

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2015

Bc. Veronika Radová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství N5341

Bc. Veronika Radová

Studijní obor: Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech - CHIR

**VÝVOJ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA
UŽÍVAJÍCÍHO NEUROLEPTIKA**

Diplomová práce

Vedoucí práce: MUDr. et Mgr. Petra Teslíková

PLZEŇ 2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 27. 03. 2015

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji MUDr. et Mgr. Petře Teslíkové za odborné vedení práce diplomové práce, poskytování cenných odborných rad, podnětů a materiálních podkladů.

ANOTACE

Příjmení a jméno : Bc. Radová Veronika

Katedra : Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce : Vývoj ošetrovatelské péče o pacienta užívajícího neuroleptika

Vedoucí práce : MUDr. et Mgr. Petra Teslíková

Počet stran : číslované 62 , nečíslované 45

Počet příloh : 12

Počet titulů použité literatury : 70

Klíčová slova : antipsychotika – neuroleptika - ošetrovatelství v psychiatrii – pacient - psychofarmakologie

Souhrn :

Téma diplomové práce je Vývoj ošetrovatelské péče o pacienta užívajícího neuroleptika. Jde o historicko-srovnávací práci, ve které je zmapován vývoj psychofarmakologie se zaměřením na neuroleptika, od jejich objevení až do současnosti. Kapitoly jsou členěny v období po deseti letech. V práci je popsáno dělení neuroleptik, jejich indikace, kontraindikace a léčebný postup. Zvýšená pozornost je věnována nežádoucím účinkům neuroleptik. Upozorněno je na některé změny v indikacích, kontraindikacích a změny názvu. Významným mezníkem ve vývoji neuroleptik znamenalo objevení atypických neuroleptik. Dále je v práci věnována pozornost psychiatrickým posuzovacím stupnicím a škálám. Podstatná část práce se zabývá vývojem ošetrovatelské péče o pacienty na psychiatrii, zdůrazněna je úloha všeobecných sester a specifika práce na psychiatrii, zejména pak specifika podávání léků. Cílem diplomové práce je shrnout poznatky o vývoji psychofarmakoterapie a ošetrovatelské péče na psychiatrii pro zkvalitnění péče o pacienty.

ANNOTATION

Surname and first name : Radová Veronika

Department : Nursing and Midwifery

Title : Developing nursery surgery of patient which is talking the neuroleptics.

Supervisor: MUDr. et Mgr. Petra Teslíková

Number of pages : numbered 62, unnumbered 45

Number of attachments : 12

Literature : 70

Keywords : Antipsychotic - Neuroleptic - Psychiatric Nursing - Patient -

Psychopharmacology

Abstract :

Developing nursery surgery of patient which is taking the neuroleptics deals with the theme of the thesis. It is a historical-comparative work about, in which the psychopharmacological action's development is mapped on the neuroleptics bearing from it's detection till this day coincidence. The heads are classificationed in the period after decade. The thesis gives an account of the neuroleptics separation, it's designations, contradesignations and proper therapeutic procedure. To uncalled-for underactions is devoted the raised attention. It is attention directed towards some alternations in indications, contraindications and renames. The untypical of neuroleptics' detection meaned important landmark in the neuroleptics' progress. Further the thesis is refered to psychological censor scales and gamut's reference. Fundamental fraction of the thesis is concerned with medical care's development of treating the patients for mental diseases, the task is put great on general nurses and to specify job scope for psychiatry, detail of administer a medicine. The aim of the thesis is to pool up-to-date knowledge on psychopharmacotherapy development and nursing staff of medical care for psychiatric ward to aim at achieving patient's care enhancement.

OBSAH

ÚVOD	10
1 OBJEVENÍ PSYCHOFARMAK A OBDOBÍ 1950-1959 V PSYCHIATRII.....	12
1.1 Úloha všeobecných sester na psychiatrii v letech 1950-1959.....	13
1.2 Postavení některých léčebných metod v psychiatrii.....	14
1.3 Zařazení neuroleptik	15
1.4 Indikace neuroleptik	15
1.5 Kontraindikace neuroleptik	16
1.6 Léčebný postup	16
1.7 Vedlejší příznaky při léčbě neuroleptiky	18
2 OBDOBÍ 1960-1969 V PSYCHIATRII	20
2.1 Ošetrovatelské péče na psychiatrii v letech 1960-1969.....	20
3 OBDOBÍ 1970-1979 V PSYCHIATRII	22
3.1 Depotní neuroleptika	23
3.2 Ošetrovatelská péče na psychiatrii v letech 1970-1979.....	24
3.2.1 Pozorování	24
3.2.2 Farmakoterapie	25
3.2.3 Vedení zdravotnické dokumentace	26
3.2.4 Intenzivní péče na psychiatrii	29
3.2.5 Prevence psychických nemocí	30
4 OBDOBÍ 1980-1989 V PSYCHIATRII	31
4.1 Změny v kontraindikacích neuroleptik.....	32
4.2 Ošetrovatelská péče na psychiatrii v letech 1980-1989	32
4.2.1 Intoxikace neuroleptiky	33
4.2.2 Neuroleptika a řízení motorových vozidel	34
4.2.3 Farmakoterapie v pedopsychiatrii	34
4.2.4 Maligní neuroleptický syndrom.....	35
5.1 Změna názvu.....	36
5.2 Atypická neuroleptika - neuroleptika II.generace.....	36
5.3 Psychiatrické posuzovací stupnice a škály	38
5.4 Ošetrovatelská péče na psychiatrii v letech 1990-1999	41
6.1 Neuroleptika v 21. století.....	44
6.1.1 Indikace neuroleptik	47

6.1.2 Vedlejší účinky neuroleptik.....	48
6.1.3 Léčba neuroleptiky v těhotenství a při laktaci.....	49
6.1.4 Neuroleptika v onkologii.....	50
6.1.5 Neuroleptika v chirurgii	51
6.2 Ošetrovatelská péče na psychiatrii v letech 2000-2009.....	52
6.2.1 Vedení zdravotnické dokumentace	58
7.1 Ošetrovatelská péče na psychiatrii v letech 2010-2014.....	60
7.1.1 Specifika podávání léků	61
7.1.2 Farmakologické zvládnání neklidu	62
7.2 Zvyšování spotřeby neuroleptik	63
ZÁVĚR	70
LITERATURA A PRAMENY	
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	
SEZNAM PŘÍLOH	

ÚVOD

Psychiatrie je klinický obor zabývající se diagnostikou, léčbou a prevencí duševních onemocnění. Vzhledem k současnému rozsahu psychiatrie jsou vyčleňovány její podobory. Mezi lékařskými obory má psychiatrie historicky odlišné postavení, kromě jiného i v tom, že její stav je ukazatelem vztahů mezi lidmi.

Duševní poruchy se vyskytovaly ve všech historických obdobích i kulturách, avšak byly považovány za trest bohů, za projev posedlosti zlým duchem a hovořilo se o nich jako o šílenství, čemuž odpovídala i léčba – zařikávání, modlitby. Nejtemnější dobou pro psychiatrii byl středověk. Z této doby jsou dochovány sdělení o mučení, upalování a popravách osob posedlých ďáblem. Jinde byli duševně nemocní vyvázeni jako psanci na okraj společnosti a tak s nimi bylo i zacházeno. Patřili mezi žebráky, tuláky, živořili z milodarů, byli vrháni do žalářů a kobek, odvázeni prostřednictvím lodí bláznů na opuštěné ostrovy. V 18. století se začínaly budovat samostatné azyly a ústavy pro psychiatrickou léčbu. V 19. století došlo k modernímu a vědecky podloženému rozvoji psychiatrické terapie. A ve 20. století se rozvíjí biologické ovlivňování duševních poruch a to léčbou spánkem, hormonální, konvulzivní, chirurgickou, dále psychoterapií a psychofarmakoterapií. Dnes je psychiatrie částí klinického lékařství a člověk je definován jako bio-psycho-sociální systém.

Základy moderní psychofarmakologie byly položeny počátkem 50. let 20. století, což znamenalo pro psychiatrii velký převrat a pro duševně nemocné možnost návratu do společnosti. Psychofarmaka rozhodujícím způsobem přispěly i ke změně atmosféry v lůžkových psychiatrických zařízeních, došlo k řadě změn v oblasti ošetrovatelské péče. Moderní psychofarmaka se tak stala mohutným impulsem pro nový rozvoj četných vědních disciplín. Dnes psychiatrii využívají nepřehledné množství psychoaktivních látek k léčbě duševních poruch a vývoj nových psychofarmak jde velice rychle vpřed.

Psychofarmaka jsou velmi obsáhlou skupinou léků, která je rozdělována řadou klasifikací. Diplomová práce se zabývá konkrétní skupinou psychofarmak, a to neuroleptiky. Tato skupina léků je indikována k léčbě psychotických poruch, zejména schizofrenie. Ošetrovatelská péče o pacienty s psychotickými poruchami má svá specifika a své problematické oblasti, mezi které řadíme mimo jiné i podávání a pravidelné užívání léků, spolupráci pacienta a nežádoucí účinky léků. V diplomové práci je porovnána

ošetřovatelská péče v dobách objevení psychofarmak se současnou ošetřovatelskou péčí na psychiatrii. Také je zdůrazněno v jakých oblastech je nutné o pacienta s neuroleptiky pečovat a dále je poukázáno na důležitost edukační činnosti všeobecné sestry.

Cílem diplomové práce je zmapovat vývoj psychofarmak a s tím související vývoj ošetřovatelské péče na psychiatrii a shrnutí poznatků pro zkvalitnění péče o pacienta. Diplomová práce by mohla být použita jako studijní materiál pro všeobecné sestry a studenty psychiatrických oborů k jejich dalšímu vzdělávání a k pochopení důležité role všeobecné sestry v péči o pacienta na psychiatrii a velkého významu edukační činnosti.

1 OBJEVENÍ PSYCHOFARMAK A OBDOBÍ 1950 – 1959 V PSYCHIATRII

Objevení psychofarmak v letech 1952-1954 znamenalo velký převrat v psychiatrii, který vyvolal kontroverzní postoje k léčbě psychicky nemocných, ale zároveň položil základní kámen nové lékařské disciplině, a to psychofarmakologii. Tímto objevem byly získány nové možnosti v léčbě psychóz, což pro mnohé duševně nemocné znamenalo možnost návratu do společnosti. Rozhodujícím způsobem přispěly k radikální změně atmosféry v lůžkových psychiatrických zařízeních a zároveň pomohly změnit nesprávné názory veřejnosti na psychicky nemocné pacienty.(1)

Většina lůžkových psychiatrických zařízení bývala vlastně smutnými místy, kde různá zabezpečovací zařízení vězeňského charakteru a vysoké zdi chránila společnost před lidmi, kteří duševně onemocněli a to jen proto, že tito nemocní lidé byli nebo mohli být pro společnost nebezpeční. V těchto objektech výjimkou nebyly rozsáhlé místnosti, tzv. sály, které byly přeplněny neklidnými nemocnými. Většina pacientů jen nečinně seděla na těžkých lavicích a tupě hleděla před sebe. Typické pro tyto nemocné v psychiatrickém zařízení byly rozpuštěné rozcuchané vlasy, šedivé nebo pruhované pláště, sukně či plátěné spodky, bez ponožek a bez jakéhokoli spodního prádla, lidé, pro které byl kapesník nedosažitelným přepychem. A většina psychiatrů v tom vzezření pacienta viděla jen průkaz hluboké demence či defektu, ale málokoho tehdy napadlo, že to může být určitý výraz rezignace pacienta anebo prostý protest. Celé budovy byly naplněny monotónním nebo jindy přerývaným křikem. Ošetřovatelé měli jen funkci dozorců. (2)

K významným objevům došlo zásluhou francouzského chirurga Henri Laborita, který hledal způsob jak přivést lidský organismus do stavu hibernace. Hlavní neuroleptikum, chlorpromazin, byl syntetizován v roce 1950 na jeho zakázku ve farmaceutické firmě Rhône-Poulenc jako antihistaminikum se silným sedativním účinkem, za účelem zabránění zvýšené stresové reakci organismu po rozsáhlých traumatech a chirurgických zákrocích. Lékaři v indočínské válce se snažili při transportu francouzských vojáků do rodné země zpomalit jejich metabolismus umělým podchlazením za pomoci lytických směsí obsahující chlorpromazin. Vojáci po tomto zákroku byli klidní a značně apatičtí. Tohoto účinku se snažili využít pařížští psychiatři Delay a Deniker u psychicky nemocných, kteří se nejen zklidnili, ale vymizely u nich halucinace a bludy.

Chlorpromazin byl poprvé podán pacientům na psychiatrii 19. ledna 1952 v pařížské vojenské nemocnici Val de Grace. (3)

V roce 1952 se podařilo izolovat alkaloidy z rostliny *Rauwolfia serpentina* v laboratořích firmy Ciba v Basileji, kdy jeden nejúčinnější byl izolován, reserpin. Lze tedy s určitostí říci, že přibližně ve stejné době měli psychiatři k dispozici hned dvě skupiny látek, které byly pokládány za rovnocenné. (3)

První klinická sdělení Delaye a Denikera pocházejí z roku 1952, kdy svoji přednášku proslovili na schůzi Société Médico-Psychologique v květnu tohoto roku a publikována byla v červenci 1952 v *Annales Médico-Psychologiques*. (4)

Psychofarmakologie u nás našla své místo v letech 1954 až 1955, kdy toto období znamenalo intenzivní sbírání zkušeností. V Plzni byla uspořádána celostátní psychiatrická konference na téma Chlorpromazin v psychiatrii, v listopadu 1956. Konference byla přehlídkou domácích klinických a praktických zkušeností. (4)

Nejen zásluhou moderních psychofarmak a zavedením neuroleptik do praxe, ale i invazí pavlovského fyziologického myšlení s důrazem na ochranně léčebný režim, moderní koncepce o terapii prací, oživený zájem o aktivnější systematickou psychoterapii psychóz a první poznatky tzv. sociální psychiatrie, to vše vedlo k pronikavým zásahům do života psychiatrických léčeben. Tyto příznivé změny, ke kterým došlo po jejich zavedení, mají trvalý, ireverzibilní charakter. Nelze s určitostí říci, že zavedení účinných léků do psychiatrie přineslo jen samá pozitiva. Vystalo i mnoho problémů, které se řešily na zvláštních kongresech, konferencích a symposiích. Příkladem jsou otázky sociální, administrativně ekonomické, organizačně zdravotnické, zkoumá se mechanismus účinku, podávají se stále nové návrhy na třídění psychofarmak, vznikají nové úvahy o lékařské etice v souvislosti s experimentováním na lidech, revidují se kritéria hodnocení klinických změn v průběhu farmakoterapie a tak dále. Moderní psychofarmaka se vlastně stala mohutným impulsem pro nový rozvoj četných vědních disciplin a oživila zájem lékařů o aplikaci vědecké metodologie v klinické práci. (2)

1.1 Úloha všeobecných sester na psychiatrii v letech 1950 – 1959

Nemůžeme opomenout i význam všeobecných sester, který s vývojem psychofarmakologie značně stoupl. Dříve jen pacienty opatrovaly a popisovaly jejich chování a s nástupem moderních psychofarmak se aktivně podílejí na celkové léčbě.

Musely být tedy seznámeny se všemi léčebnými metodami, znát zásady psychoterapie, být ve stálém styku s pacienty, příznivě působit na pacienty, znát jejich vlastnosti, zájmy a záliby a zároveň také posilovat jejich dobré vlastnosti. Každý pacient by měl mít přesný denní program, to znamená mít dostatek denních činností a tím se vyvarovat negativních myšlenek. Trvalá nečinnost vede k autismu a ke ztrátě kontaktu se společností. Denní program zahrnoval pravidelnou stravu, pravidelný pobyt na čerstvém vzduchu, dostatečný spánek, klidné prostředí. Klid na lůžku mohl indikovat jen lékař a to jen u delirantních a amentních stavů. Důležitou úlohu měla všeobecná sestra při podávání léků, kdy se musí řídit přesnými pokyny lékaře, nesmí ordinovat léky sama, dbá na požití léku a pokud pacient léky nepolyká nebo s nimi jakýmkoliv způsobem manipuluje, je nutné, aby pacient dostal každou dávku léku zvlášť a spolkl ji za přítomnosti sestry. Při podávání léků musí všeobecné sestry uplatnit svůj psychotherapeutický přístup k pacientovi. Ošetřování psychiatrických pacientů je náročnější než ošetřování somaticky nemocného pacienta a to z důvodu častého odmítání ošetřovatelských a léčebných zásahů, nespolupráce, neklidu či útočnosti ze strany pacienta. Zdravotnický personál v psychiatrických zařízeních by měl být uvědomělý, s klidnou povahou, vyrovnanou náladou, k pacientům vlídný, pozorný, ochotný. Zároveň by si měl zdravotnický personál uvědomit, že pro pacienty tvoří důležitou součást zevního prostředí a jednání personálu často pacienti bedlivě sledují a kritizují. Velkou nutností pro zdravotnický personál je dodržování lékařského tajemství.

(5)

1.2 Postavení některých léčebných metod v psychiatrii

Tím, že byly objeveny a uvedeny do psychiatrické praxe psychofarmaka, rozšířily se i znalosti odborníků o podstatě psychických poruch. Mnozí autoři z této doby potvrzují, že léčebný efekt nově objevených neuroleptik přesahuje terapeutické výsledky při léčbě insulinem, elektrošoky i lobotomií. Ovšem řada odborníků se vyjadřovala opatrněji a přikláněla se spíše k léčbě kombinované, příkladem je léčba insulinovými kómaty nebo elektrošoková léčba ve spojení s neuroleptiky. Neuroleptika působí na nejhlubší základní mechanismy patologických procesů a působí jako léky symptomatické. Medikamentózní léčba v psychiatrii ukazuje stále více výsledků v oblasti ovlivnitelnosti a vyléčitelnosti i nejtěžších stavů, které byly do nedávna považovány za nevyléčitelné.(6)

S nástupem psychofarmak v léčbě psychických onemocnění docházelo k velké kritice a odmítání elektrošokové léčby. Ale i nyní v období psychofarmakologické léčby se

nelze obejít bez elektrošokové terapie. Tato léčba byla sice potlačována do pozadí, ale stále zůstávali duševně nemocní, kteří na farmakologickou léčbu nereagovali, anebo se u nich vyskytovaly brzké recidivy, což se stalo příčinou opětovného zájmu o tuto metodu léčby. (7)

1.3 Zařazení neuroleptik

Neuroleptika patří do skupiny ataraktik, jsou novou skupinou léčiv ovlivňující psychický stav ve smyslu snížení citového napětí zvláště při úzkostných stavech, zesilují pohotovost ke spánku, vyvolávají mnohdy extrapyramidové příznaky a hlavně potlačují či odstraňují psychotické příznaky. Neuroleptika se staly velmi cenným přínosem pro psychiatrickou terapii v lůžkových i ambulantních zařízeních. Dobře nastavená medikace neuroleptiky chlorpromazinu či reserpinu umožňovala propustit přibližně čtvrtinu toho času hospitalizovaných chronických schizofreniků v různém stupni sociální remise. (8)

Dělení neuroleptik v době jejich objevení:

1) deriváty fenothiazinu (chlorpromazin – acepromazin, levomepromazin, mepazin, methopromazin, perfenazin, prochlorpromazin, promazin, thiorazin, trifluorperazin, trifluorpromazin). Synonyma zahraničních preparátů Chlorpromazin Spofa – Aminazin (Rusko), Ampliactil (Argentina), Hibernal (Švédsko), Largactil Specia (Francie), Megaphen Bayer (Německo), Propaphenin (Německo), Plegopromazin (Maďarsko), Thorazin SKF (USA), Winteramin (Japonsko)(8)

2) alkaloidy Rauwolfia Serpentina Benthman (reserpin – rescinamin, deserpidin). Synonyma zahraničních preparátů Reserpin Spofa – Alserin-Frost (Kanada), Rau-Sed Squibb (USA), Reserpoid-Upjohn (USA), Sandril-Lilly (USA), Serpiloid Riker (USA), Sedaraupin Boehringer S. (Německo), Serpasil Ciba (Švýcarsko) (8)

1.4 Indikace neuroleptik

Hlavní indikací k léčbě neuroleptiky byly všechny stavy psychických poruch, při kterých je výrazný psychomotorický neklid, vzrušenost, úzkostnost, útočnost a to bez ohledu na psychiatrickou diagnózu. Další indikací k léčbě byla diagnóza schizofrenie. U těchto pacientů se aplikací neuroleptik dosahovalo nejlepších výsledků při akutních stavech. U pacientů s chronickou formou schizofrenie bylo možné vhodnými dávkami potlačit symptomy nemoci a tím dosáhnout remise. Dále psychiatři zaznamenali dobré

terapeutické výsledky v léčbě agitované melancholie a to potlačením agitovanosti a v léčbě hypomanických a manických stavů. Při senilních a arteriosklerotických psychózách a dále u psychických poruch na organickém základě bylo možné využít oba preparáty, zvláště u pacientů trpících nespavostí, úzkostí a negativismem vůči okolí. Jako doplňkem základní léčby sloužila neuroleptika u léčby epilepsie, kdy pomáhala pozitivně ovlivnit afektivní rozlady, podrážděnost a agresivitu pacienta. Ovšem na frekvenci záchvatů nemají vliv, naopak chlorpromazin může zvyšovat pohotovost k epileptickým záchvatům, proto je nutné pravidelně sledovat antiepileptickou léčbu. Neuroleptika bylo vhodné rovněž použít u dětí a to u již uvedených chorobných stavech a dále v souvislosti s encefalopatiemi a při různých výchovných problémech.(8)

1.5 Kontraindikace neuroleptik

Oba preparáty byly kontraindikovány u pacientů, kteří mají sklony k trombóze, trpí vrozenou srdeční vadou nebo akutní či chronickou infekční nemocí. Chlorpromazin byl kontraindikován při akutní otravě alkoholem, barbituráty a dále při leukopenii zvláště s příznaky ulcerózní stomatitidy. Relativní kontraindikací chlorpromazinu byly poruchy jater a ledvin. Reserpin byl kontraindikován u depresí a relativně při ulcus ventriculi či duodeni.(8)

1.6 Léčebný postup

Před započítím léčby neuroleptiky bylo nutné u každého pacienta provést vyšetření jako při jiné farmakologické léčbě, to znamená odebrání podrobné anamnézy, interní vyšetření včetně elektrokardiografu a laboratorní vyšetření zaměřené na zjištění stavu jaterních a renálních funkcí. Pokud se u pacienta rozvine akutní stav typu deliria tremens nebo delirantně amentní stav, katatonie bylo možné z vitální indikace neuroleptika aplikovat bezodkladně již po somatickém vyšetření a potřebná vyšetření uvedená výše provést dodatečně. Při dlouhodobé léčbě chlorpromazinem bylo důležité každé dva měsíce kontrolovat krevní obraz, zvláště bílou složku a jaterní funkce, hlavně bilirubin. Při léčbě reserpinem toto laboratorní vyšetření odpadlo, což bylo výhodou při dlouhodobém podávání tohoto neuroleptika. U starších a ležících pacientů bylo doporučeno současné preventivní dávkování antikoagulancií.(8)

Dávkování obou preparátů bylo velice individuální a závislé na celkovém zdravotním stavu pacienta a stupni psychopatologických projevů duševní nemoci.

Nevhodné nebo nedostatečné dávkování neuroleptik bylo a je příčinou řady terapeutických neúspěchů. Orientačně se denní dávky chlorpromazinu pohybovaly v rozmezí 50 -800 mg i více a reserpin 1-8 mg i více. U dětí se dávky neuroleptik přizpůsobovaly přiměřeně věku a váze. (8)

Chlorpromazin se aplikoval parenterálně (intravenózně, intramuskulárně), perorálně (dražé, kapky) a rektálně ve formě čípků. Nejúčinnější byla aplikace intravenózní, nejpoužívanější cestou bylo podávání dražé a nejméně účinná byla aplikace rektální. Aplikace chlorpromazinu intramuskulárně byla pro pacienta bolestivá a v místech vpichu bylo značné nebezpečí vytvoření sterilního abscesu. Při intravenózní injekční aplikaci hrozilo nebezpečí vzniku tromboflebitidy, proto se doporučovala intravenózní aplikace v infuzním roztoku za použití fyziologického roztoku či pěti až deseti procentní glukózy. K zesílení účinku chlorpromazinu bylo možné přidat barbiturát. Při aplikaci infuze bylo žádoucí, aby se vytvářel stav „psychického syndromu chlorpromazinu“, který je charakterizovaný uklidněním pacienta. Dávku bylo možné opakovat po 3 až 4 hodinách, ale to už bez barbiturátu, a tak aby pacient byl neustále udržován v lehké somnolenci, apatii a snížení emočního napětí. Touto opakovanou aplikací jinak nazývanou také jako „útočná dávka“, bylo možné zvládnout psychotický stav během prvních 24 hodin a dále bylo vhodné parenterální aplikaci ještě doplňovat perorálním podáváním dražé. Po zklidnění pacienta bylo na uvážení lékaře, zda je vhodné pokračovat v léčbě neuroleptiky nebo dle individuálního léčebného plánu zvolit jinou metodu terapie, což byla léčba insulínovými šoky, elektrošoková léčba, léčba horečkou či spánková terapie a mnoho dalších. Při injekční aplikaci relativně vysokých dávek u akutního stavu bylo nutné, aby pacient zůstal v lůžku, hrozilo totiž nebezpečí kolapsu, zvláště když pacient měnil prudce polohu z lehu na stoj. Po úpravě psychického stavu pacienta se provádělo postupné ubírání dávek neuroleptik na „dávku udržovací“, která je u každého pacienta velmi individuální a variabilní. (8)

Reserpin se aplikoval parenterálně a to intramuskulárně nebo intravenózně a dále se podával perorálně ve formě tablet. Oproti chlorpromazinu byla injekční aplikace reserpinu nebolestivá a nevytvářely se infiltráty. Ovšem nástup účinku léku byl pomalejší. Doba latence při parenterální i perorální aplikaci je asi 4 až 5 hodin, tudíž jednoznačně lékem první volby ke zvládnutí akutního stavu byl chlorpromazin. Při léčbě reserpinem byla typická „turbulentní fáze“, což znamená, že po několikadenním zklidnění se u pacienta

výrazněji objevily symptomy psychické nemoci v podobě neklidu, zesílení halucinací a bludů. Tato fáze trvá týden až měsíc a nebylo nutné léčbu přerušovat. (8)

Kombinace chlorpromazinu a reserpinu byla také možná a hlavně vhodná u pacientů, kteří odmítali delší dobu perorální léčbu, dále u pacientů, u nichž léčba samotným chlorpromazinem nebo reserpinem nebyla úspěšná, u chronických schizofreniků, kde dominoval autismus a apatie a u schizofreniků, u kterých bylo nutné předpokládat dlouhodobé udržovací dávky a léčbu. Při kombinaci obou preparátů byl ale popisován častější výskyt parkinsonského syndromu. Pokud lékař dodržoval určité zásady bylo možné podávání neuroleptik kombinovat s jakoukoliv jinou psychiatrickou léčebnou metodou. Ovšem při elektrošokové a elektronarkóзовé léčbě hrozilo nebezpečí kolapsu, bylo proto nutné neuroleptika den před těmito výkony vysadit. Léčba neuroleptiky byla intenzivně doplňována soustavnou psychoterapií. Po propuštění pacienta užívajícího neuroleptika bylo nutné, aby byl nadále sledován psychiatrem nebo (za určitých podmínek) obvodním lékařem. Obvodní lékař mohl použít chlorpromazin v intramuskulárních injekcích a v dražé, reserpin jen v tabletách. Vhodné bylo, aby úpravu dávek indikoval psychiatr. (8)

1.7 Vedlejší příznaky při léčbě neuroleptiky

V průběhu léčby neuroleptiky mohly nastat komplikace, se kterými bylo nutné počítat a jsou to:

a) Přechodné horečky, které nastávaly nejčastěji večer a mohly se objevit při aplikaci chlorpromazinu, při aplikaci reserpinu se neobjevovaly. Organismus je během léčby neuroleptiky oslabený, proto bylo nutné nepřehlédnout první příznaky infekce a odlišit je od těchto přechodných horeček. (8)

b) Při předávkování jak chlorpromazinem, tak i reserpinem se objevovala prostrace neboli tělesná i duševní skleslost. (8)

c) Při užívání chlorpromazinu se u pacienta mohly objevit zrakové poruchy ve smyslu poruch akomodace, které je někdy nutné korigovat skly. (8)

d) Při léčbě chlorpromazinem bylo nutné pacienta edukovat, aby se chránil před prudkým sluncem. Může totiž vzniknout aktinodermatitis, která je dána fotosensibilací. Jako další kožní afekce se může rozvinout kontaktní dermatitida, která přichází na ráz. (8)

e) V průběhu léčby jakýmkoliv preparátem mohly vzniknout kožní afekce projevující se suchostí v ústech, zduřením nosní sliznice, epistaxí. (8)

f) Kardiovaskulární poruchy jsem již zmínila při léčbě akutních stavů, kdy při počátečních velkých dávkách byl pacient ohrožen rizikem kolapsu. (8)

g) Při léčbě chlorpromazinem byl pacient ohrožen vznikem leukopenie a agranulocytózy. Z důvodu možnosti vzniku těchto poruch krevního obrazu bylo důležité věnovat pozornost případným stížnostem pacienta na bolesti v krku a v dutině ústní, kdy mohl pacient onemocnět ulcerózní stomatitidou. (8)

h) Poruchy zažívacího traktu v podobě střevní atonie až zácpy i korpostázy se objevovaly při léčbě chlorpromazinem. Při léčbě reserpinem mohli pacienti trpět průjmey. (8)

i) Při podávání chlorpromazinu bylo možné u pacientů setkat s poruchami jaterních funkcí. Při užívání reserpinu tato komplikace nehrozila protože reserpin nepůsobí na jaterní buňky. S těmito komplikacemi jsme se mohli nejčastěji setkat v prvním až třetím měsíci užívání chlorpromazinu. Při vzniku ikteru se doporučovalo léky vysadit a zavést režim jako při infekční hepatitidě. (8)

j) Při léčbě neuroleptiky jsme se často mohli u pacienta setkat s hormonálními poruchami. Ženy trpěly amenoreou, dysmenoreou a vzácně galaktoreou. U mužů mohlo dojít k přechodnému snížení potence a vzácně k mastopatii. (8)

k) Poruchy centrálního nervového systému vyskytující se u obou preparátů v podobě parkinsonského syndromu, kdy bylo nutné zvážit snížení nebo úplné vysazení neuroleptik. Dále mohla neuroleptika vyvolat epileptický záchvat a jednostrannou obrnu nervus facialis, která se objevovala zcela ojediněle. (8)

i) Za těžko ovlivnitelné se považovaly metabolické komplikace, které u pacienta způsobovaly zvyšování tělesné hmotnosti, zvýšený pocit hladu, otoky dolních končetin, zvláště v perimaleolární oblasti a v dolní třetině bérců. (8)

2 OBDOBÍ 1960 – 1969 V PSYCHIATRII

Neuroleptika se začala používat i v jiných medicínských oborech a stále probíhaly výzkumy zabývající se zpřesněním účinku neuroleptik, jejich vhodným použitím a indikací. Jejich mechanismus však nebyl znám. Neuroleptika byla také hojně využívána například v neurologii, a to ve značně menších dávkách než v psychiatrii. Používala se k ovlivnění spasticity, kdy byl zejména kladen důraz na přesné dávkování. Dále k zesílení účinku analgetik při velmi silných bolestech jako byly neuralgie trigeminu, periferní poruchy s obtížnými kauzalgiami, neoperabilní tumory, akutní porfyrie, ale také k ovlivnění fantomové bolesti. Zjistilo se, že chlorpromazin i reserpin úspěšně působil na extrapyramidové hyperkinézy choreatického typu. Chlorpromazin má protiedémový účinek, což bylo s výhodou užíváno při traumatických stavech, kde hrozil otok mozku. Dále byl chlorpromazin využit jako premedikace před aplikací kontrastních látek při pneumoencefalografii a arteriografii, kdy se pacient po aplikaci chlorpromazinu zklidnil a zlepšilo se i plnění kontrastní látkou a to lehkým zpomalením cirkulace. Zvláštní pozornost byla věnována otázce vlivu neuroleptických látek na vazomotorické cefalgie, kdy po aplikaci neuroleptik došlo k pozitivnímu ovlivnění migrénového záchvatu. Byla tedy zřejmá použitelnost neuroleptik v každodenní a široké praxi a vidina další perspektivy těchto preparátů. (9)

V laboratořích firmy Synthelabo ve Francii byl v roce 1967 poprvé syntetizován sulpirid, který byl později, zhruba po třiceti letech, zařazen do skupiny atypických antipsychotik. (10)

V roce 1967 byla vydána příručka s názvem Psychiatrické posuzovací stupnice a metody škálování jejímž autorem byl Engelsmann František. Posuzovací stupnice a škály využívaly lékaři psychiatrii a psychologové. Příkladem je Posuzovací stupnice vedlejších příznaků při léčbě psychofarmaky z roku 1966, která byla později několikrát upravena a doplněna. (11)

2.1 Ošetrovatelská péče na psychiatrii v letech 1960 – 1969

V oblasti psychiatrické ošetrovatelské péče došlo k výrazným změnám hlavně díky použití ataraktik. Změnila se i role a postoje psychiatrického ošetrovatelského personálu, který se snažil vytvářet pacientům příjemnou atmosféru, která podporovala zdravý citový život. Změna zahrnovala především vztahy s pacienty, pozorování a předpovídání jejich

chování. Doporučením pro všeobecné sestry pečující o pacienty na psychiatrii bylo přijmout svoji roli, zaměřit se na vztahy s pacienty, využívat efektivní komunikační dovednosti, naučit se pracovat jako aktivní člen terapeutického týmu, přijmout odpovědnost za terapeutický vztah s pacientem a jeho rodinou. Všeobecná sestra se snažila vytvářet a udržovat terapeutické prostředí a plánovat péči o pacienty i ve spolupráci s jinými obory. Všechny činnosti psychiatrického ošetrovatelství vyžadovaly také řadu ošetrovatelských dovedností. Ošetrovatelský personál je blíže k pacientům více hodin denně, než kdokoliv jiný z psychiatrického týmu, a proto má značný vliv na pacienta, jeho chování a postoje a přispívá tak k celkovému programu péče o pacienta, což platí i v dnešní době. Ošetrovatelská péče může být zlepšena dostatečným a vhodným vzděláváním personálu. Potřeba takového vzdělávání by měla být uznána a považována za nezbytnou v každém nemocničním zařízení včetně psychiatrických. K mnoha změnám došlo odpovídajícím způsobem a bude nadále docházet. Všechny programy péče o pacienta vyžadují účast všech členů ošetrovatelského týmu. Psychiatrické ošetrovatelství se pohybuje směrem k plně profesionálnímu postavení pravděpodobně rychleji, než v jakékoliv jiné klinické oblasti v této době. Nejefektivnější využití všeobecné sestry v sociálním prostředí psychiatrické nemocnice stále potřebovalo ještě ošetrovatelský výzkum. (12)

Významnou roli v psychiatrickém ošetrovatelství hrála prevence duševních poruch. Úkolem psychiatrie bylo vyhledávat osoby ohrožené duševní chorobou v určitých profesích, v určitých věkových skupinách, u nichž nejčastěji docházelo k poruchám vyšší nervové činnosti. Psychiatrická dispenzární péče spočívala v aktivním vyhledávání osob postižených duševní nemocí a to i za pomoci veřejnosti. Pacienti byli tak včas odborně léčeni a soustavně sledováni. Byla jim poskytována všestranná pomoc, například ve škole, v práci, v rodině. Psychiatrická zdravotnická osvěta měla důležité postavení v oblasti prevence psychóz a neuróz. Tato osvěta probíhala tak, že lékaři a všeobecné sestry šířili mezi obyvatelstvem znalosti o materialistickém názoru na psychózy a seznamovali je s učením I.P.Pavlova o vyšší nervové činnosti. Tímto se zdravotničtí pracovníci snažili o vymizení přežívajících předsudků a mýtů o duševním onemocnění, dále poukazovali na příčiny psychiatrických pacientů a zároveň ukazovali jak lze těmto přečinům zabránit. Také upozorňovali na to, jak důležité je, aby lékař získal skutečně objektivní zprávy. (13)

3 OBDOBÍ 1970 – 1979 V PSYCHIATRII

Výzkum v oblasti psychofarmakologie byl stále aktuální, i přestože některá mínění poukazovala na stagnaci v psychofarmakologii, a to jen z důvodů nepřicházejících stále nových léků na trh. Psychofarmakologická témata se ve světových psychiatrických časopisech objevovala stále častěji. (14)

Stručný přehled neuroleptik, které byly dostupné na našem trhu:

1) Fenothiaziny

a) Plegomazin, Tisercin, Milezin

b) Thioridazin, Neuleptil

c) Perfenazin, Prochlorperazin, Clotepin, depotní flufenaziny

2) Thioxanthemy – Chlorprothixen

3) Butyrofenony – Haloperidol (15)

V roce 1959 byl poprvé syntetizován clozapin ve Švýcarsku ve firmě Wander-Sandoz, ale na trh byl uveden až po provedení preklinických a klinických zkoušek v roce 1972 taktéž ve Švýcarsku, později ve 35 evropských státech a Jižní Americe. Uveden byl jako první nekataléptogenní antipsychotikum, což znamená, že tento preparát na rozdíl od jiných neuroleptik nevyvolával extrapyramidové nežádoucí příznaky. Jednalo se o neuroleptikum, které bylo v mnoha studiích srovnáváno s klasickými neuroleptiky. Později s vývojem atypických neuroleptik byl clozapin zařazen do skupiny multireceptorových antagonistů MARTA. Myelotoxické působení clozapinu bylo popsáno v roce 1975 ve Finsku. (16)

V roce 1974 byl ve Francii poprvé syntetizován tiaprid a v roce 1978 amisulprid. Jednalo se o preparáty, které byly později řazeny do skupiny atypických antipsychotik. (10)

Psychiatr Vinař kritizoval, že mnoho lékařů léčilo pacienty různými kombinacemi léků a insulinovými šoky, přičemž výzkumy ukazovaly, že účinná je monoterapie jedním neuroleptikem. Dále poukazoval na zvyšující se nadřazenost haloperidolu nad chlorpromazinem, kdy haloperidol se prokazoval jako velmi účinné

incizivní neuroleptikum pro neklidné pacienty. Haloperidol prokázal specifitější účinky a též byl výhodným neuroleptikem předepisovaným gerontologickým pacientům s psychickými obtížemi v ambulantní léčbě. Stále se léčilo insulinovými kómaty, přestože šlo o metodu méně efektivní, poměrně drahou, náročnou na lékařskou i ošetrovatelskou péči a ohrožující pacienta většími riziky než léčba neuroleptiky. (14)

3.1 Depotní neuroleptika

Do psychiatrické praxe byla zavedena depotní neuroleptika, která byla původně vyvinuta již v 60. letech minulého století. Léčba psychiatrických pacientů je dlouhodobá, někdy i celoživotní a velmi často se stává, že pacienti začnou medikaci užívat nepravidelně, dávky si sami upravují anebo léčbu úplně přerušují. Nespolupracují, což způsobí relaps nemoci a je nutná další rehospitalizace pacienta. Takovým problémům by měla depotní neuroleptika předcházet. Jsou to dlouhodobě působící léky, k dispozici byl flufenazin ve dvou formách, enanthat a dekanóat a dále flupentixol dekanóat. Zavedením depotních neuroleptik do psychiatrické praxe došlo k dalšímu cennému obohacení v léčbě psychóz. Léčba depotními neuroleptiky se zahajovala již za hospitalizace, později byli pacienti sledováni v ambulantní léčbě. (17)

Podstatou depotních neuroleptik byl vlastně připravený injekční roztok složený z léčebné látky v olejovém roztoku, který se po intramuskulární aplikaci pomalu vstřebával, čímž zajistil terapeutickou hladinu léku na dobu 14 až 21 dní. Rovnoměrná výše hladiny léku v krvi umožňovala výrazné snížení potřebné dávky léku asi o třetinu, oproti léku nedeptnímu. (18)

Většina depotních neuroleptik byla v injekční formě, ale některá byla i v tabletové formě, příkladem je Micefal Spofa, jehož dávkování stačilo jednou týdně. (19)

Léčba byla zahajována hlavně u pacientů, o kterých bylo známo, že pravidelně neužívají perorální medikaci. Pacienti tuto formu léčby pokládali za výhodnější než každodenní užívání perorální medikace, navíc se necítili unavení. U některých pacientů docházelo při léčbě depotními neuroleptiky k úplnému vymizení psychotických symptomů anebo docházelo alespoň k částečnému zlepšení, přičemž některé příznaky zcela vymizely a jiné však přetrvávaly. Ke zhoršení stavu po aplikaci depotních neuroleptik docházelo zpravidla u pacientů, u kterých předchozí neuroleptická léčba přivodila jen částečné zlepšení stavu. Depotním neuroleptikům se právem připisovalo i profylaktické působení,

protože byly známy případy, kdy plná remise nemoci trvala u některých pacientů až tři roky. Je nutné zmínit i nežádoucí vedlejší účinky, které se projevovaly extrapyramidovou symptomatologií, ale daly se zvládnout antiparkinsoniky, přičemž léčba depotními neuroleptiky se nemusela přerušovat. Laboratorní výsledky u pacientů užívajících depotní neuroleptika neprokazovaly toxický účinek na krevetvorbu, játra či ledviny. (17)

Z pozdních komplikací je nutné zmínit zejména okulokutánní syndrom a choreiformní dyskinezy. Okulokutánní syndrom je popisován jako ukládání tmavých pigmentů v kůži a to zejména v partiích, které jsou vystaveny slunečním paprskům. Tento syndrom se často vyskytuje v kombinaci s výskytem pigmentace na očních spojivkách, vzácněji na duhovce, rohovce, sklivci nebo sítnici, přičemž tyto pigmentace nemají vliv na visus. Choreiformní dyskinezy se klinicky objevují hlavně jako hyperkinézy orální oblasti, které se projevují pomlaskáváním, přealováním jazyka, grimasováním, žvýkavými pohyby, které si pacient neuvědomuje. Tyto příznaky nejsou ireverzibilní, mohou po týdnech, měsících i letech samovolně vymizet. Zajímavostí je, že se tyto dyskinezy mohou objevit až po vysazení neuroleptik, protože při léčbě neuroleptiky bývají překryty hypokinézou a rigiditou. Výskyt byl častější u žen. (18)

3.2 Ošetřovatelská péče na psychiatrii v letech 1970 – 1979

3.2.1 Pozorování

Za velmi důležitou část ošetřovatelské péče bylo pokládáno pozorování, které bylo považováno, hlavně v dřívějších dobách, za jednu z hlavních diagnostických pomůcek na psychiatrii. Proto byla v psychiatrických léčebnách zřízena pozorovací oddělení. Další metodou diagnostiky bylo klinické psychiatrické vyšetření a laboratorní vyšetření. Aby všeobecná sestra mohla při své práci efektivně využít metodu pozorování, bylo zapotřebí, aby měla znalosti o psychiatrickém onemocnění a dále, aby měla dostatečné informace o způsobu života pozorovaných pacientů a o zkušenostech z jejich života, a to zejména u paranoidních pacientů, jejichž vyprávění často působí velmi věrohodně. Dále pozorování vyžaduje od všeobecné sestry bystrost, předvídavost, ale ne podezřívavost. U pacientů, které všeobecná sestra dobře zná, to znamená, že jsou na oddělení hospitalizováni delší dobu nebo jde o opakovanou hospitalizaci, je nutné, aby si všímala odlišností v chování od jejich dřívějších projevů. Od všeobecné sestry se očekávalo, že výsledků svého pozorování využije ve prospěch pacienta a to zejména při jejích psychoterapeutických zákrocích. Tím, že všeobecné sestry dokázaly vhodně využít výsledků svého pozorování, byly eliminovány

násilné zákroky proti neklidným, útočným, zlostným pacientům, kdy všeobecná sestra bez násilí dokázala pacientům pomoci radou nebo vyhledáním vhodnějšího prostředí. O závěrech svého pozorování vedly všeobecné sestry dokumentaci, kdy záznam nesměl být zkreslen nepřesnostmi či smyšlenkami. Pro své vlastní úvahy měla všeobecná sestra v dokumentaci také prostor, a to v závěru záznamu. Bylo ale nutné uvést, že nejde o výsledek pozorování, nýbrž o její úvahu či její výklad příhody. (20)

3.2.2 Farmakoterapie

Při manipulaci s neuroleptiky se doporučovalo všeobecným sestřám nosit gumové rukavice nebo používat pinzetu. Bylo totiž zjištěno, že některá neuroleptika, zvláště chlorpromazin může vyvolat alergické kožní reakce na místech, kterými se všeobecná sestra dotýká tablet nebo otevřených injekčních ampulek. Uskladněné léky musely být naprosto nepřístupné pro pacienty, uzamčené ve skříni na vyšetřovně a klíč měla u sebe jen všeobecná sestra. Při podávání neuroleptik se kladl velký důraz na to, aby všeobecná sestra podala správný lék a ve správné dávce. Situace se znesnadnila tehdy, kdy tentýž léky byl vyráběn pod různým obchodním značením a v různých dávkách. Jako příklad lze uvést chlorpromazin, což je generický název léku a obchodní názvy jsou Aminazin, Lafgactil, Megaphen, Plegomazin, Propaphenin, Thirazin. Nebo generický název léku reserpin, obchodní název léku byl Serpasil. Při podávání neuroleptik a léků obecně hrála všeobecná sestra klíčovou roli, a to v oblasti zabezpečení, zda pacient skutečně léky spolkl. Lékaři i všeobecné sestry museli tedy kontrolovat, jakým způsobem pacient léky užívá, pozorovat chování jednotlivých pacientů při rozdávání léků, a dále kontrolovat jestli si pacient léky někam neschoval. Důležité bylo pacienta i jeho příbuzné přesvědčit o nutnosti užívání léků. Pacient se somatickým onemocněním sám usiluje o co nejrychlejší uzdravení, spolupracuje a léky dobrovolně polyká. Naproti tomu bylo nutné si uvědomit, že psychicky nemocný pacient si svoje psychické obtíže ani neuvědomuje, často nespolupracuje nebo je podezřívavý, že místo léků je mu podáván jed. Doporučovalo se všeobecným sestřám při podávání léků vysvětlit pacientovi, proč léky dostává, ale zároveň se vyhnout podrobného vysvětlování a diskusím o účelnosti léků. Léky se také podávaly pacientům do jídla, poté kdy se tato skutečnost pacientovi oznámila, avšak existovaly výjimky, kdy mohl pacient dostat léky do jídla bez jeho vědomí, v případě že na sobě nepozoroval účinek léků. Pokud by na sobě pacient zpozoroval účinek léku, hrozilo nebezpečí, že začne odmítat jídlo i pití a zároveň se jeho paranoidní nastavení vůči ošetřujícímu personálu prohloubí. Pokud se lékaři chtěli skutečně přesvědčit zda pacient léky polyká, zvolili způsob pozorování

vedlejších příznaků léků nebo nejjistější metodu, kterou bylo vyšetření moči na zplodiny metabolismu psychofarmak a to Forrestovou reakcí. Postup této metody spočíval ve smíchání 1 ml moči s 1 ml činidla FPN, určující přítomnost metabolitů fenothiazinů, složený z chloridu železitého, chloristé kyseliny a kyseliny dusičné. Výsledek bylo možné odečíst ihned po smíchání, pokud byl výsledek pozitivní, dávka se zbarvila do oranžově modré barvy, která se může stupňovat až k fialově černé. Podobný test bylo možné provést i s jiným činidlem určující přítomnost metabolitů imipraminu. Ošetřující personál pocíťoval snížení kontroly užívání léků u pacientů zavedením systému otevřených dveří a častějším vycházkám. Pacienti tak měli možnost při vycházce nákup volně prodejných léků v lékárnách nebo jim léky mohli donést příbuzní a předat je při návštěvě v parku, kde nehrozila kontrola ze strany ošetřujícího personálu. (20)

S větší opatrností se lékaři rozhodovali o indikaci udržovací léčby, kdy rozhodovala léková anamnéza, posouzení aktivity celého procesu a emoční atmosféra v rodině. Kvalita vztahů v rodině, ve které pacient žil, se považovala za jeden velmi důležitý faktor ovlivňující vznik relapsu. Kvalita vztahů v rodině byla posuzována indexem vyjádřených emocí, který měří snahu o zasahování do pacientova života, hostilitu a nevhodné poznámky vyjádřené příbuznými při přijetí pacienta do nemocnice. Pokud byl index vyjádřených emocí nízký, udržovací neuroleptická léčba riziko relapsu téměř neovlivnila, ale pokud byl index vyjádřených emocí vysoký, riziko relapsu nemoci bylo sníženo až o polovinu. (14)

3.2.3 Vedení zdravotnické dokumentace

Základními složkami dokumentace byl chorobopis a dekurz, ve kterých byly vedeny záznamy lékařů, všeobecných sester, psychologů, konziliářů, různá doporučení, dále záznamy o sociálních vyšetřeních, zprávy z úřadů, zvláštní dotazníky, zprávy z ambulancí. Chorobopisem byl myšlen záznam lékaře o zdravotním stavu jako podklad pro stanovení diagnózy. Chorobopis sestával z anamnézy, nálezů konziliářů, výsledků pozorování a laboratorních vyšetření. V dekurzu se popisoval průběh léčby. Na nový list všeobecná sestra musela vyznačit jméno pacienta, datum jeho narození a číslo přijímacího protokolu. Kvalitní záznam měl obsahovat informace o somatickém i duševním stavu pacienta. Důraz se kladl na to, aby záznam o tělesném stavu pacienta nebyl veden odděleně od záznamu o duševním stavu, protože tím by se ztrácel celkový obraz zdravotního stavu pacienta. Všeobecná sestra měla odborně zaznamenávat vše co sama u pacienta

pozorovala, ale také co o něm slyšela. Takto správně vedený záznam všeobecné sestry může významně pomoci lékařům při diagnostice, léčbě i stanovení prognózy onemocnění. Všeobecná sestra popisovala do dokumentace jen to, co sama viděla nebo slyšela. Pokud nějaké příhodě nebyla všeobecná sestra přítomna, musela zaznamenat co o ní slyšela a záznam doplnit jmény lidí, kteří jí o příhodě podali informace. Při záznamu události musela všeobecná sestra dbát na to, aby nebyla ovlivněna svými náladami či emocemi, a aby záznam podrobně vystihoval událost. Domnívala-li se všeobecná sestra, že je důležité uvést do dokumentace i svůj názor, samozřejmě mohla, ale bylo nutné, aby bylo zřejmé co jsou výsledky pozorování a co je její názor. Záznamy do dokumentace měla psát co nejdříve, dokud má vše v živé paměti a psát hlavně čitelně. Důležité bylo ke každému záznamu napsat datum, popřípadě hodinu i minutu, dále zaznamenat důležité body jako je přivolání či příchod lékaře. Ke každému záznamu připojila všeobecná sestra svůj podpis. Důslednost byla kladena na správné číslování stránek dokumentace, aby byla zřejmá chronologická posloupnost událostí a vývoje onemocnění. (20)

Obzvláště podrobný a přesný měl být záznam o nově přijatém pacientovi. Záznam při příjmu pacienta musel obsahovat údaje o prostředku, jímž byl pacient na oddělení dopraven – sanitním vozem, povozem, na nosítkách, dále zda byl připoután a čím, jakým způsobem byl omezen. Počet průvodců, jejich vzhled a chování, zacházení s pacientem. Vzhled pacienta, nějaké nápaditosti zřejmé na první pohled, vzhled oblečení, tělesná čistota, zranění, stav kůže a sliznic – kožní defekty, kožní onemocnění, jizvy, barva kůže a sliznic. Dále se zaznamenávaly deformace končetin či jejich amputace, stopy krve a tělních výměšků u nosu a uší, stav chrupu. Popisovalo se chování pacienta při přijetí na oddělení, zda byl podrobný nebo zda muselo být použito násilí. Pokud muselo být použito násilí, všeobecná sestra popsala zda se pacient systematicky bránil a čemu odporoval. V chování bylo také nutné popsat zda pacient komunikoval, o čem hovořil, jakou měl náladu. Příjem pacienta dále pokračoval celkovou koupelí, při které se pokračovalo v pozorování – čistota těla, přítomnost parazitů, případné zranění, chování při hygieně a převlékání. Pak následovalo fyzikální vyšetření všeobecnou sestrou – výška, váha, tělesná teplota, krevní tlak a puls. Pokud měl pacient u sebe nějaké předměty a osobní věci, byly odebírány hned v úseku přijímací kanceláře. Pokud měl pacient u sebe šperky, které nebylo možné sundat, bylo nutné toto ihned ohlásit lékaři, který rozhodl o dalším postupu. U pacientů, kteří byli nově přijati na oddělení se prováděl záznam o jejich chování denně, popřípadě i častěji, později však frekvence záznamů klesala, prakticky

podle pokynů lékaře. Neobvyklé příhody během hospitalizace se zaznamenávaly neprodleně. Zaznamenávalo se, jakým celkovým dojmem pacient působí, jeho rysy chování, jeho nálada, dále jakákoliv změna tělesného stavu a celkového vzhledu, zda pacient pobývá v lůžku nebo ve společenské místnosti, slovní projevy pacienta, ty se i doslovně zaznamenávaly. Zápis všeobecné sestry měl také obsahovat, zda má pacient zájem o okolí, jeho chování ke spolupacientům, k ošetřovatelskému personálu a k lékařům, jeho zájem o zaměstnávání a o aktivity na oddělení, o hry, zda vyhoví výzvám, jaký je jeho postoj k léčbě a náhled na hospitalizaci. Každé zařazení pacienta do léčby zaměstnáváním nebo změna druhu léčby bylo nutné také zaznamenat. Dalším důležitým údajem bylo, zda pacient navazuje kontakt, přátelství s ostatními pacienty či zda je naopak k ostatním nepřátelský, projevuje-li sexuální sklony k jinému nebo stejnému pohlaví. Výrazné změny v chování pacienta může všeobecná sestra zaznamenat, pokud pozoruje pacienta, který je momentálně v přítomnosti lékaře anebo pokud pacient neví, že je pozorován. Všeobecná sestra také zaznamenávala jak se pacient chová při jídle, zda dodržuje základní hygienické návyky, pokud je pacient krmen sondou, bylo nutné zaznamenat čas krmení a jméno toho, kdo pacienta nakrmil. Záznamy obsahovaly i pacientovy somatické stížnosti, stížnosti na rodinné a pracovní poměry. Velice podrobně se musely popisovat sebevražedné pokusy, útěk nebo pokus o něj, zranění při napadení či záchvatovitý stav. Pokud bylo nutné použít omezovací prostředky, všeobecná sestra zaznamenala, který lékař omezovací prostředek naordinoval a proč. Dalšími údaji v dokumentaci byla vyšetření nebo zákroky v ambulanci, účast na kulturní terapii, soudní komise, každé povolené vyzvednutí soukromých peněz s uvedením výše částky a každý větší nákup, dále zásilky, povolení nošení vlastního oděvu, povolení samostatného pohybu mimo oddělení, každá návštěva. Při návštěvě pacienta se zaznamenal poměr návštěvníka k pacientovi, co pacientovi donesl a jejich vzájemné chování. (20)

Zachycení psychických příznaků onemocnění je do určité míry subjektivním činitelem, který je závislý na pozorovacích schopnostech pozorovatele, dále na jeho zkušenostech, znalostech, schopnostech se vyjadřovat, proto se v poslední době výzkum zaměřil na odstranění těchto subjektivních činitelů. Snahou výzkumu je objektivizovat pozorování a to za pomoci stupnic, které by vyjadřovaly velikost určité změny pozorované na pacientovi. Zatím však tyto metody nebyly dostatečně propracovány, proto jich v běžné praxi nebylo užíváno. Těmto metodám se říkalo kvantifikace dekurzů, což byl pojem, který byl velmi často diskutován. (20)

3.2.4 Intenzivní péče na psychiatrii

Zdravotní péče kladla zvýšené nároky na práci všeobecné sestry a to ve všech úsecích specializované péče. Dříve hlavní úkol všeobecné sestry na psychiatrii spočíval v dohledu nad pacienty a v plnění běžných ošetrovatelských úkonů. S rozvojem psychofarmakologie, psychoterapie a odvozených technik byla umožněna všeobecným sestřám aktivní účast na diagnostických a terapeutických procesech a s tím související odborný růst vědomostí a zkušeností ošetrovatelského personálu. Přibývá pacientů, u kterých je nutné řešit komplexně somatický i psychický stav. S rozvojem psychofarmakologie bylo důležité, aby všeobecné sestry měly znalosti v této oblasti, zejména o nesnášenlivosti léků s některými potravinami, účinnosti léků, nežádoucích účincích. Poskytovat pacientům kvalitní, intenzivní a komplexní péči tak, aby se mohli co nejdříve začlenit do společenského a pracovního života. Rozvoj psychiatrie jako specializovaného oboru vyžadoval, aby byla zřízena jednotka intenzivní péče i v psychiatrických léčebnách, pro léčbu některých psychických onemocnění jako jsou amentně delirantní stavy, somatogenní psychózy, těžké deprese projevující se sebevražednými sklony, stavy u nichž je intenzivní péče nutná z důvodu interního, neurologického či chirurgického. Po zařazení pacienta na jednotku intenzivní péče se vypracoval kompletní chorobopis, pacienta vyšetřil lékař, stanovil diagnózu, provedla se pomocná laboratorní vyšetření, natočil se elektrokardiografický záznam, co nejdříve se zajistila a provedla konziliární vyšetření, popřípadě se provedla instrumentální vyšetření, například rentgen, elektroencefalografie, dále se mohly po interním konziliu zahájit elektrošoky. Mezi požadavky na všeobecnou sestru pracující na jednotce intenzivní péče na psychiatrii patřila perfektní psychiatrická erudice, znalosti v základních resuscitačních výkonech, znalost v použití kyslíkové terapie, zkušenosti s technikou elektrošoků v relaxaci, dovednosti v přípravě anestetika a myorelaxans. Bylo tedy nutností, aby na jednotce intenzivní péče pracovaly nejzkušenější všeobecné sestry, které o tento oborjevily zájem a byly pro tento obor proškoleny, měly kladný vztah k práci, měly velmi dobré teoretické a praktické zkušenosti, musely znát vedlejší účinky léků, odhadnout chování pacientů, zvládnout jejich psychický i somatický stav. Všeobecná sestra přebírala po dobu své služby za pacienty osobní odpovědnost, zajišťovala a vykonávala ordinovaná vyšetření, podávala medikaci, dbala o minimalizaci použití mechanických omezovacích prostředků, jen na dobu nezbytně nutnou, spolupracovala s lékařem, vedla dokumentaci. Tento stupeň diferencované péče byl všeobecně dobře přijat zdravotnickými pracovníky,

všeobecným sestřám pracujícím na této jednotce umožnil lepší seberealizaci a využití svých znalostí a zkušeností a při rychlých a úspěšných terapeutických zásazích pocit uspokojení. Pro pacienty byla tato diferenciací výhodou většího klidu a pohody, protože pacienti v těžkém psychickém i somatickém stavu byli mimo běžný provoz oddělení. Celkově se zrychlil diagnostický i terapeutický proces, což mělo ve svém důsledku pozitivní sociální i ekonomický dopad - snižování invalidity, rychlejší návrat z pracovní neschopnosti, sociální prostředí lépe přijímá rychleji zlepšený a upravený stav pacienta. (21)

3.2.5 Prevence psychických nemocí

Prevenčí psychických onemocnění se zabýval doktor Prokůpek ve svých knihách určených jako studijní materiál pro střední zdravotnické školy. Uvedl několik zásad jak psychickým nemocem ze svého pohledu předcházet. Jako první zásadu uvedl dodržování základních hygienických návyků, a to z důvodu znalosti příčin psychických nemocí, které mohou mít základ v onemocnění kterékoliv části lidského těla. Jako další příčinu spatřoval v negativním působení psychogenních vlivů ze společenského života. Důležité bylo prevenci směřovat hned do několika oblastí, a to prevence infekčních onemocnění, otrav a úrazů, boj proti pohlavním chorobám, alkoholismu a toxikomanii. Podmínky pro pozitivní uplatnění zásad duševní hygieny lidem poskytoval socialistický stát, aniž by si to obyvatelé tohoto státu uvědomovali. Jde o materiální zabezpečení, bezplatnou lékařskou péči, dále pracující měli stejné cíle a vzájemně si pomáhali a spolupracovali. Odpočinek po dobře vykonané a užitečné práci je vlastně také změna, na kterou se člověk má připravit. Tímto se tedy podařilo ve společnosti odstranit několik příčin konfliktů, kdy by lidé například měli strach z nezaměstnanosti, z nedostatku zdravotnického zabezpečení, pracovní neschopnosti, stáří, konkurenčního boje. Lze tedy říci, že se ve společnosti všeobecně podařilo díky socialistické morálce upravit mezilidské vztahy, dát práci smysl a tím udržovat a posilovat duševní zdraví. Je třeba si uvědomit, že výchova jako taková nekončí ukončenou školní docházkou, nýbrž člověk získává zkušenosti, poznatky celoživotně a to v pracovním procesu, společenském styku, z čehož vyplývá, že společnost a prostředí pozitivně působí na člověka. (22)

4 OBDOBÍ 1980 – 1989 V PSYCHIATRII

V ČSSR byla registrovaná zahraniční psychofarmaka, která se ale bohužel v tomto období do naší země nedovážela. Z neuroleptik to byl například Fluanxol, Clopixol depot, Haldol decanoas, Moditen decanoate, Tiapridal, Tisercinetta a tak dále. Jednalo se o neuroleptika od výrobců převážně ze zemí: Dánsko, Belgie, Anglie, Holandsko, Jugoslávie, Francie. (23)

V ostrém kontrastu obrovského vlivu psychofarmakologie při utváření rozvoje vědy v psychiatrii, se v posledních několika letech dosáhlo jen malého pokroku v pochopení etiologie a patofyziologie hlavních psychiatrických poruch. Ještě větším zklamáním bylo uvědomění si, že nebyl objeven žádný nový preparát hlavní třídy psychotropních látek. (24)

O psychofarmakách bylo publikováno ročně tisíce prací, ovšem objevů skutečně nových psychofarmak jevílo klesající tendence, což i souvisí se stoupajícími nároky na nové léčivo, které nejenže se mělo vyrovnat dosud používaným preparátům, ale mělo i přinášet jisté výhody. Tato situace vedla k tomu, že byly zaváděny preparáty, které z hlediska farmakologie vyhovovaly, ale žádné výhody do praxe nepřinášely. Se zvyšujícími nároky byl i požadován průkaz neškodnosti léčiva, čímž se zvyšovaly náklady na preklinickou fázi nového léčiva. (25)

Nejvýznamnější léčbou v psychiatrii v tomto období byla farmakoterapie, tvořila přes 90% veškerých terapií. (26)

Psychofarmaka byla skupinou léků, která byla velmi často používaná, v tomto období tvořila 15 až 20 % všech předepisovaných léků. Jejich přílišné nadužívání bylo často kritizováno. Podle odhadů zkušených kliniků přicházela polovina pacientů s problémy, jež měly psychologický podklad, k obvodnímu či závodnímu lékaři. Neznamená to, že by tito pacienti měli být léčeni psychofarmaky, nýbrž je vhodné poukázat na hlavní terapeutickou metodu psychoterapie. Pokud byla zvolena vhodná psychoterapeutická metoda v kombinaci s užíváním psychofarmak, došlo u těchto pacientů k rychlé úlevě a úpravě zdravotního stavu. Mezi společensky nežádoucí účinek psychofarmak bylo řazeno riziko závislosti a tendence řešit tak životní problémy nesouvisející s poruchou zdraví. Proto bylo doporučováno lékařům ordinovat psychofarmaka obezřetněji. Naopak u spolehlivě diagnostikovaných psychotických

pacientů bývala častou chybou lékaře ordinace příliš nízkých dávek psychofarmak a příliš krátká doba terapie. (4)

Neuroleptika patřila mezi nejčastěji předepisované léky i ve Spojených státech. Užívali je až 3 miliony lidí ročně, i přestože v některých případech jejich užívání vedlo k vážným pohybovým poruchám a výskytu nežádoucích účinků. Podle zpráv v odborném časopise American Journal of Psychiatry se častěji, než se dříve myslelo, objevoval nebezpečný maligní neuroleptický syndrom. Jeho kardinální příznaky, horečka, závažná ztuhlost svalů, zvýšený krevní tlak, zvýšený srdeční tep a zastřené vědomí až kóma mohlo být fatální. Smrt mohla vyplynout ze selhání dýchacího, kardiovaskulárního nebo renálního systému. Psychiatr David E. Sternberg doporučoval pravidelné sledování krevního tlaku a svalový tonus pro včasné rozpoznání maligního neuroleptického syndromu. Dále tvrdil, že syndrom se zdá být častější u pacientů do 40 let věku. (27)

4.1 Změny v kontraindikacích neuroleptik

S přibývajícími zkušenostmi se měnily názory na kontraindikace neuroleptik. Dříve byl za absolutní kontraindikaci považován například glaukom, ovšem tímto obdobím se již sedativní neuroleptika podávala jako doplněk kauzální léčby. V případech relativní kontraindikace se doporučovala konzultace s odborníkem, čímž se předešlo možným komplikacím. Za absolutní kontraindikaci v podávání neuroleptik se považovalo jaterní poškození, renální insuficience, komatózní stavy, těžké kožní projevy a alergie. Za relativní kontraindikaci byla považována epilepsie, léková alergie, gravidita I.trimestr, glaukom, projevy a nebezpečí zvýšené trombotizace. (28)

4.2 Ošetřovatelská péče na psychiatrii v letech 1980 – 1989

V tomto období docházelo ke snaze přehodnocovat dosavadní systém služeb a jejich jednotlivých složek, rostl význam systematického plánování a byla snaha o vytváření nových organizačních forem. Předpoklady nového rozvoje v psychiatrii podporoval zákon č.20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, koncepce oboru psychiatrie z roku 1977 a její doplněk z roku 1986. Nové změny počítaly s dispenzarizací, návštěvní službou v psychiatrii, zřizováním nových služeb v psychiatrii, což znamená zřízení denních a nočních psychiatrických sanatorií, léčebně výrobních dílen, nový systém psychiatrické první pomoci, intenzivní péče v psychiatrii a intervencí v krizových situacích. (28)

Důraz v ošetrovatelské péči se kladl na znalost vedlejších účinků neuroleptik a schopnosti včas podat pacientovi protilátky při výskytu nežádoucích účinků, a to atropin nebo antiparkinsonika. (26)

S přetrvávajícím problémem, odmítání psychofarmakologické léčby zejména u psychotických pacientů, se ošetrovatelský personál setkával stále. Výzkumy u nedobrovolně hospitalizovaných psychotických pacientů ukázaly, že 18% těchto pacientů stále odmítalo psychofarmakologickou léčbu. (29)

Nespolupráce pacienta při užívání léků často sváděla k podání léků předstíráním jiné situace nebo se léky bez vědomí pacienta vmíchaly do jídla či pití. Od těchto nevhodných způsobů podávání léků se upouštělo a v případě, že pacient odmítá léky, bylo vhodnější použít lék v injekční formě a zároveň pacienta informovat o účinku podávaných léků a o možných vedlejších účincích. Musíme si ale přiznat, že příbuzní pacienta se často uchylují k zastíraným formám podávání léků. (28)

4.2.1 Intoxikace neuroleptiky

Při výskytu nežádoucích účinků neuroleptik je charakteristické ovlivnění pohyblivosti ve smyslu dystonie, parkinsonismu, akatzie a tardivních dyskinez. Těmito nežádoucími účinky se neuroleptika odlišují od jiných psychofarmak. Při intoxikaci se uplatňuje zejména adrenolytický účinek, anticholinergický účinek, sedativní účinek a útlum termoregulačního centra. Zajímavé bylo, že při dlouhodobém podávání vysokých dávek neuroleptik při psychiatrické indikaci se lékaři s akutní intoxikací téměř nesetkávali a pokud ano, průběh intoxikace nebyl kritický. Léčba spočívala ve výplachu žaludku, který mohl být proveden i při delším časovém odstupu, protože anticholinergní účinek neuroleptik zpomaluje vstřebávání. Nutné bylo udržovat průchodnost dýchacích cest a nedoporučovalo se vyvolávat zvracení pro riziko aspirace, které hrozil z důvodu antiemetického účinku neuroleptik, dystonie a extrapyramidové poruchy svalstva hlavy a krku. Při extrapyramidových příznacích bylo nutné podat antiparkinsonika, dále při křečích se intravenózně aplikoval diazepam, při výrazné anticholinergické symptomatologii se intravenózně aplikoval syntostigmin. Tekutiny se doplňovaly infuzní terapií. Dialyzační metody a forsírovaná diuréza byly prokázány jako neúčinné. (23)

4.2.2 Neuroleptika a řízení motorových vozidel

Při nasazení léčby neuroleptiky bylo nutné pacienta dostatečně edukovat, že při zahájení léčby, byť malých dávek, nesmí řídit motorové vozidlo. Zpočátku léčby mohl pacient pociťovat jistý útlum, lhostejnost, dále mohlo dojít k poruše zrakové akomodace, svalové rigiditě a to znamenalo pro řidiče vysoké nebezpečí. Řízení motorových vozidel se pacientům po 14 až 18 dnech léčby nižšími dávkami, ale podmínkou byla dostatečné adaptace pacienta na léky. Pokud byl pacient léčen vyššími dávkami neuroleptik, mohl lékař povolit řízení motorového vozidla po měsíční léčbě. V psychiatrii obecně psychický stav pacienta nedovoluje řízení motorových vozidel, ovšem dostala-li se psychóza do dobré remise a pacient byl dobře adaptován v udržovací dávce, mohl lékař řízení motorových vozidel povolit. K posuzování schopnosti řízení motorových vozidel musel lékař přistupovat vždy s velkou uvážeností a individualizovat. (4)

4.2.3 Farmakoterapie v pedopsychiatrii

Před nasazením psychofarmak u dětí je nutné si uvědomit, že v dětském organismu probíhá psychologické zrání a diferenciací funkcí, tudíž vlastní chemické působení léku může být rozdílné od běžně pozorovatelného účinku léku. Každé dítě prochází určitou vývojovou fází, kdy motorická, emoční a mentální úroveň je různá a toto všechno je ještě komplikováno složkou temperamentu. I přestože je u dítěte zahájena psychofarmakologická léčba, musí dítě pokračovat ve školní výuce. Z toho důvodu nesmí být dítě utlumené a nesmí být narušena jeho koncentrace pozornosti. Existovala celá řada názorů na délku léčby dítěte, ovšem vždy hrozila možnost návyku, výskytu nežádoucích účinků a dokonce i strukturálních organických změn, zároveň riziko předávkování bylo několikrát vyšší než u dospělých. Obecně lze říci, že reaktivita dětských pacientů na psychofarmaka je odlišná od dospělých pacientů. Často vysoké dávky léku bývaly bez efektu a naopak minimální dávky léku překvapily svojí účinností. Pro dávkování psychofarmak u dětí bylo vytvořeno schéma dle Catzela, podle kterého dávka léku u tříletého pacienta tvořila třetinu dávky dospělého pacienta vážícího asi 70 kilogramů, dávka léku sedmiletého dětského pacienta tvořila polovinu dávky léku dospělého vážícího asi 70 kilogramů, dávka léku dvanáctiletého pacienta tvořila tři čtvrtiny dávky léku dospělého vážícího asi 70 kilogramů a dávka léku šestnáctiletého pacienta se rovnala celé dávce léku dospělého. Cílem nasazení psychofarmak u dítěte byla možnost zmobilizování všech prostředků dostupných v komunitě, navázání terapeutického vztahu, odstranění

nežádoucích projevů, navrácení schopnosti učení a sociální adaptace a vytvoření podmínek pro další přiměřený vývoj dítěte. (26)

Chlorpromazin se v pediatrii používal jako sedativní terapie nezralých a traumatizovaných novorozenců při pneumonii, při hyperpyretickém syndromu a při extrémně těžkých šokových stavech. Prochlorperazin se osvědčil jako účinné antiemetikum vhodné při rezistenci na jinou léčbu. Levomepromazin se v pediatrii používal při poruchách spánku, při neurotické labilitě dětí a ke zlepšení adaptace dítěte na nové prostředí, na příklad při hospitalizaci v nemocnici. Chlorprotixen byl indikován při nespavosti, úzkostné tenzi, poruchách chování, při popáleninách, svědivých dermatitidách, křečích a gastrointestinálních spasmech. (23)

4.2.4 Maligní neuroleptický syndrom

Byl poprvé popsán v roce 1960. Jedná se o nejzávažnější komplikaci při terapii neuroleptiky vyskytující se nepříliš často. Může se vyskytnout po týdnech léčby neuroleptiky, nejčastěji 2 až 6 dnů po objevení parkinsonských symptomů a může přetrvávat až do vysazení léčby. (30)

Polékový parkinsonský syndrom postihoval dvakrát častěji ženy než muže. Vzniká za několik dnů až týdnů po zahájení léčby neuroleptiky a nastupuje poměrně náhle. Příznaky jsou akinéza, rabbit syndrom, což je jemný perorální třes připomínající králičí pohyby horního rtu. Příznaky se vyvíjí symetricky a je typická současná přítomnost polékových extrapyramidových příznaků. Doporučovalo se v tomto případě snížit neuroleptikum na minimum nebo převést pacienta na jiné neuroleptikum, pokud potíže přetrvávaly bylo vhodné začít podávat některá antiparkinsonika. Ovšem základem péče o pacienta bylo těmto stavům předcházet a to minimalizací dávek, uvážlivou indikací rizikových léků a přednostněji používat bezpečnější léky. (31)

Maligní neuroleptický syndrom je stav, který pacienta akutně ohrožuje na životě, vyžaduje okamžitou péči na jednotce intenzivní péče a často končí letálně. Příznaky maligního neuroleptického syndromu jsou: extrapyramidový syndrom ve smyslu svalové rigidity, akinéze, hypertermie, poruchy vědomí, poruchy vegetativních funkcí, kdy dochází ke zvýšení krevního tlaku, tachykardii, poruchy dýchání, slinění, inkontinence. Z laboratorních nálezů jsou vysoké hodnoty kreatinfosfokinázy, myoglobinu a leukocytóza. Prvním léčebným zásahem bylo okamžité vysazení neuroleptik a aplikace

dantrolenu nebo bromokryptinu. Další metodou léčby maligního neuroleptického syndromu jsou elektrokonvulze. (30)

5 OBDOBÍ 1990 – 1999 V PSYCHIATRII

V popřevratových změnách byly tendence zrušit psychiatrické léčebny a vytvořit humánnější systém péče o psychicky nemocné lidi. Ovšem názory na tyto změny byly rozporuplné, protože na jedné straně byla snaha nepřijatelně chovající se jedince vyloučit ze společnosti a na straně druhé snaha osamostatnit léčbu o tyto jedince od všeobecné medicíny. (32)

Na českém trhu bylo v tomto období k dispozici 25 různých neuroleptik a další byly v registračním řízení. U šesti neuroleptik byla omezena preskripce na specialisty. (10)

Neuroleptika nebyla indikována jen v psychiatrii, ale také v anesteziologii, kdy se kombinovala se silnými analgetiky k navození neuroleptanalgie a neuroleptanestézie, což je stav vhodný pro chirurgický nebo diagnostický zákrok. (30)

Alkaloid rauwolfie, reserpinum, je neuroleptikum, které bylo do terapie psychóz zavedeno přibližně ve stejné době jako chlorpromazin, ovšem od jeho užívání se v tomto období odstupuje, s důvodu prokázání jeho nejzávažnějšího nežádoucího účinku, což je navození deprese se suicidálními tendencemi. (30)

5.1 Změna názvu

Název neuroleptika byl v devadesátých letech minulého století změněn na název antipsychotika. Jako důvod někteří autoři uváděli příznivé působení těchto preparátů na psychotické příznaky. Název neuroleptika odvozovali od slova neurolepsie, což znamenalo otupělost a extrapyramidové reakce, které patří mezi nežádoucí účinky. Termín „neuroleptika“ pochází z řečtiny, doslovně vyjadřuje „držení nervů“. Názory na správný název těchto léčiv se v podstatě mísily. Někteří autoři dokonce používali název antipsychotika jen pro atypická neuroleptika z důvodu zdůraznění jejich účinků. Starší název velké trankvilizéry se neujal stejně jako označení antischizofrenika. (10)

5.2 Atypická neuroleptika – neuroleptika II. generace

Dosavadní terapie klasickými neuroleptiky ukázala své výhody i zápory a zkušenosti s nimi vedly k hledání nových léčiv, které by měly širší spektrum působnosti

a zároveň byly pro pacienta bezpečné. Vývoj nových antipsychotik ukázal, že klinicky nejúspěšnější se staly serotonin/dopaminoví antagonisté, jejichž hlavním představitelem byl clozapin, který byl vhodný pro použití u farmakorezistentních psychotických poruch nebo u pacientů, jež obtížně tolerovali vedlejší extrapyramidové účinky klasických neuroleptik. (33)

V tomto období nebyl jednoznačný názor na zařazení neuroleptik do této skupiny, ať už z hlediska farmakologického nebo biochemického nebo klinického. Používáním neuroleptik II. generace docházelo ke změnám v psychofarmakologických postupech. Poměr podávaných klasických neuroleptik a atypických neuroleptik se vyrovnával až postupně došlo k převaze v podávání neuroleptik atypických. Atypická neuroleptika přispěla velkou měrou k úspěšné léčbě schizofrenií a schizoafektivních poruch, kdy se snížil výskyt nežádoucích extrapyramidových příznaků a současně docházelo k udržení přiměřeného sociálního fungování pacientů. (34)

Atypická neuroleptika příznivě ovlivňují psychotické příznaky pozitivní (halucinace, bludy, dezorganizace myšlení, agresivita, agitovanost), psychotické příznaky negativní (autismus, emoční plochost, hypobulie, ztráta zájmu), afektivní symptomy (deprese, úzkost, mánie a smíšené epizody), kognitivní deficit (porušené zpracovávání nových informací, porucha paměti a koncentrace, porucha výkonné funkce, porucha vizuálně-motorických dovedností a řečových schopností). Dále se u atypických neuroleptik předpokládá úspěšná účinnost i u farmakorezistentních pacientů. Jsou velice dobře snášeny, mají širokou účinnost a při dlouhodobém podávání působí profylakticky. Určitým předpokladem při dlouhodobém podávání atypických neuroleptik bylo podstatné snížení relapsů a rehospitalizací a možná i zánik psychiatrie otáčecích dveří. To znamenalo, že byl pacient propuštěn z psychiatrie a po několika dnech opět přijat. Extrapyramidové nežádoucí účinky se u těchto neuroleptik vyskytují, ovšem existují výjimky - clozapin a částečně olanzapin. Oba preparáty nevyvolávají prolaktinémii. U clozapinu byla prokázána myelotoxicita, což znamená, že látky mají toxický účinek na kostní dřeň, tudíž pacientům užívající tento preparát musel být pravidelně kontrolován krevní obraz. (10)

Obecně můžeme atypická neuroleptika rozdělovat do tří skupin. První skupinou jsou benzamidy, která se užívala ve Francii již od roku 1967, postupně se rozšířila do celé Evropy a Japonska, ovšem v USA nebylo žádné z těchto preparátů registrováno. Důvodem bylo nesoustavné preklinické testování, jež nesplňovalo požadavky Úřadu pro kontrolu

potravin a léčiv Spojených států amerických - FDA. V naší republice se v tomto období používaly tři benzamidy a to sulpirid, tiaprid a amisulprid. Tiaprid ovšem nepůsobí antipsychoticky, nýbrž zmírňuje až odstraňuje agitovanost. Mezi nežádoucí účinky benzamidů patří zvýšení tělesné hmotnosti, poruchy spánku, únava, suchost v ústech, závratě až ortostatická hypotenze. Druhou skupinou atypických neuroleptik jsou antagonisté serotonin/dopaminových receptorů - SDA, jejichž zástupci jsou risperidon, ziprasidon, iloperidon, sertindol. Jejich nežádoucí účinek je zvýšení tělesné hmotnosti a ortostatická hypotenze, což bylo důležité si uvědomit při nasazení těchto preparátů, kdy se doporučovala titrace iniciálních dávek. Třetí skupinou atypických neuroleptik jsou multireceptoroví antagonisté - MARTA. Tato skupina byla v tomto období poměrně málo zkoumána, ale nejvíce se blíží definici atypických antipsychotik. Zástupci této skupiny jsou clozapin, olanzapin, quetiapin. (10)

Při dlouhodobé léčbě farmakorezistentních pacientů clozapinem se účinnost léčby hodnotila dle kritérií vytvořených Meltzerem v roce 1992. Mezi hodnotící kritéria patřilo ovlivnění psychopatologie, ovlivnění kognitivních funkcí, počet a délka rehospitalizací, ovlivnění extrapyramidových nežádoucích účinků, compliance, stanovení kvality života pacienta (měřeno škálou kvality života), zátěž rodiny a společnosti (vliv nemocného na výchovu dítěte, sociální funkce pacienta v rodině, finanční a časová zátěž rodiny, stigmatizace rodiny), ekonomická výhodnost léčby. Lze obecně shrnout, že léčba clozapinem snižuje náklady na hospitalizaci, protože snižuje počet relapsů nemoci, ale zároveň zvyšuje náklady na laboratorní vyšetření krevního obrazu pro myelotoxicitu preparátu, jak jsem již uvedla. Dále zvyšuje náklady na ambulantní léčbu a na nákup léčiva a přitom zvyšuje kvalitu života pacienta. (16)

5.3 Psychiatrické posuzovací stupnice a škály

V souvislosti s vývojem nových léčiv včetně neuroleptik, klesl význam standardních škál hodnotící nežádoucí účinky léků. Více se používaly individuální škály s otevřenými položkami, které byly dodatečně kategorizovány standardními nástroji, například COSTART - Coding Symbols for Thesaurus of Adverse reaction Terms. Jedná se o kódovací symboly pro slovník synonym nežádoucích účinků, který byl vyvinut Úřadem pro kontrolu potravin a léčiv Spojených států amerických (FDA – Food and Drug Administration). V roce 1999 byl naposledy aktualizován v Metathesaurus. Pro uživatele byly formuláře pro sběr dat pohodlnější a začínalo se využívat možnosti vstupu dat do

elektronických medií přímo v místě, kde jsou generována a výhodou je byl i přenos dat komunikačními sítěmi do centrální databáze. Při hodnocení nových léčiv se škály rozšířily do různých jazykových verzí a to díky aktivitě farmaceutického průmyslu. Psychiatrické posuzovací stupnice bylo možné využít nejen v klinických studiích, ale i ve výuce, protože škály obsahují výstižné popisy psychiatrických příznaků v různých stádiích jejich vývoje. (11)

Škály pro hodnocení nežádoucích účinků:

1) Doplněná posuzovací stupnice vedlejších příznaků při léčbě psychofarmaky - DVP. Autorem této posuzovací stupnice byl Oldřich Vinař. Hodnotili se pacienti, kteří byli léčeni psychofarmaky. Stupnice se využívala ke standardizované registraci nežádoucích účinků léčby psychofarmaky. Posuzovací stupnici využívali lékaři, kteří data získávali rozhovorem, somatickým vyšetřením včetně laboratorních výsledků. Příloha 2.(11)

2) Strukturovaná škála nežádoucích účinků psychofarmak – SARS. Účelem této škály bylo získání strukturovaného popisu a farmakologické interpretace účinků psychofarmak. Lékař získával data klinickým vyšetřením pacienta a pozorováním pacienta na oddělení. Mohl také použít informace získané od ošetřujícího personálu. Hodnotil se poslední týden léčby pacienta psychofarmaky. Nežádoucí účinky, které můžeme sledovat objektivním měřením nebyly do škály zařazeny. Příloha 3.(11)

3) Posuzovací stupnice extrapyramidových vedlejších příznaků – SA. Hodnoceni jsou pacienti s parkinsonským syndromem léčení neuroleptiky. Účelem této posuzovací stupnice bylo sledování extrapyramidových nežádoucích účinků a jejich změn v průběhu léčby. Lékař získával data speciálním neurologickým vyšetřením a hodnotil aktuální stav pacienta. Od této posuzovací stupnice se již upouští. Příloha 4.(11)

4) Hillsidská škála akatizie, čtvrtá verze – HAS. Touto škálou se hodnotili pacienti s akatizií indukovanou neuroleptiky. Účel této škály je totožný s účelem předchozí posuzovací stupnice, což je sledování extrapyramidových nežádoucích účinků a jejich změn během léčby. Při použití této škály se lékař musí řídit podrobnými instrukcemi jak pacienta hodnotit. Příloha 5.(11)

5) Vstupní záznam tarifních dyskinéz. Tuto škálu používali lékaři nebo střední zdravotničtí pracovníci, jež hodnotili pacienty s tardivními dyskinézemi nebo dalšími extrapyramidovými poruchami indukovanými neuroleptiky. Využitím této škály byl

záznam anamnestických dat, demografických a klinických dat se vztahem k riziku vzniku tardivní dyskineze. Informace a data ke zpracování této škály získal posuzovatel pohovorem s pacientem nebo informacemi ze zdravotnické dokumentace. Příloha 6.(11)

6) Škála pro hodnocení dyskineze -AIMS. Tuto škálu mohl využít lékař psychiatr, neurolog či neuropsycholog. Hodnoceni byli pacienti, kteří trpěli pozdními dyskinezami jako důsledek léčby neuroleptiky. Data k použití této škály se získávaly standardním cíleným neurologickým vyšetřením , které vyžadovalo spolupráci pacienta. Nejprve se provedlo vyšetření dle návodu a potom se skórovalo dvanáct položek. Příloha 7.(11)

7) Zkrácená posuzovací škála dyskineze – ADS. Tato posuzovací škála se používala již od sedmdesátých let a sloužila jako screening dyskineze. Lékař hodnotil pacienty s tardivními dyskinezami a dalšími extrapyramidovými poruchami vyvolanými neuroleptiky. Data se získávaly standardním neurologickým vyšetřením, které vyžaduje spolupráci pacienta a trvá minimálně deset minut. Příloha 8.(11)

8) Posuzovací škála polékové akatize - RSDIA, která se začala využívat v roce 1989, ale nyní se již nevyužívá. Hodnoceni jsou pacienti s akatizí vyvolanou neuroleptiky. Hodnocené období byl aktuální stav pacienta. Lékař sledoval pacienta nejdříve vsedě a potom vestoje během neutrálního pohovoru. Lékař také mohl získat data pozorováním pacienta v jiných situacích, například při nějaké činnosti na oddělení. Poté lékař cílenými dotazy zjišťoval subjektivní projevy u pacienta. Účelem bylo sledování extrapyramidových nežádoucích účinků a jejich změn během léčby. Příloha 9. (11)

9) Stupnice Liverpoolské univerzity hodnotící nežádoucí účinky neuroleptik, Liverpool Universit Neuroleptic Side Effect Rating Scale – LUNSERS, je široce používaná metoda posouzení sebehodnocení, který se používá pro měření vedlejších účinků neuroleptik. Příloha 10.(35)

10) Inventář postoje k lékům, Drug Attitude Inventory - DAI, tento inventář postoje k lékům hodnotí postoje k medikaci a monitorování dodržování léčby, poskytuje informace klinického významu. Příloha 11.(35)

11) Subjektivní spokojenost s léčbou neuroleptiky, Subjective Well-being Neuroleptics Scale –SWN, škála vyvinutá pro měření pohody duševně nemocných při léčbě neuroleptiky. Příloha 12. (36)

5.4 Ošetrovatelská péče na psychiatrii v letech 1990 – 1999

Součástí terapie neuroleptiky jsou i nežádoucí účinky, jejichž výskyt je velmi individuální. Někdy bývají jen drobnou nepříjemností, která pacienta jen minimálně obtěžuje, ale pokud nežádoucí účinky výrazně obtěžují pacienta, nastává problém s odmítáním léčby, zhoršuje se spolupráce pacienta s ošetrovatelským týmem. Nežádoucí účinky mohou dokonce pacienta ohrožovat na životě, jak jsem již uvedla v předchozí kapitole. (37)

Velice důležitým faktorem v léčbě psychicky nemocných pacientů je nejen užívání neuroleptik, ale i psychoterapie, rehabilitace a resocializace. Cílem resocializace pacienta je zabránit jeho izolaci od společnosti, to znamená zapojit ho do běžného života rodiny a najít mu pracovní uplatnění. (30)

Při dlouhodobé léčbě atypickými antipsychotiky skupiny multireceptorových antagonistů (MARTA) preparátem clozapin je důležitá edukace pacienta o pravidelných kontrolách krevního obrazu. Léčba clozapinem mohla být zahájena až po stanovení hodnot krevního obrazu a diferenciálního rozpočtu, kdy počet leukocytů nesmí být méně než 3500/mm³ (referenční hodnoty u zdravého jedince od 4 500 do 10 000/mm³). V prvních 18 týdnech užívání bylo nutné provádět kontrolu krevního obrazu a diferenciálního rozpočtu jedenkrát týdně, později se toto laboratorní vyšetření provádělo jedenkrát měsíčně. Pokud je léčba clozapinem přerušena, musely být hodnoty krevního obrazu sledovány ještě 4 týdny. Při léčbě clozapinem je nutné se vyvarovat užívání dalších hematotoxických léků jako jsou cytostatika a některá antibiotika. Při závažném poklesu leukocytů byla léčba clozapinem přerušena, pacient byl hospitalizován a byla provedena sternální punkce. A dále byl pacient zařazen do monitorovacího systému LEX-SYS.(16)

Monitorovací systém LEX-SYS byl u nás zaveden v roce 1994. Jeho cílem byla včasná diagnostika granulocytopenie a agranulocytózy a dále prevence fatálních následků. Firmou Novartis je bezplatně pro pacienty registrované v systému LEX-SYS zajištěna týdenní léčba růstovým faktorem filgrastimem. Tato léčba je finančně dosti náročná. (38)

Pokud došlo k intoxikaci clozapinem byla provedena žaludeční laváž, ale pouze do 6 hodin po požití. Po dobu 4 dnů se monitorovaly kardiální funkce, respirační funkce, renální funkce, pravidelně se sledoval iontogram a acidobazická rovnováha. Dále se

pokračovalo v léčbě symptomatické. Intoxikace clozapinem je závažný stav, který může být pro pacienta fatální. (16)

V tomto období ještě nebylo příliš obvyklé, aby lékař psychiatr podával obsáhlé informace o duševní nemoci rodině pacienta. Mohli bychom ale říci, že se situace v oblasti podávání informací o zdravotním stavu postupně zlepšovala, protože se začaly vytvářet psychoedukační programy. Tyto psychoedukační programy se zaměřovaly na podávání základních informací pacientům a jejich příbuzným o duševní nemoci. Získání dostatečných informací bylo a stále je, předpokladem dobré spolupráce mezi lékařem, pacientem a jeho rodinou. Často se totiž rodina pacienta uchýlovala k hledání informací o duševní nemoci v lékařských knihách, kterým ale porozuměli jen částečně. A tak jim nezbývalo než volit způsob pokusu a omylu, kdy se snažili touto cestou alespoň částečně se přiblížit ke svému členovi rodiny, který se pod vlivem duševní nemoci změnil. Duševní nemoc jednoho člena rodiny znamenala problém pro celou rodinu. Rodiny nevěděly jak se k nemocnému člověku chovat, protože jim chyběly základní informace o jaké onemocnění se jedná, čím je způsobeno, jaké byly možnosti léčby a co mohou do budoucna očekávat. Bylo nutné si uvědomit, že člověk, který onemocní duševní nemocí často citlivě reaguje na prostředí a na to, jak k se němu ostatní lidé chovají. Členové rodiny také kontrolovali zda duševně nemocný člověk užívá pravidelně léky. Měli by volit takovou formu kontroly, aby nemocného člena rodiny neponižovala a nevedla ke hádkám. Bylo také důležité, aby vládla vzájemná důvěra a spolupráce lékaře s rodinou. Ve spolupráci lékaře s pacientem a jeho rodinou je zapotřebí najít takový druh neuroleptika, který pacientovi vyhovuje nejlépe. Dávka neuroleptik se stanovovala individuálně. Dávka musela být dostatečně vysoká, aby odstraňovala příznaky duševní nemoci, ale zároveň co nejnižší, aby pacienta neobtěžovaly nežádoucí účinky léků. Aby mohla být stanovena vhodná dávka, byla nutná dostatečná spolupráce pacienta. Lékař pacientovi vysvětlil jak na něj budou léky působit a jak je důležité pravidelné užívání těchto léků. Pokud by pacient užíval léky nepravidelně, hlavní účinek léku se snížil a nežádoucí účinky se zvýraznily. Pokud byl pacient bez obtíží, bylo nutné užívat neuroleptika ještě rok a pak se mohlo uvažovat o vysazení léku. (39)

6 OBDOBÍ 2000 – 2009 V PSYCHIATRII

Psychiatrie je medicínský obor, ve kterém často dochází ke střetu zájmů medicínských a základních lidských práv a svobod pacienta. Péče o duševně nemocné často zasahuje do řady základních lidských práv a svobod, zejména práva na svobodu a osobní bezpečnost, práva na svobodu pohybu, práva respektování soukromého a rodinného života a tak dále. Nynější období lze označit za období dominance základních lidských práv a svobod, což je problematika velmi citlivá a v mnoha zemích také frekventovaná. (40)

Psychiatrie vstupuje do 21. století jako moderní vědní disciplína. Dostupné jsou účinné léky, ale nejsou bez nežádoucích účinků. Lékaři a zdravotnický personál často nedovede pacienta přesvědčit o nutnosti jejich dlouhodobého užívání. Není-li pacient k léčbě správně motivován, léčba postrádá smysl. Stále zůstává důležitým nástrojem rozhovor s pacientem a pozorování jeho chování, kdy umění naslouchat je základní klinickou dovedností každého zdravotníka. V posledních letech došlo ke zcela zásadnímu pokroku v poznání a léčbě duševního onemocnění, což ovšem neplatí pro názory veřejnosti. V široké populaci jsou stále zakořeněné předsudky o duševně nemocných lidech, které bývají zcela zkreslené zprávami v médiích. Veřejnost tak na psychicky nemocné lidi nahlíží jako na nebezpečné, intelektově podprůměrné a navždy odepsané individua. Veřejnost nedokáže rozlišovat mezi jednotlivými druhy psychických poruch a neuvědomuje si, že řada pacientů se léčí ambulantně a vede zcela normální život. Duševní zdraví patří mezi priority Světové zdravotnické organizace a mnoha dalších nadnárodních strategií. Zdravotníci tedy mají chránit a podporovat duševní zdraví, veřejnosti nabízet pravdivé a srozumitelné informace o psychických poruchách. (41)

Velmi často se stává, že jakákoliv snaha zdravotnického týmu zaměřená na spolupráci pacienta a jeho rodiny, ztroskotá na nepochopení a odsouzení laickou veřejností. Tím, že se zdravotníci budou zaměřovat na veřejnost v oblasti poskytování dostatečných informací o psychických onemocněních, bude zároveň i jejich snaha směřována ne zlepšení kvality života pacienta i celé jeho rodiny. (42)

Za účelem podpory integrace v psychiatrii a přiblížení chápání duševního onemocnění laické veřejnosti se rozvíjel Antistigma program, který bojuje proti předsudkům minulosti o duševně nemocných. Psychiatrii se snaží o integraci v psychiatrii zvýšenou informovaností veřejnosti o svém oboru. Vztah psychiatrů k pacientům se také mění, a to zejména aktivním zapojováním pacienta i rodinných příslušníků do terapie a rehabilitace. Významná je aktivní činnost svépomocných skupin. Změny jsou zaznamenány i ve struktuře poskytované psychiatrické péče. V psychiatrických léčebnách je snaha snižovat počet lůžek, na psychiatrických odděleních nemocnic se zkracuje doba hospitalizace, dochází k rozšiřování ambulantní péče, budování komunitní péče, krizových center, linek důvěry, sanatorií, chráněných dílen, chráněných bydlení, psychosociálních center. Farmaceutický průmysl se snaží o pozitivní ovlivnění postoje pacientů k léčbě psychofarmaky, a to vývojem léků jež zlepšují možnosti pacientů při jejich užívání. Snahou farmaceutického průmyslu je vyvíjet léky s rychlým nástupem léčebného efektu, s minimem nežádoucích účinků, s minimální toxicitou, s lepší celkovou snášenlivostí a hlavně s jednoduchým dávkováním. (43)

Psychosociální intervence spočívající nejen v psychologickém přístupu k pacientovi, ale i ve vytvoření vhodných sociálních podmínek, v České republice poněkud pokulhává. V řadě zemí Evropské unie se problematika prevence duševního zdraví a s tím související problematika psychických onemocnění, dostává mezi priority zdravotnické politiky, což u nás tomu tak stále není. (44)

Při výskytu psychické poruchy je nutné mít na zřeteli možný, výskyt i somatického onemocnění. Psychická porucha často nastupuje tak rychle, že znemožňuje hospitalizaci pacienta na somatickém oddělení. Léčbu psychiatrickou je tedy nutné doplnit i o léčbu somatických onemocnění. Při léčbě psychických poruch se využívá biologických léčebných metod, psychoterapie a psychiatrická rehabilitace. Aby byla léčba komplexní musejí se všechny tyto tři oblasti v léčbě psychických poruch prolínat a vzájemně se doplňovat. (40)

6.1 Neuroleptika v 21. století

Neuroleptika dělíme z klinického pohledu na klasická antipsychotika, označována jako antipsychotika první generace a na antipsychotika druhé generace. Mechanismus účinku klasických antipsychotik spočívá v bloádě postsynaptických dopaminergních

receptorů D2. Antipsychotika druhé generace dělíme do třech skupin podle jejich mechanismu účinku, jež bylo popsáno v kapitole 5.2. (43)

V zahraničí se pro antipsychotika druhé generace začal velmi často užívat název atypicals neboli atypika. Oldřich Vinař se ve svém článku k tomuto názvu vyjádřil tak, že jeho představa o zavedení nového žargonu do běžné praxe je zcela děsivá. (45)

Antipsychotika druhé generace z hlediska výskytu nežádoucích účinků bezpečnější, ale na druhou stranu jsou drahá. Jejich podávání se lékaři snaží obhájit tím, že náklady vynaložené na léčbu se vrátí, sice v delším časovém horizontu, a to v lepší compliance, menším počtu relapsů a s tím související snížený počet rehospitalizací. I přes vyšší ekonomické náklady na léčbu, je stále snaha léčit bezpečněji, což dokazují i standardy léčby, které byly vytvořeny na základě konsenzu amerických expertů. (46)

Atypická antipsychotika jsou pacienty lépe snášeny, vyvolávají méně nežádoucích účinků, je lepší compliance. Tímto se zabraňuje efektu otáčecích dveří a snižuje se i procento sebevraždnosti. V podstatě se dá říci, že atypická antipsychotika přispívají velkou měrou k zachování nebo obnovení kvality života pacienta. (47)

V současné době končí výroba některých klasických neuroleptik, což se může stát pro některé pacienty fatální záležitostí. Důvodem ukončení výroby některých klasických neuroleptik je jejich zastaralost a vysoké riziko nežádoucích účinků. Nesmíme ale zapomenout, že například chroničtí schizofrenici užívají klasická neuroleptika dlouhodobě a jsou na nich dobře stabilizováni. Většina pacientů se v případě ukončení neuroleptika, které užívá, daří převést na jiné klasické neuroleptikum nebo atypické antipsychotikum. Ale jsou známy i případy, kdy se změna léčby nedaří, dochází u těchto pacientů k dekompenzaci psychického stavu, někdy i s tragickými následky. (48)

Před započítím neuroleptické léčby se doporučuje provést screeningové vyšetření obsahující osobní a rodinnou anamnézu, tělesnou hmotnost, obvod pasu, krevní tlak, hladina glykémie nalačno a lipidový profil nalačno. Podle výsledků by se měli vyloučit rizikové pacienti, zvolit terapii, doplnit další laboratorní vyšetření a naplánovat další monitorování tělesného zdraví pacienta. V průběhu léčby neuroleptiky se pravidelně kontroluje krevní obraz (při léčbě klozapinem) a jaterní testy. Pokud se zjistí u pacienta kardiální rizikové faktory, monitorujeme minerály. Péče o pacienty lze popsat spíše jako oddělenou, to znamená, že pacient je vyšetřován praktickým lékařem i psychiatrem, a to

bez vzájemné domluvy. Přičemž praktickým lékařům často chybí znalosti o nových léčebných postupech v léčbě psychických onemocnění. A jsou to právě praktičtí lékaři, kteří hrají významnou roli při sledování bezpečnosti léčby a vytváření režimových opatření. Podle závažnosti stavu by měl praktický lékař dále oslovit odborníky – internisty, kardiology, endokrinology.(49)

Dle doporučení Psychiatrické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně by měl psychiatr u pacienta dlouhodobě léčeného neuroleptiky provést jednou za tři měsíce kontrolu tělesného stavu zahrnující hmotnost, krevní tlak, extrapyramidové příznaky, projevy tardivních dyskinezí a sexuální dysfunkci. Jednou ročně je doporučováno kontrolní laboratorní a pomocné vyšetření. (50)

MUDr. Jiří Masopust z Psychiatrické kliniky v Hradci Králové představil na odborném sympoziu konaného v Praze v březnu roku 2008 s názvem „Antipsychotika 21. století“, praktický, čtyřstránkový, barevný a přehledný Záznamový formulář, který má usnadnit lékařům sledování bezpečnosti léčby neuroleptiky. Tento Záznamový formulář obsahuje tabulku, do které by se zaznamenávaly laboratorní krevní hodnoty, hodnoty Body Mass Index, hodnoty krevního tlaku, obvod pasu, výskyt tardivních dyskinez a hodnoty QT intervalu. Dále Záznamový formulář obsahuje grafické schéma, ze kterého se psychiatr dozví, jak by měl postupovat při nasazení léčby antipsychotiky u pacienta s kardiálními rizikovými faktory. Nechybí zde ani screening a stanovení kardiovaskulárního rizika, volba neuroleptika a jednoduchý návod na sledování zdraví ve spolupráci s praktickým lékařem či internistou. Součástí Záznamového formuláře je souhrn nežádoucích účinků jednotlivých atypických antipsychotik. (51)

Ještě před zavedením antipsychotik druhé generace byla depotní forma neuroleptik málo využívanou metodou léčby. Po zavedení antipsychotik druhé generace počet pacientů léčených depotní formou ještě klesl. V současné době, většina pacientů jež mají zkušenosti s depotními neuroleptiky, tuto formu léku upřednostňuje před perorálním užíváním. Někteří pacienti ale depotní neuroleptika odmítají z důvodu obavy, že po aplikaci injekce ztratí kontrolu nad sebou a svým chováním. Další obavy plynou z aplikace injekce jako takové a v tuto chvíli by měla přijít na řadu dostatečná edukace ze strany ošetřujícího personálu a vytvoření důvěry mezi pacientem a ošetřujícím personálem. (52)

6.1.1 Indikace neuroleptik

Ještě v roce 1996 byla doporučována neuroleptika první generace jako lék první volby v léčbě schizofrenií. Od roku 1999 jsou ale spíše jako lékem první volby doporučována neuroleptika druhé generace. Klasickým neuroleptikům už zůstávají jen tři indikační okruhy: stabilizovaní pacienti bez závažných vedlejších účinků, pacienti vyžadující parenterální aplikaci a pacienti vyžadující depotní terapii. (46)

Antipsychotika se indikují zejména v léčbě schizofrenie, kdy klasická neuroleptika jsou vhodná při léčbě bludů a halucinací. Antipsychotika druhé generace mají v léčbě schizofrenie širší spektrum účinnosti, to znamená ovlivnění všech třech základních skupin symptomů schizofrenie (pozitivních, negativních a kognitivních), které byly popsány v kapitole 5.2. Další indikací antipsychotik jsou akutní psychotické stavy, schizoafektivní poruchy, odvykací a abstinenční příznaky, při výskytu psychotických příznaků u demence a jiných organických poruch mozku. Jako podpůrná léčba jsou antipsychotika indikována u mentální retardace s poruchou chování, u poruch osobnosti a sexuálních poruch. Antipsychotika se užívají i při komplexní terapii poruch příjmu potravy, tikových poruch, insomnií, chronické nauzee a úporném zvracení. (43)

Aby léčba antipsychotiky byla úspěšná, je nutné mít na zřeteli několik zásad. Nejprve je důležité zahájit včasnou léčbu antipsychotiky. Zahájením včasné léčby zajistíme rychlejší účinek léků, snazší korekci pozitivních příznaků, snížení negativních příznaků, zachování sociálních vazeb, lepší compliance a snížení rizika relapsu. Relaps je pro pacienta traumatickou zkušeností, jež může u pacienta vyvolat pocit zbytečnosti celé terapie. U pacienta může zvýšit riziko rozvoje deprese, suicidálních tendencí, chronicity onemocnění, prohloubení izolace v sociálních vazbách. V případě relapsu se remise obtížněji a déle navrácí a zároveň se zvyšuje riziko farmakorezistence. Dávky léků mají být účinné a dobře tolerované a hlavně mají být podávány dlouhodobě. Výsledky léčby mají být hodnoceny v intervalu 4 až 6 týdnů. (43)

Léčbu vysokými dávkami neuroleptik lze definovat jako dávku převyšující maximální dávkování stanovené BNF – British National Formulary. Jedná se o farmaceutickou referenci obsahující široké spektrum informací a poradenství v oblasti předepisování léků a farmakologie, která je používána lékárníky, lékaři a dalšími zdravotnickými pracovníky. Kniha slouží jako podklad pro správné dávkování, indikaci, interakce a nežádoucí účinky. I když podávání vysokých dávek neuroleptik není

doporučováno, zůstává u některých pacientů nezbytností. Vysoké dávky může ordinovat pouze zkušený specialista. Profesionální orgán The Royal College of Psychiatrists odpovědný za vzdělávání, odborné přípravy, nastavení a zvyšování standardů v psychiatrii, vytvořil standardy pro podávání vysokých dávek neuroleptik vycházející z klinické praxe. Tyto standardy obsahují informovaný souhlas pacienta, konzultace léčby se specialistou, podrobné vyšetření pacienta před zahájením léčby, časté a pravidelné kontroly pacienta včetně základních fyziologických funkcí. (53)

Pro zjištění adekvátní terapeutické hladiny neuroleptik jsou stanovovány plazmatické koncentrace neuroleptik. Toto vyšetření se provádí zejména u starších pacientů, dětí, při somatických onemocněních (poškození jaterní nebo ledvinné funkce), při kontrole užívání léků nebo při podezření na předávkování. (54)

U dětí a adolescentů je léčba neuroleptiky indikována podobně jako u dospělých. Onemocnění schizofrenie, obsedantně-kompulzivní porucha, úzkostná porucha, posttraumatická stresová porucha, panická porucha a pervazivní vývojová porucha, zvláště autismus. (43)

Při volbě druhu neuroleptika u dětí je nutné zohlednit možnou zvýšenou stigmatizaci dětí některými nežádoucími účinky. U dospělých pacientů mohou být některé nežádoucí účinky bezvýznamné, ale naopak u dětského pacienta mohou zvýšit stigmatizaci, protože dítě bývá v kolektivu úzce začleněné, provádí společné sportovní aktivity. Mezi nežádoucí účinky zvyšující stigmatizaci dítěte v kolektivu patří extrapyramidové nežádoucí účinky, zvyšování hmotnosti, galaktorea.(55)

6.1.2 Vedlejší účinky neuroleptik

Některé vedlejší účinky klasických neuroleptik byly již popsány v kapitole 1.7., nyní uvádím ještě další pro doplnění. Z motorických vedlejších účinků neuroleptik se můžeme setkat s akatizií, což je komplexní psychomotorický patologický stav, charakterizovaný prožitkem psychického dyskomfortu, provázeného úzkostí a nutkavým pohybovým neklidem. Dále dystonií, která se u pacienta projeví abnormními pohyby nebo abnormním postavením určitých částí těla. Parkinsonismem charakterizovaný bradykinezí, akinezí, hypokinezí, rigiditou a posturální poruchou. Tyto popsané vedlejší účinky neuroleptik patří mezi extrapyramidové akutní syndromy. Pozdním extrapyramidovým příznakem je tardivní dyskineze, které pacienta nijak zvlášť neobtěžují, neboť nejsou

provázeny úzkostí, tenzí, neklidem a pocitem dyskomfortu. Ovšem je nutné si uvědomit, že ale pacienta společensky a sociálně stigmatizují, což vede ke snížení compliance a neúspěchu léčby. Projevují se především grimasováním v obličeji, žvýkáním, špulením, rytmickou protruzí jazyka, ale můžou se také projevit abnormními pohyby rukou, nohou, trupu. Z hormonálních vedlejších účinků neuroleptik je to amenorea, galaktorea, gynekomastie, hyperprolaktinemie. Anticholinergní periferní vedlejší účinky zahrnují poruchy akomodace, zhoršení glaukomu, tachykardie, sucho v ústech, zácpa, zbytnění prostaty, retence moči, retrográdní ejakulace, přírůstek hmotnosti. Psychické vedlejší účinky neuroleptik jsou poruchy pozornosti, bradypsychismus, kognitivní poruchy. Jako další vedlejší účinky jsou popisovány kardiální změny, hematologické poruchy a hepatopatie. (43)

Mezi významné vedlejší účinky antipsychotik druhé generace patří zejména metabolické změny, zvýšení sérové hladiny prolaktinu a ovlivnění srdeční činnosti. Z metabolických změn bylo popsáno zvyšování hmotnosti pacienta, riziko vzniku diabetu a zhoršení lipidového profilu. (43)

6.1.3 Léčba neuroleptiky v těhotenství a při laktaci

Obecně léčba psychofarmaky v období těhotenství a při laktaci má svá specifika. Lékař musí posoudit každý případ individuálně, podrobně zhodnotit anamnézu, aktuální psychický i somatický stav pacientky, její postoj k léčbě i k těhotenství a zvážit možná rizika a přínosy terapie. Léčba psychofarmaky může vést k teratogenitě, k možnému ovlivnění vlastního průběhu porodu a k možnosti behaviorální teratogenitě ve smyslu opožděného vývoje či pohybové abnormality. Ovšem na druhou stranu neléčené duševní onemocnění těhotné pacientky může vést k dekompenzaci jejího stavu, relapsu onemocnění, riziku vzniku suicidálních tendencí, k nechutenství, ke zvýšenému abúzu cigaret a alkoholu a s tím související nižší porodní hmotnost dítěte, riziko předčasného porodu, neschopnost matky připravit se na porod, negativní postoj matky k těhotenství. Nejbezpečnějším antipsychotikem v době těhotenství je považován klozapin, z klasických neuroleptik haloperidol. Nejkritičtější období, ve kterém mohou vzniknout orgánové malformace je první trimestr. Přestože je vhodné v prvním trimestru antipsychotika vysadit, ne vždy je to možné vzhledem k psychickému stavu matky. Pacientky léčené antipsychotiky pro psychotické stavy mají v těhotenství větší riziko relapsu. Těhotenství duševně nemocné pacientky by se mělo vždy považovat za rizikové. Důležitá je úzká

spolupráce pacientky i jejího porodníka. Pokud pacientky během těhotenství užívá vyšší dávky neuroleptik, může dojít k neonatální toxicitě novorozenců, která se projevuje nežádoucími extrapyramidovými příznaky, apatií, ospalostí, abnormálními pohyby. Tyto příznaky během několika dní až týdnů naprosto vymizí. V poporodním období hrozí opět relaps psychózy, proto je nutné, aby pacientka užívala adekvátní antipsychotikum a zároveň je správné zastavit laktaci. Prakticky všechna psychofarmaka vstupují do mateřského mléka. Laktace se nedoporučuje z důvodu ochrany novorozence, jeho vystavení vlivu antipsychotik a tím zabránění případného nežádoucího účinku léku na rozvoj centrální nervové soustavy. (43)

Žádné neuroleptikum není jednoznačně doporučováno pro léčbu psychóz během těhotenství a laktace, ale zároveň žádné neuroleptikum není přímo kontraindikováno. Za určité vodítko pro volbu psychofarmaka během těhotenství a laktace lze považovat škálu, kterou vydala americká agentura pro kontrolu potravin a léčiv, FDA - Food and Drug Administration:

„A - kontrolované studie nezjistily riziko pro plod

B – nejsou důkazy pro riziko u lidí – studie u zvířat a/nebo lidí neprokázaly riziko

C – riziko nemůže být vyloučeno -scházejí studie u lidí/zvířat, nebo animální studie ukázaly určité riziko, dobré terapeutické efekty však opravňují použití léku

D – pozitivní údaje o riziku - postmarketingové studie přinesly údaje o riziku proplod, avšak potencionální léčebné efekty mohou převážit toto riziko

X – kontraindikace pro těhotné – riziko jasně převažuje terapeutický potenciál léku“

(56, str.147)

6.1.4 Neuroleptika v onkologii

Pacienti na onkologických odděleních se po zjištění jejich závažného stavu nejčastěji potýkají s úzkostí, strachem z nemoci, obavami z diagnostických a terapeutických výkonů. Rozvíjejí se u nich poruchy přizpůsobení, reakce na závažný stres, asociativní poruchy, neurastenie, depersonalizační syndromy, derealizační syndromy,

úzkostné a fobické neurózy, depresivní poruchy. Depresivní porucha bývá často přehlížena, nedostatečně diagnostikována a následně i nedostatečně léčena. Léčba psychických sekundárních poruch pacientů je na onkologických odděleních zajišťována formou psychiatrických konzilií. Ovšem ideální je, pokud je psychiatr členem ošetřujícího týmu, protože snáze zachytí změny psychického stavu pacienta. Konziliář řeší problémy konkrétního pacienta a často mu unikají souvislosti jeho základních potíží. S deliriem, demencí a kognitivními poruchami se můžeme také setkat na onkologii, a to jako následek přímého poškození mozku nádorovým bujením, ale mohou je způsobit i farmaka nebo radioterapie. Neuroleptika se na onkologii užívají ke zvládnutí úzkostných stavů, psychomotorického neklidu, stavy agitovanosti a poruch spánku. Při úporných neuropatických a neuralgických bolestech je doporučována kombinace neuroleptik a antidepresiv. Dále se využívá antiemetických účinků neuroleptik, takže jsou na onkologii podávána při nevolnosti a zvracení. (57)

6.1.5 Neuroleptika v chirurgii

U některých pacientů, zejména závislých na alkoholu, dochází často k alteraci psychického stavu po chirurgických výkonech. Běžná klinická praxe je, že s léčbou neuroleptiky se začíná až doba, kdy je zhoršení psychického stavu pacienta zcela rozvinuto. Objevují se ale studie, kdy neuroleptika byla podána rizikovým pacientům již profylakticky a to ihned po operačním zákroku. Mezi rizikové pacienty jsou zahrnuti lidé závislí na alkoholu a pacienti nad 70 let věku. Touto profylaktickou medikací dochází k oddálení nástupu, snížení alterace psychického stavu nebo úplnému potlačení tohoto stavu po chirurgickém výkonu. Profylaktická aplikace neuroleptika, nejčastěji Tiapridalu, je doporučována nejen lidem závislým na alkoholu, ale pacientům nad 70 let věku, kdy hrozí rozvoj delirantního stavu. Po aplikaci neuroleptika je důležité sledování vitálních funkcí pacienta za pobytu na jednotce intenzivní péče. (58)

Již zmíněný delirantní stav po chirurgickém výkonu má multifaktoriální patogenezi, kdy na jeho vzniku se podílí osobnost pacienta, věk, obavy z chirurgického výkonu, perioperační stres, pooperační obavy z výsledku. Amentní a delirantní stav se u geriatrických pacientů vyskytují nejčastěji na konci prvního pooperačního dne. U pacientů s abúzem alkoholu se většinou delirantní stav rozvíjí na konci druhého pooperačního dne. V chirurgické praxi je pacient trpící amentně delirantním stavem velkým problémem. Práce ošetřující personálu je komplikována nepříznivým psychickým

stavem pacienta, pobyt pacienta na jednotce intenzivní péče se prodlužuje, čímž se zvyšují finanční náklady na léčbu. Pokud je zahájena medikace neuroleptika již první pooperační den, dojde k odeznění delirantního či amentního stavu již třetí pooperační den. (59)

6.2 Ošetrovatelská péče na psychiatrii v letech 2000 – 2009

Ošetrovatelství v psychiatrii vychází z koncepce ošetrovatelství (Věstník MZČR, částka5) vydané v červnu 1998 Ministerstvem zdravotnictví ČR a to v oblasti personální struktury i metody práce. Základem je ošetrovatelský proces, což je systematický způsob individualizovaného přístupu v ošetrování pacienta. U každého pacienta má být vedena samostatná dokumentace, která má obsahovat plán ošetrovatelské péče a ošetrovatelský záznam. V podstatě se zaměřuje na specifické ošetrovatelské problémy. Všeobecná sestra plánuje ošetrovatelskou péči a zároveň zodpovídá za její realizaci. Ošetrovatelská dokumentace je důležitým zdrojem informací pro ostatní členy ošetrovatelského týmu, ale i pro lékaře a sociální pracovníky. Dává zpětnou vazbu terapeutickému týmu o efektivitě terapeutického postupu. (54)

Konkrétní ošetrovatelská péče po přijetí pacienta na psychiatrické oddělení zahrnuje sledování fyziologických funkcí, hodnocení stupně soběstačnosti, zhodnocení stavu hydratace, kdy následně zajistíme pacientovi dostatek tekutin a jejich aktivní podávání. Při odmítání příjmu per os nebo dehydrataci podává všeobecná sestra tekutiny dle ordinace lékaře sondou či intravenózně. Pacient mnohdy z důvodu halucinací a bludů odmítá stravu. Při výskytu somatických onemocnění jako je diabetes mellitus, onemocnění jater, žaludku, zajistí všeobecná sestra příslušnou dietu a pacienta edukuje o nutnosti dodržování dietního opatření. To platí i v případě, pokud má pacient problém s přijímáním stravy z důvodu porušeného chrupu. Dále se všeobecná sestra zaměřuje na sledování vyprazdňování pacienta, zaznamenává frekvenci. U žen zaznamenáváme frekvenci menstruace a dohlížíme na dostatečnou osobní hygienu pacientky. Všeobecná sestra dbá o dodržování základních hygienických návyků u pacienta, kdy často je nutný nejen dohled, ale i dopomoc. Pacienta se snažíme aktivizovat, a to s přihlédnutím k jeho zdravotnímu stavu. Také dbáme na dostatečný spánek a odpočinek. Nutností je i průběžné zajišťování pacientovi bezpečnosti. Někteří pacienti se často nachází ve stavu dezorientace a zmatenosti, u těchto pacientů všeobecná sestra zajišťuje komplexní ošetrovatelskou péči. (60)

U pacienta s psychotickým onemocněním se ošetrovatelská péče orientuje dle obsahu halucinací a bludů. V akutních případech dbáme na pacientovu bezpečnost a bezpečnost spolupacientů s ohledem na lidskou důstojnost a potřeby pacienta. Nutné je odstranit předměty, jež by mohly být použity k násilnému chování. Základem ošetrovatelské péče a přístupu k pacientovi, je klidné provádění úkonů, pokud je to možné, vyhovění pacientovým přáním a navážeme kontakt. Pacienta je nutné vyslechnout a hlavně nevyvracet bludné úvahy. Ošetřující personál musí mít na paměti, že blud je pro pacienta absolutní realitou. Je nutné, aby se personál vyhnul silným emocím, hádkám, výčitkám, emočnímu tlaku či manipulaci. Po odeznění akutní fáze je vhodné, aby ošetřující personál vedl pacienta k aktivitám a pracovní činnosti, zajistil psychoterapii a psychoedukaci. Psychoedukace je důležitá jak pro pacienta, tak pro rodinu, která potřebuje informace o nemoci, léčbě a prognóze. (61)

Práce všeobecné sestry na psychiatrii je zcela odlišná od práce na jiných odděleních. Kvalitu ošetrovatelské péče na psychiatrii ovlivňuje zejména osobnost sestry, dále znalost symptomatologie psychických onemocnění, znalost metod získávání údajů a dovednost tyto znalosti prakticky uplatňovat, znalost účinků psychofarmak a znalost nežádoucích příznaků, neméně důležitá je i orientace všeobecné sestry v psychoterapii a znalost nových metod léčby a ošetřování psychicky nemocných pacientů. Při ošetrovatelské péči se všeobecná sestra snaží o co nejmenší zásah do pacientovi sebezpečí, spíše volí cestu edukace, snaží se vést pacienta k samostatnosti a vyvarovat se vzniku závislosti pacienta na zdravotnickém zařízení. Náplní práce všeobecné sestry na psychiatrii je komplexní ošetrovatelská péče o pacienta zahrnující plnění ordinací lékaře, sledování chování pacienta, při podávání psychofarmak dohlížení na jejich užití, sledování nástupu účinku psychofarmak, příprava pacienta na léčebné výkony, asistence při některých léčebných výkonech jako je například elektrokonvulzivní terapie, péče o pacienta po výkonu, podílet se psychoterapeutických aktivitách pacientů, sběr anamnestických dat, ve kterých je snaha najít příčiny pacientových obtíží, snaha se o resocializaci a edukaci pacienta. V práci všeobecné sestry na psychiatrii je velmi důležitá orientace v právní problematice a to hlavně z důvodu nedobrovolných hospitalizací a ochranných léčeb. Všeobecná sestra by měla v kontaktu s pacientem zdůrazňovat aktivní přístup v terapeutickém procesu a vyvarovat se vnímání pacienta jako pasivního subjektu. Dále by měla zachovávat společenská pravidla. Mít klidný a otevřený přístup. Hned na počátku léčby je nutné pacientovi zdůraznit dodržování léčebného režimu, byť mnohým

zdravotnickým pracovníkům to nepřipadá nutné, ovšem později se pak řeší zbytečné nepříjemnosti spojené s nedostatečnou informovaností pacienta. Často je pro ošetřující personál nevyhnutelné vyžadování nepříjemných požadavků jako je soustavné kontrolování pacienta, narušení intimity, omezení sociálních kontaktů. Tyto nepříjemné požadavky jsou nezbytné pro hladký průběh hospitalizace a celé léčby, měly by být po pacientovi vyžadovány ohleduplně a zároveň by měly být redukovány na minimum. Mezi nesprávné chování všeobecné sestry řadíme bagatelizaci, ironii, nedostatek zdvořilosti, soukromé vztahy k pacientům, nervozitu, negativní postoj, rezignaci, lhostejnost nebo naopak přehnanou péči. Takovéto chování zdravotnického personálu poškozuje pacienta. (32)

Dalším důležitým prostředkem jak získat důvěru pacienta je verbální komunikace, empatie všeobecné sestry a dodržování zásad psychoterapeutického přístupu. Pokud je pacient ke slovnímu kontaktu přístupný a kontakt navazuje ochotně, bývá později, po pohovoru vděčný za čas, který jim všeobecná sestra věnovala. (62)

Základem terapeutického prostředí a terapeutického vztahu je terapeutická komunikace. Mezi základní prvky terapeutické komunikace patří empatie, respekt a autentičnost. Pokud všeobecná sestra projevuje empatii, pacient cítí pochopení a je ochoten převzít zodpovědnost. Pokud všeobecná sestra projeví dostatek respektu vůči pacientovi, pacient pociťuje, že má svoji hodnotu, a tudíž je ochoten rozhodovat. Velice důležitá je i autentičnost, kdy pacient má pocit, že je mu vše jasné a zřetelné a je ochoten co nejvíce spolupracovat. Terapeutický vztah prochází třemi fázemi, kdy v počáteční fázi dochází k budování vztahu mezi všeobecnou sestrou a pacientem, k určení základních okruhů problémů a k vyjasnění si očekávání a stanovení cílů. V druhé, pracovní fázi dochází k udržování vztahu, ke spolupráci při dosahování cílů a zároveň rozpoznání pacientových pocitů. V konečné fázi je možné zhodnotit pokrok a celkově úspěch či neúspěch shrnout, popřípadě ukončit. Všeobecná sestra má pacientovi pomáhat s orientací v dané situaci, v přijetí dané situace, dále je mu nápomocná při uvolnění a zeslabení záporných emocí. Neméně důležitým aspektem je i vytvoření nadějí na vyléčení a snížení pocitů viny. (63)

Ukazuje se, že kvalita navázaného terapeutického vztahu během příjmu pacienta na psychiatrické oddělení je velice důležitým aspektem, který ovlivňuje postoje k následné léčbě a k dodržování medikace. Mezi jednoduchá doporučení patří, nepoužívat výhrůžné

fráze a výhružný tón, zapojit pacienta do rozhodování o léčbě, respektovat pacientovy názory na zdraví. Těmito jednoduchými úkony snížíme pacientův prožitek duševního i tělesného násilí. Navázání terapeutického vztahu s pacientem velmi důležité, ovlivní další průběh léčby a zároveň přinese významný klinický úspěch. (35)

Součástí odborné péče je i pozorování, které napomáhá ke stanovení přesné diagnózy, posouzení výsledků léčby. Pacient by neměl mít pocit, že je hlídán, ale naopak by měl získat důvěru ve zdravotnický tým, který má zájem o jeho potřeby a pocity. Všeobecná sestra využívá výsledky pozorování při sestavování ošetrovatelského plánu, kdy stanovuje ošetrovatelské diagnózy, plánuje, realizuje a hodnotí ošetrovatelskou péči. (40)

Problémem bývá obtížné získávání věrohodných informací od pacienta, zejména pokud se vyskytují poruchy myšlení a emotivity. Je proto vhodné získané informace si taktním způsobem ověřit. Při sestavování ošetrovatelského plánu, jeho realizaci i hodnocení má mít všeobecná sestra stále na paměti, že stěžejním prvkem úspěšné péče je spolupráce mezi ošetřujícím personálem a pacientem. Všeobecná sestra zhodnotí a následně uspokojuje všechny bio-psycho-sociální potřeby pacienta a zároveň sleduje projevy onemocnění a jejich vývoj, halucinace, bludy, poruchy myšlení, chování pacienta, stav vědomí, užití ordinovaných léků, žádoucí i nežádoucí účinky léků, úroveň komunikace pacienta, úroveň spolupráce pacienta, fyziologické funkce, předměty a věci v okolí, zajišťuje bezpečnost pacienta, dále se stará o pacientovu maximální psychickou pohodu a podporuje pacienta k aktivnímu zapojení do terapie. (41)

Při dobré spolupráci pacienta a jeho rodiny s ošetřujícím personálem, je možné z větší části ovlivnit průběh a prognózu onemocnění. Tímto dosáhneme pravidelného užívání léků, pravidelné kontroly, zúčastňování se rodiny na dlouhodobé rehabilitaci a resocializaci pacienta, čímž se mohou zlepšit přístupy rodiny k pacientovi, sníží se tak počet relapsů nemoci a oddálí se potřeba rehospitalizace či invalidizace pacienta. (42)

Na psychiatrickém oddělení není výjimkou, když pacient odmítá užívat léky. Odmítání léků všeobecná sestra musí nahlásit lékaři a zároveň zaznamenat do dokumentace. Lékař se může pokusit snížit počet léků jen na základní, což bývá někdy účinné. Nebo se snaží najít jinou lékovou formu než perorální. Velmi diskutabilní je situace, kdy jsou pacientovi aplikována psychofarmaka bez jeho souhlasu. Bývají to především situace vedoucí ke zklidnění pacienta a souběžně k zahájení terapie a to tehdy

když pacient částečně nebo úplně ztratí náhled na své onemocnění. Pokud se nepodaří pacienta přimět k perorálnímu podání léků, přistupuje se parenterální aplikaci, kdy je zapotřebí dostatečný počet zdravotnického personálu ke zvládnutí manuální fixace pacienta. Poté se zajišťuje dlouhodobá monitorace psychického a somatického stavu a pravidelné kontroly vitálních funkcí. (32)

V průběhu léčby psychofarmaky může také nastat situace, při kterých je pouze na úvaze všeobecné sestry zda lék podat či nepodat. Jedná se například o situace, kdy podání léku by bylo jen bezúčelné jednání nebo z nějakých důvodů vznikla pochybnost o vhodnosti pokračování zvoleného postupu. Ať už je lék nepodán z rozhodnutí všeobecné sestry nebo z rozhodnutí pacienta, musí být tato skutečnost podrobně zaznamenána v dokumentaci a při nejbližší příležitosti oznámena lékaři. Úkolem všeobecných sester je, aby lékaři poskytly přehled o skutečném množství požitých léků pacientem, který lze prakticky velmi dobře zajistit pokud při podávání léků je pacientovy vydána jen jedna dílčí dávka, kterou má pacient spolknout za dohledu všeobecné sestry. Tímto opatřením se dá předejít neúspěchu léčby nebo vedlejším příznakům způsobeným nepravidelným užíváním a také je zejména prevencí před shromažďováním a utajováním zásob léků pacientem, které by mohly sloužit jako prostředek sebevražedného pokusu. (40)

Pokud pacient odmítá užívat léky, doporučuje se, aby všeobecná sestra zjistila pacientovy znalosti a názory na onemocnění a léčbu, pacientovy důvody bránící užívání léků, dále pacienta dostatečně edukovala o podávání léků, jejich účinku a o vhodném užívání vzhledem k jeho denním aktivitám. Všeobecná sestra by měla také informovat rodinu o podávání léků, ovšem jen v rozsahu svých kompetencí. Vhodné je edukovat pacienta i rodinu a možném vzniku závislosti při užívání léků bez konzultace či ordinace lékaře. Všeobecná sestra by měla využít všech svých psychologických prostředků k motivaci pacienta k léčbě. Mezi tyto psychologické prostředky řadíme přesvědčování, sugestivní ovlivnění, racionální psychoterapii, kdy je důležitá podpora a nedílnou součástí je i taktní a vhodná kontrola užívání léků. (63)

Při léčbě psychofarmaky se můžeme setkat s akutním stavem pacienta navozeným léky a to zejména na začátku léčby. Na pacientovi můžeme pozorovat neklid, nevydrží sedět a ani stát, neovladatelně vyplazuje jazyk, je ze svého stavu vyděšený. Všeobecná sestra má pacienta uklidnit vysvětlením, že jde jen přechodný stav, který po parenterální aplikaci léků vymizí a dále dle ordinace lékaře aplikovat antiparkinsonika. (62)

Některé akutní stavy vyžadují hospitalizaci na jednotce intenzivní psychiatrické péče. Je nutné, aby tyto jednotky intenzivní psychiatrické péče měly psané standardy pro podávání vysokých dávek léků, rychlé zklidnění a dlouhodobou léčbu. Bohužel, některé jednotky intenzivní psychiatrické péče pracují bez standardů pro fyzické omezení pacienta a izolaci pacienta, přestože bezpečnostní a zdravotní nařízení toto vyžaduje. Absence standardů se odráží v úrovni klinické praxe, vede k nebezpečným terapeutickým intervencím. Kvalita péče na jednotkách intenzivní psychiatrické péče je přesně definována systémem provozních činností, což umožňuje zbavit se tradičních postojů, zavádět nové metody a posilovat sebekritiku k vlastní práci. (53)

Velmi častým vedlejším účinkem atypickým neuroleptik je vzestup hmotnosti a vznik diabetu. Vzestup hmotnosti je velmi individuální, ve studiích se váhový vzestup obvykle uvádí po klozapinu. Zajímavé je, že váhový vzestup je větší u původně štíhlých pacientů. Vzestup hmotnosti je typický zejména v prvních týdnech léčby. Je proto důležité pravidelně sledovat hmotnost pacienta a zároveň zvažovat zda je pro pacienta výhodnější prevence somatických komplikací nebo úprava psychického stavu. Obecně lze shrnout prediktory váhového vzestupu u pacienta užívajícího neuroleptika, a to vzestup hmotnosti v prvních týdnech léčby, nízké počáteční hodnoty BMI a zvýšená chuť k jídlu. Někteří autoři uvádějí jako prediktory hmotnostního vzestupu klinickou psychiatrickou odpověď, ženské pohlaví, kouření, alkohol a vyšší dávky léků. U dětí a adolescentů dochází k většímu váhovému přírůstku než u dospělých pacientů. V podstatě lze říci, že dětští pacienti a adolescenti jsou skupinou pacientů u nichž dochází k dynamickému vývoji tělesné hmotnosti. U pacientů u nichž dochází k výraznému vzestupu hmotnosti je z hlediska ošetrovatelské péče důležitá edukace. (64)

Před započítím léčby atypickými neuroleptiky pacienta zvážíme a pomůžeme mu založit si deníček. Do deníčku si pacient bude zaznamenávat svoji váhu, hodnotu BMI, množství zkonsumovaného jídla, množství sportovních aktivit. (65)

Pacientovi můžeme poskytnout edukační materiály, jež máme k dispozici a opakovaně zdůraznit, že při vzestupu váhy a velké chuti k jídlu neuroleptika nevysazovat a vzestup váhy konzultovat s lékařem. Pacientovi doporučíme zvýšit vhodným způsobem pohybovou aktivitu, a to jízdou na kole či rotopedu nebo cvičit alespoň 3 – 4x týdně po dobu 30 minut. Pokud ze zdravotních nebo jiných důvodů pacient cvičit nemůže, doporučíme denně hodinovou procházku. Mezi další doporučení patří omezení chuti

k jídlu, a to přes den jíst alespoň 3 – 5x, nejíst po sedmé hodině večerní. Pokud má pacient nevladatelnou chuť k jídlu, je vhodné si zacvičit nebo jít na procházku. Do jídelníčku přidat více zeleniny a ovoce, jíst pomalu, dlouho kousat a vyvarovat se jídla ve stresu či rozčilení. Dále pacientovi doporučíme vybírat si zdravé jídlo, omezit tuk ve stravě, mléčné výrobky kupovat jen nízkotučné, upřednostňovat maso rybí a drůbeží. Z pití se nedoporučují kalorické nápoje, pít spíše čaje, neslazené minerálky nebo nápoje označené light. (64)

6.2.1 Vedení zdravotnické dokumentace

Vedení zdravotnické dokumentace na psychiatrii má svá specifika. Bývá značného rozsahu, ale ve svém obsahu zaručuje podklady pro správné hodnocení průběhu léčby a stanovení dalšího postupu. Z tohoto vyplývá, že dokumentace má být úplná a výstižná a v písemné formě, protože chování, jednání, výroky pacientů nelze za běžných podmínek ani jinak zachytit. Všeobecná sestra musí denně provést záznam o pacientovi. Pokud je stav pacienta beze změny je nepřístupné, aby všeobecná sestra provedla jen krátký, nic neříkající záznam, příkladem je status idem, stav beze změny a podobně. Svůj záznam o neměnnosti pacientova stavu musí doplnit upřesněním. Do dokumentace je vhodné zachytit i sociální projevy a neverbální pacienta. Záznamy všeobecné sestry se nesoustřeďují pouze na zprávy o psychickém stavu, ale důležité je podrobně zaznamenávat i změny v somatickém stavu pacienta. Psychický stav se somatickým stavem leckdy úzce souvisí. K tomu, aby všeobecná sestra prováděla kvalifikované záznamy do dokumentace je důležitá její dostatečná znalost psychopatologických projevů, dále pozorovací a vyjadřovací schopnosti. Na základě znalostí a zkušeností při záznamech o chování pacientů zkušená všeobecná sestra využívá svého vlastního, osobitého systému. Všeobecným sestrám méně zkušeným nebo začínajícím se doporučuje využívat posuzovacích stupnic, které obsahují formulované a výstižné popisy jednotlivých poruch. (40)

7 OBDOBÍ 2010 – 2014 V PSYCHIATRII

Koncepci oboru psychiatrie schválila v roce 2008 Psychiatrická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Koncepce obsahuje kapitoly jež se zabývají odvětvími psychiatrie jako je gerontopsychiatrie, adiktologie, pedopsychiatrie a program péče o pachatele trestných činů s duševním onemocněním. Koncepce detailně definuje odpovídající strukturu jednotlivých služeb pro duševně nemocné v primární psychiatrické péči v ambulancích, psychiatrických nemocnicích, komunitní péči. Nyní s odstupem času můžeme říci, že koncepce oboru psychiatrie se v praxi nerealizovala. Celý rozvoj péče je brzděn absencí jednoznačného politického rozhodnutí, které by určilo směr rozvoje služeb. K další změně došlo v roce 2012, kdy se Ministerstvo zdravotnictví České republiky přihlásilo k reformě psychiatrické péče. Mezi důvody, které vedly k přípravě reformy patří zejména zvyšující se počty psychicky nemocných lidí, velká zátěž pro lidi s duševní nemocí, zastaralý systém péče postavený na existenci velkých psychiatrických nemocnic s nedostatečnou úrovní služeb, nedostatečně rozvinutý systém komunitní péče, podfinancovanost oboru. Ministerstvo zdravotnictví České republiky stanovilo pracovní skupinu složenou ze zástupců odborných společností lékařů, zástupců z řad všeobecných sester, zdravotních pojišťoven a uživatelů služeb. Tato pracovní skupina má za úkol připravit strategii reformy psychiatrické péče, která by měla mít podobu moderního systému péče o duševní zdraví, jehož centrem bude pacient. Při realizaci reformy psychiatrické péče očekává Ministerstvo zdravotnictví České republiky od dotací z evropských strukturálních fondů.(66)

Co se týká psychofarmak, tak ty jsou v dnešní době velmi dobrým obchodním artiklem, proto se v oblasti preskripce léků můžeme setkat i s oblastí etických problémů. Farmakologické firmy hájí pouze ekonomické zájmy a je tedy pouze na psychiatrech do jaké míry si zachovávají nezávislost a neovlivnitelnost svých osobní zájmů nad zájmy pacienta a do jaké míry zvládnout odolávat nejrůznějším lákavým nabídkám farmakologických firem. (66)

V současné době je v psychofarmakoterapii snaha o aplikaci léčby založené na důkazech a měřitelnosti. Psychofarmakoterapie má být individualizovaná a komplexní, takže doplněná o psychosociální intervence a péči i o tělesné zdraví, kdy cílem je nejen dosažení remise, ale i úzdravy. (67)

7.1 Ošetrovatelská péče na psychiatrii v letech 2010 – 2014

V rámci ošetrovatelské péče musí všeobecná sestra posoudit stav pacienta, odebrat ošetrovatelskou anamnézu, provést základní vyšetření fyziologických funkcí, zhodnotit psychický stav, stav výživy, hydratace či soběstačnosti. K tomuto posuzování nám mohou pomoci i hodnotící škály. Na psychiatrii se nejčastěji používají tyto hodnotící škály: Test základních všedních činností dle Barthell, Screening pro určení zvýšeného rizika pádu, Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové, Základní nutriční screening dle Nottinghamského dotazníku, Hodnocení rizika sebevražedného jednání, Vyhodnocení rizika agrese, Test kreslení hodin, který bývá i součástí testu kognitivních funkcí Mini-Mental State u geriatrických pacientů, dále stupnice hodnocení psychického zdraví, geriatrická škála deprese a neměli bychom zapomínat i na hodnotící škály bolesti. (66)

Spolupráce pacienta při psychofarmakologii má zásadní dopad na úspěšnou léčbu. Je známá celá řada faktorů, jež ovlivňují spolupráci pacienta při užívání léků. Jedním z hlavních faktorů je vlastní onemocnění, kdy pacient nemá dostatečný náhled na onemocnění. A výskyt některých příznaků onemocnění – porucha soustředění, poruch paměti, apatie spojená s depresí, porucha kognitivních funkcí. Dalším významným faktorem je vztah lékaře, což ovlivňuje následnou adherenci pacienta s léčbou. Mezi faktory ovlivňující pravidelné užívání léků jsou vlastnosti léku – forma, vzhled léku, nežádoucí účinky, dávkovací režimy, nedostatečné ovlivnění příznaků. Určitou roli v pravidelném užívání léků hraje i cenová dostupnost léku a výše doplatku, kterou pacient uhradí v lékárně. Někteří pacienti vnímají dlouhodobé užívání léků jako stigmatizaci a někteří se dokonce obávají závislosti. A v těchto situacích hraje velkou roli míra informovanosti pacienta i jeho rodiny a ochota rodiny podporovat pacienta v užívání léků. (66)

U pacientů léčenými antipsychotiky lze provádět terapeutické monitorování léku, které představuje účinný nástroj pro optimalizaci farmakoterapie. Z neuroleptik je k terapeutickému monitorování doporučován zejména klozapin pro své hematologické nežádoucí účinky. Obecně mezi indikace terapeutického monitorování léku řadíme optimalizaci dávky pro zahájení léčby nebo změny dávky, kontrola bezpečnosti léčiva, podezření na nonadherenci, není zlepšení onemocnění i při doporučených dávkách, výskyt nežádoucích účinků i při podávání doporučených dávek, prevence relapsu při udržovací dávce, problémy při změně z originálního léku na generický nebo opačně a další.

K prevenci relapsu při udržovací terapii se terapeutická monitorace léku doporučuje provádět za 3 až 6 měsíců. (68)

Terapeutické monitorování léku přináší ošetřujícímu lékaři vždy důležitou informaci, která by mu měla pomoci při rozhodování o další terapii. Aktuálně se plazmatické koncentrace klozapinu v České republice provádějí jen na několika pracovištích – Psychiatrická klinika FN Brno, Oddělení klinické farmakologie FN Ostrava, Psychiatrické centrum Praha. (69)

7.1.1 Specifika podávání léků

Všeobecná sestry musí dodržovat zásady podávání léků, tak jako v jiných medicínských oborech. Při přípravě léků musí všeobecná sestra dodržet bezkontaktní způsob, lék připravit pouze z originálního balení a dle ordinace lékaře. Pacientovi podává léky všeobecná sestra, která lék připravila. Způsob aplikace léku musí být dle ordinace lékaře a doporučení výrobce. Podanou medikaci je nutné zaznamenat do dokumentace. V psychiatrii je výhodné zvažovat jakou lékovou formu zvolit. Pokud pacient odmítá polykat tablety nbo kapsle, může lékař ordinovat ekvivalentní roztok. Kapky musí všeobecná sestra připravit bezprostředně před podáním. Další formou léku jsou rozpustné tablety, které jsou vstřebávány přímo sliznicí dutiny ústní. Tyto rozpustné tablety musí všeobecná sestra vyjmout z blistru bezprostředně před podáním, aby tablety nebyly znehodnoceny vlhkostí. Dále je důležité bezpečné skladování léčiv a jejich pravidelná kontrola doby použitelnosti. Farmakologická léčba na psychiatrii bývá mnohdy komplikována ze strany pacienta. Všeobecná sestra pacienta informuje o způsobu podání léku, nežádoucích účincích a o režimovém opatření, které s některými podávanými léky souvisí. Dále všeobecná sestra kontroluje a ověřuje požití léku, ovšem svým jednáním nesmí ohrozit pacientovu důstojnost a samostatnost. Může následovat kontrola dutiny ústní a další monitorování, kdy je pacient pod přímým dohledem ještě 15 až 20 minut pro případ, že by pacient chtěl léky vyzvracet. Toto opatření se provádí zejména u pacientů, se kterými je obtížná spolupráce a hrozí manipulace s léky. Nespoupráce nebo nepožítí léku je nutné, aby všeobecná sestra podrobně zdokumentovala. Vhodným způsobem pacienta edukovat je dalším úkolem všeobecné sestry a celého ošetřujícího týmu. V oblasti edukace by se zejména všeobecná sestra měla zaměřit na vysvětlení důležitosti užívání léků, na důsledky plynoucí z vysazení léku a na postupy, kterými může pacient zmírnit nežádoucí účinky. Všeobecná sestra by měla pacienta motivovat k léčbě. Pokud všeobecná sestra

zjistí výskyt symptomů nežádoucích účinků léku, ihned informuje lékaře, zdokumentuje a na místě je i pravidelné sledování fyziologických funkcí. U řady léčiv se pravidelně provádí laboratorní vyšetření k ověření terapeutické hladiny léku. Je nutné, aby všeobecná sestra informovala o případném odběru biologického materiálu s předstihem. Mezi specifika podávání léků na psychiatrii patří i fakultativní podání léku, které je podmíněno výskytem nějakého problému, pro který má všeobecná sestra lék podat. Zároveň provede záznam do dokumentace, který musí obsahovat popis okolností, které předcházely podání léků, časový sled těchto okolností, čas podání medikace, množství léku, léková forma a v přiměřeném časovém odstupu účinek aplikovaného léku. Všeobecná sestra může ordinovaný lék nepodat. Jsou to například situace, kdy všeobecná sestry nebude budit tvrdě spícího pacienta, aby mu podala hypnotika nebo pacient může být ve stavu velkého útlumu s třesem a somnolencí, tudíž podání pravidelné medikace je na pochybnostech. Všeobecná sestra v těchto a podobných situacích musí provést podrobný záznam do dokumentace a konzultovat pacientův stav s lékařem. (66)

V psychofarmakoterapii u dětí a adolescentů je nutné důkladně zvažovat mezi správnou indikací, nežádoucími účinky a prospěchem léčby pro dítě. K terapii je nutný souhlas rodičů a dle rozumové vyspělosti i souhlas dítěte. Dítěti i rodičům je vhodné objasnit mechanismus účinku podávaného léku, kdy lze využít názorných materiálů, letáky, video, brožury, hry. (66)

Psychofarmakoterapie u gerontopsychiatrických pacientů bývá komplikována polymorbiditou, jež může modifikovat farmakokinetiku. Doporučují se neuroleptika bez anticholinergního působení, spíše atypická neuroleptika. Klasická neuroleptika mohou způsobit parkinsonský syndrom, který zvyšuje riziko pádu. Při ošetrovatelské péči na gerontopsychiatrickém oddělení má všeobecná sestra pamatovat na snížený pocit žízně, zhoršenou adaptabilitu, utlumené kognitivní funkce. (66)

7.1.2 Farmakologické zvládnání neklidu

Při zvládnání neklidu je nutné věnovat dostatečnou pozornost výběru léku. Je důležité, aby podaný lék měl rychlý nástup účinku, minimum nežádoucích účinků a interakcí a byl dostupný v několika lékových formách. Lék vždy ordinuje lékař. Pro zvládnání neklidu se z antipsychotik doporučuje haloperidol (Haloperidol), levomepromazin (Tisercin). Při psychomotorickém neklidu u psychóz se používají kombinace antipsychotika a benzodiazepinu. Nejprve je preferováno perorální podání léku, pokud lék

pacient pro nespolupráci neužije, přistupuje se k parenterální aplikaci. Proto, aby byl zachován terapeutický vztah pacienta s ošetřujícím personálem, je výhodné ponechat pacientovi určitou míru svobody a volby, například volba lékové formy. Tímto přístupem získává pacient pocit, že má možnost ovlivňovat léčbu a není jen pasivním objektem. Během psychomotorického neklidu je důležité, aby ošetřující personál neustále vyhodnocoval aktuální stav pacienta a podle toho upravoval či měnil léčebné prostředky a přístupy. Citlivý a profesionální přístup ošetřujícího personálu k pacientovi je zárukou zachování důvěry pacienta i v této obtížné a složité fázi. Účinné a bezproblémové zvládnutí neklidu pacienta lze dosáhnout odbornou připraveností personálu. Odborné a praktické znalosti a dovednosti personálu jsou nutné zejména při používání omezovacích prostředků a péči o pacienty v omezení. (66)

7.2 Zvyšování spotřeby neuroleptik

Dne 3. února 2015 byl na programu ČT 24 odvysílán pořad Fokus Václava Moravce na téma Stav duše. V pořadu se řešila současná situace psychiatrické péče a mimo jiné zaznělo i téma psychofarmak. V pořadu byl zveřejněn graf, na kterém byly zaznamenány data znázorňující stoupající spotřebu psychofarmak. Neuroleptika nepředstavovala až tak drastický nárůst spotřeby jako antidepresiva, u kterých stoupla od roku 2000 do roku 2014 spotřeba až o 150%. V roce 2000 byla spotřeba neuroleptik v České republice 3 059 367 balení léků dodaných do lékáren od farmaceutických firem. V roce 2014 spotřeba neuroleptik představovalo číslo 3 531 237 balení léků dodaných do lékáren od farmaceutických firem. Podstatnou souvislost nárůstu spotřeby psychofarmak můžeme vidět i v tom, že antidepresiva může pacientovi předepsat i praktický lékař a neuroleptika, až na malé výjimky, pacientovi předepisuje psychiatr. V podstatě se přibližujeme americkému modelu, kde je velký tlak farmaceutických firem a psychofarmaka se nadměrně předepisují, zneužívají. Na otázky moderátora Václava Moravce ohledně psychofarmak odpovídal současný ředitel Psychiatrické nemocnice v Bohnicích MUDr. Martin Hollý, MBA, který spatřuje příčinu zvýšeného nárůstu nadužívání psychofarmak v chybějící komplexní psychiatrické péči s důrazem na psychoterapii, dále v malém časovém limitu, který má lékař na pacienta, v omezení lůžkových kapacit, kdy chybějí zejména alternativy lůžkové péče a ve stoupajícím počtu psychiatrických pacientů. Dále pan Hollý poukazuje na to, že dříve bylo méně neuroleptik, ale pro pacienta při pravidelném užívání znamenala rychlý návrat do společnosti. Dnes se

kombinují neuroleptika s několika dalšími léky a návrat pacienta do společnosti je horší a s větší časovou prodlevou. (70)

8 DISKUZE

Pro svoji diplomovou práci jsem si vybrala téma Vývoj ošetrovatelské péče o pacienta užívajícího neuroleptika. Toto téma je mi velmi blízké, protože více jak deset let pracuji na psychiatrii. Práce na psychiatrii je zajímavá, velmi zodpovědná, ale i náročná po stránce psychické a na některých odděleních psychiatrie i po stránce fyzické. Myslím si, že ošetrovatelská péče o psychicky nemocné prodělala ve svém vývoji velké změny a nyní je poskytována na velmi dobré profesionální úrovni. Psychiatrie je obor, který je stále kritizován za své, někdy neodkladné a nevyhnutelné terapeutické zásahy a to díky prezentaci v médiích a neznalostí laické veřejnosti.

Svoji diplomovou práci jsem psala v časovém sledu od úplného počátku psychofarmakologie a zavedení psychofarmak do klinické praxe až do současnosti. Podkapitoly jsem členila v časovém rozmezí deseti let a v každé této podkapitole jsem zmínila důležitou změnu či situaci v oblasti vývoje neuroleptik a ošetrovatelské péče s ní související. Při shromažďování literatury jsem byla mile překvapena množstvím dostupné literatury, ať už ze současnosti či z dob objevení psychofarmak. Obtížně jsem shromažďovala literaturu zabývající se ošetrovatelskou péčí na psychiatrii, zejména období 1950 až 1959. Pokud byla v některých publikacích zmínka o ošetrovatelské péči na psychiatrii, tak jen v malém rozsahu, nekompletně a často velmi stroze. S dostupnou literaturou se mi pracovalo dobře, byla to zajímavá, velmi poučná práce, ale také časově náročná. Při studiu literatury jsem měla možnost získat celkový náhled na vývoj psychofarmakoterapie a ošetrovatelské péče s ní související.

V části diplomové práce věnované období 1950 až 1959 je většina informací, které již dnes neplatí. Jedná se zejména o neuroleptika, která se již dnes nepoužívají a vlastně ani nevyrobí. Jaký obrovský přínos znamenalo pro psychiatrii objevení neuroleptik a jejich uvedení do klinické praxe jsem již několikrát ve své práci popsala. Myslím si, že tento velký posun nejen v terapii duševně nemocných, ale i ošetrovatelské péči můžeme pociťovat i dnes, kdy máme možnost nahlédnout do historie psychiatrie a srovnat atmosféru dnešních psychiatrických zařízení s minulostí. S nástupem psychofarmak došlo k odmítání některých léčebných metod a k velké kritice elektrošokové léčby. Elektrokonvulzivní terapie zůstává i dnes nezastupitelnou terapeutickou metodou. Indikace neuroleptik byly v počátcích poměrně obsáhlé, ale postupným vývojem se oblast použití zužovala a konkrétozivala. Experimentovalo se podávanými dávkami neuroleptik, jež byly

poměrně vysoké a doporučené dávkování zahrnovalo poměrně velké rozpětí. A dále se zkoušely nejrůznější kombinace neuroleptik, a to nejen s léčivy, ale i kombinace neuroleptik s použitím některé psychiatrické léčebné metody. Rozšiřovaly se poznatky o nežádoucích účincích neuroleptik, jež mohou vyvolat u pacienta závažný stav, který ohrožuje na životě. Ošetrovatelskou péčí v 50. letech minulého století jsem ve své práci nemohla blíže popsat z důvodu chybějící literatury. Literatura z tohoto období se zabývá zejména terapií duševně nemocných a ošetrovatelská péče je zmíněna stroze a jen okrajově, jakoby ani důležitá nebyla. Z tohoto můžeme usoudit, že na ošetrovatelskou péči v tomto období nebyl kladen důraz, zůstávala v pozadí. Pokud jsou v některém zdroji uvedeny informace ohledně ošetrovatelské péče, jsou to většinou jen doporučení pro ošetrovatelský personál. Ale jak se skutečně ošetrovatelské péče poskytovala, se mi nepovedlo v dostupné literatuře dohledat. Další možností jak získat informace o ošetrovatelské péči ze zmíněného období bylo najít pamětníka, ale bohužel ani tohle se mi nepodařilo, což jsem očekávala vzhledem k možnému věku pamětníka.

V 60. letech minulého století se oblast použití neuroleptik rozšiřovala i do jiných medicínských oborů. Stále probíhá výzkum v oblasti psychofarmakologie. V tomto období byly již vytvořeny psychiatrické stupnice a škály, které měly sloužit lékařům a psychologům k určování závažnosti vedlejších příznaků při léčbě neuroleptiky. Informace o poskytované ošetrovatelské péči byly v literatuře spíše obecného charakteru, jednotlivé či konkrétní úkony poskytované ošetrovatelské péče v dostupné literatuře chybí. Je možné si povšimnout, že se role všeobecné sestry měnila. Bylo doporučováno, aby se všeobecná sestra zaměřila na vztahy s pacientem, využívala efektivní komunikaci a celkově dbala na vytvoření terapeutického vztahu s pacientem a udržování terapeutického prostředí. Považuji toto za změnu v ošetrovatelské péči s porovnáním s obdobím 50. let minulého století, kdy vstupovala do popředí jen léčba a ošetrovatelská péče pokulhávala. Dokonce je v období šedesátých let minulého století popisováno přiblížení psychiatrického ošetrovatelství k profesionální úrovni. Dalším posunem v psychiatrickém ošetrovatelství jsou požadavky na vzdělávání ošetřujícího personálu. A velmi mě překvapily informace o poskytované psychiatrické zdravotnické osvětě, programy prevence péče o duševní zdraví a dispenzární péče. Velký podíl na poskytování preventivní péče mělo vydání zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.

V 70. letech minulého století byl výzkum v oblasti psychofarmakologie stále aktuální, na našem trhu bylo dostupné stále větší množství preparátů. Velmi významným

přínosem v léčbě neuroleptiky bylo zavedení depotních neuroleptik do klinické praxe. Jejich výhoda byla a je spatřována hlavně ve způsobu jejich podání a jejich využití je velmi výhodné u pacientů, kteří odmítají pravidelně užívat léky. Těmito dlouhodobě působícími neuroleptiky byla obohacena zejména léčba psychóz. V publikacích jsou zmínky o podávání léků do jídla a to i bez vědomí pacienta v případě, že pacient na sobě nepozoroval účinek léků. Toto vysvětlení podání léků do jídla bez vědomí pacienta mi připadá nevhodné. Přece všeobecná sestra, která podá pacientovi léky do jídla bez jeho vědomí nemůže předem odhadnout zda pacient na sobě bude pozorovat účinky léků či nikoliv. Zdravotnická dokumentace byla v tomto období poměrně rozsáhlá a podle mého názoru nepřehledná a nevyhovující. V tomto období byla sice snaha o kvantifikaci dekurzů, kdy se doporučovalo používání posuzovacích stupnic, které měly více objektivizovat pozorování. Ale bohužel, tyto metody nebyly dostatečně propracovány, takže se v praxi nepoužívaly, což byla podle mého názoru chyba. Myslím si, že v současné době jsou vedeny záznamy ve zdravotnické dokumentaci velmi podrobně a na profesionální úrovni. Dnes máme možnost písemné i elektronické formy zdravotnické dokumentace, kdy elektronická podoba je přehledná a hlavní její výhodou je, že nejde zneužít. Psychiatrie jako specializovaný obor se stále vyvíjel a jeho rozvoj vyžadoval zřízení jednotek intenzivní péče i v psychiatrických léčebnách z důvodu stále přibývajících případů, kdy bylo nutné řešit psychický i somatický stav pacienta. Zřízením těchto jednotek intenzivní péče se kladly stále větší požadavky a zvýšené nároky na práci všeobecných sester. Pro pacienty bylo zřízení jednotek intenzivní péče výhodné pro možnost většího klidu, pohody a oddělení se od běžného provozu psychiatrického oddělení při somatických komplikacích či zhoršení celkového zdravotního stavu pacienta.

Pokud budeme srovnávat výzkum v oblasti psychofarmak v 70. a 80. letech minulého století, je z literatury zřejmé, že v 70. letech byl výzkum velice aktuální, ale v letech 80-tých měl výzkum klesající tendence. Taktéž to bylo i s preparáty. V 70. letech na našem trhu přibývalo psychofarmak, ovšem v 80. letech bylo mnoho preparátů registrováno, ale do naší republiky se nedovážely, pravděpodobně z politických důvodů. V 80. letech minulého století se stále častěji objevuje kritika nadužívání neuroleptik, kdy farmakoterapie byla na prvním místě v léčbě psychických poruch. Kritika se opírala o vysoké riziko závislosti a nevhodné řešení osobních problémů psychofarmaky. Nadužívání psychofarmak bylo a je kritizováno nejen u nás, ale také ve Spojených státech amerických. Neuroleptika patřila a stále patří mezi nejvíce předepisované léky ve

Spojených státech amerických. I v současnosti se ve Spojených státech amerických potýkají s nadužívání neuroleptik zejména u dětských pacientů, o čemž svědčí články v odborných časopisech i denním tisku. U nás spotřeba neuroleptik má také stoupající tendence. Při studiu literatury mě překvapilo, že neuroleptika byla podávána dětem ke zlepšení adaptace na nové prostředí, například na nemocniční prostředí. Myslím si, že problém v nadužívání neuroleptik tkví v tom, že léčebný efekt neuroleptik je rychlejší než ostatní formy terapie, proto lékaři volí jednodušší cestu, která je ale opředena nejrůznějšími možnými komplikacemi. Již v 80. letech byla zaznamenána snaha o přehodnocení celého systému služeb a jejich jednotlivých složek včetně vytváření nových organizačních forem. Ve srovnání s dnešní prozatím v praxi nerealizovanou koncepcí oboru psychiatrie si můžeme udělat obrázek o tom, kolikaletá je již snaha o změny ve službách v oboru psychiatrie a stále není dosaženo kýženého cíle.

Významnou změnou ve vývoji neuroleptik bylo uvedení atypických neuroleptik do klinické praxe, a to v 90. letech minulého století. Atypická neuroleptika mají řadu výhod pro pacienta zejména při netoleranci extrapyramidových nežádoucích účincích, ovšem nevýhoda spočívala v jejich vysoké ceně. Zavedením neuroleptik druhé generace došlo ke kontroverzním názorům na název léčiv – antipsychotika či neuroleptika. Dodnes se používají oba názvy. Při hodnocení nových léčiv se používaly posuzovací stupnice a škály, které byly rozšířeny do několika jazyků. Jejich využití je možné v klinických studiích nebo při výuce. Některé posuzovací škály je možné shlédnout v přílohách diplomové práce. Posuzovací škály a stupnice byly a jsou využívány lékaři, psychology, ale některé jsou i pro použití středními zdravotnickými pracovníky. Jako další významný posun v ošetrovatelské péči v devadesátých letech minulého století spatřuji ve vytváření psychoedukačních programů, jež se zaměřovaly na podávání informací o psychické poruše pacientovi i jeho rodině. Tímto se podle mého názoru zvýšila spolupráce pacienta i jeho rodiny na terapeutickém procesu.

V období roku 2000 až 2009 můžeme z literatury usuzovat jak se výrazně mění vztah lékaře a pacienta, kdy pacient i rodina jsou do terapie a následné rehabilitace aktivně začleněny. Další změnou v poskytování služeb v psychiatrických zařízeních je snižování počtu lůžek, rozšíření ambulantní péče, budování komunitní péče, krizových center, linek bezpečí, sanatorií a tak dále. Mohu z vlastní zkušenosti potvrdit, že k těmto změnám opravdu došlo. V psychiatrické nemocnici v Dobřanech, kde pracuji se počty lůžek na

jednotlivých odděleních snižovaly, ale zároveň se stavěly nové budovy a budovala se nová oddělení.

V diskuzi jsem chtěla uvést srovnání s jinými diplomovými či disertačními pracemi zabývající ošetrovatelskou péčí o pacienta užívajícího neuroleptika. Bohužel, historicko-srovnávací práci na toto téma jsem nenašla. Našla jsem pouze diplomové práce charakteru kvantitativního výzkumu zabývající se například vlivem antipsychotik na korigovaný QT interval, TDM psychofarmak a podobně. Podle mého názoru nelze tato srovnání prací provést.

Cílem mé diplomové práce bylo zmapovat vývoj psychofarmak a s tím související vývoj ošetrovatelské péče na psychiatrii a shrnutí poznatků pro zkvalitnění péče o pacienta. Myslím si, že cíl zmapovat vývoj psychofarmak se zaměřením na neuroleptika byl splněn. V ošetrovatelské péči jsem poukázala na změny a posuny vpřed. V celé práci jsem mnohokrát zdůraznila význam edukace pacientů z důvodu zlepšení spolupráce při léčbě neuroleptiky. Z vlastních zkušeností za svého pracoviště mohu ale podotknout, že v běžné praxi stále chybí vhodné edukační materiály. Edukační materiály, které v praxi používáme nejsou dostatečné a dle sdělení pacientů, jsou psány nesrozumitelně. Myslím si, že problematika edukace a edukačních materiálů pro psychicky nemocné by mohla být dalším předmětem výzkumu. V diplomové práci Bc. Jany Mitrengové s názvem „Umíme pomáhat duševně nemocným lidem v realitě dnešního světa?“, je také kladen důraz na edukační činnost. Bc. Mitrengová došla ve své diplomové práci k závěru, že edukační letáky pro oblast duševních onemocnění chybí. Pokud se týká osvěta duševní nemoci jde jen o předcházení syndromu vyhoření či vzniku deprese.

ZÁVĚR

Objevení psychofarmak znamenalo velký převrat v psychiatrii. Neuroleptika se stala velmi přínosná zejména v léčbě psychóz, dále přispěla k radikální změně atmosféry v lůžkových psychiatrických zařízeních a pomohla změnit nesprávné názory veřejnosti na psychicky nemocné pacienty. S vývojem farmakoterapie se měnila i ošetrovatelská péče o psychicky nemocné. Zásadně se měnila i role všeobecné sestry.

Neuroleptika jsou užívány zejména k léčbě psychotických stavů a k léčbě schizofrenie. Velmi často se při léčbě těchto onemocnění setkáváme s nespoluprací pacienta, odmítavým postojem, negativismem a agitovaností. K tomu, aby terapie neuroleptiky vedla k remisi onemocnění či uzdravení je zapotřebí dostatečné spolupráce pacienta. Spolupráce pacienta při farmakoterapii má zásadní dopad na úspěšnost léčby. Pacient by měl být k léčbě dostatečně motivován.

Základem současného moderního přístupu k pacientovi je edukační činnost ošetrovatelského personálu, která patří i k základním pilířům efektivní léčby. Na závěr diplomové práce chci shrnout poznatky o motivaci a spolupráci pacienta načerpané během studia literatury a osobní praxe na psychiatrii a navrhnout doporučení pro praxi. Doporučení o dostatečné motivaci pacienta na psychiatrii jsou jen obecného charakteru, velmi totiž záleží na individualitě každého pacienta. K tomu, abychom mohli pacienta vhodným způsobem motivovat k léčbě je nejprve vytvoření příjemného, klidného a pohodového prostředí, které na pacienta zapůsobí hned při vstupu na oddělení či do ambulance. Neméně důležité je vytvoření terapeutického vztahu mezi pacientem a jednotlivými členy ošetrujícího týmu. Pacient by měl mít v celém průběhu terapeutického procesu pocit a možnost samostatně rozhodovat o dalších postupech. Ošetrující tým dbá na uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb pacienta. Velmi důležitá je dostatečná informovanost pacienta i jeho rodiny. S přihlédnutím k aktuálnímu psychickému stavu pacienta edukujeme o jeho psychickém onemocnění, symptomatologii, léčbě, nežádoucích účincích léčby. Pro oblast farmakoterapie edukujeme jak léky užívat, vyvarovat se pití alkoholu, slunečnímu záření, nepravidelnosti v dávkování léků a užívání léků a dále kombinací s jinými léčivy. Edukovat bychom měli i o nutnosti pravidelných kontrol na psychiatrické ambulanci. Výhodné je i zapojení rodiny pacienta do terapeutického procesu. Celý léčebný proces se neskládá pouze z podávání léků, ale také psychoterapie, rehabilitace, ergoterapie. Je vhodné od pacienta získat informace o jeho zájmech a zálibách

a pokud je to možné, umožnit pacientovi věnovat se svým zájmům i během hospitalizace. Jako velmi výhodné k motivaci v léčbě spatřuji zprostředkovat pacientovi kontakt a spolupráci se svépomocnými skupinami, kde se pacient pravidelně setkává s lidmi postiženými stejným onemocněním.

Aby všeobecná sestra mohla dostatečně a vhodným způsobem motivovat pacienta k léčbě je zapotřebí, aby sama byla vybavena osobnostními vlastnostmi, byla vlídná, empatická, měla klidnou povahu, vyrovnanou náladu a pacienta viděla jako člověka se všemi bio-psycho-sociálními potřebami. V ošetrovatelském procesu by měla být všeobecná sestra aktivní. Všeobecná sestra by měla v komunikaci s pacientem používat efektivní komunikační dovednosti pro získání důvěry pacienta a následně k vytvoření terapeutického vztahu. Každá všeobecná sestra na psychiatrii by měla znát zásady psychoterapie, a používat psychoterapeutické přístupy. Vhodná je i znalost způsobů získávání relevantních informací o pacientovi. Po odborné stránce by všeobecná sestra měla být seznámena se všemi léčebnými metodami, znát metody pozorování, symptomatologii psychických onemocnění, nežádoucí účinky léčby, specifika podávání léků. Za důležité považuji i odpovídající vzdělání všeobecné sestry v oboru psychiatrie a schopnost orientovat se v právní problematice.

Diplomová práce by mohla být použita jako studijní materiál pro všeobecné sestry a studenty psychiatrických oborů k jejich dalšímu vzdělávání a k pochopení specifické role všeobecné sestry v péči o pacienta na psychiatrii a velkého významu edukační činnosti všeobecné sestry.

LITERATURA A PRAMENY

1. MARTÍNKOVÁ, Jiřina. *Neuroleptika*. [online]. Hradec Králové : LF UK v Hradci Králové, 2000 [cit. 9.12.2014]. Dostupné: <http://camelot.lfhk.cuni.cz/farmakol/cz/neurolep.doc>
2. VINAŘ, Oldřich. *Psychofarmaka*. [online]. Praha : Spofa, 1969 [cit. 9.12.2014]. Dostupné: http://klimes.mysteria.cz/clanky/psychologie/vinar_historie_psychiatrie.htm
3. ŠERÝ, Omar, ZVOLSKÝ, Petr a kol. Historický přehled vzniku molekulární psychiatrie. [online]. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 2006, roč. 102, č. 5 [cit. 10.11.2014]. Dostupné: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2006_5_246_249.pdf
4. VENCOVSKÝ, Eugen a VINAŘ, Oldřich. *Klinická psychofarmakologie: léčba psychofarmakologie*. Praha: Avicenum, 1980, 165 s. cnb000162874.
5. PROKÚPEK, Josef. *Psychiatrie, učebnice pro zdravotnické školy*. 2. vydání, Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1959. 132 s. cnb000514265.
6. SNEŽNEVSKIJ, Andrej Vladimirovič. Neuroplegika v psychiatrii. *Československá psychiatrie*. 1956, roč. 52, č. 2, s. 116-122. ISSN 0069-2336.
7. RADOVÁ, Veronika. *Vývoj ošetrovatelské péče o nemocného s elektrokonvulzivní terapií*. Plzeň, 2013. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Martina ŠELLINGOVÁ.
8. ŠTICH, Zdeněk. Metodické pokyny pro aplikaci neuroleptik (chlorpromazinu, reserpinu) u duševních poruch. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví*. 1959, roč. 7, č. 3, s. 21-24. ISSN 0139-9780.
9. KLIMKOVÁ-DEUSCHOVÁ, Eliška. Některé novější výsledky výzkumu neuroleptických látek. *Praktický lékař*. 1962, roč. 42, č. 1, s. 6-8. ISSN 0032-6739.
10. ŠVESTKA, Jaromír. Nová (atypická) antipsychotika 2. generace. *Remedi*. 1999, roč. 9, č. 6, s. 366-385. ISSN 0862-8947.

11. FILIP, Václav a kol. *Praktický manuál psychiatrických posuzovacích stupnic*. Praha: Psychiatrické centrum, 1997, 214 s. ISBN 80-85121-06-9.
12. GORTON, John. Trends in Psychiatric Nursing. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Service*. 1.5. Sep 1963, 422-437s. ,440-441s. ISSN03605973.
13. PROKÚPEK, Josef. *Psychiatrie – učebnice pro zdravotnické školy*. 3. doplněné vydání, Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1960, 132 s., cnb000731367.
14. VINAŘ, Oldřich. Neuroleptika v roce 1979 = Neuroleptics in 1979. *Československá psychiatrie*. 1980, roč. 76, č. 6, 384-392s. ISSN 0069-2336.
15. MALÁ, Eva. Vedlejší účinky při léčbě neuroleptiky. *Československá psychiatrie*. 1976, roč. 31, č. 5, 270-272 s. ISSN 0069-2328.
16. ŠVESTKA, Jaromír. *Clozapin: prototyp antipsychotik nové generace*. Praha: Maxdorf, 1998, 155s. ISBN 80-85800-83-7.
17. PETEROVÁ, Eva a kol. Klinické zkušenosti s léčbou depotními neuroleptiky. In: *Plzeňský lékařský sborník*. 1973, roč. 39, 27-30 s. ISSN 0551-1038.
18. NÁHUNEK, Karel. K některým otázkám neuroleptické léčby. *Praktický lékař*. 1970, roč. 50, č. 16-17, 608-609 s. ISSN 0032-6739.
19. DUŠEK, Karel a MALÁ, Eva. *Psychiatrie – učebnice pro zdravotnické školy*. Praha: Avicenum, 1990, 100 s. ISBN 80-201-0021-0.
20. DOBÍŠEK, Karel a kol. *Ošetřování duševně nemocných*. 2. vydání, Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1967, 308 s. cnb000492607.
21. NOVÁKOVÁ, Helena. Úkoly zdravotní sestry v jednotce intenzivní péče na psychiatrii. *Zdravotnická pracovnice*. 1978, roč. 28, č. 9, 523-525 s. ISSN 0049-8572.
22. PROKÚPEK, Josef. *Psychiatria – učebný text pre stredné zdravotnícke školy, odbor zdravotných, detských a ženských sestier*. 3. prepracované vydanie, Martin: Osveta, 1971, 192 s. 70-009-71.

23. TREJBALOVÁ, Margita, TREJBAL, Dušan a kol. *Aktuálne farmakoterapeutiká. III., Psychofarmaka v nepsychiatrických indikáciách.* Martin : Osveta, 1989. 254 s. ISBN: 80-217-0017-3.
24. SULSER, Fridolin. Psychopharmacology In Transition. *Human Psychopharmacology: Clinical & Experimental*, 1989, Vol. 4 Issue 1, p1-2. 2p. ISSN 0885-6222.
25. PROTIVA, Miroslav a KNOBLOCH, Eduard. *Pokroky ve farmacii: Nová psychofarmaka let 1973-1977. Nové objevy ve skupině vitamínů A a D.* Praha: Avicenum, 1980, 333 s. cnb000142132.
26. DUŠEK, Karel, CHROMÝ, Karel a kol. *Psychiatrie – učebnice pro zdravotnické školy.* Praha: Avicenum, 1981, 280 s. ISBN 08-090-81.
27. BOWER, Bruce. When Antipsychotic Drugs Can Be Lethal. *Science News*. 1986, Vol. 130, Issue 17, p260-260. 1/2p. ISSN 0036-8423.
28. DUŠEK, Karel. *Intenzivní péče v psychiatrii.* Praha: Avicenum, 1988, 148 s.
29. MAGNO, Julie, HENDEL, Darwin et al. Drug Treatment Refusal, Diagnosis, and Length of Hospitalization In Involuntary Psychiatric Patients. *Behavioral Sciences & the Law*. 1986, Vol. 4 Issue 3, p327-337. 11p. ISSN 0735-3936.
30. HYNIE, Sixtus. *Psychofarmakologie v praxi: farmakologie látek ovlivňující CNS a senzorický systém.* Praha: Galén, 1995, 320 s. ISBN 80-85824-17-5.
31. RŮŽIČKA, Evžen a ROTH, Jan. Neuroleptika, parkinsonismus a Parkinsonova nemoc. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 1996, roč. 59, č. 3, 131-133 s. ISSN 1210-7859.
32. MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. *Psychiatrické ošetrovatelská péče.* Praha: Grada, 2006, 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
33. ŠVESTKA, Jaromír. Současný stav a perspektivy vývoje nových antipsychotik. *Česká a slovenská psychiatrie*. 1998, roč. 94, č. 3, 121-130 s. ISSN 1212-0383.
34. BILÍK, Jiří. Atypická neuroleptika. *Vojenské zdravotnické listy*. 1998, roč. 67, č.4, 116-188 s. ISSN 0372-7025.

35. DAY, Jennifer, BENTALL, Richard a kol. Postoje k medikaci antipsychotiky: vliv klinických proměnných a vztahů se zdravotníky. *Archives of general psychiatry*. 2005, roč. 3, č. 4, 218-226 s. ISSN 1214-1216.
36. MASOPUST, Jiří, LIBIGER, Jan a kol. Spokojenost nemocných s léčbou antipsychotiky. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2009, roč. 105, č. 1, 12-19s. ISSN 1212-0383.
37. HRABAL, Antonín a TICHÁ, Milada. Možnosti terapeutického ovlivnění vedlejších účinků neuroleptik. *Československá psychiatrie*. 1992, roč. 88, č. 1, 11-17 s. ISSN 0069-2336.
38. KMOCH, Vladimír. Monitorovací systém LEX-SYS. [online]. *Psychiatrie pro praxi*. 2006, roč. 1, č. 10. [cit. 21.2.2015]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/savepdfs/psy/2006/01/10.pdf>.
39. MOŽNÝ, Petr. *Když se řekne psychóza*. [online]. Praha: Galén, 1997, 32 s.[cit. 21.1.2015]. Dostupné z: <http://sanity.cz/wp-content/uploads/psychoza.pdf>.
40. RADIMSKÝ, Marek a kol. *Psychiatrie II*. 2. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001, 217 s. ISBN 80-7013-350-3.
41. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty III., Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. Praha: Galén, 2007, 214 s. ISBN 978-80-247-2270-2.
42. RETLICOVÁ, Ivana. Význam komplexnej starostlivosti o pacientov so schizofréniou. In: *Trendy v ošetrovatelství*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2002, 43-45 s. ISBN 80-7042-335-8.
43. BOUČEK, Jaroslav a PIDRMAN, Vladimír. *Psychofarmaka v medicíně*. Praha: Grada, 2005, 286 s. ISBN 80-247-1136-2.
44. ČEŠKOVÁ, Eva. Depotní formy psychofarmak v psychiatrii. *Medical Tribune*. 2009, roč. 5, č. 8, 6-7 s. ISSN 1214-8911.
45. VINAŘ, Oldřich. Antipsychotika 2. generace: neuroleptika s ABS brzdami? *Psychiatrie pro praxi*. 2001, roč. 2, č. 3, 128-130 s. ISSN 1213-0508.

46. ČEŠKOVÁ, Eva. Úskalí dlouhodobé léčby atypickými neuroleptiky. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2000, roč. 96, č. 6, 322-327 s. ISSN 1212-0383.
47. STUDIHRADOVÁ, Andrea. Antipsychotika – rozdíl generací. *Esprit*. 2003, roč. 7, č. 1, 7 s. ISSN 1214-2123.
48. CHVAL, Josef. Potřebujeme ještě klasická neuroleptika? *Psychiatrie pro praxi*. 2005, roč. 6, č. 5, 258 s. ISSN 1213-0508.
49. MASOPUST, Jiří. Nežádoucí účinky antipsychotik – nová rizika a jak je rozpoznat. *Praktický lékař*. 2007, roč. 87, č. 6, 368-373 s. ISSN 0032-6739.
50. MARŠÁLEK, Michal a kol. *Posuzování profilu antipsychotika: příklad sertidolu: mýtus a skutečnost*. Praha: Galén, 2007, 120 s. ISBN 978- 80-7262-518-5.
51. MASOPUST, Jiří. Trochu jiný pohled na antipsychotika. *Medical tribune*, 2008, roč. 4, č. 10, A9- A10 s. ISSN 1214-8911.
52. SZYMANSKÁ, Tereza, TŮMA, Pavel a kol. Dlouhodobě působící injekční antipsychotika – málo využívaná možnost léčby? *Remedia*. 2008, roč. 18, č. 5, 370-373 s. ISSN 0862-8947.
53. BEER, Dominic, PEREIRA, Stephen a kol. *Intenzivní péče v psychiatrii*. Praha: Grada, 2005, 296 s. ISBN 80-247-0363-7.
54. HÖSCHL, Cyril, LIBIGER, Jan a kol. *Psychiatrie*. Praha: Tigis, 2002, 895 s. ISBN 80-900130-1-5.
55. HORÁČEK, Karel a kol. *Psychotické stavy v klinické praxi*. Praha: Academia Medica Pragensis – Amepra, 2003, 263 s. ISBN 80-86694-01-1.
56. RABOCH, Jiří, JIRÁK, Roman a kol. *Psychofarmakologie pro praxi*. Praha: Triton, 2005, 167 s. ISBN 80-7254-602-3.
57. TYRAYOVÁ, Ludmila. Psychofarmaka v onkologii, možnosti ovlivnění bolesti. [online] *Psychiatrie pro praxi*. 2001, roč. 5 [cit. 3.3.2015]. Dostupné z : <http://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200105-0003.php>
58. HORÁK, Ladislav, DUCHÁČ, Vítězslav. Léčba agitovaného pacienta v chirurgické praxi. *Referátový výběr z urologie*. 2001, roč. 23, č. 3, 125-132 s. ISSN 0139-9322.

59. ŠVEHLÁKOVÁ, Renata. Agitovaný pacient na jednotce intenzivní péče. *Interní medicína pro praxi*. 2004, roč. 6, č. 2, 96-98 s. ISSN 1212-7299.
60. PAŠTIKOVÁ, Jana. Ošetrovatelská péče u pacienta s psychotickým onemocněním. *Sestra*. 2003, roč. 13, č. 3, 14-15 s. ISSN 1210-0404.
61. SUKOVÁ, Jana. Péče o schizofrenního pacienta. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2009, roč. 5, č. 10, 16 s. ISSN 1801-1349.
62. MALÁ, Eva, PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie – učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál, 2002, 143 s. ISBN 80-7178-700-0.
63. ŠLAISOVÁ, Ivana. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. [Hradec Králové]: Nucleus HK, 2004, 91 s. ISBN 80-86225-51-8.
64. SVAČINA, Štěpán. *Obezita a psychofarmaka*. Praha: Triton, 2002, 130 s. ISBN 80-7254-253-2.
65. JAROLÍMEK, Martin. Psychofarmaka, respektive neuroleptika, a jejich vedlejší nežádoucí účinky. *Esprit*. 2003, roč. 7, č. 1, 6-7 s. ISSN 1214-3123.
66. PETR, Tomáš, MARKOVÁ, Eva. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014, 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
67. ČEŠKOVÁ, Eva. Psychofarmakoterapie včera, dnes a zítra. [online]. *Psychiatrie pro praxi*. 2012, roč. 13, č. 2. [cit. 11.8.2014]. Dostupné z: http://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201202-0001_Psychofarmakoterapie_vcera_dnes_a_zitra.php
68. ČEŠKOVÁ, Eva, VRZALOVÁ, Michaela. Optimalizace farmakoterapie schizofrenní poruchy. *Psychiatrie pro praxi*. 2012, roč. 13, č. 4, 156-159 s. ISSN 1213-0508.
69. TURJAP, Miroslav, JUŘICA, Jan. Terapeutické monitorování klozapinu a olanzapinu. *Psychiatrie*. 2013, roč. 17, č. 2, 80-85 s. ISSN 1211-7579.
70. Stav duše. In: *Fokus Václava Moravce* [televizní pořad]. ČT24, 3.2.2015

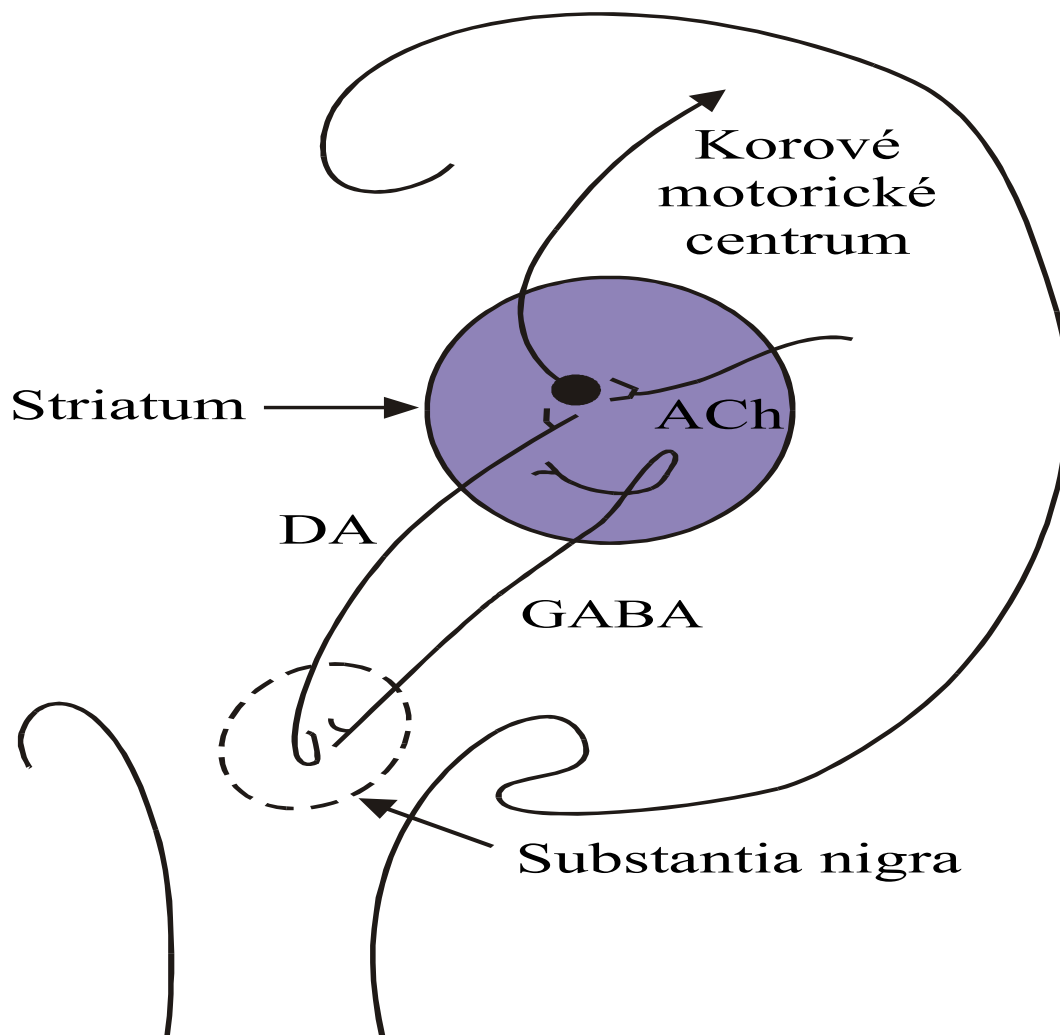
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI	Body Mass Index
BNF	British National Formulary – farmaceutická referenční kniha
FDA	Úřad pro kontrolu potravin a léčiv Spojených států amerických
FPN	čínidlo ferroportin
LEX-SYS	monitorovací systém
MARTA	multireceptoroví antagonisté
SDA	antagonisté serotonin/dopaminových receptorů
TDM	terapeutické monitorování hladin léčiv

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1 – Znázornění účinku neuroleptik
- Příloha 2 – Doplněná posuzovací stupnice vedlejších příznaků při léčbě psychofarmaky
- Příloha 3 - Strukturovaná škála nežádoucích účinků psychofarmak
- Příloha 4 – Posuzovací stupnice extrapyramidových vedlejších příznaků
- Příloha 5 - Hillsidská škála akatizie
- Příloha 6 – Vstupní záznam tardivních dyskínéz
- Příloha 7 – Škála pro hodnocení dyskínéz
- Příloha 8 – Zkrácená škála pro měření dyskínéz
- Příloha 9 – Posuzovací škála polékové akatizie
- Příloha 10 – LUNSERS
- Příloha 11 – Inventář postoje k lékům
- Příloha 12 – Subjektivní spokojenost s léčbou neuroleptiky

Příloha 1 – Znázornění účinku neuroleptik



Znázornění vztahu mezi cholinergním (ACh), dopaminergním (DA) a gabaergním neuronem v regulaci funkce příčně pruhovaného svalu na periferii.

Gabaerní a dopaminerní neurony jsou v podstatě regulační systém bazálních gangliích, kdy gabaerní mediátor má primárně inhibiční funkci, cholinerní dráha aktivuje příčně pruhovaný sval na periferii. Při podání neuroleptika dojde k inhibici dopaminerních receptorů umístěných na postsynaptické membráně cholinerního neuronu. Tato inhibice má za následek desinhibici nebo-li excitaci cholinerního neuronu. A ta se projeví extrapyramidovými projevy.

Zdroj: (1)

Příloha 2 – Doplněná posuzovací stupnice vedlejších příznaků při léčbě psychofarmaky

	DVP
--	------------

Doplněná posuzovací stupnice vedlejších příznaků při léčbě psychofarmaky

<p>01. Hypotenze 0 - krevní tlak neklesá 1 - pokles TK o více než jednu desetinu původní hodnoty 2 - pokles TK o více než dvě desetiny původní hodnoty 3 - pokles TK na sotva měřitelné hodnoty <i>Poznámka:</i> K subj. potížím, které mohou být v souvislosti s hypotenzí, se v tomto hodnocení nepřihlíží. Jde jen o objektivně zjišťované hodnoty TK, měřené u chodících nemocných vsedě, u ležících vleže.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>02. Třes 0 - není třes nebo je stejný jako před zahájením léčby 1 - pocit vnitřního chvění nebo třesu, který není objektivně patrný, leda nepatrně při předpažených rukách a zavřených očích 2 - patrný třes, který však nevadí nemocnému v práci (jemné ani při psaní) 3 - hrubší třes, brání nemocnému v jemnější ruční práci 4 - hrubý třes, takže se nemocný nenají</p>	<input type="checkbox"/>
<p>03. Extrapyramidové 0 - nejsou změny svalového tonu, příznaky rigidity a akinéze 1 - jasně zvýšené ERP (plastický odpor), ale bez příznaků ozubeného kola, anebo pacient dává přednost stavu bez pohybu, ale může se ovládnout a chovat se podle svého přání 2 - má jeden ze symptomů vyjmenovaných dále pod (a) - (d) 3 - má dva ze symptomů vyjmenovaných dále pod (a) - (d) 4 - má tři nebo čtyři následující symptomy: (a) jasný příznak ozubeného kola (b) chůze bez synkinéz horními končetinami (c) maskovitý obličej (d) monotónní až smazaná řeč</p>	<input type="checkbox"/>
<p>04. Dystonie a orální syndrom 0 - není známek dystonie ani orálního syndromu 1 - nemocný pociťuje změny v inervaci svalstva úst, jazyka, svalstva šíjního nebo ramenního - není to možno pozorovat objektivně, ale z popisu nemocného je jasné, že o dystonicko excitomotorický syndrom jde 2 - viditelné spasmy orálního, šíjního nebo ramenního svalstva (sem přiřadit též okulogyrické krize, příznak Zandové atd.), nemocnému to však výrazněji nevadí v řeči ani při jídle; lékař může mít dojem, že tyto spasmy by popř. nemocný mohl ovládnout svou vůlí 3 - jako 2, nemocný spasmy nemůže ovládnout vůbec, proto má potíže při jídle a řeči</p>	<input type="checkbox"/>
<p>05. Akatize 0 - nejsou známky akatize, ani subjektivní 1 - subjektivně pociťovaný vnitřní neklid, netrpělivost, nemocný to však přemáhá a v jeho chování to není patrné 2 - netrpělivost vede k tomu, že nemocný musí při rozhovoru poposedávat, při práci občas vstane, projde se, rozhovor je však zpravidla nepřerušen, práce v obvyklé době dokončena 3 - nemocný nevydrží sedět ani při vyšetření, musí přecházet po místnosti, jeho pracovní výkonnost je podstatně snížena, nedokáže přečíst ani jednu stránku knihy 4 - netrpělivost a neklid zcela brání nemocnému v jakékoliv účelné činnosti, musí neustále přecházet, neovládne se</p>	<input type="checkbox"/>
<p>06. Tachykardie 0 - pulz není urychlen proti stavu před léčbou 1 - pulz 90 - 100/min u osob, kde byl před léčbou pod 80/min 2 - pulz 100 - 120/min 3 - frekvence pulzu nad 120/min Pulz u nemocného se měří ráno před opuštěním lůžka.</p>	<input type="checkbox"/>

Zdroj: (11)

	DVP
<p>07. Kožní příznaky 0 - nejsou kožní příznaky 1 - fotosenzitivita 2 - kožní pigmentace anebo svědění 3 - dermatitis nebo výrazné ("chronické") pigmentace (namodralé)</p>	<input type="checkbox"/>
<p>08. Suchost sliznice 0 - není suchá sliznice 1 - jsou suché sliznice (nemocný si na to stěžuje) 2 - je to objektivně patrné</p>	<input type="checkbox"/>
<p>09. Ospalost, únava, letargie 0 - nejsou tyto příznaky 1 - nemocný se cítí slabý, unavený, ospalý, ale může dělat to, oč má zájem 2 - jako 1, ale navíc nemůže provádět ani to, oč má zájem, anebo má točení hlavy, závratě 3 - jako 2 a navíc spí, je-li ponechán sám sobě 4 - ortostatický kolaps (třeba jen jeden za posuzované období)</p>	<input type="checkbox"/>
<p>10. Akomodace zraková 0 - žádná porucha 1 - pacient nemůže akomodovat, když začíná číst nebo dělat nějakou jemnou práci, ale po chvíli se to upraví 2 - nemocný nemůže číst nebo šít atd. pro poruchu zrakové akomodace</p>	<input type="checkbox"/>
<p>11. Poruchy funkce jater 0 - nejsou změny 1 - posun v laboratorních nálezech 2 - žloutenka</p>	<input type="checkbox"/>
<p>12. Hypersalivace 0 - není 1 - více slin, nemocný je stačí polykat 2 - vytékají z úst</p>	<input type="checkbox"/>
<p>13. Nosní příznaky 0 - nejsou přítomny příznaky ze strany sliznice nosní 1 - pocit ucpaného nosu - nic však není patrné objektivně 2 - ucpaný nos - jsou o tom i objektivní známky (na řeči atd.)</p>	<input type="checkbox"/>
<p>14. Bradykardie 0 - nedochází k bradykardii 1 - srdeční frekvence je 66/min nebo nižší (jestliže nemocný není sportovec a neměl tak nízkou frekvenci už před léčbou) 2 - pulz zpomalen na hodnoty nižší než 58/min</p>	<input type="checkbox"/>
<p>15. Pocení 0 - nepotí se více než obvykle 1 - potí se nadměrně nebo v návalech 2 - facies oleosa</p>	<input type="checkbox"/>
<p>16. Sexuální funkce <i>u muže</i> 0 - žádná porucha sexuálních funkcí 1 - opožděná ejakulace (nemocný si na to stěžuje) 2 - k ejakulaci nedochází vůbec (také pro snížení potence, tj. i pro insuficienci erekce) <i>u ženy</i> 3 - žádná porucha menstruačního cyklu 4 - porucha menstruačního cyklu (časové posuny atd., menses však nevynechaly víckrát než 2x) 5 - amenorrhea (menses se nedostavily 3x nebo vícekrát)</p>	<input type="checkbox"/>

Zdroj: (11)

	DVP
--	------------

<p>17. Tělesná teplota</p> <p>0 - tělesná teplota nepřesahuje 36,9 °C 1 - tělesná teplota se pohybuje mezi 37,0 a 37,9 °C (stačí jednou naměřená teplota v tomto rozmezí) 2 - teplota překročila 37,9 °C nebo teplota v rozmezí 37,0 - 37,9 °C trvá nepřetržitě aspoň 36 hodin 3 - teplota je vyšší než 38,9 °C nebo teplota nad 37,9 °C trvá déle než 36 hodin</p>	<input type="checkbox"/>
<p>18. Laktace</p> <p>1 - napětí, bolest nebo zduření prsních bradavek 2 - sekrece mléka nebo kolostra</p>	<input type="checkbox"/>
<p>19. Poruchy močení</p> <p>0 - nejsou poruchy 1 - obtížný a odložený začátek močení anebo výrazně zvýšená frekvence močení anebo imperativní nucení 2 - neschopnost vymočít se, která trvá déle než 6 hodin 3 - nemocný není schopen spontánně močit a musí být cévkován</p>	<input type="checkbox"/>
<p>20. Funkce žaludeční</p> <p>0 - nejsou poruchy 1 - nauzea 2 - zvracení</p>	<input type="checkbox"/>
<p>21. Střevní funkce - (a)</p> <p>0 - nejsou poruchy 1 - zácpa, trvající déle než 48 hodin 2 - zácpa, trvající déle než 4 dny 3 - musí být aplikováno klyzma</p> <p>střevní funkce - (b)</p> <p>4 - 2 průjemové stolice za den 5 - 3 až 8 průjemových stolic za den 6 - průjem, vyžadující terapii, hrozící exsikace (parenterální podávání tekutin)</p>	<input type="checkbox"/>
<p>22. Toxická deliria</p> <p>0 - nejsou poruchy vědomí toxického původu 1 - tranzitorní dezorientace eventuálně s deliriem během noci 2 - delirium, přetrvávající i ve dne</p>	<input type="checkbox"/>
<p>23. Krevní obraz</p> <p>0 - nejsou změny v krevním obraze 1 - počet leukocytů mezi 3000 a 4000, byl-li před léčbou nad 4000, nebo pokles erytrocytů o 1 milión ve srovnání s počtem před léčbou 2 - počet leukocytů nižší než 3000, byl-li před léčbou aspoň 4000, nebo jiné toxické projevy závažnější než popsané ve stupnici I 3 - granulocytopenie, vyžadující hematologickou léčbu</p>	<input type="checkbox"/>
<p>24. Léková závislost</p> <p>0 - nejsou projevy závislosti 1 - známky, že pacient si lék oblíbil a z terapeutického hlediska se nepřiměřeně brání vysazení medikace 2 - pacient si zvyšuje dávky, aniž mu takové zvýšení bylo ordinováno, svěří se s tím však lékaři aspoň dodatečně a snaží se s ním upřímně dohodnout 3 - jasné známky závislosti s tendencí zvýšené užívání před lékařem utajit, případně známky abstinčních příznaků v somatické oblasti</p>	<input type="checkbox"/>
<p>25. Váha</p> <p>0 - není přírůstek na váze 1 - pacient přibral víc než 5 kg za měsíc 2 - pacient přibral víc než 8 kg za 6 týdnů</p>	<input type="checkbox"/>

Zdroj: (11)

	DVP
--	------------

26. Libido

- 0 - žádné změny ve srovnání se stavem před léčbou
- 1 - snížený zájem o erotický život, vedoucí ke snížení frekvence sexuálního styku (za normálních podmínek, tj. např. pacient není hospitalizován) nebo sexuální styk je spojen s daleko menším požávkem než obvykle
- 2 - ztráta zájmu o erotický život, pacient se snaží vyhnout sexuálnímu styku, neodmítá jej však zcela
- 3 - vysloveně negativní postoj k erotickému životu, nemocný se v tomto smyslu jasně vyjadřuje (a není to vysvětlitelné jeho duševní ponuchou)

Příloha 3 - Strukturovaná škála nežádoucích účinků psychofarmak

	SARS
--	-------------

Strukturovaná škála nežádoucích účinků psychofarmak

<p>Pro skór každé položky jsou vyhrazena 2 sousedící okénka. Do levého se píše vlastní položkový skór, do pravého posuzující ohodnotí souvislost daného příznaku s léčbou dle následující stupnice: 0 - žádná (vyplňuje se též v případě, je-li položkový skór "0") 1 - možná 2 - pravděpodobná 3 - vysoce pravděpodobná</p>	
01. Nespavost 1 - pacient udává mírnou nespavost, která však nevyžaduje protipatření 2 - pacient udává nespavost a dožaduje se hypnotik nebo je již dostává 3 - nespavost, která pacienta silně obtěžuje, anebo vyžaduje vysoké dávky hypnotik	<input type="text"/> <input type="text"/>
02. Ospalost 1 - pocit ospalosti nebo útlumu, který se dá vůli překonat, aktivitu ani schopnosti neovlivňuje 2 - ospalost a útlum se nedají plně překonat, několikrát za den naruší pacientovu běžnou aktivitu 3 - ospalost a útlum jsou natolik silné, že pacient je po většinu dne zcela neaktivní, popřípadě spí	<input type="text"/> <input type="text"/>
03. Poruchy orientace 1 - krátkodobá, přechodná porucha orientace v některé z kvalit, která se denně opakuje 2 - přechodná porucha orientace, pravidelně se vyskytující v určitou část dne (v podvečer, v noci apod.) 3 - nepřetržitá porucha orientace	<input type="text"/> <input type="text"/>
04. Halucinace 1 - ojedinělé pseudohalucinace (tj. halucinace s náhledem) 2 - občasné halucinace (bez náhledu), neovlivňující chování 3 - halucinace, které jsou časté a/nebo ovlivňují chování pacienta	<input type="text"/> <input type="text"/>
05. Manický syndrom 1 - mírná euforie bez zvýšení psychomotorického tempa 2 - zřetelná euforie a/nebo zvýšení motorického tempa 3 - výrazná euforie doprovázená psychomotorickým neklidem	<input type="text"/> <input type="text"/>
06. Depresivní syndrom 1 - mírný pokles nálady, bez zpomalení tempa a dynamogenie 2 - depresivní nálada, doprovázená mírným zpomalením a hypobulií 3 - výrazná deprese s celkovou inhibicí	<input type="text"/> <input type="text"/>
07. Kolapsové stavy 1 - pocit závratě při náhlé vertikalizaci, který záhy sám vymizí 2 - slabost, zatmívání před očima, nevolnost při náhlé změně polohy nebo při delším stání, pacient si musí někdy sednout 3 - nevydrží vstoje pro výrazný sklon ke kolapsu	<input type="text"/> <input type="text"/>
08. Palpitace 1 - subjektivní pocit bušení srdce po námaze nebo při rozrušení 2 - několikrát denně se opakující pocit bušení srdce, i v klidu 3 - trvalý pocit bušení srdce	<input type="text"/> <input type="text"/>
09. Nauzea (zvracení) 1 - občasná nauzea (např. po požití léku, po jídle) 2 - nepřetržitá nauzea 3 - zvracení	<input type="text"/> <input type="text"/>
10. Zácpa 1 - změna konzistence stolice bez změny frekvence 2 - pokles frekvence stolice, nevyžadující léčbu 3 - zácpa vyžadující protipatření (léčbu nebo snížení dávky experimentální medikace)	<input type="text"/> <input type="text"/>

Zdroj: (11)

		SARS
11. Průjem		
1 - změna konzistence stolice beze změny frekvence 2 - změna konzistence a vzestup frekvence stolice, nevyžadující léčbu 3 - průjem vyžadující protipatření		
12. Dyspeptické potíže		
1 - občasný pocit tlaku (plnosti) v břiše anebo pálení žáhy 2 - pocit tlaku (plnosti) v břiše anebo pálení žáhy, trvající po větší část dne 3 - jako 2, doprovázené bolestmi		
13. Poruchy akomodace		
1 - vidění není zhoršeno, ale rychleji se dostavuje zraková únava; přechodná porucha zaostření při změně blízko/dálka nebo opačně 2 - mírně neostře vidění, které znemožňuje běžné úkony (např. čtení novin) 3 - neostře vidění, které výrazně interferuje s životní aktivitou		
14. Suchost v ústech		
1 - mírná suchost v ústech, na kterou si pacient spontánně nestěžuje 2 - zřetelná, subjektivně nepříjemná suchost v ústech 3 - suchost v ústech, která vadí při řeči anebo polykání		
15. Slinotok		
1 - sliny se hromadí v ústech, ale pacient je stačí polykat 2 - sliny občas vytékají z úst 3 - sliny stále vytékají z úst		
16. Zduření nosní sliznice		
1 - zhoršené dýchání nosem, které pacienta neobtěžuje 2 - dýchání nosem je obtížné, subjektivně pocíťované nepříjemně 3 - pacient musí dýchat ústy		
17. Potivost		
1 - zvýšená potivost pouze při námaze 2 - pacient udává zvýšenou potivost i v klidu, ale není to patrné na jeho zevnějšku 3 - pacient se zřetelně potí, ačkoli je v klidu		
18. Obtíže při močení		
1 - problémy se spuštěním míkce 2 - přerušovaná míkce 3 - retence moči		
19. Pokles libida		
1 - mírný pokles zájmu o sexuální styk 2 - podstatný pokles zájmu o sexuální styk 3 - naprostá ztráta zájmu o sexuální styk		
20. Vzestup libida		
1 - mírný vzestup zájmu o sexuální styk 2 - podstatný vzestup zájmu o sexuální styk 3 - sex zatlačuje ostatní zájmy do pozadí		
21. A. Poruchy ejakulace (muž)		
1 - oddálená ejakulace 2 - retrográdní a/nebo bolestivá ejakulace 3 - ejakulace není možná		
B. Poruchy orgasmu (žena)		
1 - dosažení orgasmu je obtížnější, ale vždy možné 2 - dosažení orgasmu občas nemožné 3 - nelze dosáhnout orgasmu		

Zdroj: (11)

		SARS
22.	Poruchy menstruačního cyklu (u mužů se nevyplňuje) 1 - mírné odchylky od normálního průběhu menstruačního cyklu a/nebo menstruace 2 - silně nepravidelný cyklus (odchylky řádově v týdnech) 3 - amenorrhea	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23.	Glaktorea 1 - mírná sekrece nebo napětí prsních bradavek 2 - mírná sekrece a zároveň zduření prsních bradavek 3 - nepřetržitá hojná sekrece prsních bradavek	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
24.	Dyskinézy 1 - dyskinézy jakékoli části těla (jazyka, obličeje, šíje, končetin), které jsou mírné a vyskytují se pouze chvílemi 2 - mírné dyskinézy trvalého charakteru 3 - výrazné dyskinézy nápadné na první pohled	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
25.	Rigidita obličeje 1 - mírné omezení mimiky 2 - omezení mimiky doprovázené obtížemi při řeči 3 - maskovitá, ztrnulá tvář s výraznou poruchou artikulace	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
26.	Poruchy chůze 1 - mírné snížení souhybů paží 2 - výrazné snížení souhybů, mírné pokrčení paží 3 - ztrnulá chůze a/nebo paže rigidně držené před břichem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
27.	Rigidita předloktí a zápěstí (hodnotí se horší strana) 1 - lehká ztuhlost a rezistence při pasivních pohybech lokte a zápěstí a/nebo "ozubené kolo" bez rigidity 2 - zřetelná ztuhlost a rezistence 3 - výrazná ztuhlost a rezistence, pohyby "zamrzlé"	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
28.	Akatizie 1 - pouze subjektivně pociťovaný vnitřní neklid 2 - zjevný nepokoj, který však naruší běžnou aktivitu 3 - značný nepokoj narušující běžnou aktivitu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
29.	Tremor 1 - slabý třes prstů, patrný pohledem i pohmatem 2 - občasný hrubší tremor ruky nebo paže 3 - perzistující tremor jedné nebo více končetin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
30.	Svalová slabost 1 - subjektivně pociťovaný pocit svalové slabosti, který se však dá překonat 2 - svalová slabost, která pacienta občas poněkud omezuje 3 - výrazná svalová slabost, pacient vyhledává klid, fyzické činnosti se vyhýbá	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
31.	Závratě (zde neuvádět závratě podmíněné ortostaticky) 1 - krátkodobý pocit nejistoty, nestability 2 - občasné točení hlavy, pocit nestability, který pacienta donutí přerušit vykonávanou činnost 3 - závratě výrazně omezují pacientovu aktivitu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
32.	Třes jazyka 1 - jemný třes jazyka, patrný při detailním pohledu 2 - zjevný třes jazyka 3 - výrazný, hrubý třes jazyka	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
33.	Poruchy erekce 1 - drobná porucha erekce, která není na závalu při sexuálním styku 2 - erekce je možná, ale oslabena natolik, že narušuje průběh sexuálního styku 3 - erekce není možná	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Zdroj: (11)

Příloha 4 – Posuzovací stupnice extrapyramidových vedlejších příznaků

	SA
--	-----------

Posuzovací stupnice extrapyramidových vedlejších příznaků

01. Chůze	<p>Pozorujeme, jak nemocný vchází do vyšetřovny - jeho chůzi, souhyby paží, celkový postoj.</p> <p>0 - normální chůze 1 - snížení souhybů paží při chůzi 2 - výrazné snížení souhybů se zřejmou rigiditou paží 3 - ztrnulá chůze s pažemi rigidně držnými před břichem 4 - shrbené držení těla a šouravá chůze s propulzí a retropulzí</p>	
02. Pád paží	<p>Pacient i lékař upaží do výše ramen a pak nechají paže volně spadnout. Normálně je pád doprovázen hlasitým plesknutím dlaní o stehna. U pacienta s extrémním expy syndromem paže padají velmi pomalu.</p> <p>0 - normální pád s hlasitým plesknutím a odražením paží opačným směrem 1 - pád je poněkud zpomalen, s méně hlasitým plesknutím a menším odrazem 2 - pád je zpomalen, paže se neodrazí zpět 3 - značné zpomalení pádu, plesknutí není slyšet 4 - paže padají jako proti rezistenci, jakoby procházely kličem</p>	
03. Rigidita paže	<p>Paži vyšetřované osoby ohneme v lokti do pravého úhlu, jednou rukou uchopíme ruku a druhou loket. Pak pohybuje předloktím vně a dovnitř, tj. provádíme zevní rotaci humeru. Zaznamenáváme stupeň rezistence.</p> <p>0 - normální 1 - lehká ztuhlost a rezistence 2 - střední ztuhlost a rezistence 3 - výrazná rigidita s potížemi při pasivních pohybech 4 - extrémní ztuhlost a rigidita s téměř "zamrzlým" ramenem</p>	
04. Rigidita předloktí	<p>Paži uchopíme v lokti a ohneme ji do pravého úhlu. Pak provádíme pasivní flexi a extenzi předloktí, přičemž zároveň pozorujeme a palpujeme m. biceps. Hodnotíme podle stejné stupnice jako položku 3.</p>	
05. Rigidita zápěstí	<p>Uchopíme pacientovo zápěstí a pacientovy prsty a provádíme pasivní pohyby ruky ve smyslu flexe a extenze a poté ve smyslu ulnární a radiální deviace. Rezistenci při této proceduře hodnotíme dle stupnice uvedené pod 3.</p>	
06. Rozkvyv nohou	<p>Pacient sedí na stole s nohama volně spuštěnými. Úchopem za kotník mu zvedneme bérce až do extenze v koleni. Pak kotník pustíme a pozorujeme rezistenci končetiny při pádu a následující rozkvyv.</p> <p>0 - bérce se volně kývají 1 - rozkvyv bérců lehce snížen 2 - střední omezení rozkvyvu 3 - značná rezistence a útlum rozkvyvu 4 - kompletní chybění rozkvyvu</p>	

	SA
--	-----------

07. Rigidita šíje

Pacient leží na vypoštárovaném lehátku. Nadzvedneme mu hlavu a pak náhle pustíme. Za normálních okolností hlava dopadne na lůžko. Příznakem extrapyramidového syndromu je zpomalení pohybu, v extrémních případech je šíjové svalstvo tak rigidní, že hlava vůbec lehátka nedosáhne.

- 0 - hlava ztěžka dopadne na lehátko
- 1 - lehké zpomalení pádu, úder hlavy o lehátko je slabší
- 2 - zpomalení pádu, které je možno pozorovat okem
- 3 - hlava padá pomalu, ztuhle
- 4 - hlava nedopadne na lehátko

08. Poklep glabelly

Nemocného požádáme, aby široce otevřel oči a nemrkal. Pak poklepeme na krajinu glabelly sérií rychlých poklepů. Zaznamenáváme kolikrát poté pacient mrkne.

- 0 - počet mrknutí 0-5
- 1 - počet mrknutí 6-10
- 2 - počet mrknutí 11-15
- 3 - počet mrknutí 16-20
- 4 - počet mrknutí 21 a více

09. Tremor

Pozorujeme pacienta při příchodu do vyšetřovny.

- 0 - normální stav
- 1 - slabý třes prstů patrný pohledem a pohmatem
- 2 - občasný tremor ruky nebo paže
- 3 - perzistující tremor jedné nebo více končetin
- 4 - třes celého těla

10. Salivace

Pacienta pozorujeme při řeči a poté ho požádáme, aby otevřel ústa a zvedl jazyk.

Hodnotíme dle této stupnice:

- 0 - normální
- 1 - zvýšená salivace, která vede k hromadění slin patrnému při otevření úst a zdvižení jazyka
- 2 - zvýšená salivace, jež občas vede k potížím při řeči
- 3 - řeč velmi ztížena pro excesivní salivaci
- 4 - sliny kontinuálně vytékají z úst

Příloha 5 - Hillsidská škála akatizie

	HAS
SUBJEKTIVNÍ PODŠKÁLY	
Stupnice pro hodnocení subjektivních potíží: 0 - nepřítomny; 1 - sporné; 2 - přítomny a snadno kontrolovatelné; 3 - přítomny a těžko kontrolovatelné; 4 - přítomny a nekontrolovatelné	
Subjektivní položky	
	vsedě vstoje vleže celk.
01. Pacient má pocit vnitřního neklidu	
02. Pacient má nutkání k pohybu	
OBJEKTIVNÍ PODŠKÁLY	
Stupnice pro hodnocení posuzujícím: 0 - akatizie nepřítomna; 1 - sporná; 2 - malá amplituda pohybů občas během vyšetření; 3 - malá amplituda pohybů po celou dobu vyšetření nebo velká amplituda pohybů občas během vyšetření; 4 - velká amplituda pohybů po celou dobu vyšetření	
Objektivní položky	
	vsedě vstoje vleže celk.
03. Akatizie hlavy a trupu	
04. Akatizie rukou a paží	
05. Akatizie nohou a dolních končetin	
PŘÍTOMNOST JINÝCH NEUROPSYCHIATRICKÝCH PŘÍZNAKŮ	
	Ano Ne
Akatizie	
Parkinsonismus	
Choreoatetóza	
Dystonie	
Úzkost	
Agitovanost	
Poruchy spánku	
GLOBÁLNÍ KLINICKÝ DOJEM	
Tíže akatizie	<input type="text"/>
Jak závažná je aktuálně pacientova akatizie? Vycházejte ze svých klinických zkušeností s touto populací.	
0 - nevyšetřeno	4 - střední akatizie
1 - normální, bez akatizie	5 - zřetelná akatizie
2 - hraniční akatizie	6 - těžká akatizie
3 - mírná akatizie	7 - patří mezi vůbec nejtěžší akatizie
Celkové zlepšení	<input type="text"/>
Zhodnoťte, zda je nebo není podle vašeho soudu celkové zlepšení důsledkem farmakoterapie.	
Jak výrazně se změnil stav pacienta proti stavu při zahájení studie?	
0 - nevyšetřeno	4 - beze změn
1 - velmi zlepšen	5 - minimálně zhoršen
2 - dosti zlepšen	6 - dosti zhoršen
3 - minimálně zlepšen	7 - velmi zhoršen

Zdroj: (11)

Příloha 6 – Vstupní záznam tardivních dyskinéz

	IR-TD
--	--------------

Vstupní záznam TD

01. Číslo pacienta	
02. Pohlaví 1 - žena 2 - muž	
03. Rok narození	
04. Věk (roky)	
05. Základní psychiatrická diagnóza	Kód:
06. Vcdlejší psychiatrická diagnóza	Kód:
07. Věk začátku psychiatrického onemocnění (roky)	
08. Trvání základního psychiatrického onemocnění (roky)	
09. Počet psychiatrických hospitalizací	
10. Celkové trvání psychiatrických hospitalizací (roky) 0 - kratší než 1 rok	
11. Úrazy hlavy 0 - žádné 1 - výjimečně, lehké, bez komplikací 2 - opakovaně, těžké, s komplikacemi	
12. Organické postižení mozku 0 - bez organického postižení 1 - lehké organické změny 2 - těžké organické změny	
13. Tělesná onemocnění 0 - bez tělesného onemocnění 1 - lehké onemocnění 2 - těžké onemocnění	
14. Pravidelnost užívání psychofarmak 0 - bez medikace 1 - přerušování medikace obvykle delší než 3 měsíce 2 - přerušování medikace obvykle kratší než 3 měsíce 3 - souvislá medikace	
15. Trvání neuroleptické léčby (roky) 0 - bez neuroleptické léčby 1 - do 3 měsíců 2 - od 3 měsíců do 1 roku	
16. Průměrná celoživotní dávka neuroleptik (mg chlorpromazinového ekvivalentu)	
17. Celková dávka neuroleptik za poslední rok (mg chlorpromazinového ekvivalentu)	
18. Nejvyšší denní dávka neuroleptik v posledním roce (mg chlorpromazinového ekvivalentu)	
19. Nejvyšší počet druhů neuroleptik v kombinaci v posledním roce	
20. Typ užitého neuroleptika 0 - bez neuroleptik 1 - převládají sedativní neuroleptika 2 - sedativní a incizivní neuroleptika v rovnováze 3 - převládají incizivní neuroleptika	

Zdroj: (11)

	IR-TD
--	--------------

21. Trvání antidepressivní léčby (roky) -1 - bez antidepressivní léčby 0 - léčba do 1 roku		
22. Trvání antiparkinsonské léčby (roky) -1 - bez antiparkinsonské léčby 0 - léčba do 1 roku		
23. Trvání lithioterapie (roky) -1 - bez lithioterapie 0 - léčba do 1 roku		
24. Elektrokonvulze 0 - bez elektrokonvulzí 1 - do 20 elektrokonvulzí 2 - nad 20 elektrokonvulzí		
25. Inzulínová komata a subkomata 0 - bez inzulínových komat a subkomat 1 - do 25 komat <i>nebo</i> subkomata bez omezení počtu 2 - nad 25 komat		

Příloha 7 – Škála pro hodnocení dyskínéz

AIMS

Škála pro hodnocení dyskínéz

Návod k vyšetření

Před zahájením vyšetření pacienta nenápadně pozorujte, když je v klidu (např. v čekárně). Židle, použitá k vyšetření, má být tvrdá, pevná a bez opěradel.

1. Zeptejte se pacienta, jestli nemá něco v ústech (tzn. žvýkačku, bonbon a pod.) a pokud má, požádejte ho, aby věc vyjmul.
2. Informujte se o běžném stavu pacientových zubů. Dotažte se, zda nosí zubní protézu. Má potíže s chrupem nebo protézou v době vyšetření?
3. Zeptejte se, zda pacient sám zaznamenal nějaké pohyby úst, obličeje, rukou či nohou. Jestliže ano, požádejte ho, aby je popsal i s tím, do jaké míry ho běžně trápí a případně narušují jeho aktivitu.
4. Posadte pacienta na židli s rukama na kolenou, dolními končetinami mírně od sebe a chodidly na podložce. (Pozorujte celé tělo a jeho pohyby během setrvávání v této pozici)
5. Požádejte pacienta, aby si sedl s rukama volně visícíma: pokud je to muž, přepadávajícima mezi stehny, pokud žena v šatech, visícíma přes kolena. (Všimněte si rukou a jiných částí těla.)
6. Požádejte pacienta, aby otevřel ústa. (Pozorujte jazyk, když je v ústech v klidu.) Proved'te 2x.
7. Požádejte pacienta, aby jazyk vyplázl. (Všimněte si abnormalit v pohybech jazyka.) Proved'te 2x.
8. Aktivační manév'r. Požádejte pacienta, aby poklepával palcem proti každému prstu co možná nejrychleji po dobu 10-15 vteřin; zvlášť pravou a pak levou rukou. (Pozorujte pohyby obličeje a nohou.)
9. Ohýbejte a napínejte pacientovu pravou a levou paži (vždy jen jednu).
10. Požádejte pacienta, aby vstal. (Sledujte ho z profilu. Všimněte si znovu všech částí těla, včetně boků).
11. Aktivační manév'r. Požádejte pacienta, aby předpažil s dlaněmi dolů. (Pozorujte trup, nohy a ústa.)
12. Aktivační manév'r. Nechte pacienta udělat několik kroků, otočit se a vrátit k židli. (Všimněte si rukou a chůze.) Proved'te 2x.

K hodnocení je nutno přistoupit až po vyšetření podle výše uvedených dvanácti bodů. Pohyby, které se objeví až po aktivačních manév'rech, se hodnotí o jeden bod níže než v případě spontánního výskytu.

Stupnice hodnocení: 0 - žádný; 1 - minimální, snad hranice normy; 2 - mírný; 3 - střední; 4 - závažný	
01. Mimické svalstvo např. pohyby čela, obočí, periorbitální oblasti, tváří, včetně vraštění čela, mrkání, usmívání, grimasování	
02. Rty a periorální oblast např. špulení úst, ohrnování rtů, mlaskání	
03. Čelisti např. kousání, svírání čelisti, žvýkání, otevírání úst, pohyby do stran	
04. Jazyk hodnoťte pouze přírůstek pohybu jak v ústech, tak mimo ně, ne neschopnost pohyb udržet	
05. Horní končetiny (paže, zápěstí, ruce, prsty) Zahrňte choreatické pohyby (tj. rychlé, objektivně neúčelné, nepravidelné, spontánní), atetoidní pohyby (tj. pomalé, nepravidelné, komplexní, hadovitě). Nezařnujte třes (tj. opakovaný, pravidelný, rytmický).	
06. Dolní končetiny (nohy, kolena, kotníky, prsty) např. pohyby kolen do stran, poklepávání nohou, klapání podpatky, vyvracení nohou dovnitř a ven	
07. Šije, ramena, boky např. houpání a kroucení boků, svjžení se, krouživé pohyby pánve	

	AIMS
--	-------------

08. Závažnost abnormálních pohybů	
--	--

- | | |
|---------------------|--|
| 0 - žádné, normální | |
| 1 - minimální | |
| 2 - mírné | |
| 3 - středně těžké | |
| 4 - závažné | |

09. Omezení vlivem abnormálních pohybů	
---	--

- | | |
|---------------------|--|
| 0 - žádné, normální | |
| 1 - minimální | |
| 2 - mírné | |
| 3 - středně těžké | |
| 4 - závažné | |

10. Uvědomování si abnormálních pohybů (hodnoťte jen pacientovo sdělení)	
---	--

- | | |
|----------------------------------|--|
| 0 - neuvědomuje si | |
| 1 - uvědomuje si, bez obtíží | |
| 2 - uvědomuje si, mírné obtíže | |
| 3 - uvědomuje si, střední obtíže | |
| 4 - uvědomuje si, vážné obtíže | |

11. Běžné problémy s chrupem a/nebo zubní protézou	
---	--

- | | |
|---------|--|
| 1 - ano | |
| 2 - ne | |

Zkrácená škála pro měření dyskinezi

Návod k vyšetření

Pacienti mohou být vyšetřeni po jednom nebo ve dvojici. Vyšetření ve dvojici má tu výhodu, že vyšetřující může hodnotit každého pacienta i tehdy, když si to pacient neuvědomuje. Dyskinetické pohyby totiž mohou slábnout nebo zcela vymizet, když se na ně pacient soustředí nebo když si je vědom, že je hodnocen. Pokud se mluví s jedním pacientem a hodnotí se přítom druhý, je hodnocení přesnější. Když máme jen jednoho pacienta, hodnotící ho může zaměstnat konverzací nebo s ním během hodnocení examínátorem může mluvit někdo další. Vyšetření začíná příchodem pacienta do místnosti. Sledují se všechny tělesné pohyby se zvláštním zaměřením na končetiny. Pohyby prstů a zápěstí, nesnadno zjistitelné při jiných procedurách, jsou často patrné při chůzi. Podobně abnormality chůze mohou být vodítkem pro jiné dyskinetické fenomény. Pacient by měl sedět bosý na pevné židli bez opěradel. Ruce by měl mít položeny na kolenou nebo je nechat volně viset a nohy by měl mít lehce od sebe, s celou ploskou na podlaze. Při vyšetření jazyka má pacient široce otevřená ústa a vyplazený jazyk. Mělo by být prováděno alespoň dvakrát. (Pro pozorování pohybů jazyka je podstatné dobré osvětlení.) Jiný postup ke zvýraznění bukolingválních pohybů: požádáme pacienta, aby v duchu přičítal po 10 nebo 20 nebo aby poklepával rukama, počítal prsty nebo tleskal rukama. Během této procedury pozorujeme jazyk v ústní dutině. Třes víček může být demonstrován při lehce zavřených očích a je-li potřeba jej zesílit, využívají se stejné postupy jako při vyšetřování jazyka. Při hodnocení pohybů trupu je pacient požádán, aby zůstal alespoň 1 minutu stát. V této době se také sleduje přecházení pacienta od hodnotícího a zpět. K vyvolání dyskinetických pohybů, které nejsou v klidu patrné, se doporučují následující rozptylující manévry. Pacient je požádán, aby si sedl s předpaženými pažemi a se zápěstím flektovaným do 90°. Měl by přitom být v relaxované poloze. Požádá se, aby zlehka zavřel oči, otevřel ústa a nechal jazyk v ústní dutině. V této pozici by měl vydržet 30 sekund. Během toho se na pacienta může mluvit, aby se odvedla jeho pozornost, a sledují se pohyby jazyka a prstů, tzn. lehké pohyby prstů dopředu a dozadu choreoatetoidního typu, snadno odlišitelné od tremoru. Pokud pohyby prstů nezaznamenáme, požádáme pacienta, aby zavřel ústa a můžeme ho zapojit do rozhovoru. Současně nechá dál paže natažené s ohnutým zápěstím, jak bylo popsáno výše, a nechá dál zavřené oči. Pohyby se tak mohou stát patrné. Při vyšetřování nohou pacient sedí v pozici popsané výše, a zatímco se na něj mluví, může k zesílení pohybů pleskat dlaní do kolen nebo rychle poklepávat prsty na palec, přičemž se sleduje pohyb kotníků, kontrakční a relaxační pohyby prstů a poklepávání nohou. Pohyby trupu a paží se hodnotí během chůze a stání při provádění jiných testů. Každý zesilující manévr, použitý při prvním vyšetření, by měl být používán při dalších vyšetřeních během studie. Každý pacient by měl být vyšetřován minimálně 10 minut a přibližně stejně dlouho by měl být sledován při každém dalším vyšetření.

Stupnice hodnocení: 1 - nepřítomny; 2 - sporné; 3 - mírné; 4 - střední; 5 - těžší; 6 - těžké	
FACIÁLNÍ A ORÁLNÍ POHYBY	
<p>01. Periokulární oblast (mrkání očí, třes víček)</p> <p>a) <i>Mrkání očí</i> - opakované nebo kontinuální mimovolné zavírání a otevírání očí (Odlišné od tiků, které se objevují epizodicky.)</p> <p>b) <i>Třes víček</i> - izolovaný jemný třes, častěji oboustranný, ale může se vyskytovat i jednostranně, obvykle pozorovatelný při ne příliš pevně zavřených očích</p> <p>Hodnoťte vzestup frekvence a rozsah pohybů. Pohyby by měly být sledovány samostatně, ale hodnoceny mohou být buď společně, nebo odděleně, jak je potřeba.</p> <p>1 - nepřítomny 2 - sporné 3 - počet mrknutí za 30 sekund 7-10 4 - počet mrknutí za 30 sekund 11-13 5 - skoro trvalé 6 - trvalé a invalidizující</p>	
<p>02. Pohyby rtů (špulení a svírání rtů, pomlaskávání)</p> <p>a) <i>Špulení rtů</i> - vysunutí dolního rtu jako při usilovném vážném zamyšlení</p> <p>b) <i>Svírání rtů</i> - stahování a špulení rtů</p> <p>c) <i>Pomlaskávání</i> - rychle oddálení rtů, vyvolávající ostrý zvuk</p> <p>Hodnoťte vzestup frekvence a rozsah pohybů. Pohyby by měly být sledovány samostatně, ale hodnoceny mohou být buď společně, nebo odděleně, jak je potřeba</p> <p>1 - nepřítomny 2 - sporné 3 - občas během pozorování 4 - často během pozorování 5 - skoro nepřetržitě 6 - nepřetržitě</p>	
<p>03. Žvýkácké pohyby</p> <p>Ujistěte se, že pacient nemá v ústech žvýkačku nebo bonbon.</p> <p>Hodnotí se frekvence a stupeň narušení normálního žvýkání.</p> <p>1 - nepřítomny 2 - sporné 3 - občasné žvýkácké pohyby 4 - časté žvýkácké pohyby 5 - skoro nepřetržitě přežvýkování 6 - nepřetržitě přežvýkování, narušující normální příjem potravy a artikulaci</p>	
<p>04. Příznak bonbonu</p> <p>Pohyby jazyka v ústní dutině, které vyklenují tvář a působí dojmem, jakoby měl pacient v ústech tvrdý bonbon. Občas opakovaná přeježdění jazykem po bukální sliznici, která vysunují ústa dopředu (odlišuje od choreoatetoidních pohybů jazyka).</p> <p>Hodnotí se frekvence a stupeň pohybů jazyka v ústní dutině proti tváři.</p> <p>1 - nepřítomný 2 - sporný 3 - občas 4 - zřetelně většinu času 5 - skoro nepřetržitě 6 - nepřetržitě rozsáhlé pohyby přes celé tváře a ústní dutinu</p>	
<p>05. Vyplazování jazyka</p> <p>a) <i>Klonické</i> - rytmické vysunování a zasunování jazyka</p> <p>b) <i>Tonické</i> - trvalé plazení jazyka</p> <p>c) <i>"Lapavé pohyby" (fly catcher)</i> - bleskové vymrštění jazyka z úst v nepravidelných sériích</p> <p>Hodnotí se frekvence, stupeň a doba vyplazování jazyka z úst.</p> <p>1 - nepřítomno 2 - sporné 3 - občasné vypláznutí jazyka 4 - časté vyplazování jazyka 5 - skoro nepřetržitě plazení jazyka 6 - přemrštěné plazení zbytnělého jazyka, který jakoby se nevešel do úst</p>	

Zdroj: (11)

06. Třes a (nebo) choreoatetoidní pohyby jazyka

- a) *Třes* - jemný rychlý nebo pomalý třes, sledovaný při otevřených ústech s jazykem v ústní dutině
- b) *Choreoatetoidní pohyby jazyka* - kývavé, červovité pohyby jazykových svalů bez vysunutí jazyka z úst; jazyk se může stáčet podle své podélné osy; sleduje se při otevřených ústech
- Oba typy pohybů by měly být sledovány samostatně, ale hodnoceny mohou být společně, jak je potřeba (odlište od "příznaku bonbonu" - souvislých nepravidelných pohybů v ústní dutině při zavřených ústech).
- Hodnotí se intenzita a frekvence pohybů jazyka.
- 1 - nepřítomny
 - 2 - sporné
 - 3 - krátké a příležitostné červovité pohyby jazyka
 - 4 - několikrát pohyby jazyka všemi směry podle podélné osy
 - 5 - téměř souvislé kývání jazyka
 - 6 - souvislé a nepřetržité kroucení, zasunování a kývání přes celou ústní dutinu, takže se ukazuje spodní část jazyka

07. Jiné

Zapište slovy položky, jako je králičí syndrom (jemný, velmi rychlý třes horního rtu - 5 cyklů za sekundu), tiky nebo grimasování.

ŠÍJE A TRUP**08. Axiální hyperkineze (vstoje)**

- Houpavé kyčelní pohyby dopředu a dozadu, připomínající pohyby při kopulaci. Liší se od houpavých pohybů, při kterých se pohybuje sem a tam horní část trupu.
- Hodnotí se frekvence a rozsah pohybů pánve vstoje.
- 1 - nepřítomny
 - 2 - sporné
 - 3 - pozorovány občas
 - 4 - pozorovány velmi často
 - 5 - skoro souvislé pohyby pánve velkého rozsahu
 - 6 - souvislé svižné pohyby pánve

09. Houpavé pohyby

- Souvislé nebo epizodické rytmické pohyby horní části trupu dopředu a dozadu nebo ze strany na stranu, objevující se vsedě při opakovaných vychýleních spinální páteře v lumbální oblasti (odlišné od axiálních hyperkinezí, kde se vstoje kývají dopředu a dozadu kyčle).
- 1 - nepřítomny
 - 2 - sporné
 - 3 - občasné pohyby sem a tam
 - 4 - epizodické pohyby malého rozsahu
 - 5 - skoro trvalé pohyby sem a tam malého rozsahu
 - 6 - souvislé pohyby sem a tam velkého rozsahu

10. Torzní pohyby

- Kroutivé, vlnivé pohyby horní nebo dolní části trupu (ramena nebo boky). Pohyby nejsou rychlé a postihují velké oblasti těla.
- Hodnotí se frekvence a intenzita.
- 1 - nepřítomny
 - 2 - sporné
 - 3 - občasné
 - 4 - epizodické
 - 5 - skoro souvislé, malého rozsahu
 - 6 - souvislé kroucení rozsáhlých částí těla

11. Jiné

.....
Zapište slovy položky jako pokyvování hlavou, retrocollis a torticollis.

KONČETINY**12. Pohyby prstů rukou a zápěstí**

Nepravidelné, neúčelné, hrubé a trhané arytmiické a rytmické pohyby ("hra na kytaru"), které začínají náhle a trvají krátce nebo mohou být souvislé; mohou postihovat několik prstů nebo celou ruku a zápěstí. Pohyby prstů jsou rytmičtější, občas hrubé a červovité. Oba typy pohybů se konstantně vyskytují společně. Hodnotí se frekvence a intenzita.

- 1 - nepřítomny
- 2 - sporné
- 3 - pozorovány občas na několika prstech, nízké intenzity
- 4 - pozorovány většinu doby vyšetření, postihují celou ruku, zřetelné intenzity
- 5 - souvislé, červovité pohyby, postihující všechny prsty ruky
- 6 - souvislé, červovité, nepravidelné pohyby celé ruky a prstů

13. Pohyby kotníků a prstů na nohou

Řadí se sem rotace a flexe kotníků. Pomalé, nepravidelné, hrubé, mimovolné pohyby kotníků; epizodické nebo souvislé.

Hodnotí se frekvence a intenzita.

- 1 - nepřítomny
- 2 - sporné
- 3 - pozorovány občas
- 4 - pozorovány většinu doby vyšetření, rotace a flexe kotníků
- 5 - skoro souvislé
- 6 - pozorovány souvisle, výrazné intenzity

14. Podupávání

Podupávání nebo poklepávání celou nohou o podlahu vsedě nebo vstoje.

Hodnotí se frekvence a intenzita.

- 1 - nepřítomno
- 2 - sporné
- 3 - pozorováno pouze několikrát
- 4 - pozorováno většinu času
- 5 - skoro souvislé
- 6 - pozorováno souvisle

15. Jiné

.....
Zapište položky jako žmoulavé pohyby (pill-rolling), popřípadě zahrnují opakované pohyby palce přes několik prstů, hlazení nebo mnutí obličeje a/nebo vlasů.

CELÉ TĚLO**16. Akatizie**

Mimovolný neklid (může být souvislý nebo v návalech) s neschopností klidně sedět nebo stát (nezahrnuje se sem výpověď o vnitřním neklidu).

Hodnotí se frekvence a intenzita neklidu.

- 1 - nepřítomna
- 2 - sporná
- 3 - ojedinělé pohupování
- 4 - přešlapování a pohupování většinu času
- 5 - chůze na místě, souvislé pohupování
- 6 - neschopen klidně posedět nebo postát

	ADS
--	------------

17. Jiné

.....
Zapište slovy položky jako holokinetické pohyby, tzn. extenzivní, přerušované, hrubé pohyby velkých tělesných oblastí nebo celého těla.

Zdroj: (11)

Příloha 9 – Posuzovací škála polékové akatizie

	RSDIA
--	--------------

Posuzovací škála polékové akatizie

OBJEKTIVNÍ POTÍŽE
<p>0 - normální, příležitostné nervózní pohyby končetin</p> <p>1 - přítomnost charakteristických neklidných pohybů: přešlapování a šoupavé pohyby dolních končetin nebo nohou, nebo kývání jednou nohou při sezení a/nebo přešlapování z nohy na nohu či "chůze na místě" vstojce, ale pohyby jsou přítomny méně než polovinu doby vyšetření</p> <p>2 - fenomény popsané výše při hodnocení "1", jsou-li přítomny nejméně polovinu doby vyšetření</p> <p>3 - pacient je trvale zaměstnán charakteristickými neklidnými pohyby a/nebo je neschopný zůstat během vyšetření sedět či stát bez přecházení</p>
SUBJEKTIVNÍ POTÍŽE
<p>Uvědomování si neklidu</p> <p>0 - nepřítomnost vnitřního neklidu</p> <p>1 - nespecifický pocit vnitřního neklidu</p> <p>2 - pacient si uvědomuje, že není schopný udržet nohy v klidu nebo má potřebu jimi pohybovat, a/nebo si stěžuje na vnitřní neklid, zhoršující se specificky po výzvě, aby zůstal klidně stát</p> <p>3 - uvědomování si intenzivního nutkání k pohybu po většinu času a/nebo silná touha většinu času přecházet</p>
<p>Pocit nepohody, vyplývající z neklidu</p> <p>0 - bez pocitu nepohody</p> <p>1 - mírný</p> <p>2 - střední</p> <p>3 - silný</p>
<p>Globální klinické hodnocení akatizie</p> <p>0 - nepřítomna: nezaznamenáno prožívání neklidu, přítomnost charakteristických akatitických pohybů bez subjektivního vnitřního neklidu nebo nutkavého přání hýbat nohama by byla klasifikována jako pseudoakatizie</p> <p>1 - sporná: nespecifické vnitřní napětí a nervózní pohyby</p> <p>2 - mírná: uvědomování si neklidu v nohách a/nebo vnitřního napětí zhoršeného při žádosti, aby zůstal klidně stát, nervózní pohyby jsou přítomny, ale neklidné pohyby charakteristické pro akatizii nemusí být nezbytně pozorovány, stav ncpůsobuje žádnou nebo jen malou subjektivní nepohodu</p> <p>3 - střední: uvědomování si neklidu, jak je popsáno výše u mírné akatizie, kombinované charakteristickými neklidnými pohyby, jako je pohupování z nohy na nohu vstojce, pacient hodnotí tento stav jako tísnivý</p> <p>4 - zřetelná: subjektivní prožívání neklidu zahrnuje nutkavou touhu přešlapovat a přecházet, pacient je však schopen zůstat sedět alespoň pět minut, stav je zřetelně tísnivý</p> <p>5 - silná: pacient informuje o silném nutkání většinu času přešlapovat, je neschopný sedět nebo ležet víc než několik minut, stálý neklid je spojený s intenzivní tísní a nespavostí</p>

Příloha 10 – LUNSERS

LIVERPOOLSKÁ UNIVERZITA NEUROLEPTICKÝ VEDLEJŠÍ EFEKT NA

RATINGOVÉ STUPNICI

(LUNSERS)

Jméno:

Datum:

1. Vyrážka	Vůbec ne	Velmi málo	Málo	Docela spoust	Velmi hodně
2. Obtížnost zůstat vzhůru během dne					
3. Rýma					
4. Zvýšená snění					
5. Bolesti hlavy					
6. Sucho v ústech					
7. Otoky					
8. Omrzliny					
9. Potíže se soustředěním					
10. Zácpa					
11. Vypadávání vlasů					
12. Moč tmavší než obvykle					
13. Problémy s menstruací					
14. Napětí					
15. Závratě					
16. Pocit nevolnosti					

17. Zvýšená sexuální touha					
18. Únava					
19. Svalová ztuhlost					
20. Bušení srdce					
21. Obtíže při zapamatování věcí					
22. Hubnutí					
23. Nedostatek emocí					
24. Obtíže při dosažení vyvrcholení					
25. Slabé nehty					
26. Deprese					
27. Zvýšené pocení					
28. Vředy v ústech					
29. Zpomalení pohybu					
30. Mastná pleť					
31. Spavost					
32. Obtížnost močení					
33. Návaly horka					
34. Svalové křeče					
35. Citlivost na slunci					
36. Průjem					
37. Zvýšené slinění					
38. Rozmazané vidění					
39. Zvyšování hmotnosti					
40. Neklid					

41. Potíže s usínáním					
42. Ztuhlost a bolest krčních svalů					
43. Třes					
44. Mravenčení					
45. Bolestivé klouby					
46. Snížená sexuální touha					
47. Nová nebo neobvyklá kožní znaménka					
48. Části těla pohybující se sami od sebe, např. noha pohybující se nahoru a dolů					
49. Svědění kůže					
50. Méně častá menstruace					
51. Žízeň					

LUNSERS – NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY PODLE SKUPIN

<p>EXTRA-PYRAMIDOVÉ NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY</p> <p>19 – SVALOVÁ ZTUHLOST</p> <p>29 – ZPOMALENÍ POHYBU</p> <p>34 - SVALOVÉ KŘEČE</p> <p>40 – ROZTĚKANOST</p> <p>43 – TŘES</p> <p>48 – ČÁSTI TĚLA PŘEMISŤOVÁNÍ</p>	<p>PSYCHICKÉ NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY</p> <p>2- OBTÍŽNOST ZŮSTÁVAT VZHŮRU BĚHEM DNE</p> <p>4 – ZVÝŠENÉ SNĚNÍ</p> <p>9 – POTÍŽE S KONCENTRACÍ</p> <p>14 –NAPĚTÍ</p> <p>18 –ÚNAVA</p> <p>21 – POTÍŽE S PAMĚTÍ</p>
<p>ANTICHOLINERGNÍ NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY</p> <p>6 – SUCHO V ÚSTECH</p> <p>10 –ZÁCPA</p> <p>32 – OBTÍŽNÉ MOČENÍ</p> <p>38 – ROZMAZANÉ VIDĚNÍ</p>	<p>DALŠÍ AUTONOMNÍ</p> <p>15 – ZÁVRATĚ</p> <p>16 – POCIT NA ZVRACENÍ</p> <p>20 – PUŠENÍ SRDCE</p> <p>27 – ZVÝŠENÉ POCENÍ</p>
<p>ALLERGICKÉ REAKCE</p> <p>1 – VYRÁŽKA</p> <p>35 – CITLIVOST NA SLUNEČNÍ ZÁŘENÍ</p> <p>47 – NOVÁ NEBO NEOBVYKLÁ KOŽNÍ ZNAMÉNKA</p> <p>49 – SVĚDĚNÍ KŮŽE</p>	<p>HORMONALNÍ NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY</p> <p>7 – OTOK</p> <p>13 – PROBLÉMY S MENSTRUACÍ</p> <p>17 – ZVÝŠENÝ ZÁJEM O SEX</p> <p>24 – POTÍŽE S DOSAŽENÍM ORGASMU</p> <p>46 – SNÍŽENÁ SEXUÁLNÍ TOUHA</p>
<p>RŮZNÉ</p> <p>5 –BOLESTI HLAVY</p> <p>22 – HUBNUTÍ</p> <p>39 – ZVYŠOVÁNÍ HMOTNOSTI</p> <p>44 – MRAVENČENÍ</p> <p>MOŽNÝ ROZSAH 0-16</p>	<p>FALEŠNÉ STOPY</p> <p>3 – RÝMA</p> <p>8 –OMRZLINY</p> <p>11 – VYPADÁVÁNÍ VLASŮ</p> <p>12 – MOČ TMAVŠÍ BARVY NEŽ OBVYKLE</p> <p>25 – SLABÉ NEHTY</p> <p>28 – VŘEDY V ÚSTECH</p>

MOŽNÝ ROZSAH CELKOVÉHO SKÓRE : LUNSERS

ŽENY 0 – 164 MUŽI 0 – 156

LUNSERS VČECH 51 POLOŽEK

ŽENY 0 – 204 MUŽI 0 – 196

Zdroj: GOOGLE.CZ [cit. 25.2.2015]. Dostupné z:
<http://egret.psychol.cam.ac.uk/medicine/scales/dubious/LUNSERS.pdf>

Příloha 11 – Inventář postoje k lékům

Příloha 1. DAI-30. Překlad do českého jazyka a ověření srozumitelnosti provedli J. Libiger, J. Masopust, R. Köhler a V. Pazderová. Pacient označí souhlas či nesouhlas s každou položkou. Souhlas s pozitivním/nesouhlas s negativním tvrzením je hodnocen jedním kladným bodem. Souhlas s negativním/nesouhlas s pozitivním tvrzením znamená jeden záporný bod. Celkový součet tedy může být v intervalu – 30 až 30 (nejlepší postoj k léčbě) bodů.

ID pacienta:	Iniciály lékaře:
	Datum:

Návod:

Odpovězte, prosím, na uvedené otázky. Vycházejte z osobní zkušenosti s podávaným antipsychotikem (antipsychotiky) v **posledních 4 týdnech**.

Na každou otázku odpovězte:

SOUHLASÍ pokud s odpovědí částečně nebo převážně souhlasíte, nebo
NESOUHLASÍ pokud s odpovědí vůbec, téměř vůbec nebo spíše nesouhlasíte.

Nejde o test, ale o dotazník. Sdělte nám tedy, prosím, svůj vlastní názor – nikdo nehodnotí správné nebo nesprávné odpovědi. Nebudeme z odpovědi vyvozovat žádné důsledky, které by se Vás mohly týkat.

	souhlasí	nesouhlasí
1. V okamžiku, kdy se cítím lépe, již žádné léky nepotřebuji.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Z mého pohledu převažují dobré stránky léku.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Když užívám léky, cítím se divně, jako zdrogovaný/á (jedná se o období posledních 4 týdnů).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Víím, že i když nejsem hospitalizován/a, potřebuji pravidelně užívat předepsané léky.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Užívám léky jen proto, že mě k tomu jiní lidé nutí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Když užívám léky, uvědomuji si lépe, co dělám a co se děje kolem mne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Užívání léků mi neškodí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Léky pravidelně užívám na základě svého vlastního rozhodnutí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Po užívání léků se cítím uvolněnější.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Cítím se stále stejně bez ohledu na to, zda beru nebo neberu léky.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Nepříjemné účinky léků jsou vždy přítomné (jedná se o období posledních 4 týdnů).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Po léčbě se cítím unavený/á a zpomalový/á.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Léky užívám jen když se cítím špatně.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Léky jsou pomalu účinkující jed.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Když užívám léky, lépe vycházím s lidmi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Když užívám léky, nemohu se na nic soustředit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Víím lépe než lékař, kdy mám s užíváním léků přestat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Když užívám léky, cítím se normálnější.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Raději budu nemocný/á než abych užíval(a) léky.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Cítím, že je to proti přírodě, že léky ovlivňují mou mysl a mé tělo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Když užívám léky, mám jasnější myšlenky.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Měl bych své léky nadále užívat, i když se už cítím dobře.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Užíváním léků zabráním tomu, abych se duševně zhroutil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Rozhodnutí, kdy bych měl přestat brát léky, je věcí lékaře.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Věci, které bych jinak dělal snadno, jsou s léky mnohem obtížnější.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Když užívám léky, jsem šťastnější a cítím se lépe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Léky beru jen proto, aby ovlivnily chování, které se nelíbí jiným lidem (mně samotnému nevadí).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. S léky se neuvolním.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Když beru léky, lépe se kontrolojuji a ovládám.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Soustavným užíváním léků mohu předejít dalšímu onemocnění.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Příloha 12 – Subjektivní spokojenost s léčbou neuroleptiky

Příloha 2. SWN, zkrácená 20 položková verze. Překlad dotazníku SWN do českého jazyka a ověření srozumitelnosti provedli K. Černá a J. Libiger. Hodnocení se vztahuje k poslednímu týdnu. Označí se odpověď nejvíce vystihující současný stav na šestibodové stupnici – od „vůbec ne“ po „úplně“. U pozitivních položek přiřazujeme nejvyšší hodnotu 6 odpovídám „úplně“, u negativních „vůbec ne“ a naopak (pozitivní položky: 2, 5, 7, 8, 13, 15, 18, 19, 20; negativní položky: 1, 3, 4, 6, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17). Maximální počet bodů vyjadřující největší subjektivní spokojenost s léčbou je 120.

SWN

ID pacienta:	Iniciály lékaře:
	Datum:

Všechna tvrzení se vztahují k uplynulým 7 dnům. Označte, prosím, stupeň nejlépe vystihující Váš stav.

	vůbec ne	nepatrně	trochu	zřetelně	převažně	úplně
1. Připadám si bezmocný, bez kontroly na tím, co se se mnou děje.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Cítím se tělesně dobře.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Dělá mi problém přemýšlet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Cítím do budoucna beznaděj.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Svě tělo vnímám jako důvěrně známé.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ostýchám se seznamovat s lidmi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Mám živou představivost a plno nápadů.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Svě okolí vnímám jako přátelské a důvěrně známé.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Cítím se slabý a vyčerpaný.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mé pocity a vnímání jsou otupělé, nic pro mne není důležité.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mé myšlení je pomalé a těžkopádné.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Mé pocity a chování jsou nepřiměřené situaci. Rozčilím se kvůli maličkostem a důležité věci jakoby se mě netýkaly.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Snadno udržuji kontakt s lidmi ve svém okolí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Svě okolí vnímám jako změněné, odcizené a ohrožující.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Dokážu se ubránit před nepřiměřenými požadavky svého okolí, uchránit si své soukromí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Mé tělo je pro mě přítěží.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mé myšlenky jsou přelétavé a neusměrněné. Nedokážu jasně uvažovat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Zajímá mne, co se okolo mě děje a je to pro mne důležité.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Mé pocity a chování jsou přiměřené dané situaci.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mám pocit důvěry v budoucnost. Všechno dobře dopadne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>