

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S
PRAHA

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA SE SCHIZOFRENIÍ
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

PAVLA KONEČNÁ

2008

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA SE SCHIZOFRENIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

PAVLA KONEČNÁ

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

Mgr. Milan Demjanenko

Stupeň kvalifikace: Bakalář
Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2008-03-3
Datum obhajoby:

Praha 2008

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

Souhlasím, aby práce byla uložena v knihovně Vysoké školy zdravotnické, o.p.s. v Praze a zpřístupněna ke studijním účelům.

ABSTRAKT

KONEČNÁ, Pavla: Ošetrovatelská péče o pacienta se schizofrenií. (Bakalářská práce)

Pavla Konečná – Vysoká škola zdravotnická o.p.s. v Praze

Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář, všeobecná sestra

Školitel: Mgr. Milan Demjanenko

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta se schizofrenií. Teoretická část zahrnuje vývoj onemocnění, jeho charakteristiku a formy, dále také diagnostiku a léčbu. Důležitými složkami při péči o pacienta se schizofrenií je ošetrovatelská část, edukace, psychická podpora od ošetřujícího personálu a rodiny a dostatek času. U schizofrenie je cílem dosáhnout kompenzace stavu, zabránit atakám a relapsům a dosáhnout životní úrovně v nejvyšší možné míře.

ABSTRACT

KONEČNÁ, Pavla: Nursing care of a schizophrenic patient. (Bachelor work)

Health University in Prague, not-for-profit organisation

Degree of professional qualification: bachelor, general nursing sister

Director of studies: Mgr. Milan Demjanenko

The main theme of the bachelor work is the nursing process in the case of a schizophrenic patient. The theoretic part includes the evolution of the disease, its characteristics and forms, than also its diagnostics and treatment. The important components of the care of a schizophrenic patient are nursing segment, edification, mental support of nursing staff and family and sufficiency of time. In the case of schizophrenia the aim is to achieve a compensated state, to prevent from bouts and relapses and to achieve the maximum standard of life.

PŘEDMLUVA

Schizofrenie je jedním z onemocnění, u kterého nemůžeme s určitostí říci, jak vzniká nebo co ho způsobuje. Je předmětem neustálého zkoumání a s tím spojených diskuzí a četných spekulací. Existuje množství publikací zabývajících se tímto onemocněním, ale vzhledem k rychlému pokroku vědy a objevování nových skutečností, se tyto publikace a informace v nich stávají rychleji zastaralé než publikace zabývající se jinými onemocněními.

Téma této práce jsem si zvolila ve snaze stručněji shrnout poznatky o schizofrenii z poslední doby. Také považuji za důležité věnovat náležitou pozornost při vytváření ošetrovatelského procesu o pacienty se schizofrenií, kde bychom se měli zabývat psychickou i fyzickou stránkou.

Výběr tématu práce byl ovlivněn mým studiem oboru ošetrovatelství a absolvováním klinických cvičení na Psychiatrické klinice v Praze. Informace jsem čerpala hlavně z knižních zdrojů, ale i z časopiseckých a konzultacemi se samotnými psychiatry..

Práci jsem pojala tak, aby z ní v případě potřeb mohli čerpat studenti zdravotnických oborů, ale stejně tak v ní mohou najít zajímavé informace i lidé, kteří se zdravotnickým oborům nevěnují, ale o dané onemocnění se zajímají nebo se jich nějakým způsobem týká.

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucímu práce Mgr. Milanu Demjanenkovi a vrchní sestře Psychiatrické kliniky VFN Zuzaně Fišarové za podporu, podnětné rady a ochotu, se kterou mi pomohli tuto práci vytvořit.

| | |
|---|-----------|
| ABSTRAKT | 10 |
| ABSTRACT | 11 |
| PŘEDMLUVA | 12 |
| 2 KLINICKÁ CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ | 17 |
| 2.1 HISTORIE | 17 |
| 2.1.1 <i>Definice a význam pojmu</i> | 18 |
| 2.2 DIAGNOSTIKA..... | 20 |
| 2.2.1 <i>Klinická diagnostika</i> | 20 |
| 2.2.2 <i>Diagnostická vodítka (MKN – 10) pro schizofrenii</i> | 22 |
| 2.3 PRŮBĚH | 24 |
| 2.3.1 <i>Stádia průběhu</i> | 24 |
| 2.4 FORMY ONEMOCNĚNÍ | 26 |
| 2.4.1 <i>Paranoidní forma schizofrenie</i> | 26 |
| 2.4.2 <i>Hebefrenní forma schizofrenie</i> | 26 |
| 2.4.3 <i>Katatonní forma schizofrenie</i> | 27 |
| 2.4.4 <i>Simplexní forma schizofrenie</i> | 27 |
| 2.4.5 <i>Nediferencovaná forma schizofrenie</i> | 28 |
| 2.4.6 <i>Reziduální schizofrenie</i> | 28 |
| 2.4.7 <i>Pozitivní a negativní formy schizofrenie</i> | 28 |
| 2.4.8 <i>Deficitní schizofrenie</i> | 28 |
| 2.5 EPIDEMIOLOGIE | 29 |
| 2.6 ETIOLOGIE A PATOGENEZE | 30 |
| 2.6.1 <i>Genetické nálezy</i> | 30 |
| 2.6.2 <i>Morfologické nálezy</i> | 31 |
| 2.6.3 <i>Biochemické nálezy</i> | 31 |
| 2.7 LÉČBA | 32 |
| 2.7.1 <i>Farmakoterapie</i> | 33 |
| 2.7.2 <i>Elektrokonvulzní terapie</i> | 35 |
| 2.7.3 <i>Psychoterapie a sociální terapie</i> | 35 |
| 2.8 PROGNOZA | 36 |
| 2.9 STIGMATIZACE DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH | 37 |
| 3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA SE SCHIZOFRENIÍ | 39 |
| 3.1 PŘÍJEM NA ODDĚLENÍ, OŠETŘOVÁNÍ NEMOCNÝCH | 39 |
| 3.1.1 <i>Přijetí agitovaného nemocného na oddělení</i> | 39 |
| 3.1.2 <i>Sledování nemocných</i> | 39 |
| 3.2 MOŽNÉ OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY | 40 |
| 4 POSOUZENÍ STAVU NEMOCNÉHO | 41 |
| 4.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE | 41 |
| 4.2 VÝTAH Z DOKUMENTACE | 41 |
| 4.2.1 <i>Lékařská anamnéza</i> | 42 |
| 4.2.2 <i>Objektivní nález</i> | 44 |
| 4.2.3 <i>Závěr při příjmu</i> | 44 |
| 4.3 TERAPIE | 44 |
| 4.3.1 <i>Konzervativní léčba</i> | 44 |
| 4.3.1.1 <i>Farmakoterapie</i> | 44 |
| 4.3.1.2 <i>Dietoterapie</i> | 45 |
| 4.3.1.3 <i>Pohybový režim</i> | 45 |
| 4.3.2 <i>Fyzikální vyšetření sestrou</i> | 45 |
| 4.4.1 <i>Vnímání zdraví</i> | 47 |
| 4.4.2 <i>Výživa, metabolismus</i> | 47 |
| 4.4.3 <i>Vylučování</i> | 48 |
| 4.4.4 <i>Aktivita, cvičení</i> | 48 |
| 4.4.5 <i>Spánek, odpočinek</i> | 48 |
| 4.4.7 <i>Sebepojetí</i> | 49 |

| | |
|---|-----------|
| 4.4.8 Role, mezilidské vztahy | 49 |
| 4.4.9 Sexualita, reprodukční schopnosti | 49 |
| 4.4.10 Stres, zátěžové situace | 49 |
| 4.4.11 Víra, životní hodnoty..... | 49 |
| 5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE..... | 51 |
| 5.1 SEZNAM OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ | 51 |
| 5.2 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE | 52 |
| ZÁVĚR..... | 58 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 59 |

1 ÚVOD

Duševní onemocnění se mezi lidmi objevovalo již od nepaměti. Stejně tak i schizofrenie. V minulosti byla chápána různými způsoby. Lidé neměli k dispozici tak pokročilou vědu, jako máme dnes. Ale i přes moderní způsoby vyšetřování lidského těla a provádění testů na nejmodernějších přístrojích i dnes nejsme schopni s určitostí říci z čeho schizofrenie vzniká, co ji způsobuje nebo ovlivňuje. Je to dáno tím, že toto onemocnění zasahuje nejsložitější orgán lidského těla – mozek. Ne jeho strukturu, ale funkci a ta je pro nás stále ještě z části velkým tajemstvím.

Tato práce se skládá ze dvou částí. Teoretické a praktické. V první kapitole, teoretické části, jsem chtěla připomenout historii onemocnění, nejdůležitější osobnosti zabývající se touto nemocí a jejich názory a jak byla dříve schizofrenie chápána. V další kapitole se zabývám diagnostikou. Je zde důležitá důsledná anamnéza a vyšetření duševního stavu. V současné době však není znám jednoznačný specifický příznak, proto je důležité vzít v úvahu přítomnost nebo nepřítomnost jiných psychopatologických příznaků, pacientovu životní situaci a jeho postoje. Následující části práce jsou věnovány průběhu onemocnění a jeho stádiím. Zde jsem se snažila přiblížit formy onemocnění. Dále jsem věnovala pozornost epidemiologii. Zde poukazuji na frekvenci onemocnění v populaci. U etiologie a patogeneze, jak už bylo řečeno, není zcela jasné z čeho toto onemocnění vzniká. Je zapotřebí mnoha faktorů a patogenetických vlivů. Přiblížila jsem zde genetické, morfologické a biochemické nálezy. Jako při jiných onemocněních je i u schizofrenie velmi důležitá léčba. Je to dlouhodobý proces, ve kterém hraje významnou roli především farmakoterapie, ale také psychoterapie a sociální terapie. Prognóza nebyla dříve velmi příznivá, ale se zdokonalováním farmakologie a péče všeobecně mají nemocní větší šanci na plnohodnotnější život.

V poslední kapitole se věnuji stigmatizaci duševně nemocných. Je to celosvětový problém dnešní společnosti. Dnešní doba je velice uspěchaná, zvyšují se nároky na jedince, ale i na společnost jako takovou, neustále přibývá obrovské množství informací, které ne každý dokáže zpracovat a adekvátně využít. Od nepaměti byli duševně nemocní lidé společností vytlačováni, bylo to v době, kterou považujeme za nmoderní. Dnes máme „moderní“ dobu, ale s postojem k duševně nemocným jsme na tom pořád stejně.

V praktické části jsem vypracovala ošetrovatelský proces u konkrétního pacienta. Je zde obsažena jeho kompletní anamnéza a rozpracovaný plán ošetrovatelské péče. O tohoto pacienta jsem se starala pouze týden, přesto doufám, že se mi podařilo vystihnout jeho stav co nejlépe.

Cílem mé práce bylo přiblížit studentům zdravotnických oborů, ale i laikům alespoň jeden soubor duševního onemocnění – schizofrenii, aby si dokázali uvědomit, jak se k takovým lidem chovat a jak o ně pečovat, abychom mohli říci, že jsme moderní společnost.

2 KLINICKÁ CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

2.1 Historie¹

Pojem schizofrenie se v odborné literatuře objevil již v roce 1911, kdy vyšla monografie „Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien“ švýcarského profesora Eugena Bleulera. Publikace byla součástí mnohodílné „Příručky psychiatrie“ redigované prof. Aschaffenburgem.

Schizofrenie byla původně předčasnou demencí – „Dementia praecox“. Tento pojem pochází z psychiatrické tradice a francouzské a německé učenosti.

Emil Kraepelin v roce 1899 pojmem „předčasná demence“ označil onemocnění charakterizované průběhem vedoucím k „duševní slabosti“. Téměř každé vydání jeho učebnic na přelomu 19. a 20. století vnášelo do psychiatrie nový pohled na uspořádání psychiatrické nozologie a odráželo vývoj názorů založených na hodnocení mnoha chorobopisů.

„Eugen Bleuler použil pojmu „skupina schizofrenií“ pro onemocnění, o kterých se domníval, že lépe než progresivní průběh k osobnostnímu úpadku je charakterizuje nesoulad jednotlivých duševních projevů. Zdůraznil možnost vymezit onemocnění symptomy. Přejít od pojmu předčasná demence ke schizofreniím rozšířil ohraničení této nozologické kategorie, takže zahrnovala větší počet nemocných. Klíč k vymezení pojmu schizofrenie viděl Bleuler v pojmu „rozštěpení“. Rozštěpení psychických funkcí považoval za důležitou vlastnost onemocnění. Schizofrenie znamená sice „rozštěpenou osobnost“, ale rozštěp není chápán jednotně. Pro Bleulera je schizofrenie specificky utvářenou a jinde se nevyskytující „alternací myšlení, citu a vztahů k okolnímu světu“ (C. Höschl, J. Libiger, J. Švestka, 2004, s. 354).

„Gabriel Langfeld rozlišil v roce 1937 pravou schizofrenii (někdy nazývanou jadernou), která byla „endogenním“ onemocněním s projevy derealizace, depersonalizace, autizmu a emoční plochosti od „schizofreniformní“ psychózy. Zatímco jádrová schizofrenie se rozvíjela pomalu, schizofreniformní psychóza byla akutním stavem,“ (C. Höschl, J. Libiger, J. Švestka, 2004, s. 355).

V 60. letech se objevily studie, které upozorňovaly na rozdílné pojetí této diagnózy v USA a ve Velké Británii. Při porovnání závěrů vyšlo najevo, že američtí psychiatři diagnostikují schizofrenii mnohem častěji. Tyto výsledky zesilovaly

¹ C. HÖSCHL, J. LIBIGER, J. ŠVESTKA, Psychiatrie, Praha: Tigris, 2004.

obavy, zda rozšíření diagnózy schizofrenie není doprovázeno výrazným poklesem její spolehlivosti. Nemoc se tak mohla stát nálepkou označující společenský postoj k určitému spektru problému a duševních odchylek spíše, než validní diagnóza onemocnění. Poté probíhaly rozsáhlé mezinárodní studie v devíti zemích organizované Světovou zdravotnickou organizací. Studie například ukázala, že se výrazně odlišovali pacienti s diagnózou schizofrenie ve Washingtonu a v Moskvě. Tyto studie ukázaly, jak velkorysá mezinárodní spolupráce může přinést politicky závažná data pro rozhodování o zdravotní péči pro duševně nemocné.²

S příklonem k přesnému vymezení jasných nozologických kategorií probíhal i proces hledání nových podskupin onemocnění, které by poskytly lepší podklad a spolehlivější odhad průběhu schizofrenie. Také byly popsány typy I a II schizofrenního onemocnění Timothy Crowem. Podobné bylo rozdělení na pozitivní a negativní schizofrenii N. Andreasenové.

Technologický pokrok umožnil jemnější morfologické metody vyšetřování mozku u pacientů. Zobrazovací metody umožnily vhléd do dění mozku in vivo. Změnilo se chápání vztahu mezi genetickou dispozicí a prostředím.

Schizofrenie je veliký diagnostický pojem, který se v medicíně uplatnil po celé století. Ačkoliv se jeho náplň a vymezení opakovaně měnily, prokázal svojí užitečnost. Zůstává otázkou, na kolik se jeho užitečnost projeví do budoucna.

2.1.1 Definice a význam pojmu³

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění. Narušuje schopnost nemocného srozumitelně jednat a chovat se v souladu s okolnostmi. Vztah nemocného ke skutečnosti se mění. Nemocný se odcizuje ostatním lidem. Psychóza vede ke změně osobnosti, která způsobí, že mnohdy nedokáže pokračovat v souladu s dosavadním životem.

Schizofrenie ovlivňuje lidské myšlení, citění a jednání. Zvyšuje mortalitu a snižuje kvalitu lidského života. Působí vleklou neschopností uspokojivě naplnit život a dosáhnout životních cílů.

Pro schizofrenii je charakteristická mnohotvárnost psychopatologie, průběhu i odpovědi na léčbu. Mnohočetné jsou pravděpodobně i etiologické procesy, které k onemocnění vedou.

² RADIMSKÝ, M. a kolektiv autorů: Psychiatrie I. Brno 1997.

³ RABOCH, J.; PAVLOVSKÝ P.: Psychiatrie. Praha. Triton, 2003.

Ze subjektivního hlediska působí schizofrenie hluboké odcizení, napětí a nejistotu, toto vede ke zkreslení nebo přetvoření skutečnosti. Dochází k dezorganizaci a úpadku duševních funkcí, které vyžadují duševní sílu a energii.

Ze zdravotního hlediska se jedná o onemocnění nejsložitějšího orgánu lidského organismu – mozku. Poznání jeho struktury a dějů, které v něm probíhají, je v počátcích. Při onemocnění schizofrenií dochází u každého jedince ke kaskádě jemných odchylek ve strukturách a funkcích centrální nervové soustavy. Procesy, které jsou nemocným společné představují skrytou psychopatologii, kterou někdy obecně popisujeme jako poruchu zpracování informací.

Schizofrenní onemocnění má silný sklon k chronicitě, má vleklý průběh a výrazně mění kvalitu života. Postihuje pracovní schopnost člověka a snižuje jeho společenské uplatnění a to zejména ve společnostech, které zdůrazňují individuální výkon a zodpovědnost. Nemoc přináší velkou míru bezmoci, neschopnosti a nepohody. Tato míra bezmoci je různá, ale v rovině společnosti je ochromující. Jen s velkými obtížemi lze měřit jak velkou zátěž představuje onemocnění schizofrenií pro člověka a společnost. Dají se měřit přímé zdravotní náklady, mortalita, ztráta produktivity, dopad na rodinný život, ale pokaždé získáme trochu jiný obrázek.

Schizofrenie je název starý necelých sto let. Označuje skupinu onemocnění, o kterých se domníváme, že jsou součástí zkušenosti lidstva od nepaměti. Toto onemocnění se vyskytuje asi v 1% populace ve všech částech světa, postihovalo lidi všech historických epoch. Měnili se vnější projevy onemocnění, především obsah bludů a halucinací a způsob, jakým na ně nemocný reaguje.

Schizofrenie je pojem, který pomáhá lékaři ve zkratce zformulovat svůj nález a nemocnému utřídit, co prožívá. Jako všechny diagnózy slouží k předvídání průběhu a léčby onemocnění.

Ačkoliv popis schizofrenie si zachoval značnou kontinuitu, onemocnění nebylo donedávna jasně ohraničeno. Symptomy tohoto onemocnění nejsou specifické. Jsou vnějším projevem narušené duševní funkce nebo její kompenzací. Mohou se vyskytovat jako příznaky u jiných duševních poruch, ale také ve „zdravé“ populaci. Byly zjištěny mezi lidmi, kteří psychiatra nenavštěvují, necítí se nemocní a za nemocné nejsou považováni. Pro schizofrenii je typické uskupení příznaků a vliv, který mají na chování nemocného. Do onemocnění se pravděpodobně promítají ještě další nezávislé veličiny, které popisují například pacientovu odolnost vůči zátěži nebo jeho schopnost podat pracovní výkon. Definování těchto fyziologických

disfunkcí, ze kterých se vlastní klinický obraz skládá může být prvním krokem k tomu, aby byl koncept schizofrenie nahrazen lépe přístupnými diagnostickými jednotkami.

2.2 Diagnostika

2.2.1 Klinická diagnostika ⁴

Diagnostika onemocnění vede ke stanovení hypotézy o tom, jak bude jaké onemocnění probíhat a jak ho lze ovlivnit. Má zásadní vliv na volbu dalšího postupu lékaře, zdravotníků i všech, kteří mohou nemocnému pomoci. Je také důležitou informací pro nemocného.

Klinická diagnostika vychází z důkladné anamnézy a vyšetření duševního stavu. V současné době není znám žádný jednoznačně specifický příznak schizofrenie ani v oblasti psychopatologie, ani v oblasti tělesné a laboratorní diagnostiky. Příznaky mají větší nebo menší váhu pro tuto diagnózu a ta se mění podle jejich kontextu. Kontext znamená v tomto případě přítomnost nebo nepřítomnost jiných psychopatologických příznaků, pacientovu životní situaci a jeho postoje.

Ve chvíli, kdy je o příznacích jasno, je používání dohodnutých pravidel nezbytné pro další diagnostický krok. Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10) ⁵ obsahuje diagnostická vodítka, která stanovují pravidla pro hodnocení přítomnosti či nepřítomnosti psychopatologických i průběhových charakteristik onemocnění.

Příznaky onemocnění jsou v různých fázích onemocnění různé. Současné poznatky svědčí pro vyšší výskyt sociálního stažení, poruch ve vývoji psychomotoriky a neuropsychologického deficitu u dětí s genetickým rizikem schizofrenního onemocnění. Tyto příznaky mohou vést ke zhoršené adaptaci a k projevům problémového chování, ale mohou být jen vystupňováním schizoidních a schizotypálních rysů osobnosti. Mohou být charakterizovány zvýšeným zájmem o tělesné prožívání a úzkostným sledováním tělesných funkcí. Mohou být přítomné rozklady, sklíčenost, nepřiměřená existencionální úzkost. Objeví se například při postupu do vyššího školního stupně nebo při jiné důležité změně životních okolností. Dochází ke změnám chování. Zdůrazní se projevy pubertální krize: planá a nadměrná hloubavost nad smyslem života a velkými otázkami bytí, zájem okultní a nedostupné oblasti intelektuálního života. Je přítomna plachost, přecitlivělost

⁴ C. HŐSCHL, J. LIBIGER, J. ŠVESTKA, Psychiatrie, Praha: Tigris, 2004.

⁵ Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize: Duševní poruchy a poruchy chování. Praha, 2000.

spojena s podrážděností, nespolečenskost a výlučnost ve vztahu k druhým. Mnohdy se objevují bolesti hlavy, nespavost, změněný výklad skutečnosti se sklonem k magickému a symbolickému myšlení. Pochybnosti o své identitě, derealizace a depersonalizace kolísavé hloubky při banální psychologické zátěži a ztráta schopnosti věnovat se dosavadním zájmům.

Ambivalence, nepřiléhavost emocí i myšlenek, při níž se myšlenky postupně stávají nesrozumitelné a podivně významné, a rozvolnění myšlenkového toku jsou již známky vlastní psychózy. Nemocní jsou zaskočení a znejistění přesvědčivým prožitkem neskutečnosti, „inscenovanosti“ dění ve svém okolí a ztrátou schopnosti do tohoto dění zasahovat.

Nyní se objevují příznaky jednotlivých klinických forem onemocnění. U paranoidní formy to jsou bludy a halucinace. U poruchy katatonního typu převažují motorické a obecně na úrovni volního jednání vyjádřené příznaky. Při dezorganizované, hebefrenní formě onemocnění převažuje nadměrná, nepřiléhavě hravá, nesladěná a jakoby náhodně vznikající aktivita a myšlení. Při simplexní podobě schizofrenní ataky je v popředí stažení do sebe s banalizací a otupěním prožívání. Posléze dochází k jakémusi vyčerpání. Do popředí klinického obrazu se dostává emoční oploštělost, motivace nemocného jsou chabé a bez emočního náboje, poklesne schopnost tolerovat zátěž. Některé příznaky z období akutní psychózy mohou přetrvávat: bludné domněnky, stereotypní sluchové halucinace nebo cenestopatie, podivnost a manýrovanost chování. V popředí je většinou pohotovostní tenze v emočně náročnějších situacích. Jsou ovšem i nemocní, kteří se naučí s tímto stavem žít. Pečlivě sledují jeho snesitelnost a snaží se svým chováním, manipulací s léky nebo jinak nastolit kontrolu i nad dlouhodobě změněným stavem.

Snaha rozpoznat riziko onemocnění schizofrenií co nejdříve je dnes pokládána za správnou především proto, že délka neléčené psychózy a doba od prvních prodromálních příznaků do prvního kontaktu s psychiatrií souvisí s prognózou onemocnění. Čím jsou delší, tím horší se stává prognóza. Rostou i rizika spojená s premorbidním nebo prodromálním obdobím, jako je skluz do závislosti na drogách, na sektě nebo nastartování bludného kruhu mezi stigmatem mentální odlišnosti a progresí psychopatologie.

Na diagnózu schizofrenie dříve upozorňovalo také nápadné a nepřiléhavé oblečení, hygienická zanedbanost pacienta a nápadný zjev. Existují studie, které upozorňují na zvýšenou asociaci diagnózy schizofrenie s drobnými tělesnými

anomáliemi. Pacienti se schizofrenií také mají zvýšenou frekvenci mrkání. Vyskytují se u nich některé neurologické nespecifické a netopické příznaky, tzv. „měkké“ příznaky. Žádná z těchto známek však sama o sobě podezření na onemocnění nezakládá. V diagnostice přicházejí některé z nich v úvahu teprve tehdy, když se hledají podpůrné důvody pro potvrzení diagnózy.

Vzhledem k mnohotvárnosti schizofrenní psychopatologie jsou diagnostická vodítka pro psychiatra užitečnou pomůckou.

2.2.2 Diagnostická vodítka (MKN – 10) pro schizofrenii ⁶

Přítomnost alespoň jednoho z následujících příznaků v trvání delším než jeden měsíc:

1. slyšení vlastních myšlenek a intrapsychické halucinace,
2. bludy kontrolovatelnosti a ovlivňování, případně prožitky pasivity a přesvědčení o tom, že je subjekt ovládán psychotickými prožitky,
3. halucinované hlasy, které komentují chování pacienta, případně o něm rozmlouvají,
4. bludná přesvědčení, která se vymykají dané kultuře,

Pokud není přítomen některý z předchozích příznaků, je třeba, aby byly přítomny alespoň dva z příznaků následujících:

5. přetrvávající halucinace,
6. formální poruchy myšlení (inkoherece, zárazy, neologismy),
7. katatonní projevy,
8. negativní příznaky v podobě apatie, alogie (ochuzení řeči, artismus, emoční oploštění až vyhaslost),
9. nápadné změny v chování (ztráta citových vztahů, zájmů, sociální stažení, nečinnost, bezcílnost atd.).

⁶ Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize: Duševní poruchy a poruchy chování. Praha, 2000.

2.2.3 Příznaky schizofrenie⁷

Pozitivní příznaky:

- Porucha vnímání – nemocný vidí, slyší nebo čichem a chutí pociťuje věci, které ve skutečnosti nejsou. Nejčastější jsou sluchové halucinace. Pro některé lidi tyto hlasy nejsou ničím strašným, ale naopak jiní lidé mohou slyšet hlasy, které mluví o negativních věcech a nebo něco přikazují.
- Porucha myšlení – je to silné přesvědčení o něčem, co není pravda (např. nemocný si myslí, že je sledován přes televizi, věří, že je známá osobnost, myslí si, že mu z televize nebo z rádia posílají signály nebo vzkazy).
- Paranoidní myšlenky – extrémní podezíravost (myslí si, že se vůči němu všichni spikli, snaží se mu uškodit nebo ho pronásledují. Je pronásledován mimozemšťany, myslí si, že ho unesli na jinou planetu).

Negativní příznaky:

- Snížená motivace – ztráta zájmu o všechny oblasti života, ztráta energie.
- Sociální izolace – ztráta zájmu o své přátele, většinu času tráví spíše o samotě.
- Nedostatečná koncentrace – nemocný musí vynaložit velké úsilí například k přečtení knihy nebo sledování televizního programu od začátku do konce.
- Ochuzená řeč a nedostatek myšlenek – v polovině věty zapomene, co chtěl říct.

Kognitivní příznaky:

- Problémy s pozorností a pamětí – pozornost se lehce rozptýlí a nemocný nedokáže vnímat hudbu nebo sledovat televizi déle než pár minut. Je pro něj těžké zapamatovat si, co chce nakoupit.

⁷ RABOCH, J.; PAVLOVSKÝ, P.: Psychiatrie. Praha. Triton, 2003

2.3 Průběh

2.3.1 Stádia průběhu ⁸

Průběh onemocnění schizofrenií je proměnlivý obdobně jako jeho symptomatologie. Povaha změn, jejich stálost, hloubka, trvalost a výsledek jsou výslednicí četných vlivů. Vlastní chorobný proces je jen jeden z faktorů, který je ovlivňuje. Dalšími faktory jsou osobnost nemocného, včetně jeho fyziologické výbavy a schopnosti adaptivního chování, také sociální prostředí a intenzita stimulace, kterým je nemocný vystaven. Původní formulace pojmu schizofrenie zahrnovala progresivně se zhoršující průběh jako hlavní rys onemocnění. Studie dlouhodobého průběhu onemocnění dosvědčují, že nemocní mají často tendenci ke zlepšení a stabilizaci, ačkoliv se mohou vyskytnout relapsy i po letech strávených bez psychotické ataky. Některé studie ukázaly, že nejvíce proměnlivé je onemocnění v počátečním období svého průběhu. Dlouhodobý průběh je určován průběhem a léčbou během prvních 5 let. V posledních letech přibývá důkazů, že první epizoda schizofrenní psychózy a doba, která jí předchází, jsou pro další osud nemocného velmi důležité. Délka období, po které pacient má prodromální nebo i psychotické příznaky a není pro ně léčen a odpověď na léčbu spolu souvisí. Dlouhodobá prognóza onemocnění zase závisí na počáteční odpovědi na terapii.

Typicky začíná onemocnění schizofrenií v adolescenci a v časně dospělosti. Vrcholy výskytu jsou u nás mezi 20. a 24. rokem. V celosvětovém průměru (včetně pozdních forem schizofrenie) se věk začátku onemocnění pohybuje mezi 26 a 27 lety. Pohlavní rozdíly v nástupu onemocnění jsou opakovaně zjištěným jevem. Byl vysvětlován jednak včasnější expozicí nárokům dospělosti a plné zodpovědnosti u mužů, jednak ochranným vlivem estrogenů nebo jiného biologického projektivního faktoru u žen. *„Průměrný věk prvních známek duševního onemocnění je 24 let u mužů a 27 let u žen. Průměrný věk prvních psychotických známek je pro muže 26 let a pro ženy 31 let, první příjem do psychiatrického zařízení je u mužů v průměru ve 28 letech a u žen ve 32 letech. Kumulativní riziko onemocnění je pro obě pohlaví stejné, ženy mají druhý vrchol incidence onemocnění okolo 35. roku, u mužské populace chybí“* .

„Průběh onemocnění lze rozdělit do několika stádií. Prodromální stádium nasedá na období premorbidní, které je alespoň u části nemocných jedinců spojené jemnými

⁸ C. HÖSCHL, J. LIBIGER, J. ŠVESTKA, Psychiatrie, Praha: Tigris, 2004.

odchylkami v motorickém a sociálním vývoji. Odlišnost se neobjevuje během prvních pěti let života a má tendenci se prohlubovat. Projevuje se poruchami pozornosti, výkonu v neuropsychologických testech a sociálním stažením. Nemá specifický charakter a může být zcela nenápadná. Přejíždí plynule do prodromálního období. Nespecifické příznaky tohoto období jsou již nápadnější a mohou se stát důvodem ke kontaktu se zdravotnickým prostředím. Jsou charakterizovány příznaky jako je kolísavá úzkost, depresivní ladění, hloubavost, ozvláštňené vnímání a sklon ke vztahovačnosti. Typické jsou především negativní příznaky: ztráta spontaneity, emoční stažení a zploštění, nemluvnost“ (C. Höschl, J. Libiger, J. Švestka, 2004, s. 363).

Nebyly nalezeny žádné vazby mezi specifickými prodromálními obtížemi a povahou následného onemocnění. Prodromální symptomy patří k běžné lidské zkušenosti, a tak se mnozí obávají, že jejich interpretace jako choroby povede ke zbytečné léčbě a stigmatizaci lidí procházející adolescentní krizí.

V psychotické atace se vedle bludů a halucinací uplatní celý rejstřík schizofrenní psychopatologie odpovídající příslušné formě onemocnění. Nemocní překvapivě selhávají na věcech, které dokázali snadno, ale udržují si schopnosti, které od nich nikdo neočekává. Proměnlivá nesourodost stavu během akutních atak onemocnění může poskytnout záchytné body pro získání pacienta ke spolupráci při znovu nabývání roztržštěných schopností.

Po první epizodě dochází u většiny nemocných k relapsům. Po období relapsů a remisí v různých průběhových variantách dochází často ke stabilizaci a někdy i trvalé remisi jen s nepatrnou residuální symptomatologií. Zátěží, která nezávisle na farmakoterapii ovlivňuje průběh a výsledek onemocnění, je tzv. „emoční expresivita“ v pacientově rodině nebo okolí. Zahrnuje vyjadřování emočních, kritických i nekritických postojů k pacientovi.

Závažnější výsledný stav po proběhlém schizofrenním onemocnění se dnes diagnostikuje jako residuální schizofrenie. Zahrnuje opět především negativní příznaky: zanedbávání zevnějšku, sociální stažení, plochou emotivitu, pasivitu a nedostatek iniciativy. Někdy přetrvávají psychotické symptomy v oslabené podobě, zbavené emočního náboje. Nejvýraznější změna se týká odolnosti vůči zátěži, ta se snižuje a stává se nevyrovnanou. Povahovou změnu způsobenou proběhlým onemocněním je asi lépe chápat ne jako výsledek specifického procesu, ale jako vytvoření nové rovnováhy mezi jedincem se změněnými schopnostmi a vnějším

světem. Není to výpověď o katastrofickém průběhu schizofrenního onemocnění k demenci, ale o schopnosti člověka využít svých sil a rezerv k tomu, aby svůj vztah ke světu stabilizoval na nové úrovni.

2.4 Formy onemocnění⁹

2.4.1 Paranoidní forma schizofrenie

Je charakterizována především bludy. Vztahovačné bludy nejsou jen persekuční, ale i bludy ovládnutí, ovlivňování a tajné nápomoci. Bludy jsou často doprovázeny nebo předcházeny halucinacemi. Někdy dochází k fragmentaci bludů nebo k vytvoření bludného systému doprovázeného emoční oploštělostí a nepřiléhavostí. Může dojít k opouzdrění bludů, ke ztrátě jejich emočního náboje, naléhavosti a vlivů na chování. V popředí klinického obrazu bývají halucinace, nejčastěji sluchové komplexní halucinace verbální. Typické jsou imperativní halucinace, komentující hlasy nebo slyšení hovorů hodnotících nemocného jedince. Především u schizofrenních onemocnění s pozdním začátkem jsou halucinace kombinované. K obvyklým sluchovým přistupují halucinace tělové, taktilní i viscerální, čichové i chuťové nebo halucinace kinestetické.

2.4.2 Hebefrenní forma schizofrenie

Odpovídá svou symptomatologií klasickým popisům předčasné demence i laické představě o „bláznech“. Svými projevy karikuje a akcentuje známky pubertálního adolescentního vývojového období a jeho krizí. Charakteristickými projevy jsou nepřiléhavost chování i emocí, „pošetilost“ a celková dezorganizace duševního života. Objevují se projevy regrese k nezralým a dětinským způsobům zvládnutí životních situací. Symptomatologie onemocnění sahá od pseudofilozofování, povrchního mudrování a myšlenkové odtrženosti od skutečnosti po inkoherenci a emoční tupost. Výrazné jsou nepřiléhavost a proměnlivost emočních projevů a také formální poruchy myšlení. Kontakt s nemocným je obtížný a jeho projevy relativně nepředvídatelné. Hebefrenici někdy překvapí agresí, kterou se snaží přemostit citovou propast mezi prožíváním vlastním a ostatních.

⁹ C. HŐSCHL, J. LIBIGER, J. ŠVESTKA, Psychiatrie, Praha: Tigris, 2004

Grimasování a nesmyslné motorické a mimické projevy často spojují tuto formu onemocnění s formou katatonní.

2.4.3 Katatonní forma schizofrenie

Onemocnění stojí v popředí klinického obrazu poruchy hybnosti. To mohou být projevy extrémně zvýšené motorické aktivity až k bezcílnému neklidu, nebo naopak hybnost snižená až do stuporu. Katatonní syndrom charakterizují také projevy pohybové autonomie, nebo naopak závislosti na vnějších podnětech (povelový automatismus, setrvávání v nastavených polohách při katatonii). U katatonních schizofreniků je vždy nápadná bezcílnost, neodůvodněnost a nepřiměřenost motorických projevů. Ty si zachovávají větší nebo menší stupeň vnitřní organizace a složitosti, nebo jsou jen elementárními pohybovými fragmenty (záškuby, úšklebky). Může se objevit i úplné motorické ochromení projevy měkké a nespecifické neurologické a somatické symptomatologie. Mutističtí a negativističtí katatonici dokáží úporně setrávat i v sebepoškozujícím jednání. Katatonní symptomy se vyskytují i u organických mozkových poruch a mohou být i v klinickém obrazu manické fáze afektivního onemocnění.

2.4.4 Simplexní forma schizofrenie

Je charakterizována změnami v chování, vyplývajícími z postupného stažení pacienta ze vztahů k vnějšímu světu. Volní projevy nemocného slábnou nebo se stávají nepochopitelné. Zdá se, že ztrácí "životní sílu". Jeho emotivita se zplošťuje. Ztrácí schopnost vypořádat se s nároky běžného života a zaujímat sociálně adaptivní postoje. V prožívání dominují mnohočetné neurotické obtíže: úzkost, nepochopitelné „hysterické“ projevy a nesystematické tělesné stesky a projevy nepohody. Onemocnění je často rozpoznáno v souvislosti s výraznou změnou dosavadních postojů vůči rodině, škole nebo zaměstnání. U simplexní formy onemocnění převažuje jakási pasivní, astenická forma projevu schizofrenní poruchy. Zdá se, jakoby chyběly příznaky zápasu nemocného o duševní rovnováhu.

2.4.5 Nediferencovaná forma schizofrenie

Klinické formy onemocnění schizofrenií nemusí mít vyhraněnou podobu, která by odpovídala popsaným klinickým typům. Zařazení může ztěžovat skutečnost, že zahrnují symptomatologii více forem a nelze rozhodnout, která je popředí.

2.4.6 Reziduální schizofrenie

Příznaky jsou většinou málo intenzivní. Hlavními projevy této formy jsou podivinství, spojené často s lenošností, nemotivovanou toulavostí a zanedbáváním sebe i svého okolí a zformování nových a často deformovaných vztahů mezi jedincem a skutečností. Emotivita je oploštělá. V řeči i v myšlení se neprojevují podivnosti, nápadné mnohdy až v závislosti na situačních vlivech a postavení nemocného.

2.4.7 Pozitivní a negativní formy schizofrenie

Vedle tradičního dělení na jednotlivé formy onemocnění se v posledních 20 letech prosadilo dělení založené na charakteristickém spojení klinických a průběhových charakteristik s některými nálezy v oblasti morfologické fyziologie mozku.

2.4.8 Deficitní schizofrenie

Je charakterizována přítomností výhradně primárních negativních příznaků, které se vyskytují po dostatečně dlouhou dobu.

„Diagnostická kritéria pro deficitní syndrom u schizofrenie:

- 1. Pacient splňuje kritéria pro schizofrenii.*
- 2. Přítomnost nejméně dvou následujících negativních příznaků:*
 - a) omezení afektů,*
 - b) zmenšený rozsah emocí,*
 - c) zchudnutí řeči a pokles zvědavosti i zájmu,*
 - d) snížený pocit smyslu a cíle v jednání,*
 - e) snížená sociální aktivita.*

3. *Negativní příznaky nelze plně vysvětlit následujícími faktory:*

- a) *deprese nebo úzkost,*
- b) *účinek léků nebo požitých látek,*
- c) *chybění podnětů z okolí.*

4. *Kombinací dvou či více negativních symptomů z bodu 2 by měla být přítomna během posledních 12 měsíců. Symptomy jsou vždy přítomny v klinicky stálých obdobích. Příznaky nemusí být přítomné v období akutní psychotické ataky nebo dekompenzace psychotického stavu“ (C. Höschl, J. Libiger, J. Švestka, 2004, s. 370).*

2.5 Epidemiologie ¹⁰

Epidemiologický výzkum je zacílený na stanovení frekvence onemocnění v populaci a v různých populačních skupinách a na jeho geografickou distribuci.

Jedním z ukazatelů morbidity je prevalence, to je číslo, které udává počet nemocných přítomných v populaci za definované časové období. Pokud se sbírají údaje i minulých epizodách onemocnění, lze odhadnout celoživotní prevalenci onemocnění. Modus celoživotní prevalence se pohybuje mezi 1,4 – 4,6 případů na 1000 obyvatel.

Incidence je počet nových případů definované populace během roku na 1000 obyvatel, kteří jsou riziku onemocnění vystaveni.

Dalším ukazatelem je riziko morbidity, tedy procento lidí, kteří v populaci mohou očekávat, že v definovaném věkovém rozmezí budou diagnostikováni jako nemocní se schizofrenií.

Ve studiích komorbidit bylo zjištěno, že užívání marihuany může exacerbovat příznaky schizofrenie. U nemocných s časným nástupem onemocnění je abúzus marihuany spojen s horším výsledkem onemocnění.

Je prokázáno, že pacienti se schizofrenií mají oproti zbytku populace nižší výskyt revmatoidní artritidy a schizofrenní muži mají nižší výskyt karcinomu plic. Mají ale také méně potomků, než zbytek populace.

Zvýšená mortalita je u schizofreniků dobře prokázána. Oproti zdravé populaci je asi dvojnásobná a to 21 případů na 1000 mužů a 15 případů na 1000 žen. Vzestup

¹⁰ SEIFERTO VÁ, D.; PRAŠKO, J.; HÖSCHL, C.: Postupy v léčbě psychických poruch. Praha, 2004.

nadměrné mortality byl patrný zejména u smrtí způsobených sebevraždami. Riziko suicidálního jednání je nejvyšší v iniciálním stadiu onemocnění schizofrenií a pohybuje se mezi 20 – 40%, celoživotní riziko dokonání suicidia je pro populaci pacientů okolo 10%.

Onemocnění schizofrenií je zneschopňující choroba a vede mnohdy k dlouhodobé invaliditě.

2.6 Etiologie a patogeneze¹¹

Velký technologický pokrok v posledních 20 letech umožňuje sledovat a studovat biochemické, elektrofyzilogické i molekulární děje v živém mozku. Přes tento pokrok etiologie schizofrenie není známá. Zatím se nedá obejít bez předpokladu multifaktoriální etiologie a mnohočetných patogenetických vlivů. Proč se schizofrenie projevuje těmito příznaky vysvětlují teorie, které se snaží co nejširší okruh nálezů na různých úrovních sloučit do vnitřně souvislého celku. Všechny takové teorie musí vysvětlit, proč jsou některá data významná a jiná je možno zanedbat.

2.6.1 Genetické nálezy

Větší nebo menší vlohy k onemocnění je jednou z charakteristik, kterými se od sebe lidé liší. Naše anatomie, fyziologie a metabolismus jsou dílem vzájemného působení genů a prostředí. Také naše myšlení, emoce a chování ovlivňují funkci mozku. Proměnlivost projevů schizofrenie je výsledkem proměnlivosti genotypu i proměnlivosti prostředí. Genetické faktory mohou být zastoupeny jedním dominantním genem, mohou vznikat nezávislým zastoupením více různých genů, nebo jako výsledek součtu jejich působení. Celá řada onemocnění mozku i celého organismu nebo výhradně vnější vlivy mohou způsobit patologické stavy, které jsou fenokopii schizofrenie.

Pro roli genetických vloh při vzniku schizofrenie svědčí nahromadění výskytu schizofrenie v rodinách, data z dvojčecích studií, z adopčních studií a některé výsledky studia genetické vazby.

¹¹ C. HŐSCHL, J. LIBIGER, J. ŠVESTKA, Psychiatrie, Praha: Tigris, 2004

2.6.2 Morfologické nálezy

U pacientů se schizofrenií dochází k rozšíření komorového systému a regionálnímu rozštěpení mozkových rýh. Rozšíření komorového systému je jedním z nejčastějších a nejlépe prokázaných nálezů.

Množství nemocných s diagnózou schizofrenie, kteří mají mozkové komory rozšířené o hodnotu větší než dvě směrodatné odchylky kontrolní populace, kolísá v různých studiích od 3 do 35 %. Nebyla však nalezena souvislost rozšíření mozkových komor s trváním choroby, léčbou nebo věkem. Rozšíření postranních mozkových komor je spojováno s převahou negativní symptomatologie, zřetelnější kognitivní poruchou a horší odpovědí na neuroleptickou terapii.

Pro snížení celkové váhy i rozměru mozku u pacientů se schizofrenií zatím dostatečný počet kvalifikovaných studií nesevřdí.

2.6.3 Biochemické nálezy

Schizofrenní psychóza je spojena s poruchou zpracovávání informací. Zpracovávání a přenos informace v organismu je proces, který má biochemickou komponentu. Konfrontační změny receptorů jsou zesilovány a převáděny kaskádou biochemických dějů do buňky a vedou ke složitým změnám. Tyto děje jsou ovlivněné malým množstvím chemických látek podaných organismu zvnějšku. Toxické psychotomimetické sloučeniny mohou vyvolat psychotické stavy. Farmaka dokáží psychotický stav stabilizovat a přivést pod kontrolu. Schizofrenie je spojena se změnami metabolismu neuropřenašečů a poruchou nitrobuněčného přenosu signálu.

Nejnovější poznatky se přiklánějí k dopaminové teorii. Dopamin je u psychózy nepochybně významným mediátorem, je to neuropřenašeč s neuromodulační funkcí. Poskytuje podnětům motivační význam a propůjčuje vidění světa individuální význam. Umožňuje zřejmě vznik bludů a halucinací.

Mimo dopaminu jsou významné i jiné látky, například serotonin. Je to další neuromodulační přenašeč, který ovlivňuje širokou škálu chování a má vliv na dimenzi impulzivita – úzkost, na percepci bolesti, potravní chování, na cyklus bdění – spánek a další jednoduché a univerzální charakteristiky chování.

2.7 Léčba¹²

„Léčba je dlouhodobým procesem, který začíná navázáním terapeutického vztahu. Dobře vedená terapie dává pacientovi šanci žít kvalitní život, produktivní a cenný pro ostatní. Špatně vedená terapie pomáhá onemocnění chronifikovat. Je důležité posoudit rizika plynoucí z psychopatologie nemocného i ze změny jeho sociální kompetence, jeho kritičnost a ochotu spolupracovat. Hospitalizace je výhodná, pokud nemocný může těžit ze snížení břemene zodpovědnosti v chráněném prostředí léčebného zařízení. Těžištěm dobře vedené léčby schizofrenie je farmakoterapie. Je prokázáno, že dlouhodobé pokračování terapie neuroleptiky výrazně snižuje pravděpodobnost relapsu onemocnění.

Voltaire prý rád říkal: „Lékaři rádi léčí léky, o kterých toho mnoho nevědí, nemoci, o kterých toho vědí ještě méně, u lidí, o kterých neví nic“ (C. Höschl, J. Libiger, J. Švestka, 2004, s. 401) Sice se to může zdát triviální, ale ve skutečnosti je obtížné dát správný lék správnému člověku ve správnou chvíli a ve správné dávce. Zvažují se všechny skutečnosti spojené s jeho osobností, které na léčbu mohou mít vliv: pohlaví, věk, předchozí léková zkušenost, postoje k lékům. Farmakoterapie se opírá o obecné principy psychofarmakoterapie. Je důležité diagnostické zhodnocení pacienta, které má být podle potřeby přehodnocováno.

Samotná farmakologie nestačí, je třeba ji doplnit podrobným vysvětlením vlastního postupu a podpůrnými psychoterapeutickými zásahy. Pokud pacient ví, proč lék užívá, co a kdy od něho může čekat, výrazně se zvýší pravděpodobnost, že ho bude užívat.

Farmakoterapie antipsychotiky je zacílená na znovunastolení kontroly nad vlastním prožíváním a chováním. Dokáže snížit vnitřní napětí a s ním spojenou bezradnost.

¹² SEIFERTO VÁ, D.; PRAŠKO, J.; HÖSCHL, C.: Postupy v léčbě psychických poruch. Praha, 2004.

2.7.1 Farmakoterapie¹³

Klasická antipsychotika bývala až donedávna lékem volby v léčbě schizofrenie. Jejich antipsychotický účinek je založen na blokádě dopaminových D2 receptorů. Jejich účinnost při léčbě pozitivních příznaků je dokázána z četných klinických zkušeností. Mají však menší účinnost při léčbě negativních a afektivních příznaků a kognitivního postižení. Klasická antipsychotika mohou dokonce zhoršit negativní symptomy.

V dnešní době se spíše používají antipsychotika II. generace, někdy také označována jako nová nebo atypická antipsychotika, jsou heterogenní skupinou psychofarmak, která se proti klasickým antipsychotikům vymezují především dobrou snášenlivostí a klinickou účinností nejen na pozitivní, ale i negativní, afektivní a kognitivní příznaky a účinností u terapeuticky rezistentních nemocných schizofrenií.

Podle klinického účinku se rozdělují na:

- Bazální, hypnosedativní – chlorpromazin, levomepromazin, periciazin, chlorprothixen. Tyto preparáty mají výrazný sedativní až hypnotický efekt a poměrně malé extrapyramidové účinky.
- Incizivní – flufenazin (Moditen), haloperidol, flupentixol (Fluanxol), zucloperthixol (Cisordinol), melperon (Buronil). Vyvolávají většinou silné extrapyramidové účinky.
- Atypická – clozapin (Leponex), sulpirit (Dogmatik), amisulprid (Solian), risperidon (Risperdal, Risperen), olanzapin (Zypraxa), ziprasidon (Zeldox), zotepin (Zoleptil) a quetiapin (Seroquel). Zpravidla se dobře snášejí, nevyvolávají nepříjemnou sedaci, vzácné jsou extrapyramidové příznaky, z cela ojediněle se vyskytnou tardivní dyskinezy a maligní neuroleptický syndrom; u některých (risperidon) se popisuje galaktorhea nebo zvýšení tělesné hmotnosti (olanzapin, clozapin). Na trhu je nejnovější aripiprazol (Abilify), dopaminový dualista a serotoninový antagonist.

¹³ SEIFERTO VÁ, D.; PRAŠKO, J.; HŐSCHL, C.: Postupy v léčbě psychických poruch. Praha, 2004
RABOCH, J.; PAVLOVSKÝ, P.; JANOTO VÁ, D.: Psychiatrie minimum pro praxi. Praha, 2006

Akutní schizofrenní symptomatiku je třeba léčit v lůžkovém zařízení. Ke zklidnění pacienta se používá Haloperidol a levomepromazin (Tisercin) jednorázově ke ztišení akutního neklidu a agresivity. Je nutné počítat s následnou hypotenzí a poměrně malým antipsychotickým efektem. Proto se rychle přechází na účinnější neuroleptikum. Z nejnovějších preparátů lze použít Cisordinol acutard, který pacienta zklidní cca na 24 hod., nebo olanzapin (k dispozici je i injekční forma Zyprexy).

Pomine-li nutnost injekční terapie přechází se na perorální preparáty. Z klasických bazálních a incizivních jsou to především chlorpromazin a Haloperidol. Při podávání Leponexu je třeba sledovat bílý krevní obraz pro možnost vzniku agranulocytózy. V současné době jsou považovány za optimální prostředky k léčbě schizofrenie Risperidon, amisulprid a olanzapin.

Někteří pacienti obtížně dodržují předepsanou denní dávku neuroleptik, dissimulují své obtíže, někdy hrozí nebezpečí agresivního jednání. V takových případech se dává přednost depotním neuroleptikům (Haloperidol dekanoát, Meclopin, Moditen, Cisordinol depot). Aplikují se zpravidla jednou za 10 až 28 dní hluboko do svalu. Jejich existence výrazně snížila potřebu hospitalizace.

Nežádoucí účinky neuroleptik

Extrapyramidové účinky akutní – akutní dyskineze (bolestivé svalové spasmy šíjových, obličejových a okohybných svalů), akatizie (psychomotorický neklid s přešlapováním). Tyto akutní příznaky lze zvládnout snížením dávky neuroleptika a aplikací antiparkinsonik (např. Atropin nebo Akineton), anxiolytik (diazepam) a antihistaminik (promethazin).

Extrapyramidové účinky pozdní – tardivní dyskineze (pohyby v orofaciální oblasti i na končetinách), tardivní dystonie (mimovolné pomalé tonické svalové stahy, uvědomované, většinou bolestivé). Pozdní příznaky se léčí snížením nebo vysazením neuroleptika a přechodem na jiné.

Neuroleptika vyvolávají také řadu nežádoucích vegetativních příznaků, k nimž patří ortostatická hypotenze, tachykardie, retence moči, pocení, suchost sliznic, poruchy akomodace, pokles libida a potence, zácpa, vzestup hmotnosti, galaktorhea, gynekomastie, poruchy menstruačního cyklu aj.

2.7.2 Elektrokonvulzní terapie¹⁴

Elektrokonvulzní terapie (ECT) bývá u schizofrenie vyhrazena pro terapeuticky rezistentní pacienty. Metodou první volby je zásadně u katatonní formy schizofrenie, vzhledem k její letalitě. S výhodou lze ECT aplikovat v přítomnosti afektivních symptomů, u suicidálních a agitovaných pacientů. Elektrokonvulze jsou také poměrně opomíjenou, ale účinnou metodou k rychlému zvládnutí naléhavého stavu.

2.7.3 Psychoterapie a sociální terapie¹⁵

Péče o pacienta se schizofrenií by měla být vysoce individualizovaná a zacílená k postupnému dosažení dobře definovaných cílů. Společně s psychiatrem se na její přípravě mají podílet další členové léčebného týmu (psychologové, sestry, sociální pracovníce, pracovní terapeuti a další).

Nezbytnou součástí terapie je psychoedukace. Rozumíme tím snahu poučit pacienta o povaze jeho onemocnění a o důvodech léčebných zákroků a opatření. Měl by se naučit rozumět tomu, co se s ním děje, a pochopit, že své prožitky, obavy a nejistoty unese lépe, nebude-li se je bát sdělit. Je vhodné ho připravit na obtíže v léčbě i na obtíže plynoucí z následků onemocnění. Od prvních příznaků je důležité aby terapeutický tým byl v kontaktu s rodinou nemocného. Psychoedukace nemocného a rodiny je účinná, pokud probíhá souběžně. Rodinná psychoedukace zaměřená na posílení dovedností v soužití s duševně nemocným je účinnější, když probíhá ve skupině.

Pracovní terapie není pouhá terapie zaměstnáním. Cílem je udržet pacientovi sebevědomí a perspektivu. Když to lze, je třeba od počátku začít učit nemocného novým sociálním dovednostem eventuálně obnovovat nebo udržovat ty dovednosti, které jsou nemocí ohrožené. Systematická kognitivně – behaviorální terapie může u schizofrenních nemocných vést k aktivnějším postojům a k lepší toleranci psychotických příznaků a také k lepšímu ohraničení nemoci a vlastních prožitků.

¹⁴ SEIFERTOVÁ, D.; PRAŠKO, J.; HŐSCHL, C.: Postupy v léčbě psychických poruch. Praha, 2004

¹⁵ RADIMSKÝ, M. a kolektiv autorů: Psychiatrie I. Brno, 1997

2.8 Prognóza ¹⁶

Schizofrenie se dříve považovala za nemoc s velmi nepříznivou prognózou. Předpokládalo se, že nemoc probíhá v akutních atakách, během nich se psychický stav nemocného prudce zhorší a tento zhoršený stav přetrvává až do další ataky. Vzhledem k malým možnostem léčby byl konečným výsledkem často chronicky stav duševně nemocného, který byl uzavřen ve svém vlastním psychotickém světě, neschopen navázat smysluplný kontakt s okolím a neschopen se o sebe postarat. Tyto představy o neléčitelnosti a špatné prognóze schizofrenie přetrvávají u veřejnosti doposud, i když dnes už je situace podstatně jiná. V současné době lze říci, že prognóza schizofrenie závisí na mnoha faktorech. Na nemocném, jeho postoji k nemoci a na typu onemocnění. Ale také na spolupráci s lékařem, dodržování užívání doporučených léků a pravidelné životosprávy. Důležitý je i vliv rodinného a pracovního prostředí a životních událostí, které nemocného potkají.

Horší prognóza schizofrenie je u nemocných mužů, u kterých se projeví:

- výskyt schizofrenie v blízkém příbuzenstvu,
- nápadně povahové rysy již před onemocněním, jako je plachost, uzavřenost, agresivita,
- začátek nemoci před 20. rokem života,
- pozvolný, plíživý rozvoj příznaků,
- převaha negativních příznaků, uzavřenost, nezáměr o okolí,
- vznik nemoci bez souvislosti s psychickou zátěží.

Kromě těchto negativních faktorů však existují i faktory, které prognózu schizofrenie ovlivňují příznivě:

- dobrá spolupráce a vztah důvěry nemocného k lékaři,
- pravidelná životospráva, pravidelné užívání léků podle rady lékaře,
- klidné pracovní a rodinné prostředí, bez hádek, napětí a stresu,
- vyhýbání se zátěžovým situacím případně jejich úspěšné zvládnutí za pomoci příbuzných nebo lékaře (např. stěhování, smrt v rodině, změna zaměstnání apod.).

¹⁶ RADIMSKÝ, M. a kolektiv autorů: Psychiatrie I. Brno, 1997

2.9 Stigmatizace duševně nemocných ¹⁷

„Lidé se duševně nemocných bojí. Nerozumí jim a mají sklon pokládat je za nevypočitatelné, neschopné a možná za nebezpečné blázný. Společnost se před duševně nemocnými bránila jejich vyčleněním ze společnosti a izolací. Obklopila je předsudky a chovala se k nim jinak než k ostatním lidem – diskriminovala je“ .

Pacient se duševní nemoci bojí, protože je jiná, než ostatní nemoci. Nese cejch – stigma, které je jakýmsi shrnutím předsudků o tom, co znamená být duševně nemocný. Stigma je řecké slovo, pro cejch vypalovaný otrokům v tesálských dolech. Stigma duševní nemoci vede k tomu, že nemocní mohou být považováni za nesvéprávné, hloupé, a zejména nevypočitatelné a potenciálně nebezpečné. Často to také pro ně může znamenat, že jejich nemoc je považována za nevléčitelnou a oni patří do „blázince“ nebo ústavu. Přijmout takovou vyhlídku se nikomu nechce ani tehdy, když ví, že potřebuje pomoc. Nechce být předmětem obav, soucitu a diskriminace od ostatních lidí. Hledá tedy pomoc jinde, než u psychiatra nebo vytrvale, někdy i zoufale popírá její potřebu“ (C. Höschl, J. Libiger, J. Švestka, 2004, s. 408).

Stigma duševní nemoci vede k posílení příznaků a škod, které schizofrenie způsobí. Bere nemocným sebedůvěru, zhoršuje jejich uplatnění a brání jejich návratu do společnosti a do práce. Vede ke strachu a ten je zdrojem psychické zátěže, která nepříznivě ovlivňuje průběh onemocnění. Nutí nemocného k vyhýbavosti a opatrnosti v komunikaci. Snižuje jejich důvěru v okolí a někdy napomáhá vzniku vztahovačnosti a perzekučních bludů.

Stigma zasahuje nejen pacienty, ale i jejich pečovatele, rodinné příslušníky i psychiatry samé. Média mají sklon líčit duševně nemocné v negativním světle, jako násilníky nebo při nejmenším komické podivíny. Výsledkem je strach z duševního onemocnění a strach z psychiatrie, který je nepřiměřený strachu z jiných nemocí nebo lékařských oborů. Z jiného pohledu je stigmatem posilována tendence vidět v psychiatrii prostředek, jak kontrolovat bezdomovectví, výtržnosti, poruchy chování a agresivitu bez ohledu na jejich původ.

Světová psychiatrická asociace vyhlásila program, jehož cílem je zbavit nemocné diskriminace a posílit autonomii nemocného a jeho právo spolurozhodovat o sobě samém. Program je zaměřen na potírání předsudků o schizofrenii. Klade si za úkol

¹⁷ C. HÖSCHL, J. LIBIGER, J. ŠVESTKA, Psychiatrie, Praha: Tigris, 2004

vysvětlit nejen nemocným, ale i veřejnosti, že schizofrenie je léčitelné onemocnění. Pacienti se schizofrenií si přes kognitivní, emoční a osobnostní změny zachovávají dostatek osobnostních charakteristik, aby pojem „schizofrenik“ nebyl považován za vyčerpávající charakteristiku jejich osobnosti. Proto se doporučuje mluvit o pacientech „nemocných schizofrenií“ spíše než o „schizofrenicích“. Už proto, že schizofrenie má dnes řadu přenesených významů.

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA SE SCHIZOFRENIÍ

3.1 Příjem na oddělení, ošetřování nemocných

Duševně nemocní, u kterých došlo ke zhoršení stavu a nebo k atace onemocnění, jsou přijati do psychiatrických zařízení. Po vstupním vyšetření psychiatrem a podle projevů pacientova chování jsou umístěni na oddělení, kde jim bude poskytnuta celková péče. Sestra při příjmu provede fyzikální vyšetření a musí také zkontrolovat pacientovi osobní věci z důvodu nebezpečí poranění pacienta nebo ostatních osob a odvede ho na lůžko. Asi více než v jiných oborech je důležitá spolupráce ošetřujícího personálu a lékaře při podepisování dobrovolného vstupu.

3.1.1 Přijetí agitovaného nemocného na oddělení

Pokud je pacient ve stavu, kdy od něj není možné informace získat, ohrožuje sebe nebo okolí, je možnost, podle zhodnocení situace lékařem, podat neklidovou medikaci a nebo pacienta omezit v lůžku. Po odeznění nebezpečí se pacient opět uvolňuje.

Jestliže nemocný nedokáže porozumět souhlasu o dobrovolné hospitalizaci nebo to odmítá ponechává se lhůta 24h a po jejím uplynutí se tzv. detence odesílá soudu, který posuzuje, zda jsou důvody k nedobrovolné hospitalizaci nemocného.

3.1.2 Sledování nemocných

Ve většině případů je několik dní po příjmu nutná trvalá observace nemocného a podrobné zápisy o jeho chování a stavu. Je důležitá pravidelná kontrola váhy, protože k nežádoucím účinkům některých léků patří nárůst hmotnosti. U pacientů, kteří odmítají z jakéhokoliv důvodu příjem tekutin a stravy je důležité dohlížet na to, aby byl příjem tekutin dostatečný a strava přiměřená. Zmíněné zápisy ve zdravotnické dokumentaci jsou nezastupitelné při celé hospitalizaci, ošetřující personál je provádí minimálně dvakrát denně.

3.2 Možné ošetrovatelské problémy

- Tělesné tekutiny, deficit,
- Tělesné tekutiny, riziko deficitu,
- Péče o sebe sama nedostatečná,
- Zácpa, riziko vzniku,
- Násilí (akutní) hrozící vůči sobě,
- Sebeпоškození hrozící,
- Násilí (akutní) hrozící vůči jiným,
- Myšlení porušené,
- Zmatenost akutní,
- Komunikace verbální porušená,
- Neochota ke spolupráci,
- Beznaděj,
- Strach,
- Úzkost
- Smutek (dysfunkční),
- Společenská izolace,
- Spánek porušený,
- Aktivita, intolerance.

4 POSOUZENÍ STAVU NEMOCNÉHO

F. S. byl jako dítě často nemocný. Na změny prostředí (umístění ve škole apod.) reagoval neurotickým zvracením, ustrašeností a úzkostí. Vždy prý byl více fixován na matku. Základní školu absolvoval s podprůměrným prospěchem. V roce 1967 si vybral učební obor nástrojař, který ho velice zajímal. Po dvou letech studia se u pana F. S. objevily první známky onemocnění. Při návštěvě lékaře si stěžoval na srpnové události, které byly pro něj otřesné, „*neboť se náhodou dostal do středu města v kritických chvílích. Začal se pilně učit, aby vše nahradil a byl prospěšný vlasti. Ve škole se nápadně zlepšil, spolužáci mu vytýkali jeho snahu co nejlépe se učit, došlo ke rvačce, pak pacient pociťoval, že jsou vůči němu nepřátelští. Slyšel, jak ho pomlouvají, měl stavy strachu, úzkostí, vnitřního neklidu.*“ Při líčení svých obtíží chvílemi útržkovitě vyráží věty i slova, přebíhá v řeči z události na událost, s původním tématem nesouvisející. Z tohoto vyprávění usoudil ambulanti lékař, že pan F. S. bude poprvé hospitalizován na psychiatrické klinice s diagnózou Psychogenní psychóza paranoidně depresivní.

Pak následovalo ještě několik dalších hospitalizací se stejnou diagnózou.

4.1 Identifikační údaje

- Jméno a příjmení – F. S.
- Bydliště – Praha 10
- Datum přijetí – 20. 12. 2007
- Povolání – PID z psychiatrické indikace od roku 1975
- Oddělení – 6, Psychiatrická klinika VFN
- Stav – svobodný
- Věk – 56 let
- Den hospitalizace – 20. den

4.2 Výtah z dokumentace

V roce 2007 byl pacient přivezen rychlou záchrannou službou, když v hospodě ohrožoval hosty sekýrou a nožem. Pan F. S. později říkal: „*Nosil jsem na sesternu odebranou moč, nabízel jsem, že ji vypiju a že budu dělat urinoterapii, už jsem to dělal, ale nepoužívám to pravidelně. Takový hokusy pokusy. Zjišťoval jsem, že by se tím mohla léčit rakovina. Jedna paní to zkoušela se svým synem, prostě hrůza.*“

Nechtěla dostat rakovinu ta baba. Četla nějakou brožuru a tak jí to chytlo. Dneska snad budou pít ještě výtrusy. Znáte Ebenovu karavanu? Tam chytali otroky v Africe, roubíkem jim zašpuntovali rektální otvor, svázali je, hodili do lodi, v Americe je pustili a otroci tam pak zaseli semeno. Ten rektální otvor měli zašpuntovanej, aby neposrali loď. Jsem velkej čtenář, přečtu toho spousty, žádnou knížku nepřečtu dvakrát.

Včera jsem se naštvál, poštou mi přišla karta na peníze, rozdělal jsem to a měl jsem tam jen to pouzdríčko a nebyla tam pravá karta. Ta, jak se namačká ten PIN a to. A předtím se mi ztratili čtyři stovky ze stolu, z čeho mám žít! Chybějí mi i razítka, jak jsem chodil do školy. Nemám zajištěnej byt, je to nahlášený na kriminálce. To už je třetí vloupačka, zlato mi ukradli, pak taky papíry a občanku. Komplet všechno jsem si musel vyřizovat. Asi to jsou mafiáni, vypadá to tak. Včera jsem šel nejdřív zjistit, jak je to s tou falešnou obálkou. Pak jsem neměl peníze, tak jsem chtěl jít do hospody na sekyru, tak jsem si tu sekyru vzal s sebou a kdyby to nestačilo, tak jsem si radši vzal ještě nůž. No a najednou přijeli ty mafiáni a odvezli mě sem“. Poté ho lékař diagnosticky uzavřel jako F20.0 Paranoidní schizofrenie.

4.2.1 Lékařská anamnéza

Rodinná anamnéza:

Babička DM, otec zemřel v roce 1981 na onemocnění srdce, matka v roce 2004, měla těžkou osteoporózu, umřela na leukémii, sestřenice se léčila na psychiatrii v Jihlavě, asi taky pro schizofrenii, ale už je mrtvá.

Osobní anamnéza:

S ničím se neléčí, sledované onemocnění neguje, hypertenze 0, epilepsie 0, DM 0, onemocnění štítné žlázy 0.

Farmakologická anamnéza:

Užíval Lithium a Haloperidol, léky ale vysadil.

Alergie:

Neguje.

Abusus:

Kouří 40 – 60 cigaret za den, alkohol – malé pivo denně, někdy víc, předloni vypil 5 velkých, drogy 0, gambling 0.

Psychiatrická:

Od roku 1974 léčen pro Paranoidní schizofrenii, opakované pobyty na Psychiatrické klinice a v Bohnicích. Dochází do psychiatrické ambulance. V minulosti užíval Plegomazin, Perfenazin, Tisercin, Thioridazin, Haloperidol, Také měl inzulinovou léčbu a ECT.

Sociální:

Bydlí sám, měl psy jeden zemřel a druhý je v útulku. Je to byt výzkumného ústavu živočišné výroby. Rodiče tam pracovali, byt má po rodičích.

Zaměstnání:

Vyučený nástrojař, tuto práci vykonával 4 roky. Od roku 1975 PID.

Partnerské vztahy:

„Svobodný, bezdětný, mám přítelkyni Markétu, je o 13 let mladší, taky je to duševně nemocná holka, jsme spolu dva roky, Markéta má vlastní byt, jsme někdy u mě a někdy u ní“. Předtím měl Janičku, ta se léčila v Bohnicích, s tou byl šestnáct let, pak umřela na rakovinu dělohy. „S Janičkou jsem přišel o panictví, jednou jsem ale spal i se 75letou ženskou, sama se přihlásila, že to se mnou chce mít. Povedlo se mi to, ale až na potřetí“.

Řidičský průkaz:

Nemá, jezdil ale „na černo“ na mopedu, kterému se říkalo „kozí dech“.

Střelná zbraň:

Nemá, měl akorát „špuntovku“, dal jí přítelkyni Markétě pro jejího syna.

Kriminalita:

Netrestán.

4.2.2 Objektivní nález

Pacient lucidní, kontakt navazuje ochotně, odbržděný, familierní, spontaneita zvýšená, výrazná mimika i gestikulace, oční kontakt udrží, řeč rychlá, hlasitá, logorhea, při dotazech nutno přerušovat, artikuluje nedostatečně, je proto obtížné extrahovat psychopatologické symptomy, na dotazy odpovídá v relaci, ale velmi zabíhavě, pokračuje v logorhei, PMT urychleno, nálada tupě elev., euforická, místy hlasitý smích, bez tenze či anx., bludná produkce paranoidní persekční, náznaky bludů extrapotenční a religiózní halucinace IP a sluchové, bludná produkce a halucinace v.s. chronifikované, bez efekt. náboje, myšlení rozvolněné, paralogické, asociační skoky, suicidální není, anosognosie.

4.2.3 Závěr při příjmu

Klinická diagnóza: F20.0 Paranoidní schizofrenie

Somatické poruchy: nihil acutum

4.3 Terapie

4.3.1 Konzervativní léčba

4.3.1.1 Farmakoterapie

Per os:

- Rispen 2mg (psychofarmakum, neuroleptikum) 2 – 0 – 3
- Lithium carbonicum Slovakofarm (antidepresivum) 1 – 1 - 2
- Tisercin (neuroleptikum) 0 – 0 – 0 – 1
- Akineton (antiparkinsonikum) ½ - ½ - 0
- Rivotril 0,5 mg (antiepileptikum) 1 – 1 – 1
- Prothazin (antihistaminikum) 1tbl při nepsavosti

I. m.:

- Haloperidol – Richter (psychofarmakum, neuroleptikum) 1 amp při neklidu
- Apaurin (antiepileptikum, anxiolytikum) 1 amp spolu s Haloperidolem

4.3.1.2 Dietoterapie

Pacient má dietu č. 3, neudává žádné problémy s výživou, DM netrpí. Nutná je kontrola váhy každý týden, kvůli užívání antipsychotik, jejichž nežádoucím účinkem je zvyšování hmotnosti.

4.3.1.3 Pohybový režim

Pacient má prozatím zákaz vycházek, zúčastňuje se pracovní terapie i léčebného tělocviku.

4.3.2 Fyzikální vyšetření sestrou

Pacient při vědomí, myšlení psychoticky dezorganizováno, přítomna paranoidně bludná produkce, normostenický, euforický, poloha aktivní, chůze přirozená, třes 0, výška 180 cm, váha 85 kg, pulz 65/min, teplota 36,5°C, eupnoický 15/min, řeč plynulá.

- **Hlava** – normo a brachycefalická, pokleповě nebolestivá, výstupy trigeminu nebolestivé, inervace facialis správná, kůže bez patologických nálezů, vlasy prořídle.
- **Oči** – obočí normální, víčka bez patologického nálezu, oční bulby ve středním postavení, všemi směry volně pohyblivé, spojivky růžové, sklery bílé, rohovka průhledná, zrak dobrý.
- **Uši, nos** – bez výtoků, sluch normální, čich dobrý.
- **Rty** – růžové, bez cyanóz, souměrné, bez patologického nálezu.
- **Dásně a sliznice dutiny ústní** – vlhká, růžová, bez patologického nálezu.
- **Jazyk** – růžový, vlhký, lehce povleklý, plazí ve střední čáře.
- **Tonzily** – hladké, nezvětšené.

- **Chrup** – z části vlastní (sanován) a z části korunky.
- **Krk** – krční páteř dobře pohyblivá, pulzace karotid oboustranně nezvětšená, náplň krčních žil nezvýšená, krční uzliny a štítná žláza nezvětšené.
- **Hrudník** – souměrný, astenický.
- **Plíce** – poklep plný, jasný, dýchání sklípkové.
- **Srdce** – srdeční krajina bez vyklenutí, úder hrotu neviditelný, nehmatný. Srdeční akce pravidelná, ozvy čisté.
- **Břicho** – měkké nebolestivé, bez hmatné rezistence, jizvy 0, poklep bubínkový, slyšitelná peristaltika.
- **Játra** – nepřesahují pravý oblouk žeberní, měkká, palpačně nebolestivá.
- **Slezina** – nenaráží.
- **Genitál** – normálně vyvinutý, uretra bez výtoku, varlata a nadvarlata nezvětšena.
- **Uzliny** – nehmatné.
- **Páteř** – pohyblivá, nebolestivá, zakřivení fyziologické.
- **Klouby** – tvar ušlechtilý, pohyblivost dobrá, nebolestivé.
- **Reflexy** – výbavné.
- **Čítí** – přiměřené.
- **Kůže** – prokrvená, ikterus 0, hyperpigmentace 0, jizvy 0, turgor dobrý.

- **Otoky** – 0.
- **Chůze** – s otevřenýma očima bez odchylek, se zavřenýma očima bez odchylek.

O nemocného jsem se starala od 20.12.2007 do 25.12.2007, což je pět dní. V té době jsem zjistila tyto informace, na jejichž základě jsem určila níže uvedené ošetrovatelské diagnózy.

Vybrala jsem si model M. Gordonové, protože je propracovaným systémem pro hodnocení nemocného, ale i přesto si myslím, že některé části chybí a nebo se u takto nemocných nedají posoudit. Chybí například validita informací.

4.4 Posouzení stavu nemocného

4.4.1 Vnímání zdraví

- **dříve** – Pacient se cítil dobře, onemocnění mu nedělalo žádné větší problémy.
- **nynější stav** - Pacient neví, proč je tady. Asi ho přivezl „zlý duch Štětina“. Zavolal paní doktorce. Svoji diagnózu nezná, asi má schizofrenii, ale cítí se zdrav.
- **ošetrovatelský problém** – Zmatenost.
- **použitá škála** – Zkrácený mentální bodovací test dle Gaida (viz. příloha č. 1).

4.4.2 Výživa, metabolismus

- **dříve** – Pacient neměl žádné potíže s vyprazdňováním, jedl a pil přiměřeně.
- **nynější stav** – Pacient má dietu číslo 3. Nedá se zjistit, zda pravidelně jí a kolik vypije. „Jím, když mám hlad a piju, když mám žízeň“. Váží 90 kg a měří 180 cm. BMI 26, 2. Pacient kouří asi 40 – 60 cigaret za den, alkohol pije, ale jen malé pivo denně.
- **ošetrovatelský problém** – Není, při následné péči by bylo vhodné nemocného zařadit do edukačního procesu o zdravé výživě.
- **použitá škála** – Výpočet BMI (viz. příloha č. 2).

4.4.3 Vylučování

- **dříve** – Pacient neměl problémy s vylučováním.
- **nynější stav** – Pacient uvádí, že na stoličce chodí pravidelně, nemá žádné potíže, s močením také bez potíží.
- **ošetřovatelský problém** – Není.

4.4.4 Aktivita, cvičení

- **dříve** – Pacient rád chodil na procházky nebo posedět v parku.
- **nynější stav** - Pacient říká, že nedělá nic, nic ho nebaví a nemá ani čas.
- **ošetřovatelský problém** – Nedostatek zájmových aktivit, riziko osamělosti.
- **použitá škála** – Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové (viz. příloha č. 3).

4.4.5 Spánek, odpočinek

- **dříve** – Pacient má ve zvyku před spaním poslouchat rádio, potom se mu dobře usíná. V noci se obvykle nevzbouzí, jen když je na ulici nějaký hluk.
- **nynější stav** – Pacient udává, že doma před spaním poslouchá rádio, zde usíná později, ale jinak se spánkem problémy nemá. Přes den nespí.
- **ošetřovatelský problém** – Není.

4.4.6 Vnímání, smysly

- **dříve** – Pacient neměl problémy s orientací v čase ani prostoru.
- **nynější stav** - Smyslové vnímání je v pořádku, pacient nenosí brýle ani naslouchátko. Je trochu zmatený, ví, kde je, ale neví proč. Na otázku, jak vnímá hospitalizaci odpovídá, že se mu tady nelíbí, protože nemá cigarety. Pacient nepocítuje žádnou bolest.
- **ošetřovatelský problém** – Zmatenost.
- **použitá škála** - Glasgow Coma Scale (viz. příloha č. 4).

4.4.7 Sebepojetí

- **dříve** – Pacient měl vždy obavy z budoucnosti, někdy je ale vnímal lépe a jindy hůře.
- **nynější stav** – Pacient udává, že v poslední době na tom není dobře, bojí se, co bude dál, když se odsud dostane.
- **ošetřovatelský problém** – Strach, obavy z budoucnosti, nejistota.

4.4.8 Role, mezilidské vztahy

- **dříve** – Pacient měl dříve přítelkyni, s tou se rozešel. Stále se s ní vídá, ale nežijí spolu.
- **nynější stav** – Pacient říká, že má dvě přítelkyně, střídavě s nimi žije. Je svobodný.
- **ošetřovatelský problém** – Riziko osamocení, sociální izolace.

4.4.9 Sexualita, reprodukční schopnosti

- **dříve** – Pacient neměl žádné problémy, prostata v pořádku.
- **nynější stav** – Podle pacienta je sexualita dobrá, reprodukční schopnost neví, jelikož děti žádné nemá. Potíže s prostatou snad nemá.
- **ošetřovatelský problém** – Žádný.

4.4.10 Stres, zátěžové situace

- **dříve** – Pacient měl vždy trochu problém s řešením stresových nebo zátěžových situací. Dříve mu pomáhala přítelkyně, teď si musí poradit sám.
- **nynější stav** – Pacient se obává budoucnosti, neví, co bude, až se odsud dostane. Stres zvládá s pomocí přítelkyně.
- **ošetřovatelský problém** – Strach z budoucnosti, neadekvátní řešení stresové situace.

4.4.11 Víra, životní hodnoty

- **dříve** – Pacient nevyznává žádnou víru. Podle žebříčku hodnot uvedl na první místo zdraví, pak následuje láska, domov, peníze, cestování, víra.

- **nynější stav** - Pacient je nevěřící. Nedokáže seřadit žebříček hodnot, říká, že je mu to jedno, je to, jak to přijde.
- **ošetřovatelský problém** – Zvýšené riziko duševní nerovnováhy.

5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

5.1 Seznam ošetřovatelských diagnóz

- Komunikace verbální porušená, v důsledku porušeného myšlení, projevující se nesrozumitelnou řečí, nevhodným vyjadřováním a neschopností vyjádřit myšlenky slovy.
- Péče o sebe sama nedostatečná, v důsledku základního onemocnění, projevující se nedostatečnou úpravou zevnějšku, neschopností se dostatečně umýt a obléknout.
- Strach z budoucnosti, projevující se ustaraností, úzkostí a verbalizací.
- Aktivita, intolerance, v důsledku základního onemocnění, projevující se nechutí k jakékoliv aktivitě a neschopností se o sebe postarat.
- Tělesné tekutiny, riziko deficitu, z důvodu nedostatečné znalosti s ohledem na objem tekutin.
- Osamělost, zvýšené riziko, z důvodu sociální izolace.

5.2 Plán ošetrovateľskej péče

Č. 1

Komunikace verbální porušená, v důsledku porušeného myšlení, projevující se nesrozumitelnou řečí, nevhodným vyjadřováním a neschopností vyjádřit myšlenky slovy.

Cíl dlouhodobý:

- Pacient je schopen vyjádřit své potřeby a pocity, do 1 týdne.

Cíl krátkodobý:

- Pacient rozumí sdělovanému obsahu, do 2 dnů.

Výsledná kritéria:

- Pacient zná příčiny horšené komunikace, do 24h.
- Pacient se vyjadřuje vhodným způsobem, do 2 dnů.
- Pacient hovoří srozumitelně, do 1 týdne.

Intervence:

- Pomož Pacientovi nalézt prostředky komunikace umožňující vyjádřit potřeby, přání, myšlenky, primární sestra, do 3 dnů.
- Ber v potaz i neverbální komunikaci, primární sestra, do 24h.
- Pomáhej Pacientovi při péči o své tělo, osobní věci a prostředí okolo lůžka, primární sestra, do 24h.
- Jednej s Pacientem klidně, vlídně a vždy mu dej dostatek času na odpověď, primární sestra, do 24h.

Realizace:

- Pomáhám Pacientovi nalézat prostředky umožňující vyjádřit své potřeby a přání.
- Beru na vědomí i neverbální komunikaci Pacienta.
- Pomáhám Pacientovi při o sebe sama a okolí lůžka.
- S pacientem jednám, klidně, vlídně a vždy má dostatek času na vyjádření.

Hodnocení:

- 25.12. 2007 Efekt úplný. Pacient je schopen vyjádřit své potřeby a pocity.

Č. 2

Péče o sebe sama nedostatečná, v důsledku základního onemocnění, projevující se nedostatečnou úpravou zevnějšku, neschopností se dostatečně umýt a obléknout.

Cíl dlouhodobý:

- Pacient je schopen o sebe pečovat v maximální možné míře, do 1 měsíce.

Cíl krátkodobý:

- Pacient je seznámen s příčinami nedostatečné péče, do 5 dnů.

Výsledná kritéria:

- Pacient se dokáže dostatečně upravit, do 1 týdne.
- Pacient provádí dostatečnou hygienu, do 1 týdne.
- Pacient si aktivně žádá o pomoc při sebepěči, do 24h.

Intervence:

- Posuď stupeň soběstačnosti Pacienta, primární sestra, do 2 dnů.
- Pomáhej při zvládnání běžných denních úkonů, primární sestra, do 24h.
- Podporuj účast Pacienta při běžných denních činnostech, primární sestra, do 1 týdne.
- Dohlédni na dostatečnou sebepěči, primární sestra, do 24h.
- Zajisti dostatek hygienických pomůcek, primární sestra, do 24h.

Realizace:

- Posoudila jsem stupeň soběstačnosti Pacienta.
- Pomáhám mu při zvládnání běžných aktivit.
- Podporuji ho při běžných denních činnostech.
- Dohlížím na dostatečnou sebepěči.
- Zajistila jsem hygienické potřeby.

Hodnocení:

- 25. 12.2007 Efekt částečný. Pacient dělá pokroky v péči o sebe sama.

Č. 3

Strach z budoucnosti, v důsledku hospitalizace, projevující se ustaraností, úzkostí a verbalizací.

Cíl dlouhodobý:

- Pacient nepocítuje strach z budoucnosti, do 1 měsíce.

Cíl krátkodobý:

- Pacient chápe příčiny strachu, do 14 dnů.

Výsledná kritéria:

- Pacient zná příčiny strachu, do 24h.
- Pacient nepocítuje úzkost, do 1 týdne.
- Pacient neverbalizuje strach, do 2 týdnů.
- Pacient zná možnosti řešení budoucnosti, do 2 týdnů.

Intervence:

- Pomáhej Pacientovi zvládat strach, primární sestra, do 1 týdne.
- Naslouchej Pacientovi, primární sestra, do 2 dnů.
- Porad' mu se situacemi, kde si je nejistý, primární sestra, do 24h.
- Podporuj Pacienta, primární sestra, do 24h.

Realizace:

- Pomáhám Pacientovi zvládat strach.
- Naslouchám mu.
- Radím mu v situacích, kde si není jistý.
- Pacienta podporuji.

Hodnocení:

- 25.12. 2007 Efekt žádný. Pacient stále pocítuje strach z budoucnosti.

Č. 4

Aktivita, intolerance, v důsledku základního onemocnění, projevující se nechutí k jakékoliv aktivitě a neschopností se o sebe postarat.

Cíl dlouhodobý:

- Pacient jeví zájem o denní aktivity, do 2 týdnů.

Cíl krátkodobý:

- Pacient zvládá činnosti v rámci svého omezení, do 1 týdne.

Výsledná kritéria:

- Pacient zná příčiny nedostatku aktivit, do 24h.
- Pacient má chuť provádět běžné denní aktivity, do 1 týdne.
- Pacient si sám hledá denní aktivitu, do 14 dnů.
- Pacient je schopen se o sebe postarat, do 1 měsíce.

Intervence:

- Povzbuzuj Pacienta k denní aktivitě, primární sestra, do 5 dnů.
- Dbej na dodržování doby aktivity a spánku, primární sestra, do 24h.
- Informuj Pacienta denně, jaké dělá pokroky, primární sestra, do 14 dnů.
- Podávej léky dle ordinace lékaře, primární sestra, do 24h.

Realizace:

- Povzbuzuji Pacienta k denním aktivitám.
- Dbám na dodržování doby spánku a aktivity.
- Denně informuji Pacienta o jeho pokrocích.
- Podávám léky dle ordinace lékaře.

Hodnocení:

- 25.12. 2007 Efekt částečný. Pacient se zapojuje do denních aktivit na oddělení, ale pouze po pobízení.

Č. 5

Tělesné tekutiny, riziko deficitu z důvodu nedostatečné znalosti s ohledem na objem tekutin.

Cíl dlouhodobý:

- Pacient přijímá dostatečné množství tekutin každý den, do 3 dnů.

Cíl krátkodobý:

- Pacient ví, jaké je pro něj minimální množství tekutin, které musí za den přijmout, do 24h.

Intervence:

- Každý den se postarej o dostatek tekutin pro Pacienta, primární sestra, do 24h,
- Informuj Pacienta o nutnosti střídání nápojů (čaj, voda, minerálka), primární sestra, do 24h,
- Edukuj Pacienta o důležitosti dodržovat pitný režim, primární sestra, do 24h,
- Sleduj příjem tekutin, primární sestra, do 24h.

Realizace:

- Pacient má každý den k dispozici dostatek tekutin,
- Informovala jsem Pacienta o nutnosti střídání nápojů,
- Vysvětlila jsem Pacientovi důležitost dodržování pitného režimu,
- Každý den sleduji příjem tekutin.

Hodnocení:

- 25.12.2007 Efekt úplný. Pacient denně přijímá dostatečné množství tekutin.

Č. 6

Osamělost, zvýšené riziko z důvodu sociální izolace.

Cíl dlouhodobý:

- Pacient dělá pokroky směrem k žádoucím výsledkům, do 1 měsíce.

Cíl krátkodobý:

- Pacient se podílí na stanovení vzájemně přijatelných cílů a programu léčby, do 1 týdne.

Intervence:

- Zapojuj Pacienta do aktivit na oddělení, primární sestra, do 1 týdne.
- Komunikuj s Pacientem, primární sestra, do 24h.
- Zjisti, zda je Pacient ochoten dohodnout se na vzájemných cílech, primární sestra, do 5 dnů.
- Snaž se vytvořit terapeutický vztah sestry a pacienta, primární sestra, do 24h.

Realizace:

- Zapojuji Pacienta do aktivit na oddělení.
- Komunikuji s Pacientem.
- Zjišťuji, zda je pacient ochoten se vzájemně dohodnout.
- Snažím se vytvořit pozitivní terapeutický vztah s Pacientem.

Hodnocení:

- 25.12.2007 Částečný efekt. Pacient se snaží zapojit do programu léčby.

ZÁVĚR

Jak jsem již na začátku této práce zmínila, cílem mé snahy bylo přiblížit problematiku této diagnózy všem, kteří se o toto onemocnění zajímají nebo přišli do kontaktu s člověkem trpícím touto nemocí a chtěli se dozvědět více. Chtěla jsem nastínit vše, co s tímto onemocněním souvisí, pochopit ho a vcítit se do pacientovi dané situace. Myslím, že jsem v předchozích stránkách dosáhla toho, co bylo mým cílem.

Věci, které jsou pro „zdravého“ člověka automatické můžou být pro člověka trpícího schizofrenií velmi náročné a těžké. Tito lidé nebývají zcela pochopeni. Někdy se dokonce stávají terčem posměchů a urážek. Nemocní se za sebe stydí a místo toho, aby vyhledali odbornou pomoc, radši se straní společnosti. Přitom včasná terapie je u tohoto onemocnění více než důležitá. Pro tyto nemocné je také velmi důležitá rodina. Potřebují cítit pochopení, podporu a mít nějaké útočiště. Pokud pacient rodinu nemá nebo o něj nejeví zájem, měla by ho alespoň z části chápat společnost a nezavrhouvat ho. Tím by alespoň trochu pomohla už tak dost zraněnému nitru pacienta.

Psaní této práce bylo pro mne velkou zkušeností. Stále ještě zcela nechápu svět schizofrenie, ale mohu říci, že mu rozumím více než dříve a na nemocné pohlížím s větším respektem. Zkuste se vžít do jejich pozice... Každý to má v životě svým způsobem těžké, ale uvědomme si, co všechno máme a važme si toho.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ATKINSON, R.L. a kolektiv: *Psychologie*. Praha. Portál, 2003. ISBN 80-717 –640–3
- DONGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publisching, 2002. ISBN 80–7169–294–8
- HORÁČEK J. a kol., *Psychotické stavy v klinické praxi*, Praha: Academia medica Pragensis, 2003. ISBN 80–86694–01–1
- HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*, Praha: Tigris, 2004. ISBN 80–900130–7–4
- KRATOCHVÍL, S. *Psychoterapie*. Praha: Portál, 2000.
- MARKOVÁ, E a kol. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada 2006
- MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I.díl systémový přístup*. Karolinum 2003. ISBN 80–246–0429–9
- NEJEDLÁ, M. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha: Grada Publisching, 2006, ISBN 80–247–115 –8
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996.
- PRAŠKO, J.; a kolektiv: *Psychotická porucha a její léčba*. Praha. Maxdorf, 2001. ISBN 80– 5912– 5–
- RABOCH, J.; ZRZAVECKÁ, I.; DOUBEK, P.: *Nemocná duše – nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta*. Praha. Galén, 2006. ISBN 80–7262–420-2
- RABOCH, J.; PAVLOVSKÝ, P.; JANOTOVÁ, D. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80–7254–746–1
- Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize: *Duševní poruchy a poruchy chování*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000. ISBN 80–85121–44–1
- RADIMSKÝ, M. a kolektiv autorů: *Psychiatrie I. Brno. IPVZ*, 1997. ISBN 8 –7013–218–3
- SEIFERTOVÁ, D.; PRAŠKO, J.; HÖSCHL, C. *Postupy v léčbě psychiatrických poruch*. Praha: Academia Medica Pragensis, 2004. ISBN 80–86694–06–2

- TRACHTOVÁ, E. a kolektiv: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelských a nelékařských zdravotnických oborů, 2005
- ZVOLSKÝ, P. *Obecná psychiatrie*, Praha: Karolinum, 1998
- *Slovník psychiatrických termínů*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X

PŘÍLOHY

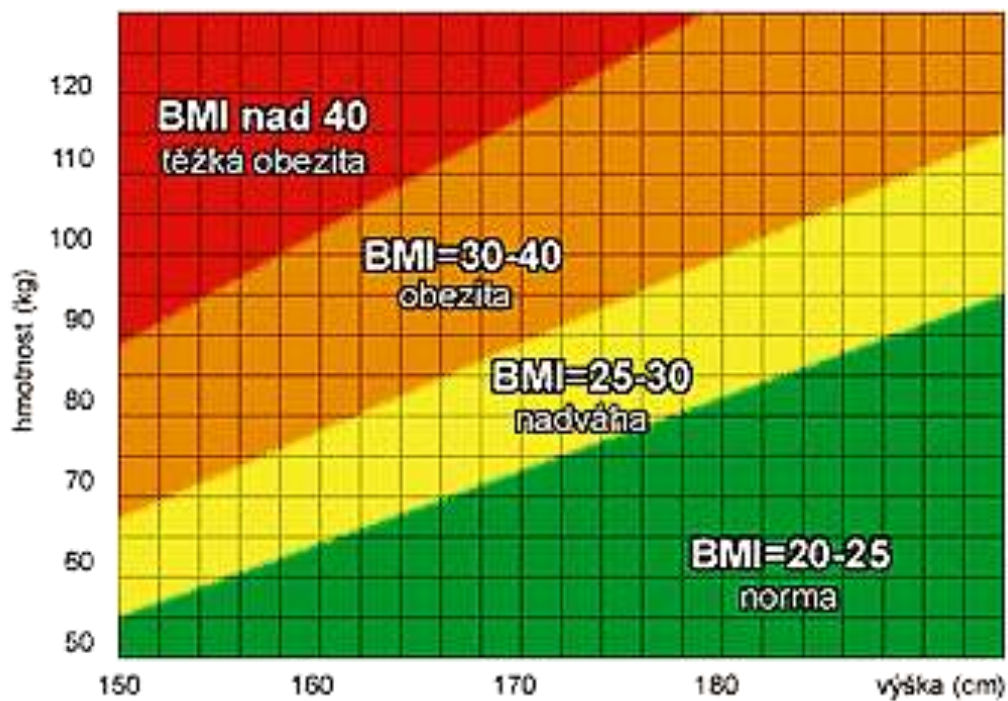
Příloha č. 1

Zkrácený mentální bodovací test – dle Gaida (správná odpověď 1b, nesprávná 0b.
Méně, než 7B se jedná o zmatenost)

| | | Body: |
|----|-----------------------------|-------|
| 1. | Věk | 1 |
| 2. | Kolik je asi hodin | 0 |
| 3. | Adresa | 1 |
| 4. | Současný rok | 0 |
| 5. | Kde je hospitalizován | 1 |
| 6. | Poznání alespoň dvou osob | 1 |
| 7. | Datum narození | 1 |
| 8. | Jméno současného prezidenta | 0 |
| 9. | Odečíst zpět od 20 do 1 | 1 |

Příloha č. 2

Výpočet BMI:



0 – 16,9 = velká podváha

17 – 19,9 = podváha

20 – 24,9 = normální rozmezí

25 – 29,9 = nadváha

30 – 39,9 = obezita

40 – 99,9 = těžká obezita

Příloha č. 3

Riziko vzniku dekubitů – dle Nortonové (vzniká při 25 bodech a méně)

| | | | | | |
|-----------------------------|----------------|--------------------|-------------------|-----------------|-----------------------|
| Schopnost spolupráce | Úplná 4 | Malá 3 | Částečná 2 | Žádná 1 | Celkem 28 bodů |
| Věk | Do 10 4 | Do 30 3 | Do 60 2 | 60+ 1 | |
| Stav pokožky | Normální 4 | Alergie 3 | Vlhká 2 | Suchá 1 | |
| Další nemoci | Žádné 4 | | | | |
| Tělesný stav | Dobrý 4 | Horší 3 | Špatný 2 | Velmi špatný 1 | |
| Stav vědomí | Dobrý 4 | Apatie 3 | Zmatený 2 | Bezvědomí 1 | |
| Pohyblivost | Úplná 4 | Částečně omezená 3 | Velmi omezená 2 | Žádná 1 | |
| Inkontinence | Není 4 | Občas 3 | Převážně močová 2 | Stolice i moč 1 | |
| Aktivita | Chodí 4 | S doprovodem 3 | Sedačka 2 | Leží 1 | |

Příloha č. 4 Glasgow Coma Scale

| Otevírání očí | |
|---|---|
| Spontánně | 4 |
| Na oslovení | 3 |
| Na bolest | 2 |
| Neotevře | 1 |
| Nejlepší slovní odpověď | |
| Orientován | 5 |
| Zmatený | 4 |
| Nepřiléhavá slova | 3 |
| Nesrozumitelné zvuky | 2 |
| Žádná odpověď | 1 |
| Nejlepší motorická odpověď | |
| Vykoná pohyb na příkaz | 6 |
| Cílená flexe na bolest | 5 |
| Necílená flexe na bolest | 4 |
| Patologická flexe (při dekortikaci mozku) | 3 |
| Extenze na bolest (při decerebraci mozku) | 2 |
| Žádná odpověď | 1 |

Příloha č. 5

Monitorování schopnosti pacienta chodit si sám pro léky
(týden od 20.12. do 25.12.2007)

| | Přijde sám | Přijde na výzvu | Nepřijde |
|-------------|------------|-----------------|----------|
| 1.den | | | x |
| 2.den | | | x |
| 3.den | | | x |
| 4.den | | x | |
| 5.den | | x | |
| 6.den | | x | |
| 7.den | | x | |
| vyhodnocení | | | |

