OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U NEMOCNÉHO SE SCHIZOFRENIÍ

Bakalářská práce

VERONIKA HEJNÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Karel Hnilica, CSc.

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2010-03-31

Praha 2010

PROHLÁŠENÍ

Čestně prohlašuji, že bakalářskou práci na téma „Ošetřovatelský proces u nemocného se schizofrenií“ jsem vypracovala samostatně a veškerou použitou literaturu jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Zároveň dávám souhlas s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce pro studijní účely.

V Praze dne 26.3.2010

ABSTRAKT

HEJNÁ, Veronika. Ošetřovatelský proces u nemocného se schizofrenií. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Karel Hnilica, CSc. Praha. 2010. s. 52

Obsahem bakalářské práce je ošetřovatelský proces u nemocného se schizofrenií. V teoretické části se práce zabývá všeobecnými informacemi o schizofrenii, z větší části o její léčbě, ale také o zvláštnostech dokumentace v psychiatrii. V praktické části jde pak o samotný ošetřovatelský proces s podrobně vypracovanou ošetřovatelskou anamnézou pro lepší znázornění stavu a subjektivních pocitech nemocného. V teoretické části jde především o seznámení s touto specifickou, doposud ne zcela prozkoumanou nemocí, nastínit její typické rysy a nejednotvárnou léčbu, zahrnující nejen samotného nemocného, ale také celou jeho rodinu. Cílem praktické části je pak naznačit, jak moc mohou příznaky nemoci ovlivnit veškerý léčebný proces.

Klíčová slova: Bludy. Halucinace. Nemocný. Paranoidní. Ošetřovatelská péče. Schizofrenie.

ABSTRACT

HEJNÁ, Veronika. The curing process of a patient suffering from schizophrenia. The College of Nursing, o.p.s. Degree of qualification: Bachelor. Supervisor: PhDr. Karel Hnilica, CSc. Prague. 2010. p. 52

The contest of the Bachelor assignment is the curing process of a patient suffering from schizophrenia. In the theory part of the assignment we are discovering not only general information about schizophrenia but also everything about its cure and

specialties of documentation in psychiatry. The practical part is mainly about the curing process itself with curing anamnesis elaborated in details for a better picture of the state and the subjective feelings of a patient. The theory part is mostly an introduction of this specific, but still not totally explored disease. To highlight its typical sings and symptoms and diversity of its cure, this includes not only patient himself, but also his family. The goal of the practical part is to show how much signs and symptoms can actually affect the whole curing process.

Key word: Delusions. Hallucination. Patient. Paranoid. Nursing cure. Schizophrenia.

PŘEDMLUVA

Psychopatologie obecně zkoumá příčiny a projevy duševních poruch. Lidé si většinou spojují duševní poruchy se špatným životním stylem, nebo nějakou traumatizující překážkou v průběhu života. Málo koho pak napadne biologická dispozice. A to právě především u schizofrenie hraje zřejmě největší roli. Účelem i cílem této práce je přiblížení rozmanitosti a nejednotvárnosti této nemoci, poukazuje na způsoby jednání s pacientem v ošetřovatelské péči a tím k pomoci zlepšení jeho celkového stavu.

Pro její zaměření je tato práce určená pro zdravotní sestry všech oborů, protože se schizofrenním pacientem se můžeme setkat na jakémkoliv oddělení, tak i pro studenty zdravotnických oborů k nahlédnutí nebo prostudování konkrétních kapitol.

Toto téma bakalářské práce jsem si vybrala jak již bylo uvedeno pro jeho pestré příznaky a nevšední rozsáhlou léčbu. Díky klinickým praxím na psychiatrii jsem měla možnost seznámit se blíže se specifickou péčí, kterou oddělení pro duševní poruchy vyžaduje. Veškeré podklady pro tuto práci jsem čerpala s odborných knih, internetových stránek a zpráv poskytnutých z psychiatrického oddělení v Ústí nad Labem.

Tímto bych chtěla poděkovat celému zdravotnickému personálu na oddělení psychiatrie v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem, za jejich milé přijetí do kolektivu, pomoc, důvěru a cenné vědomosti a to především vrchní sestře Jarmile Bezděčné za její drahocenný čas a ochotu při spolupráci. Dále pak děkuji PhDr. Karlovi Hnilicovi, CSc. za vedení mé bakalářské práce.

OBSAH:

1 SCHIZOFRENIE 10

1.1 VÝSKYT A PRŮBĚH SCHIZOFRENIE 10

1.2 FORMY SCHIZOFRENIE 11

1.2.1 Paranoidní 11

1.2.2 Simplexní 11

1.2.3 Hebefrenní 11

1.2.4 Katatonní 12

1.3 PŘÍZNAKY SCHIZOFRENIE 12

1.4 TYPY SCHIZOFRENIE 14

1.4.1 Typ I 14

1.4.2 Typ II 14

1.5 NEUROANATOMICKÉ ZMĚNY 15

1.6 VÝKLAD SCHIZOFRENIE 15

1.6.1 Biologické hledisko 15

1.6.2 Psychosociální hledisko 16

2 TERAPIE SCHIZOFRENIE 17

2.1.1 Farmakoterapie 17

2.1.2 Psychoterapie 19

2.1.3 Psychoedukace 20

2.1.4 Sociální terapie a opatření 21

2.1.5 Pracovní terapie 21

2.1.6 Fokus - sdružení pro péči o duševně nemocné 21

3 ZVLÁŠTNOSTI DOKUMENTACE V PSYCHIATRII 22

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U NEMOCNÉHO SE SCHIZOFRENIÍ 24

4.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE 24

4.2 ANAMNÉZA 25

4.2.1 Rodinná anamnéza 25

4.2.2 Osobní anamnéza 25
4.2.3 Sociální anamnéza: 26
4.2.4 Pracovní anamnéza: 26
4.2.5 Ošetřovatelská anamnéza: 27
4.3 Medicínský management: 33
4.3.1 Ordinovaná vyšetření: 33
4.3.2 Konzervativní léčba: 33
4.3.3 Medikamentózní léčba : 34
4.4 SITUAČNÍ ANAMNÉZA 34
4.5 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY 34
4.6 PLÁN OŠETŘOVATESKÉ PÉČE 35
5 ZÁVĚR 49
6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI 50

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AST	aspartátaminotrasferáza
ALT	alaninaminotransferáza
BMI	body mass index
CRP	c-reactive protein
D	počet dechů
dg.	diagnóza
GMT	gama-glutamyltransferáza
KO	krevní obraz
odd.	oddělení
P	puls
TK	tlak
TT	teplota

SEZNAM POUŽITÝCH CIZÍCH SLOV

anhedonie	neschopnost prožívat kladné emoce a city
hypobulie	nedostatek pevné vůle
remise	přechodné vymizení příznaků nemoci
relaps	časný či pozdní návrat příznaků nemoci

ÚVOD

Schizofrenie patří do kategorie duševních nemocí, při níž nemocný zcela ztrácí kontakt s realitou, postihuje veškeré kognitivní funkce, zjišťují se poruchy vnímání, myšlení, jazyka, emocí, motoriky a člověk sám si není své nemoci vědom. Přibližně každý desátý nemocný ukončí svůj život. Přesná příčina nemoci není přes veškeré snažení vědců doposud známa.

Schizofrenie ovlivňuje osobnost člověka, jeho sociální život, včetně celé jeho rodiny. Většina chronicky nemocných má plný invalidní důchod, nemohou pracovat, těžko se začleňují mezi ostatní, veřejnost na ně kouká zkresleně, pro nedostatek informací o této nemoci. Právě kvůli tomu jsem si vybrala toto téma, jako téma mé bakalářské práce, seznámit veřejnost o této nemoci, poukázat na to, že nejde pouze o „rozdvojenou osobnost“ jak si většina lidí myslí. V teoretické části se snažím přiblížit nevyzpytatelnost nemoci, poukázat jak klíčové je získání si důvěry pacienta na celkový vývoj terapeutického postupu. Následující případ názorně ukazuje pestré příznaky nemoci, na složitost její léčby, na hledání možných východisek i na nejistotu dalšího vývoje.

I Teoretická část

1 SCHIZOFRENIE

Název schizofrenie zavedl poprvé německý psychiatr Eugen Bleuler již v roce 1911, název odvodil z řeckého slova schizma- rozdělení.

Jde o specificky lidské onemocnění, psychotickou poruchu, při které dochází k poruše kontaktu mezi nemocným a realitou, kterou jinak vnímá a hodnotí a proto se i jinak chová. Nemocný má narušeny psychické funkce a to buď jednu, nebo celou skupinu. Zasaženo může být myšlení, vnímání, jednání, city, motivace i osobnost, a to v takovém rozsahu, že člověk nedokáže rozpoznat co je a co není skutečné.

Schizofrenie se řadí mezi těžké duševní poruchy vznikající z doposud neznámé příčiny. Není jasné, zda to co se zahrnuje do pojmu „schizofrenie“ je jedno onemocnění s různými příznaky, nebo se jedná o skupinu chorob (Fišar, 2009).

1.1 VÝSKYT A PRŮBĚH SCHIZOFRENIE

Vyskytuje se stejně často u mužů i u žen a postihuje během života asi 1% populace. Začátek onemocnění se objevuje obvykle v pozdní adolescenci a časné dospělosti. Nástup onemocnění je často nenápadný, většinou nezačíná psychotickými symptomy, ale spíše nespecifickými příznaky, jako je náladovost nebo neklid (Motlová, 2004). Jako spouštěč onemocnění mohou fungovat drogy, stejně tak i stres. Před propuknutím psychotické ataky může onemocnění předcházet období několika měsíců až let, kdy se člověk postupně mění, přerušuje sociální kontakty, uzavírá se do sebe, ztrácí zájem o sebe, své zájmy i o své okolí.

Schizofrenie vyžaduje obvykle hospitalizaci trvající několik měsíců až let. V současné době zabírají lidé s touto diagnózou polovinu lůžek v psychiatrických odděleních.

Nemoc probíhá nejčastěji v epizodách. Po první psychotické epizodě se považuje za kritické období následujících 2 - 5 let. Nemoc se buď navrátí, nebo příznaky úplně vymizí. Příznivější prognózu mají onemocnění s rychlým nástupem a přítomností pozitivních příznaků, méně příznivou pak s plíživým nástupem a převahou negativních příznaků. Přibližně u 1/3 nemocných dochází k uzdravení, u 1/3 k remisím a relapsům u 1/3 k chronickému zhoršení (Fišar, 2009).

1.2 FORMY SCHIZOFRENIE

1.2.1 Paranoidní

- projevuje se vztahovačností, často jsou přítomné bludy a halucinace. Jde o nejčastější a nejznámější formu schizofrenie, která se vyskytuje většinou až ve vyšším věku. Pacient trpí nevyvratitelnými přesvědčeními např. o pronásledování, nebo se cítí ohrožen jinými lidmi, jejich bludy jim nelze vyvrátit, nemocný jim bezmezně věří.

1.2.2 Simplexní

- je ze všech forem nejvzácnější a je charakterizována postupných uzavíráním se do sebe, desocializací, ztrátou hygienických návyků, bezúčelným potulováním se po okolí. Nemocný ztrácí zájem o vše, co pro něj bylo dříve důležité, jeho myšlení je nesouvislé a nerealistické, bez pozitivních příznaků.

1.2.3 Hebefrenní

- obvykle začíná v období dospívání, typické jsou změny afektivity, emotivity, poruchy chování a náladovostí. Vyznačuje se bizarním oblečením, porušeným

myšlením, nelogickou řečí, která se stává až nesrozumitelnou. Zrakové a sluchové halucinace nejsou příliš časté. Vzhledem k brzkému nástupu nemoci je většinou špatná prognóza a teprve utvářející se osobnost je často silně poškozena.

1.2.4 Katatonní

– projevují se u ní většinou příznaky postihující celkovou hybnost, kdy nemocný zaujímá nezvyklé, až krkolomné polohy, ve kterých je schopen zůstat bez hnutí i několik hodin. Tento stav je někdy vystřídán křikem a neklidem, zde jde o fázi produktivní a je také velmi nepředvídatelná a pro pacienta může být i nebezpečná. Nemocný přestává hovořit, nejí a často dělá opak, oč je žádán. Jde o relativně vzácnou formu. (Cohen, 2002)

1.3 PŘÍZNAKY SCHIZOFRENIE

Od počátku 80.let se obvykle používá rozdělení příznaků schizofrenie na pozitivní a negativní, popřípadě kognitivní a afektivní. Typickými pozitivními příznaky jsou halucinace a bludy.

Blud je falešná představa, která člověku připadá naprosto pravdivá a nelze mu ji vymluvit. Obsahem bludů jsou také pocity pronásledování, přesvědčení, že dotyčný je nadán výjimečnými schopnostmi či nadpřirozenou mocí. Pacienti jsou přesvědčeni, že jejich myšlenky jsou vysílány rozhlasem do celého světa, že je každý může slyšet, že jsou jim do hlavy vkládány cizí myšlenky nebo že jim nějaká vnější síla vnucuje pocity a jednání. Častá jsou také přesvědčení, že je nějací lidé ohrožují nebo proti nim chystají spiknutí, nebo že jsou kontrolováni nějakou silou. Častý je náboženský obsah bludů. Pod vlivem těchto bludů pak nemocný jedná, což mu působí další problémy.

Halucinace jsou produktem zkresleného vnímání okolní reality, jenž vycházejí z rozbouřené a nekontrolovatelné fantazie nemocných. Člověk vidí, cítí a slyší věci, které ostatní nevnímají. Svět se jim může zdát jiný – barvy jsou výraznější, zvuky jsou hlasitější, jejich tělo se jim zdá jiné, někteří pacienti se nepoznávají v zrcadle. Mezi nejčastější sluchové halucinace patří hlasy, které osobě říkají, co má dělat, nebo

komentují její jednání. Čichové halucinace, jako například puch z těla člověka nebo chuť jedu v jídle se vyskytují zřídka. Zrakové halucinace (např. vidění neobvyklých tvorů nebo božských bytostí) jsou také méně časté. Časté jsou halucinace intrapsychické, nemocní mají pocit, že jim někdo jejich myšlenky odnímá nebo naopak vnucuje. K pozitivním příznakům patří také poruchy chování, které vyplývají z halucinací a bludů.

Negativní příznaky jsou méně nápadné než pozitivní. Mezi ně se řadí především apatie a nechuť k sociálním kontaktům. Schizofrenní jedinci nejsou obvykle schopni normálních emočních projevů. V situacích ve kterých by měli být veselí nebo smutní se stáhnou do sebe a nijak nereagují, nebo naopak během vyprávění o tragické události se nemocný směje. Dochází k oslabení až ztrátě vůle, vymizení motivace, omezenosti řeči, nebo ztrátě spontánnosti. Pocit neschopnosti udržet pozornost a zaměřit myšlenky je ústředním prožitkem pacientů se schizofrenií. Schizofrenní pacienti mohou vykazovat motorické poruchy, stereotypně gestikulovat a přitom používat podivnou posloupnost pohybů prstů, rukou a paží. Někteří se mohou velmi rozrušit a stále chodit sem a tam. V opačném případě mohou přestat reagovat na podněty z okolí a zůstat nehybní a při tom zaujímat neobvyklé postoje a u nich zůstat několik hodin.

Kognitivní příznaky se nejčastěji projevují poruchou paměti, především ukládání nových informací; řídících funkcí, především narušení schopnosti vytyčit, sestavit a uskutečnit svůj plán; pozornosti, především se jedná o sníženou schopnost rozpoznávání podstatných informací od nepodstatných. Osoby trpící schizofrenií jsou vnímavé k mnoha podnětům současně a dělá jim problémy najít smysl v nadbytku vstupních informací.

Afektivní příznaky se projevují poruchou nálady, jako např. deprese, úzkost, mánie (Fišar, 2009).

Při schizofrenii může být narušena jak forma myšlení, tak jeho obsah. Slova a fráze, které samy o sobě dávají smysl, jsou ve vzájemném vztahu nesmyslné. Řazení nesouvisejících slov a frází a neobvyklé slovní asociace jsou pro slovní a písemné projevy schizofrenních pacientů typické. Mimo to je proud myšlenek často ovlivněn

spíše zvukem slov než jejich významem. Kromě dezorganizování myšlenkových procesů dochází i k narušení obsahu myšlení. Většina schizofreniků má nedostatek náhledu. Když se jich lékař zeptá co se s nimi děje, nebo proč jsou v nemocnici, převážná většina si svůj stav neuvědomuje a nepřipadá jim jejich chování nikterak neobvyklé (Atkinson, 2003).

1.4 TYPY SCHIZOFRENIE

1.4.1 Typ I

Typ I je charakterizován pozitivními příznaky (bludy, halucinace, dezorganizovaná řeč, bizarní chování, motorické poruchy), nepřítomností atrofie mozku a lepší odpovědí na podání antipsychotik. Předpoklad, že základním patofyziologickým mechanismem pro tento typ schizofrenií je biochemická nerovnováha související např. s nadbytkem dopaminových D2 receptorů, umožňuje vysvětlit lepší odezvu na terapii klasickými antipsychotiky, průběh s remisemi a příznivější prognózou pozitivního výsledku.

1.4.2 Typ II

„Typ II má převahu negativních příznaků - afektivní oploštěnost, hypobulie, anhedonie, chudost řečového projevu. Pro tento typ schizofrenií se předpokládá existence strukturálních abnormalit mozku, jako je zvětšení komor a kortikální atrofie. Onemocnění s negativními symptomy by potom mělo mít horší účinnost terapie antipsychotiky, chronický průběh a horší prognózu. Obecně se soudí, že negativní symptomy měřené brzy po počáteční psychotické epizodě předpovídá špatný střednědobý a dlouhodobý výsledek, pro krátkodobé výsledky je situace méně jasná. Negativní symptomy jsou zřejmě spojeny s narušenou funkcí prefrontální kůry, limbického systému a bazálních gangliích. Nejvýraznější je jejich spojení s dopaminergní hypoaktivitou a prefrontálním kortexu, avšak úlohu mohou mít i jiné neurotransmitery, především noradrenalin (NA), serotonin (5-HT) a glutamát (Glu)“ (Fišar, 2009, s. 172).

1.5 NEUROANATOMICKÉ ZMĚNY

Novější studie „post mortem“ prokázaly morfologické změny v různých mozkových strukturách. Nejčastěji byly pozorovány změny v limbickém systému, především v hippokampální formaci, parahippokampální a v cingulate gyri. Postiženy mohou být také talamus, frontální a temporální kůra a bazální ganglia. Pozorovány byly širší rýhy mezi závity mozkové kůry, zmenšené vnitřní části spánkových laloků a větší mozkové komory. Byly také zjištěny skupiny neuronů ve vnitřních částech spánkových laloků a v čelní mozkové kůře, které sem špatně doputovali, zřejmě během vývoje. Tyto změny jsou jemné a neexistuje důkaz o existenci specifické patoanatomické změny charakteristické pro všechny schizofrenní osoby.

1.6 VÝKLAD SCHIZOFRENIE

Existuje velké množství studií usilující o pochopení podstaty schizofrenie. Na etiologii se uplatnila především genetická, ekologická, vývojová, neurofyziologická a neuroanatomická hlediska, vliv vnitřního prostředí a teorie učení. Biochemické a farmakologické modely zkoušejí propojit symptomy schizofrenie a odezvu na farmakoterapii se strukturou a funkcí mozku. Neurovývojový model se zaměřuje na genetické, ale i negenetické rizikové faktory ovlivňující vývoj mozku v prenatálním a perinatálním období nemocného. Řada studií podpořila vazbu mezi komplikacemi při těhotenství a porodu a zvýšeným rizikem schizofrenie. Genetický původ je nejvýraznějším rizikovým faktorem pro schizofrenii (Fišar, 2009).

1.6.1 Biologické hledisko

Studie rodin ukazují, že příbuzní schizofrenních jedinců onemocní touto chorobou častěji než lidé z rodin, ve kterých se schizofrenie nevyskytuje. U jednovaječného dvojčete jedince se schizofrenií existuje ve srovnání s dvojvaječným dvojčetem více než trojnásobná pravděpodobnost, že onemocní touto chorobou, a ve srovnání s osobou, která není v příbuzenském vztahu s někým, kdo by trpěl schizofrenií, 46x větší

pravděpodobnost. Avšak více než polovina jednovaječných dvojčat jedinců se schizofrenií touto nemocí neonemocní, i když mají stejné geny. Tento fakt ukazuje na důležitost proměnných prostředí.

V mozku schizofrenních jedinců byly zjištěny dva typy strukturálních deficitů. Prefrontální oblast mozkové kůry je menší a u některých jedinců vykazuje nižší aktivitu než u jedinců bez schizofrenie. Tato část mozku je důležitá pro projevy emocí, vytváření nových myšlenek, plánování, hraje zásadní úlohu v řeči, a je také propojena s bazálními ganglii, které se podílejí na motorických pohybech. Naopak mají zvětšené mozkové komory a tím poškozují nebo atrofují okolní mozkovou tkáň.

Tzv. dopaminová teorie vzniku schizofrenie se domnívá, že příčinou je komplexní nerovnováha hladiny dopaminu v různých oblastech mozku. Nadměrná dopaminová aktivita v mezolimbickém systému, což je subkortikální oblast, má za následek pozitivní příznaky schizofrenie: bludy, halucinace a narušené myšlení. Nízká dopaminová aktivita v prefrontální oblasti mozku vede k negativním příznakům schizofrenie jako nedostatek motivace, nevhodným projevům emocí nebo neschopnosti postarat se o sebe.

1.6.2 Psychosociální hledisko

Za zmínku stojí také nezanedbatelné vlivy stresu na opětovné zhoršení stavu schizofreniků. U nemocných z rodin, kde se výrazně vyjadřují emoce, je třikrát až čtyřikrát vyšší pravděpodobnost vypuknutí nové psychotické epizody. Toto výrazné projevování emocí může vyvolat u schizofrenního jedince stres a tím vyvolat novou epizodu psychózy (Atkinson, 2003).

2 TERAPIE SCHIZOFRENIE

Schizofrenie je léčitelná nemoc, především jde ale o dlouhodobou komplexní terapii. Součástí je vždy farmakoterapie doplněná psychosociální terapií. Farmakoterapie je určená k léčbě akutních psychotických příznaků a psychoterapie naopak vychází z předpokladu o zhoršení průběhu nemoci působením stresů.

2.1.1 Farmakoterapie

Schizofrenie je onemocnění celoživotní, proto je nezbytné při léčbě zvažovat nejen efektivitu, ale také bezpečnost a ekonomiku. Všichni pacienti by se rádi vrátili do normálního života, a proto je pro ně velmi důležitý i profil nežádoucích příznaků.

Čím dříve se s léčením začne, tím lepší je prognóza a menší pravděpodobnost relapsu. Včasná léčba vede i k nižší spotřebě léků a menšímu riziku sociálních následků duševního onemocnění (Libiger aj., 2004).

Nezpochybnitelným faktem je, že biologickou složku podílející se na vzniku schizofrenie lze ovlivnit především psychofarmaky a to hlavně neuroleptiky, dále antiparkinsoniky, jenž odstraňují vedlejší účinky neuroleptik, hypnotika, navozující spánek a tchymoprofilaktika, vyrovnávající náladu (Jarolínek, 2006).

- Obecné zásady farmakoterapie
  - Základem indikace psychofarmak je diagnostické zhodnocení, které podléhá revizím a přehodnocení. Bez diagnózy lze léčit příznaky a syndromy onemocnění, ale často se využívá i jejich nespecifické účinky, jako např. jejich tlumivý účinek.
  - Samotná farmakoterapie většinou nedostačuje k úplnému uzdravení. Farmakoterapie ovlivňuje onemocnění na úrovni přenosu chemického signálu v mozku. Smysluplná terapie nenechá pacienta samotného s lékem, jako s jediným možným prostředkem v léčbě nemoci, pacient sám ví, proč ho bere a co tím dosáhne. Do léčby schizofrenie patří neodlučitelně i psychoterapie.

- Neužívat antipsychotika běžně k jednorázové sedaci. Je nutné udržet pacientovu důvěru. Chceme-li použít léku ke zklidnění pacienta, je nutné mu říci souvislosti takového postupu. Pacient musí vědět proč je mu lék podán, nesmí mít pocit, že je podán jako trest za neklid.
- Minimální účinná dávka. Čím vyšší dávka léku, tím vyšší nebezpečí nežádoucích účinků a zvýšení poměru riziko/užitek. Naopak podání jen nezbytného množství ke kontrole psychopatologie je těžké, protože to zbavuje léky sedativního účinku a psychologicky neuspokojuje pacienty.
- Současně s léčbou farmaky zajistit pacientům psychoedukaci a sociální rehabilitaci.
- Fáze onemocnění je kriticky důležitá při rozhodování a počáteční intervenci a délce léčby. Postup léčby, volba léku a jeho dávky závisí od průběhové fáze schizofrenie. Postup léčby se liší u akutního začátku první epizody onemocnění a u reziduální symptomatologie nebo postschizofrenní deprese.
- Je nezbytné monitorovat výskyt nežádoucích účinků v průběhu léčby, včetně laboratorních hodnot, aby byla zajištěna bezpečnost i optimální účinnost.
- Při volbě strategie léčby je třeba vždy zvažovat poměr rizika a užitku zvoleného postupu pro pacienta. Užitek pro nemocného má vždy převažovat nad riziky, které daný postup pacientovi přináší. To je zásadní etický požadavek.
- Léky vysazovat pomalu, nemocné převádět z jedné léčby na druhou rovněž pomalu. Každá náhlá změna může vyvolat odvykací příznaky a návrat lékem kontrolovaných nebo potlačených příznaků (Libiger aj., 2004).

- Neuroleptika

Neuroleptika patří mezi vůbec první účinná psychofarmaka. V dnešní době je k dispozici velmi rychle se rozrůstající paleta léčiv, které se značně liší nejen terapeutickými a nežádoucími účinky ale i cenou (Fendrich, 2007). Teprve od vynalezení neuroleptik je možno uvažovat o vyléčení schizofrenie a o možnosti návratu nemocného do normálního života. Ještě donedávna byli k dispozici pouze neuroleptika první generace, ale v posledním desetiletí byla vyvinuta neuroleptika generace druhé. Hlavní účinky vedou ke zklidnění pacienta a k úpravě spánku. Myšlení se postupně upravuje, nemocný začíná být schopen se lépe soustředit, lépe si uspořádat myšlenky.

Bludy a halucinace ztrácení svoji naléhavost a jsou nemocnému lhostejné, většinou plně vymizí.

Neuroleptika se podávají pouze k odstranění akutních schizofrenních příznaků, ale v mnoha případech je nemocný musí brát v nižších dávkách i po odeznění těchto akutních projevů. Mají i preventivní účinek, zabraňují totiž vzniku nové schizofrenní epizody. Všeobecně se doporučuje, že po první atace psychózy je dobré užívání neuroleptik 1 - 2 roky, po druhé atace 4 - 5let. Pokud pacient není schopen sám pravidelně užívat psychofarmaka, podávají se injekční neuroleptika v dlouhodobé formě, jejichž účinek přetrvává po aplikaci od jednoho do čtyř týdnů.

Vedlejší účinky neuroleptik jsou vyvolány tím, že působí v mozku i na jiných místech než na těch, jejichž porucha vedla ke vzniku nemoci. Nejčastěji se vyskytují na počátku léčby, než si organismus na lék zvykne. Postupně tedy mizí a kromě toho jsou k dispozici jiné léky, které případné vedlejší účinky dokáží odstranit. Mezi nejčastější vedlejší účinky patří zvýšená spavost, závratě, sucho v ústech, ztuhlost těla , třes rukou, svalové křeče, rozostřené vidění, vnitřní neklid, narušení menstruace nebo snížení sexuální vzrušivosti a schopnosti erekce. Neuroleptika druhé generace nevyvolávají tolik nežádoucích vedlejších účinků, ale i tak mohou narušovat sexuální funkce, zapříčinit vznik cukrovky či vést k zvýšení tělesné hmotnosti. Avšak nezhoršují kognitivní funkce a pozitivně ovlivňují negativní příznaky nemoci. Jedinou nevýhodou je jejich vysoká cena (Libiger, 2004).

2.1.2 Psychoterapie

Psychoterapie zahrnuje vztah mezi dvěma lidmi: terapeutem a klientem. Terapeut vyzývá klienta, aby volně hovořil o svých nejvnitřnějších myšlenkách, emocích a prožitcích beze strachu z odsouzení nebo prozrazení. Klientovi pak poskytuje porozumění, pochopení, důvěru, pomáhá mu, aby si osvojil účinnější způsoby zvládání problémů (Atkinson, 2003).

- Individuální terapie

Zakládá se na setkávání s psychoterapeutem dle aktuální potřeby 1 - 2krát během 14 dní. V průběhu této terapie se nemocný snaží porozumět tomu, co se to stalo (tzv.

psychotická krize), jaké faktory mohly přispět ke vzniku onemocnění a tím nacházet řešení, jak předcházet případným návratům.

- Skupinová terapie

Má podobné cíle jako individuální terapie avšak s tím rozdílem, že se celý proces odehrává ve skupině pacientů s podobnými problémy. Díky tomu si pacient uvědomuje že není sám, kdo má určité obtíže a za pomoci sdílených zkušeností ostatních může nacházet i řešení pro své vlastní obtíže. Pacient také získává zpět ztracenou důvěru v mezilidských vztazích. Skupinová terapie se odehrává buď denně po dobu 10 dnů, nebo se jí pacient účastní 1 - 2krát týdně.

- Rodinná terapie

Účastní se jí celá rodina pod vedením dvou terapeutů. Trvá poměrně dlouho, minimálně 1 rok. Učí rodinu komunikovat a vyjadřovat negativní emoce pozitivněji a otevřeněji, vyhýbat se konfliktům a hostilnímu chování k členu rodiny trpící schizofrenií (Jarolínek, 2006).

- Arteterapie

Patří do tzv. neverbální, nebo kreativní terapie. Zabývá se především kreativním potenciálem člověka, zahrnuje veškeré tvůrčí činnosti s výtvarným materiálem, jako je papír, hlína, barvy, dřevo apod. Pomáhá člověku uvědomit si pocity při vnímání určitých materiálů, přivádí ho do kontaktu se světem i sebou samým. Arteterapeutická práce má také rehabilitační efekt, rozvíjí soustředěnost a zručnost (Pěč, 2009).

2.1.3 Psychoedukace

Je nezbytnou součástí léčebného procesu, šitá na míru pacienta. Pacientovi a jeho rodině jsou podávány informace o průběhu a prognóze. Během edukace si pacient osvojuje zacházení s příznaky, včetně rozpoznání časných varovných signálů a kroků, co má dělat v případě jejich výskytu. Pomáhá jim pochopit jaké onemocnění pacienta postihlo a informace o lécích mohou přispět k pochopení jejich významu při dlouhodobé terapii a motivovat pacienta k jejich užívání (Motlová, 2004).

2.1.4 Sociální terapie a opatření

Při sociálním i profesním postižení. Většina pacientů se schizofrenií buď nikdy nenabyla nebo naopak pozbyla sociálních dovedností, které jsou nezbytné k nezávislému životu. Speciální zařízení pro nácvik těchto dovedností jsou tréninkové či chráněné byty, které se liší dle míry chráněnosti od návštěv sociální pracovnice jednou týdně až po zajištění 24 hodinové profesionální pomoci v komunitních chráněných domech (Jarolínek, 2006).

Zatímco léčba mnohých pacientů s akutní schizofrenií vyžaduje hospitalizaci, menší procento může být přijato do denního stacionáře. Po propuštění trpí mnoho pacientů chronickými potížemi a potřebují podporu. Do určité míry se ukázalo úspěšné docházení do denního centra. Pacienti, kteří žijí samostatně, jsou často v kontaktu se zdravotnickými pracovníky např. psychiatrickou sestrou. Ty se často zaměřují na podávání léků a praktickou pomoc se sociálními problémy, jako s bydlením nebo dávkami (Cohen, 2002).

2.1.5 Pracovní terapie

Většina pacientů by chtěla pracovat, ačkoliv jim jejich onemocnění způsobuje často značné pracovní omezení. Schopnější pacienti mohou být zaměstnáni v normální firmě a profesionální pomoc je jim poskytována jen minimálně. Pro dlouhodobější psychotické pacienty jsou naopak vhodné chráněné dílny, kde mohou pracovat několik let s maximální mírou profesionální podpory.

2.1.6 Fokus - sdružení pro péči o duševně nemocné

Cílem Fokusu je pomoci lidem s duševním onemocněním žít plnohodnotný život ve společnosti. Za tímto účelem Fokus rozvíjí široký vějíř služeb sociální a pracovní rehabilitace, které směřují k obnově sebedůvěry a praktických životních dovedností duševně nemocných (Fokus – Sdružení pro péči o duševně nemocné [online]. 2005 [cit. 2010-03-28]. O nás. Dostupné z WWW: http://www.fokus-cr.cz/).

3 ZVLÁŠTNOSTI DOKUMENTACE V PSYCHIATRII

Psychiatrická dokumentace má svá specifika nejen co se týče značného rozsahu, jak bývá někdy povrchně konstatováno. Naprostá většina této rozsáhlé dokumentace obsahuje podklady pro správné hodnocení průběhu a stanovení dalšího postupu léčby duševní poruchy. Dokumentaci nevede pouze lékař, ale obsahuje i záznamy sestry, která je činí v rozsahu své kompetence eventuelně dalších pověření.

Již z předpisů je jasné, že dokumentace má být úplná a výstižná. Z ní pak oprávněný může čerpat své poznatky pro další léčbu a kontrolu (lékař, nadřízený nebo ustanovený kontrolní orgán apod.)

Chování, jednání a výroky hospitalizovaných osob nelze za běžných podmínek většinou zachytit jinak, než písemnou formou. Protože mnoho příznaků má jen přechodný charakter a lékař je často nemá možnost sám zhodnotit, je k zábraně zkreslení žádoucí, aby záznam učinil ten, kdo příznaky viděl.

Pokud příznaky zaznamenávající neviděl, neslyšel, je třeba napsat, kdo o nich referoval. Vidělo-li závažnou situaci více svědků, včetně hospitalizovaných osob, je vhodné to z právních důvodů nechat i jimi stvrdit. Je-li z objektivních důvodů záznam dedukcí (např. dokonaná sebevražda, jejích průběh nikdo neviděl), je třeba to zdůraznit.

Zaznamenat je třeba i další okolnosti: datum, čas, místo, ale i např. přerušení dodávky elektřiny, vody apod. Každý záznam musí být čitelný a stejně čitelně podepsán.

Je jistě pochopitelné, že u závažných zjištěných skutečností sestra nečeká, až se lékař dostaví na ošetřovnu k prostudování dokumentace, ale volá a informuje ihned. Stejně tak upozorní lékaře na skutečnosti, které sice nejsou akutní, ale z jednání lékaře je zřejmé, že o nich neví – mohou se vyskytovat i tací, kteří záznamům sester nevěnují náležitou pozornost, což může být i způsobeno špatnou čitelností.

Alespoň krátký záznam o hospitalizované osobě má učinit sestra každý den. I když je nutné zvláštně zaznamenávat především změny stavu a závažná zjištění (záchvatové stavy, neklid, agrese, nepodrobivost, smutek, úzkost, snahy po izolaci, ale i potřebu volat lékaře aj.), je naprosto nepřípustné psát jen krátké a nic neříkající záznamy (např. stejný, přiměřený, beze změny apod.), přitom lékař by zde neměl být špatným příkladem. Pokud sestra považuje za nutné zaznamenat neměnnost stavu, pak rozhodně za stav stejný musí doplnit nadále utlumený, spavý apod.

Bylo by hrubou chybou, kdyby záznamy obsahovaly jen zprávy o psychickém stavu. Je proto třeba zaznamenat i jiné, zvláště somatické změny. Konečně čím těžší je psychický stav, tím méně věnuje pacient pozornost svému tělu. I hypochondrický nemocný je soustředěn na konkrétní problém svého zájmu a jiné okolnosti pomíjí. Je proto nutné provádět záznamy podle ošetřovatelského plánu u každého konkrétního nemocného.

II Empirická část

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U NEMOCNÉHO SE SCHIZOFRENIÍ

Ošetřovatelský proces slouží jako osnova k organizaci ošetřovatelské péče. Skládá se ze čtyř částí: posuzování pacienta, plánování ošetřovatelské péče, realizace a celkového hodnocení ošetřovatelské péče a stavu pacienta (Richards, 2004).

4.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: T.J.
Datum narození: *1980
Adresa bydliště: Teplice
Pohlaví: muž
Věk: 29
Zaměstnání: plný invalidní důchod
Státní příslušnost: ČR

Datum přijetí: 5.7.2009
Typ přijetí: neplánovaná hospitalizace
Oddělení: psychiatrie odd. B

Důvod přijetí udávaný pacientem: „Potřebuji být v nemocnici, venku se cítím v nebezpečí."

Medicínská diagnóza hlavní: F20.0 - Paranoidní schizofrenie

Vitální funkce při přijetí:
TK: 105/85

P: 120‘

D: 24‘

TT: 36,4 °C

Výška: 173

Hmotnost: 68

BMI: 23

Stav vědomí: při vědomí

Pohyblivost: chodící

Nynější onemocnění: Paranoidní schizofrenie, relaps při neužívání léků

Informační zdroje: Pacient, rodina, předešlá dokumentace

4.2 ANAMNÉZA

4.2.1 Rodinná anamnéza

Otec: 58, žádné nynější ani předešlé onemocnění

Matka: 57, žádné nynější ani předešlé onemocnění

Sourozenci: bratr - zdráv

Děti: 0

4.2.2 Osobní anamnéza

Překonané a chronické onemocnění: paranoidní schizofrenie

Hospitalizace a operace: r. 1995 hospitalizován na odd. psychiatrie v Ústí nad Labem, dg. schizofrenie, v r. 2001 hospitalizace na odd. psychiatrie v Ústí nad Labem, dg. schizofrenie, operace žádné

Alergie: neudává

Očkování: běžné povinné

Transfúze: 0

Úrazy: 0

Léková anamnéza: Ketilept 100mg tbl. 2 – 1 - 2, Lamictal 25mg tbl. 1 – 0 - 1, Akineton 2mg tbl. 1 - 1- 0, léky neužíval.

Abúzy: Alkohol: příležitostně

Kouření: 15/denně

Káva: 5-6/denně

Léky: 0

Jiné drogy: 0

4.2.3 Sociální anamnéza:

Stav: svobodný, bezdětný

Bytové podmínky: momentálně žije s rodiči v bytě, čtyři měsíce žil sám v podnájmu, ale nebyl schopen platit nájem, tak byl nucen si půjčit u matky peníze na splácení dluhů.

Vztahy, role a interakce v rodině: je závislý na rodičích, sám si není schopen nic zařídit. Matka má nyní finanční problémy, musí splácet synovy dluhy. Rodiče již nevěděli co mají dělat, bude nutná konzultace se sociální sestrou pro vyřešení problémů. Pacient nebyl schopen sám užívat své léky.

4.2.4 Pracovní anamnéza:

Vzdělání: ukončená základní škola, nedostudovaná střední škola

Pracovní zařazení: plný invalidní důchod od r. 99

Ekonomické podmínky: je zadlužený, protože několik měsíců neplatil nájemné za pronajatý byt, kde čtyři měsíce pobýval a nemá peníze na to, aby dluhy splácel. Jeho matka se snaží dluhy splácet, ale je ve špatné finanční situaci.

4.2.5 Ošetřovatelská anamnéza:

Posouzení současného stavu ze dne: 6.7.2009

- **Popis fyzického stavu:**

SYSTÉM	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	- Hlava -normocefalická, nebolestivá - Oči - tmavé kruhy pod očima, unavené - Obličej - ztrápený a unavený výraz, neoholená tvář - Dutina ústní - suché rty, zuby vlastní, nažloutlé, jazyk bíle povleklý, plazící se ve střední rovině - Uši, nos, krk - bez patologie	- „v hlavě slyším hlasy přicházející zvenčí, dostávám informace o vnějším světě“
Hrudník a dýchací systém	- Hrudník symetrický,nebolestivý, zrychlený dech - 26', občas odkašlává	- „s dýcháním nemám problémy“
Kardiovaskulární systém	- Srdeční akce zrychlená, bez šelestů, dolní končetiny bez otoků - TK: 115/85 - P:100'	- „se srdcem nemám žádné problémy“

Břicho a GIT	- Břicho nebolestivé, měkké, bez jizev	- „občas mě bolí břicho, mám takový divný tlak, stažený žaludek“
Urogenitální systém	- Močový měchýř měkký, nebolestivý	- „nemám žádné problémy“
Kostro-svalový systém	- Kostrový aparát souměrný, klouby, svaly bez bolestí	- „nemám žádné bolesti“
Nervo-smyslový systém	- Neklidný, sluchové a zrakové halucinace, psychotický, manický, bez náhledu na nemoc	- „slyším hlasy zvenčí, přijímám rádiové vysílání, vidím zlo, nemám klid, v nemocnici se ale cítím bezpečně“
Endokrinní systém	- Štítná žláza ani lymfatické uzliny nezvětšeny	- „nemám problémy“
Kůže a její adnexa	- Kůže – suchá, barva normální, turgor snížený z důvodu dehydratace, bez porušení kůže - Vlasy - nemyté, krátké - Nehty - ostříhané, čisté	- „mám suchou kůži, jinak je to v pořádku“

- **Aktivity denního života:**

Stravování	Doma	- Zvyklý jíst pravidelně 5krát denně, matka mu vaří	- „asi třikrát denně“
	V nemocnici	- Dieta: 3, bez omezení - BMI: 23 - Jí snídaně, obědy i večeře vždy celé jídlo	- „sním všechno co dostanu“

Příjem tekutin	Doma	- Pacient udává že doma pil přibližně 1l/den	- „já piji dost“
	V nemocnici	- Zaveden pitný režim, zaznamenávání příjmu a výdeje, zavedeny infuze fyziologického roztoku 3x/500ml/den	- „sestry mi dávají pořád pít, ale všechno vypiji“
Vylučování moče	Doma	- Pacient udává, že doma neměl problémy s močením	- „chodím podle potřeby“
	V nemocnici	- Bolesti ani pálení při močení neudává, zaveden záznam o příjmu a výdeji, zavedeny infuze 3krát denně 500ml fyziologického roztoku	- „chodím často na toaletu, nutíte mě pořád něco pít“
Vylučování stolice	Doma	- Pacient udává, že chodí pravidelně jednou denně	- „chodím 1x denně“
	V nemocnici	- 1x denně	-„chodím 1x denně“
Spánek a bdění	Doma	- Pacient udává, že nemohl spát, bojí se tmy, v tichu slyšel hlasy, které mu něco sdělují, den tráví s rodinou	- „v noci se bojím, je ticho a slyším hlasy zvenčí, nemůžu usnout, zaberu až pozdě v noci, přes den jsem pak unavený, ale neusnu”
Aktivita a odpočinek	Doma	- Pacient udává, že den tráví doma s rodinou, nebo se prochází venku	- „přes den jsem doma nebo jdu ven se psem„

Aktivity a odpočinek	V nemocnici	- Tráví mnoho času v kuřárně, hovoří s pacienty, kouká na televizi, prochází se po oddělení, je velice komunikativní, říká že hovoří s bohem, během dne nespí, často navštěvuje sesternu, chce si povídat, účastí se odpolední komunity i arteterapie	- „koukám na televizi, povídám si s ostatními pacienty, s bohem nebo padlými anděly“
Hygiena	Doma	- Pacient udává, že se myje sám, pravidelně.	- „koupu se každý den, zuby si také čistím třikrát denně“
	V nemocnici	- S dohledem se umyje sám, zuby si čistí dvakrát denně, nehty mu byly ostříhány, toaletní potřeby mu přinesla matka druhý den po hospitalizaci	- „ráno a večer si čistím zuby, ráno si myji obličej a večer se chodím sprchovat“
Samostatnost	Doma	- Pacient bydlel sám v bytě ale nezvládal to, vrátil se domů k rodině, matka mu vaří a tráví s ním většinu času, není schopen žít samostatně	- „bydlel jsem sám, ale matka chtěla abych se vrátil domů, nemám peníze tak jsem šel“
	V nemocnici	- Pacient je seznámen s denním plánem oddělení	- „já se umím o sebe postarat“

- **Posouzení psychického stavu:**

		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí		- Při vědomí, paranoidní, bez náhledu na nemoc, psychotický	- „jsem si plně vědom“
Orientace		- Orientace pouze místem, ne osobou ani časem, zcela bez náhledu na nemoc	- „jsem v nemocnici, stará se o mě anděl, všude kolem jsou andělé, venku je zlo“
Nálada		- Pacient je manický, neklidný, přechází neustále po oddělení	- „chtěl bych podepsat revers a jít domů“
Paměť	Staropaměť	- Narušená vlivem nemoci	- „nemám problémy s pamětí“
	Novopaměť	- Narušená vlivem nemoci, nepamatuje si předešlý den ani příjem na oddělení	- „nepamatuji si jen, jak dlouho tu jsem“
Myšlení		- Narušené, rozštěp mysli ve smyslu rozporu mezi vnímanou realitou a realitou samotnou, nelogické myšlení, "má svůj svět"	- „mám hodně myšlenek, nestíhám říkat co mě všechno napadá, rád komunikuji“
Temperament		- Ztráta temperamentu	(pacient není schopen na tyto otázky přiměřeně odpovídat)
Vnímání zdraví		- Pacient je bez náhledu na nemoc	- „není mi dobře“
Vnímání zdravotního stavu		- Pacient vnímá svůj zdravotní stav jako neuspokojivý	- „něco není v pořádku“

Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	- Nelze zjistit, není si vědom své nemoci	(pacient není schopen na tyto otázky přiměřeně odpovídat)
Reakce a adaptace na hospitalizaci	- Pacient je již po třetí hospitalizován, přišel dobrovolně, dnes chce jít na revers domů, pacient si neuvědomuje svou nemoc	- „chtěl bych podepsat revers a jít domů“
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)	- Pacient udává, že se bojí okolního světa a v nemocnici se cítí v bezpečí, neustále je neklidný, prochází po oddělení, napjatý, pocity úzkosti	- „venku je zlo, tady se o mě stará anděl, cítím se lépe“
Komunikace	- Neustále si mluví sám pro sebe, hovoří s pacienty, na dotazy odpovídá většinou z cesty, velmi komunikativní, jeho věty často nedávají smysl	- „rád si povídám“
Informovanost o nemoci	- Pacient několikrát informován o stavu, pro svou nemoc ho však není schopen pochopit	- „ano já vím, jsem nemocen“
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace (primární role)	- Dokončená povinná školní docházka, nyní v plném invalidním důchodu, není schopen normálně pracovat	- „nepracuji, školu také nemám“ - (pacient není schopen na tyto otázky přiměřeně odpovídat)

Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace (sekundární a terciární role)	- Pacient žije u rodičů, není schopen bydlet sám, zvažuje chráněné obydlí ale bojí se, že by to nezvládl	„sám jsem bydlet nezvládal, nemám žádné peníze“ (pacient není schopen na tyto otázky přiměřeně odpovídat)
	- Většinu času tráví venku, nebo s rodinou, nemá přátelé, ani žádné koníčky, doma většinou něco maluje, dívá se na televizi nebo se prochází	„rád komunikuji s lidmi” (pacient není schopen na tyto otázky přiměřeně odpovídat)

4.3 Medicínský management:

Paranoidní schizofrenie, relaps po neužívání léků

Léčebný plán: rehydratace, sedativní medikace ke zklidnění, snížení masivní tenze, zvýšený dozor, při neklidu – neklidová medikace, při velkém neklidu mechanické omezení, bez vycházek, odběry, statim, CRP, KO

4.3.1 Ordinovaná vyšetření:

Odběry, statim, CRP, KO

Výsledky: urea 8,8; ALT 1,30; bilirubin 13,3; AST 6,20; GMT 0,61; CRP 72; žloutenky A,B negativní

4.3.2 Konzervativní léčba:

Dieta: 3

Pohybový režim: volný po oddělení, bez vycházek

Rehabilitace: arteterapie, skupinová terapie, konzultace s lékařem, odpolední aktivity.

4.3.3 Medikamentózní léčba :

- Haloperidol, tbl. 1,5mg 2-2-2 psycholeptikum
- Diazepam, tbl. 10mg 2-2-2 anxiolytikum
- Zyprexa, tbl. 10mg 0,5-0,5-1,5 neuroleptikum
- Akinetonvtbl, tbl. 2mg 1-1-0 antiparkinsonikum
- Kalnormin, tbl. 1mg 1-0-1 minerální látky

4.4 SITUAČNÍ ANAMNÉZA

Pacient s diagnózou paranoidní schizofrenie se dostavil na oddělení psychiatrie v doprovodu rodičů s žádostí o hospitalizaci. Pacient udává, že vidí zlo a nemůže již na to déle koukat, stále ukazuje na jiného pacienta a dívá se do zdi. Chce tu být hospitalizován, protože se tu cítí bezpečně. Rodiče udávají, že již delší dobu pacient neužívá naordinované léky a proto se jeho stav zhoršil. Pacient je neklidný, přeje si klapky na uši, protože stále slyší hlasy zvenčí. S sebou si přináší léky Ketilept, Lamictal, Akineton. Od svých 15 let byl zde hospitalizován již dvakrát, v roce 1995 a 2001. Souhlas s hospitalizací podepisuje bez problémů.

4.5 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

- Aktuální:

A. Strach z domnělého pocitu ohrožení projevující se silnou úzkostí a přetrvávajícím neklidem.

B. Nedostatek tělesných tekutin z důvodu neadekvátního přísunu tekutin projevující se subjektivně únavou, objektivně suchými rty a sliznicemi, sníženým turgorem kůže.

C. Myšlení porušené z důvodu základního onemocnění projevující se subjektivně bludy a halucinacemi, objektivně myšlením nezakládajícím se na realitě, nesoustředěností a poruchou paměti.

D. Neprospívání dospělé osoby z důvodu porušeného myšlení projevující se subjektivně potížemi postarat se o vlastní osobu, objektivně kognitivním úpadkem a znovuvzplanutím nemoci.

E. Verbální komunikace porušená z důvodu porušení myšlenkových pochodů projevující se nelogickými větami bez významu a sdělováním informací v rozporu s realitou.

- Potencionální:

F. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení intravenózní kanyly.

(Doenges aj., 2001)

4.6 PLÁN OŠETŘOVATESKÉ PÉČE

- **A. Strach z domnělého pocitu ohrožení projevující se silnou úzkostí a přetrvávajícím neklidem.**

- Priorita: střední

- Cíl: dlouhodobý; pacient se cítí v bezpečí, je klidný bez známek úzkosti

- Výsledná kritéria:

- pacientovi fyziologické funkce jsou na normálních hodnotách do tří hodin.
- pacient se cítí klidnější do 24 hodin
- pacient otevřeně hovoří o příčinách svého strachu do dvou dnů
- pacient rozpozná přicházející úzkost a využívá možnosti medikamentózní léčby dle ordinace lékaře do dvou dnů

- pacient je schopný svůj strach ovládat a pracovat s ním do čtyř dnů

- Ošetřovatelské intervence:

- podej pacientovi léky dle lékařské ordinace za kontroly požití - sestra
- získej si pacientovu důvěru – sestra
- zajisti potřebné okolnosti pro pacientův klid a pocit bezpečí – setra
- sleduj a zaznamenávej účinnost podaných léků – sestra
- respektuj pacientových požadavků pro potřebu naordinovaných léků - sestra
- naslouchej pacientovým pocitům a potřebám a dle možností zajisti jejich splnění - sestra
- pomoz pacientovi odvést pozornost od přicházejícího pocitu strachu/úzkosti - sestra
- hledej pro pacienta vhodné aktivity pro zlepšení jeho komunikativnosti – sestra
- pečlivě zaznamenávej veškeré dění kolem pacienta, jeho potřeby, podle uvážení cituj jeho slova do denního záznamu v dokumentaci – sestra

- Realizace ze dne 6.7.09:

- 13:00 seznámení pacienta s oddělením, s denním režimem oddělení, uložení pacienta na jeho pokoj.
- 13:30 podání léků dle ordinace lékaře za dozoru a kontrola požití, měření teploty: 38°C
- 15:00 rozhovor s pacientem na téma strach, zjištění příčin strachu, pacient má pocit že vidí zlo a slyší hlasy zvenčí, ubezpečení pacienta, že v nemocnici je v bezpečí, získání důvěry.
- 16:00 kontrola pacienta - zdá se zklidněný, stále psychotický, není nutné mechanické omezení
- 17:00 kontrola pacienta, rozhovor o jeho pocitech, pacient se cítí klidnější, je bez náhledu na nemoc, záznam do ošetřovatelské dokumentace o účinnosti léků na snížení úzkosti
- 18:30 podání večerních léků dle ordinace lékaře za dozoru a kontrola požití, měření teploty: 36,8°C

- 20:00 kontrola pacienta, pacient je s ostatními pacienty v kuřárně, zdá se klidný
- 22:00 uložení ke spánku, pacient je stále psychotický, udává že je ospalý
- 23:00 kontrola pacienta, spí klidně.
-

- Realizace ze dne 7.7.09

- 7:00 podání ranních léků dle ordinace lékaře za dozoru a kontrola požití
- 8:00 rozhovor s pacientem, je psychotický, chtěl by podepsat revers a jít domů
- 12:30 záznam do dokumentace, pacient udává že přijímá radiové vlny, snaha odvedení pacientovi pozornosti malováním, pacient stále odchází od činnosti, nedovede se soustředit
- 16:00 pacientova účast skupinových aktivit, neustále odchází, nevydrží se soustředit, snaha pacienta zapojit do činnosti. Rozhovor s pacientem o jeho pocitu strachu, cítí se neklidný - podána jedna tableta Haloperidolu 1,5mg 1tbl., kontrola polknutí.
- 18:00 rozhovor s pacientem, kontrola účinnosti léku, pacient je stále mírně neklidný, záznam do dokumentace o jeho výrocích, podání večerních léků dle ordinace lékaře.
- 22:30 pacient spí klidně.

8.7. – 15.7. pacientův stav je stejný: stále psychotický, paranoidní, bez náhledu na nemoc, s pocitem strachu z ohrožení, léky užívá. Ochotně se účastní arteterapie a skupinové terapie, rád chodí do posilovny, spí klidně bez nutnosti léků, během dne si žádá lék na uklidnění, většinou v podvečer.

- Realizace ze dne 16.7.09

- podávání léků 3x denně dle ordinace lékaře za kontroly požití
- 10:00 rozhovor s pacientem, udává že je bez pocitu úzkosti i neklidu, pacient je manický, bez náhledu na nemoc. Účast arteterapie, odpoledne posilovna
- 14:00 povoleny vycházky s rodinou – odchod v 14:00, příchod 16:00 tváří se usměvavě, bez pocitu úzkosti, konzultace s lékařem

- 17:00 pacient aktivizován, ale není schopen vydržet a odchází na pokoj, udává pocit strachu, stále bludy a halucinace, podán Haloperidol 1,5mg 1tbl.
- 19:00 rozhovor s pacientem, ujištění, že se není třeba něčeho obávat, záznam do dokumentace o pacientových výročích a pocitech. Subjektivně se cítí lépe.

- Realizace ze dne 17.7.09

- podávání léků 3x denně dle ordinace lékaře za kontroly požití
- 8:00 pacient po probuzení udává že je velmi neklidný, ujišťování pacienta o bezpečnosti, snaha o vysvětlení situace, pacient je ale stále bez náhledu na nemoc
- 10:00 aktivní účast na arteterapii, pacient maluje celé dopoledne, potom něco píše, rozhovor s pacientem, opět psychotický
- 13:00 pacient udává pocit strachu, neschopen od něj odpoutat pozornost, je neklidný, žádá lék – podán Haloperidol 1,5mg 1tbl.
- 15:00 pacient odmítá vycházku s dobrovolnicí, udává zvyšující pocit neklidu, žádá rozhovor s lékařem, lékař zavolán.
- 18:00 změna léků po konzultaci s lékařem, podány léky dle ordinace, kontrola požití, zvýšená teploty 37,4°C, puls 82'

18. – 28.7. pacient udává pocity strachu a úzkosti, ve večerních hodinách neklidný, podávány léky dle ordinace, snaha pacienta zapojit do aktivit, skupinové terapie a arteterapie, jichž se účastí, ale pro pocity neklidu u nich nevydrží, při rozhovoru vykazuje známky strachu, zvýšený pulz 90', udává že se cítí ohrožen.

- Realizace ze dne 29.7.09

- podávány léky dle ordinace lékaře za kontroly požití léků
- 10:00 arteterapie, konzultace s lékařem
- 13:00 skupinová terapie, pacient odchází
- 15:00 podán lék na uklidnění Leponex 25mg 1tbl.
- 16:00 kontrola pacient o účinnosti léku, pacient je klidnější
- 17:00 záznam do dokumentace výroky pacienta, měření pulzu 80', teplota 36,6°C, pacient opět úzkostný

- Celkové zhodnocení stavu po 24 dnech:

Pacient udává stále pocit napětí a strachu s občasným zlepšením, jeho fyziologické hodnoty pulzu vykazují stále mírné zvýšení, je schopen o svých pocitech hovořit, ale je stále bez náhledu na nemoc, stále vidí možné ohrožení, bludy jsou stále přítomné a nelze je pacientovi vymluvit, občasné mírné zlepšení stavu nemá dlouhého účinku. Poskytnutá ošetřovatelská péče nebyla efektivní i přes dodržovanou medikamentózní léčbu a snahu zapojit pacienta do aktivit nebyl cíl splněn.

- **B. Nedostatek tělesných tekutin z důvodu neadekvátního přísunu tekutin projevující se subjektivně únavou, objektivně suchými rty a sliznicemi, sníženým turgorem kůže.**

- Priorita: střední

- Cíl: krátkodobý; optimální hodnoty tělesných tekutin

- Výsledná kritéria:

- pacient nemá pocit žízně do 3 hodin
- nepociťuje slabost do 12 hodin
- sliznice jsou přiměřeně vlhké, turgor kůže je dobrý do 24 hodin
- adekvátní diuréza s normální specifickou hmotností do 24 hodin

- Ošetřovatelské intervence:

- Zjisti příčinu dehydratace - sestra
- Zaveď příjem/výdej tekutin u pacienta – sestra
- Podej pacientovi tekutiny per os každé dvě hodiny - sestra
- Zajisti aby měl pacient nápoj u lůžka – sestra
- Pouč pacienta aby močil do připraveného džbánu
- Podej dle lékařovi indikace tekutiny nitrožilně - sestra
- Sleduj specifickou hmotnost moči - sestra
- Suché rty potři vazelínou, doporuč omezení kávy - sestra

- Realizace ze dne 5.7.09:

- 13:30 podána sklenice vody 150 ml
- 14:00 podána intravenózní infuze fyziologického roztoku 500ml, rty potřeny tenkou vrstvou vazelíny, připraven džbán na moč
- 14:30 zaveden příjem/výdej tekutin, pacientovi doporučeno omezení kávy
- 16:00 podána sklenice vody 150 ml, zápis do příjmu/výdeje tekutin, měřen výdej moči – 500 ml
- 18:00 podána intravenózní infuze fyziologického roztoku 500ml
- 20:00 podána sklenice čaje 150 ml, zápis do příjmu/výdeje tekutin, měřena specifická hmotnost moči reagenčním papírkem
- 22:00 podán čaj 150 ml měřen výdej moči – 650 ml

- Realizace ze dne 6.7.09

- 8:00 podána sklenice čaje 150 ml, zápis do příjmu/výdeje tekutin
- 9:00 podána intravenózní infuze fyziologického roztoku 500ml, zápis do příjmu/výdeje tekutin
- 10:00 podána sklenice vody 150 ml, zápis do příjmu/výdeje tekutin
- 12:00 podána intravenózní infuze fyziologického roztoku 500ml, zápis do příjmu/výdeje tekutin, měřen výdej moči – 700 ml
- 13:00 podána sklenice s čajem 150 ml, zápis do příjmu/výdeje tekutin
- 15:00 podána sklenice s čajem 150 ml, zápis do příjmu/výdeje tekutin, měřena specifická hmotnost moči pomocí reagenčního papírku – v normě
- 17:00 podána intravenózní infuze fyziologického roztoku 500ml, zápis do příjmu/výdeje tekutin
- 18:00 měřen výdej moči – 700 ml
- 21:00 podána sklenice vody 150 ml, zapsáno do záznamu

- Celkové hodnocení po dvou dnech:

Pacient spolupracoval, infuze byli podány dle lékaře, pitný režim dodržen, pacient se subjektivně cítí lépe, nemá pocit žízně, objektivně jsou sliznice vlhké, kožní turgor dobrý, specifická hmotnost v normě, lékař zrušil podávání infuzí, ponechán příjem/výdej, cíl byl splněn v plném rozsahu.

- **C. Myšlení porušené z důvodu základního onemocnění projevující se subjektivně bludy a halucinacemi, objektivně myšlením nezakládajícím se na realitě, nesoustředěností a poruchou paměti.**

- Priorita: střední

- Cíl: dlouhodobý; zajištění maximálních možných intervencí pro zlepší úrovně života pacienta

- Výsledná kritéria:

- Pacient je informovaný o průběhu léčby a realitě denně
- Rodina je edukována o nemoci a léčbě do tří dnů
- Pacient má pocit důvěry do tří dnů
- Pacient se účastní psychoterapie v plném rozsahu do sedmi dnů

- Ošetřovatelské intervence:

- Zhodnoť rozsah poruchy myšlení - sestra
- Zjisti jak dlouho je pacient schopen udržet pozornost, a podle toho uprav zvolenou psychoterapii – sestra
- Posuď míru úzkosti, a její vliv na pozornost – sestra
- Jednej s pacientem vlídně a klidně ať má pocit porozumění - sestra
- Pozitivně pobízej pacienta v - sestra
- Plň lékařovu ordinaci - sestra
- Informuj pacienta o realitě každý den – sestra
- Edukuj rodinu o nemoci, průběhu terapie a o možných podpůrných krocích ze strany rodiny – sestra

- Realizace ze dne 7.7.2009:

- 8:00 Pacient informován místem, časem a osobou
- 10:00 Rozhovor s pacientem, o tom jak se cítí, hodnocen pocit úzkosti
- 16:00 Rozhovor s pacientem, hodnocen rozsah poruchy myšlení
- Podávány léky dle ordinace lékaře 3x denně za kontroly požití

- Realizace ze dne 9.7.2009:

- 8:00 Pacient informován místem, časem a osobou
- 11:00 Účast pacienta skupinové terapie, pacient odchází po 5 minutách.
- 15:00 Rodina informována o jejích možných intervencích v terapii
- Podávány léky dle ordinace lékaře 3x denně za kontroly požití

- Realizace ze dne 10.7.2009:

- 8:00 Pacient informován místem, časem a osobou
- 11:00 Účast pacienta na skupinové terapii, pacient neustále podporován, odchází po 10 minutách
- 14:00 Doporučeno rodině chráněné obydlí a dílnách
- 18:00 Rozhovor s pacientem o jeho pocitech a budování důvěry pacienta
- Podávány léky dle ordinace lékaře 3x denně za kontroly požití

- Realizace ze dne 12.7.2009:

- 8:00 Pacient informován místem, časem a osobou
- 11:00 Účast pacienta na skupinové terapii, upraven program pro pacienta na 15min., pacient zůstává po celou dobu terapie
- 15:00 Rozhovor s pacientem, získávání důvěry
- Podávány léky dle ordinace lékaře 3x denně za kontroly požití

- Realizace ze dne 14.7.2009

- 8:00 Pacient informován místem, časem a osobou
- 11:00 Účast pacienta na skupinové terapii, upraven program pro pacienta na 15min., pacient zůstává po celou dobu terapie
- 14:00 Rozhovor s pacientem, zjišťování míry porušení myšlení, pocitu strachu a úzkosti.
- Podávány léky dle ordinace lékaře 3x denně za kontroly požití

- Celkové hodnocení po 7 dnech:

Pacientovi byly podávány informace o realitě a postupu léčby, přesto byl pacient každý den pod vlivem svých halucinací a bludů. Jeho pocit strachu se snížil, udává že se cítí dobře, stará se o něho anděl a kolem jsou padlí andělé. Psychoterapie, upravené dle

potřeby pacienta, se účastní v plném rozsahu. Je komunikativní, zapojuje se arteterapie, převážně rád maluje. Rodina byla informována o možnostech pokračování terapie v psychosociálních programech po propuštění a programech zabývajících se nemocnými se schizofrenií. Veškeré intervence byly řádně plněny, cíl byl splněn, v intervencích bylo pokračováno po celou dobu hospitalizace, přesto byl pacient bez náhledu na nemoc.

- **D. Neprospívání dospělé osoby z důvodu porušeného myšlení projevující se subjektivně nedostatečnou péčí o sebe sama, objektivně kognitivním úpadkem, znovuvzplanutím nemoci a dehydratací.**

(diagnóza je spojená s ošetřovatelskou diagnózou: Péče o sebe sama nedostatečná, protože konané intervence i realizace jsou téměř totožné.)

- Priorita: střední

- Cíl: dlouhodobý; nalezení vhodných opatření pro zlepšení úrovně života pacienta

- Výsledná kritéria

- Pacient užívá pravidelně své naordinované léky vždy
- Pacient je informovaný o plánu činností před zahájením vždy
- Pacient je schopný za pobízení druhé osoby plnit zadané úkoly do dvou dnů
- Provádění péče o sebe sama v rámci pacientových možností do dvou dnů
- Rodina je edukována o léčbě a seznámena s nutnými opatřeními pro zlepšení stavu pacienta do tří dnů
- Pacient se aktivně účastní psychoterapie terapie do čtyř dnů

- Ošetřovatelské intervence

- Zjisti konkrétní nedostatky v péči u pacienta - sestra
- Aktivně podporuj a pobízej pacienta v činnostech - sestra
- Rozmlouvej s pacientem o jeho potřebách - sestra

- Buď empatická, dej pacientovi potřebný pocit porozumění, vybuduj si s ním blízký vztah – sestra
- Seznam rodinu o důležitých krocích ke zlepšení prospívání pacienta – sestra
- Podávej léky dle ordinace lékaře a kontroluj jejich požití – sestra
- Zajisti účast pacienta na psychoterapii – sestra
- Pomoz pacientovi při plnění úkolů než se s nimi lépe seznámí - sestra
- Začínej se základními úkony a až když si bude pacient jistější přidávej další - sestra
- Zajisti konzultaci rodiny se sociální sestrou, doporuč chráněné obydlí - sestra
- Při úkonech osobní péče zařiď pacientovi soukromí - sestra
- Nespěchej, dej pacientovi dostatek času na dané úkony aby mohl v klidu dokončit daný úkol - sestra

- Realizace je téměř stejná jako u ošetřovatelské diagnózy: C. Myšlení porušené, až na několik ošetřovatelských intervencí, které jsou dále rozepsány. Stejné je klidný a empatický přístup k pacientovi, edukace rodiny, podávání léků a účast pacienta na psychoterapii.

- Realizace ze dne 6.7.2009

- V průběhu dne zjišťovány nedostatky péče u pacienta.
- 18:00 Zapsány konkrétní nedostatky péče do ošetřovatelské dokumentace

- Realizace ze dne 7.7.2009

- 7:30 Pacientovi dávány lehké úkoly (čištění zubů, oblékání, úprava zevnějšku), pomoc při činnostech
- 15:00 Edukace rodiny o důležitých krocích ke zlepšení prospívání pacienta, doporučen Fokus.
- 18:00 pacient pobízen k večerní toaletě

- Realizace ze dne 9.7.2009

- 8:00 Pacient aktivně pobízen k vykonávání ranní toalety
- 13:00 Rozhovor s pacientem o jeho potřebách, snaha vysvětlit význam péče o jeho zevnějšek

- 18:00 pacient pobízen k večerní toaletě

- Realizace ze dne 10.7.2009

- 8:00 Pacient pobízen k vykonávání ranní toalety, nutná pomoc při činnostech
- 18:00 Pacient pobízen k večerní toaletě

- Celkové hodnocení po 5 dnech:

Pacientovi byly dávány první den lehké úkony, které za neustálého pobízení bez problémů plnil – čistění zubů, oblékání. Další dny byly přidávány úkony, které činily pacientovi menší problémy, ale za klidného podporování pomalu veškeré činnosti splnil - čistění zubů, koupání, oblékání, česání vlasů apod. Léky také bez potíží užíval. Rodina byla edukována o terapii a informována o možnosti využití Fokusu - sdružení pro péči o duševně nemocné a chráněného bydlení.

- **E. Verbální komunikace porušená z důvodu porušení myšlenkových pochodů projevující se nelogickými větami bez významu a sdělováním informací v rozporu s realitou.**

- Priorita: střední

- Cíl: dlouhodobý; pacient komunikuje logicky, je orientován v realitě.

- Výsledná kritéria

- pacient je informovaný o projevech jeho nemoci a seznámen s realitou do 2 hodin
- pacient nemá žádné bariery ve sdělování informací, nemá pocit nátlaku do 1 dne
- pacient má pocity důvěry a pochopení do 2 dnů
- pacient je orientovaný místem, časem i osobou do 3 dnů

- Ošetřovatelské intervence:

- přistupuj k pacientovi vždy s úctou a mluv na něho vlídně a klidně – sestra
- ber v úvahu pacientovo onemocnění a uvědom si jeho projevy - sestra

- rozmlouvej s pacientem vždy o samotě v klidné místnosti, nebo tam kde je mu to příjemné - sestra
- umožni pacientovi vyjádřit své pocity i jinou formou např. malováním - sestra
- sleduj i neverbální komunikaci pacienta a zhodnoť, není-li v rozporu s verbální - sestra
- pomoz pacientovi orientovat se v realitě - sestra
- nevyvracej pacientovy bludy, vysvětli mu, že ty to vnímáš pouze jinak než on, ale že chápeš, že on to tak vidí - sestra
- informuj rodinu pacienta o příčině poruchy v komunikaci -sestra
- edukuj rodinu o tom, jak mají s pacientem komunikovat - sestra
- zaznamenávej do dokumentace důležité informace od pacienta, dle nutnosti cituj pacientovy výroky - sestra

- Realizace ze dne 6.7.09:

- 13:00 rozhovor s pacientem, informace o jeho zdravotním stavu podal lékař
- 15:00 rozhovor s pacientem o jeho potřebách, pocitech, snaha o uklidnění
- 18:00 záznam do dokumentace, pacient hovoří o zlu zvenčí.

- Realizace ze dne 7.7.09:

- 10:30 rozhovor s pacientem, snaha o odstranění bariér v komunikaci, pacient komunikuje bez problému
- 13:00 pacient udává že slyší radiové vlny, pacient je informován o místě a čase
- 17:00 edukace rodiny, jak má komunikovat s pacientem a informována o příčinách změny pacientovi komunikace
- 19:00 rozhovor s pacientem, udává, že si je vědom své nemoci a o absurditě bludů, přesto se zdá být neklidný, záznam do dokumentace

- Realizace ze dne 9.7.09:

- 11:00 účast pacienta ve skupinové terapii, komunikuje bez problému
- 13:00 rozhovor s pacientem, opět je přesvědčen o bludech a halucinacích, zcela popírá, že by byl nemocen
- 16:00 pacient opět informován o místě a času

- 19:00 záznam do dokumentace, zapsány výroky pacienta

- Realizace ze dne 10.7.09:

- 11:00 arteterapie, pacient něco neustále píše
- 13:00 rozhovor s pacientem, hovoří zcela otevřeně, ovšem mimo realitu, neuvědomuje si svou nemoc
- 18:00 záznam do dokumentace, pacient bez problémů komunikuje s ostatními pacienty, nazývá je padlými anděly
- 19:00 komunikace s pacientem, informován o realitě

11.7. – 29.7.09 - veškeré realizace se průběžně opakovali, pacientovi reakce a komunikace byly vesměs stejné.

- Celkové hodnocení:

Pacient se účastnil arteterapie, skupinové terapie kde komunikoval bez zábran, byl otevřený i k ostatním pacientům. Intervence byli sestrou řádně plněny, přes to se cíl splnit nepodařilo. Pacient stále věřil svým bludům a halucinacích, a také tak o nich hovořil.

- **F. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení intravenózní infuze.**

- Priorita: střední

- Cíl:dlouhodobý; infekce nevznikne

- Výsledná kritéria:

- místo vpichu je bez zarudnutí, nezpůsobuje pacientovi bolest, je bez známek infekce ihned
- pacient je informovaný o možnosti vzniku infekce a o jejím předcházení do 1 hodiny

- Ošetřovatelské intervence:

- často kontroluj místo vpichu – sestra

- uvědom si hlavní příznaky infekce – sestra
- dodržuj sterilní techniku při výměně infuze, udržuj místo vpichu sterilní - sestra
- čisti místo vpichu dle potřeby vhodným roztokem a dle potřeby vyměň krytí - sestra
- zabraň pohybům kanyly v místě vpichu - sestra
- informuj pacienta o možnosti vzniku infekce a jejímu zabránění

- Celkové hodnocení po 2 dnech:

Kanyla byla odstraněna za sterilních podmínek. Místo vpichu bez známek infekce, ranka se hojí rychle a čistě, pacient neudává pocit bolesti, cíl ošetřovatelské diagnózy byl splněn.

5 ZÁVĚR

Veřejnost nabývá neustále vědomí, že schizofrenní jedinci jsou nepředvídatelní a nebezpeční lidé. Nemocní nosí nálepku „rozdvojené osobnosti“, která není schopná samostatně žít a patří do psychiatrických léčeben izolovat od zbytku světa. Během mé praxe jsem měla možnost setkat se s několika lidmi, postiženými touto těžkou nemocí. Ani jedenkrát jsem se nesetkala s agresivitou, nikdy jsem neměla pocit, že jsou tito lidé některak méněcenní, ač oni sami často těmto pocitům propadají.

Tento konkrétní nemocný, jehož jsem vybrala pro mou bakalářskou práci, byl hospitalizován již po třetí. Relaps přišel po neužívání trvalé medikace a bohužel i přes nasazení léčby se stav pacienta výrazně nezlepšil. Jeho stav byl po celou dobu hospitalizace přes drobné zlepšování a zhoršování vesměs stále stejný. Byl neustále pod vlivem jeho bludů a halucinací, podle nichž také jednal. „Jeho svět“ mu nemohl nikdo vymluvit a byl zcela pod jeho vlivem.

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny v prvních dnech hospitalizace a během pobytu na oddělení se takřka neměnily. Jejich cíle byly stanoveny s ohledem na těžký stav pacienta s ne velkými nároky. Byly plněny s veškerým možným snažením a dle celkového hodnocení s dobrým průměrem. Doprovodných terapií jako arteterapie a skupinové terapie se nemocný účastnil rád, postupem času přinášely i drobné výsledky, jako uvolnění, zmírnění strachu, nebo zlepšení komunikace. Značná míra intervencí byla kladena také na rodinu, která hrála v celém ošetřovatelském procesu poměrně velkou roli. Míru zodpovědnosti patrně rodina pocítí především až s propuštěním pacienta do domácího prostředí kde ji bude čekat ještě dlouhá cesta.

6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

U nemocných se schizofrenii je zvláště nutné, dodržovat individuální přístup, podle konkrétních příznaků nemoci. Jde většinou o dlouhodobou ošetřovatelskou péči, během které je třeba vybudovat si s nemocným úzký vztah pro snazší spolupráci.

U tohoto konkrétního nemocného, bylo snadné se domnívat, že spolupráce bude jednoduchá, když o hospitalizaci požádal on sám. Bohužel u této nemoci je typické, že se pohledy na věc mohou rychle měnit. Nemocný si přál hned druhý den podepsat revers a jít domů. Bylo třeba ho proto nepřetržitě pobízet ke spolupráci, aktivizovat, odvádět myšlenky od pocitu strachu a neustále mu připomínat reálnou situaci. Když měl nemocný sluchové halucinace, sestra ho trpělivě vyslechla a opatrně se mu snažila vysvětlit, že ona sama vidí celou situaci trochu jinak, ale že chápe jeho prožitky a pocity. Pro nemocného byly halucinace a bludy zcela reálné. V knihách se často uvádí, že při poruchách vnímání a myšlení je třeba zajistit bezpečnost jak pacienta, tak dalších nemocných na oddělení. V tomto případě tomu tak nebylo, pacient neměl žádné sklony k agresivitě jak k ostatním ani k sobě samému. Veškerá ošetřovatelská péče byla tedy převážně zaměřena na péči o vlastní osobu a psychoterapii.

Při rehydrataci byl zaveden příjem/výdej. Pod pohledem a neustálým odůvodňováním byl pacient ochotný dostatečně pít a díky tomu mohly být zrušeny intravenózní infuze za dva dny. Z důvodu porušeného myšlení nebyl pacient schopen provádět samostatně hygienu ani postarat se o svůj zevnějšek. Při řešení tohoto problému bylo nutné si především vybudovat přátelský vztah s nemocným. Během vykonávání hygieny musel být nemocný trvale pobízen k veškerým činnostem a zároveň bylo nutné zachovat si klidný a vlídný postoj.

Při účasti na psychoterapiích měl nemocný problém udržet pozornost a soustředit se na dané aktivity. Vzhledem k jeho projevům bylo vhodné upravovat terapie dle jeho potřebám, aby se nemocný zúčastnil i závěru psychoterapie. Nebylo vhodné nutit ani přemlouvat nemocného k dokončení terapie, pokud on sám se na to necítil.

Psychoedukace se účastnil jak nemocný sám, tak jeho rodina. Nejdůležitějším úkolem této edukace je dostatečná informovanost rodiny a blízkých o schizofrenii, protože většinou dochází k onemocnění již v rané dospělosti a tak zasahuje velkou měrou především pacientovu rodinu. Edukace poukazuje na to, jak se k nemocnému chovat, jak s ním komunikovat a rehabilitovat. Během hospitalizace se sestry podílely na pomoci nalézt vhodnou následnou rehabilitaci a sdružení na pomoc tohoto onemocnění. Jako nejdostupnější a nejvhodnější se vyskytla organizace Fokus pro péči o duševně nemocné, kam se mohou obrátit o radu či pomoc. Jak dlouho nemocný zůstane doma a jaké životní úrovně dosáhne záleží na pomoci, kterou mu rodina bude moci poskytnout.

Vhodným tématem pro další práci bych tedy doporučila např. následnou péči o nemocné se schizofrenií, nebo začlenění nemocných s duševní poruchou do běžného života.

POUŽITÁ LITERATURA:

ATKINSON, Rita L. Psychologie. Druhé, aktualizované vydání. Praha : Portál, s.r.o., 2003. ISBN 80-7178-640-3.

COHEN, Robert M. Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-497-4.

DOENGES, Marilynn E.; MOORHOUSE, Mary Frances. Kapesní průvodce zdravotní sestry. Druhé, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, spol. s r. o., 2001. ISBN 80-247-0242-8.

FENDRICH, Zdeněk. Farmakologie pro farmaceuty III. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1419-9.

FIŠAR, Zdeněk. Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha : Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2737-0.

JAROLÍMEK, Martin. O lidech, kteří onemocněli schizofrenií. Praha : Občanské sdružení BAOBAB, 2006. (Brožura).

KOZIEROVÁ, Barbara. Ošetrovateľstvo: koncepcia, ošetrovateľský proces a prax.2. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.

LIBIGER, Jan; ŠVETKA, Jaromír; SEIFERTOVÁ Dagmar. Farmakoterapeutické postupy v léčbě schizofrenní poruchy. 2. vydání. Praha : Academia medica pragensia, 2004. ISBN 80-86694-05-4.

MARKOVÁ, Eva; VENGLÁŘOVÁ, Martina; BABIÁKOVÁ, Mira. Psychiatrická ošetřovatelská péče. Praha: Grada Publisching, a.s., 2006. ISBN 80-247-1151-6.

MOTLOVÁ, Lucie; KOUKOLÍK, František. Schizofrenie. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-277-3.

NĚMCOVÁ, Jitka; MAURITZOVÁ, Ilona. Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací. Plzeň: Maurea, s.r.o., 2009. ISBN 978-80-902876-0-0.

PĚČ, Ondřej; PROBSTOVÁ, Václava. Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

PREISS, Marek; KUČEROVÁ, Hana a kolektiv. Neuropsychologie v psychiatrii. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1460-4.

RICHARDS, Ann; EDWARDS, Sharon. Repetitorium pro zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing, a. s., 2004. ISBN 80-247-0932-5.

RODER, Volker; BRENNER, Hans D.; KIENZLE Norbert; HODEL, Bettina. Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty. Praha : Triton, 1993. ISBN 80-901521-3-9.

TRACHTOVÁ, Eva. Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-324-4.

Fokus – Sdružení pro péči o duševně nemocné, [online], [citované 29.3.2010]. Dostupné na internetu http://www.fokus-cr.cz/.