

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.
Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O NEMOCNÉHO SE SCHIZOFRENIÍ SE
ZAMĚŘENÍM NA RESOCIALIZACI**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ZUZANA FIŠAROVÁ

Praha 2009

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O NEMOCNÉHO SE SCHIZOFRENIÍ SE
ZAMĚŘENÍM NA RESOCIALIZACI**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ZUZANA FIŠAROVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O. P. S. , PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum odevzdání práce: 2009-03-31

Datum obhajoby práce: 2009-

Praha 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s použitím své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne 30.3.2009

Abstrakt

FIŠAROVÁ, Zuzana: *Ošetrovatelská péče u nemocného se schizofrenií se zaměřením na resocializaci*. Praha, 2009. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická o.p.s., Praha. Bakalář v oboru všeobecná sestra. Školitel: PhDr. Jana Hlinovská

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče o nemocného se schizofrenií, zaměřená na resocializaci. Teoretická část zahrnuje charakteristiku, etiologii, projevy a léčbu schizofrenie obecně, dále obsahuje význam psychoedukace a stigmatizace duševně nemocných. Praktická část popisuje výjimečnou případovou studii, zpracovanou, s využitím koncepčního modelu M. Gordon s ohledem na holistický přístup, metodou ošetrovatelského procesu. Edukační proces jako jeho součást má významnou úlohu pro rehabilitaci a resocializaci u nemocných trpících schizofrenií. Cílem individuální komplexní ošetrovatelské péče je dosáhnout kompenzace stavu, zabránit atakám a relapsům a dosáhnout životní úrovně v nejvyšší možné míře.

Klíčová slova: Schizofrenie. Ošetrovatelský proces. Psychoedukace.
Resocializace. Stigmatizace.

Předmluva

Psychiatrie je pro mnohé světem, který současně odpuzuje i fascinuje, světem plným mýtů a nedorozumění. Největší nedorozumění pravděpodobně souvisejí s termíny „psychóza“ a „schizofrenie“. Schizofrenie se často zaměňuje s jinými duševními nemocemi.

Tato práce se zabývá duševními nemocemi a stigmatizací, která je provází. Jsou zde uvedeny příznaky a formy, dosavadní vědomosti o původu, příčinách a možnostech léčby schizofrenního onemocnění. Cílem práce je sestavit a realizovat individuální ošetrovatelskou péči o nemocného v akutní fázi paranoidní schizofrenie, rozšířenou o možnosti psychoedukace a resocializace. Metoda ošetrovatelského procesu s využitím koncepčního modelu M. Gordon, byla pro zpracování vybrána s ohledem na holistický přístup a zároveň tím byl respektován postup klinického pracoviště, kde byla péče prováděna.

Výběr tématu práce byl ovlivněn studiem oboru a absolvováním klinických cvičení. Informačními zdroji pro mne byla především literatura a odborné časopisy, dále jsem využila závěrů konzultací s ošetrovatelským personálem a lékaři v praktickém prostředí

Práce je určena studentům zdravotnických oborů, podněty v ní mohou najít sestry z psychiatrických oddělení a pochopitelně všichni pečující o duševně nemocné. 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.

Ráda bych touto cestou vyslovila poděkování vedoucí bakalářské práce PhDr. Janě Hlinovské za podporu, pedagogické usměrnění a cenné rady, které mi poskytla při zpracovávání této práce. Děkuji také všem spolupracovníkům z Psychiatrické kliniky 1.LF UK a VFN v Praze, kde jsem absolvovala praxi od úkolů ošetrovatelských až po manažerské.

Obsah

Úvod	7
Teoretická část	8
1 Klinická charakteristika onemocnění	8
1.1 Definice, charakteristika	8
1.2 Etiologie, patofyziologie	10
1.3 Klinický obraz	12
1.4 Průběh, formy a komplikace schizofrenie	14
1.5 Diagnostika	17
1.6 Terapie	19
1.7 Rehabilitace a reedukace	25
1.8 Psychoedukace a rodinné psychoedukační programy	31
1.9 Psychoterapie	32
1.10 Prognóza, funkční důsledky	33
1.11 Stigmatizace duševně nemocných	34
2 Ošetrovatelská péče u pacienta se schizofrenií	36
2.1 Ošetrování nemocných	36
2.2 Možné ošetrovatelské problémy	38
Praktická část	39
3 Posouzení stavu pacienta	39
3.1 Identifikační údaje	39
3.2 Výtah z lékařské dokumentace	39
3.3 Terapie	41
3.4 Posouzení stavu potřeb klienta dle „Functional Health Patterns“	43
4 Ošetrovatelská péče	47
4.1 Seznam ošetrovatelských diagnóz	47
4.2 Plán ošetrovatelské péče	47
5 Edukace pacienta	48
5.1 Edukační list	48
5.2 Edukační záznam – realizace	48
5.3 Edukační plán	48
6 Zhodnocení ošetrovatelské péče	52

7	Prognóza	53
7.1	Rozhovor s ošetřující lékařkou	53
7.2	Rozhovor s rodinou nemocného.....	53
7.3	Vlastní posouzení	53
	Závěr	54
	Seznam informačních zdrojů	55
	Seznam literatury	55
	Internetové zdroje.....	56
	Seznam příloh	57

Úvod

Duševní choroby jsou zřejmě tak staré jako lidstvo samo. Výklad vzniku onemocnění, způsoby léčby a péče o duševně nemocné byly vždy odrazem obecného historického procesu vývoje lidské společnosti, souvisely s filozofickými směry a úrovní přírodovědeckých znalostí.

Koncem 18. století bylo šílenství uznáno jako nemoc, tedy jev spadající do oblasti medicíny, resp. jejího specializovaného oboru psychiatrie. Medicínský model však není schopen řešit všechny problémy spojené s léčbou duševních chorob. Je nutný multidisciplinární přístup, což se odráží v nových přístupech v terapii, rehabilitaci a s ní spojené psychoedukaci osob s psychickým onemocněním.

Tématem práce je ošetrovatelský proces u nemocného s paranoidní schizofrenií se zaměřením na resocializaci. Teoretická část se zabývá charakteristikou, etiologií, projevy a léčbou schizofrenie obecně. Je zde popsán význam psychoedukace a potřeba resocializačních programů pro nemocné schizofrenií, prostor je věnován i stigmatizaci duševně nemocných. V poslední kapitole této části je zpracována ošetrovatelská péče, která se týká všech nemocných se schizofrenií.

Pro praktickou část byla využita výjimečná případová studie nemocného s paranoidní schizofrenií, obsahuje popis jeho zdravotního stavu z pohledu lékaře a sestry i subjektivní vnímání nemocného samotného. Dokumentuje časově omezenou ošetrovatelskou péči, která byla u tohoto nemocného plánována a realizována, včetně potřebné edukace a nabídky vhodné následné péče vedoucí k resocializaci.

Cílem práce je sestavit a realizovat individuální ošetrovatelskou péči o nemocného v akutní fázi paranoidní schizofrenie, rozšířenou o možnosti a nabídku psychoedukace a resocializace. Metoda ošetrovatelského procesu s využitím koncepčního modelu M. Gordon, byla pro zpracování vybrána s ohledem na holistický přístup a zároveň tím byl respektován postup klinického pracoviště, kde byla péče prováděna.

Teoretická část

1 Klinická charakteristika onemocnění

1.1 Definice, charakteristika

Schizofrenie je závažné psychotické onemocnění, ovlivňuje lidské myšlení, citění a jednání. Snižuje kvalitu lidského života. Zvyšuje mortalitu. Pro schizofrenii je charakteristická mnohotvárnost psychopatologie, průběhu i odpovědí na léčbu. Mnohočetnost platí pravděpodobně i pro etiologii. Časté je označení pojmu schizofrenie plurálem: Bleulerova „skupina schizofrenií“.

První popis schizofrenních syndromů jako samostatné poruchy odlišené od ostatních psychiatrických syndromů pochází od Emila Kraepelina kolem roku 1890. Kraepelin tehdy nepoužíval termín schizofrenie, ale dementia praecox.

„Dementia znamená, že porucha je spojena s hlubokým narušením a rozpadem duševních funkcí, které se projevují mimo jiné bludy, halucinacemi nebo chronickými poruchami chování, které mají tendenci být závažné.“ (Höschl a kol., 2004, str. 353)

Stejně jako u demence docházelo obvykle k trvalé ztrátě duševních schopností se špatnou konečnou prognózou. Kraepelin později uvedl, že 12% nemocných se uzdravilo. Nazýval chorobnou jednotku dementia praecox, neboli předčasná demence, protože tato nemoc se obvykle objeví poprvé v období dospívání. Kraepelin popsal tuto poruchu na základě příznaků a jejich vývoje.

Kolem roku 1910 se Eugen Bleuler pokusil porozumět tomu, co je skutečnou příčinou psychiatrických dysfunkcí, vysvětloval odlišné příznaky, charakterizující dementia praecox. Kladl menší důraz na brzký nástup, progresivní degeneraci a úpadek. Předpokládal, že u dementia praecox je narušena asociativní schopnost, která umožňuje účelné a účinné myšlení a komunikaci. Kvůli tomuto narušení myšlenkového procesu, této ztrátě koheze, tomuto asociativnímu narušení, vytvořil termín schizofrenie. Popsal asociativní narušení jako něco, co je pro schizofrenii typické, nacházelo se u kořenů dalších základních příznaků, jako je autismus, ambivalence (protichůdné přání a představy) a poruchy emocí. Jiné příznaky byly podle něj netypické a nebyly nezbytné pro diagnózu schizofrenie. Tím, že kladl menší důraz na jasněji popsané příznaky (bludy,

halucinace) a jejich vývoj v čase, a větší na hypotetické procesy, které je obtížné zjistit (asociativní porucha), a na příznaky, které mohou být přítomny v různé míře (autismus), byl Bleuler jedním z prvních, kdo přispěl k rozšíření diagnózy schizofrenie. Jako schizofrenie byly diagnostikovány vážné poruchy psychosociálních funkcí u mladých lidí, poruchy nálad, dokonce stavy bez bludů, halucinací či psychotických epizod, ale charakterizované podivným nebo excentrickým chováním a společenskou izolací. (Höschl a kol., 2004)

Bleuler a Kraepelin navíc předpokládali existenci skrytých organických poruch v mozku, ale rozsáhlý vědecký výzkum jednoznačným způsobem tyto příčinné faktory neprokázal. Tato nejistota byla jedním z faktorů, který vedl k postupnému zamlžení hranic a obsahu konceptu schizofrenie. Nakonec z diagnózy schizofrenie nezbylo nic než místní význam a někteří badatelé došli k závěru, že od termínu schizofrenie by se mělo upustit, protože ztratil význam.

V posledních desetiletích byl učiněn pokus o dosažení konsenzu kolem termínu schizofrenie a popis diagnózy, ne z pohledu vnitřních příčin, ale na základě příznaků s prvky, které souvisejí s průběhem nemoci. Mezinárodní výzkum prováděný, mimo jiných i organizací WHO (Světová zdravotnická organizace), skutečně prokázal, že v každé kultuře se nachází pacienti a vývoj choroby, u kterých by každý psychiatr diagnostikoval schizofrenii.

Schizofrenie se řadí mezi endogenní psychózy. Onemocnění se vyznačuje změnou vztahu ke skutečnosti vedoucí k deformaci prožívání, chování a ke změně osobnostních charakteristik. To je doprovázeno i změnami v sociálních vztazích. Jedná se o onemocnění chronické, které dočasně a někdy i trvale naruší schopnost pacienta adaptivně řídit svůj život.

„Až na nepatrné výjimky se onemocnění vyskytuje s obdobnou frekvencí ve všech zeměpisných i kulturních oblastech světa asi u 1 % populace a propuká většinou v mladém věku 16 až 25 let. U mužů obvykle mezi 15 až 25 lety a u žen nejčastěji mezi 25 až 35 lety.“ (Praško, 2001, str. 15)

Jako mezinárodně přijatelná a založená na vědeckých důkazech a širokém konsenzu se pro diagnostiku schizofrenie používají kritéria zavedená Americkou psychiatrickou asociací (dále jen APA) v klasifikaci Diagnostického a statistického manuálu ve 4. vydání (dále jen DSM IV.).

1.2 Etiologie, patofyziologie

Etiologie schizofrenie je přes široce rozvinutý výzkum zatím neznámá, pravděpodobně jde o syndromologicky vymezenou skupinu nemocí různé etiologie. Při hledání příčin schizofrenie se často používá model vulnerability. Z tohoto pohledu se schizofrenie považuje za biopsychosociální poruchu, kdy dochází k interakci vrozené nebo získané vulnerability pacienta se stimuly a stresy z okolního prostředí. (Höschl a kol., 2004)

1.2.1 Dědičnost

Při výzkumu příčin byla velká pozornost věnována dědičným dispozicím. Šance, že se u jednotlivce vyvine porucha, pokud bude žít dostatečně dlouho, se úměrně zvyšuje s větším rizikem u příbuzných prvního stupně než u vzdálenějších příbuzných, stejně jako s rostoucím rizikem u dětí dvou schizofrenních rodičů než u dětí s pouze jedním schizofrenním rodičem.

Riziko nemocnosti průměrné populace je asi 1%, riziko příbuzných schizofreniků prvního stupně je asi 10krát vyšší, u jednoho ze dvou identických dvojčat, jehož druhé dvojče je schizofrenní, je riziko 30 až 50krát vyšší. (Seifertová a kol., 2004)

1.2.2 Strukturální a funkční abnormality mozku

Diagnostická kritéria podle klasifikace DSM IV. uvádí, že za příčinu schizofrenní poruchy nelze považovat žádnou organickou, somatickou anomálii. Nicméně se u schizofrenních pacientů stále častěji nachází abnormality ve struktuře a funkcích centrální nervové soustavy.

1.2.3 Biochemické nálezy u schizofrenie

Nervové buňky mezi sebou komunikují uvolňováním chemických látek – neuropřenašeči, ty mohou vyvolat nebo utlumit aktivitu jiné nervové buňky tím, že se váží na jinou chemickou strukturu (receptor) na stěně této buňky. Buňky, které uvolňují stejné neuropřenašeče, se někdy shlukují do skupin (jádra), ze

kterých vysílají impulsy k jiným jádrům a oblastem mozku. Objevení těchto neuropřenašečů vedlo k důležitému porozumění chemických funkcí mozku.

Drogy mají vliv na chování, náladu a myšlení, ovlivňují také uvolňování, působení a rozpad specifických neuropřenašečů, vznikly teorie o biochemických abnormalitách v mozku, o kterých se tvrdilo, že jsou příčinou psychiatrických syndromů. Bylo zjištěno, že podávání určitých léků (neuroleptik) u schizofrenních pacientů zklidnilo nemocného a způsobilo zmírnění halucinací a bludů. Neuroleptika tlumí účinek dopaminu, hlavního neuropřenašeče v mozku. Léky, které zvyšují aktivitu dopaminu, napodobují schizofrenní psychózu a účinek těchto látek lze efektivně potlačit neuroleptiky. Na základě těchto analogických zjištění se prosadila dopaminová hypotéza: u schizofrenní psychózy se v mozku zvyšuje dopaminergní činnost. (Höschl a kol., 2004)

1.2.4 Faktory prostředí

Menší strukturální abnormality ukazují na poruchu ve vývoji mozku, která se vyskytuje v druhém trimestru těhotenství. Riziko rozvoje schizofrenie je vyšší u osoby, která se narodila v zimních měsících nebo brzy na jaře. Výzkumy potvrdily větší výskyt schizofrenie u dětí, které se narodily po epidemii chřipky u matek, které byly infikovány v první polovině těhotenství. Nejdůležitějším rizikovým faktorem je patrně nedostatek kyslíku v mozku novorozeného dítěte

1.2.5 Rodinné faktory

Vztah vzorců rodinné interakce a schizofrenní psychózou se zkoumá až v posledních pěti desetiletích. Starší studie se zaměřovaly především na popis jednotlivých chorobných souvislostí. Interaktivní vzorce a formy komunikace, které byly popsány, však nemohly být prokázány ve všech rodinách schizofrenických pacientů. Ani nebylo shledáno, že by byly pro tyto rodiny typické.

Různé nedávné studie ukázaly, že emoční stres vytvářený prostředím, ve kterém nemocný žije, přispívá k dalšímu průběhu schizofrenní psychózy a četným psychotickým relapsům.

1.3 Klinický obraz

Bleuler rozdělil příznaky na primární, charakteristické pro proces onemocnění, a sekundární, které nejsou u schizofrenie univerzálně přítomny.

Primární symptomy bývají nazývány příznaky 4A:

- poruchy asociací
- poruchy afektivity
- autismus
- ambivalence

Poruchy asociací se vyznačují jejich rozvolněním a fragmentací. Projevují se zahrnováním nedůležitého, irelevantního materiálu do odpovědi. Ta ztrácí logickou souvislost a přiměřenost ke kladené otázce.

Afekty jsou u nemocného neadekvátní, nepřiměřené podnětům a situacím nebo jeví výrazné oploštění a ztupění. Pacient nemá zájem o okolí, žije ve vlastním citově chudém světě, registruje vnější dění, ale neúčastní se ho.

Autismus znamená chorobné ponoření do sebe, narcistické soustředění na vlastní osobu, pacient ztrácí kontakt s realitou. Nemocný působí dojmem nepřítomného, je odkázán na svůj vnitřní svět, který může být chudý nebo naopak plný patických produkcí (bludů a halucinací). Není schopen navázat sociální kontakt, je izolovaný, vztahy k okolí jsou výrazně oslabené.

Dalším příznakem je **ambivalence** – současná existence stejně významných protichůdných pocitů (láska, nenávisť), což se projevuje v chování pacientů.

„Interakci všech čtyř základních primárních příznakových komplexů schizofrenie odrážejí poruchy myšlení, které jsou stále pokládány za nejcharakterističtější znak onemocnění.“ (Zvolský a kol., 2003, str.72)

Poruchy myšlení se mohou týkat tempa myšlení. Mezi kvalitativní poruchy se řadí myšlenkový záraz – nemocný se bez zjevného podnětu náhle v řeči zarazí, někdy i uprostřed slova. Je spojen se zárazem jednání. Typickým znakem schizofrenních poruch myšlení je myšlení roztříštěné (inkohherentní). Myšlenky nenásledují logicky jedna za druhou, myšlení ztrácí obsahovou souvislost. V důsledku rozvolnění asociací vkládá pacient mezi jednotlivá slova nebo věty další bez respektování normální logické větné stavby. Navíc je často jeho myšlení ovlivněno vlastními logickými zákony, jež mohou být bizarní. U

schizofrenie se vyskytuje i magické myšlení, kdy nemocný přisuzuje různým jevům symbolický, tajemný význam.

Řeč může být nenápadná, ale onemocnění charakterizují slovní výbuchy, nesouvislost, neologismy, nepřirozené stylizování projevu i tzv. slovní salát (směs spolu nesouvisejících slov).

Poruchy jednání z části navazují na poruchy myšlení a emocí. Jednání je nevypočitatelné, komplikované, zvláštní. Často je v nesouladu s obsahem myšlení a s afektivní situací. Pohyby jsou strnulé, nepřirozené, neadekvátní. V chování převládá snížená iniciativnost, nemocný postává na jednom místě, je nečinný, zanedbává i osobní hygienu. Někdy okolí překvapí náhlý, neočekávaný čin.

Porucha osobnosti se nejvíce projevuje ve změnách, které se s nemocným dějí. Dochází k vyhasínání zájmů, ke změně způsobu oblékání, zanedbávání zevnějšku, životní perspektivy se redukuje, dochází k tzv. zlomu osobnosti. Charakteristické jsou známky rozpadu osobnosti. Ztrácí se její kompaktnost, jednotnost, chybí dojem koordinovanosti s jejími zájmy, plány a perspektivami. Přibývají nové, nepřiměřené chorobné zájmy, projevy a způsoby jednání.

Mezi **sekundární příznaky** schizofrenie patří halucinace – sluchové (hlasy), tělové i zrakové, poruchy čichového a chuťového smyslu. Nejčastěji se vyskytují sluchové halucinace. Může se jednat o slyšení různých zvuků, slov a vět, či rozhovorů dvou i více hlasů. Verbální halucinace mohou mít neutrální obsah, častěji jsou však nepříjemné a nepřátelské, například nadávky, kritika pacienta. Někdy nemocnému dávají příkazy a rozkazy (imperativní halucinace), který je může poslechnout a vykonat. Je zde nebezpečí sebepoškození nebo sebevraždy. Objevují se i intrapsychické halucinace. Nemocný tvrdí, že jsou mu do hlavy vkládány myšlenky, které nejsou jeho, jiné myšlenky mu mohou být zase odebírány. Většinou to prožívá jako manipulaci a vykládá působením cizí moci (aparáty, záření, sugesce).

U některých forem onemocnění se objevují bludy, např. vztahovačnosti, ovlivňování, pronásledování, megalomaničké. Jedná se o mylné přesvědčení, kterému dotyčný věří, a pod jejich vlivem také jedná. Rovněž poruchy psychomotoriky se nevyskytují u všech forem.

1.4 Průběh, formy a komplikace schizofrenie

1.4.1 Průběh schizofrenie

Nedá se předem zjistit, koho z nemocných čeká jaký průběh schizofrenie. Schizofrenie může probíhat:

- chronicky, bez přechodného zlepšení
- v atakách s částečnou nebo úplnou remisí
- v atakách s narůstajícím či stabilním defektem

Klasifikace průběhu může být provedena jen tehdy, jestliže od začátku aktivní příznakové fáze uplynul nejméně 1 rok (Motlová, Koukolík, 2004), průběh je:

- epizodický s reziduálními příznaky
- epizodický bez interepizodických reziduálních příznaků
- kontinuální (zřetelné psychotické příznaky po celé období sledování)
- jediná epizoda s částečnou remisí
- jediná epizoda s plnou remisí

Zhoršení schizofrenie se ohlašuje **časnými varovnými příznaky**, mezi které patří poruchy spánku, nesoustředěnost, nervozita, změny stravovacích návyků, zhoršení paměti nebo může mít nemocný pocit, že je zesměšňován či naopak, že je středem zájmu.

„Psychotická fáze bývá často následována ztrátou duševních schopností, a pokud není prováděna přiměřená následná udržovací léčba, je zde velmi vysoké riziko relapsu – opětovného výskytu psychotických příznaků.“ (De Hert, M. a kol., 1999, str. 8)

1.4.2 Formy schizofrenie

Podle různého seskupení příznaků se rozlišují různé typy choroby. Nejčastěji se uvádí čtyři základní typy schizofrenií: (Zvolský a kol., 2003)

- **Paranoidní schizofrenie** je pokládána za nejobvyklejší typ onemocnění ve většině částí světa. Průměrný věk vzniku choroby je poněkud vyšší než u ostatních forem. Je charakterizována bludy pronásledování a vztahovačností, pocity ovlivňování, aktivní nebo pasivní kontroly a často

megalomanskými tendencemi. Bludy jsou většinou málo logicky propojeny. Obvykle jsou doprovázeny halucinacemi, zejména sluchovými. Halucinatorní hlasy pacientovi hrozí nebo mu dávají rozkazy. Mohou se objevit čichové, chuťové i zrakové halucinace. Poruchy afektivity, vůle a řeči nejsou výrazné.

- **Hebefrenní schizofrenie** se většinou objevuje v adolescenci. Je charakterizována desorganizovaným myšlením s oploštělými a nepřiměřenými emočními reakcemi, chování bývá bizarní. Může se vyskytovat grimasování, podivná gesta, nejspíše vtipkování, pseudofilozofické úvahy a také náhlé impulsivní reakce bez vztahu k zevním podnětům. Nálada je povrchní a nepřiměřená situaci. Dochází ke ztrátě průbojnosti a rozhodnosti, opuštění cílů, takže chování se stává bezúčelné a bezcílné. Pacient se povrchně zabývá náboženskými, filozofickými a jinými abstraktními tématy.
- **Katatonní schizofrenie** se projevuje zejména výraznými poruchami motorické aktivity, jejím podstatným zvýšením nebo snížením. Rozeznáváme:
 - **Formu produktivní** – vyznačuje se nadměrnou, extrémní a občas i násilnou pohybovou aktivitou. Tato forma onemocnění byla před zavedením elektrokonvulzivní terapie často smrtelná. Ani dnes není vyloučeno ohrožení života nemocného.
 - **Formu stuporosní** – nastupuje všeobecná inhibice nebo zpomalení chování pacienta, doprovázené různými projevy, např. negativismus (nemotivovaný odpor vůči instrukcím či pokusům pohnout nemocným nebo pohyb pacienta opačným směrem), vosková ohebnost (flexibilitas cerea) – udržování těla v polohách, do nichž byl pacient nastaven, stupor, kdy je zřetelně zmenšena reaktivita vůči okolí a sníženy spontánní pohyby. Nemocný zůstává při plném vědomí, po odeznění stavu je jeho vzpomínka na proběhlé události zachována.
- **Simplexní schizofrenie** je charakterizována časným a plíživým vznikem, sociální izolací a odtažením, pasivitou a závislostí na okolí. Průběh je chronický. Není výrazná přítomnost bludů a halucinací. Časem se mohou více projevit poruchy myšlení s intelektuální deteriorací a regresí chování. Vzrůstající sociální ochuzení může vyústit do potulek. Výrazná je změna chování, projevující se ztrátou zájmů, zahálčivostí a sociálním stažením.

Jsou definovány a systematicky zařazovány ještě další formy schizofrenie:

- **nediferencovaná schizofrenie**

příznaky jsou nedostatečně vyjádřeny, aby splňovaly kritéria pro jakýkoliv podtyp schizofrenie

- **reziduální schizofrenie**

v minulosti byla splněna kritéria pro schizofrenii, která nyní splněna nejsou, během posledních 12 měsíců byly přítomny alespoň 4 z následujících „negativních“ symptomů: psychomotorický útlum, snížená aktivita, otupělá afektivita, pasivita, ochuzená řeč i neverbální komunikace, chudé sociální vztahy a zanedbávání zevnějšku.

- **postschizofrenní deprese**

během posledních 12 měsíců byly přítomny příznaky schizofrenie, stále přetrvávají některé ze základních příznaků. Depresivní příznaky přetrvávají a splňují kritéria alespoň pro mírnou depresivní epizodu.

1.4.3 Komplikace schizofrenie

Komplikací u schizofrenie může být sebevražedné jednání nemocných nebo předčasné rozhodnutí ukončení léčby z různých příčin: (Praško a kol., 2001)

- Nežádoucí účinky léků – obtěžují pacienta, takže u něj vznikne dojem, že nevýhody léčby převažují nad výhodami.
- Nedostatek náhledu na nutnost léčby či přítomnost onemocnění – léčba neproběhla s plným úspěchem, pacient nepřijal, že byl nemocen nebo své zlepšení nepřičítá léčbě (byla to náhoda, prostě si odpočinul atd.).
- Předčasný optimismus při vymizení příznaků onemocnění a nedostatek informací o možném průběhu onemocnění a rizicích, které nese vysazení léků a znovu vzplanutí obtíží
- Dávkování léků je příliš komplikované.
- Nová epizoda psychotického onemocnění – léčba je zařazena do bludného systému, pacient je jí ohrožován.
- Nemocný paradoxně vítá návrat některých příznaků (např. možnost kontaktu s nadpřirozenou bytostí prostřednictvím „hlasů“ a pocit výjimečnosti)

1.5 Diagnostika

Handicapem psychiatrie je, že se i tak závažné onemocnění, jako je schizofrenie, diagnostikuje na základě popisu symptomů, chybí objektivní kritéria (biologické markery). Skutečnost, že pomocí nových zobrazovacích technik odhalujeme odlišnosti ve struktuře a funkci mozku, zatím podstatnějším způsobem nepřispívá k diagnostice onemocnění, zmíněné techniky jsou relativně málo specifické, v běžném klinické praxi nedostupné a drahé.

Pro dosažení určité míry objektivity je snaha kognitivní deficit a symptomatologie schizofrenií měřit. Používá se k tomu řada nástrojů – škál, stupnic, dotazníků, baterie neuropsychologických testů a podobně.

Omezit variabilitu v interpretaci onemocnění lze standardizací vyšetření duševního stavu, definicemi psychopatologických pojmů a systémy pravidel pro jejich hodnocení, diagnóza se stává spolehlivější. Postup při jejím stanovování je předepsán a nenechává prostor pro intuici, snižuje však i váhu zkušenosti. (Seifertová a kol., 2004)

Diagnostická vodítka Mezinárodní klasifikace nemocí desáté revize (dále jen MKN-10) byla připravena rovněž pro výzkumné účely. Ve většině výzkumných projektů se nicméně užívá kritérií DSM-IV, které jsou mezinárodním standardem diagnózy.

1.5.1 Kritéria DSM IV pro schizofrenii

1. Charakteristické příznaky:

Dva (nebo více) z následujících pěti, každý z nich je přítomen po významnou část období jednoho měsíce (nebo méně v případě úspěšné léčby):

- bludy,
- halucinace,
- dezorganizovaná řeč,
- dezorganizované nebo katatonní chování,
- negativní příznaky, tj. afektivní oploštělost, alogie nebo abulie.

(Höschl a kol., 2004)

2. Společenské a pracovní dysfunkce:

Po značnou část doby od začátku poruchy jsou jedna nebo více hlavních oblastí výkonu běžných funkcí, jako je práce, mezilidské vztahy nebo péče o sebe výrazně pod úrovní, dosahovanou před jejím nástupem.

3. Doba trvání:

Nepřetržité znaky poruchy přetrvávají alespoň po dobu 6 měsíců. Toto šestiměsíční období musí zahrnovat alespoň jeden měsíc s příznaky, které odpovídají kritériu 1.

4. Vyloučení schizoafektivní poruchy a poruchy nálad:

Schizoafektivní porucha a afektivní porucha s psychotickými znaky byly vyloučeny, protože buď současně s příznaky aktivní fáze se nevyskytly žádné závažné depresivní, maniakální ani smíšené epizody, nebo pokud při příznacích aktivní fáze došlo k afektivním poruchám, jejich celkové trvání bylo krátké ve srovnání s trváním aktivního a reziduálního období.

5. Vyloučení látek celkového zdravotního stavu:

Porucha není zapříčiněna přímými fyziologickými účinky nějaké látky (např. zneužíváním drog, léků) ani somatickým onemocněním.

6. Souvislost s pervazivní vývojovou poruchou

Pokud je v anamnéze autistická porucha nebo jiná pervazivní vývojová porucha, stanoví se přídatná diagnóza schizofrenie pouze v případě, že po dobu alespoň jednoho měsíce jsou přítomny také výrazné bludy nebo halucinace.

1.6 Terapie

Cílem léčby schizofrenie je zlepšení pozitivních, negativních, afektivních a kognitivních příznaků, minimalizování vedlejších účinků a zvýšení kvality života nemocného.

1.6.1 Chirurgická léčba

Schizofrenní onemocnění se chirurgicky neléčí.

1.6.2 Konzervativní léčba

Léčba ataky se nazývá akutní fáze léčby, křehkému období po odeznění akutních příznaků odpovídá fáze stabilizační a stabilní (udržovací) fází léčby se rozumí dlouhodobá léčba, jejímž hlavním cílem je prevence relapsu a udržení remise. Nověji se hovoří o léčbě prodromů, respektive o zásadním významu včasného zachytu rozvoje psychotických příznaků. (Seifertová a kol., 2004)

- **Prodromy**

Prodromální stadium, pro něž jsou charakteristické poruchy nálady, kognitivní symptomy (roztržitost a obtížné soustředění), sociální stažení, obsedantní symptomy a do určité míry i pozitivní symptomy (iluze, magické myšlení apod.) může trvat řadu let. Přibližně rok před prvním kontaktem s léčbou zpravidla postupně narůstá psychotická symptomatika. Pacienti zpětně uvádějí jako nejčastější příznak vztahovačnost.

Klinická zkušenost jasně ukazuje, že včasné zahájení léčby snižuje utrpení nemocného vyvolané psychózou a minimalizuje nepříznivé sociální dopady psychoticky motivovaného chování.

- **Zklidnění akutního psychotického stavu**

„Prvním cílem je zklidnění neklidného nemocného. Tento cíl je společný i ostatním poruchám, které jsou spojeny s agitovaností, vzrušeností a agresivitou.“ (Seifertová a kol., 2004, str.51) Jde o krátkodobý cíl, jehož je třeba dosáhnout během několika minut, maximálně hodin. Pro zahájení léčby agitované iniciální fáze psychózy existuje několik možností např. podání antipsychotik intramuskulárně či perorálně.

- **Akutní fáze**

Druhou klíčovou etapou je léčba akutních příznaků psychózy, především pozitivních symptomů. Cílem je odstranit nebo omezit psychotické zkreslení skutečnosti a vliv psychotických příznaků na chování a stabilizovat stav. V počáteční fázi během prvních dvou týdnů se titruje dávka antipsychotika. Titrování dávky je postup, při němž se začne nízkou a dobře tolerovanou dávkou, která se zvyšuje podle tolerance nemocného na terapeutickou dávku tak, aby nemocný nebyl dlouhodobě vystaven nežádoucím účinkům.

Hlavními problémy, které mohou celkový léčebný výsledek zkomplikovat, je rozvoj extrapyramidových příznaků, interakce psychofarmak s jinými léky a mezi sebou a nepříznivé účinky na oběhový systém.

„Volba farmak pro akutní léčbu je výsledkem vyhodnocení psychopatologie individuálního nemocného, jeho lékové anamnézy, současného stavu, tělesných onemocnění, věku i pohlaví.“ (Seifertová a kol., 2004, str.52)

Psychoterapeutický přístup v akutní fázi je podpůrný a edukační, soustředíme se na snižování napětí jednoduchou, vysvětlující komunikací, strukturovaným režimem oddělení, menšími nároky na výkon a tolerantní koalici se všemi členy terapeutického týmu. Pacientovi podáme základní informace o nemoci a příznacích, včetně nezbytnosti užívat léky, a o jejich nežádoucích účincích. Od počátku léčby je důležité navázat dobrou spolupráci s příbuznými.

- **Stabilizační fáze**

Cílem stabilizační fáze je minimalizovat stresové situace, podpořit pacienta a snížit rizika relapsu během první adaptace nemocného v jeho sociálním prostředí. Důležité je stanovit dosažitelné cíle a počítat s větší zranitelností a křehkostí stavu. Je nezbytné zachovat kontinuitu péče, návaznost mezi hospitalizací, denním sanatoriem a ambulancí, eventuálně rehabilitací různého druhu. Zároveň je dobré zahájit psychoedukační program pro pacienty a jejich rodiny a eventuálně kognitivně rehabilitační program. (Seifertová a kol., 2004)

- **Udržovací fáze**

V této fázi terapie je psychóza již stabilizována. Cílem terapie je udržet zlepšení, zabránit relapsu, odstranit negativní příznaky, vytvořit podmínky pro návrat plné sociální způsobilosti nemocného.

Po první atace schizofrenní poruchy by léčba antipsychotiky měla trvat dva roky. Doporučuje se minimální trvání alespoň jeden rok. Délku trvání udržovací

léčby je lépe neohraničovat a považovat ji za dlouhodobou. Při rozhodování o vysazení antipsychotické léčby je třeba spolu s nemocným probrat a zhodnotit rizika s tím spojená. Pravděpodobnost relapsu souvisí s předchozí historií onemocnění a zvyšuje se s počtem prodělaných epizod. Souvisí s odolností nemocného vůči zátěži a s náročností jeho životních plánů. Rizika jsou ovlivněna průběhem předchozích psychotických atak. (Seifertová a kol., 2004)

1.6.2.1 Farmakoterapie

- **Antipsychotika**

- typická, klasická – antipsychotika první generace
- atypická – antipsychotika druhé generace

- **Antidepresiva**

deprese u pacienta se schizofrenií je důvodem k terapeutické rozvaze, na místě je pečlivá observace, redukce stresujících životních okolností a zajištění strukturovaného režimu. Depresivní příznaky mohou ohlašovat novou psychotickou dekompenzaci.

- **Hypnotika**

podávají se nemocným s poruchami spánku

- **Anxiolytika, benzodiazepiny**

jsou u schizofrenie běžně užívanou přídatnou medikací, v monoterapii jsou méně účinná než antipsychotika, v kombinaci zklidňující účinek antipsychotik potencují. Často jsou podávány pro úzkost, nespavost a psychotický neklid.

- **Stabilizátory nálady**

mohou posilovat účinnost antipsychotik u rezistentních nemocných, zlepšovat afektivní symptomy a kontrolovat impulzivitu nebo násilné chování.

- **Antiepileptika**

se začala podávat u schizofrenie na základě pozorování, že pacienti se schizofrenií, u nichž se projevuje agresivita, mají často abnormality EEG.

- **Anticholinergika**

se používají v léčbě extrapyramidových syndromů navozených antipsychotiky.

Antipsychotika příznivě ovlivňují integrace psychických funkcí. Používají se od poloviny dvacátého století. Původní název neuroleptika byl opuštěn, neboť spíše než o žádoucích účincích vypovídal o nežádoucích vedlejších účincích těchto léků - neurologických extrapyramidových příznacích. (Motlová, Koukolík, 2004)

Antipsychotika regulují dopamin, odstraňují bludy, halucinace, zlepšují soustředění a schopnost zvládat každodenní zátěž, zabraňují relapsu. V řadě výzkumných studií bylo prokázáno, že antipsychotika snižují riziko vzniku nové schizofrenní epizody až o 40%.

Léčba antipsychotiky je dlouhodobá, po dobu hospitalizace je dávka vysoká a prvních šest měsíců po nasazení by se neměla měnit, pak se obvykle snižuje.

Odborníci na celém světě se shodují na následujícím doporučení:

Po první epizodě se antipsychotika užívají 1-2 roky

Po dvou a více epizodách 5 let

Při závažném průběhu onemocnění neomezeně dlouho

Nežádoucí účinky antipsychotik

Ztuhlost, chvění, třes, vnitřní neklid (nucení k chůzi, přešlapování)

- Svalové křeče (nejčastěji ruce a obličej)
- Ospalost
- Nízký krevní tlak
- Sucho v ústech
- Zácpa
- Hormonální poruchy
- Nárůst hmotnosti

1.6.2.2 Fyzikální léčba

Elektrokonvulzivní terapie (dále jen ECT) je vhodná u nemocných, u nichž jsou přítomny afektivní symptomy, agitovanost a sebevražedné tendence. Výsledky dostupných studií svědčí o tom, že u nemocných se schizofrenií, u nichž antipsychotika dostatečně nezabírají, je použití ECT opodstatněné. Metodou první volby bývá u katatonní formy schizofrenie, kdy výhodou je především rychlý nástup účinku. (Höschl a kol., 2004)

Metoda ECT je založena na opakované elektrické stimulaci mozku, nejčastěji se užívá v sérii 6 až 12 elektrokonvulzí během 3 až 4 týdnů, méně často je nutné k dosažení potřebného účinku použít delší sérii nebo sérii opakovat. Vlastní elektrická stimulace mozku trvá 1 až 2 sekundy. Mozek na tuto stimulaci reaguje 20 až 40 sekund trvajících změnami elektrické aktivity na membránách mozkových buněk, čímž se obnovují normální fyziologické poměry mozkové činnosti. Celková doba výkonu nepřesahuje 10 minut.

ECT se používá se souhlasem nemocného, kromě případů, kdy je duševní chorobou bezprostředně ohroženo zdraví nebo život nemocného a neexistuje srovnatelně účinná a bezpečná léčebná metoda. Léčba ECT je bezbolestná, probíhá v celkové anestézii a svalové relaxaci. Je důležitý psychoterapeutický přístup k nemocnému.

Vyšetření nemocného před ECT:

Před výkonem je každý pacient vyšetřen lékařem internistou včetně provedení EKG a jsou rovněž provedeny základní laboratorní vyšetření krve. Provede se vyšetření EEG a vyšetření očního pozadí. V případě možného většího rizika výkonu pro nemocného je kontaktován i lékař specialista z příslušného oboru.

Nežádoucí vedlejší účinky ECT jsou mírné a vyskytují se vzácně. Mohou se vyskytnout bolesti hlavy, přechodné poruchy krátkodobé paměti nebo orientace. Může se vyskytnout pocit ztíženého dýchání při probouzení z anestezie a nelze vyloučit alergickou reakci na podané léky jako u každé jiné anestezie. Velmi vzácné jsou komplikace, týkající se srdeční činnosti, dýchání a komplikace neurologické, stejně jako drobná poranění v oblasti ústní dutiny.

Kontraindikace ECT:

ECT se nesmí použít u pacientů se zvýšeným nitrolebním tlakem, mozkovým nádorem, výdutí mozkových cév (aneurysmat) a po mozkovém krvácení. Zvýšené opatrnosti je třeba po centrální mozkové příhodě nebo infarktu myokardu v posledních 3 měsících, u těžké ischemické choroby srdeční, selhávání srdce, výdutě aorty nebo jiných velkých cév, těžkých plicních chorob, těžké osteoporosy, některých závažných neurologických chorob, glaukomu (zeleném zákalu) a po úrazu mozku v posledních 6 měsících. Při celkové akutní infekci je vhodné s ECT počkat na její залéčení.

1.6.2.3 Dietoterapie

U onemocnění schizofrenií není zapotřebí žádné dietní opatření, pokud se neobjeví náhlý nárůst hmotnosti, což je bohužel častý nežádoucí účinek antipsychotik. V tomto případě je nutná důsledná psychoedukace a dlouhodobý nácvik změny životního stylu.

1.6.2.4 Pohybový režim

Fyzická aktivita je nedílnou součástí léčby. Program pravidelné fyzické aktivity, přizpůsobený aktuálnímu stavu je prospěšný pro všeobecné zdraví i případnou redukci hmotnosti.

Do týmu, který pečuje o hospitalizované schizofreniky by měl být zapojen vždy ergoterapeut, fyzioterapeut a sociální pracovníce, která má za úkol zjistit individuální možnosti klienta.

Každé psychiatrické oddělení má svůj systém vycházek nemocných, které jsou pečlivě plánovány pro lepší resocializaci klientů.

1.7 Rehabilitace a reedukace

Rehabilitace a reedukace jsou v oblasti práce s psychicky nemocnými velice úzce spjaty, navzájem se prolínají a těžko budeme mezi nimi hledat zásadní rozdíly. Následkem nemoci, poranění nebo vývojové odchylky dochází ke ztrátě nebo omezení určité schopnosti. Eliminace těchto zásahů je předmětem biologické prevence a léčby. Cílem je vyléčení nemoci, eventuálně prevence další ataky, likvidace poranění. Těžiště rehabilitace je tam, kde hrozí, že dojde nebo již došlo k nevratnému poškození funkce s následným funkčním deficitem. Rehabilitace má kromě humánního aspektu i velký ekonomický význam, tím že zkracuje pracovní neschopnost a zabraňuje invalidizaci.

„Rehabilitační péče v psychiatrii má před sebou velmi složitou problematiku. Nejde zde o úplnou nebo částečnou obnovu narušených funkcí svalově kosterního systému, ale o rehabilitaci narušené osobnosti nebo celého komplexu narušených funkcí psychiky (myšlení, jednání, emocionality atd.) a z toho plynoucích důsledků, tj. o rehabilitaci interpersonálních vztahů nemocného, přípravy jeho návratu do rodinného, pracovního a společenského prostředí v rámci možností daných povahou psychického onemocnění.“
(Dobiáš a kol., 1984, str. 149)

V psychiatrii se rozlišuje tzv. **rehabilitace sociální**, zaměřená na obnovení sociálních schopností nemocného, například schopnost přiměřeného společenského styku, hospodaření s finančními prostředky, samostatné zabezpečování životních potřeb apod.

Předmětem rehabilitace jsou nejen biologické deficity, ale i osobní a sociální újmy jedince, které je možno dělit na primární a sekundární.

Primární újmy

Primární újmy jsou přímým důsledkem vlastního chorobného procesu. U schizofrenií se mluví v souvislosti s primární újmou o tzv. postprocesuálních změnách: defektu a psychopatizaci.

Sekundární újmy

Újmy v důsledku biologické léčby – amnestický syndrom po ECT, nežádoucí účinky psychofarmak. Osobní újmy – nepřizpůsobivé osobní reakce na nemoc. Sociální újmy – v důsledku změněných postojů významných lidí v pacientově sociálním prostředí (příbuzní, spolupracovníci apod.).

Prevence vzniku sekundární sociální újmy

V zájmu prevence vzniku sekundární sociální újmy, způsobené nevhodnými podmínkami hospitalizace, bylo nutno v psychiatrických zařízeních přistoupit k určitým změnám. Ty spočívaly v úpravě prostředí lůžkového oddělení, zahrnující prostorové, organizační a funkční členění, materiální, technické a estetické vybavení.

Důležité je uspořádání mezosobních vztahů na oddělení – dodržování zásad společenského vystupování, úvodní seznámení s režimem oddělení, pracovním týmem a spolupacienty. Tato základní pravidla musí být samozřejmostí. Řešení vztahů mezi nemocnými navzájem i mezi personálem a nemocnými napomáhají pravidelné schůzky (terapeutická komunita).

Od samého počátku hospitalizace je nutné stimulovat pacienta, aby se zapojil do různých forem rehabilitace a podílel se na pracovním a kulturním programu oddělení.

1.7.1 Sociální rehabilitace - resocializace

Zařazení psychicky nemocného zpět do rodiny, na pracoviště a vůbec do společnosti je hlavním cílem sociální rehabilitace. Pro tento úsek aktivity byla dříve v literatuře používána i jiná označení se stejným obsahem, například sociální readaptace, sociální reintegrace.

Resocializace je úzce spjata s rozvojem sociální psychiatrie, která se ve světě rozšířila po 2. světové válce. Zkoumá význam sociálních a kulturních faktorů v etiologii a dynamice duševních poruch, spojuje sociální vědy s psychiatrií, hledá vztahy sociálních činitelů k duševnímu zdraví i duševním poruchám. V praktické aplikaci znamená uplatnění poznatků sociální psychiatrie nový přístup v péči o duševně nemocné, hledání nových forem péče. (Skaličková a kol., 1971)

Možnosti sociální rehabilitace v lůžkovém zařízení

Dlouhodobá hospitalizace vede sama o sobě k jistým nežádoucím jevům. V této souvislosti hovoříme nejčastěji o hospitalismu, ústavním syndromu a syndromu sociálního selhání. V projevech nemocných lze najít příznaky, které

nepatří do klinického obrazu psychózy, ale jsou neurotickými reakcemi na nevhodné prostředí.

Projevují se apatií, submisivností, absencí hněvu na nespravedlivé zacházení, ztrátou zájmu na sociálních funkcích a obvyklých sociálních dovednostech. Objevuje se úpadek osobních návyků, chybí zájem o budoucnost a schopnost jejího plánování.

Příčinou těchto reakcí je ztráta kontaktu s vnějším světem, ztráta přátel, ztráta perspektiv mimo nemocnici. Čím déle je nemocný v psychiatrickém zařízení, tím méně je navštěvován, tím méně ví o vnějším světě a tím méně chce ústav opustit.

I dobré léčení v nevhodném prostředí může vést k chronicitě, proto je třeba uplatňovat prvky sociální rehabilitace od prvního styku zdravotníka s nemocným. Důležité je uspořádání mezilidských vztahů na oddělení, dodržování zásad společenského vystupování vůči nemocným, uplatňování psychologického přístupu k pacientovi a zejména podpora kontaktů se sociálním prostředím nemocného. Význam má i samotné prostředí lůžkového zařízení a vhodný denní režim.

Sociální rehabilitace v lůžkových psychiatrických zařízeních přece jen vždy probíhá za podmínek, které nemohou zcela odpovídat dennímu životu ve společnosti. Faktory ochranné jsou v převaze nad stresovými. Proto je třeba se snažit o vytvoření spojovacího článku, mostu mezi ústavem a společností.

1.7.2 Programy usnadňující přechod z nemocniční péče do domácího prostředí

Denní stacionář, denní a noční sanatoria

Formy péče, kdy nemocný pobývá v psychiatrickém zařízení jen několik hodin denně, se označují společným pojmem parciální (částečná) hospitalizace. Tato forma péče je přechodem mezi péčí ústavní a ambulantní. Poskytuje psychiatrickou léčbu při zachovaném kontaktu s reálným životním prostředím nemocného, spojuje účinně složku terapeutickou s momentem rehabilitačním. V terapii se využívá individuální i skupinová psychoterapie, rehabilitační a socioterapeutické techniky a farmakoterapie. Denní sanatoria jsou významnou složkou péče o těžce duševně nemocné.

1.7.3 Kluby nemocných

Pacientské kluby představují další významnou podporu sociální rehabilitace. Jejich prostřednictvím lze nadále udržovat neformální kontakt s propuštěným pacientem. V klubových aktivitách (zájmových, kulturních, pracovních aj.) se uplatňuje aktivita a samostatnost klientů, profesionál vystupuje spíše jako host.

Kluby mají nesporný význam nejen doléčovací. Usnadňují adaptaci na sociální prostředí, do kterého se po léčbě vrací, přispívají k přehodnocení pacientova vztahu k vlastní nemoci a životním možnostem. Aktivity jsou vázány na potřeby běžného denního života a mají preventivní význam, jako předcházení sociálnímu selhání nemocných, někdy i zbytečné rehospitalizaci.

Účast dobrovolníků a rodinných příslušníků v klubové činnosti přispívá k odstraňování bariér a předsudků, jimiž je často laická veřejnost při posuzování tzv. psychiatrického pacienta zatížena. Pacientské kluby vytvářejí cenný spojovací článek mezi systémem zdravotnické péče a sociálním životem nemocných.

Pro osamělé představuje klub citové a sociální zázemí. Aktivnějším jedincům přináší možnost seberealizace, a tím i zvýšení jejich sebevědomí.

1.7.4 Chráněné bydlení

Jedná se o formu psychosociální služby poskytované osobám s duševním onemocněním, které z různých důvodů nejsou schopné žít samostatně nebo ve svých rodinách. Tento typ bydlení je alternativou dlouhodobých hospitalizací, kdy zdravotní stav není důvodem k pobytu v lůžkovém psychiatrickém zařízení, ale propuštění nemocného brání jeho sociální situaci. Chráněné bydlení může mít různé modifikace lišící se stupněm ochrany a dohledu. Pobyt klienta může být trvalý nebo stálý.

Mezi dlouhodobě hospitalizovanými je však velké procento těch, kteří byt nemají a rodina je odmítá. Při všeobecném nedostatku bytů a jejich cenách je malá pravděpodobnost, že by nemocný během pobytu v chráněném bydlení získal vlastní střechu nad hlavou. Jejich situaci dosavadní typy chráněného bydlení neřeší. (Baudiš a kol., 1991)

1.7.5 Problematika zaměstnávání

Jednou z nejzávažnějších otázek sociální rehabilitace je problematika zaměstnávání. Práce je náplní každodenního života člověka. Mimo peněžní odměny má řadu dalších významů, například užitečné a smysluplné trávení času, jasné členění denního programu, navázání kontaktů s jinými lidmi. Prostřednictvím práce člověk uspokojuje právě tak své materiální nároky, jako se realizuje a rozvíjí své tvořivé síly. Profesní role je uznávanou sociální rolí. Zařazení a udržení se v práci je významným krokem zpět do života.

U pacientů s onemocněním schizofrenního okruhu má pracovní začlenění významnou úlohu i z toho důvodu, že jsou u nich výrazně omezeny možnosti životní seberealizace, bývá ohrožena realizace partnerského vztahu i rodičovství. Práce se tak stává hlavní životní náplní.

Udává se, že asi 60-70% schizofreniků je schopno vyhovět požadavkům pracovního trhu. Pro ty, kteří nejsou schopni pracovat v běžném pracovním prostředí, je třeba vytvářet chráněné pracovní podmínky. (Škoda a kol., 1996)

Relativně nejsnadnější je pro pacienta návrat na původní pracoviště, kde spolupracovníci mají s ním i jeho nemocí osobní zkušenost. I v tomto případě se však zpravidla nevyhne určitým obtížím. Nástup do zaměstnání po dlouhodobé pracovní neschopnosti znamená změnu podmínek, je zátěžovou situací, která může způsobit i přechodné zhoršení zdravotního stavu. V některých případech (střídavé směny, hluk, nepravidelná, nárazová práce apod.) jsou proto nutné alespoň z počátku určité úpravy pracovního prostředí a režimu.

Úspěšné zapojení do pracovní činnosti podporuje i náhled pacienta, schopnost adekvátního zhodnocení vlastních schopností a možností. Častou příčinou selhání v zaměstnání je snaha vzít na sebe co nejvíce úkolů a práce, „aby si nemysleli, že jsem nemocný“, a tak odčinit dlouhodobou absenci.

Důležitá je oblast mezilidských vztahů. Nezřídka se nemocný setkává s předsudky, strachem a nejasnými obavami z možného nebezpečí. To je spojeno s tendencí se od nemocného izolovat nebo naopak s nadměrnou péčí o jeho osobu.

1.7.6 Chráněné pracovní podmínky

Cílem zaměstnání v chráněném prostředí je udržovat a rozvíjet pracovní dovednosti, trénink pracovního režimu a práce v kolektivu s výhledem na přechod klienta do normálního pracovního poměru. Rozlišujeme 2 základní formy chráněného zaměstnávání:

Chráněné dílny – skupina klientů pracuje pod vedením pracovního terapeuta a zároveň je zajištěna další profesionální pomoc, například skupinová sezení, konzultace sociálního pracovníka nebo psychiatra. Dílny mohou být rehabilitační, s cílem připravit nemocného na přechod do nechráněných podmínek, nebo se mohou pro část klientely stát určitým typem stálého zaměstnání.

Chráněná pracovní místa – jsou součástí běžného provozu, ale nemocnému umožňují menší pracovní zátěž, přihlíží se v nich k jeho zúženým pracovním možnostem. Na pracovišti je obvykle pracovník, který klienta sleduje, pomáhá mu v běžných situacích.

Klienti jsou v chráněných dílnách zaměstnání zpravidla na poloviční úvazek, tzn. 4 hodiny denně a s nimi pracují vždy 2 pracovní terapeuti. Každou dílnu má na starosti jeden supervizor (psycholog, psychiatr), který vede skupinová sezení s klienty. Ta jsou zaměřena na podporu soudržnosti pracovní skupiny, řeší se při nich interpersonální problémy a konzultují rehabilitační plány.

V chráněných dílnách jsou pracovní podmínky natolik „chráněné“, že se jen málokdy podaří, aby rehabilitovaný pacient dostal nárokům běžného zaměstnání. Jejich příspěvek ke společenské integraci je problematický, protože vytvářejí jakési „pracovní skupiny invalidů“, které v pacientech podporují pocit odlišnosti od zdravých, tedy „normálních“ lidí. Další nevýhodou je ekonomická náročnost provozu. Chráněné dílny si na sebe prodejem svých výrobků nevydělají a vyžadují značné dotace. V tržní ekonomice se problémem stává i zajištění vhodných výrobních programů. (Baudiš a kol., 1991)

Chráněné dílny poskytují možnost trvalejšího pracovního uplatnění pro osoby s těžším stupněm psychického postižení. Mohou také plnit funkci přípravy pro zařazení do rehabilitačního programu přechodného zaměstnávání.

1.8 Psychoedukace a rodinné psychoedukační programy

Cílem dlouhodobé léčby je předejít relapsu. Farmakoterapie doplněná rodinnou psychoedukací patří v současnosti k velmi účinným postupům. Psychoedukace u schizofrenie je terapeutická technika, jejímž hlavním úkolem je poskytnout nemocným a jejich příbuzným důkladné informace o povaze nemoci a možnostech její léčby. „*Psychoedukace se skládá z edukace, kognitivní rehabilitace, psychoterapie a nácviku sociálních dovedností. Význam rodiny pro terapii schizofrenie je velmi podstatný. Přibližně 65% nemocných se po propuštění z nemocnice vrací do původní rodiny.*“ (Praško a kol., 2001, str.33)

Rodina představuje pro pacienta přirozený podpůrný systém, poskytuje nemocnému pocit zájmu o jeho osobu a oporu. Pacient, který v důsledku nemoci přišel o mnohé sociální dovednosti, se jim v podpůrném rodinném prostředí snáze znovu naučí. Rodinní příslušníci jsou mnohdy první, kdo správně a včas rozpoznají počínající relaps onemocnění.

Vhodné je zahájit edukaci již během hospitalizace. Optimální je skupinová psychoedukace zvláště pro pacienty a zvláště pro příbuzné. Ve skupinách pro pacienty se zařazují do programu i prvky kognitivní rehabilitace. Zvláštní pozornost se věnuje relapsům a jejich časným varovným signálům. V této souvislosti se zdůrazňuje preventivní účinnost antipsychotické léčby.

Účastníci se učí rozpoznávat komunikační stereotypy zatížené zvýšenou měrou vyjadřovanými emocemi (přehnaná nekonstruktivní kritika, nadměrné vměšování se do pacientova soukromí atd.) a nahrazovat je komunikací méně rizikovou (konstruktivní kritika, pochvala). Jsou-li v rodině nějaké aktuální konflikty, řeší se s cílem snížit rodinné napětí, které pro pacienta představuje rizikovou zátěž.

Nabídka účasti v psychoedukačním programu je pro mnohé rodiny signálem, že péče o duševně nemocného příbuzného nezůstane jen na jejich bedrech.

1.9 Psychoterapie

Nedílnou součástí léčby schizofrenních psychóz je individuální a posléze skupinová psychoterapie. Těžištěm psychoterapeutické intervence je období po odeznění akutní fáze choroby. Cílem psychoterapie je, aby pacienti pochopili, že jsou duševně nemocní, aby se ve své nemoci dokázali patřičně vyznat i vzhledem k případným spouštěčům a signálům opětovné ataky onemocnění, a tím aby byli schopni svou nemoc ovlivňovat. Nejdůležitějším článkem terapeutického procesu je totiž pacient sám. (Praško a kol., 2001)

Druhý cíl vychází z názoru, že léky odstraňují příznaky nemoci, nikoli však problémy, které mohly být jednou z příčin vzniku onemocnění. Po ukončení hospitalizace se nemocný většinou vrací zpět do prostředí, z něhož psychóza „vyrostla“. Proto je třeba pomocí psychoterapie rozpoznat případné problémy, například ve škole, v zaměstnání, v rodině a snažit se je zmírnit nebo odstranit. Plná hodnota psychoterapeutické asistence je zřetelná u chronických pacientů, kterým pomáhá překonávat zvýšenou psychickou zranitelnost.

U schizofreniků se obvykle využívá:

- Podpůrná psychoterapie
- Kognitivně behaviorální psychoterapie
- Rehabilitace kognitivních funkcí
- Nácvik sociálních dovedností

1.10 Prognóza, funkční důsledky

Každá ataka nemoci znamená velkou zátěž a změnu nejen pro nemocného, ale i pro jeho okolí. Dochází ke změnám v psychice i fungování ve všech oblastech života nemocného, a proto je lépe relapsům předcházet. V akutní atace mění psychotické příznaky vztah nemocného k sobě samému a k okolí. Po nemoci dochází k oslabení v řadě oblastí, je zvýšena citlivost organismu na jakékoli změny, je menší odolnost vůči zátěži fyzické i psychické. Během choroby se mění kontakt nemocného s okolím, ztratí řadu přátel, zaměstnání, školu. Leckdy postižený neví, jak znovu začít, s obavami se dívá do své budoucnosti a objevují se komplexy méněcennosti a strach z nálepky duševně nemocného. S bilancováním se objevují i sebevražedné pokusy. Až 10 % nemocných schizofrenií spáchá sebevraždu. Pokud je po proběhnuté atace onemocnění stav klienta stejný jako před onemocněním, je další prognóza (předpoklad dalšího průběhu choroby) příznivá. Ale i u chronicky probíhajících onemocnění je vždy naděje na zlepšení, a to nejen díky stále nově vyvíjeným lékům, ale i novým rehabilitačním programům. (Höschl a kol., 2004)

Příznivější prognózu mají onemocnění s náhlým začátkem, s přítomností pozitivních příznaků (bludů, halucinací) a větší tělesnou aktivitou. Neméně důležité je zachování si koníčků a původního životního stylu.

Méně příznivou prognózu naopak mají onemocnění s plíživým začátkem a přítomností spíše negativních příznaků (snížením emoční a pohybové aktivity). Příznivější průběh onemocnění mají lidé, kteří mají partnera nebo již založenou vlastní rodinu, a dále ti, kteří mají stálé zaměstnání nebo studují.

1.11 Stigmatizace duševně nemocných

Lidé se duševně nemocných bojí. Nerozumí jim a mají sklon je pokládat za nevypočitatelné, neschopné a možná nebezpečné blázny. Společnost se před duševně nemocnými chránila jejich vyčleněním a izolací. Obklopila je předsudky a chovala se k nim jinak než k ostatním lidem, diskriminovala je. Politici, veřejní činitelé i mnozí lékaři pokládají duševně nemocné za lidi, kterým bychom nic důležitého nesvěřili, a pro které je nejlepší dlouhodobá ústavní péče. Také sám pacient raději vidí ve svých příznacích slabost, nedostatek síly čelit nepřízni osudu, spiknutí a cokoliv jiného, než aby připustil, že jsou známkami duševní nemoci. Pacienti 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 duševní nemoci vede k tomu, že nemocní mohou být považováni za nesvéprávné, zhlouplé, a zejména nevypočitatelné a potencionálně nebezpečné. Často to také pro ně může znamenat, že jejich nemoc je považována za nevléčitelnou a oni patří do blázince či ústavu. Přijmout takovou vyhlídku se nikomu nechce ani tehdy, když ví a cítí, že potřebuje pomoc. Nechce být předmětem obav, soucitu a diskriminace od ostatních lidí. Hledá tedy pomoc jinde než u psychiatra, nebo vytrvale a někdy zoufale popírá její potřebu.

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 – stresu, který nepříznivě ovlivňuje průběh onemocnění.

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 přinejmenším komické podivíny. Také na psychiatry přechází podobné charakteristiky. Výsledkem je strach z duševního onemocnění a strach z psychiatrie, který je nepřiměřený strachu z jiných nemocí nebo medicínských 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.

Jistá míra diskriminace a omezení možností sociálního uplatnění je spojena s každým onemocněním. Stigma ale není nevyhnutelný osud. Nemoc není nutně spojena se snížením naděje na úspěch v životě.

Je nutné vysvětlit nejen nemocným a veřejnosti, ale i veřejným činitelům a politikům, že schizofrenie je léčitelná, že neznamena ve většině případů nepochopitelné násilné chování, a že není důvodem k celoživotní rezignaci. Pacienti se schizofrenií, se přes kognitivní, emoční a osobnostní změny, zachovávají dostatek osobních charakteristik, aby pojem schizofrenik nebyl považován za vyčerpávající charakteristiku jejich osobnosti.

„Destigmatizace nespočívá jenom ve změně postojů, ale i v legislativních opatřeních. Napomáhá jí využívání možností péče mimo lůžková zařízení, ve stacionářích, krizových centrech a střediscích, které nemocným pomáhají bránit skluzu v sociální kompetenci.“ (Höschl a kol., 2004, str.409)

Nemocní se schizofrenií mají právo na léčbu co nejméně omezujícím způsobem. Naším úkolem je přesvědčit nemocné, že léčba je spojena s menšími riziky než popření nemoci. Úkolem společnosti je pomáhat nemocným v boji, který vedou, o zachování své osobnosti a kvality života.

2 Ošetrovatelská péče u pacienta se schizofrenií

2.1 Ošetrování nemocných

Někdy je hospitalizace nemocného se schizofrenií nezbytná. Nejčastěji je to při první psychotické epizodě, příznaky jsou zcela neznámé pro nemocného i jeho okolí a navíc je nutné nemocného velmi pečlivě vyšetřit i somaticky, včetně laboratorních a zobrazovacích vyšetření, která slouží k vyloučení tělesné příčiny psychotických příznaků. Další situací, která často vyžaduje hospitalizaci, je relaps psychózy.

Psychiatrická léčebna, klinika či psychiatrické oddělení se v některých detailech od běžných oddělení, která léčí tělesné choroby, liší.

Psychiatrické oddělení může být uzavřené, což znamená, že pacient z něj může odejít pouze s povolením ošetřujícího lékaře. Důvodem je ochrana pacienta a jeho okolí před riziky a nebezpečími plynoucími z jeho onemocnění (riziko sebevraždy, násilné jednání pod vlivem psychotických příznaků, uposlechnutí sluchových halucinací a přerušování kontaktu nemocného s okolím, nevypočitatelné chování v akutním stadiu nemoci). O přijetí pacienta na uzavřené psychiatrické oddělení rozhoduje vždy lékař, který pečlivě váží důvody nutnosti hospitalizace. Je překvapující, že pouze malý podíl nemocných přijímaných na takové oddělení jsou ti, kdo podstupují léčbu nedobrovolně.

U pacientů, kteří znají příznaky svého onemocnění, je poměrně časté, že sami žádají o hospitalizaci na uzavřeném oddělení a dokáží posoudit míru závažnosti svého stavu.

Existuje několik zvláštností v ošetrovatelské péči, které se mohou bezprostředně týkat hospitalizace nemocného se schizofrenií. Tyto situace vyžadují standardní postupy, které jasně stanoví pravidla například u hospitalizace bez souhlasu pacienta nebo u použití omezovacích prostředků.

Odmítá-li nemocný přes náležité vysvětlení potřebnou péči, vyžádá si o tom ošetřující lékař písemné prohlášení (negativní revers). V případě nemocného trpícího psychózou psychiatr posuzuje, zda je nemocný v konkrétním zdravotním stavu způsobilý k projevu své pravé a svobodné vůle. Pokud usoudí, že nikoli, nemůže negativní revers pacienta přijmout. Ve většině případů to u psychotického pacienta znamená zároveň zahájení detenčního řízení. Negativní revers může uplatnit pacient, nikoli jeho rodina.

2.1.1 Příjem na oddělení, volba pokoje, poloha nemocného

Nemocný se schizofrenií je přijímán k hospitalizaci standardním postupem psychiatrického zařízení. Je třeba citlivě, ale důsledně zkontrolovat osobní i donesené věci. Je nutné seznámit, jasnou a srozumitelnou formou, nemocného s režimem a uspořádáním oddělení a observací personálem.

Minimální obsazenost pokoje jsou dvě osoby (výjimkou je izolace), hodnotíme míru soběstačnosti nemocného, dle výsledků provedeme příslušná opatření (blízkost koupelny, jídelny apod.). Platí pravidlo, že nemocní s příznaky mánie by neměli být společně na jednom pokoji, totéž platí i pro nemocné s příznaky deprese.

Nemocní jsou během dne aktivizováni, pobyt na lůžku většinou není žádoucí.

Častým projevem v chování nemocných schizofrenií při přijetí k hospitalizaci je agitovanost. V přístupu k těmto nemocným musí ošetřující personál dodržovat stanovená pravidla, ideální je použít standardní ošetřovatelský postup (viz příloha 1).

2.1.2 Sledování nemocných

U nemocného se schizofrenií sledujeme a zaznamenáváme:

- Verbální i neverbální projev nemocného na oddělení i při různých aktivitách
- Spánek – kvantitu i kvalitu
- Fyziologické funkce – TK, P (neurčí-li lékař jinak, 1x týdně)
- Hmotnost a Body Mass Index - index tělesné hmotnosti (dále jen BMI) (neurčí-li lékař jinak, 1x týdně)
- Užívání medikace
- Dodržování léčebného režimu
- Dodržování stravovacího a pitného režimu
- Kontrolu hygienických návyků
- Časné varovné signály onemocnění

2.2 Možné ošetrovateľské problémy

- Komunikace verbální porušená
- Myšlení porušené
- Násilí hrozící vůči sobě i jiným
- Osamělost, zvýšené riziko
- Paměť porušená
- Péče o sebe sama nedostatečná
- Riziko poruchy přizpůsobivosti rodiny
- Sebepoškození hrozící
- Spánek porušený
- Společenská interakce porušená
- Společenská izolace
- Udržování domácnosti porušené
- Únava
- Zdraví, snížená schopnost zachování
- Zvládání problémů individuální, neúčinné
- Zvládání situace rodinou neúčinné (negativní dopad na nemocného)
- Život rodiny narušený

Praktická část

3 Posouzení stavu pacienta

3.1 Identifikační údaje

Pan R. S., narozen 1985 (22let), je svobodný, žije s otcem a sestrou v nájemním bytě. Nedokončil střední školu, pracuje jako pomocník v pekárně. Kontaktní osobou je otec P. S., adresa: Praha – východ....., telefon: 602....

Ošetrovatelská péče byla plánována a realizována od 13. do 30.10.2008, nemocný byl na počátku sledování hospitalizován již osmý den.

3.2 Výtah z lékařské dokumentace

3.2.1 Lékařská anamnéza

Pacient přijat k 1. hospitalizaci, přivezen Rychlou záchrannou službou (dále jen RZS) za asistence Policie ČR (dále jen PČR) pro agresi. Dobrovolný vstup nesignoval.

Rodinná anamnéza: neguje psychiatrickou hereditu, dle přítomného otce a sestry snad psychické změny v posledních letech u matky pacienta až s paranoidními rysy (není objektivizováno).

Osobní anamnéza: s ničím se neléčí, neguje všechna sledovaná onemocnění.

Farmakologická anamnéza: léky nebere, pouze vitamíny a lecitin. Dále, dle rodiny, Tegretol, Risperdal, snad i Zyprexa.

Alergie: neguje.

Abusus: kuřák (40/ den), alkohol pije příležitostně, drogy neguje.

Nynější onemocnění: vigilní, orientován místem i časem, patrná je intrapsychická tenze, tlak řeči, pohotovost k agitovanosti, obtížně přerušitelný, odpovědi neadekvátní, myšlení inkoherentní, rozvolněné asociace, neudrží determinovanou tendenci, auditivní halucinace, paranoidní, osobnost tangovaná psychosou.

Psychiatrická anamnéza: pacient snad v dubnu 2005 v léčebně Bohnice hospitalizace, trvala 3 měsíce. Docházel do psychiatrické ambulance v Praze 10. Užíval Risperdal, Tegretol, dle pacienta v poslední době dávky snižovány, snad na doporučení psychiatra vysazeno, neužívá medikaci 2 - 3 měsíce.

Parere: dle sestry svévolně vysadil užívání léků (3 měsíce). Dnes jí vyhrožoval fyzickým napadením a sebepoškozením. Při konfrontaci vše popírá.

3.2.2 Objektivní nález

Pacient anosognostický – bez náhledu na onemocnění. Orientace všemi směry správná. Patrná je intrapsychická tenze, heteroagresivní chování, sklon k automutilacím. Myšlení je inkoherentní, dezorganizované, rozvolněné asociace, neudrží determinovanou linii. Přítomny jsou auditivní halucinace a paranoidní nastavení.

Orientačně somatické a neurologické vyšetření - nihil acutum.

Nadměrná tělesná hmotnost.

3.2.3 Závěr při příjmu

- 1) Paranoidní schizofrenie, F 20.0 (dle MKN 10) - dekompenzovaná při lékové noncompliance
- 2) Nikotinismus, F 17.2 (dle MKN 10)

Pokyny pro další postup:

- Odeslání detence k soudu
- Trvalá observace
- Dohled na užívání medikace
- V případě nutnosti, omezit v lůžku
- Psychologické vyšetření – psychotické fenomény
- Standardní laboratorní odběry
- Vyžádání dokumentace z PL Bohnice

3.3 Terapie

3.3.1 Farmakoterapie

název	způsob podání	dávkování	indikační skupina
Rispen 4 mg	per os	1-0-1	atypické antipsychotikum
Rivotril 0,5 mg	per os	1-1-2	antiepileptikum, benzodiazepin
Dormicum 15 mg	per os	0-0-0-1	hypnotikum, benzodiazepin
Haloperidol	i. m.	2 amp. při neklidu	typické antipsychotikum
Apaurin	i. m.	1 amp. při neklidu	anxiolytikum, antiepileptikum

3.3.1.1 Dietoterapie

Nemocnému byla objednána racionální strava. Jeho tělesná hmotnost a BMI bude však vyžadovat intervence.

3.3.1.2 Pohybový režim

Nemocný se může volně pohybovat po uzavřeném oddělení, následují vycházky v doprovodu ošetřujícího personálu, rodiny a před dimisí bude mít možnost samostatných vycházek. Klient bude zařazen do skupinových aktivit oddělení: léčebná tělesná výchova (dále jen LTV), ergoterapie a arteterapie

3.3.1.3 Psychoterapie

Nemocného se týká běžný program oddělení, komunita a psychoterapie – nácvik kognitivních funkcí, sociálních dovedností a relaxačních technik.

Po vyhodnocení psychologického vyšetření bude nemocný zařazen do vhodné psychoterapeutické skupiny (dynamické nebo kognitivně behaviorální).

3.3.2 Fyzikální vyšetření sestrou

Při přijetí nemocného na oddělení:

výška_172 cm, **váha**_84 kg, **BMI**_28,5, **tělesná teplota**_36.6°C,

tlak krevní_130 / 70 mm Hg, **puls**_72´min., pravidelný

Zápis celkového stavu			
Vědomí	orientovaný	Zápis vyšetření krku	
Dýchání	čisté sklípkové	Krční páteř	pohyblivá, nebolestivá
Poloha	agitovanost	Pulzace karotid	symetrická
Chůze	bez obtíží	Štítná žláza	nehmatná
Výživa, BMI	nadváha, BMI 28,5	Lymfatické uzliny	nehmatné
Hrudník	atletický	Zápis vyšetření hrudníku	
Kůže	bez ikteru, normální	Hrudník	fyzilogický tvar
Kožní turgor	normální	Prsy	bez rezistence
Vlasy	řidké, hnědé	Dechová vlna	bez patologie
Nehty	hladké, neupravené	Fremitus pectoralis	oboustranně symetrický
Čítí	v normě	Plíce- poklep	plný, jasný
Motorika	pohyblivý	Dýchání	čisté, sklípkové
Řeč	tlak, agitovanost	Akce srdeční	pravidelná, 72 min.
Zápis vyšetření hlavy		Zápis vyšetření břicha	
Hlava – poklep	nebolestivá	Břicho	pod úrovní hrudníku, souměrné
Víčka	bez nálezu		
Oční bulby	ve středním postavení	Břicho – poklep	bubínkový
Spojivky	zarudlé	Kůže	hladká, beze změn
Zornice – tvar	izokorické	Rezistence	ne
Boltec	bez nálezu	Břicho – pohmat	měkké, nebolestivé
Zvukovod	bez sekrece	Břicho – poslech	borborytmy
Sluch	slyší dobře	Játra	nepřesahují pravý oblouk
Nos	bez výtoku	Konzistence	měkká
Rty	souměrné, růžové, suché	Uretra	bez výtoku

3.4 Posouzení stavu potřeb klienta dle „Functional Health Patterns“

3.4.1 Vnímání zdraví

Nemocný se doma cítil celkem zdrav, otec o něj má strach a tak jej nechal vyšetřit.

Nynější stav: Klient by chtěl jít brzy domů. Vadí mu, že je v „blázinci“, ale je překvapen, že jsou zde hospitalizováni normální lidé. Klienta zajímají způsoby změny životního stylu, o kterých se dozvěděl od ostatních hospitalizovaných pacientů, navštěvujících příslušný program.

Ošetrovatelský problém: nalezen

Použitá měřicí technika: nebyla

3.4.2 Výživa a metabolismus

Nemocný ví, že by měl zhubnout, ale nedaří se mu to. Chuť k jídlu má velmi dobrou, nejraději má sladké. Stravuje se kdykoliv pocítí hlad nebo chuť, vypije asi 1 l tekutin, převážně limonády. Vypije čtyři kávy za den, někdy i víc. Hmotnost narůstá od doby kdy se začal léčit u psychiatra. Chrup má nemocný zatím bez defektu. Nedbá na zubní hygienu – nebaví ho to.

Nynější stav: Zde klient uvítal pravidelnou stravu, rád by zhubnul.

Ošetrovatelský problém: nalezen

Použitá měřicí technika: nebyla

3.4.3 Vylučování

Nemocný je plně kontinentní, uvádí časté, pravidelné močení, bez příměsí. Stolicí má pravidelnou bez patologických příměsí 1x denně, vždy po snídani. Příliš se nepotí.

Nynější stav: Identický s domácím.

Ošetrovatelský problém: nenalezen

Použitá měřicí technika: nebyla

3.4.4 Aktivita, cvičení

Nemocný neví, proč by se měl pohybovat. V práci většinou nestačí tempu ostatních. Volný čas tráví poleháváním u televize. Rád chodí do parku, ale nemá motivaci. Vaření, nakupování i veškerou starost o domácnost, přenechává klient na otci. Neví jak hospodařit s financemi, odevzdává je otci, který mu kupuje i cigarety.

Nynější stav: Hygienické návyky se podle nemocného liší od požadavků na oddělení, uvědomuje si, že jeho jsou horší. Nemocný by se rád naučil být soběstačný.

Ošetřovatelský problém: nalezen

Použitá měřicí technika: Zhodnocení stavu nemocného jsem provedla pomocí **Dotazníku pro funkční hodnocení pacienta / Functional activities questionnaire** (dále jen FAQ), výsledné hodnocení bylo 16 - funkční postižení svědčící pro onemocnění (viz příloha 2.).

3.4.5 Spánek, odpočinek

Nemocný se cítí již dlouhou dobu unavený. Doma spí někdy přes den a na noc si pak musí vzít léky na spaní, po kterých se mu však ráno špatně vstává.

Nynější stav: Na pokoji, kde je hospitalizovaný, je v noci hluk, proto nespí dobře ani zde. Rád by se naučil relaxovat. Líbí se mu pravidelnost režimu na oddělení.

Ošetřovatelský problém: nalezen

Použitá měřicí technika: nebyla

3.4.6 Vnímání, smysly

Nemocný nemá žádné problémy se zrakem, vidí dobře. Bolest nepocituje. Chuť i čich je nezměněn. Slyší hlasy, které mu přikazují, že musí splnit poslání. Dřív je slyšel často, nyní mu i chybí.

Nynější stav: V řeči nemocného se objevují zárazy, inkoherece, při rušivých podnětech až „slovní salát“. Nemocný má problém se soustředěním a

zapamatováním si údajů, které se dozvídá od lékařů a ošetřujícího personálu na oddělení, připadají mu složité.

Ošetřovatelský problém: nalezen

Použitá měřicí technika: Pro objektivizaci stavu kognitivních funkcí jsem použila u nemocného hodnotící škálu **Mini Mental State Examination**. Z vyhodnocení je zřejmé hraniční postižení kognitivních funkcí (viz příloha 2).

3.4.7 Sebepojetí a sebeúcta

Nemocný věří ve výjimečnou moc sebe sama, doma někdy cítí, že je pozorován, že se o něm mluví nebo se na něj ukazuje, tady v nemocnici se to stává zřídka.

Nynější stav: Nemocný chce znovu rychle pracovat. Obává se budoucnosti, nechce být stále závislý na otci.

Ošetřovatelský problém: nalezen

Použitá měřicí technika: nebyla

3.4.8 Role, mezilidské vztahy

Nemocný bydlí s otcem a sestrou v nájemném bytě. V posledních měsících se trochu odcizil, má méně kontaktů s rodinou a přáteli. Nedokončil střední školu a výkonnost v práci klesá. Nemá velký zájem o kontakt s okolím a ani okolí o něj.

Nynější stav: Nemocný si stěžuje na nedostatek informací o svém stavu, chtěl by, aby o všem věděl i jeho otec a vycházeli spolu jako dřív.

Ošetřovatelský problém: nalezen

Použitá měřicí technika: nebyla

3.4.9 Sexualita, reprodukční schopnosti

Nemocný nikdy dříve neměl žádné problémy se sexualitou a není mu příjemné se o nich bavit.

Nynější stav: Klient má obavy, že je bude mít z podávaných léků, protože o tom mluví pacienti na oddělení. Nikoho se na to neptal, neví jestli takové léky užívá.

Ošetřovatelský problém: nalezen

Použitá měřicí technika: nebyla

3.4.10 Stres, zátěžové situace

Nemocný má sklon řešit konflikty násilím, chtěl by se naučit relaxovat, jako to dělali v léčebně. Možná by se měl vyhýbat lidem.

Nynější stav: Ve stresových situacích si nemocný zapálí cigaretu, je silným kuřákem (cca 40 cigaret za den), tabák mu chutná, ale rád by snížil počet cigaret, protože jsou velmi drahé.

Ošetřovatelský problém: nalezen

Použitá měřicí technika: Nemocný vyplnil **Fagerströmův dotazník závislosti na nikotinu**, z jeho vyhodnocení vyplynul závěr: velmi silná závislost na nikotinu (viz příloha 2.).

3.4.11 Víra, životní hodnoty

Je pro něj velmi důležitý otec a zdraví obou. Peníze jsou důležité, ale mnoho lidí, včetně jeho matky, se kvůli nim změnilo.

Nynější stav: Nemocný věří v nadpřirozené schopnosti některých lidí a své vlastní, v Boha nevěří, protože není vidět.

Ošetřovatelský problém: nalezen

Použitá měřicí technika: nebyla

3.4.12 Jiné

Pan R. S. byl hospitalizován proti své vůli.

Nynější stav: Klient nyní už částečně rozumí nutnosti vyšetření i léčby. Ocenil přístup ošetřovatelského personálu při postupu omezování v lůžku, s odstupem času si uvědomuje, že to bylo nutné pro jeho bezpečnost.

Ošetřovatelský problém: nalezen

Použitá měřicí technika: nebyla

4 Ošetřovatelská péče

4.1 Seznam ošetřovatelských diagnóz

Pořadí ošetřovatelských diagnóz je seřazeno dle potřeb nemocného. Sestaveny byly a postupně doplňovány na základě anamnézy, prostudované dokumentace, pozorování, rozhovorů s blízkými nemocného, po dohodě s ním.

1. **Myšlení porušené** související s probíhajícím duševním onemocněním, projevující se halucinacemi, inkoherencí v řeči a kognitivním deficitem. **Priorita střední.**
2. **Únava** související s hlukem v pokoji, která se projevuje spánkem přes den a vyžadováním léků na spaní. **Priorita střední.**
3. **Zvládání problémů defenzivní** v důsledku velké důvěry v sama sebe vlivem duševní choroby, projevující se snahou ohromit, agitovaností a společenskou izolací. **Priorita střední.**
4. **Péče o sebe sama nedostatečná** při osobní hygieně a úpravě zevnějšku z důvodu nedostatku sociálních dovedností a malé motivace k této činnosti, projevující se neschopností udržet vzhled na přijatelné úrovni, nechutí k osobní, především zubní, hygieně. **Priorita střední.**
5. **Výživa porušená, nadměrná** související s nežádoucími účinky antipsychotik a se špatnými stravovacími návyky, což se projevuje nadváhou (BMI 28,5), nadměrným příjmem potravin a nedostatkem pohybu. **Priorita střední.**
6. **Léčebný režim: individuální, účinná integrace** související s poskytováním informací o chorobě a nutností spolupráce klienta a jeho rodiny, které se projevuje verbalizací (denní režim, časné varovné příznaky, medikace) a zapojením do komunity na oddělení. **Priorita střední.**
7. **Potřeba poučení** o zvládání stresových situací z důvodu nedostatku informací a zkušeností, projevující se nadměrným kouřením cigaret a žádostí o nácvik správného chování. **Priorita nízká.**
8. **Tělesné tekutiny, riziko deficitu** z důvodu nedostatečné znalosti významu tekutin pro lidské tělo. **Priorita nízká.**

4.2 Plán ošetřovatelské péče

(viz příloha 3.)

5 Edukace pacienta

Edukace ve všech oblastech v lůžkových psychiatrických zařízeních přece jen vždy probíhá za podmínek, které nemohou zcela odpovídat dennímu životu ve společnosti. Faktory ochranné jsou v převaze nad stresovými. Proto je třeba se snažit o vytvoření spojovacího článku mezi ústavem a společností.

5.1 Edukační list

U pana R. S. jsem po analýze získaných dat stanovila několik oblastí, kde je potřeba edukačních intervencí, je možný individuální přístup, ale výhodnější je edukace skupinová, především vzhledem k motivaci klienta.

Témata naplánovaných edukací:

1. Nutnost compliance – časné varovné příznaky, užívání medikace, kontroly u ambulantního psychiatra
2. Změna životního stylu, ovládnání hladu, rovnováha strava x pohyb. Význam tekutin v lidském těle
3. Zvládnání stresových situací – závislost na nikotinu
4. Denní a noční režim

5.2 Edukační záznam – realizace

Edukaci nemocného ve všech potřebných oblastech jsem zahájila, ve spolupráci s kompetentními členy týmu, v průběhu mé péče o nemocného. Naplánovala jsem případné další intervence (viz příloha 4.).

5.3 Edukační plán

5.3.1 Cíl edukačního plánu

Cílem edukací je srozumitelnou formou předat zásadní informace v deficitních oblastech. Edukaci jsem vedla neformálním a interaktivním způsobem, což přispívá k tomu, že se informace lépe pamatují.

Klienti potřebují často podporu u příbuzných a blízkých. Často narážíme na rigidně zavedené návyky v rodinách a neochotu je měnit. To pak představuje

velké riziko, nelze proto vyloučit možnost zapojení rodiny do edukace k podpoření motivace a dodržování zásad pacientem.

5.3.2 Význam

Význam edukace nemocného tkví v možnosti, prakticky si vyzkoušet a posílit svoje schopnosti k samostatnému životu v chráněných podmínkách. To je pro těžce duševně nemocné velkým přínosem a podstatně to zvyšuje jejich šance na návrat do běžného života.

5.3.3 Technika

Je potřeba vtipnou a srozumitelnou formou předat zásadní informace týkající se oblasti, kde je nutná edukace. Záleží na invenci a motivaci edukátorů čím program zpestří a tím ještě více informace pacientům přiblíží (např. spolupráce s fyzioterapeutem, sociální pracovníci atd.).

Informace jsou pacientům předávány neformálním způsobem, což přispívá k tomu, že si informace lépe pamatují.

Sestra provádějící edukaci musí znát především:

- obecné zásady psychoedukace,
- základní příčiny, mechanismy vedoucí k deficitu,
- význam toho, co předává nemocnému,
- sociální faktory, týkající se jednotlivých klientů.

K dosažení lepších výsledků jsem použila různé pomůcky. Při edukaci o změně životního stylu dostal klient jídelníček s návody na úpravu stravy (viz příloha 4.).

Při edukaci o denním a nočním režimu jsem uplatnila nástěnku ve společenské místnosti, na které je přesný rozpis denních aktivit oddělení, kde byl pan R. S. hospitalizován (viz příloha 4.).

5.3.4 Kontrolní otázky pro sestru

Kontrolní otázky pro sestru jsou sestaveny tak, aby z nich bylo patrné, že je schopna komplexně plánovat, realizovat a vyhodnocovat edukaci v potřebných oblastech klienta.

Kontrolní otázky :	Správné odpovědi :
Kde je významná compliance u nemocných trpících schizofrenií?	Užívání medikace, kontroly u ambulantního psychiatra, časné varovné příznaky.
Jak je třeba mluvit při edukaci nemocného se schizofrenií?	Jasně, stručně, jedna informace, jedna věta.
Co je třeba při zapojování nemocných do aktivit oddělení (fyzioterapie, ergoterapie)?	Motivace, důslednost, podpora klientů, osobní účast, dostatek informací.
Důsledkem čeho je u schizofreniků nadváha nebo obezita?	Nežádoucí účinky antipsychotik, špatná životospráva, neznalost rizik.
Jak pomoci nemocným s psychotickým onemocněním ke zvládnutí stresu?	Nácvikem relaxačních technik.
Co je potřeba ke zhodnocení edukace?	Výsledky testů a škál, kontrolní otázky, předvedení naučeného_objektivizace.
Zapojujeme do psychoedukace rodinu a blízké nemocného?	Ano, posilujeme tím motivaci klienta a snižujeme riziko sociální izolace.

5.3.5 Postup při zaškolování pacienta

Nemocnému jsem poskytla informace formou rozhovoru, při kterém jsem zjistila deficit, ten začlením do intervencí. Dohodla jsem se s panem R. S., že přizveme k edukaci jeho rodinu, zejména v oblasti změny životního stylu a nutnosti compliance. Rodina je ke spolupráci ochotna. Nemocný dal přednost edukaci ve formě skupinové, vše si podle instrukcí zapisoval a stanovoval si

cíle, kterých by chtěl dosáhnout. Ty jsme společně racionalizovali. Pan R. S. uvítal účast různých osob při edukačním procesu i hodnotící systémy.

5.3.6 Kontrolní otázky pro pacienta

Edukace má smysl, pokud hodnotíme její efektivitu. K tomu slouží opakování a porovnávání škál a testů v určitém časovém odstupu, kontrolní otázky a praktický nácvik naučeného. Je třeba podporovat nemocného, vysvětlovat zadání otázek, ale neradit. Po vyplnění kontrolních testů uvedeme správné odpovědi, případně vysvětlíme vzniklé nejasnosti a provedeme krátké zhodnocení edukace. Dáme prostor nemocnému vyjádřit své pocity a vybídneme jej ke stručnému shrnutí přínosů edukačního programu pro změny v jeho životě. Nabídneme kontakt na sebe a případnou další pomoc v edukované oblasti.

U nemocného jsem zahájila edukaci ve čtyřech oblastech. Pro výstup z edukačního programu o zdravém životním stylu jsem použila kontrolní testy (viz příloha 4.), které je třeba po skončení programu opakovat a s klientem vyhodnotit.

Z ostatních deficitních oblastí jsem sestavila několik kontrolních otázek:

Kontrolní otázky :	Správné odpovědi :
Proč je nutné užívat předepsané léky ?	Aby nedošlo k nové epizodě onemocnění.
Dá se předem rozpoznat zhoršení vašeho onemocnění ?	Ano, existují časné varovné příznaky (poruchy spánku, nesoustředěnost, změněná chuť k jídlu).
Jak se zbavit napětí ve stresových situacích?	Relaxací, uvolněním, nezapálím si cigaretu.
Co je třeba dodržovat pro pocit odpočinku a pro zachování fungování rodinných vztahů?	Dodržovat denní a noční režim.

6 Zhodnocení ošetrovatelské péče

Ošetrovatelskou péči u nemocného R. S. jsem prováděla metodikou ošetrovatelského procesu podle modelu M. Gordonové, který vychází z holistické filozofie.

Mladý nemocný, s druhou atakou paranoidní schizofrenie, 27 den na uzavřeném oddělení, již s částečným náhledem na onemocnění, se stal aktivním při poskytování léčby i ošetrovatelské péče. Přijímal se zájmem nové informace, společně jsme postupovali v realizaci ke splnění krátkodobých a některých dlouhodobých cílů, stanovených v individuálním plánu ošetrovatelské péče.

Péče o nemocného se účastnil multidisciplinární tým, složený ze sester, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, sociální pracovnice a psychoterapeutů.

7 Prognóza

Vzhledem k rychlému nástupu ataky a věku nemocného je prognóza u pana R. S. příznivější. Je mnoho faktorů, které ji mohou ovlivnit:

- následná péče
- compliance v užívání medikace
- sociální zázemí
- důsledná a systematická edukace

7.1 Rozhovor s ošetřující lékařkou

Ošetřující lékařka je domluvena s nemocným a jeho rodinou na převzetí do její ambulantní péče po propuštění. Jeho stav vnímá, vzhledem k délce hospitalizace, za velmi uspokojivý. Nemocný má částečný náhled na onemocnění a ví o tom, že existují časné varovné příznaky schizofrenie, které mohou zabránit další nedobrovolné atace v rozvinutém stadiu onemocnění.

7.2 Rozhovor s rodinou nemocného

Otec nemocného i jeho sestra jsou překvapeni vývojem této epizody onemocnění, po zkušenosti z minulé hospitalizace v léčebně. Poukazují na rychlý nástup léčby a na vstřícnost ošetřujícího personálu. Seznámili se s formami léčby a se zvláštnostmi v přístupu k nemocným se schizofrenií. Mají velký zájem o informace, které se týkají resocializace nemocných s psychózou, zapojili se do psychoedukace v oblasti zdravého životního stylu a vidí další průběh choroby i budoucnost nemocného velmi pozitivně.

7.3 Vlastní posouzení

Z mého pohledu je prognóza onemocnění pana R. S. příznivá, ovlivňující faktory jsem částečně zahrnula do plánu péče a edukačního procesu. Sociální zázemí a spolupráce rodiny je na velmi dobré úrovni. Postupná resocializace a psychoedukace rozhodně zvýší kvalitu jeho života.

Závěr

Psychiatrická oddělení poskytují intenzivní léčbu, kde kromě farmakologické léčby hrají důležitou roli i časté rozhovory pacienta s ošetřujícím personálem, psychoterapeutické aktivity a pracovní terapie i sociální intervence. Psychiatrická oddělení jsou dnes zpravidla daleko lepší, než je jejich pověst v povědomí veřejnosti.

Je třeba si také uvědomit, že psychiatrie má velmi málo objektivních metod k vyšetřování pacientů, proto je zde nutná spolupráce sester s lékaři ve větší míře než v jiných klinických oborech.

Péče o duševně nemocné se ukazuje být nejúspěšnější, je-li humánní, tzn. umožňuje klientům zapojit se do běžných podmínek, pomáhá v adaptaci a udržení se v běžném životě, respektuje lidská práva. Potřeby pacientů je nutno posuzovat individuálně a podle jejich potřeb vytvářet terapeutické a rehabilitační programy. Péče má být komplexní, vytvářející různé typy zařízení a intervencí tak, aby byly pokryty jednotlivé potřeby nemocných. Důležitým se ukazuje zajištění multidisciplinárního charakteru péče, funkční propojení různých profesí v pracovních týmech.

Pro praktickou část byla využita výjimečná případová studie nemocného s paranoidní schizofrenií, obsahuje popis jeho zdravotního stavu z pohledu lékaře a sestry i subjektivní vnímání nemocného samotného. Dokumentuje časově omezenou ošetrovatelskou péči, která byla u tohoto nemocného plánována a realizována, včetně potřebné edukace a nabídky vhodné následné péče vedoucí k resocializaci. Zdokumentovaná ošetrovatelská péče i edukační program obsahují i zrealizované cíle, kterých se nám společně s panem R. S. podařilo dosáhnout. Z rozhovorů s rodinou a ošetřující lékařkou je zřejmá úspěšnost intervencí v péči o nemocného, který sám je spokojen.

Cílem práce bylo sestavit a realizovat individuální ošetrovatelskou péči o nemocného v akutní fázi paranoidní schizofrenie, rozšířenou o možnosti a nabídku psychoedukace a resocializace. Metoda ošetrovatelského procesu s využitím koncepčního modelu M. Gordon, byla pro zpracování vybrána s ohledem na holistický přístup a zároveň tím byl respektován postup klinického pracoviště, kde byla péče prováděna.

Seznam informačních zdrojů

Seznam literatury

1. ATKINSON, R.L. a kolektiv: *Psychologie*. Praha. Portál, 2003. ISBN 80-7178-640-3
2. BAUDIŠ, P. a kol.: *Předpověď vývoje psychiatrické invalidity u psychotiků*. Praha. Psychiatrické centrum, 1991
3. ČEDÍK, V. a kolektiv: *Psychiatrie a psychologie*. Praha. SZN, 1955
4. DE HERT, M. a kolektiv: *Psychosis evaluation tool for common use by caregivers*. Berchem-Belgie. EPO, 1999
5. DOBIÁŠ, J. a kol.: *Psychiatrie*. Praha. Avicenum, 1984
6. DONGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-7169-294-8.
7. DYLEVSKÝ, I.; TROJAN, S.: *Somatologie II*. Praha. Avicenum, 1983
8. HARTL, P.; HARTLOVÁ, H.: *Psychologický slovník*. Praha. Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X
9. HOLLAND, J.G.; SKINNER, B.F.: *Analýza chování*. Praha. SPN, 1968
10. HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J.: *Psychiatrie*. Praha. Tigis, 2004. ISBN 80-900130-7-4
11. HÖSCHL, C.: Rozhovor s osobností. *Sanquis*. 2005, číslo 38, strana 13. ISSN 1212-6535
12. JANÍK, A. a kol.: *Psychiatrie*. Praha. Avicenum, 1983
13. KALINA, K.: *Jak žít s psychózou?*. Praha. Avicenum, 1987
14. MASTILIÁKOVÁ, D. *Úvod do ošetřovatelství I.díl systémový přístup*. Karolinum 2003. ISBN 80-246-0429-9
15. Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize: *Duševní poruchy a poruchy chování*. Praha. Psychiatrické centrum Praha, 2000. ISBN 80-85121-44-1
16. MOTLOVÁ, L.; KOUKOLÍK, F.: *Schizofrenie*. Praha. Galén, 2004. ISBN 80-7262-277-3
17. NEJEDLÁ, M. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006, ISBN 80-247-1150-8
18. PRAŠKO, J. a kolektiv: *Psychotická porucha a její léčba*. Praha. Maxdorf, 2001. ISBN 80-85912-65-1

19. RABOCH, J.; PAVLOVSKÝ, P.: *Psychiatrie*. Praha. Triton, 2003. ISBN 80-7254-423-3
20. RABOCH, J.; ZRZAVECKÁ, I.; DOUBEK, P.: *Nemocná duše – nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta*. Praha. Galén, 2006. ISBN 80-7262-420-2
21. RADIMSKÝ, M. a kolektiv autorů: *Psychiatrie I*. Brno. IPVZ, 1997. ISBN 80-7013-218-3
22. SEIFERTOVÁ, D.; PRAŠKO, J.; HÖSCHL, C.: *Postupy v léčbě psychických poruch*. Praha. Academia Medica Pragensis, 2004. ISBN 80-86694-06-2
23. SKALIČKOVÁ, O. a kol.: *Rehabilitace v psychiatrii*. Praha. Avicenum, 1971
24. ŠKODA, C. a kol.: *Duševní zdraví obyvatel ČR z pohledu spotřeby zdravotnických služeb včera, dnes a zítra*. Praha. Psychiatrické centrum, 1996
25. VONDRÁČEK, V.; HOLUB, F.: *Fantastické a magické z hlediska psychiatrie*. Praha. Columbus, 2003. ISBN 80-7249-139-3
26. VYMĚTAL, J.: *Lékařská psychologie*. Praha. Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X
27. ZVOLSKÝ, P. a kolektiv: *Speciální psychiatrie*. Praha. Karolinum, 2003. ISBN 80-7184-203-6

Internetové zdroje

1. "Solutions for Wellness" [on line]. Dostupné na WWW: <<http://www.lilly.com/>>
2. *Psychiatrie* [on line]. I.lékařská fakulta Univerzity Karlovy. Praha. Dostupné na WWW: <<http://lf1.cuni.cz/>>

Seznam příloh

Příloha 1. - Standardní ošetřovatelský postup - Rizika násilí ze strany pacienta, počet stran IV. ad strana 39

zdroj: materiály VFN, zpracovala autorka práce

Příloha 2. - Hodnotící škály, počet stran IV.

- Dotazník pro funkční hodnocení pacienta /FAQ ad strana 46

zdroj: Seifertová a kol., 2004, str. 138

- Mini Mental State Examination ad strana 47

zdroj: Höschl a kol., 2004, str.469

- Fagerströmův dotazník závislosti na nikotinu ad strana 48

zdroj: Státní zdravotní ústav [on line]. Dostupné na WWW
<<http://www.szu.cz/tema/fagerstromuv-dotaznik-zavislosti/>>

Příloha 3. - Plán ošetřovatelské péče, počet stran VII. ad strana 49

Příloha 4. - Edukace, počet stran XII.

- Záznam o edukaci pacienta ad strana 50

- Jídelníček ad strana 51

- Denní a týdenní režim oddělení ad strana 51

- Kontrolní testy ad strana 53

zdroj: "*Solutions for Wellness*" [on line]. Dostupné pouze pro školitele na
WWW: <<http://www.lilly.com/>>