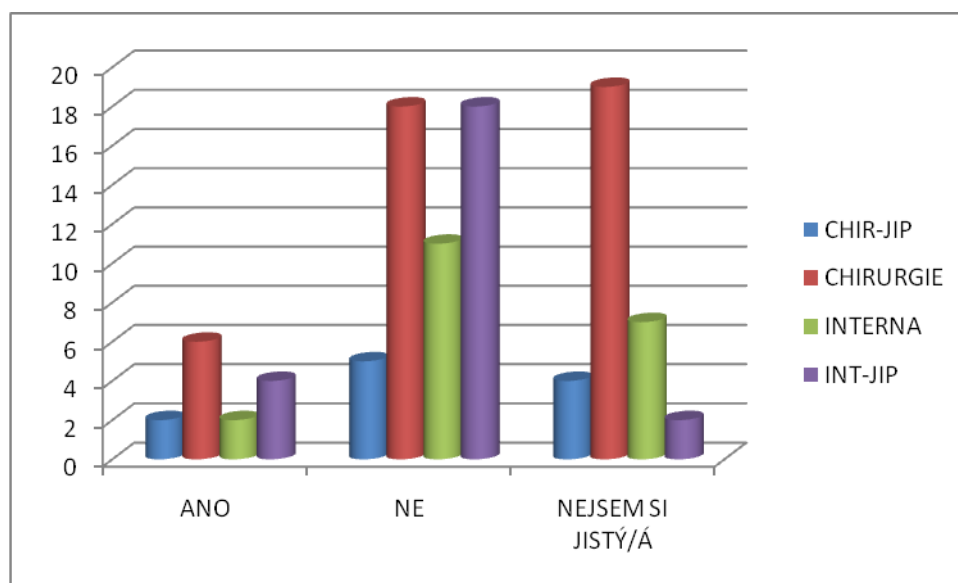
	CHIR- JIP	CHIRURGIE	INTERNA	INT-JIP
LZE SE JICH ZBAVIT	4	16	10	5
NEMAJÍ RITUÁLY	5	8	3	1
ŘÁD	2	9	8	17



Co nepatří k obsedantním myšlenkám můžeme vidět v následujícím grafu. To, že se těchto myšlenek lze zbavit, si v chirurgických oborech myslí 22,5% respondentů, v interních oborech si to pak 17,5% také myslí. Že nemají rituály, si myslí v chirurgických oborech 14,5% všeobecných sester, v interních oborech pak 4,5% respondentů. Dotázaných, kteří si myslí, že k těmto myšlenkám nepatří řád, je v chirurgických oborech 12,5%, v interních pak 28,5%.

Grafické znázornění otázky č. 12

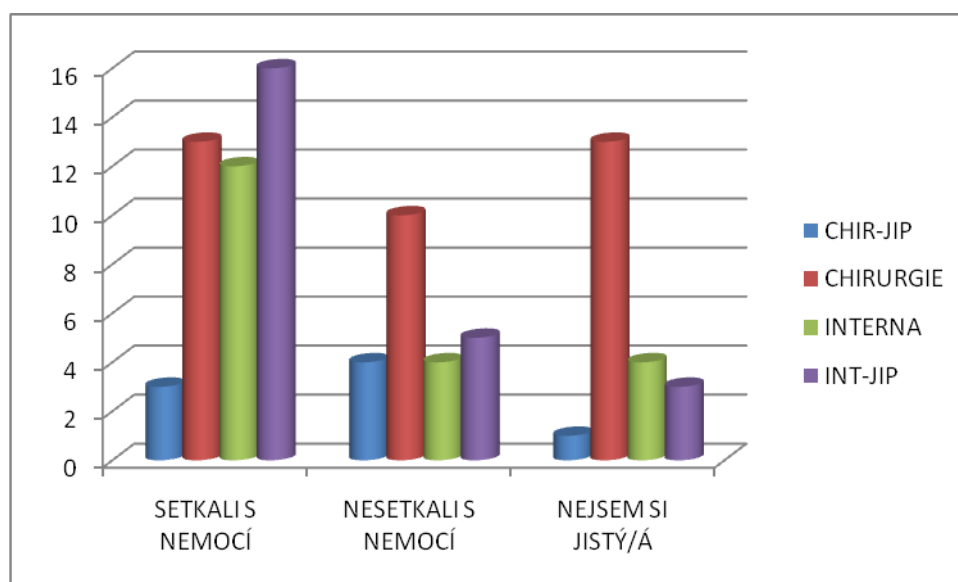
	CHIR-JIP	CHIRURGIE	INTERNA	INT-JIP
ANO	2	6	2	4
NE	5	18	11	18
NEJSEM SI JISTÝ/Á	4	19	7	2



V další otázce respondenti odpovídali na to, jestli je OCD akutní onemocnění. Těch, kteří si mysleli ANO, bylo v chirurgických oborech 9% dotázaných, v interních pak 6% takto odpovědělo. Při odpovědi NE v chirurgických oborech si to myslelo 26%, v interních oborech si to pak myslelo 32,5% dotázaných. Ten, kdo si nebyl jistý v odpovědi, bylo v chirurgických oborech 26% dotázaných a v interních oborech takto odpovědělo 110% všeobecných sester.

Grafické znázornění otázky č. 13

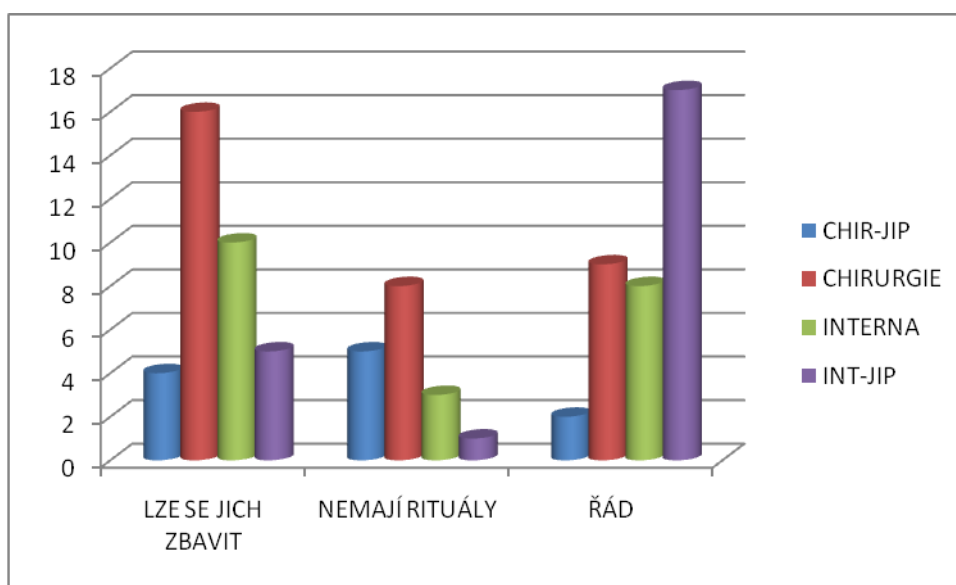
		CHIR- JIP	CHIRURGIE	INTERNA	INT-JIP
SETKALI NEMOCÍ	S	3	13	12	16
NESETKALI NEMOCÍ	S	4	10	4	5
NEJSEM SI JISTÝ/Á		1	13	4	3



Na dotaz, jestli ošetřovali někdy nemocného s OCD na jejich oddělení v grafu můžeme vidět, že v chirurgických oborech kladně odpovědělo 18,5% a v interních oborech pak 32% respondentů. Negativně se pak vyjádřilo v chirurgických oborech 17% dotázaných, v interních oborech pak 10,5%. Těch, kteří si nebyli jistí, bylo v chirurgických oborech 16% a v interních dotazech takto odpovědělo 8% všeobecných sester.

Grafické znázornění otázky č. 14

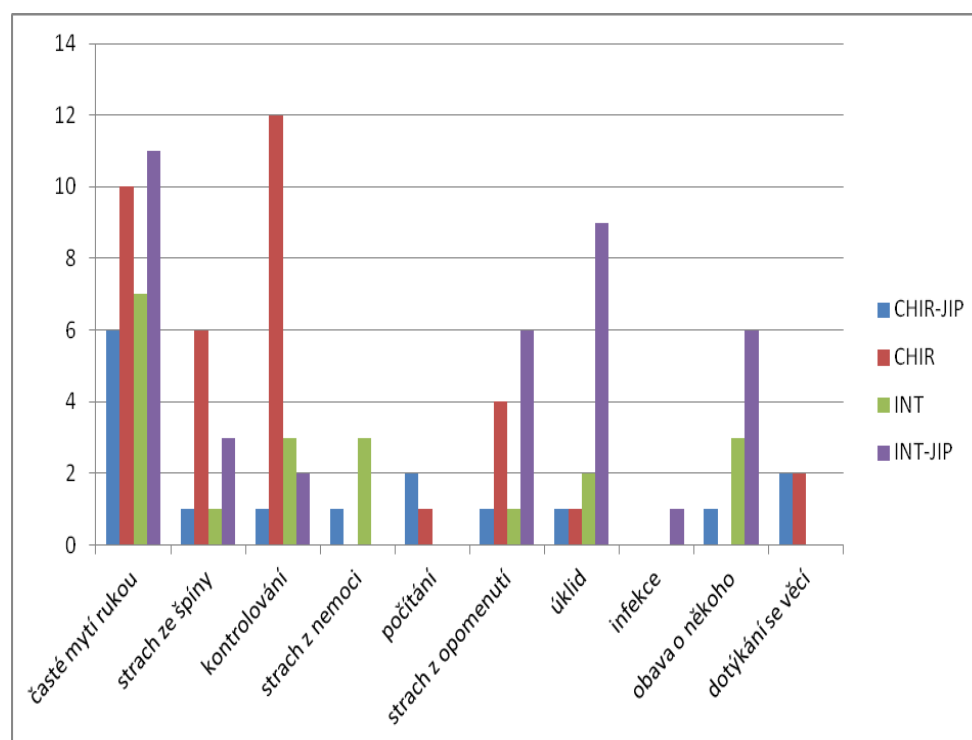
	CHIR- JIP	CHIRURGIE	INTERNA	INT-JIP
LZE SE JICH ZBAVIT	4	16	10	5
NEMAJÍ RITUÁLY	5	8	3	1
ŘÁD	2	9	8	17



Co nepatří k obsedantním myšlenkám, můžeme vidět v následujícím grafu. To, že se těchto myšlenek lze, zbavit si v chirurgických oborech myslí 22,5% respondentů, v interních oborech si to pak 17,5% také myslí. Že nemají rituály, si myslí v chirurgických oborech 14,5% všeobecných sester, v interních oborech pak 4,5% respondentů. Dotázaných, kteří si myslí, že k těmto myšlenkám nepatří řád je v chirurgických oborech 12,5%, v interních pak 28,5%.

Grafické znázornění otázky č. 15

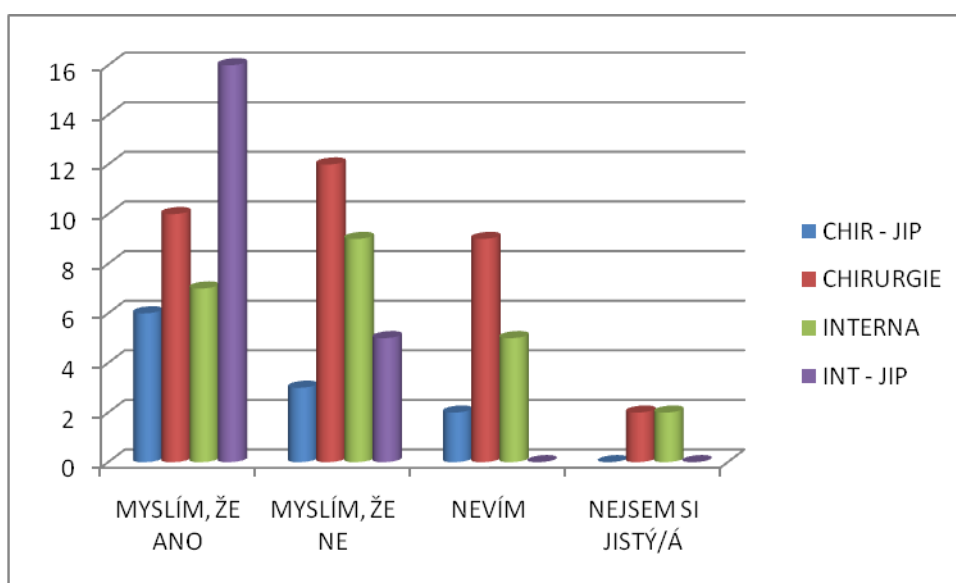
	CHIR - JIP	CHIR	INT	INT-JIP
časté mytí rukou	6	8	7	9
strach ze špíny	1	4	1	1
kontrolování	1	10	3	2
strach z nemoci	1	0	2	0
počítání	2	1	0	0
strach z opomenutí	1	2	1	6
úklid	1	1	2	4
infekce	0	0	0	1
obava o někoho	1	0	3	3
dotýkání se věcí	2	2	0	0



Toto grafické znázornění představuje odpověď všech respondentů, kteří spolupracovali při vyplňování dotazníku. Odpovědi přinesly občas překvapivá zjištění. Příkladem toho je zjištění, že na interní stanici se v odpovědích objevila obava ze špíny, na chirurgických lůžkách ne.

Grafické znázornění otázky č. 16

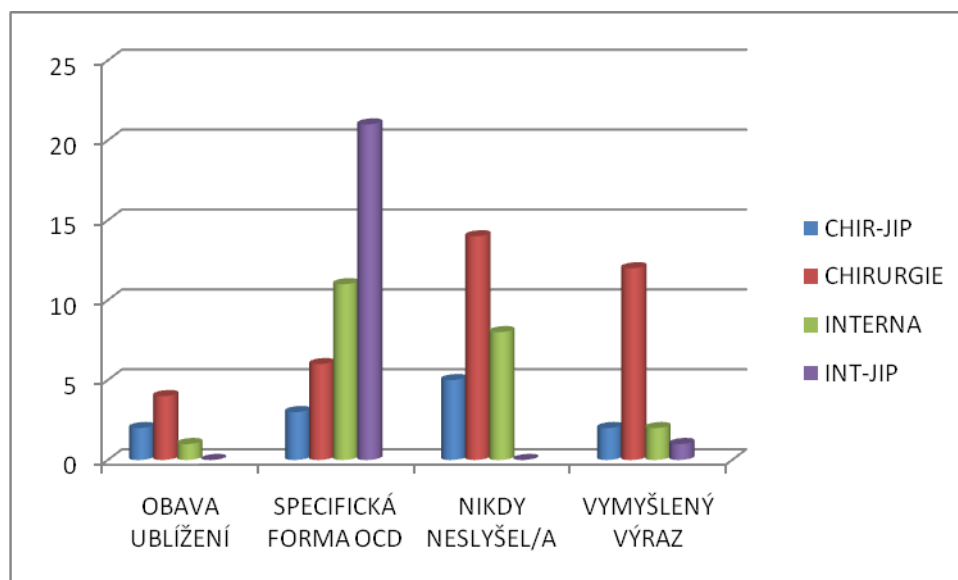
	CHIR - JIP	CHIRURGIE	INTERNA	INT - JIP
MYSLÍM, ŽE ANO	6	10	7	16
MYSLÍM, ŽE NE	3	12	9	5
NEVÍM	2	9	5	0
NEJSEM SI JISTÝ/Á	0	2	2	0



Tato otázka se týká souvislosti deprese a OCD. Z daných výsledků vyplývá, že v chirurgických oborech se 18% respondentů myslí, že ANO, v interních oborech se k tomuto názoru kloní 26% dotázaných. Těch, kteří si myslí, že NE, v chirurgických oborech pak bylo 17,5%, v interních oborech pak na stejnou odpověď zvolilo 15,5% všeobecných sester. Odpověď nevědělo z chirurgických oborů 12,5% a z interních oborů pak 5,5% dotázaných. Těch, kteří si nebyli jisti, bylo v chirurgických oborech 2,5% a interních oborech také 2,5%.

Grafické znázornění otázky č. 17

	CHIR-JIP	CHIRURGIE	INTERNA	INT-JIP
OBAVA UBLÍŽENÍ	2	4	1	0
SPECIFICKÁ FORMA OCD	3	6	11	21
NIKDY NESLYŠEL/A	5	14	8	0
VYMYŠLENÝ VÝRAZ	2	12	2	1



Tato otázka se zaměřuje na to, jestli respondenti vědí, co je ruminace. V grafu můžeme vidět, jak respondenti odpovídali. To, že je to obava z ublížení, si v chirurgických oborech myslelo 6% a v interních 1% dotázaných. Že se jedná o specifickou poruchu, si myslelo v chirurgických oborech 10%, v interních pak 36,5%. Těch, kteří o tom nikdy neslyšeli, bylo v chirurgických oborech 21,5% a v interních 9%. O tom, že je to vymyšlený výraz, byli přesvědčeni v chirurgických oborech 13% a v interních oborech si to myslelo 3% respondentů.

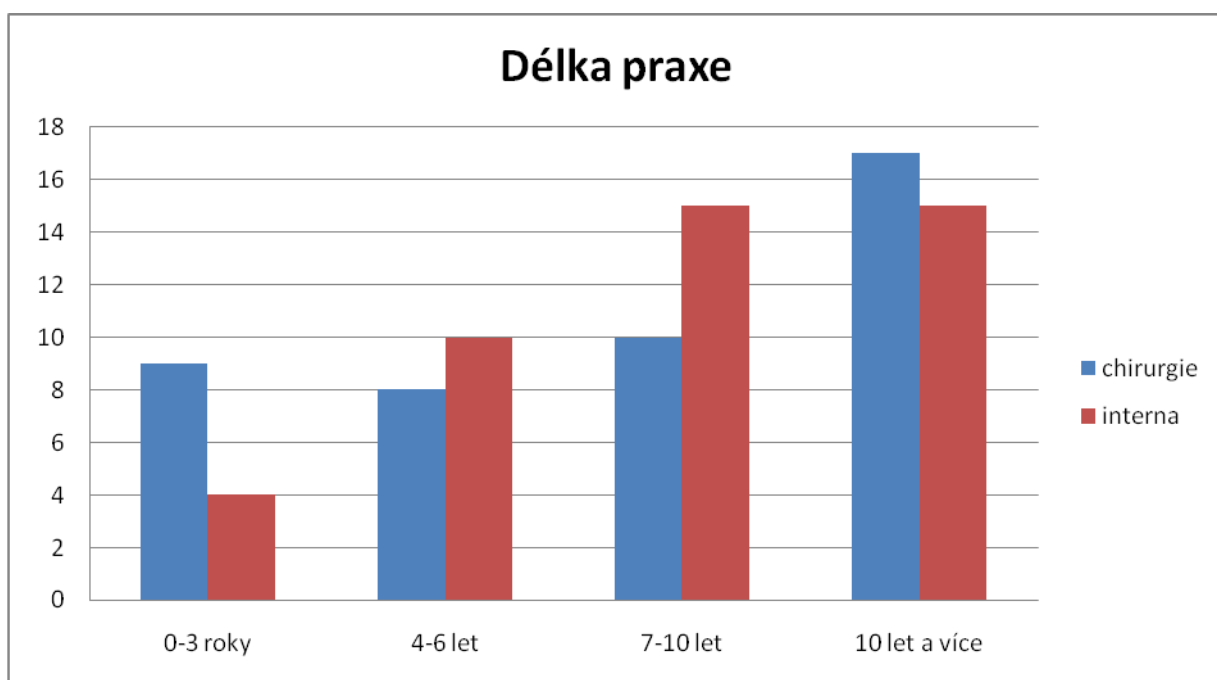
10 Vyhodnocení hypotéz

10.1 Hypotéza č. 1

Hypotéza č. 1: Je pravděpodobnější, že všeobecné sestry z interních oborů mají více zkušeností než všeobecné sestry z chirurgických oborů.

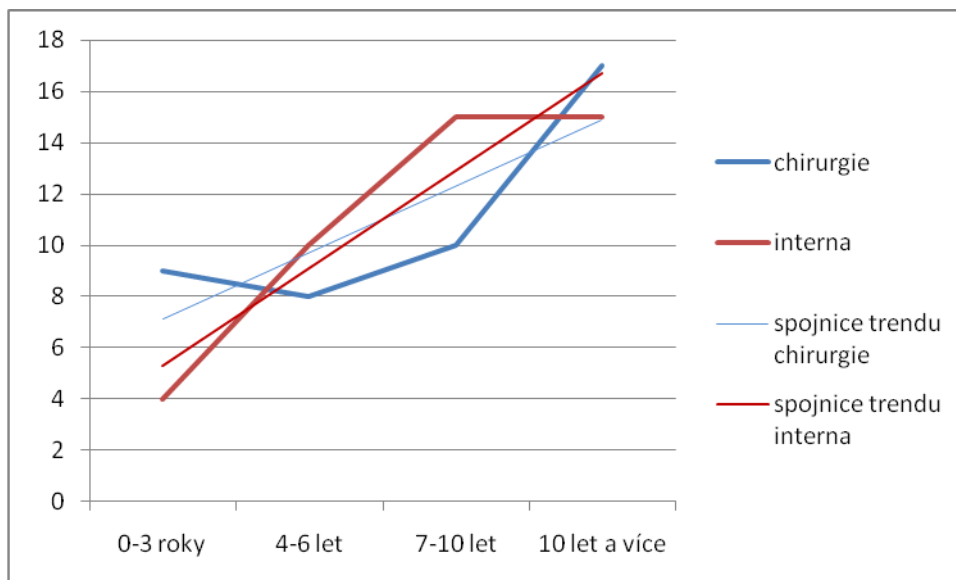
Ve slovníku psychologie Hartl (1994) uvádí, že zkušenosti, jsou hlavní a prvotní zdroj poznatků člověka o světě, vznikající během jeho praktické činnosti, tuto definici potvrzuje i Nekonečný (1995), který tvrdí, že zkušenosti nemají pasivní základnu.

Předpokládám: Čím delší praxe, tím větší zkušenosti.



Graf č.18 Délka Praxe

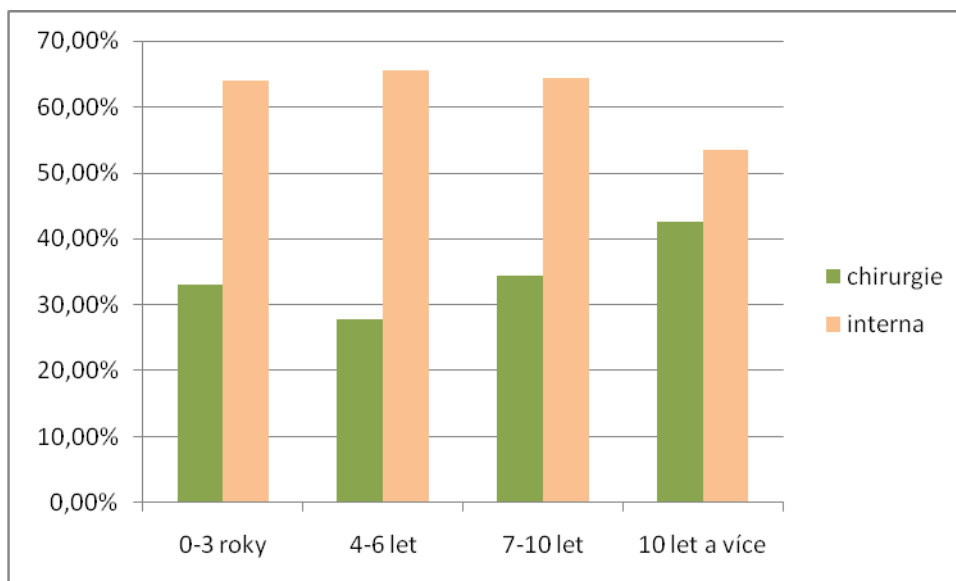
Graf č. 18 ukazuje rozdělení respondentů dotazníku do 4 skupin podle délky praxe, z kterého je patrné, že nejvíce zkušených dotazovaných sester je na chirurgii (nejvíce osob s největší délkou praktických zkušeností). Budeme-li vycházet z předpokladu pro hypotézu č. 1 a z grafu můžeme říct, že více zkušených sester je na interně.



Graf č.19 Spojnice respondentů

Graf č. 19 oproti předchozímu grafu 18 ukazuje navíc spojnice trendů obou skupin – chirurgie a interny. Z těchto spojníc je vidět, že do délky praxe přibližně 6 let mají více praxe dotazované sestry z chirurgie. Od této hodnoty 6 let mají delší praxi dotazované sestry z interny. Řekneme-li si, že doba praxe do 6 let je krátká vzhledem k možné dosažené délce praxe za celý život, potom můžeme tento časový údaj do jisté míry zanedbat a říct, že dotazované sestry jsou více zkušené na interně.

Pokud budu uvažovat, že se na zkušenosti podílí i znalost, mohu k vyhodnocení hypotézy č.1 použít i informace z grafu č.18. Ten ukazuje zastoupení správných odpovědí z dotazníků sester z chirurgie a z interny vzhledem k délce praxe. Zde jsou jednoznačně vidět větší znalosti sester z interny.



Graf č. 20 Odpracovaná praktická činnost

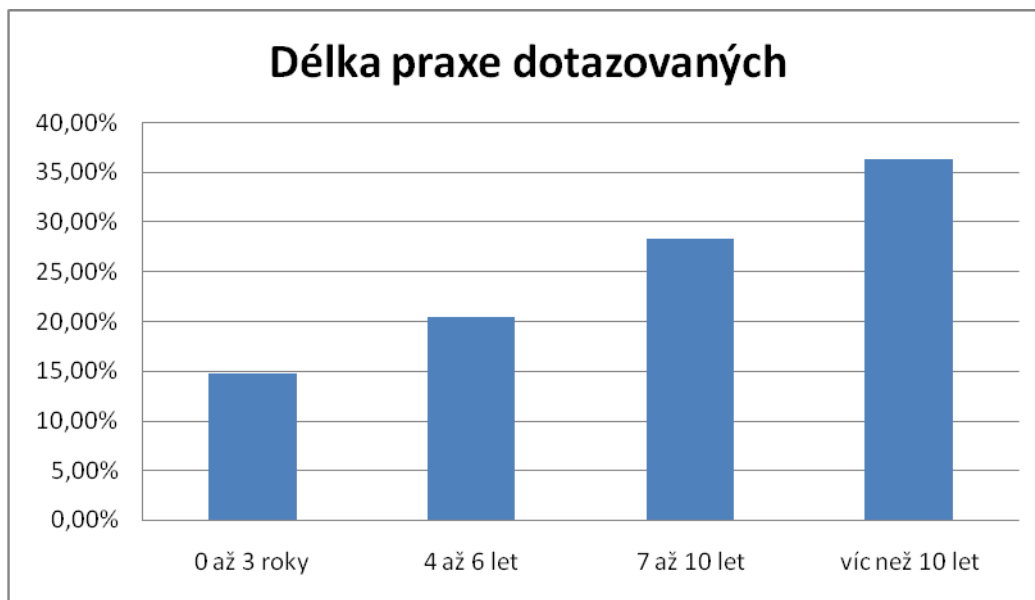
Hypotézu č. 1 mohu potvrdit.

10.2 Hypotéza č. 2

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že pravděpodobnost setkání všeobecných sester s takovýmto druhem onemocnění se zvyšuje s počtem aktivně odsloužených let na daných interních i chirurgických oborech.

Na základě získaných dat z dotazníku mohu posoudit délku praktických zkušeností všeobecných sester chirurgických i interních oborů a na to navazuje můj předpoklad, že čím delší všeobecné sestry mají praktické zkušenosti, tím je pravděpodobnější, že měly možnost se setkat na svých lůžkách s psychiatricky nemocným P/K, či že se setkaly přímo se specifickým onemocněním, jakým jsou obsedantní myšlení, nebo kompulzivní jednání.

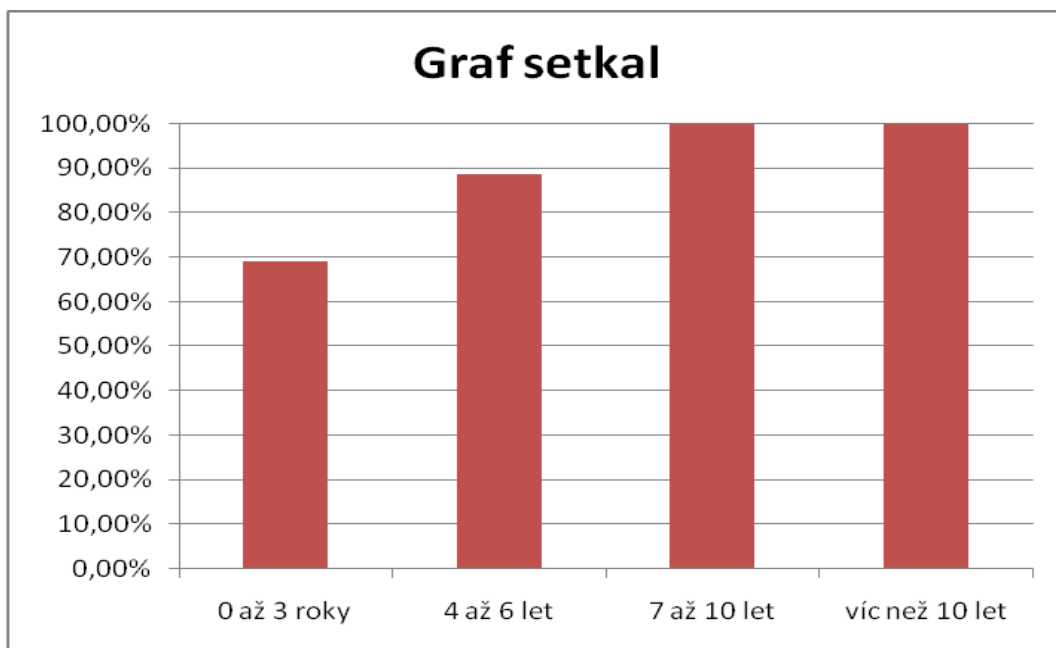
K tomu mi byly nápomocny otázky v dotazníku. Z toho vzešla od respondentů data o vzdělání, pracovním zařazení, délce praxe, zda měli možnost se setkat s psychiatrickým pacientem. Další otázka zjišťovala, zda by uměli ošetřovat P/K s OCD onemocněním. Do této hypotézy byla zařazena i otázka o rozpoznání projevů OCD.



Graf č. 21 Délka praxe dotazovaných

Při vyhodnocení hypotézy č. 2. jsem vycházela z grafu č. 21.

Podle výsledků z dotazníků jsem rozdělila sestry do 4 skupin podle délky praxe, v grafu znázorněno sloupci modré barvy. Nejvíce respondentů mělo praxi delší než 10 let (36,5%). Druhou nejpočetnější skupinou byly sestry s délkou praxe 7-10 let (28,5%). Třetí skupinou v pořadí byly sestry s délkou praxe 4-6 let (20,5%). Nejméně respondentů mělo délku praxe menší než 3 roky (14,5%).

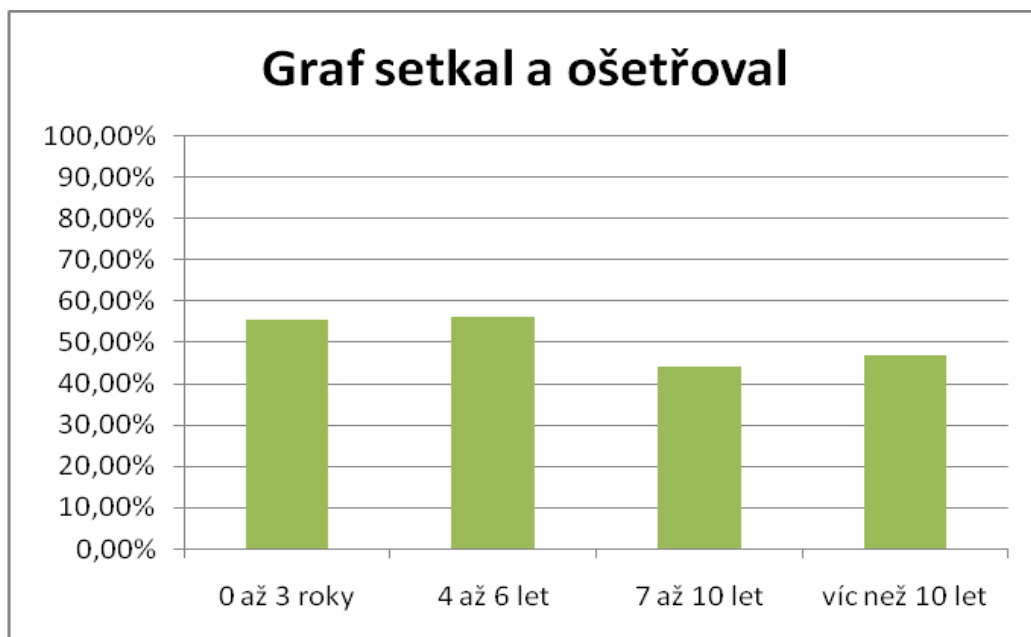


Graf č. 22 Setkání s duševně nemocným

Tabulka 18 ukazuje konkrétní hodnoty.

4 (doba praxe)	0 až 3 roky	4 až 6 let	7 až 10 let	víc než 10 let
setkal	69,23%	88,89%	100,00%	100,00%

Červené sloupce v grafu č. 22 reprezentují podíl všeobecných sester z dané skupiny, které se již ve své praxi s někým, kdo je duševně nemocný setkaly.



Graf č. 23 Doba praxe a ošetřování

Tabulka 19 ukazuje konkrétní hodnoty.

4 (doba praxe)	0 až 3 roky	4 až 6 let	7 až 10 let	víc než 10 let
setkal a ošetřoval	55,56%	56,25%	44,00%	46,88%

Zelené sloupce v grafu č. 23 představují zastoupení sester, které již ve své práci psychiatricky nemocné ošetřovaly, ze skupiny všeobecných sester, které se s onemocněním setkaly.

Graf č. 23 (Graf setkal) potvrzuje hypotézu č. 2., tzn. pravděpodobnost setkání všeobecných sester OCD se zvyšuje s počtem aktivně odsloužených let.

10.3 Hypotéza č. 3

Hypotéza 3: Předpokládám, že všeobecné sestry, jak z interních, tak i z chirurgických lůžek nemají dostatečné informace o specifice tohoto onemocnění.

Předpokládám: Čím větší je informovanost všeobecných sester, tím je více správných odpovědí v dotazníku.

Na základě procentuálního zastoupení správných odpovědí u sester z interny a chirurgie lze usoudit, že sestry z interny mají více informací o specifice tohoto onemocnění než sestry z chirurgie.

Vycházím-li z výše zmíněného předpokladu, nemohu hypotézu č. 3 jednoznačně potvrdit ani zamítnout.

10.4 Hypotéza č. 4

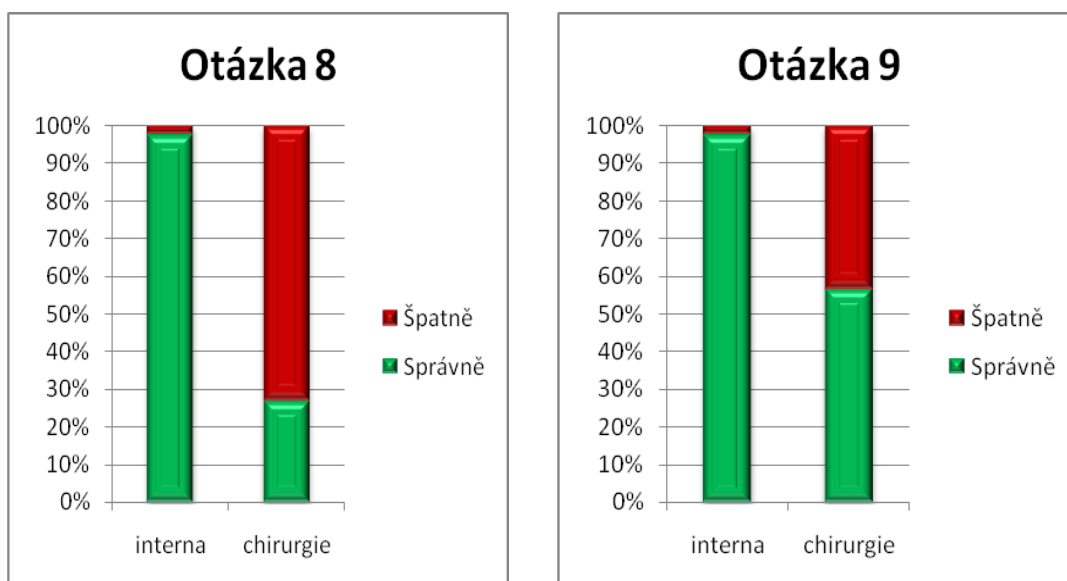
Hypotéza 4: Předpokládám, že všeobecné sestry z důvodu nedostatečných znalostí neví, jak správně komunikovat s pacientem/klientem s tím druhem onemocnění.

Předpokládám: Čím více budeme mít o dané problematice informací, tím bude komunikace lepší.

Hypotéza č. 4 úzce souvisí s hypotézou č. 3, která jednoznačně nepotvrdila ani nevyvrátila, že sestry mají nedostatek informací. Pokud nemůžeme říct, zda sestry mají či nemají dostatek informací, nemůžeme potvrdit ani vyvrátit, že sestry umějí správně komunikovat.

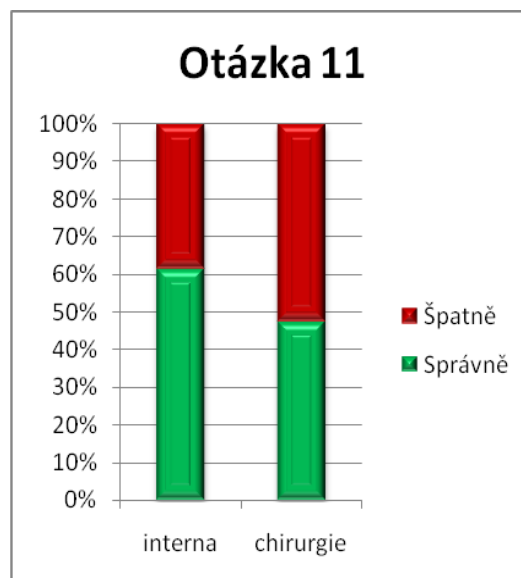
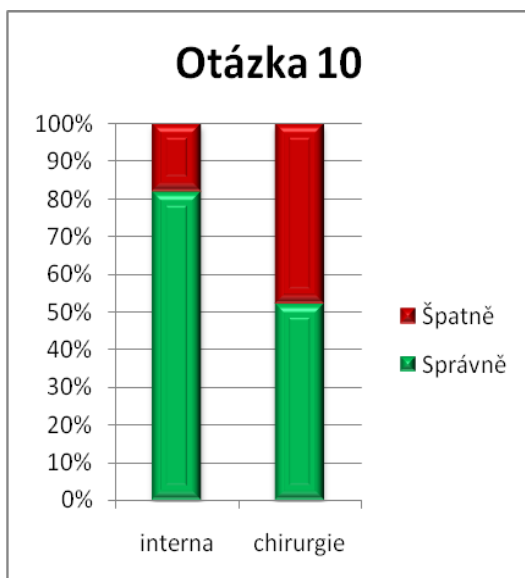
Proto hypotézu č. 4 také nemůžeme potvrdit ani vyvrátit.

Při vyhodnocení hypotéz 3 a 4 jsem vycházela z celkového grafu č. 24. První dva sloupce grafu ukazují procentuální zastoupení správných odpovědí z dotazníků (otázky 8-12, 14, 16,17) vyplněných sestrami z interny a chirurgie. Poslední sloupec ukazuje procentuální zastoupení správných odpovědí všech respondentů.



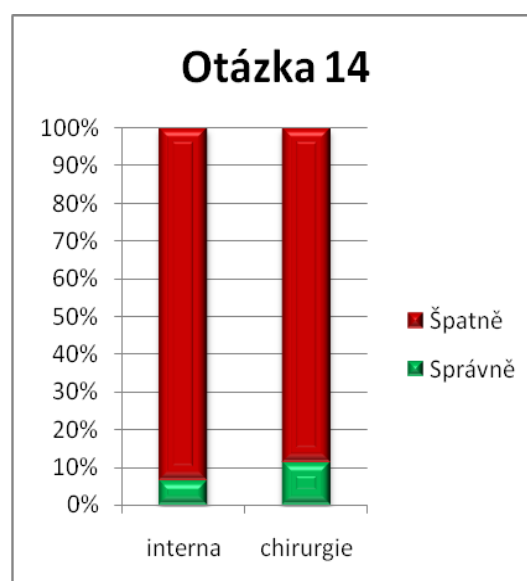
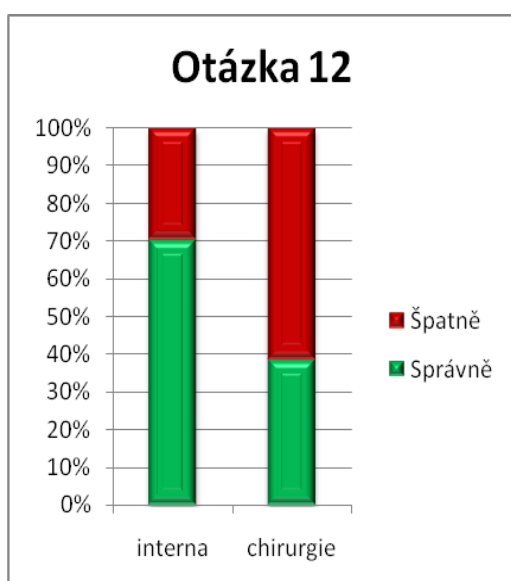
Na otázku č. 8 odpovědělo správně 97,7 % sester z interny a 27,3% sester z chirurgie, nejspíše proto, že se častěji dostávají do styku s duševně nemocným pacientem.

N otázku č.9 odpovědělo správně 97,7% všeobecných sester z interny a 56,8% všeobecných sester z chirurgických oddělení. Při dotazníkovém šetření odpovídalo správně nejvíce respondentů, avšak docházelo i k mylným názorům. Důvodem toho mohla být menší praktická zkušenost, nebo nižší věk respondentů.



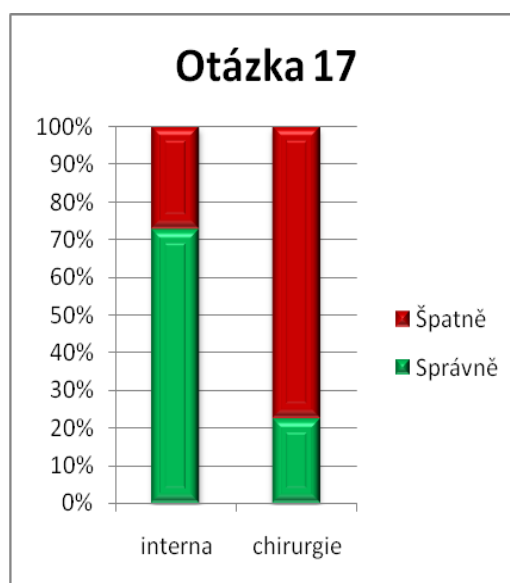
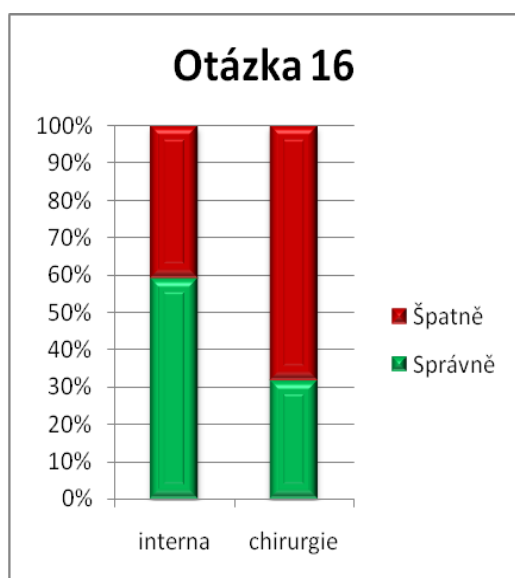
Otázka č.10 na interních lůžkách přichází tyto všeobecné sestry do styku s duševně nemocným častěji. Vyjímkou není ani to, že zdravotnický personál dle dotazníkového šetření, má mezi svými pracovníky také personál, který má zvýšený výskyt rituálních činností.

Otázka č. 11 zde bylo více špatných odpovědí. V dotazníkovém šetření se domnívaly, že provedou-li činnost související s nutkavými myšlenkami, zmizí pak jejich potíže.



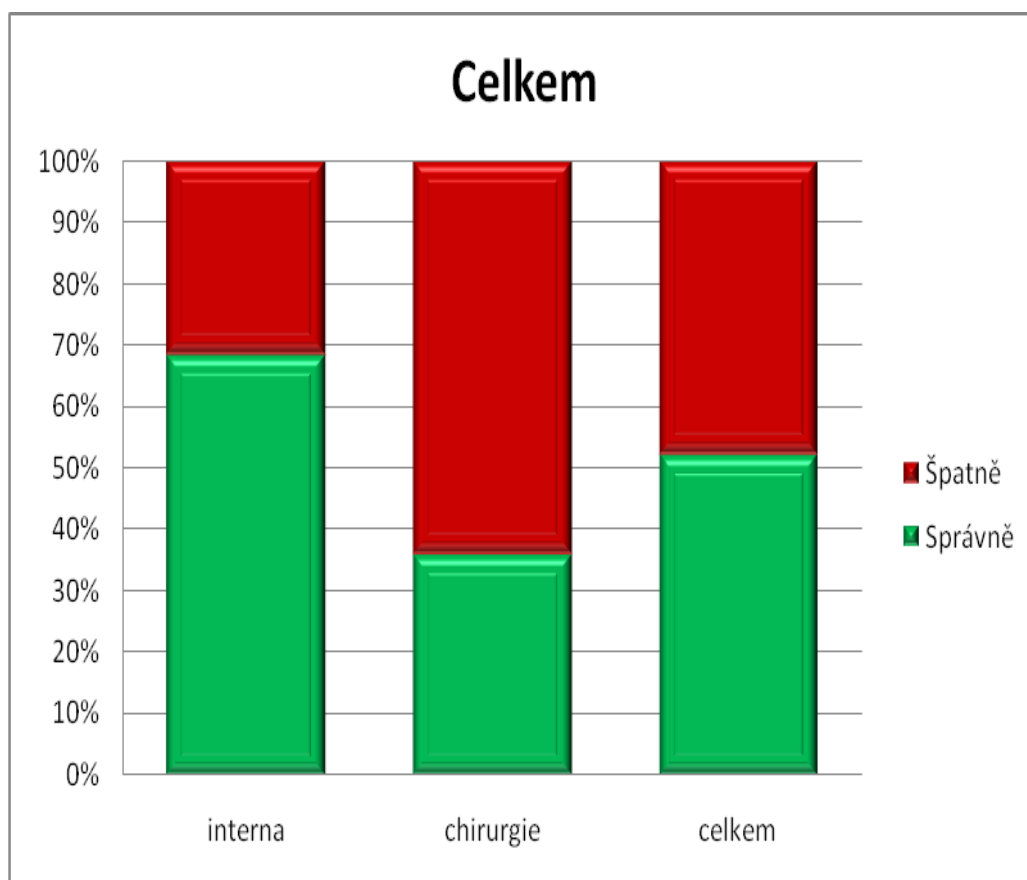
Na otázku č.12 se více zamýšlely na chirurgických odděleních. Vyplývá to z ústních dotazů při sběru dotazníků.

Z otázky č.14 vzešla diskuze na skoro na všech dotazovaných odděleních. Překvapivě odpovídaly více dobře všeobecné sestry v chirurgických oborech.



Na otázku č. 16 odpovídaly všeobecné sestry dobře na interních odděleních, když i tam se v menší míře nacházely špatné odpovědi.

Otázka č. 17 v dotazníkovém šetření nepřinesla překvapující informace. Všeobecné sestry na chirurgických lůžkách odpověděly 24% správně, kdežto na interních odděleních byla správnost odpovědí 76%.



Graf č. 24

Z grafu je vidět, že sestry z interních oddělení odpověděly správně na 68,5% otázek, zatímco sestry z chirurgických oborů pouze na 36,1%. Dohromady sestry odpověděly správně na 52,3 % otázek.

11 Výzkumné studie

V mé bakalářské práci jsem se zabývala zkoumáním všeobecných sester ve dvou různých zdravotnických oborech a jejich informovaností o oboru, jakým je psychiatrie.

Dotazníková metoda posloužila k lepší orientaci o informacích a komunikačních dovednostech a vědomostech, zmapování stavu ve zdravotnických oborech. Prováděný průzkum podal informace, ze kterých je možno čerpat při zlepšování v komunikaci a pomoci tak zlepšit spolupráci mezi jednotlivými obory. Touto studií bylo prokázáno, že je zapotřebí stále být v kontaktu s ostatními odděleními a to nejen s interními, ale i chirurgickými obory. Jelikož se psychiatrická onemocnění za poslední desetiletí dostala na přední místa vedle chorob kardiovaskulárních a onkologických, je nutné podporovat větší informovanost a podpořit tak větší osvětu tohoto oboru.

Zároveň tím zlepšovat komunikaci mezi P/K a zdravotnickými pracovníky tak, aby mohli P/K dostávat dostupnou kvalitní péči ve všech oborech.

U tohoto výzkumu jednotlivá oddělení velmi dobře spolupracovala. Při sběru dotazníků docházelo velmi často u jejich předávání k diskuzím, které by v následujících letech mohly pomoci ke zmírnění zpochybňování oboru psychiatrie.

12 Kazuistiky

12.1. Kazuistika č. 1

Jitce je 27 let. Pracuje jako ošetřovatelka ve zdravotnickém zařízení pro seniory. Je svobodná, ale žije v partnerském svazku. Posledních 6 let pracuje v oboru, kde se dle jejího mínění může čímkoli nakazit. I přes tyto obavy má svoji práci ráda a nerada by se jí vzdala. Její pocity v tomto ohledu jsou velmi intenzivní a občas jí narušují pracovní tempo.

Během několika posledních měsíců se její potíže ještě zhoršily. Narostla u ní obava z nakažení se nemocí. Z jakékoli nemoci, o které nic neví, v ní vyvolávají nepříjemné pocity a nastupují velmi intenzivní obavy z nakažení. Proto si neustále umývá dezinfekčními prostředky ruce i obličej. O každé nemoci, která se objeví na jejím oddělení, si vyhledává informace a ujišťuje se o dané nemoci, zda jí osobně neuškodí. Její přesvědčení, že se může kdykoli infikovat, je tak silné, že jí nepomáhají ani domluvy z řad kolegů a ujišťování lékaři z daného oddělení. Je přesvědčena, že záměrně neříkají pravdu, aby se ještě víc nebála.

V poslední době se stala vůči svému okolí, ještě víc podezíravá. Na ubytovně, kde bydlí, pokaždé když přijde z práce, provádí dvacetipětiminutovou hygienu ve sprše, používá hygienické potřeby, na kterých je silným písmem zvýrazněno to, že mají antibakteriální účinek. Na závěr po každém mytí, nejen ve sprše, použije na ruce a obličej Savo.

Používání těchto dezinfekčních prostředků několikrát za den zanechalo následky na její kůži. Proto byla nucena vyhledat kožního specialistu a docházet k němu na pravidelné kontroly.

Její obsedantní myšlenky se nevztahují na okolí, ale má obavy pouze o sebe. Obavy pramení z toho, aby se nenakazila jakýmkoli druhem nemoci.

V práci je zvýšeně pečlivá, co se týká hygieny rukou, myje se až po lokty a následně pak používá dezinfekční prostředek. Než použije v práci hrnek na pití nebo příbor, pečlivě ho dlouze a několikrát umyje přípravkem na nádobí a horkou vodou.

Je si vědoma, že její chování i myšlení nemusí dávat okolí smysl, avšak nedodrží-li dané postupy řádně za sebou, znejistí, a nedokáže dále provádět řádně svoji práci do té doby, než dodrží pořadí svých rituálů.

12.2. Kazuistika č. 2

Karlovi je 33 let. Jde o mladého muže, finančně dobře zajištěného a úspěšného ve své práci. Pracuje jako manažer v jedné z největších tuzemských firem. Denně mu pod rukama prochází finanční zakázky v hodnotě několika milionů korun. Má zodpovědnou funkci a je si plně vědom následků, vyplývajících z jeho chybného rozhodování.

Již od dětství měl smysl pro pořádek, doma má věci srovnané do komínku. Každá věc v domě má své místo. Dokáže se velmi rozčílit, když jeho manželka poposune byt jen nepatrně věci v domě. Má rád vše pod kontrolou, jak doma, tak i v práci. Rád vaří a manželku velmi nerad pouští do kuchyně. Chce si být jistý, že pokaždé vše, co uvaří, bude dle receptury a dodrží se správný postup při přípravě. Nepovedlo-li se něco, svaloval vinu na manželku, že za to může ona, neboť ho různými věcmi rozptylovala a on se tak nemohl soustředit.

Má rodinný dům na klidném místě a bezpečnostní kódování dveří. Než odejde na nákup, nebo do práce, vždy použije kódovací zařízení. Dvanáctkrát odkóduje a zase zakóduje vstupní dveře. Vyruší-li ho někdo, nebo zvuk telefonu, musel následně celý proces uzavírání domu opakovat od začátku.

V posledních týdnech se mu toto jeho jednání nezdálo být dostačující, stával se čím dál víc nejistý ve svém počínání. Proto při odchodu z domu začal ještě kontrolovat, jsou-li správně zavřené dveře a vstupní branka. Stávalo se, že nasedl do auta, rozjel se a byl nucen svými myšlenkami se vrátit, aby zkontroloval, zda je dům řádně uzamčen. Takto se začal chovat i v práci a brzy to neuniklo pohledům kolegů, kteří se ho pomalu začali stranit. Často se stávalo, že vyruší-li ho někdo, musel znovu začít s počítáním a ujišťováním se. To ho zdržovalo, začal pozdě chodit do práce i na pracovní schůzky. Začalo se to stávat čím dál častěji.

V práci býval velmi často do pozdních hodin a odcházel teprve tehdy, byl-li si jistý svým výsledkem a spokojený sám se sebou.

Jeho jednání nešlo přehlédnout a na doporučení svého nadřízeného, který mu pohrozil sesazením z jeho pozice a nepůjde-li to jinak i rozvázáním pracovního poměru, navštívil psychologa.

12.3. Kazuistika č. 3

Paní Květoslavě je 60 let. Již rok a půl je ve starobním důchodu, ale přesto si našla brigádu a pracuje jako prodavačka. Je vdaná, žije s manželem již 40 let. Vychovali spolu jednoho syna, kterému je 36 let a jednu dceru, které je 29 let.

V práci je pečlivá, vše jí ale déle trvá. Má potřebu mít věci okolo sebe urovnané, každá věc má své místo. Vše musí být srovnané dle barev a velikostí. Proto, když doplňuje zboží do regálů, nejprve veškeré krabice seřadí podle velikostí. Má svůj pořadník barev a podle toho dodržuje systém vyndávání zboží. Nemá ráda, když ji někdo v této činnosti vyruší, protože vzápětí musí vše znovu překontrolovat a začít se vším znovu.

Její manžel i děti si na to dle jejích slov zvykli. Nejvíce času stráví paní Květoslava v kuchyni a na zahrádce.

V kuchyni, tak jako v celém bytě, má vše svůj řád. Otevře-li spíž, odzhora dolů má srovnané krabičky čtvercových tvarů, nahoře jsou barvy světlejší a směrem dolů pak tmavší. Stejně postavené má nádobí v kuchyni. Když jde věšet prádlo, vše visí od nejmenšího kousku po největší na jednotlivých šňůrách. Také kolíčky má sjednocené do jedné barvy a jedné velikosti. Jednou se stalo, že pověsila prádlo a pak se šla dívat na televizi. Při reklamním bloku najednou znejistěla a uvědomila si, že jeden z kolíčků má jiný odstín. Bylo pozdě večer a ona nelenila a šla do sušárny, kde prohlížela kolíček po kolíčku, než našla ten, který její představě nevyhovoval.

Dle jejích slov zahrádka je upravovaná, každý koutek má svoji barvu. Spíše tam převažují záhony než tráva. Květiny, které má tak ráda a o které se stará, jsou rozděleny dle velikosti.

Tento její zdravotní stav trvá již od dětství. Udává, že tatínek byl velmi přísný na ni i na sestru. Také od její maminky vyžadoval vždy jídlo ve stejný čas, holil se ve stejnou hodinu každý den, doma byl rozepsaný denní harmonogram. Na nákupy chodil jen tatínek. Když otevřela skříň s potravinami, v jednotlivých regálech bylo vše vyrovnáno podle velikosti etiket.

13 Diskuze

Téma mé bakalářské práce vychází z oboru, ve kterém pracuji. Každý zdravotnický obor má svůj potenciál, a proto svojí prací jsem se snažila přiblížit obor, na který se mnoho lidí z řad zdravotnických profesí, ale i veřejnosti dívá s despektem.

Často se setkávám s tím, že psychiatrický i psychologický obor lidé podhodnocují, a spíše ho staví na okrajovou část ve zdravotnictví. Přitom nejednou je zapotřebí odborníků z této profese a pak teprve někteří lidé i z jiných profesí dokáží ocenit, jakým přínosem vlastně psychiatrický obor je. Dojde-li na krizové situace, jakými jsou povodně, tragické události, je za potřebí nejen armády, policie, ale pak nastává místo i pro profesionální zdravotnickou pomoc včetně psychologů a psychiatrů.

Obsah celé mé práce je zaměřený na informovanost a komunikační dovednosti cílené skupiny, která nejvíce přijde do kontaktu s nemocnými a to na všeobecné zdravotní sestry. Snažila jsem se zjistit, jaké postoje a pojetí mají k oboru psychiatrie jako takovému, jak by dokázaly komunikovat a reagovat na pacienty, kteří mají určité specifické psychiatrické onemocnění. Z jejich vědomostí jsem si udělala obraz z jehož celku mohu pak vycházet při sbližování oboru psychiatrie s ostatními obory.

Ve výzkumné části této mé práce jsem ze získaných údajů a informací a za pomoci mnou vytvořeného dotazníku použila data, která jsou zaměřena na informovanost všeobecných sester s konkrétním druhem psychiatrického onemocnění, které se týkají znalostí informací o tomto onemocnění a následné komunikace s psychiatricky nemocným P/K. Z nasbíraných odpovědí jsem také dostala i data o znalostech jednotlivých respondentů. Jsem toho názoru, že odborníci z řad psychiatrie mají pravdu v tom, že psychiatrie, jako obor je ještě hodně tabuizována. I když za posledních cca 20 let se spolupráce mezi psychiatrií a ostatními obory pomalu zlepšuje, přesto stále leží na tomto oboru určité stigma, které se jen velmi těžko daří po určitých vrstvách odkrývat.

Považuji ale i přes veškerá tabuizování v mém oboru za výhodu zjištění, že všeobecné sestry mají alespoň nějaké znalosti z oboru psychiatrie a zároveň mě samotnou velice příjemně překvapilo zjištění, že i když někteří z řad personálu měly zpočátku rozpaky když odpověděly na můj dotazník, dokázali v něm správně odpovědět na některé druhy

pokládáných otázek. Vyznělo z výsledků, že většina všeobecných sester se setkává s příznaky tohoto onemocnění, avšak nedokážou toto onemocnění správně pojmenovat.

Podle mě na základě mého dotazování můžeme usuzovat, že se postavení oboru psychiatrie výrazně zlepšilo, v celkovém kontextu nadále zlepšuje. V této době je tento obor pozitivně vnímán a v porovnání s dobou minulou se jeho přijímání a spolupráce s ostatními odděleními podstatně zlepšila.

Další výhodu vidím v tom, že všeobecné sestry jsou otevřenější se učit něčemu novému, dále se vzdělávat, jejich lačnost po nových poznatcích, o dovídání se a porozumění i jiným oborům a do toho zahrnuji i svůj specifický obor, mě utvrzuje v pozitivním myšlení, že toto vše přispívá k odbourávání hradeb mezi jejich a mým oborem.

Přesto nevýhodu vidím v tom, že všeobecné sestry mnohdy z neznalosti problematiky psychiatrie nedobře a nesprávně dokážou vnímat, a tak si nejsou jisté mnohdy v komunikaci s P/K nejen s psychiatrickým onemocněním, ale i tímto specifickým druhem nemoci. Z tohoto důvodu vymezují kontakt s P/K na minimum. Při rozhovorech se samotnými nemocnými často z jejich slov cítím i vidím lítost a zklamání nad jejich nepochopením ze stran personálu. Svoji naději v lepší komunikaci vkládají právě do toho, že jde o zdravotnický personál, který je vyškolený v tom, jak hovořit a jak se chovat k těmto nemocným, kteří trpí různými druhy nemocí. Neskrývají svoje zklamání, když tomu tak není. Jejich okolí mnohdy nerozumí jejich druhu chování, proto spoléhají na zdravotnický personál, že je pochopí a podpoří.

Výhodou mnou vytvořeného dotazníku je to, že jsem získala určitou představu o vědomostech všeobecných sester, přehled názorů a postojů k tomuto druhu onemocnění, ze kterého můžeme do budoucna vycházet při přibližování oboru tak specifického jako je psychiatrie k ostatním oborům, byť je to formou osvěty, přednášek a konferencí a můžeme se lépe zaměřit jednotlivými cílenými směry při spolupráci a zlepšování vztahů mezi jednotlivými pracovišti a odbourávání mýtů a stigmat.

Můžeme říci, že výzkumné předpoklady se naplnily, ve všech mnou zvolených předpokladech, i když některé jen z části.

V případě prvního předpokladu byla hypotéza potvrzena. Vzhledem k tomu, že dle mého názoru interní obory mají blíže k oboru psychiatrickému, nebylo pro mě překvapením, jak předpoklad u této hypotézy dopadl.

Druhý předpoklad týkající se počtu odsloužených let mě také nepřekvapil, když na všech odděleních, jak chirurgických, tak interních jsem předpokládala, že s léty přibývajícím praxe mají všeobecné sestry mnohem více zkušeností a tak zároveň i lépe komunikují s pacienty, kteří mají různá odlišná onemocnění.

A co se týče třetí a čtvrté hypotézy, jsem si jistá, že je potřeba i nadále zlepšovat a lépe informovat různá oddělení, jak celkově komunikovat s pacienty, kteří jsou duševně nemocní. Osobně věřím,lepší-li se informovanost zdravotnického personálu, mohl by nastat i nárůst ve zlepšení komunikace s takto nemocnými pacienty. Tím, že by došlo ke zlepšení v komunikaci mezi duševně nemocným a zdravotnickým personálem, přispělo by to kousek po kousku k odbourávání tabuizovaného problému a zmenšila by se tím i míra stigmatizace, o kterou se léta mnozí specialisté z oboru psychiatrie snaží.

Mohu tedy říci, že výzkumné předpoklady, které jsem si zvolila, se na základě mých zjištění v podstatě naplnili. Myslím si však, že moje zjištění se shoduje s teorií, ze které jsem vycházela.

Díky tomuto dotazníku, který mi pomohl se lépe zorientovat v problematice mezi jednotlivými obory a tím, co mohu nabídnout ke zlepšení vztahů mezi mým oborem a ostatními obory, rozšířilo mi to obzor v mých vědomostech, můžu říci, že v budoucnosti při mých účastech na různých sympoziích se budu věnovat této problematice a ráda bych se přidala svými poznatky a vědomostmi k těm, kteří pomohou odbourávat nejasná a tabuizovaná témata a přispějí tak k lepší spolupráci mezi jednotlivými obory.

Věřím, že v následujících letech se jednotlivé vztahy a problematika mezi jednotlivými obory budou jen a jen zlepšovat a povede to ke zlepšení komunikace a většího pochopení nejen mezi zdravotnickým personálem, ale i mezi lidmi samotnými.

Obor psychiatrie prošel ve 20. století velikými změnami. Nesmírně k tomu přispěly poznatky o funkci mozku. Byly ovlivněny geny, které jsou spjaty s abnormalitami myšlení duševně nemocných. Zároveň se prokázalo, že za změnami v chování může i zevní prostředí.

Současně s tím pokročila i vývojová fáze léčiv, medikamenty jsou objevovány přímo na jednotlivá onemocnění, která jsou podmíněna genetikou. Není to pouze farmakologická léčba, která napomáhá k lepším výsledkům léčby, ale i tím, že využívá přírodních zdrojů jako je zdroj světla, či zdroje na fyzikálním podkladě. Hlavně od druhé poloviny

tohoto století využívá i změny v úhlu pohledu nejen na projevy, ale i na vyvolávající faktory, které trvají kratší dobu a mají nezpochybnitelný účinek. / KBT/.

(Raboch, 2012) udává, že dle WHO byla zveřejněna studie potvrzující, že psychiatrická onemocnění jsou na předních příčkách ve výskytu nemoci a následné neschopnosti práce. Toto zjištění bylo podkladem pro větší důraz o snahu a o větší zájem o duševní poruchy.

V roce 2008 byl na Evropské konferenci v Bruselu přijat pakt, který vyzval :

- 1) K větší aktivitě prevence deprese a sebevražedného jednání
- 2) Větší vzdělanost adolescentů o duševní podporu (podpora pro školy)
- 3) Duševní zdraví na pracovišti
(spokojenost v práci, předcházení mobbingu, lepší začlenění lidí s duševními potížemi)
- 4) Duševní zdraví seniorů
(větší začleňování seniorů, důraz kladen směrem k sociální péči)
- 5) Snižování stigmatizace (aktivní zapojování lidí s duševním onemocněním)

Jelikož v ČR nefunguje ucelený program systémové péče o duševně nemocné, je zde nedostatek ambulantních služeb a nedostatečná kapacita komunitní péče. Domnívám se, že jedním z předpokladů, proč by tomu tak mohlo být, je stigmatizace samotného oboru.

13 Návrh na řešení zjištěných problémů

Příručka pro pacienty

OCD je nemoc a není důvod se cítit před ostatními provinile.

Těch, kteří trpí obsesemi nebo kompulzemi, je na světě více, než si myslíte. Tímto druhem onemocnění trpí každý padesátý člověk na světě.

Před svými blízkými dejte vědět, co Vás trápí, mohou Vám pomoci ve vyhledávání odborné pomoci.

Nemějte obavy o svých potížích hovořit se svým lékařem, nebo psychoterapeutem je to velmi těžké, ale nakonec zjistíte, že Vám to přináší úlevu.

Než se objeví první zlepšení, trvá to několik týdnů, proto mějte trpělivost.

Někdy se na začátku léčby objeví nežádoucí účinky, které nejsou moc příjemné, ale věřte, že za kratší dobu vymizí.

Léčba je dlouhodobá, trvající déle než rok. Jestliže byste léčbu ukončili dříve, často hrozí návrat obtíží.

Je dobré a velmi účinné kombinovat léky s kognitivně-behaviorální terapií pod dohledem určeného specialisty. Toto posílí Vaše odvahu, odhodlání ve vytrvání a najdete-li si v léčbě systém, výsledný efekt terapie se dostaví.

Příručka o obsedantně kompulzivní poruše aneb co byste měli vědět

OCD je nemoc, která je vůlí nepotlačitelná, za kterou nikdo nemůže.

Ten, u koho se projevuje toto onemocnění, nedělá nic ze svého jednání naschvál.

Podporujte toho, kdo má příznaky OCD tím, že bude brát léky a včas docházet na kontroly k lékaři, nebo psychoterapeutovi.

Jestliže se budete podílet na rituálním jednání nemocného, bude to na něho působit podpůrněji a jeho stav to tak nezlepší. Nejčastěji člověk trpící touto nemocí chce být ujišťován ve svém jednání, tím mu jen na chvíli ulevíte, ale přitom budete podporovat jeho nemoc. Pokuste se dohodnout o signálu, který Vám nemocný dá, bude-li vyžadovat z Vaší strany ujištění.

Nešetřete pochvalou, zaznamenáte-li alespoň malinký pokrok při překonávání potíží.

Pokuste se spolu mluvit při rozhovorech na různá témata, tím tak zkusíte snížit vliv obsedantních myšlenek a kompulzivního jednání.

14 Závěr

Bakalářská práce se zabývala poukazováním na zlepšení náhledu problematiky psychiatrického onemocnění a ke zlepšení spolupráce mezi psychiatrickým oborem a ostatními obory jako takovými. Zaměřila jsem se na zlepšení pochopení určitého druhu psychiatrického onemocnění, které je dle dostupné literatury na předních příčkách oboru psychiatrie. Jaké informace mají všeobecné zdravotní setry o tomto daném onemocnění.

Podarilo se mi naplnit mé průzkumné předpoklady – na stabilním podkladě výsledků můžeme usuzovat, zdali je nutnost zlepšovat informovanost o onemocnění OCD mezi jednotlivými obory a doplnit tak případně vzájemnou propletenou spolupráci. Na základě dotazníkových odpovědí se pak můžeme zaměřit na další směřování ve zlepšování nejen samotných vztahů mezi oborem psychiatrie a obory interními či chirurgickými, ale i zlepšovat náhled na podvědomí a informovanost jednotlivých specifík různých onemocnění.

Hlavním cílem této práce bylo zjištění, jak zlepšit informovanost a zároveň navazující vztahy mezi těmito obory. Popřemýšlet nad tím, jak tyto vztahová propojení zlepšovat, jak navazovat lepší koordinaci při spolupráci mezi těmito jednotlivými obory a oborem takto úzce specifickým, jakým odvětví v oblasti psychiatrické péče beze sporu je, tak, aby to přinášelo význam pro nastávající spolupráci, která se v budoucnu bude ještě specifičtěji rozvíjet.

15 Seznam bibliografických citací

- 1) HERMAN Erik, PRAŠKO Ján, SEIFERTOVÁ Dagmar a kol. *Konziliární psychiatrie*, vyd.1, Medical Tribune CZ, Galén, 2007, ISBN: 978-80-903708-9-0(medici Tribune CZ), ISBN: 978-80-7262-498-0(Galén)(vid.8/2013)
- 2) CHROMÝ, Karel. *Hromadění věcí a zvířat*. Česká a slovenská psychiatrie. 2008, roč. 104,č.1,s.22-26, ISSN: 1212-0383(vid.1/2013)
- 3) CHROMÝ, Karel. *Obsedantně kompulzivní spektrum=Obsesive-compulsive spektrum*. Psychiatrie pro praxi., 2007, roč.8, č.3,s.109-110, ISSN: 1213-0508,1803-5272(elektronická verze).(vid.8/2013)
- 4) KOSOVÁ, J. *Obsedantně kompulzivní porucha*. IN:Hoschl C, Libiger J, ŠvestkaJ (eds.) Psychiatrie. Praha: Tigris, 2002,497(vid.1/2013)
- 5) KŘÍŽ, Josef. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. 1.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zemědělská fakulta, 2000, s. 155, ISBN 80-704-0386-1.(vid.3/2013)
- 6) KHOLLOVÁ, Miroslava. *Patologické shromažďování*. Psychiatrie pro praxi, 2009, roč. 10, č. 6, s. 264-267, ISSN: 1213-0508,1803-5272(elektronická verze) (vid.8/2013)
- 7) MALÁ, Eva. *Obsedantně kompulzivní poruchy v dětství a adolescenci*. Česká a Slovenská psychiatrie/ Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. 1996, roč. 92, c.5, s.303-311, ISSN 1212-0383(vid.2/2013)
- 8) MAREŠ Jiří, VACHKOVÁ Eva. *Pacientovo pojetí nemoci III*. Brno: MSD, 2011, s. 122, ISBN: 978-807-3921-910(vid.12/2012)
- 9) NEENAN,Michal. DRYEN Windy. *Kognitivní terapie: stručný přehled*.vyd.1, Editor: Raboch Jiří. Praha: Portál, 2008, s. 109. Stručný přehled. ISBN978-807-3673-727(vid.1/2013)
- 10) PRAŠKO,Ján. PRAŠKOVÁ Hana. *Obsedantně kompulzivní porucha a jak ji zvládat*.vyd.1. Praha: Galén, 2008, s. 69, ISBN 978-80-7262-531-4(vid.1/2013)
- 11) PRAŠKO Ján, CINCULOVÁ Andrea, SIGMUNDOVÁ Zuzana, DEMLOVÁ Barbora, KAMARÁDOVÁ Dana. *Úzkostné poruchy*. Klinická

psychiatrie.vyd.1, Praha: Tigis, 2011, ISBN: 978-80-87323-00-7(váz.).(vid.4/2013)

- 12) PRAŠKO,Ján. *Jak obsese a kompulze překonat a zastavit:příručka pro pacienty a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf, 2010, s. 55, ISBN: 978-80-7345-228-5.(vid.12/2012)
- 13) PRAŠKO,Ján. *Postupy v léčbě psychických poruch: algoritmy České neuropsychofarmakologické společnosti*. 2., rev. vyd. Editor Dagmar Seifertová. Praha: Academia Medica Pragensis v nakl. Medical Tribune CZ, 2008, s. 616, ISBN 978-808-6694-078. Praha: Maxdorf, c2010, s. 55, ISBN 80 - 86694-07-0.(vid.12/2012)
- 14) PRAŠKO, Ján. *Jak zvládnout generalizovanou úzkostnou poruchu*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, s. 84, ISBN 978-80-7262-631-1.(vid.6/2013)
- 15) PRAŠKO Ján, PRAŠKOVÁ Beata, PRAŠKOVÁ Hana, ŠLEPECKÝ Miloš, ZÁLESKÝ Richard. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak se jí bránit*. Vyd.2, Praha: Portál, 2010., s. 120, ISBN 978-80-7367-808-1(vid.8/2013)
- 16) STEKETEE, Gail. *Treatment of obsessive compulsive disorder*. New York: Guilford Press, c1993, 224 p. ISBN 08-986-2911-X.(vid.5/2013)
- 17) RABOCH, Jiří, PAVLOVSKÝ Pavel, JANOTOVÁ Dana. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. Vyd. 4, rozš. Praha: Triton, 2006, 211 s., [8] l. obr. příl. Psyché (Grada). ISBN 80-725-4746-1. (vid.4/2013)
- 18) REKTOROVÁ, Irena. *Česká psychiatrie a svět*. 1. vyd. Editor Jiří Raboch. Praha: Galén, 2004, s. 303, ISBN 80-726-2273-0.(vid.2/2013)
- 20) REKTOROVÁ, Irena. *Kognitivní poruchy a demence*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2007, s. 190, ISBN 978-807-3870-171.(vid.4/2013)
- 21) REKTOROVÁ, Irena. *Quo vadis, psychiatria?: [sborník přednášek a abstrakt VII. sjezdu České psychiatrické společnosti s mezinárodní účastí]*. 1. vyd. Editor Jiří Raboch. Praha: Galén, 2008, s. 243, ISBN 978-80-7262-567-3.(vid.12/2012)
- 22) European Commission European Pact for Mental Health and Well- being. Brussels, 2008(vid.10/2013)

16 Seznam příloh

Příloha 1: Dotazník

Příloha 2: Hodnotící škály

Seznam obrázků:

Obrázek č. 1: Komplexní péče o duševně nemocné	11
Obrázek č. 2: Vliv nemoci na život pacienta.....	15
Obrázek č. 3: Předpokládaný sled událostí při OCD.....	16
Obrázek č. 4: Sled událostí-obsese a kompulze při zamykání dveří.....	16
Obrázek č. 5: Příklad bludného kruhu OCD.....	19
Obrázek č. 6: OCD verze.....	19
Obrázek č. 7: Farmakologie.....	32

Příloha 1

Dobrý den,

Jmenuji se Jana Sandholcová a dokončuji kombinované studium na Technické Univerzitě v Liberci. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění mého dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce. Dotazník je plně anonymní a slouží pouze jako podklad k mé práci. Není určen k další distribuci či rozšiřování a jeho vyplnění Vám zabere 10 minut. Nachází se na níže uvedeném odkazu.

Děkuji Vám za spolupráci a přeji příjemný den.

.....

Jste: Muž Žena

1. Vaše dosažené vzdělání?

- 1) Středoškolské
- 2) Vyšší odborné
- 3) Vysokoškolské - bakalářské
- 4) Vysokoškolské – magisterské

2. Na Vašem oddělení pracujete jako:

- 1) Nižší zdravotnický pracovník
- 2) Všeobecná sestra
- 3) Staniční sestra
- 4) Vrchní sestra

3. Na jakém oddělení v nemocnici pracujete ?

- 1) Chirurgické oddělení
- 2) Interní oddělení
- 3) Chirurgické oddělení- JIP
- 4) Interní oddělení-JIP

4. Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?

- 1) Praxe v délce 0-3 roky
- 2) Praxe v délce 4-6 let
- 3) Praxe v délce 7-10 let

4) Praxe v délce 10 let a výše

5. Setkal /a jste se již ve své praxi s někým, kdo trpěl psychiatrickým onemocněním?

- 1) Ano
- 2) Ještě ne

6. Uměl/a jste s takovým nemocným komunikovat?

- 1) Myslím, že ano
- 2) Myslím, že ne
- 3) Byl/a jsem si v komunikaci jistý/á
- 4) Byl/a jsem v komunikaci nejistý/á

7. Znáte ze svého okolí někoho, kdo má pravidelné rituály, například si myje často ruce, nebo počítá dlažební kostky, kontroluje, zda jsou správně zavřené dveře, či v určitých situacích jedná jinak než ostatní lidé?

- 1) Ano, už jsem se s takovým jednáním setkal/a
- 2) Ne, nesetkal/a jsem se s tímto jednáním
- 3) Pouze jsem o takovém jednání slyšel/a, nebo četl/a
- 4) Sám/a trpím určitou formou takového jednání

8. Víte co je obsedantní chování?

- 1) Halucinace
- 2) Iluze
- 3) Vtíravé myšlení

9. Víte co je kompulzivní jednání?

- 1) Našeptávající hlas
- 2) Chvění rukou
- 3) Nutkavé jednání

10. Kompulze:

- 1) Nemají logickou souvislost
- 2) Jsou přiměřené k dané situaci
- 3) Mají logickou souvislost

11. K obsedantním myšlenkám nepatří:

- 1) Lze se jich zbavit
- 2) Nemají rituály
- 3) Řád

12. Myslíte si, že obsedantně kompulzivní porucha je akutní onemocnění?

- 1) Ano
- 2) Ne
- 3) Nevím, nejsem si jistá/jistý

13. Ošetřovali jste někdy pacienta/klienta s OCD onemocněním na Vašem oddělení ?

- 1) Setkal /a jsem se s tímto onemocněním
- 2) Nesetkal/a jsem se s tímto onemocněním
- 3) Nejsem si jistá/jistý

14. Kdy se dle Vašeho názoru objevuje poprvé toto onemocnění?

- 1) 6-9 let
- 2) 10-15 let
- 3) 16-24 let
- 4) 25-30 let

15. Uveďte, které si myslíte, že jsou 3 nejčastější obsedantní poruchy:

- 1.
- 2.
- 3.

16. Souvisí depresivní stavy s obsedantně kompulzivním jednáním?

- 1) Myslím, že ano
- 2) Myslím, že ne
- 3) Nevím
- 4) Nejsem si jistá/jistý

17. Ruminace je :

- 1) Obava, že někomu ublížím
- 2) Specifická forma obsedantně kompulzivní poruchy
- 3) Nikdy jsem o tom neslyšel/a
- 4) Vymyšlený výraz

Příloha 2

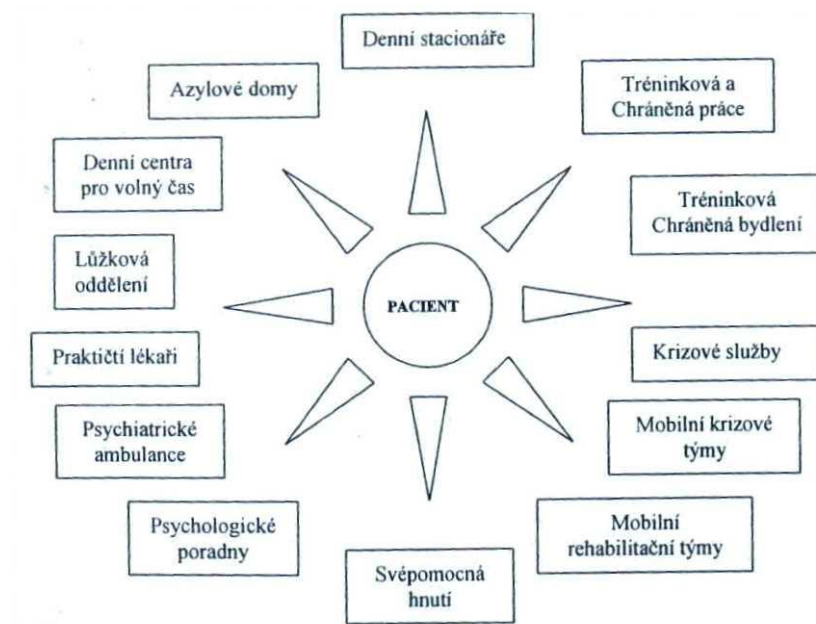
Hodnoticí škály

K vyhodnocení stupně OCD se používají škály:

- 1) **Y-BOCS**- YALE. BROWN Obsessive- Compulsive Scale
- 2) **BAI**- Beck Anxiety Inventory
- HAMA**- Hamilton Rating Scale for Anxiety (*škála úzkosti*)
- 3) **BDI**- I-Beck Depression inventory (*škála příznaků deprese*)

<u>YALE - BROWN OBSESSIVE COMPULSIVE SCALE (Y-BOCS)</u>					
Y-BOCS CELKOVÉ SKÓRE (součet položek 1 - 10) ☐					
Jméno _____	Datum _____				
	Žádný	Mírný	Střední	Těžký	Extremní
1. ČAS VĚNOVANÝ OBSESÍM	0	1	2	3	4
2. OBSESE - INTERFERENCE	0	1	2	3	4
3. NEPOHODA PŘI OBSESÍCH	0	1	2	3	4
	vždy odolává				plně se poddává
4. ODOLNOST VŮČI OBSESÍM	0	1	2	3	4
	plná	dobrá	střední	malá	žádná
5. KONTROLA NAD OBSESEMI	0	1	2	3	4
SKÓRE OBSESE (součet položek 1 - 5) ☐					
	Žádný	Mírný	Střední	Těžký	Extremní
6. ČAS VĚNOVANÝ KOMPULZÍM	0	1	2	3	4
7. KOMPULZE - INTERFERENCE	0	1	2	3	4
8. NEPOHODA PŘI KOMPULZÍCH	0	1	2	3	4
	vždy odolává				plně se poddává
9. ODOLNOST VŮČI KOMPULZÍM	0	1	2	3	4
	plná	dobrá	střední	malá	žádná
10. KONTROLA NAD KOMPULZEMI	0	1	2	3	4
SKÓRE KOMPULZE (součet položek 6 - 10) ☐					

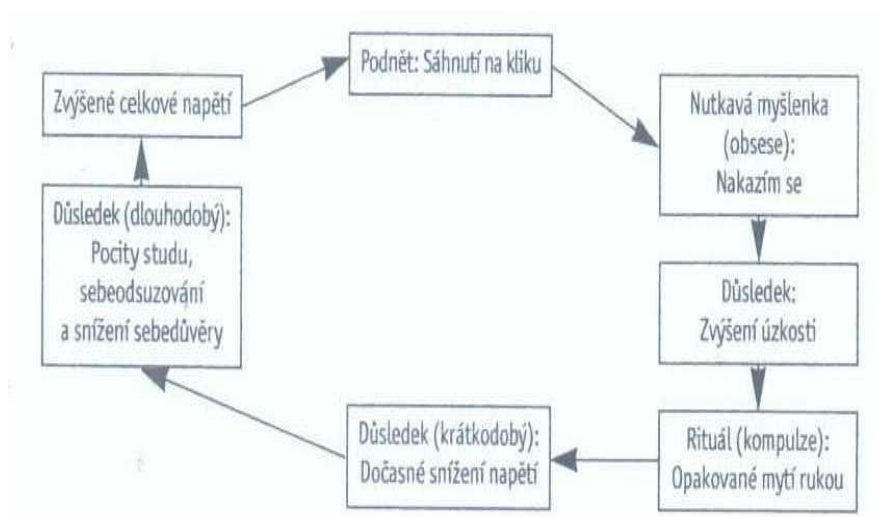
Hodnoticí škála Y-BOCS



Obr. č. 1 Komplexní péče o duševně nemocné

zhoršené sebeocenení	90%
nižší odvaha k postupu v práci	65%
zhoršení vztahu s partnerem	65%
méně přátel	62%
pokles tvůrčího výkonu	60%
zhoršení vztahu k rodičům	60%
občasné myšlenky na sebevraždu	55%
zhoršení na vztahu k dítěti	50%
změna zaměstnání v důsledku obtíží	45%
narušení intimního vztahu	40%
omezování i ostatních členů rodiny	35%
nadužívání alkoholu	20%
nadužívání léků (nejde o léky předepsané lékařem)	15%
sebevražedný pokus	10%

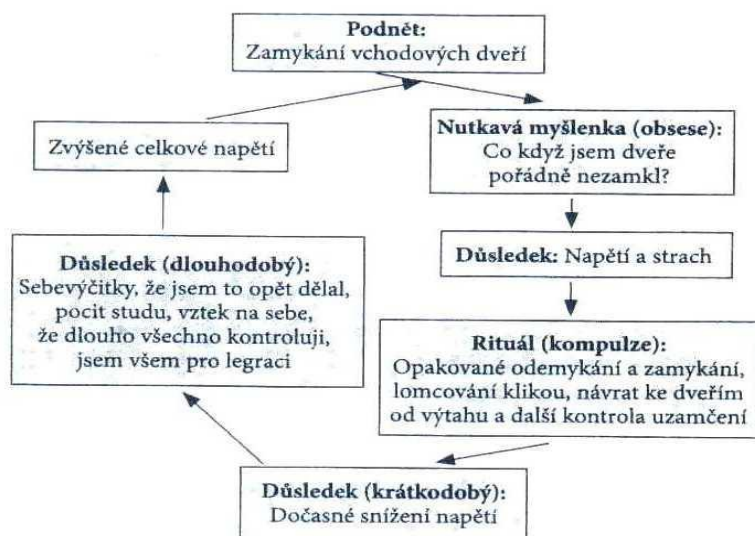
Obr.2 Vliv nemoci na život pacienta



Obr.č. 3 Předpokládaný sled událostí při OCD



Obr.č.4 Předpokládaný sled událostí při zamykání dveří



Obr. č. 5 Příklad bludného kruhu OCD



Obr.č. 6 OCD verze



Obr. 7 Farmakologie