

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
SE SCHIZOAFEKTIVNÍ PORUCHOU**

Bakalářská práce

EVA KLENEROVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S. V PRAZE

PhDr. Karolína Dvorská

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2008-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2008

ABSTRAKT

Klenerová, Eva: Ošetrovatelský proces u pacienta se schizoafektivní poruchou. (Bakalářská práce) Eva Klenerová - Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze. Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář všeobecná sestra. Školitel: PhDr. Karolína Dvorská. Vysoká škola zdravotnická Praha, 2008,

Bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelský proces u pacienta se schizoafektivní poruchou. První kapitola v teoretické části se zabývá začleněním schizoafektivní poruchy mezi psychotická onemocnění. Druhá kapitola je zaměřena na etiologii, diagnostiku, možné příznaky, průběh a léčbu schizoafektivní poruchy. Třetí kapitola je věnována resocializaci a specifiky ošetrovatelské péče v psychiatrii.

Hlavní část je věnována ošetrovatelskému procesu dle modelu Marjory Gordonové u pacienta se schizoafektivní poruchou. Cíl práce je možnost porozumět dané problematice, přispět k větší efektivitě práce pomocí ošetrovatelského procesu a zviditelnit důležitost edukace v psychiatrické ošetrovatelské péči. V posledních letech se v ošetrovatelské péči mění přístup k nemocným. Ošetrovatelská péče je více soustředěna na bio-psycho-sociální potřeby nemocného, jejichž naplnění umožňuje ošetrovatelský proces zaměřený na individuálního pacienta.

Klíčové slova: psychóza, schizofrenie, schizoafektivní porucha, psychoterapie, pravidelný režim, komunitní péče, edukace.

PŘEDMLUVA

Tato práce vznikla potřebou zdůraznit důležitost ošetrovatelské péče a edukace klientů v ambulantní péči v oblasti psychiatrie. Ambulantní péče má velký vliv na zdraví pacienta s psychotickým onemocněním. Ambulantní péče po hospitalizaci výrazným způsobem napomáhá předcházet relapsům onemocnění.

Téma bakalářské práce *Ošetrovatelský proces o pacienta se schizoafektivní poruchou* jsem si zvolila, protože jsem dlouhodobě pracovala na denním stacionáři s péčí o klienty s psychotickými onemocněními. Často jsem se setkávala s předsudky vůči lidem, kteří potřebují psychiatrickou péči. Mnoho "zdravých" lidí si například myslí, že nemocní jsou odpovědní v akutním stavu za své chování, že si plně uvědomují své jednání, že nechtějí pracovat, protože jim onemocnění vyhovuje. Častým předsudek tvoří obavy z nebezpečnosti psychoticky nemocných, která však není statisticky opodstatněna. S předsudky jsem se setkala nejen u laické veřejnosti, ale také u zdravotníků z jiných odvětví medicíny.

Stavy, při nichž dochází k změněnému vnímání reality, se nevyskytují jen u psychických onemocnění. Můžeme se s nimi setkat např. u intoxikací různými drogami, při nádorovém onemocnění nervového systému, ale také při těžkých životních situacích. Kdokoliv z nás se může do podobné situace někdy v životě dostat.

Tato bakalářská práce je určena zdravotním, psychiatrickým sestřám a sociálním pracovníkům, kteří pracují s lidmi trpící psychotickým onemocněním. Tato práce může také pomoci studentkám zdravotnických škol ve volbě specializace.

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí bakalářské práce PhDr. Karolíně Dvorské za odborné vedení a podporu, kterou mi poskytla při vypracování bakalářské práce.

OBSAH

ABSTRAKT	2
PŘEDMLUVA	3
OBSAH	4
ÚVOD	9
I. TEORETICKÁ ČÁST	11
1 Psychotické poruchy	11
2 Schizoafektivní porucha	12
2.1 Definice, charakteristika schizoafektivní poruchy	12
2.2 Etiologie schizofrenních onemocnění	12
2.3 Klinický obraz schizoafektivních poruch	13
2.3.1 Blud	13
2.3.2 Halucinace	14
2.4 Průběh, formy schizoafektivní poruchy	15
2.4.1 Schizoafektivní porucha, manický typ	15
2.4.2 Schizoafektivní porucha, depresivní typ	16
2.4.3 Schizoafektivní porucha, smíšený typ	16
2.5 Diagnostika schizoafektivních poruch	16
2.6 Terapie schizoafektivních poruch	18
2.6.1 Chirurgická léčba	18
2.6.2 Konzervativní léčba a ambulantní léčba	18
2.6.2.1 Farmakoterapie	18
2.6.2.2 Dietoterapie	18
2.6.2.3 Pohybový režim	18

2.6.2.4 Denní stacionář	19
2.6.2.5 Psychoterapie	19
2.6.2.5 Arteterapie	19
2.6.2.6 Ergoterapie	20
2.7 Prognóza nemocných se schizoafektivní poruchou	20
3 Resocializace	21
3.1 Přejídné zaměstnávání pro dlouhodobě duševně nemocné	21
3.2 Klub klientů	21
3.3 Chráněné bydlení	22
3.4 Resocializační pobyty	22
4 Ošetrovatelská péče u pacienta s onemocněním schizoafektivní poruchou	23
4.1 Psychiatrická sestra	23
4.2 Terénní psychiatrická sestra	23
4.3 Ošetrování nemocných při hospitalizaci	24
4.3.1 Příjem nemocného, volba pokoje	24
4.3.2 Sledování nemocných, rozhovor	25
4.3.2.1 Pozorování	25
4.3.2.2 Rozhovor	25
4.4 Rizika ošetrovatelské péče	26
4.4.1 Syndrom vyhoření, jeho prevence a léčba	26
4.4.1.1 Definice, klinický obraz, průběh	26
4.4.1.2 Prevence	27
4.4.1.3 Léčba	27
4.5 Možné ošetrovatelské diagnózy	27
II. PRAKTICKÁ ČÁST	29
5 Posouzení stavu pacienta	29
5.1 Identifikační údaje	29
5.2 Výtah z lékařské dokumentace	29

5.2.1 Lékařská anamnéza	29
5.2.2 Aktuální léčba	30
5.2.3 Vyšetření	30
5.2.4 První setkání: 4.1.2008	30
5.2.4.1 Fyzikální vyšetření sestrou	31
5.3 Posouzení stavu potřeb klienta dle „Funkčního typu zdraví“ Model Marjory Gordonové 4.1.2008	32
5.3.1 Vnímání zdraví	32
5.3.2 Výživa metabolismu	32
5.3.3 Vylučování	32
5.3.4 Aktivita, cvičení	33
5.3.5 Spánek, odpočinek	33
5.3.6. Vnímání, smysly	33
5.3.7 Sebepojetí	33
5.3.8 Role, mezilidské vztahy	34
5.3.9 Sexualita, reprodukční schopnosti	34
5.3.10 Stres, zátěžové situace	34
5.3.11 Víra, životní hodnoty	34
6. Ošetrovatelský proces:	35
6.1 Seznam aktuálních ošetrovatelských diagnóz: 7.1.2008	35
6.2 Potencionální oš.dg.	35
6.3 Plán ošetrovatelské péče	35
6.3.1 Oš.dg. č.1: 7.1.2008	35
6.3.1.1 Oš.dg.č.1: Výživa porušená, nadměrná způsobená nezdravým životním stylem projevující se nadváhou, pomalou chůzí, zvýšeným TK.	35
6.3.1.2 Intervence	36
6.3.1.3 Realizace: 7.1.2008 – 28.1.2008	36
6.3.1.4 Vyhodnocení 7.1. - 28.1.2008	38
6.3.2 Oš.dg.č.2: 7.1.2008	38
6.3.2.1 Oš.dg.č.2: Spánek porušený z důvodu nepravidelného režimu spánku, projevující se stížnostmi na obtížné usínáním, únavu.	38

6.3.2.2 Intervence	38
6.3.2.3 Realizace: 7.1.2008 - 21.1.2008	39
6.3.2.4 Vyhodnocení: 7.1.-21.1.2008	40
6.3.3 Oš.dg.č.3: 21.1.2008	40
6.3.3.1 Oš.dg.č.3: Role, porušené zvládnání z důvodu nepřijetí změny postavení role otce vůči již dospělým synům, projevující se konflikty v rodině.	40
6.3.3.2 Intervence	41
6.3.3.3 Realizace: 21.1.2008 - 28.1.2008	41
6.3.3.4 Vyhodnocení: 21.1.-28.1.2008	42
7 Edukace pacienta: 14.1.2008	43
7.1 Edukační list	43
7.2 Edukační záznam- realizace	43
7.3 Edukační plán	43
7.3.1 Cíl edukačního plánu	43
7.3.2 Význam	43
7.3.3 Technika	44
7.3.4 Kontrolní otázky pro sestru	44
7.3.5 Postup při zaškolování pacienta, klienta	44
7.3.6 Kontrolní otázky pro pacienta	45
7.3.7 Zhodnocení edukace	45
8. Prognóza pacienta XY	46
9. Závěr	47
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	48
SEZNAM PŘÍLOH	49
SEZNAM ZKRATEK	50

SLOVNÍK TERMÍNŮ	51
PŘÍLOHA č. 1	53
PŘÍLOHA č. 2	54

ÚVOD

ÚVOD DO PROBLEMATIKY: Psychotická onemocnění, psychózy, jsou duševní onemocnění, která závažným způsobem mění prožívání člověka ve vztahu k okolí a k sobě samému. Termín „**psychóza**“ (z řeckého psyché=duše, -osis=onemocnění) použil poprvé Ernst von Feuchtersleben v roce 1845 jako alternativní označení „šílenství“. Medicínsky pak psychóza v 19.století označovala onemocnění duše, čímž tvořila protipól k **neuróze**, o níž se soudilo, že představuje poruchu nervového systému. Psychózy zahrnují velmi různorodé psychopatologie. Emil Kraepelin již v 19.století poprvé rozdělil hlavní psychotické poruchy na manio-depresivní šílenství (dnes bipolární afektivní poruchy) a předčasnou demenci (dnes schizofrenie). Schizofrenie (schisein=rozštěpit, fren=mysl) se vyskytuje s obdobnou frekvencí ve všech zeměpisných oblastech světa (kolem 1% populace). I když schizofrenie patrně provází lidstvo od počátků jeho existence, základy moderní diagnostiky a léčby schizofrenních poruch jsou spjaty až s osobnostmi slavných psychiatrů konce 19. a začátku 20. století, zejména se jmény Benedict August Morel, Eugen Bleuler a Emil Kraepelin. Eugen Bleuler byl první, kdo termín "schizofrenie" použil, ovšem v množném čísle (Bleuler použil termín "skupina schizofrenií"). Již Bleuler také popsal příznaky typické pro tato onemocnění- zejména neadekvátní či nepřiměřenou afektivitu, protichůdné pocity s nedůsledným chováním, citové oploštění, až ztupění, fragmentaci myšlení, sociální izolaci, ponoření se do sebe. (Höschl 2004) Schizoafektivní porucha, o níž je detailně pojednáno v této bakalářské práci, patří mezi schizofrenní onemocnění.

MOTIVACE: S pacienty se schizoafektivní poruchou jsem dlouhodobě pracovala jak na lůžkovém oddělení, tak i v ambulantním zařízení (denní stacionář). Podílela jsem se na léčbě nemocných v úvodních fázích onemocnění, ale i na následné péči o pacienty po ukončení základní terapie, zejména na resocializaci a reintegraci nemocných do "normální" společnosti. Pouze profesionálně vedená komplexní péče ve všech fázích onemocnění umožňuje zvýšit šance pacientů se schizoafektivní poruchou na dlouhodobou remisi. Ošetřovatelská péče hraje v tomto procesu nezastupitelnou a významnou úlohu.

CÍL A ČLENĚNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE: Cílem bakalářské práce je návrh a realizace ošetrovatelského procesu u pacienta se schizoafektivní poruchou v ambulantní péči. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou část a praktickou část. Teoretická část se soustředí na etiologii, klinický obraz, diagnostiku, průběh a léčbu onemocnění. V teoretické části jsem se dále zaměřila na zásady při hospitalizaci pacienta v akutním stavu, jelikož jsem se velmi často v praxi setkávala s negativními zážitky pacientů právě z této fáze onemocnění. Také jsem se věnovala tématu resocializace, která je v ambulantní péči pacientů se schizoafektivní poruchou velmi důležitá, neboť napomáhá začlenění pacienta do společnosti a zvyšuje šance na úspěšné pracovní zařazení. Ambulantní péče a resocializace výrazným způsobem přispívá k udržení dlouhodobé remise onemocnění. V praktické části práce je návrh a realizace ošetrovatelského procesu dle "Modelu fungujícího zdraví" Marjory Gordonové, edukační proces u pacienta se schizoafektivní poruchou.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Psychotické poruchy

Psychotické poruchy jsou duševní onemocnění, která závažným způsobem mění osobnost člověka. Pro přehlednost lze velmi zjednodušeně konstatovat, že v současnosti se **psychotické poruchy** dělí na tři hlavní skupiny onemocnění: **schizofrenní poruchy** (poruchy myšlení: schizofrenie), **afektivní poruchy** (poruchy nálady: mánie, deprese) a **schizoafektivní poruchy** (přítomny jak poruchy myšlení, tak poruchy nálad).

Schizofrenie je závažné psychotické onemocnění s chronickým průběhem a velice rozmanitými příznaky, různorodým průběhem i velmi individuální prognózou. Mezi nejčastější příznaky nemocných se schizofrenním onemocněním patří poruchy afektivity, ambivalence, citové oploštění, rozpad myšlení, sociální izolace, ponoření se do sebe. Nesoulad duševních projevů s rozštěpením psychických funkcí vedou ve svém důsledku k fragmentaci duševního života, postojů, motivací, emocí a myšlení nemocného.

Schizofrenní porucha tak zásadním způsobem narušuje kvalitu života pacientů, neboť redukuje pracovní schopnosti a individuální výkon pacienta, snižuje jeho společenské uplatnění, má neblahý vliv na rodinný život a interpersonální vztahy. Subjektivně jsou schizofrenní onemocnění spjata s pocitem odcizení, vnitřním napětím, nejistotou a bezmocí, čímž je narušena schopnost uspokojivě naplnit životní roli.

2 Schizoafektivní porucha

2.1 Definice, charakteristika schizoafektivní poruchy

Schizoafektivní porucha je duševní onemocnění, patřící mezi psychotické poruchy, u kterého jsou ve stejné fázi onemocnění přítomny jak schizofrenní příznaky (např. bludy, halucinace), tak i afektivní příznaky (např. deprese, mánie). Příznaky se objevují současně nebo v rozmezí několika dnů. (Höschl 2004)

2.2 Etiologie schizofrenních onemocnění

Etiologie psychotických onemocnění, včetně schizofrenních a schizoafektivních poruch, je neznámá. Byla vypracována celá řada hypotéz zabývajících se jejich etiologií. Genetické odchylky mají při rozvoji schizofrenie zcela jistě klíčový význam. U jednovaječných dvojčat byla nalezena konkordance pro onemocnění schizofrenií 48%. Podobně děti s oběma rodiči stíženými schizofrenní poruchou mají vysoké riziko schizofrenie (46%). Riziko vzniku onemocnění u příbuzných pacientů se schizoafektivní poruchou je 2,3%, oproti 0,7% ve zdravé populaci. Důležitou roli při rozvoji schizofrenních poruch hraje však i vliv okolí. Adoptované dítě schizofrenní matky má až 17% pravděpodobnost rozvoje onemocnění, oproti téměř nulovému riziku dítěte, adoptovaného matkou zdravou. V etiopatogenezi schizofrenních poruch byla dále intenzivně studována úloha narušeného metabolismu nejrůznějších neurotransmiterů a neuropeptidů, zejména dopaminu, serotoninu, noradrenalinu, kyseliny gama-aminomáselné či glutamátu. Pro úlohu těchto působících látek při vzniku schizofrenní poruchy pak svědčí skutečnost, že celá řada anti-psychotik (léků používaných v terapii psychotických onemocnění) ovlivňuje právě s hladinou či metabolismem jednoho nebo několika výše uvedených neurotransmiterů. Důležitou roli při vzniku schizofrenie hrají dále také biologické faktory - hypotéza neurovývojových změn mozku, biochemické poruchy, stres, nepříznivé vlivy okolí. Schizofrenní onemocnění chápeme tudíž komplexně, jako důsledek vzájemného působení faktorů dispozice (vrozené faktory) a zátěže (získané faktory).

Spouštěčem onemocnění u geneticky predisponovaného jedince pak může být celá řada jevů, například pubertální krize, tělesné trauma, nemoc, extrémní vyčerpání, užívání drog aj.

2.3 Klinický obraz schizoafektivních poruch

Klinický obraz pacienta se schizoafektivní poruchou vždy zahrnuje jak schizofrenní, tak i afektivní příznaky. Typicky se jedná o "epizodické poruchy, u nichž jsou v popředí jak afektivní, tak schizofrenní příznaky, takže epizodu onemocnění nelze oprávněně diagnostikovat ani jako schizofrenii, ani jako depresivní epizodu nebo manickou epizodu. Podle převládajících rysů afektivní složky je možné rozlišovat manický, depresivní, smíšený typ." (Smolík 2001, str.195)

Symptomy klinického obrazu pacienta se schizoafektivní poruchou lze zjednodušeně rozdělit na příznaky pozitivní a příznaky negativní. Mezi pozitivní příznaky patří bludy, halucinace. Negativní příznaky zahrnují otupělost, nerozhodnost, poruchy pozornosti a hybnosti.

2.3.1 Blud

Blud je porucha myšlení, chorobné, nevývratné přesvědčení, které neodpovídá skutečnosti. Mezi nejčastější patří:

a) **Bludy expanzivní** (megalomanické), které lze dále dělit na bludy megalomanické v užším slova smyslu, bludy extrapotenční, inventorní, reformátorské, erotomanické, eternity. Objevují se u manické nálady, mohou se projevat v různých oblastech. Nemocný své schopnosti může považovat za neomezené, např. může ovlivňovat počasí, je zachráncem města či světa, má božské schopnosti, nemocný se může bát vymočit, aby nezaplavil celé město, nemocný vymýšlí různé geniální nástroje, např. perpetum mobile, automobil, který by jezdil na vodu, jindy nemocný provedl zásadní změnu gramatiky atd.

b) **Bludy depresivní** (mikromanické), které zahrnují bludy autoakuační, mikromanické, insuficientní, negační, hypochondrické- jsou podmíněné depresivní náladou, mají opačný charakter než bludy megalomanické. Nemocný je přesvědčen, že zavinil 2.světovou válku, myslí si, že trpí nevléčitelnou chorobou.

c) **Bludy paranoidní**, které lze dělit na bludy perzekuční, kverulační, transformační a vztahovačnosti. Vyznačují se vztahovačností, podezřívavostí. Nemocný je přesvědčen, že je pronásledován.

d) **Bludy hypochondrické**- při nichž je pacient přesvědčen, že trpí určitou konkrétní či dokonce několika různými nemocemi, že zavinil neštěstí celé rodiny apod.

e) **Bludy expanzivní** - přeceňování vlastní osoby, schopností, možností a významu.

g) **Bludy kosmický** - nemocný uvádí, že přiletěl z jiné planety, navštěvují ho bytosti z jiných planet.

2.3.2 Halucinace

Halucinace je poruchou smyslového vnímání. Halucinace jsou klamné vjemy, vznikající nezávisle na vnějším podnětu a mají přitom pro jedince charakter skutečnosti. Nejčastěji vyskytující se halucinace jsou:

a) **Halucinace sluchové**- nemocný slyší různé zvuky, hlasy (jednoho nebo více lidí), některé hlasy se o nemocném baví. Halucinace mohou být neutrální, častěji ale bývají vůči nemocnému nepřátelské, komentující, případně mají charakter rozkazů, které nemocný může vykonat (suicidum, sebepoškození).

b) **Halucinace zrakové**- bývají méně časté např. vidění zvířat, stínů, nadpřirozených osob. Tyto halucinace nejsou typickým příznakem schizoafektivní poruchy.

c) **Halucinace tělové**- jsou těžko rozeznatelné od skutečných pocitů vycházejících z útrobu těla. Mohou mít i sexuální charakter.

- d) **Halucinace čichové a chuťové**- vyskytují se často společně, pacient cítí zápachy, kouř, které mohou být kombinované s obdobnými chuťovými zážitky.
- e) **Halucinace pohybové, motorické**- nemocný prožívá klamný pocit pohybu vlastních údů a často si vyloží, že jej někdo ovládá.
- f) **Halucinace intrapsychické**- nemocný je přesvědčen, že jsou mu vkládány do mozku myšlenky a představy, které nejsou jeho nebo jeho myšlenky čte či používá někdo jiný.
- g) **Halucinace kombinované**- účastní se několik smyslů najednou.

2.4 Průběh, formy schizoafektivní poruchy

Schizoafektivní porucha se na základě druhu poruchy nálady dělí na manický typ, depresivní typ, smíšený typ.

2.4.1 Schizoafektivní porucha, manický typ

U tohoto typu onemocnění musí být zastoupeny ve stejné fázi jak schizofrenní, tak manické příznaky. V akutní fázi onemocnění je hlavním příznakem nadměrně dobrá nálada za jakýkoliv okolností. Duševní činnost je zrychlená, neunavitelná. Nemocný může být bez jakýkoliv společenských zábran. Má sníženou potřebu spánku nebo nespí vůbec. Má tendenci zasahovat do veškerého dění kolem sebe, je neklidný, vše zlepšuje, reformuje, utrácí peníze ve velkém, nereálně plánuje, má zvýšené sebevědomí. Po fyzické stránce zpravidla působí nemocný jakoby omládlý, dominuje pružné držení těla. Nemocný má obvykle velkou chuť k jídlu, někdy však na jídlo není čas, libido bývá zvýšené. Verbální projev je zrychlený. Myšlení bývá překotné, s častými velikášskými bludy, nekritičností a expanzivním chováním.

Pacient v akutním stavu by měl být zneschopněn, eventuálně hospitalizován. Hospitalizace je nutná v případech, kdy pacient ohrožuje sebe nebo své okolí. Není-li frekvence atak častá, může se nemocný vrátit do původního zaměstnání.

2.4.2 Schizoafektivní porucha, depresivní typ

V téže fázi musí být přítomny schizofrenní i depresivní příznaky. Chorobně skleslá nálada bez dostatečných psychologicky pochopitelných důvodů je spojená s útlumem chování, typická jsou ranní pessima. Nemocný trpívá sebeobviňujícími bludy, mohou se objevit i bludy pronásledování, halucinace. **U nemocných mohou být přítomny suicidální myšlenky, riziko provedení sebevražedného pokusu je přítomné, nemocní navíc tyto tendence obvykle disimulují (zastírají).** Celkový vzhled pacienta bývá depresivní. Pacient mívá v tváři beznaděj, úzkost, mimická aktivita je snižena, držení těla ochablé, mluva bývá pomalá, tichá, duševní pochody utlumené. Nemocný hůře chápe, pomalu vybavuje, myšlení je jednotvárné. Typická bývá ztráta chuti k jídlu, úbytek na váze, poruchy spánku a úbytek sexuální potřeby.

2.4.3 Schizoafektivní porucha, smíšený typ

U této poruchy se schizofrenní příznaky vyskytují společně se smíšenou bipolární afektivní poruchou. Bipolární afektivní porucha je duševní porucha, u které se střídá fáze depresivní s fází manickou po různě dlouhých intervalech. Průběh onemocnění během života je různý, může být velmi variabilní (střídání fází pravidelně, v nepravidelném odstupu, rychlé vystřídání obou forem onemocnění po sobě s následnou remisí aj.). S

schizoafektivní poruchou trpí stejně muži i ženy. Onemocnění začíná nejčastěji ve věku 20- 35 let, ale může začít u dětí i ve vysokém věku. Prognóza jednotlivých fází onemocnění je příznivá, u celého onemocnění méně, neboť dochází k recidivám.

2.5 Diagnostika

Nejdůležitější diagnostická metoda v psychiatrii je rozhovor a pozorování. Základem k stanovení diagnózy je psychiatrické vyšetření na základě odběru anamnézy, odběru dat popřípadě rozhovoru s rodinou.

Doplňkem psychiatrického vyšetření je psychologické vyšetření – anamnéza, klinická data, psychologické testy. Testy výkonové např. test IQ, projektivní techniky např. Rorschachova metoda – testový materiál je tabule s inkoustovými skvrnami, dotazníky

– pacient asociuje. Zdravotní se sestra při své ošetrovatelské práci vychází ze závěru psychiatrického vyšetření.

Duševní onemocnění klasifikujeme podle klasifikačních systémů.

MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize) byla synchronně vyvíjena v několika světových jazycích a současně ve 112 klinických centrech 39 zemí, včetně několika zemí třetího světa. Používá se ve většině zemí Evropy.

DSM-IV: Diagnostický a statistický manuál (z anglického *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition*), je klasifikační systém vydávaný americkou psychiatrickou asociací. Používá se v USA, Austrálii a na Novém Zélandě.

Klasifikační systémy duševních poruch DSM-IV a MKN-10 obsahují přesně definovaná diagnostická kritéria, která jsou návodem k vytvoření diagnózy. Diagnostické kategorie obou systémů byly vytvořeny na základě návrhů expertů. Tyto systémy jsou považovány pouze za vstupní diagnostické hypotézy. **Léčba každého pacienta musí být individuální.** (Höschl 2004)

2.6 Terapie schizoafektivních poruch

2.6.1 Chirurgická léčba

Toto onemocnění se neléčí chirurgicky.

2.6.2 Konzervativní léčba a ambulantní léčba

2.6.2.1 Farmakoterapie

Léčba schizoafektivní poruch je kombinací léčby psychózy a poruchy nálady. Užívají se antipsychotika II.generace (risperidon, olanzapin), často s kombinací s antidepresivy SSRI (z angl. *Selective Serotonine Reuptake Inhibitors*= Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu), např. sertralin, citalopram, fluoxetin aj.

Užívají se perorálně, u akutní epizody onemocnění je možnost aplikovat depotní preparáty (intramuskulárně). Depotní přípravky též jsou vhodné při snížené spolehlivosti spolupráce pacienta.

Depotní forma zajistí postupné uvolňování léku.

2.6.2.2 Dietoterapie

U tohoto onemocnění není indikováno žádné omezení příjmu potravy .

Dieta č.3. racionální. V akutním stádiu je důležité zajistit dostatečný příjem a výdej tekutin a potravy.

2.6.2.3 Pohybový režim

V akutním stádiu, jestliže nemocný ohrožuje sebe nebo okolí, je nutné přistoupit k restriktivnímu opatření. Po odeznění tohoto stavu je důležité po malých krocích nemocného zapojovat do harmonogramu na oddělení - psychoterapie, rehabilitace, ergoterapie. Zásadní je pravidelný režim např. pravidelný spánek.

2.6.2.4 Denní stacionář

V denním stacionáři komplexní psychoterapeutická péče ambulantní formou. Komplexní péče zahrnuje možnost psychoterapie individuální, skupinové, rodinné psychoterapie, nácvik sociálních dovedností, relaxace, arteterapie, relaxační cvičení. Nemá-li klient svého ambulantního psychiatra tak také psychiatrické kontroly. Na chodu denního stacionáře se podílí psychiatři, psychologové, psychiatrické sestry, sociální pracovníci. Docházku indukuje ošetřující lékař klienta. Docházka může být každodenní v pracovních dnech od pondělí až do pátku.

2.6.2.5 Psychoterapie

Psychoterapie je u tohoto onemocnění je podpůrná, napomáhá nemocným vyrovnat se s aktuálními problémy. Může být individuální, skupinová, rodinná. V psychoterapii je důležitý vztah psychoterapeut a klient. Psychoterapeut poskytuje klientovi emoční podporu a bezpečné místo v jeho mezilidských vztazích. Psychoterapeutická skupina je pro pacienta bezpečné místo, kde může hovořit o psychóze spolu s ostatními klienty se stejnými zkušenostmi.

Psychoterapeut je klinický psycholog nebo psychiatr s psychoterapeutickým výcvikem. Psychoterapeutická práce s psychotiky je náročná a dlouhodobá (několikaletá). Důležitý je pozitivní vztah k lidem s tímto onemocněním a trpělivost.

Ambulantní psychoterapie prodlužuje dobu rehospitalizace.

2.6.2.5 Arteterapie

Arteterapie je psychoterapeutická technika při které se pracuje s výtvarnými technikami (malba, kresba, práce s hlinou). Tato technika napomáhá k sebepoznání. Arteterapie se rozděluje na část neverbální a část verbální. Klienti se vyjadřují vzájemně ke svým výtvorům (kresby, výtvarné artefakty), arteterapeut techniku koordinuje. Interpretace k výtvarným artefaktům u schizofrenních onemocnění se využívají jen pro terapeutický tým. Arteterapie se používá nejen u klientů, kteří mají problém se vyjádřit verbálně. Témata mohou být vázaná k minulosti, přítomnosti nebo budoucnost, například „já a moje rodina“, „můj vnitřní svět“, „já a moje zaměstnání“. Při arteterapii není důležitá technika malby „dokonalá kresba“, ale jde o proces sebepoznání.

2.6.2.6 Ergoterapie

Ergoterapie je pracovní rehabilitace, jejímž cílem je zlepšení kvality života v pracovní oblasti. Vede k smysluplnému využití volného času a k nábízení nových dovedností. Ergoterapie může být individuální nebo skupinová. Výběr ergoterapeutické techniky musí odpovídat fyzickému a psychickému stavu pacienta. Před výběrem techniky je důležitý diagnostický pohovor nebo test, například test kognitivních funkcí – Mini Mental State Exam (MMSE), který se používá také k diagnostice Alzheimerovy choroby. Existuje celá řada ergoterapeutických technik. K nejpoužívanějším patří výtvarné techniky – malba na plátno, sklo, porcelán, kámen, výroba a zdobení keramiky, vyrábění ručního papíru, ozdob, šperků, ubrousková metoda. Jiným příkladem ergoterapie je příprava pokrmů, kde se klienti učí sestavovat jídelníček, spolupracovat spolu s klienty a vařit pod dohledem ergoterapeuta nebo zdravotní sestry. Ergoterapeut je absolvent tříletého studia oboru diplomovaný ergoterapeut na vyšší zdravotnické škole nebo absolvent střední zdravotnické školy v oboru ergoterapeut.

2.7 Prognóza nemocných se schizoafektivní poruchou

Prognóza nemocných se schizoafektivní poruchou je individuální. Všeobecně se považuje za příznivější než u schizofrenie. Pacienti s manickým syndromem se často plně uzdraví a zřídka se rozvine defektní stav. Vysoká frekvence fází a chronifikace onemocnění může podmiňovat invalidizaci. Není-li frekvence hospitalizací častá, může se pacient vrátit do původního zaměstnání či studia. Vliv na prognózu onemocnění má také spolupráce klienta s odborníky, s blízkými.

3 Resocializace

Resocializace pacientů se psychotickým onemocněním umožňuje stabilizaci pacienta, zlepšení zdravotního stavu klienta v podmínkách běžného života. Napomáhá k udržení pracovního a sociálního zařazení v životě pacienta.

3.1 Přejchodné zaměstnávání pro dlouhodobě duševně nemocné

Přejchodné zaměstnávání představuje důležitou formu resocializace a přípravu klienta na uplatnění se na trhu práce. Klientům umožňuje nácvik pracovních a sociálních návyků nebo v ideálním případě zařazení do pracovního procesu. Klient dle svých možností je zařazen do běžného pracovního místa na omezenou dobu, většinou 6 až 12 měsíců na 4 - 6 hodin denně. Sociální pracovník nejprve sám vyzkouší pracovní místo, po té zaučí klienta a poskytuje mu pravidelné konzultace. Sociální pracovník zajišťuje pravidelný kontakt klienta se zaměstnavatelem a informuje o průběhu přechodného zaměstnávání ošetřujícího lékaře. Sociální pracovník pracuje pod pravidelnou supervizí.

3.2 Klub klientů

Klub je místo obyčejného společenského setkávání, které dlouhodobě duševně nemocným často chybí. Je zde možnost navazování a upevňování mezilidských vztahů. Klienti se zapojují do vytváření programu. Náplň klubu představují například společné výlety, vycházky, návštěvy výstav, ergoterapie, společná tvorba, která se využívá k výzdobě klubu. Klienti se také zapojují do činností spojených s provozem klubu vaření, úklid, pomoc v administrativě, organizace volno časových aktivit. Chod klubu zajišťuje tým sociálních pracovníků, ergoterapeutů.

3.3 Chráněné bydlení

Cílem chráněného bydlení je získávání praktických životních dovedností a trénink v samostatnosti v péči o sebe. Například ve vícepokojovém bytě spolu bydlí klienti stejného pohlaví každý má svůj pokoj. Společně se starají o fungování domácnosti. Pravidelně je navštěvuje sociální pracovníce, která jim pomáhá řešit každodenní problémy spojené s bydlením, s využitím volného času, s hospodařením s financemi.

3.4 Resocializační pobyty

Výjezdové organizované pobyty zpravidla bývají na několik dní s psychiatrem, psychiatrickou sestrou, sociálními pracovníky v přírodních podmínkách. Cílem pobytu je podpora schopnosti soužití v kolektivu, odreagování z každodenního stereotypu, podpora samostatnosti.

Program pobytu bývá skupinová psychoterapie, pěší turistika, nácvik sociálních dovedností v přírodních podmínkách, společné večery u ohně.

4 Ošetrovatelská péče u pacienta s onemocněním schizoafektivní poruchou

Ošetrovatelská péče u psychiatrických onemocnění je specifická. Ošetřující personál se setkává s řadou emociálně vypjatých situací, často je konfrontován s agresí verbální, v některých situacích i brachiální. Jakým způsobem tyto situace sestra zvládne, záleží na teoretických základech, sebeovládání, zkušenostech a schopnostech sestry zvolit vhodný přístup.

4.1 Psychiatrická sestra

Práce psychiatrické sestry je do odlišná od práce sestry na oddělení somatické medicíny.

Je založena hlavně na navázání profesionálního vztahu s pacientem, na provázení pacienta určitým životním obdobím. V práci psychiatrické sestry je důležitá empatie a neutralita v postoji k nemocným. Osobnost sestry ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské, a psychoterapeutické péče (vedení relaxací, podílení se na skupinové psychoterapii).

Sestra by měla dosáhnout určité úrovně sebepoznání, aby byla schopna zvládat náročné situace v ošetrovatelské péči. Sebeoznání umožňují například víceleté psychoterapeutické výcviky.

4.2 Terénní psychiatrická sestra

Psychiatrická sestra spolupracuje s ambulantním psychiatrem. Dochází za klientem do jeho domácího prostředí, kde pomáhá zvládat krizové situace prostřednictvím léků či podpurným rozhovorem. Terénní psychiatrická sestra edukuje pacienta, jakým způsobem zvládat stres, kontroluje jeho pravidelný režim. Mezi nejčastější ošetrovatelské problémy patří: únava, špatný zdravotní stav pacienta na základě zanedbanosti, nesoběstačnost v hygieně důsledkem ztráty návyků, narušení spánkového režimu, beznaděj, strach, neschopnost jednání z cizími lidmi, špatná funkce rodiny.

4.3 Ošetřování nemocných při hospitalizaci

4.3.1 Příjem nemocného, volba pokoje

V akutním stadiu schizofrenního onemocnění může být pacient nebezpečný nejen sám sobě, ale i svému okolí. Pokud nastane tento stav, je nutné hospitalizovat pacienta, případně i formou nedobrovolné hospitalizace, na uzavřeném psychiatrickém oddělení. Při příjmu nemocného je nutné zajistit bezpečnost pacienta i jeho okolí, zejména je nezbytné zabezpečit, aby v jeho okolí nebyly žádné ostré předměty. Nemocného uložíme do pokoje zvýšené péče, kde je 24 hodin pod ošetřovatelským dohledem. Stálý odborný dohled představuje však i negativní stránku nucené hospitalizace, kterou je kompletní ztráta soukromí a intimity. V akutním stavu nemocný reaguje neadekvátně na podněty z okolí. S nemocným se proto snažíme mluvit klidným hlasem a co nejjednodušším způsobem, vyhýbáme se přesvědčování a naléhání, vždy mluvíme pravdu. Důležité je též přistupovat k nemocnému zpředu, dodržovat jeho osobní prostor, vyhýbat se prudkých pohybů, které by pacient mohl interpretovat jako ohrožující. Průběžně kontrolujeme, zda nám pacient rozumí.

Při zvládnutí neklidu a agresivního chování je potřeba dostatek kvalifikovaného personálu. Rozhodnutí o aplikaci omezovacích postupů indikuje výhradně lékař. Veškeré okolnosti vedoucí k užití omezovacího opatření, jakož i forma a délka trvání tohoto opatření, musejí být jasným způsobem evidovány ve zdravotnické dokumentaci. Způsob, jakým je v těchto situacích zacházeno s nemocným, může ovlivnit postoj nemocného k další léčbě i k ošetřujícímu personálu. I když je pacientovo vnímání ovlivněno duševní poruchou, stále své okolí vnímá a pamatuje si na události z tohoto období.

V akutním stavu zajišťujeme biologické potřeby nemocného, sledujeme a evidujeme příjem potravy a bilanci tekutin. Důležitý je zvýšený dohled na užívání léků. Vždy pacienta informujeme, jaký lék podáváme a proč. Prohlédnutím dutiny ústní po každé aplikaci léku zkontrolujeme, zda pacient lék skutečně požil.

Po odeznění akutního stavu pacienta pomalu zapojujeme do denních aktivit oddělení, např. psychoterapeutických sezení. Dle možností a stavu pacienta denní zátěž pacienta pomalu zvyšujeme, snažíme se o podporu sociálních kontaktů, spolupráci s rodinou, indikujeme pracovní terapii, rehabilitaci.

Pokud pacient neprojeví nesouhlas během hospitalizace, spolupracujeme s rodinou, kterou zapojujeme do léčebného procesu. Před propuštěním pomůžeme pacientovi v sociální integraci mimo oddělení.

4.3.2 Sledování nemocných, rozhovor

Velmi důležitou součástí práce sestry na psychiatrii je pozorování, rozhovor, nezaujatý individuální přístup.

4.3.2.1 Pozorování

Pozorování je metoda poznávání v záměrném a plánovaném vnímání, které je cílevědomě zaměřeno k dosažení určitého cíle. Od běžného vnímání se liší pozorování právě záměrností a cílevědomostí. Pozorování je metoda, kdy na základě vnějších projevů posuzujeme vnitřní stav pacienta.

Předmětem pozorování jsou:

- a) řeč – hlasitost, rychlost, intonace, struktura řeči, obsahová i formální úroveň (nepřiléhavé odpovědi, výhrůžky, samomluva atp.)
- b) mimika – změny ve výrazu obličeje, výraz očí, úst, postavení mimických svalů
- c) neverbální projevy – výrazové pohyby celého těla, chůze, pohybová koordinace, držení těla
- d) celkový vzhled – upravenost, hygiena
- e) mezilidské vztahy – s pacienty, s rodinou, s personálem

4.3.2.2 Rozhovor

Rozhovor je záměrný a organizovaný dialog, v němž zkoumaná osoba nebo skupina odpovídá na otázky tazatele nebo líčí své problémy či stanoviska. Při navazování kontaktu s nemocným je potřeba přizpůsobit se zvláštnostem nemocného a respektovat je. Je důležité nechávat prostor klientovi pro volbu formy, míry komunikace, podporovat nemocného v jistotě, že není se svými problémy sám, rozhovor vést klidně, přátelsky, trpělivě, vždy ocenit úsilí a snahu nemocného. Problémy nemocného je

nutné nebagatelizovat, pacient by se během rozhovoru neměl přerušovat, na rozhovor by měl být vymezen dostatek času.

4.4 Rizika ošetrovatelské péče

4.4.1 Syndrom vyhoření, jeho prevence a léčba

4.4.1.1 Definice, klinický obraz, průběh

Syndrom vyhoření (z anglosaského *burnout*=vyhořet) je stav charakterizovaný pocitem celkového chronického vyčerpání organismu a ztráty zájmu o sebe i okolí. Vyčerpání je jednak fyzické – únava, ztráta energie, jednak psychické – pocity beznaděje, snížené sebevědomí, ale také sociální – vyhýbání se sociálním kontaktům, uzavření se do sebe. Nejčastěji se syndrom vyhoření vyskytuje u pomáhajících profesí, velmi rozšířen je u zdravotnického personálu. Syndrom vyhoření patří mezi nejčastější příčiny odchodů sester ze zdravotnictví.

Syndrom vyhoření má 5 fází. První fáze, idealismus, se obvykle vyskytuje v počátcích pracovního procesu, například u absolventů po studiu, a je spojena s nadměrným očekáváním stran pracovních ideálů. Druhá fáze, identifikace s klienty, je charakterizována tenkou hranicí mezi pracovníkem a klientem. Zaměstnanec na sebe v této fázi dobrovolně přijímá více práce bez ohledu na potřeby sebe či svého nejbližšího okolí. V třetí fázi syndromu vyhoření, v období stagnace, již pracovní náplň zdravotníka nefascinuje, naopak, přichází pocit vystřízlivění, zklamání. Fáze stagnace, čtvrtá fáze pak zvolna přechází do fáze frustrace, kdy se zdravotník začíná nemocným vyhýbat, častěji se objevují konflikty s kolegy, častěji dochází k nejrůznějším somatickým onemocněním (chřipka, angína, bolesti zad, kožní onemocnění, migrény). Pátá fáze, intervence, představuje možné důsledky opomíjeného a neléčeného syndromu vyhoření, například rozvod, ztráta zaměstnání, přechod somatických onemocnění do chronicity.

4.4.1.2 Prevence

V prevenci syndromu vyhoření je důležitá rovnováha mezi prací a odpočinkem.

Význam má také vyvážená strava, pohyb, spokojené mezilidské vztahy, řešení konfliktů ve vztazích nejen v soukromá, ale i na pracovišti.

Supervize poskytuje reflexi vlastní práce, pomáhá k vytvoření adekvátnějšímu přístupu k zátěži v práci.

4.4.1.3 Léčba

Léčba syndromu vyhoření je psychoterapie, relaxační techniky popřípadě změna zaměstnání.

4.5 Možné ošetřovatelské diagnózy

- 1) Riziko sebepoškození z důvodu psychotického stavu
- 2) Porušený spánek z důvodu vtíravých myšlenek projevující se verbalizací, únavou
- 3) Zhoršená verbální komunikace z důvodu psychotického stavu projevující se odmítáním komunikace, nepřítomnosti očního kontaktu
- 4) Neefektivní léčebný režim: individuální, účinná integrace z důvodu nedůvěry k léčebným ošetřovatelským opatřením, k ošetřovatelskému personálu projevující se nesoustředěností, ústním sdělením
- 5) Úzkost mírná, středně závažná, silná z důvodu strachu z budoucnosti projevující se verbalizací
- 6) Výživa nadměrná z důvodu zvýšeného příjmu jídla projevující se nadváhou
- 7) Sociální izolace, riziko

8) Riziko násilí akutní, hrozící vůči jiným z důvodu psychotického stavu

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 Posouzení stavu pacienta

5.1 Identifikační údaje

Iniciály pacienta: XY

Věk: 63 let

Pohlaví: muž

Bydliště: Praha

Zaměstnání: PID

Stav: vdovec

Diagnóza: schizoafektivní porucha, smíšený typ

Dieta: 3, racionální

Oddělení: ambulantní léčba

Individuální plán ošetrovatelské péče: **od 4.1.2008 do 28.1.2008**

5.2 Výtah z lékařské dokumentace

5.2.1 Lékařská anamnéza

Anamnéza:

RA: matka + v 56 letech na onkologické onemocnění, otec + v 67 letech na infarkt myokardu, psychiatricky neléčení

sourozenci: 1 bratr- zdrav, 68 let, sestra – zdráva, 59 let

děti: 2 synové, 22 a 27 let, zdraví

OA: běžné dětské onemocnění

Stp. operaci pravého kolenního kloubu v r. 2004

AA: seno, pyl

SA: vystudoval fakultu žurnalistiky, pracoval v tiskárně jako redaktor. Od r.1996 PID.

PSA: vdovec, 1991 autonehoda ztráta manželky a dcery, bydlí se syny v bytě, nyní v důchodu, soužití klidné někdy generační problémy. Starší syn pracuje, rozvedený, mladší studující.

Abusus: nekuřák, alkohol příležitostně, drogy 0

FA: Seroquel 200mg 1-0-2, Lorista 1-0-0, Anopyrin 100mg 0-1-0.

NO: Pacient se léčí cca 18 let pro schizoafektivní psychózu, smíšený typ. Poslední hospitalizace před rokem předtím 5 let bez hospitalizace.

5.2.2 Aktuální léčba

Seroquel 200mg 2 - 0 - 2, antipsychotikum

Depakine Chrono 500 mg 1 - 0 - 2, antiepileptikum

Dormicum 7,5 mg 0 - 0 - 1, hypnotikum

Dochází jednou týdně na docházkovou skupinu, jednou za 14 dní dochází do psychiatrické ambulance.

5.2.3 Vyšetření

Dieta č.3, racionální.

Běžný laboratorní screening v mezích referenčních hodnot.

5.2.4 První setkání: 4.1.2008

Klient byl při prvním setkání nedůvěřivý i přesto, že jsem s ním byla v kontaktu na denním stacionáři a jezdila jsem s klienty na resocializační pobyty, na které klient také jezdíval. Přišel vzorně, čistě oblečen. Měl na sobě rolák a sako, jako kdyby přišel na pracovní pohovor.

Na začátku rozhovoru jsme společně vzpomínali na předešlou spolupráci. Vzpomínali jsme na bývalé spolupacienty, mé kolegy, a různé společné zážitky z resocializačních pobytů. Během této části rozhovoru se klient uvolnil a částečně získal důvěru.

V druhé části rozhovoru jsem odebrala od pacienta anamnézu + fyzikální vyšetření a domluvili jsme se na 4 setkáních, jednou setkání týdně odpoledne.

5.2.4.1 Fyzikální vyšetření sestrou

Pacient je orientovaný, pohybuje se s mírnými obtížemi – pomalá chůze. V oblasti osobní péče je soběstačný. Stěžuje si na bolesti krční páteře. Na první pohled upravený, čistě oblečený.

Váha 90 kg

Výška 175 cm

BMI= váha/výška²= 29,39

TT 36,8st.C

TK 160/100 torr

P 78/min, pravidelný

D 18/min

5.3 Posouzení stavu potřeb klienta dle „Funkčního typu zdraví“ Model Marjory Gordonové 4.1.2008

5.3.1 Vnímání zdraví

Pacient se po psychické stránce cítí dobře. Poslední ataka onemocnění před rokem. Z minulých hospitalizací v nejmenované nemocnici měl pacient negativní zážitky (nechce o nich hovořit) proto oš.lékařka mu vyhověla ve výběru nemocnice, kde byl s péčí spokojen. Pět let před poslední hospitalizací díky komunitní péči bez hospitalizace. Jen jej v posledních letech trápí somatické obtíže - bolesti krční páteře. Má za sebou neurologické vyšetření, výsledkem vyšetření je doporučení rehabilitace krční páteře. Pravidelně dochází do psychiatrické ambulance, s péčí je velmi spokojen.

5.3.2 Výživa metabolismu

V posledních 5 letech trpí nadváhou. Váha se začala zvyšovat od operace kolene (2004),od té doby méně pohybu. Po operaci několik měsíců chodil o berlích. V minulosti nikdy nebyl hubený, ale také netrpěl nadváhou.

Jí třikrát denně, snídaně, oběd, večeře, když píše básně do noci večeří později u počítače. Jí třikrát denně - snídaně, oběd, večeře, konzumuje větší porce jídla má jídlo rád. Občas se snaží k večeři jen jogurt,aby zhubl, ale je to těžké má potom hlad. Několikrát v týdnu vaří i pro syny. Denně vypije jeden litr až litr a půl tekutin. Má rád kávu pije 2 až 3 šálky denně jinak pije vodu, coca-colu a různé čaje. Vitamíny v tabletách neužívá má už tak dost léků ovoce a zeleninu si kupuje tak jednou týdně.

Oš.dg: Výživa porušená, nadměrná způsobená nezdravým životním stylem projevující se nadváhou, pomalou chůzí, zvýšeným TK

5.3.3 Vylučování

Vylučování bez obtíží, pravidelné vylučování stolice jednou za dva dny, problém při hospitalizaci pomáhá pití kávy s mlékem. Vylučování moče bez obtíží.

5.3.4 Aktivita, cvičení

Po operaci kolene mírné omezení v pohybu, chodí pomaleji vzhledem k věku snížená fyzická aktivita. V oblasti hygieny soběstačný. Pečuje o domácnost stará se o syny převážně o mladšího veškerá péče je na něm. Z péče o domácnost je někdy unavený na druhou stranu se také péčí o syny realizuje. Píše básně publikuje do clientského časopisu také se realizuje na internetu, kde píše svoje básně. Píše o svém životě o vnitřním prožívání, bolestech, zkušenostech z hospitalizací, které nebyly vždy pozitivní ze stran péče personálu. Tvorba básní je pro něj realizací.

5.3.5 Spánek, odpočinek

Tak dvakrát do týdne má problém s usínáním. Když nemůže usnout píše do noci básně na internetu. Přes den je pak unavený a bolí jej záda. Když v noci usne, spí potom celou noc dobře. Někdy spí 6 hodin, někdy 4 hodiny. V minulosti poruchy spánku vedly k zhoršení psychického stavu až k hospitalizaci. Ale nyní dospává přes den tak ke zhoršení psychického stavu nemůže dojít.

Suicidiální myšlenky neguje.

Oš.dg: spánek porušený z důvodu nepravidelného režimu spánku, projevující se narušeným usínáním, únavou

5.3.6. Vnímání, smysly

Pan v rozhovoru odpovídá na otázky přiléhavě, plynule. Orientován v čase i prostoru. Sebehodnocení neporušené uvědomuje si svůj zdravotní stav. Myšlení bez bludných obsahů. Na čtení používá brýle.

5.3.7 Sebepojetí

Dříve býval více společenský chodil pravidelně do klubu účastnil se všech aktivit v klubu. Doléhají na něj změny personálu dříve se cítil v klubu lépe. Raději píše básně a podílí se na spolu redaktorství časopisu clientského. Chodí na pravidelné setkání ohledně přípravy časopisu. Také dochází jednou týdně na docházkovou psychoterapeutickou skupinu.

5.3.8 Role, mezilidské vztahy

Se syny dobré vztahy. Starší syn rozvedený, jednou za 14 dní syn má u sebe vnuka, který jej naplňuje radostí, dodává energii. Po smrti manželky zastává hlavní pečovatelskou roli v rodině. Navštěvuje příležitostně sestru, s bratrem není v kontaktu. Soužití se syny bez obtíží.

5.3.9 Sexualita, reprodukční schopnosti

Sexuální aktivita je utlumena v rámci probíhající terapie psychofarmaky, což pacient v zásadě nevnímá negativně. Partnerku již nehledá, vztahy s ženami udržuje na přátelské rovině.

5.3.10 Stres, zátěžové situace

Před rokem se starší syn rozváděl. Byla to náročná situace pro syna i pro klienta. Po rozvodu přetrvávali problémy ohledně kontaktů klientova syna a vnuka. Klientovi to bylo líto, protože má vnuka rád. V posledních měsících se klientův syn a vnuk (otec se synem) pravidelně stýkají. V tomto stresovém období mu pomohla také podpora jeho psychiatricky a docházková skupina.

Stresové situace klient zažil při hospitalizacích. Podrobněji o daném tématu mluvit odmítá - respektuji jeho rozhodnutí. V této době jej podporovali synové, pravidelně jej navštěvovali.

5.3.11 Víra, životní hodnoty

Pro pana XY je důležitá rodina. Kontakt s lidmi vyhledává méně. Pracoval opakovaně v přechodném zaměstnání zatím neuvažuje o hledání další pracovní příležitosti.

Bez náboženského vyznání.

6. Ošetrovatelský proces

6.1 Seznam aktuálních ošetrovatelských diagnóz: 7.1.2008

1. Oš.dg.: Výživa porušená, nadměrná způsobená nezdravým životním stylem projevující se nadváhou.
2. Oš.dg.: Spánek porušený z důvodu nepravidelného režimu spánku, projevující se narušeným usínáním, únavou.
3. Oš.dg.: Role, porušené zvládnutí z důvodu nepřijetí změny postavení role otce vůči již dospělým synům, projevující se konflikty v rodině.

6.2 Potencionální oš.dg.:

- 1) Riziko společenské izolace, z důvodu schizoafektivní poruchy.
- 2) Identita porušená, riziko z důvodu poruchy vnímání, myšlení.
- 3) Péče o sebe sama nedostatečná, riziko z důvodu ztráty návyků.
- 4) Adaptace porušená, riziko z důvodu zhoršení psychického stavu.

6.3 Plán ošetrovatelské péče

6.3.1 Oš.dg. č.1: 7.1.2008

6.3.1.1 Oš.dg.č.1: Výživa porušená, nadměrná způsobená nezdravým životním stylem projevující se nadváhou, pomalou chůzí, zvýšeným TK.

CD- pacient bude dodržovat zásady zdravého životního stylu do 4 týdnů

CK- pacient zná příčiny nadváhy do 2 hodiny

pacient sníží váhu o 0,5kg týdně

VK- pacient zná vhodné a nevhodné energetické potraviny v rámci zdravého životního stylu do 1 hodiny

pacient spolupracuje na vytváření jídelníčku do 1 hodin

pacient má dostatek znalostí o zvýšené pohybové aktivitě do 2 hodin

6.3.1.2 Intervence

- zjistí oblíbené potraviny pacienta ihned, primární sestra
- zjistí způsob stravování, stolování klienta ihned, primární sestra
- edukuj pacienta o zásadách zdravého životního stylu - pravidelném režimu do 1.hodiny, primární sestra
- informuj se na pocity pacienta před jídlem a po něm do 2 hodin, primární sestra
- zjistí množství tekutin za den do 1 hodiny, primární sestra
- napiš seznam energeticky vhodných a nevhodných potravin do 2 hodin, primární sestra
- vždy se vyhni negativní kritice pacienta, oš.personál
- při nejistotě klienta motivuj klienta pochvalou, psychicky podporuj v redukci váhy,oš.personál
- jednou týdně kontroluj hmotnost klienta, primární sestra
- informuj o oš. plánu oš. personál – lékaře, oš. sestru do dvou dnů
- informuj o důležitosti zvýšeného pohybu např. procházkami do 24 hodin,primární sestra
- informuj rodinu o redukčním plánu (ošetřující sestra na oddělení) do 48 hodin, oš.sestra
- informuj oš. personál do 24 hodin

6.3.1.3 Realizace: 7.1.2008 – 28.1.2008

7.1. 2008

Zjistila jsem oblíbené potraviny klienta, např. maso, káva, sladké, pečivo. Klient snídá nepravidelně, podle toho, kdy vstane. Obědy má často teplé, vaří si sám, obvykle maso s přílohou. Večeře připravuje podle toho, jestli jsou synové doma. Když večeří sám, připraví si chleba se sýrem nebo paštikou, někdy jí u počítače. Denně vypije 1 – 1,5 litru tekutin, pije čaj, kávu, vodu, občas coca-colu.

Edukovala jsem klienta verbálně a letákem o zásadách zdravého stravování, zdůraznila jsem nutnost jíst pravidelně 5x denně. Zdůraznila jsem vliv stravy na zdravotní stav – po zhubnutí se bude lépe pohybovat, cítit se lehčeji, může dojít ke snížení krevního

tlaku. Společně s klientem jsem napsala seznam vhodných a nevhodných potravin. Při psaní seznamu jsem vysvětlovala, které potraviny jsou vhodné, které nevhodné. Doporučila jsem klientovi zaznamenávat si pocity před a po jídle, neboť emoce výrazně ovlivňují příjem potravy. Dle seznamu potravin si bude moci snadněji obměňovat jídelníček. Energetickou hodnotu potravin jsem nezdůrazňovala, zbytečně by to zatížilo a demotivovalo pacienta. Sestavili jsme spolu jídelníček na jeden týden, sladkosti jsem doporučila jednou až dvakrát týdně ke snídani, jinak při chuti na sladké jíst ovoce, večer maso bez přílohy, více zeleniny, dle možnosti omezit kávu na dvakrát denně, coca-colu si dopřát jen výjimečně. Klient byl překvapen, že stolování je důležité a jak výrazně může ovlivnit množství snědeného jídla. Edukovala jsem pacienta o tom, že kromě změny stravovacích návyků a jídelníčku je dalším důležitým faktorem pohyb. Jediný druh pohybu, který mu celoročně umožňuje jeho zdravotní stav a věk jsou procházky, v létě navíc plave. Na závěr našeho setkání jsem klienta zvažila – 90 kg. Informovala jsem sestru, která se setkává s klientem na docházkové skupině a terénní sestru.

14.1.2008

Na začátku setkání jsem klienta zvažila – 90 kg. Klient omezil sladké, pravidelně jedl přes den, ale večer, když synové nebyli doma, jedl různě. Kávu omezit nechce, je to jedno z mála potěšení. Pocity si před a po jídle nepsal, ale soustředil se na ně, zjistil, že více jí, když synové nejsou doma. Chodil na delší procházky. Neví, jestli dokáže pravidelný režim dodržovat, i když chápe, že je to pro něj dobré. Podpurným rozhovorem jsem klienta motivovala, zdůraznila, že již dokázal omezit sladké a chodil na procházky, že je to otázka času a nic nejde hned. Zdravá strava je důležitá i pro syny a vnuka. Změna jídelníčku může prospět všem, synové jej mohou podpořit v jeho snažení, nemusí na to být sám. Klient může eventuálně využít i podpory v docházkové skupině, zatím o tom na skupině nemluvil. Řešili jsme náplň času, když je sám – počítač, kniha, tvorba básní. Klient odcházel s větší motivací vytrvat ve snaze, plánuje využití podpory docházkové skupiny.

21.1.2008

Váha 89 kg, klient má radost, že má úspěch. Mluvil o své nadváze na skupině, zjistil, že někteří mají stejný problém, na němž se podílí užívání psychofarmak. Hodně mu pomohli synové, když měl krizi, zavolal jim. Tři dny v týdnu jedl dle jídelníčku i večer, hlad necítil, jen chuť. Mluvili jsme o tom, že je dobré jednou týdně si dopřát něco sladkého. Znovu upozorňoval, že kávu se nevzdá. Odvětila jsem, že rozumím, že je

káva pro něj důležitá a že respektuji jeho rozhodnutí, ale, že pro jeho zdravotní stav by bylo vhodnější omezit kávu na dvakrát denně. Na toto sdělení klient nijak nereagoval. Obměnili jsme jídelníček na další týden. Na závěr setkání jsem verbálně znovu klienta ocenila za jeho snahu a výsledek.

28.1.2008

Váha klienta 88 kg. Klient je spokojený s výsledkem. Je rád, že plán funguje, má tudíž větší motivaci pokračovat. Důležitá je pro něj podpora a obměna jídelníčku, na které již spolupracuje se syny.

6.3.1.4 Vyhodnocení 7.1. - 28.1.2008

CK - efekt úplný

CD - efekt úplný

Během setkání klient aktivně spolupracoval. Byl motivován zlepšením zdravotního stavu. Po zhubnutí 2 kg se cítil lépe, což pro klienta bylo důležité. Důležitá byla pro něj nejen má podpora, ale také podpora synů a spoluklientů z docházkové skupiny. V dodržování zdravého stravování bude nadále pokračovat ve spolupráci s ošetřujícím personálem.

6.3.2 Oš.dg.č.2: 7.1.2008

6.3.2.1 Oš.dg.č.2: Spánek porušený z důvodu nepravidelného režimu spánku, projevující se stížnostmi na obtížné usínáním, únavou.

CD- pacient nebude mít problém s usínáním do 2 týdnů

CK- pacient verbalizuje zlepšení spánku a odpočinku do týdne

VK- pacient zná možnosti, jak předcházet problémům s usínáním do 5 hodin

pacient má zájem o nácvik relaxační techniky do 4 hodin

pacient zná příčiny poruch spánku do 2 hodin

6.3.2.2 Intervence

- zeptej se pacienta na jeho představu o délce spánku ihned, primární sestra

- promluv s pacientem co konkrétně způsobuje problémy s usínáním do 30 minut, primární sestra
- promluv o rituálech před spaním, na které je zvyklý a doporuč nové do 1 hodiny, primární sestra
- informuj o důležitosti úpravy životosprávy do 1 hodin, primární sestra
- informuj o důležitosti pravidelného spánku vzhledem k základnímu onemocnění ihned, primární sestra
- informuj klienta o možnosti edukace relaxace do 1 hodiny, primární sestra
- nácvik relaxace jednou týdně (dle potřeb klienta), primární sestra
- podporuj verbálně vždy v dodržování pravidelného spánkového režimu, ošetřující sestra

6.3.2.3 Realizace: 7.1.2008 - 21.1.2008

7.1.2008

Pacient je odpočatý, když spí 7 hodin denně, když spí méně, tak dospává přes den.

Když nemůže usnout, obvykle surfuje na počítači, a to často až do rána, zapomene na čas. To se stává 2x-3x týdně.

Edukovala jsem pacienta o důležitosti pravidelného spánku vzhledem k základnímu onemocnění. Nepravidelný spánkový režim může být prvním příznakem zhoršující ho se psychického stavu. V rozhovoru s pacientem jsem zdůraznila důležitost nepolehávat přes den, protože odpolední spánek narušuje spánek noční. Důležité je více pohybu přes den a pravidelnost v čase ukládání se k spánku. Také jsme mluvili o malé úpravě ve stravě - nejíst těžká jídla před spaním. Pacient hodně pije kávu a to i před spaním. Domluvili jsme se na tom, že posune pití kávy před spaním o 30 minut každý den - cíl nejdéle pít kávu v 18.00. Nácvik změny pití kávy pacient respektoval. Jelikož je internet pro pacienta velmi důležitý, tak jsme společně s pacientem jsme napsali rozvrh surfování - v odpoledních hodinách, večer nejpozději do 21 hodin. Rituály před spaním nemá pacient žádné, navrhovala jsem sledování televize, poslech rozhlasu či hudby, před uložením se k spánku důkladné vyvětrání místnosti a krátká relaxace. Relaxaci pacient uvítal, ale až na dalším setkání. Vzhledem k velkému příjmu informací byl již unaven. Do dalšího setkání bude zkoušet realizovat změnu režimu spánku.

14.1.2008

Během minulého týdne opět 2x ponocoval. Poté se dospával dopoledne, odpoledne už ne. Je to pro něj lepší, není tak unavený, dopoledním spánkem načerpal více energie. V pravidelném režimu mu pomohla i změna ve struktuře jídelníčku (1.oš.dg). Struktura jídelníčku mu pomáhá v dodržování denního režimu. Počet káv nesnížil, ale již nepije kávu po 20.00 hodině. Dále jsme se věnovali relaxaci. V minulosti měl klient s relaxací pozitivní zkušenost. Seznámila jsem klienta s Jacobsonovou progresivní relaxací. S touto relaxací se setkal před lety ve stacionáři. Klient byl motivován k nácviku. Před relaxací jsme si prošli společně všechny formulky relaxace. Při relaxaci klient spolupracoval, po relaxaci byl uvolněný, příjemně se procvičil, ale měl obavy, že relaxaci nezvládne hned sám. Informovala jsem klienta, že jsem mu domluvila nácvik relaxace jednou týdně s ošetřující sestrou. Po dobu nácviku je důležité relaxovat doma a eventuální problémy spojené s relaxací konzultovat se sestrou. Klientovi jsem dala leták s relaxací, aby mohl pokračovat v nácviku relaxace doma.

21.1.2008

Klient se cítí lépe, není tak unavený. Znovu si uvědomil, jak je důležité dodržovat denní režim. Přesto stále 1x-2x týdně ponocuje. Ale ponocování omezil, netrvá až do ranních hodin. Nejdéle chodí spát po půlnoci. Relaxoval se sestrou, sám to taky zkoušel, ale ještě si to nepamatuje. Lépe se mu relaxuje pod vedením.

6.3.2.4 Vyhodnocení: 7.1.-21.1.2008

CD: efekt částečný - přetrvávající problémy s usínáním v menší intenzitě

CK: efekt úplný

Klient spolupracoval, byl motivován ke změně návyků z důvodu předešlých negativních zkušeností, kdy byl opakovaně hospitalizován. Příčinou relapsů bylo zhoršení psychického stavu z důvodu nedodržování spánkového režimu. Klient nadále potřebuje podporu v dodržování pravidelného režimu. Nácvik relaxace probíhal bez obtíží. S nácvikem relaxací bude klient pokračovat nadále s ošetřující sestrou

6.3.3 Oš.dg.č.3: 21.1.2008

6.3.3.1 Oš.dg.č.3: Role, porušené zvládnání z důvodu nepřijetí změny postavení role otce vůči již dospělým synům, projevující se konflikty v rodině.

CD- pacient přijme dospělost synů do 3 měsíců

CK- pacient si promluví se syny o rodinné situaci do 3 týdnů

VK- pacient má dostatek informací ohledně požadavků, které na něj změna aspektu role bude klást do 14 dnů

pacient vyjadřuje emoce dle svých potřeb ohledně tématu do týdne

6.3.3.2 Intervence

- informuj se jak pacient vnímá současnou rodinnou situaci do 30 minut, primární sestra
- vždy podporuj klienta ve vyjadřování emocí dle potřeb klienta, oš.personál
- nabídní realistické posouzení rodinné situace v rozhovoru s pacientem, primární sestra
- edukuj klienta ohledně požadavků změny role otce vůči dospělým synům do 14 dnů, ošetřující sestra
- informuj o možnosti rodinné terapie, individuální terapie do 1 hodiny, primární sestra
- doporuč klientovi, aby o daném problému hovořil na docházkové skupině, primární sestra
- při každém kontaktu zachovej pozitivní přístup, ošetřující personál
- informuj ošetřující personál lékaře, primární sestru, lékaře z docházkové skupiny do 24 hodin

6.3.3.3 Realizace: 21.1.2008 - 28.1.2008

Při čtvrtém setkání po realizaci předchozích ošetřovatelských diagnóz pacient získal větší důvěru, více hovoří o situaci v rodině. Trápí jej konflikty se syny, nechtějí ho respektovat, je to dlouhodobý problém, který vyplývá z dřívější výměny rolí otec-syn, resp. rodič-dítě. Když byl v minulých letech hospitalizován, synové jej podporovali, starali se o něj a chodili navštěvovat do nemocnice. Dnes nechtějí přijmout jeho otcovskou autoritu. Podpořila jsem jej v dané situaci. Musí to být těžká situace pro něj i pro syny. Nabídla jsem mu, aby nahlédl situaci z pohledu synů, kteří jsou již dospělí. V dospělosti se mění vztah rodičů a dětí na vztah dospělí a dospělí. Změna rolí může být náročná pro obě strany. Pacient reagoval souhlasem, ale i tak je nadále přesvědčen, že by jej synové měli respektovat. Doporučila jsem klientovi, aby o daném problému hovořil na skupině nebo v individuální terapii.

28.1.2008

Klient se již k danému problému vracet nechce. Není to tak závažný problém. Znovu jsem mu připomněla možnost využití psychoterapie. Informovala jsem ošetřující personál.

6.3.3.4 Vyhodnocení: 21.1.-28.1.2008

CD: efekt žádný

CK: efekt žádný

Klient přijal informace ohledně psychoterapie. Ale odmítl dále spolupracovat v řešení problému. Vzhledem k citlivosti tématu jsem jej respektovala.

7 Edukace pacienta: 14.1.2008

7.1 Edukační list

Edukace klienta s onemocněním schizoafektivní poruchou. Pacient si stěžuje na obtížné usínání. Edukace je zaměřena na průběžné vzdělávání. Edukační potřeba v oblasti - stres, porucha spánku. Nejsou přítomné žádné komunikační bariéry. Forma edukace - letáček, verbálně, nácvik.

7.2 Edukační záznam- realizace

Edukační potřeba v oblasti: stres, porucha spánku - usínání

Téma edukace: uvolnění psychické a fyzické pomocí relaxace při poruše usínání

Forma edukace: letáček, verbálně, nácvik

Reakci na edukaci: verbální pochopení, doplňující otázky

Doporučení: sledovat efekt relaxace jednou týdně

Příjemce edukace: klient

Edukátor: sestra Klenerová

7.3 Edukační plán

7.3.1 Cíl edukačního plánu

Cílem edukačního plánu je naučit pacienta relaxační techniku, aby mohl svépomocí zvládat potíže s usínáním.

7.3.2 Význam

Relaxační techniky mají široké spektrum využití. Například se využívají při astmatu, infarktu myokardu, ekzémech, cukrovce, u nemocech trávicího systému, depresích,

syndromu vyhoření apod. Při relaxaci se snižuje svalové napětí, svaly se prokrvují, snižuje se dechová a tepová frekvence, krevní tlak, zpomaluje se metabolismus. Při Jacobsonově relaxaci dochází k uvolnění svalů. Uvolnění svalů se přenáší i na duševní úroveň.

7.3.3 Technika

S Jacobsonovou relaxační technikou se klient již seznámil před lety v denním stacionáři. S relaxací měl dobrou zkušenost byl motivován k opětovnému osvojení techniky. Nabídla jsem klientovi leták s konkrétními pokyny relaxace, společně jsme relaxaci prošli ústně, zodpověděla jsem všechny otázky pacienta. Po domluvě s pacientem jsme relaxovali 1x týdně, každé pondělí odpoledne. Doporučila jsem klientovi zkoušet relaxovat doma alespoň jednou týdně. Hodně se soustředil, aby nezapomněl na všechny části těla a tak se méně uvolnil. Více se uvolní pod vedenou relaxací. Vysvětlila jsem pacientovi, že když vynechá nějakou část těla nezpůsobí si tím žádný zdravotní problém, může sval, který zapomněl napnout a uvolnit samostatně. Po každé relaxaci jsme hovořili o jejím průběhu (prožitku relaxace).

7.3.4 Kontrolní otázky pro sestru

Pro jaké klienty není vhodná relaxace?

Relaxace není vhodná pro klienty- v akutní fázi psychiatrického onemocnění - v těžké životní situaci- při dlouhodobějším nedostatku spánku - ve stavu vyčerpanosti - při užívání drog, pacienti s epilepsií.

Jaký je význam relaxace?

Relaxace podporuje zdraví člověka psychické i fyzické.

Jak vybereme správnou relaxaci pro klienta?

Dle aktuálního zdravotního stavu pacienta

Co je důležité pro účinnost relaxace?

Spolupráce klienta a pravidelnost v provádění relaxace.

7.3.5 Postup při zaškolování pacienta, klienta

Vysvětlit význam relaxace.

Naplánovat s pacientem čas relaxace tak, aby mu vyhovoval.

Zajistit příjemné a klidné prostředí.

Projít s pacientem veškeré formulky obsažené v relaxaci, zodpovědět doplňující otázky pacienta.

Před relaxací zjistit aktuální zdravotní stav pacienta.

Při nácviku reflektovat aktuální potřeby pacienta.

Po relaxaci hovořit o prožitcích pacienta během relaxace.

Po zvládnutí relaxace vést pacienta k samostatnému nácviku.

7.3.6 Kontrolní otázky pro pacienta

Proč je pro Vás důležité relaxovat?

Relaxace mi uvolňuje svaly a uklidňuje mne.

Co děláte v případě silných nepříjemných pocitů při relaxaci?

Přestanu relaxovat, změním polohu popřípadě otevřu oči.

Jak často relaxujete?

relaxuji 1 - 2x týdně. V relaxaci, aby to fungovalo je důležitá pravidelnost. Plánuji relaxovat v budoucnu 1x týdně.

7.3.7 Zhodnocení edukace

Efekt úplný. Pacient se naučil relaxovat i pracovat s relaxací. Uvědomil si důležitost v pravidelnosti relaxování. byl motivován s relaxací pokračovat nadále, zatím pod vedením ošetřující sestry.

8. Prognóza pacienta XY

Prognóza pacientů se schizoafektivní poruchou je velice individuální. Obecně však platí, že onemocnění má vzhledem k chronickému charakteru sklon k recidivám, a pacienti se schizoafektivním onemocněním bývají hospitalizováni opakovaně. Totéž platí i pro pacienta XY, který již absolvoval několik hospitalizací, a jehož onemocnění se již dá považovat za chronické. Existuje tudíž vysoké riziko další hospitalizace v budoucnosti. Pro prognózu dalšího průběhu onemocnění u pacienta XY bude hrát rozhodující úlohu případný úspěch či neúspěch náročného procesu resocializace, striktní dodržování pravidelného denního a nočního režimu, jakož i kvalita a intenzita spolupráce s rodinou. V současnosti představuje pro daného pacienta riziko především sociální stažení pacienta a vleklé problémy se spánkem, které, budou-li přetrvávat, mohou vést ke zhoršení celkového zdravotního stavu, včetně základního psychiatrického onemocnění.

9. Závěr

*"Úkolem společnosti je pomáhat nemocným v boji,
který vedou, o zachování své osobnosti a kvality života"*

prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc.

Pro 21. století v psychiatrii je příznačné sblížení biologického a psychoterapeutického pojetí duševních poruch. To umožňuje komplexní péči o pacienta.

Realizovala jsem ošetrovatelský proces u pacienta se schizoafektivní poruchou v ambulantní péči. U pacienta jsem zjistila problémy s usínáním a nadměrným příjmem potravy. U těchto problémů se cíl ošetrovatelské péče zdařilo splnit. Dále jsem u pacienta diagnostikovala obtíže ve vztahu ke svým synům, konkrétně s přijetím dospělosti synů. Na řešení tohoto problému odmítl pacient spolupracovat. Během ošetrovatelského procesu jsem úzce spolupracovala se zdravotnickým personálem kliniky. Primární sestra bude dlouhodobě pokračovat v ošetrovatelském plánu pacienta. Ošetrovatelský proces jsem realizovala podle modelu Marjory Gordonové, který mi vyhovoval z hlediska holistického přístupu k pacientovi.

Tato bakalářská práce může přispět ke vzdělání zdravotníků nejen v psychiatrickém odvětví. Zdůrazňuje, jak je důležitá v dané problematice vzájemná spolupráce lékaře, sester a dalších zdravotních a sociálních pracovníků. Jedině vzájemná spolupráce a komunikace může zajistit skutečně komplexní péči o pacienta. Kromě nezbytnosti komplexní péče ze strany ošetřujícího personálu lůžkového i ambulantního zařízení poukazuje tato bakalářská práce na nezastupitelnou úlohu edukace pacienta a jeho rodiny zaměřené zejména na dodržování pravidelného denního a nočního režimu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

CAMPBELLOVÁ, J.: *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. 1. vydání. Praha: Portál 1998. ISBN 80-7178204-1.

DOENGES, M., MOORHOUSE, M.: *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8.

HARTL, P.: *Psychologické slovník*. 3. vydání. Praha: Jiří Budka 1996. ISBN 80-90 15 49-0-5.

HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J.: *Psychiatrie*. 2. vydání. Praha: TIGIS, spol. s r.o., 2004. ISBN 80-900130-7-4.

KRATOCHVÍL, S.: *Skupinová psychoterapie v praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, 1995. ISBN 80-85824-20-5.

MARKOVÁ, E., VENGNÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M.: *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing 2006. ISBN 80-247-1151-6.

REVUE PSYCHOANALYTICKÁ PSYCHOTERAPIE, Časopis České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii. Číslo 1, IV. ročník. Praha: Česká společnost pro psychoanalytickou psychoterapii, Břehová 3, 2002. ISSN 1212-7280.

SMOLÍK, P.: *Duševní a behaviorální poruchy*. Str. 195. 1. vydání. Praha: Maxsdorf, 2001. ISBN 80-85 912-18.

Světová zdravotnická organizace: *LEMON I, Learning Material On Nursing, Učební texty pro sestry a porodní asistentky*. 1. vydání, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. ISBN 80-7013-234-5.

TRACHTOVÁ, E., a kolektiv: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. ISBN 80-7013-324-4.

ZVOLSKÝ, P., a kolektiv: *Obecná psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-7184-494-2.

ZVOLSKÝ, P., a kolektiv: *Speciální psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-7184-203-6.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1: Jacobsonova relaxace

Příloha č.2: Poezie klienta XY

SEZNAM ZKRATEK

AA: Alergická Anamnéza

BMI: Body Mass Index (index tělesné hmotnosti)

CD: Cíl Dlouhodobý

CK: Cíl Krátkodobý

D: Dechová frekvence (za 1 minutu)

DSM-IV: Diagnostický a Statistický Manuál mentálních poruch- IV.revize.

FA: Farmakologická Anamnéza

Kg: Kilogram

MKN-10: Mezinárodní Klasifikace Nemocí- 10.revize

OA: Osobní Anamnéza

P: Pulzová frekvence (za 1 minutu)

PID: Plný Invalidní Důchod

PSA: PSychiatrická Anamnéza

RA: Rodinná Anamnéza

SA: Sociální Anamnéza

SSRI: Selective Serotonine Re-uptake Inhibitors (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu)

Stp.: Stav po (výkonu, zákroku, nemoci, operaci atp.)

TT: Tělesná Teplota

VK: Výsledná Kritéria

SLOVNÍK TERMÍNŮ

Afekt: silný, bouřlivě, ale krátce probíhající citový stav

Afektivita: soubor emočních procesů duševních života

Ambivalence: současný výskyt protichůdných tendencí v psychických procesech

Ataka: náhlý náběh nemoci či symptomu (příznaku)

Blud: chorobné, mylné, nevývratné přesvědčení neodpovídající skutečnosti

Ergoterapie: léčba prací

Diagnóza: určení choroby nebo jejích následků

Habitus: stav, celkový vzhled těla, soubor vnějších vlastností a chování

Halucinace: klamný vjem, vzniklý chorobně bez předchozího podnětu

Hospitalizace: umístění pacienta v nemocnici

Iluze: mylné vnímání, vjem neodpovídá podnětu, od halucinace se liší tím, že je vyvolána skutečným podnětem

Intelekt: soubor rozumových schopností člověka

Interpretace: důležitý proces vytváření závěrů ze získaných výzkumných či diagnostických údajů

Intervence: postup nebo technika směřující k přerušení, zamezení nebo úpravě probíhajícího procesu, v psychiatrii s cílem přerušit probíhající špatně přizpůsobené vzorce chování.

Konkordance: shoda určitých sledovaných znaků

Myšlení: proces vědomého odrazu skutečnosti, poznávací proces mezi subjektem a objektem, proces analýzy, syntézy a odvozených myšlenkových operací

Neuróza: funkční nervové onemocnění bez organického nálezu, tj. bez organického poškození centrální nervové soustavy

Osobnost: celek duševního života člověka, stálý typ, charakter, role člověka

Psychoterapie: léčení duševních chorob a hraničních stavů psychologickými prostředky, tj. slovem, gestem, mimikou, mlčením, případně úpravou prostředí

Psychóza: označení těžkých duševních chorob, při nichž je zpravidla ztracen kontakt jedince s realitou, chybí vědomí nemoci, vnímání a prožívání je těžce deformováno

Psychopatologie: nauka zabývající se příznaky duševních chorob

Předsudek: emočně nabitý, kriticky nezhodnocený úsudek a z něj plynoucí postoj

Reakce: změna chování jako odpověď, odezva organismu na vnější nebo vnitřní podnět

Recidiva: stav opětovného výskytu onemocnění (z latinského *recidivus*= opakující se)

Reflex: reakce organismu na vnější nebo vnitřní podnět

Regrese: návrat na předchozí etapu vývoje, např. lezení po čtyřech

Relaps: návrat příznaků nemoci, která byla v klidu (v remisi)

Remise: vymizení příznaků onemocnění po léčbě

Revers: písemné prohlášení souhlasu nebo nesouhlasu pacienta s léčbou, zákrokem

Relaxace: uvolnění svalového a duševního napětí, nutné zvláště tam, kde k napětí dochází v důsledku psychického onemocnění

Resocializace: opětná socializace u člověka propuštěného z dlouhodobé ústavní péče

Role: předpokládaný způsob chování jedince v určité sociální situaci

Schizofrenie: termín E. Bleulera pro rozštěpení osobnosti, pojem používaný pro celou skupinu psychóz

Supervize: pomoc a dozor nad prací začínajících psychoterapeutů nejméně 1 rok po skončení výcviku, většinou však více let

Symptom: příznak (choroby)

Syndrom: skupin příznaků (symptomů) vyskytující se současně

Příloha č. 1

Jacobsonova relaxace

- cvičit nejlépe v leže
- délka: začátečník 15- 20 minut
- postupné uvědomování si jednotlivých svalových skupin
- 5- 7 vteřin napětí svalů, 20- 30 vteřin uvolnění svalů
- napětí s nádechem nebo i s krátkou zádrží dechu
- s výdechem uvolníme
- vnímáme rozdíl mezi napětím a uvolněním svalů
- s nádechem zatnete lehce pravou ruku v pěst (5- 7 vteřin) a s výdechem uvolníme (20- 30 vteřin)
- mírně nadzvihnete pravé předloktí a pomalu uvolníme
- zatnete lehce levou ruku v pěst a uvolníme
- mírně nadzvihnete levé předloktí a uvolníme
- soustředíme se na obočí, zdvihnete obočí a uvolníme
- víčka silou zavřete a uvolníme
- aktivujete svaly kolem nosu a uvolníme
- stisknete pevně rty a uvolníme
- ústa co nejvíce otevřete a uvolníme
- mírně napněte svaly krku a uvolníme
- napněte svaly hrudníku s uvolníme
- napněte svaly břicha a uvolníme
- napněte svaly hýždí a uvolníme
- napněte svaly pravého stehna a uvolníme
- špičku pravé nohy přitáhněte směrem k hlavě a uvolníme
- špičku pravé nohy propneme a uvolníme
- napněte svaly levého stehna a uvolníme
- špičku levé nohy přitáhněte směrem k hlavě a uvolníme
- špičku levé nohy propněte a uvolníme
- v duchu si krátce projděte všechny svalové skupiny, ubezpečte se, že jsou uvolněné
- zůstaňte asi minutu v příjemné celkové relaxaci
- relaxace končí, navracejte pohyb svalům tak jak je vám to příjemné

Příloha č. 2

NA POKRAJI BEZ ŽIVOTA

Vrátil jsem se,
momentálně jsem nevěděl
odkud,
jenom jsem to tušil,
trochu mne mrazilo,
i když předpověď počasí
se klonila spíše k létu.
Vrátil jsem se,
momentálně jsem nevěděl
odkud, ale přesně
jsem věděl kam.
Doma jsem našel
dva syny, své naděje,
a dva jejich stíny.
Stíny v ženských šatech
poletovaly po bytě
a hlavně po kuchyni.
Nabízely se,
že mi uvaří kafe,
když jim řeknu,
kde jsem tak dlouho byl,
co jsem je opustil
a že si protentokrát
můžu doma ke kafi
i zapálit
a já jsem jim na oplátku
vyprávěl o černých vránách
z bohnické léčebny
a nabízel jim velké prášky,
už ani nevím, kde se vzaly.

Jeden stín v ženských šatech,
tak podobný tomu
z nemocnice na pokraji
bez života
mne doprovázel po všech
táborských cukrárnách,
kde prodávali pocuchané
nervy.

Nacpali jsme se
a hodně napili,
až se do žaludku
nevešlo ani trochu lítosti,
ani trochu naděje.

Vzpomněl jsem si
na to po letech,
kdy jsem malému
vnukovi říkal,
že bude mít v žaludku
velikánský rybník
a samé žáby,
když bude jenom pít
a žádné dobroty
se mu tam už nevejdou.

Ale vešly se,
u malých dětí je to jinak,
jinak je to s lítostí,
jinak je to s nadějí,
jinak je to s dobrotami,
jinak je to s životem
a s bez životem je to
možná těžší,
než si myslíme.

Co se však týče žab,
s tím nemají žádné

problémy.

Jeden stín, svoji ženu,
jsem naposledy políbil
na ÁRU v tábořské
nemocnici.

Dělala, jako že spí.

Ve skutečnosti však
objímala svůj dosavadní
život, neskutečně láskyplný.

Vypadala, jako když
pospíchá, aby to stačila.

Běžel jsem jí naproti.

Možná, že jsem

ji zbytečně rušil.

NEKONEČNO A MŘÍŽE

jakoby mi v poslední době
narůstala křídla,
jakoby mé verše
kamsi vysoko odnášel
okřídlený pegas.

Vrány na ústavním trávníku
však každý den vykřikují,
zda v mých verších
nechybí více skromnosti,
zda v nich není příliš patosu,
více patosu než lásky?

Co je mi však do černých vran,
příliš často mi
připomínají Bohnice.

V poslední době mám pocit,
že mi narůstají křídla

a občas létám.
Někteří o mně
závistivě říkali:
"Hle, jak se vznáší."
A druzí oponovali:
"On si myslí, že létá."
Ptal jsem se sám sebe
a prvního pacienta,
kterého jsem potkal,
jaká je pravda?
Zda má smysl
se takto ptát,
když už se vznáším?
Když cílem mým
je nekonečno
a navzdory krákání vran
nekonečně dlouhé
hledání lásky?
Do nekonečně tmavého
večera se skrze mříže
táhl cigaretový kouř...
Bylo to tak dávno,
nekonečně dávno.
Teprve až nyní
mi narůstají křídla.
Teprve až dnes
ty mříže cítím v sobě.