

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE
U PACIENTA SE SCHIZOFRENIÍ**

Bakalářská práce

IVANA KUFOVÁ

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

Vedoucí práce: Mgr. Marie Zajíčková

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2011-05-31

Praha 2011

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31.05.2011

.....

ABSTRAKT

KUFOVÁ, Ivana DiS. *Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta se schizofrenií*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: Mgr. Marie Zajíčková, Praha 2011, s. 53.

Hlavním tématem mé bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče u pacienta se schizofrenií s respektováním jeho biopsychosociálních potřeb. Teoretická část je věnována etiologii, symptomatologii, diagnostice, terapii a prognóze daného onemocnění, včetně jejího rozdělení. Nosnou část bakalářské práce tvoří ošetrovatelský proces. Vytýčuje ošetrovatelské strategie a zásahy, jejichž cílem je prevence, redukce nebo eliminace problémů pacienta. Do ošetrovatelského procesu zahrnujeme nejen pacienta, ale i jeho rodinu.

Nedílnou součástí práce jsou specifické odlišnosti ošetrovatelské péče v psychiatrických zařízeních a pohled společnosti na duševně nemocné. Základem vztahu sestra-pacient je vzájemná kooperace na rozdíl od kontroly a podřízenosti. Podstatné je navázání kontaktu a získání důvěry pacienta, dále pak zapojení pacienta do ošetrovatelského procesu s jeho aktivní spoluúčastí, spolurozhodováním a alespoň jednoduchou komunikací.

Klíčová slova: Aktivní spoluúčast. Duševně nemocný. Ošetrovatelský proces. Psychiatrická zařízení. Schizofrenie.

ABSTRACT

KUFOVÁ, Ivana DiS. *Comprehensive Nursing Care of Patients with Schizophrenia*. Health Care University, degree: Bachelor. Thesis supervisor: Mgr. Marie Zajíčková, Prague 2011, s.53.

The subject of my bachelor thesis is complex nursing care for patients suffering from schisofreny with respect to their biopsychological needs. The theoretical part deals with etiology, symptomatology, diagnosis, therapy and prognosis of schisofreny (including its classification). However, the core of this thesis consists of nursing care issues. Nursing strategies associated with prevention, reduction or even elimination of patients' problems are discussed. It is emphasized that the nursing process needs to address not only the patients themselves but also their families.

Distinction between nursing strategies in different psychiatric facilities and the attitude of society toward mentally impaired patients represent an intrinsic part of the thesis. The patient-nurse relationship needs to stem from mutual cooperation, not directive orders and obedience. Establishment of mutual trust between the patient and hospital staff, active participation of the patient in the nursing process and honest communication represent an essential part of the nursing process.

Keywords: active participation, mentally ill patients, nursing process, psychiatric institutes, schisofreny.

PŘEDMLUVA

Vnitřní svět člověka v psychóze se liší od toho, co prožívají druzí lidé. Takový člověk ztrácí schopnost rozpoznat realitu. Nemocný považuje své psychózou ovlivněné vnímání, myšlení či cítění za zcela normální. Okolí však vidí svět odlišně a je nesnadné se vzájemně domluvit.

Tato práce vznikla ve snaze zaměřit se na problematiku a zvláštnosti ošetrovatelské péče o nemocné v psychiatrických zařízeních. Pro práci sestry je důležité umět komunikovat s psychiatrickými nemocnými. I tyto lidé hledají pochopení, pocit sounáležitosti, jen o tom třeba neumí mluvit a o danou pomoc si mnohdy nedokážou říci. Jsou to lidé, kteří nemají žádná viditelná somatická onemocnění, ale mají zlomenou duši.

Výběr tématu byl ovlivněn nejen stáží v Psychiatrické léčebně v Kroměříži, ale i samotnou diagnózou schizofrenie. S touto chorobou se setkávám ve svém velmi blízkém okolí. Proto mohu pozorovat, jak tato choroba mění vztahy a stabilitu v rodině mé blízké kamarádky. Podklady pro práci jsem čerpala jak z knižních a časopiseckých zdrojů, doprovodného materiálu (uživatelské příručky), tak i z elektronických dokumentů.

Práce je určena nejen studentům oboru diplomované všeobecné sestry, ale i sestřám, které se ve své praxi setkávají s duševně nemocnými.

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí bakalářské práce Mgr. Marii Zajíčkové za podnětné rady a informace, které mi poskytla při vedení a psaní mé bakalářské práce.

OBSAH

Seznam použitých odborných zkratk, výrazů a příloh

ÚVOD	10
1 TEORETICKÁ ČÁST	12
1.1 Etiologie.....	13
1.2 Klinický obraz.....	14
1.3 Diagnostika.....	16
1.4 Vyšetření.....	17
1.5 Léčba.....	19
1.6 Prognóza.....	22
1.7 Pohled společnosti na duševně nemocné.....	23
1.8 Specifika ošetrovatelské péče na psychiatrickém oddělení.....	25
1.8.1 Zvláštní situace.....	25
1.8.2 Právní problematika nedobrovolné hospitalizace a ochranné léčby.....	25
1.8.3 Zvláštnosti ošetrovatelské péče - restriktivní postupy.....	28
2 EMPIRICKÁ ČÁST	30
2.1 Ošetrovatelský proces u pacienta se schizofrenií.....	30
2.2 Identifikační údaje pacienta.....	31
2.3 Posouzení somatického stavu pacienta.....	37
2.4 Aktivity denního života.....	39
2.5 Posouzení psychického stavu.....	41
3 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ	42
3.1 Rozebrání ošetrovatelských diagnóz.....	44
4 Doporučení pro praxi	49
Závěr	50
Seznam použité literatury	51

SEZNAM ZKRATEK

AIDS	syndrom získané imunodeficiencie
BMI	body-mass index parametr umožňujúci posouzení stavu výživy a míry eventuální obezity
CT	počítačová tomografie
D	dech
ECT, EKT	elektrokonvulzní terapie
EEG	elektroencefalografie
EKG	elektrokardiografie
FW	sedimentace erytrocytů
HIV	virus lidské imunodeficiencie způsobující chorobu AIDS
KO	krevní obraz
MRI	magnetická rezonance
P	puls
PET	pozitronová emisní tomografie
RTG	rentgenové vyšetření
T3 a T4	hormony štítné žlázy
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Agitace	motorický neklid
Apatie	snížení citové reaktivity
Appendektomie	chirurgické odstranění apendixu (slepého střeva)
Ataka	prudký záchvat nemoci
Brachycefalická	tvar lebky – s nápadně krátkým předozadním průměrem
Dyskinéza	porucha souhru normálních pohybů
Dysurie	obtížné a bolestivé močení
Fixace	znehynění, zpevnění
Izokorické	zornice obou očí mají stejnou velikost
Liquid	tekutá látka
Neurotransmitery	nervový přenašeč
Otoplastika	plastická operace ušních boltců
Prognacie	nadměrné vysunutí horní čelisti
Relaps	opětovné objevení příznaků nemoci
Skrotum	šourek
Somatický	tělesný
Status praesens	současný stav
Stigma	znamení domnělé méněcennosti
Suicidium	sebevražda

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA Č. 1 - Práva duševně nemocných

PŘÍLOHA Č. 2 – Poučení pacienta o zásadách na oddělení

PŘÍLOHA Č. 3 – Denní řád oddělení

PŘÍLOHA Č. 4 – Báseň od schizofrenního pacienta

ÚVOD

Motto:

„Ošetřování nemocných jest povoláním těžkým, dvakrát, třikrát těžším, jedná-li se o ošetřování choromyslných.“

Dr. Jan Hraš

Ředitel Královského českého zemského ústavu pro choromyslné v Dobřanech.

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které vede ke značnému utrpení v životě nemocných i jejich rodin. Onemocnění propuká nejčastěji mezi 15. a 25. rokem u mužů, u žen mezi 25. a 35. rokem života. Nemocí trpí přibližně 1% světové populace. Choroba postihuje mnoho psychických funkcí člověka, jako myšlení, vnímání, chování, nálady, pozornost, chápání okolního světa. V myšlení se často objevují přesvědčení, která nejsou pravdivá. Pacienti s touto nemocí jsou na rozdíl od ostatních lidí mnohem více nápadní, protože jejich způsob chování se výrazně odlišuje od ostatních. Emoce jsou vystupňované a neodpovídají situacím, které život přináší. Schizofrenik neustále ztrácí společenskou jistotu a své místo ve společnosti. Má také větší sklony k sebevraždám. U pacienta se schizofrenií dochází k rozštěpu mysli a celkovému úpadku osobnosti.

Obecně můžeme říci, že schizofrenik trpí emoční poruchou, která způsobuje narušený kontakt s realitou. Tyto jedince poznáváme podle bizarního chování a neadekvátních afektů. Schizofrenici jsou neklidní, nejistí a trpí častými úzkostmi, ale i bludy a halucinacemi. Jsou také emočně zploštělí, což znamená, že jejich city nejsou diferenciovány. Nedokážou být empatictí, ani cítit lítost. Je velmi obtížné si jen představit, co člověk stíhaný touto chorobou prožívá.

Zajímavostí je, že ani tak silné stresové situace jako živelné pohromy, záplavy anebo války nezvyšují procento výskytu. Znamená to, že pravděpodobnost onemocnění je stejná bez závislosti na výskytu stresových situací. Některé faktory však přece jen mohou napomoci k rozvoji nemoci. Patří k nim například nízká porodní hmotnost, podvýživa matky v těhotenství, prodělaná chřipka matky v těhotenství, komplikace při porodu, špatné rodinné vztahy nebo šikana v dětství.

Výskyt schizofrenie je stejný v chudých i v bohatých a stabilních krajinách. V tomto směru se krajiny Asie neliší od krajin Evropy a Ameriky. Obě pohlaví jsou postižena v přibližně stejné míře, u žen však bývá pozdější nástup choroby.

Onemocnění jednoho člena schizofrenní psychózou představuje pro rodinu zpravidla těžkou krizi, která má pro její vývoj značné důsledky. U nemocného je narušen profesní vývoj, často nemůže založit rodinu. Podobně jako u duševně nemocných dětí musí nést rodiče schizofreniků déle rodičovskou zodpovědnost. V důsledku této starostlivosti jim už mnohdy nestačí síly na to, aby se plně věnovali a starali také o ostatní členy domácnosti.

1 TEORETICKÁ ČÁST

TYPY SCHIZOFRENNÍCH ONEMOCNĚNÍ

Rozdělení schizofrenie na typy vzniklo v důsledku mnohotvárných klinických obrazů akutního onemocnění a podle pozorovaných změn symptomů individuálního průběhu.

Všechny typy mohou vést k podobným poškozením a mohou být ovlivňovány různými biologickými a psychologickými terapiemi (RAHN, MAHNKOPF, 2000).

Paranoidně halucinatorická forma

Snadno se diagnostikuje a projevuje se bludy a halucinacemi.

Hebefrenní forma

Mívá špatnou prognózu.

Katatonní forma

Je velmi vzácná. Nemocný vypadá jako nehybná vosková figurína nebo naopak jeho pohyby jsou velmi nápadné.

Simplexní forma

Tento druh se projevuje postupně. Nemocný se postupně přestává zajímat o okolí.

Reziduální forma

Jde o chronické stadium schizofrenie, u kterého je jasný předchozí vývoj zahrnující několik atak s psychotickými příznaky (RADIMSKÝ a KOL., 1997).

Nediferencovaná schizofrenie

Splňuje všechny kritéria pro schizofrenii, ale neodpovídá žádnému uvedenému podtypu. Patří sem atypická schizofrenie.

1.1 Etiologie

Schizofrenie je onemocnění mozku. Vědci naznačují, že schizofrenie má sklon vyskytovat se v rodinách a v mnoha případech se dědí. U dítěte, jehož rodič je schizofrenik, existuje asi 10% pravděpodobnost, že se tato nemoc rozvine i u něj. U celkové populace toto riziko činí asi 1 %. Přesto u identických dvojčat – které sdílí identickou genetickou výbavu – je pouze 50% pravděpodobnost, že budou postižena obě dvojčata. To naznačuje, že schizofrenie není předurčena genetikou, přestože genetické faktory v ní hrají určitou roli.

Mikroskopické studie mozkové tkáně po smrti jedince odhalily malé změny v rozložení nebo v počtu mozkových buněk u lidí se schizofrenií. Zdá se, že mnoho těchto změn, i když pravděpodobně ne všechny, jsou přítomny již před onemocněním jedince. Proto se má za to, že schizofrenie může být částečně poruchou vývoje mozku.

Pokroky v zobrazování mozku potvrdily abnormality určitých nervových buněk. Dotyčné nervové buňky používají dva odlišné neurotransmitery, zvané dopamin a serotonin, které hrají při schizofrenii důležitou úlohu. Dopamin je spojován se systémem příjemných vjemů v mozku. Je produkován limbickým systémem a jeho úkolem je hierarchie našich zážitků. Bylo zjištěno, že při rozvoji onemocnění hrají roli zejména tři oblasti: limbický systém, prefrontální kůra a bazální ganglie.

Pokud člověk zažije něco závažného, ať už v pozitivním nebo v negativním smyslu, vyplaví se v limbickém systému dopamin. Tímto způsobem je člověk schopen v životě rozlišovat mezi důležitými a nedůležitými informacemi. U schizofrenika je správná produkce dopaminu narušena a dochází k jeho nekontrolovatelnému vylévání do limbického systému. Což má za důsledek, že schizofrenik, aniž by chtěl, nesprávně vyhodnocuje některé vjemy jako důležité. Postižený si však musí nějak vědomě odůvodnit, proč zrovna danou informaci považuje za důležitou, což právě dává vznik bludům, které nemocný vnímá. Neurony se serotoninovými receptory se vyskytují také v limbickém systému a v některých částech mozkové kůry. V centrálním nervovém systému se serotonin účastní především procesů, které se podílejí na vzniku nálad. Jeho nedostatek způsobuje snížení přenosu nervových vzruchů, způsobuje tak změny nálady, celkovou depresi, případně poruchy spánku, podrážděnost až agresivitu. Některé serotoninové receptory se mohou stát příčinou vzniku migrény, jiné ji naopak potlačují. Změny v jeho metabolismu mohou být odpovědné i za určité psychické poruchy.

Mohou vyvolávat například schizofrenii, maniodepresivní psychózu nebo chorobnou úzkost (SEIFERTOVÁ et al., 2004).

Predispozice rozvoji schizofrenie je dědičná, nicméně pro vyvolání nemoci musí být přítomny vnější spouštěče. Možnými spouštěči jsou prenatální expozice viru, a to konkrétně během pátého měsíce těhotenství matky, kdy dochází k nejvyšší míře k rozvoji mozku. Mezi další vnější faktory, jež mohou komplikovat tuto nemoc, patří stres, a to zejména stres v období dospívání.

1.2 Klinický obraz

Přechod mezi zdravím a nemocí je pro nemocného a jeho příbuzné zpravidla plynulý, někdy nepozorovatelný. Střídá se období klidu a záchvatů, mezi tímto obdobím se může u pacienta vyskytovat deprese, napětí, podrážděnost, nápaditost projevu nebo sociální stažení. Za akutní se považuje rychlý rozvoj psychopatologických příznaků, většinou během 48 hodin, nejdéle však do dvou týdnů od manifestace prvních, třeba ještě nepsychotických projevů. V období záchvatu mohou být schizofrenici nebezpeční druhým lidem, ale častěji jsou nebezpeční sami sobě. Život ve světě zkresleném halucinacemi a bludy dává lidem se schizofrenií cítit se vystrašeně, úzkostně a zmateně. Mohou se stát izolováni a bázlivi k okolnímu světu.

Pozitivní příznaky schizofrenie

Halucinace

Halucinace (přelud) nejsou pro schizofrenní psychózu specifické. Musí být nejdříve odlišeny od častějších a také u zdravých se objevujících iluzí (klamné vnímání). Existují halucinace všech smyslů. Typicky se u schizofrenie objevují akustické halucinace ve smyslu komentujících hlasů, které popisují pacientovy pocity nebo činnosti a našeptávají mu, co má dělat (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010).

Bludy

Blud je primární, život určující a zpravidla nezměnitelné přesvědčení člověka o sobě samém a o jeho světě. Schizofrenici se většinou cítí být pronásledováni, pozorováni nebo poškozováni.

Narušené uvažování

Schizofrenie často postihuje schopnost osoby jasně uvažovat. Myšlenky mohou jen tak problesknout, soustředění je obtížné a pacienti se velmi rozptýlí při rozhovoru s okolím a nedokážou udržet téma rozhovoru.

Agitace

Schizofrenní pacienti jsou často extrémně agitováni - neklidní.

Negativní příznaky

Nedostatek elánu nebo iniciativy

U pacientů je často pozorován zjevný nedostatek elánu a iniciativy, ztrácí zájem o okolí, zanedbávají svůj zevnějšek a nezvládají každodenní činnosti.

Sociální odtažení

Nemocný se v důsledku pocitu ohrožení a nedůvěry k okolí stahuje do sebe, přestává se stýkat s lidmi, mnohdy přestane chodit do zaměstnání či do školy.

Apatie

Schizofrenici ztrácí motivaci, radost ze života, k okolí jsou neteční.

Citová nepřístupnost

Trpí vážným omezením vyjadřování emocí a nemusí být schopni projevat normální city.

1.3 Diagnostika

Stanovit diagnózu není snadné. Je to velmi zodpovědné rozhodnutí, protože tato diagnóza je i v současnosti stále ještě stigmatizující a pacienta v mnohém omezuje. Lékař stojí před vážným rozhodnutím. Pokud pacient schizofrenii nemá a lékař mu dá nálepku schizofrenika, může pacienta vážně poškodit. Na druhé straně, pokud pacient schizofrenii má a lékař ji nepozná, může mu také ublížit. Především je třeba mít stále na paměti, že schizofrenie má mnoho obrazů, má různé příznaky a nelze ji jednoznačně rozškátulkovat do jednotlivých pravidel (KUČEROVÁ, 2010).

Diagnostická kritéria

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) udává všeobecná kritéria, jež jsou nutná pro diagnózu schizofrenie. Obtíže musí bezpodmínečně setrvávat po dobu přinejmenším šesti měsíců. Pokud se tyto příznaky projeví v období pouze jednoho měsíce, je stav klasifikován jako akutní psychotická polymorfnní porucha. Pokud ovšem tyto příznaky setrvávají déle než po dobu jednoho měsíce, ale méně než půl roku, bývá obvykle určena diagnóza schizofreniformní poruchy.

Hlavní příznaky schizofrenie (musí být přítomny alespoň dva ze seznamu):

- bludy, halucinace nebo iluze;
- dezorganizace myšlení (zmatená mluva, neobvyklé řešení problémů);
- zvláštní nebo katatonní chování (strnulost, chybění řeči a nevole k jakékoli činnosti, případně vystupňované stavy napětí, úzkosti a pohybové činnosti);
- negativní příznaky (vyhaslost emocí, neschopnost prožívat radost aj.);
- sociální stažení (samotářství, potulování se po okolí, nedůvěra až stihomam (RAHN, MAHNKOPF, 2000).

1.4 Vyšetření

Laboratorní i fyzikální vyšetření je třeba provést před nasazením antipsychotika a dále nemocného sledovat v průběhu dlouhodobé terapie. Podle doporučených postupů klinické praxe Psychiatrické společnosti by měl psychiatr pravidelně (jedenkrát za tři měsíce) monitorovat tělesný stav (hmotnost, viscerální obezitu, krevní tlak, extrapyramidové příznaky a projevy tardivních dyskínéz, sexuální dysfunkci). Nejméně jednou ročně by mělo být u pacienta se schizofrenií provedeno kontrolní laboratorní vyšetření a EKG (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010).

Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření se skládá z:

- pohled – aspekce – všímáme si zevnějšku pacienta, jeho stylu oblékání, tělesné konstituce, držení těla, projevu, mimiky, reakcí na naše podněty;
- pohmat – palpce – všímáme si zvětšených mízních uzlin a štítné žlázy, bolestivosti v oblasti jater;
- poklep – perkuse – všímáme si výpotku v pleurální dutině;
- poslechem - frekvence dýchání;
- dále se provádí interní vyšetření, neurologické, psychiatrické a psychologické vyšetření.
- důležité je také nezapomínat na pravidelné kontroly pulsu, krevního tlaku a tělesné hmotnosti (SEIFERTO VÁ et al, 2004).

Laboratorní vyšetření

Laboratorní vyšetření krve: KO + diferenciál, urea, kreatinin, glukóza, jaterní testy, cholesterol, vyšetření minerálů, FW, vyšetření štítné žlázy T3 + T4, serologické vyšetření na syfilis a HIV, hladiny transmitterů, koncentrace prolaktinu.
Laboratorní vyšetření moči: moč + sediment, toxikologické vyšetření moči.

Zobrazovací metody

Mezi zobrazovací metody řadíme:

- RTG plic a EKG;
- EEG – někteří schizofrenici mají mírně patologický nále z;
- CT – pozitivní nále z komorové a korové atrofie;

- MRI – může se objevit mírně patologický nález;
- pozitronová emisní tomografie (PET) – u některých jedinců dochází k snížení metabolismu v čelních a spánkových oblastech. Relativně vyšší metabolismus je v oblasti týlní;
- krevní průtok mozkem – u některých jedinců je nižší průtok v čelní oblasti a naopak zvýšený ve spánkové oblasti.

Psychologické vyšetření

Při psychologickém vyšetření se zaměřujeme na stav kognitivních funkcí, a to zejména na vnímání, myšlení, pozornost a paměť. Vnímání reality u lidí se schizofrenií bývá velmi odlišné od vnímání lidí kolem nich. Dále pak se zaměřujeme na slovní projev pacienta, který je pro schizofrenika typický - mluvení z cesty, zchudlá řeč, hyperaktivní řeč, použití nelogických výrazů, nucené opakování určitých vět, vztahovačnost a podobně (SLOWIK, 2010).

Součástí psychologického vyšetření jsou také psychologické, projekční, asociační a konstrukční testy.

1.5 Léčba

Léčba schizofrenie je založena zejména na podávání léků (antipsychotik), které zmírňují dopad příznaků.

Farmakoterapie

Pro volbu léků je důležité stadium rozvoje onemocnění a dosavadní průběh onemocnění. Je důležité vědět, že antipsychotika nepůsobí okamžitě, ale k plnému rozvoji svých účinků potřebují dny až týdny. K záměně jiného antipsychotika může dojít až za 3 až 4 týdny. Celkově by se měly užívat minimálně 2 roky, u chronických forem celoživotně.

Antipsychotika

Typická antipsychotika (neuroleptika) se používají k léčbě pozitivních příznaků schizofrenie, jsou vhodná u agitovaných pacientů se sedativním efektem. K zástupcům této skupiny patří například chlorpromazin, levopromazin, thioridazin. Mají však řadu vedlejších účinků a mnozí pacienti je přestanou právě proto užívat.

Atypická antipsychotika (antipsychotika) jsou vhodná k léčbě pozitivních i negativních příznaků schizofrenie, mají méně vedlejších příznaků, ale přesto se u pacientů může objevit ospalost, větší chuť k jídlu, změny krevního tlaku, závratě a celková zmatenost. Zástupci této skupiny jsou například Risperidol, Quetiapin, Olanzapin (SEIFERTOVIÁ et al., 2004).

Elektrokonvulzní terapie (ECT, EKT)

K léčbě schizofrenie se používá také metoda tzv. elektrokonvulzní terapie, která patří k nejméně efektivním terapeutickým metodám a používá se právě v případech, kde u nemocného nedochází k žádoucímu léčebnému efektu jinými prostředky.

Elektrokonvulze je velmi účinná a v dnešní době i bezpečná léčba pro pacienty s psychiatrickým onemocněním bez věkového omezení. Jedná se o aplikaci střídavého proudu do mozku ze sítě přes speciální přístroj, v němž se proud transformuje z 220 V na 60 V. Doba průtoku mozkem je 0,1 až 0,4 sekund přes elektrody přiložené na spánkovou krajinu, za použití krátkodobé celkové anestezie. Výkon u schizofrenie je prováděn 2 až 3krát týdně v celkovém počtu 8 až 12 aplikací. K možným nežádoucím

účinkům patří například bolesti hlavy, krátkodobý stav zmatenosti nebo přechodné poruchy paměti. Přínos léčby však vždy převažuje nad jejími možnými riziky.

Psychoterapie

Psychoterapie je nejvíce přínosná v době, kdy léčba antipsychotiky odstranila příznaky schizofrenie. Pozitivní vliv má zejména u ambulantních pacientů. Cílem rozhovorů je získání důvěry a navázání kontaktu mezi psychoterapeutem a pacientem. Proto je nutné do celého procesu zapojit rodinu a úzce s ní spolupracovat. Příbuzní a blízcí jsou schopni lépe a rychleji identifikovat včasné varovné příznaky možné recidivy nemoci (PRAŠKO et al., 2001).

Rehabilitace

Rehabilitační ošetřování pacientů patří k základním úkonům komplexní ošetrovatelské péče. Udržuje pohybovou aktivitu pacienta a tím předchází vzniku komplikací.

Ergoterapie

Využívá pracovní činnosti a postupy k léčebným účelům.

Hydroterapie – (vodoléčba)

Zahrnuje vodoléčebné procedury: podvodní masáže, skotské stříky a vířivé koupele. Celkový účinek je analgetický a myorelaxační.

Léčebná tělesná výchova (LTV)

Využívá různé formy cvičení, například kondiční, dechová, nácvik relaxace, reflexní metody, jógu.

Arterioterapie

Využívá projekce zážitků do výtvarného projevu – kreslení, modelování.

Muzikoterapie

Využívá k terapeutickým účelům hudbu, zpěv, hry na hudební nástroj.

Socioterapie

Využívá sociálních faktorů s cílem zlepšení sociálních dovedností a sociálních vztahů nemocného. Využívá různé formy terapeutické komunity, kluby, léčebně výrobní dílny. Tyto dílny jsou v psychiatrických zařízeních velmi oblíbené a rozšířené. Umožňují nácvik pracovních návyků, výuku nových technik. Kromě práce v dílnách mají klienti možnost pracovat pod odborným dohledem v zemědělství nebo zahradnictví (MARKOVÁ et al., 2006).

Kineziterapie

Cvičení jsou zaměřena na paměť, soustředění, myšlení, pozornost, zlepšení sebedůvěry, komunikace sociálních vztahů. Tato činnost zahrnuje také sportovní hry, turnaje, rekondiční pobyty pacientů v rekreačních zařízeních.

Hipoterapie

Je komplexní forma terapie pomocí koně ve smyslu biopsychosociální terapie.

Canistoterapie

Využívají se speciálně vycvičená psí plemena.

1.6 Prognóza

Méně než 20 procent pacientů s první epizodou schizofrenie má dobrou prognózu. Jsou schopni žít normálním životem. Bohužel, většina lidí se schizofrenií má za život více epizod, a to jim snižuje šanci na kvalitní a plnohodnotný život ve společnosti.

Na dobrou prognózu má také vliv dobré fungování vztahů a podpora rodiny před propuknutím nemoci a samozřejmě dodržování léčebného režimu. Jeho porušení vede u pacientů k úzkostem, strachu, depresím a beznaději. Tyto stavy mohou být impulsem k sebevraždám nebo sebepoškozování. Impulsem k sebevraždě je téměř vždy dočasná krize. Pokud schizofrenik začne mluvit o sebevraždě, je to varovný signál pro okolí, že o sebevraždě opravdu uvažuje. Je nutné zjistit, zda nemá ve svém okolí větší zásobu léků nebo nějakou zbraň (pistoli, nůž, břitvu). Takového jedince je nutno co nejdříve hospitalizovat a ochránit tím jeho samého nebo jeho okolí před plánovaným záměrem. K tomuto chování více inklinují muži, kteří také mají větší sklon k alkoholu a drogám.

Prognóza se dá také odhadnout podle toho, v jakém vývojovém stadiu onemocnění propuklo. Začátek v časném dětství má velmi špatnou prognózu. Tyto děti končí v ústavech pro mentálně retardované. Pokud onemocnění propukne v pozdějším období, je prognóza nejistá. Naopak u adolescentů může být pozitivní, může jít třeba jen o jednu ataku onemocnění. Velký vliv na špatnou prognózu má také fakt, že k rozpoznání schizofrenie u dětí a adolescentů dochází často až po měsících někdy i letech. Nejtěžší je diagnostika chronické schizofrenie a hebefrenie. Pokud nedojde k časně diagnostice, nemůže být ani léčení zahájeno včas, tak aby se předešlo špatnému průběhu onemocnění. Je to tím smutnější, že v případě dětí a adolescentů, je právě toto prodlení jednou z hlavních příčin toho, proč nikdy nebudou schopni žít plnohodnotný život (MALINA, 2001).

1.7 Pohled společnosti na duševně nemocné

Žijeme ve společnosti, která klade na jedince vysoké nároky, žijeme pod neustálým tlakem a navzdory oficiální demokracii a deklarované svobodě lidských práv jsme nuceni soupeřit s okolím a bojovat o úspěch a zisk, bez něhož by kvalita našeho života rapidně klesala navzdory všem nemateriálním hodnotám, které zde pomalu, ale jistě ztrácí své místo. Toto vše dosti souvisí s rozvojem kapitalismu a zařazením se mezi „vyspělé země“.

Chápání a přístup okolí ke schizofrenii je přímo závislý na dané kultuře oblasti a její ekonomické vyspělosti.

Stigma - stigmatizace

Zpočátku je nutné jasně definovat pojem stigmatizace jako takové. Slovo pochází z řeckého originálu a původně označovalo kusem horkého železa „vypálené znamení“ na tělech osob, které trpěly pohlavními chorobami, rakovinou, tuberkulózou, duševními onemocněními, či na tělech zločinců a jinak společensky nepřizpůsobivých osob. Stigmatizace v oblasti dnešní psychiatrie znamená označení a vyobcování lidí ze společnosti, protože jsou duševně nemocní. Hlavním a přímým důsledkem stigmatu těchto jedinců je jejich následná diskriminace v různých sférách života.

Stigma je znamení domnělé méněcennosti. Zdůrazňuje skupinovou identitu jedince a oslabuje váhu jeho individuálních vlastností. Vyčleňuje ho do skupiny se stejnou charakteristikou postižených jedinců. V psychiatrii je role stigmatu duševní nemoci, vnímána jako veliký problém. Světová psychiatrická asociace vyhlásila a provádí Globální program proti stigmatu a diskriminaci duševně nemocných. Program je vedený snahou, aby se duševně nemocní nemuseli svého onemocnění bát a aby společnost jejich šance na uzdravení podporovala a nebránila jim. Z hlediska lékaře stigma působí vždy proti jeho cílům: brání nemocnému vrátit se do společnosti jako svébytný jedinec, snižuje jeho příležitost pracovat, zhoršuje jeho naději na dobrou domluvu s ostatními lidmi, snižuje pravděpodobnost uspokojení chorobou navozených potřeb. Snižuje mnohdy jeho víru v sebe a v uzdravení, jeho motivaci k léčbě, omezuje také jeho sociální kontakty s okolím. Zvyšuje situační zátěž, která je v psychiatrii často spouštěcím momentem relapsu.

Odstranění nebo zmenšení stigmatu je závislé na rozpoznání jeho zdrojů. Zdroji stigmatu jsou vzájemně propojené faktory: skutečná odlišnost duševně nemocných,

předsudek, nároky a hodnoty prostředí. Stigma se netýká jen pacientů samotných, ale i jejich rodiny. Dopad na rodinu je hlavní příčinou dlouhého váhání, než vezme na vědomí, že jejich člen je duševně nemocný. Duševní porucha vrhá špatné světlo i na ostatní příslušníky rodiny a v tom se rodina nemýlí. Hospitalizace v psychiatrickém zařízení může být pro klienta a jeho rodinu výrazným stigmatem.

Destigmatizace spočívá ve změně postojů a legislativních opatřeních. Nemalou zásluhu na tom má také změna léčby duševně nemocných, kdy péče o tyto jedince se přesouvá z lůžkových zařízení do denních stacionářů a středisek.

Velký význam na zlepšení postoje společnosti k duševně nemocným, je medializace daného problému. Vždyť člověk, který má nemocné srdce nebo žaludek se také nebojí jít k specialistovi, který ho vyléčí. Tak i duševně nemocný člověk volí svého specialistu, který zase vyléčí jeho duši (MARKOVÁ et al., 2006).

1.8 Specifika a zvláštnosti ošetrovatelské péče na psychiatrickém oddělení

Psychiatrická oddělení mají svá specifika a je možné se zde setkat s takzvanými zvláštními situacemi. Jsou to situace, které se vymykají běžné praxi na oddělení. Ošetřující personál by měl vědět, které to jsou, a měl by znát postupy, jak se v jejich případě chovat.

1.8.1 Zvláštní situace

Útěk pacienta

Dojde-li k útěku pacienta, je nutné neprodleně informovat službu konajícího lékaře. V případě nedobrovolně hospitalizovaného, mladistvého nebo pacienta v ochranné léčbě, je nutné tuto skutečnost nahlásit Policii ČR.

Suicidium a suicidiální pokusy

Suicidnímu jednání se snažíme co nejvíce předcházet observací rizikových pacientů. Sebevražedný pokus je vlastně pacientovo volání o pomoc. Nikdy nesmíme bagatelizovat pacientovy problémy a jeho projevy chování.

Odmítání stravy a léků

Důvod může být důsledkem bludné produkce, strachu z otrávení, související s kompulzivním chováním. Vyplatí se trpělivost a určité umění v přemlouvání pacienta.

Úrazy a sebepoškozování

Při úrazu pacienta samozřejmě nejprve poskytneme první pomoc. Pády pacientů se v některých zařízeních statisticky sledují a jsou indikátory kvality péče. Pokud by hrozilo sebepoškození – nesmí mít pacienti na pokoji ostré předměty. Na oknech bývají často i mříže.

1.8.2 Právní problematika nedobrovolné hospitalizace a ochranné léčby

Ochranou léčbu nařizuje soud na doporučení soudních znalců. Jde o situace, kdy samotný trest neplní zcela požadovaný účel. Léčba je zaměřena především na prevenci

opakování trestního činu či nevhodného jednání trestaného jedince. Zvláště tato oblast ochranných léčeb zahrnuje řadu problémů. Je kladena velká zodpovědnost na všechny členy týmu, kteří mají kromě léčby zajistit také izolaci těchto pacientů. U pacientů, kteří jsou delikventní (spáchali trestní čin v souvislosti s duševní či sexuální poruchou), plní v současnosti zdravotnické zařízení i úlohu detekce, což není právně ani technicky dostatečně zajištěno. Lidé ve výkonu trestu jsou zpravidla bez motivace ke spolupráci a mají odpor. Náhled na potřebu a cíle léčby se vytvářejí obtížně a pomalu. Délka se řídí účelem léčby. Jde o značně problematický proces, zvláště pro neexistenci jednotných postupů ve zdravotnických zařízeních vykonávající ochrannou léčbu (MAHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2008).

Právní předpisy související s omezujícími prostředky

Český právní řád vychází z principu, že osobní svoboda každého jedince je zaručena v příslušných zákonech a listinou základních práv a svobod. Zákroky, které by omezovaly svobodu pacienta a byly by v rozporu se zákonem, by mohly být považovány za trestní čin. Výjimkou jsou stavy takzvané krajní nouze, kdy by mohlo dojít k ohrožení zdraví nebo dokonce života. Příjem na psychiatrické oddělení by mělo v každém případě splňovat společenské normy, přijetí by mělo probíhat v co možná největším klidu. Je-li pacient přijat bez souhlasu, lékař na základě vyšetření a rozhodnutí o nedobrovolné hospitalizaci vyplní „Hlášení o přijetí do ústavní péče bez souhlasu nemocného“ příslušnému regionálnímu nebo obvodnímu soudu. Toto hlášení se musí odeslat do 24 hodin faxem nebo emailem na příslušný soud. Soud musí do 7 dnů rozhodnout o přípustnosti převzetí a stanovit délku zadržení v zařízení. Nedobrovolné přijetí nemocného je velmi delikátní záležitost a musí být velmi zodpovědně řešena. Nepříjemné zážitky spojené s nedobrovolným přijetím mohou negativně ovlivnit důvěru pacienta v péči na psychiatrii (RABOCH, PAVLOVSKÝ, 2001).

Druhy omezujících prostředků

Omezení na lůžku – jedná se o krátkodobé znehybnění pacienta na lůžku za využití popruhů na horních a dolních končetinách. Jeho úkolem je zabránit sebepoškození pacienta, zajistit bezpečnost pro ostatní pacienty a zdravotnický personál, zabránit poškození majetku a vytvořit podmínky pro zahájení terapeutického procesu. Omezení na lůžku nesmí nikdy působit jako trest. V průběhu omezování nesmí být používány bolestivé hmaty ani jiné nehumánní postupy. Musí být respektována důstojnost člověka. Po celou dobu omezení musí personál vynakládat veškeré úsilí k zachování kvalitního terapeutického vztahu a zvýšené ošetrovatelské péče o pacienta. Pacient v omezení stále zůstává partnerem v léčebném procesu a nestává se pouze pasivním objektem péče. Po skončení omezení je vhodné pacienta i nadále zvýšeně sledovat, aby mohla sestra reagovat na eventuální komplikace psychického či somatického charakteru plynoucího z předchozího omezení, respektive posílit terapeutický vztah s pacientem.

Terapeutická izolace - toto omezení znemožňuje pacientovi volný pohyb po oddělení jeho uzavřením v samotné místnosti k tomu určené a vybavené. Terapeutická izolace bývá vybavena buď lůžkem, nebo matrací, jednoduchou toaletou a koupelnou, kde všechny součásti jsou pevně připevněny k podlaze, aby nedošlo k poranění pacienta. Celá místnost je vybavena kamerovým systémem. Cílem je zajistit bezpečnost pacienta, zajistit klid a bezpečnost pro ostatní pacienty a dodržování léčebného režimu. Pacientovi v terapeutické izolaci je poskytována standardní ošetrovatelská péče – dohled na dostatečnou hydrataci, vyměšování, hygienu, výměnu osobního a ložního prádla. Personál se stará o tepelný a světelný komfort pacienta. Po ukončení terapeutické izolace by měl být pacient i nadále zvýšeně sledován.

Omezení pacienta v síťovém lůžku - je omezení volného pohybu ve speciálním lůžku se sítí. Jde o speciální, uzamykatelné lůžko opatřené ze všech stran, včetně stropu, sítí. Využívá se u pacientů v delším časovém horizontu projevující se opakovanými stavy psychomotorického neklidu. Vhodné využití mají síťová lůžka v oblasti gerontopsychiatrie, kde může jejich použití, při relativním zachování komfortu a volnosti pohybu, zabránit vážným poraněním v důsledku pádu. Nedílnou součástí péče o pacienta je jeho aktivizace – pravidelné vyvádění pacienta ze síťového lůžka – například za účelem hygieny, stravování, vycházky a podobně.

Ochranný kabátek - jedná se o opatření, které je využíváno velmi sporadicky. Své uplatnění má zejména při projevech sebepoškozování, jako například škrábání v obličejí, vytrhávání vlasů a podobně.

Manuální fixace - tento postup je hlavně využíván v zahraničí, například ve Velké Británii. V České republice není příliš rozšířený. Jedná se o situace, kdy ošetřovatel brání pacientovi v pohybu a poté následuje podání uklidňující medikace. Ošetřovatel musí zvládnout speciální výcvik, kde se naučí použití omezujících hmatů.

Aplikace psychofarmak bez souhlasu nemocného - se používají ke zklidnění a současně k zahájení terapie a to při částečné nebo úplné ztrátě náhledu na nemoc. Důvodem pro použití tohoto opatření jsou akutní psychopatologické projevy pacienta. K bezpečné aplikaci parenterální medikace je zapotřebí dostatečný počet ošetřovatelského personálu ke spolehlivé manuální fixaci nemocného.

Fixace - pod pojmem fixace se rozumí ochranné opatření, kterým se neřeší projevy neklidu a agitovanosti. Jedná se o postup, jehož smyslem je předejít pádu nebo vytržení kanyly, hlavně u gerontopsychiatrických pacientů, u pacientů zmatených, kteří se neprojevují neklidem. Zvýšená péče je věnována prevenci komplikací související s vlastní fixací. Je nutné sledovat intenzitu utažení popruhů a jejich správné vypodložení.

Aplikace omezených postupů je nedílnou součástí ošetřovatelské péče v psychiatrii. Zvládání komplexní péče o pacienta v omezení patří ke speciálním požadavkům na práci na psychiatrické sestry. Pouze profesionální přístup a kvalitní ošetřovatelská péče zajistí zachování terapeutického vztahu mezi ošetřujícím personálem a pacientem ve vypjatých situacích, kdy je nutné použití omezujících metod (MARKOVÁ et al., 2006).

1.8.3 Zvláštnosti ošetřovatelské péče - restriktivní postupy

V psychiatrii bývá v mimořádných případech nutné použít vůči pacientovi restriktivní postupy za účelem jeho fyzického omezení. V situacích, kdy je pacient neklidný, agitovaný, agresivní, může dojít k ohrožení okolí nebo sebepoškození pacienta. Jedná se o metody, které vážně zasahují do osobní svobody pacienta, proto je nutné dodržovat některé zásady, které slouží k minimalizaci rizika vzniku různých komplikací a to zejména somatických, psychických a právních.

Zásady ošetrovatelské péče při ošetřování psychicky nemocných pacientů

K pacientům přistupujeme s klidem, taktem a zdvořilostí, každý pacient má právo být vnímán a respektován jako jedinečná bytost.

Každý pacient má nárok na naši ochotu pomoci, při níž plně akceptujeme pacienta se všemi jeho problémy i psychickými změnami.

Sestra musí s pacientem navázat kontakt a získat si jeho důvěru, což není vůbec jednoduché. Sestra spolu s pacientem vytváří terapeutický vztah, jehož základem je terapeutická komunikace. Pacient musí cítit pochopení, ale i svou hodnotu.

Dostatek času věnujeme komunikaci a informovanosti pacienta, nespěcháme. Musíme mít na paměti, že nejlépe si pacienti zapamatují to, co jim bylo sděleno nejdříve a to, co oni považují za důležité. Čím více informací jim je sděleno najednou, tím jich více zapomenou.

Věnovat pozornost i příbuzným pacienta, které si takto můžeme získat a integrovat je do péče o jejich blízkého. Nutná je otevřenost, takt a zdvořilost. Důležité jsou pro nás i informace od příbuzných, ale významná je i reakce pacienta na návštěvu.

2 EMPIRICKÁ ČÁST

2.1 Ošetrovatelský proces u pacienta se schizofrenií

Charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánované uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb nemocného člověka. Uspokojování potřeb člověka se realizuje prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Cílem ošetrovatelského procesu je stanovit směr a strukturu poskytování ošetrovatelské péče tak, aby odpovídala zdravotním potřebám jedince, rodiny a společnosti. Do ošetrovatelského procesu je nevyhnutelné zapojit také pacientovu rodinu.

Využití modelu ošetrovatelského procesu má několik výhod. Jeho flexibilita a všestrannost umožňují, že se dá aplikovat u různých pacientů, kteří jsou odkázáni na ošetrovatelskou péči. Svým zaměřením na pacienta zohledňuje vždy jeho individuální potřeby. Identifikuje aktuální nebo zdravotní problémy, stanovuje priority ošetrovatelských aktivit a definuje specifickou zodpovědnost sester. Přestože péče o pacienta je plánovaná a organizovaná, proces podporuje inovaci v ošetrovatelské péči a poskytuje alternativu ošetrovatelských výkonů (JANOŠÍKOVÁ, DAVIESOVÁ, 1999).

2.2 Identifikační údaje pacienta

Tab. č. 2.1: Identifikační údaje pacienta

Jméno a příjmení: M. D.	Věk: 40 let
Datum narození: 24.12.1971	Stav: svobodný
Rodné číslo: 000	Pohlaví: muž
Adresa bydliště a telefon: Zlínský kraj	Vzdělání: středoškolské s maturitou, výchovné problémy neměl
Telefon: 000	Pojišťovna: VZP
Zaměstnání: invalidní důchodce	Státní příslušnost: ČR
Kriminalita: dosud netrestán	Typ přijetí: bez doporučení – dobrovolné
Zbraně: nevlastní	Kontakt – příbuzní: bratr MUDr. A.D.
Řidičský průkaz: od roku 1992	Telefon na bratra: 000

Anamnéza

Současné onemocnění

Důvod přijetí udávaný pacientem: „Několik dní se cítím špatně. Je to nad mé síly. Mám pocit, že mě stále odposlouchává tajná služba. Viděl jsem je na chodbě v našem domě, když jsem zametal a umýval schody. Bojím se, že mě chtějí zlikvidovat, protože se ptali naší sousedky, kde bydlí pan Horák, ale já vím, že to byla jen záminka, protože se chtěli dozvědět něco o mně. Mluvili anglicky a čínsky, ale já jsem jim skoro všechno rozuměl, přestože čínsky neumím.“

Důvod přijetí udávaný doprovodem: pacienta dovezl bez doporučení do léčebny jeho bratr, který je lékař. Několik dní pozoroval u bratra zhoršování stavu, uzavřenost, náznak sluchových halucinací. Za noc se několikrát budil a stále kontroloval zamčené dveře a zatahoval závěsy. Nechtěl sledovat televizi, ani poslouchat rádio. Měl pocit, že je v ohrožení. Do léčebny se nechal dovézt dobrovolně. Měl jenom strach o bratra, aby mu „oni“ něco neudělali, když bude on v léčebně.

Medicínský management

Status praesens: lucidní, orientován osobou, místem, časem, situaci zpracovává paranoidně. Bez agresivních projevů, podrobivý. Verbální kontakt nepříliš ochotný. Ladění morózní, úzkostná tenze. Poruchy vnímání nevyexplorovány. Myšlení paralogické, paranoidní percepce, spontánně bohatá paranoidně – persekční bludná produkce, megalomaničké bludy. Emotiva plochá, ochuzené prožívání. Altest negativní. Abúzus alkoholu ani jiných psychoaktivních látek nezjištěn.

Tab. č. 2.2: Vitální funkce při přijetí

TK: 130/80 Torr	Výška: 190 cm
P: 76/min.	Hmotnost: 100 kg
D: 18/min.	BMI: 27,7
TT: 36,4 stupňů C	Pohyblivost: bez omezení
Stav vědomí: orientován	Krevní skupina: B+

Rodinná anamnéza

Rodiče jsou rozvedeni. **Matka** je zdravá, vážněji nebyla nikdy nemocná. V současné době žije v Americe, kam odešla před 6 ti lety za přítelem z mládí. S rodinou je občas v kontaktu. Posílá pohledy, občas napíše také dopis a pošle nějaké fotky. Nejezdí tady, nechce se vrátit. Zpočátku posílala i nějaké peníze. Nyní už 2 roky nic neposlala. **Otec** před 10 ti lety prodělal MCP. V současné době je v pensionu. Byl velmi silný kuřák, denně i 50 cigaret. Nyní kouří jen výjimečně 1 cigaretu. Dříve také hodně pil alkohol. Doma byly časté hádky a napětí. Otcův bratr léčen opakovaně na psychiatrii pro schizofrenii. **Sourozenci:** mladší bratr (37 let), je lékař, velmi chytrý a hodný, umí několik jazyků, svobodný, financuje bratra. Často ho navštěvuje v léčebně. Stará se o něj a pomáhá mu. **Děti** nemá.

Osobní anamnéza

Do 8. třídy měl vždy vyznamenání, učení ho bavilo. Měl spoustu zájmů, jako například fotografování, lyžování. Vystudoval gymnázium. Po gymnáziu se dostal se na VŠ do Brna. Začal zde studovat práva. Studium ho však nebavilo, tak přešel na VŠ do Pardubic, kde začal studovat chemii. Po roce odešel na VŠ do Prahy na studium geologie. Nejprve bydlel na kolejích, kde mu však vadily společné koupelny a malé pokoje. Našel si privát, kde také nebyl spokojen. Vadilo mu komplikované dojíždění do školy. I toto studium po půl roce skončil. Vystřídal několik zaměstnání (závozník, číšník, skladník). Na vojně nebyl. Vlastní tzv. „modrou knížku“. Přítelkyni v současné době nemá. Udává asi 15 partnerek „na jednu noc.“ Nyní ho už nebaví někoho hledat. Žije ve společné domácnosti s bratrem, který mu pomáhá jak finančně, tak i psychicky. V minulosti (2002) pokus o suicidium – předávkování analgetiky.

Farmakologická anamnéza

Tab. č. 2.3: Farmakologická anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Risset	tableta	2 mg	1-1-1	antipsychotikum
Leponex	tableta	100 mg	1-1-1	antipsychotikum
APO-benzpropine	tableta	2 mg	½-½-0	antipsychotikum
Tissercin	potahová tableta	25 mg	2-2-2	neuroleptikum
Polytar	liquid	1 %	2xtýdně	antiseboroikum

Alergologická anamnéza

Tab. č. 2.4: Alergologická anamnéza

Léky: neudává	Chemické látky: neudává
Potraviny: neudává	Jiné: neudává
Alkohol: příležitostně – 2 krát týdně 1 až 2 piva	Káva: jen rozpustná – 2 až 3 krát týdně
Kouření: 10 až 15 cigaret denně (vydržel nekouřit 2 roky; začal, jakmile měl problémy ve škole)	Jiné drogy: 1 krát zkusil marihuanu – nechutnala mu, zvracel

Urologická anamnéza

Problémy s močením neudává. V minulosti při střídání partnerek měl občas pálivou bolest při močení. U lékaře nikdy nebyl, protože potíže ustoupily samy.

Sociální anamnéza

Svobodný, bezdětný. Žije s bratrem ve společné domácnosti 3+1. Bratr ho finančně podporuje a stará se o něj. Dříve měl hodně kamarádů, s rozvojem nemoci se postupně izoloval. Přestal mít zájem chodit do společnosti a vyhledávat jakékoliv kontakty na přátele.

Záliby

Učí se hrát na kytaru, v televizi sleduje pořady o přírodě. Rád hraje společenskou hru „Člověče nezlob se“. Sport nevykonává žádný.

Pracovní anamnéza

Invalidní důchodce – pobírá invalidní důchod (4780 Kč), finančně mu pomáhá bratr.

Spirituální anamnéza

Není věřící, ale myslí si, že mu „někdo“ občas pomáhá a někdy se na něho zase zlobí. Trestá ho, našeptává mu „zlé věci“. O vánocích rád chodí do kostela, vydrží tam i několik hodin.

Hospitalizace a operace

Opakovaná hospitalizace na psychiatrii, v současné době v pořadí šestá:

- v roce 2001 – 3 měsíce hospitalizace;
- v roce 2001 – 3 měsíce hospitalizace;
- v roce 2002 – 3 měsíce hospitalizace;
- v roce 2006 – 2 krát hospitalizován (2 a 7 měsíců);
- v roce 2007 – 5 měsíců hospitalizace;
- v roce 2010 – 4 měsíce hospitalizace.

V 10 - ti letech operace apendixu, která proběhla bez komplikací.

Úrazy: v mládí 1 krát fraktura pravého předloktí a 1 krát fraktura klíční kosti.

Transfúze: žádná.

Očkování: povinná dětská očkování (bratr mu chtěl zaplatit očkování proti hepatitidě, ale on odmítl).

Závěr

Medicínská diagnóza: Dg. F 20 – Paranoidní schizofrenie.

Medicínské diagnózy vedlejší: seboroická dermatitida.

Oddělení: 6 B (otevřené oddělení).

Ošetřující lékař: MUDr. I. Z.

Hospitalizace: opakovaná (6).

Datum přijetí: 04.01.2011.

Informační zdroje:

- a) bratr MUDr. A. D., který je zaměstnán v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně;
- b) archivní dokumentace opakovaných hospitalizací na psychiatrii.

Přehled diagnostiky a terapie u zvoleného pacienta

U pacienta byla schizofrenie diagnostikována v roce 2001 na základě psychologického, psychiatrického a neurologického vyšetření. Prováděly se také projekční testy, a to asociační a konstrukční. Podle hodnotící škály bylo určeno, že symptomy a výsledky jednotlivých vyšetření potvrzují diagnózu schizofrenie.

V minulosti se prováděla tato vyšetření:

- interní vyšetření, RTG plic a EKG, která u pacienta nepotvrdila žádná závažná onemocnění;
- kožní vyšetření diagnostikovala seboroickou dermatitidu;
- EEG vyšetření prokázala mírně patologický nále;ž;
- vyšetření CT a MRI potvrdilo rozšíření postranních komor a třetí komory mozkové, snížení objemu temporálního laloku;
- laboratorní vyšetření krve: KO + diferenciál - opakované odběry v normě, nebyla prokázána agranulocytóza po léčbě Leponexem;
- urea, kreatinin, glukóza, jaterní testy, vyšetření minerálů, FW - negativní výsledek;
- serologické vyšetření na syfilis a HIV – negativní;
- laboratorní vyšetření moče: toxikologické vyšetření moči – negativní, moč a sediment – slabý opal bílkoviny, opakované odběry byly již negativní.

2.3 Posouzení somatického stavu pacienta ze dne 08.01.2011

Tab. č. 2.5: Popis somatického stavu pacienta ze dne 08.01.2011

Popis fyzického stavu		
Systém	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Hlava a krk	„Občas mě bolí hlava, hlavně když mám takové to divné slyšení. Bratr mi zakázal užívat léky, vždy se musím s ním poradit. Doma vlastně ani žádné léky moc nemáme, jenom ty, co užívám na tu svoji nemoc. Zatím jsem to vždy vydržel, když tak jsem si namazal čelo alpou. Tady v léčebně mě hlava vůbec nebolí.“	<ul style="list-style-type: none"> ➤ lebka: brachycefalická; ➤ hlava: pokleповě nebolestivá; ➤ oči: víčka bez patologického nálezu, oční bulvy ve středním postavení, zornice izokorické, spojivky růžové, skléry bílé; ➤ uši: stav po otoplastice, zvukovod bez sekrece, slyší dobře; ➤ nos: symetrický, bez výtoku; ➤ dutina ústní: jazyk růžový, suchý, lehce povleklý, tonsily nezvětšeny, chrup zdravý, vlastní, mírná prognacie; ➤ rty: mírně popraskané, suché; ➤ krk: pohyblivý, lymfatické uzliny, štítná žláza nezvětšena.
Břícho a GIT	„Bolestmi břicha netrpím, snad jenom tehdy, když se moc „přežeru“, to mi fakt bývá špatně. Už jsem i několikrát zvracel, ale není to často.“	<ul style="list-style-type: none"> ➤ břícho: měkké, nebolestivé, kůže břicha hladká, ➤ játra: nepřesahují pravý žeberní oblouk; slezina nenaráží, jizva po appendectomii vpravo; ➤ stolice: pravidelná, co druhý den, plyny odcházejí pravidelně.
Močově-pohlavní systém	„Pokud vím, tak jsem žádný AIDS neměl. Kdysi jsem měl takové pálení, když jsem byl s nějakou holkou, ale teď, když nikoho nemám, tak se cítím dobře.“	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ledviny: nebolestivé, nezvětšeny; ➤ močení: bez dysurie, uretera bez výtoku; ➤ scrotum: nebolestivé, zduření, varlata sestouplá.

Kostrově-svalový systém	<p>„To, že by mne bolely nějak moc záda, si nevzpomínám.“</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ páteř: mírná skolióza; ➤ horní a dolní končetiny: symetrické, bez otoků; ➤ klouby: volně pohyblivé; ➤ svaly a šlachy: pohmatově nebolestivé; ➤ lymfatické uzliny: nehmatné, nebolestivé.
Nervově-smyslový systém	<p>„Nosím brýle, ale jen na televizi nebo do kina. Slyším dobře, ačkoliv bratr říká, že jsem hluchý jak „poleno“. Ale to on říká jen ze srandy, protože ho nechci poslouchat, když mám něco uklidit nebo vynést odpadkový koš.“</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ vědomí: orientován osobou, místem, časem; situaci zpracovává paranoidně, bez agresivních projevů; myšlení paralogické, megalomanické bludy; ➤ zrak: nosí brýle při sledování televize; ➤ čich a chuť: zachované; ➤ sluch: slyší dobře.
Kůže a její adnexa	<p>„Bratr mi domluvil vyšetření u pana primáře na kožním oddělení. Občas tam chodím na kontrolu. Dali mi takový černý šampón na umývání vlasů. Strašně páchne, ale pomáhá. Ve vlasech mám hodně lupů. Nejhorší to mívám na podzim a na jaře.“</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ kůže: šedorůžové kožní změny v ochlupené části hrudníku, kožní turgor snížený; ➤ vlasý: zvýšená tvorba šupin, vytvářející obraz drolicího se vosku, počáteční alopecie; ➤ nehty: neupravené, na okrajích nehtů drobné trhlinky, tzv. „záděry“; ➤ svědění: zvýšené v oblasti vlasaté části hlavy, hrudníku, na loktech.

2.4 Aktivity denního života

Tab. 2.6: Aktivity denního života dne 09.01.2011

Stravování	Doma	Stravuje se nepravidelně, občas se přejídá. Má rád hamburgery, hranolky a smažená jídla. Teplá jídla má nepravidelně – někdy i několik dní má studenou kuchyni. Nikdy nedržel žádnou dietu, ani se neomezoval v jídle.
	V nemocnici	Současná hmotnost je 100 kg, výška 190 cm, BMI je 27,7 - pacient má obezitu. Má vlastní chrup – problémy s polykáním nemá. Dostává stravu 5 krát denně, odmítá rýži a knedlíky, velmi mu chutnají polévky, hlavně čočková a gulášová.
Příjem tekutin	Doma	Denně vypije asi jen 1 litr tekutin včetně piva, má rád coca-colu, sladké limonády. Hodně sladí čaj i kávu, kterou pije jen rozpustnou asi 2 až 3 krát týdně.
	V nemocnici	Začal pít občas i neslazené minerálky, do kterých si vždy přidává trochu jahodového sirupu. Příjem tekutin nepřesahuje 1 litr za den. Chutná mu káva – cappuccino z automatu. Dává si ji denně. Pivo ani jiné alkoholické nápoje v nemocnici zatím nepil.
Vylučování moče	Doma	Měl pálení při močení, nebral léky, vždy se to „nějak“ upravilo samo.
	V nemocnici	Na WC chodí sám, s močením nemá problémy.
Vylučování stolice	Doma	Občas má průjem i několik dnů, ale vždy to zvládne sám. Bratr mu doporučil nějaké léky, po kterých se průjem zastavil.
	V nemocnici	Na začátku pobytu v léčebně se mu jednou stalo, že nestačil doběhnout na WC, protože zapomněl, kde se nachází. Nyní je bez problémů. Průjem nemá, stolici má pravidelnou co druhý den.

Spánek a bdění	Doma	Často se dívá až do noci na televizi. Špatně se mu usíná. Musí si lehnout také přes den, potom se zase nemůže probrat, je unavený, nemá žádný spánkový rituál. Někdy se nestačil ani převléci do pyžama a umýt se, usnul v denním oblečení.
	V nemocnici	Asi 2 až 3 dny nemohl vůbec spát. Vadilo mu, že je na pokoji s ním více lidí. Nyní si trochu zvykl, přesto se v noci budí, honí se mu v hlavě zlé myšlenky, slyší občas hlasy, nemůže dlouho usnout.
Aktivita a odpočinek	Doma	Rád sleduje v televizi přírodopisné filmy, učí se hrát na kytaru, nesportuje. Někdy ale není schopen žádné činnosti a jen leží v posteli nebo sedí v houpacím křesle.
	V nemocnici	V nemocničním prostředí se izoluje od ostatních pacientů. Odmítá činnosti, které vyžadují spolupráci více lidí (například práce na zahradě nebo v dílně).
Hygiena	Doma	Zuby si čistí 1 až 2 krát denně. Někdy je večer unavený a zapomene se i umýt a převléci se do pyžama. Raději se sprchuje. Koupel ve vaně nemá rád, protože jednou upadl a narazil si žebra.
	V nemocnici	Denní hygienu – čištění zubů a mytí provádí sám, občas potřebuje pomoci při umývání vlasů a ošetření nehtů, nutný dohled ošetřovatele.
Samostatnost	Doma	Doma je soběstačný, ale je rád, že žije s bratrem ve společné domácnosti, který na něho dohlíží a v případě jakékoliv potřeby mu pomůže. Většinou je doma a nikde sám nechodí. Dělá drobné domácí práce: zametá, vysává.
	V nemocnici	Činnosti provádí sám, je však nutná kontrola zdravotnického personálu.
Sexualita	Doma	V minulosti měl asi 15 partnerek „na jednu noc“, jak uvádí pacient. V současnosti nikoho nevyhledává.
	V nemocnici	Sexuální aktivity nevyhledává.

2.5 Posouzení psychického stavu 09.01.2011

Vědomí a orientace – pacient je orientován osobou, místem i časem, občas halucinace a bludy. Situaci zpracovává paranoidně, verbálně se projevuje omezeně, používá krátké odpovědi, vyhýbá se kontaktu, oční kontakt minimální.

Nálada – úzkostná, melancholická, negativní.

Vnímání zdraví a zdravotního stavu - pacient si uvědomuje své onemocnění, protože se začal jeho stav po vánocích zhoršovat, dobrovolně nastoupil léčbu v léčebně.

Reakce na hospitalizaci – pacient má přiměřenou reakci na hospitalizaci.

Projevy jistoty a nejistoty- pacient se bojí budoucnosti, neví, jak se bude jeho nemoc vyvíjet. Pociťuje úzkost při výskytu sluchových halucinací. Má obavy, že bratr se o něho nebude v budoucnu starat.

Situační analýza

Pacient M. D., narozen 1971, byl na oddělení přijatý 04.01.2011 za účelem zhoršujících se psychických problémů. Nyní je pacient stále hospitalizován na otevřeném oddělení 6B, délka hospitalizace 13 týdnů. Pacient je soběstačný, cítí zlepšení svého zdravotního a psychického stavu. Nemá již sluchové halucinace, občas ještě pociťuje mírnou únavu. Navštěvuje denní stacionář, který ho velmi baví. Aktivně se zapojuje do společnosti. S ostatními pacienty chodí hrát stolní tenis nebo hraje společenské hry, nejraději hru „Člověče nezlob se“. Dne 24.03.2011 bylo u něho provedeno psychologické vyšetření. Při rozhovoru s psychologem je komunikativní, otevřeně hovoří o své nemoci. Uvědomuje si svůj stav a má zájem na jeho zlepšení. Dodržuje léčebný režim. Dne 26. a 27.03.2011 měl propustku domů. Pobyt doma mu velmi prospěl. Byl s bratrem v kině a na výletě v Luhačovicích.

Fyziologické funkce má pacient v normě. Problémy s vyprazdňováním neudává. Celkově se cítí v dobré náladě.

3 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

08.01.2011 - 11.04.2011

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

- **Úzkost (00146)** v souvislosti s ohrožením při výskytu sluchových halucinací projevující se neklidem, obavami, napětím v obličeji a chvěním hlasu.
- **Porušený spánek (00095)** v souvislosti s obavami a halucinacemi projevující se problémy s usínáním a častým buzením.
- **Sociální izolace (00053)** v souvislosti se změnou stavu zdraví a sociální pohody projevující se nekomunikativností, uzavřením se do sebe.
- **Neefektivní léčebný režim (00078)** v souvislosti s nedůvěrou k léčebným a ošetřovatelským opatřením projevující se nespoluprací pacienta.
- **Porušené myšlení (00130)** v souvislosti se základní diagnózou schizofrenie projevující se nesoustředěností a nerealistickým přemýšlením.
- **Porucha smyslového vnímání (00122)** z důvodu základní psychické poruchy (halucinace, bludy) projevující se neklidem a neadekvátním chováním.
- **Porušená osobní identita (00121)** v souvislosti s onemocněním schizofrenie projevující se pocitem vnitřního zmatku a životní dezorientací.
- **Beznaděj (00124)** v souvislosti s opuštěností projevující se pasivitou a apatií.
- **Chronicky nízká sebeúcta (000119)** v souvislosti s psychiatrickým onemocněním projevující se negativním sebehodnocením a nerozhodností.
- **Deficit sebepéče při koupání a hygieně (00108)** v souvislosti se zhoršením zdravotního stavu projevující se nezájmem a neschopností se zapojit do osobní hygieny.
- **Deficit sebepéče při oblékání a úpravě zevnějšku (00109)** v souvislosti s nezájmem a sníženou motivací projevující se neschopností se obléci a upravit.
- **Zhoršená verbální komunikace (00051)** v souvislosti se základním onemocněním projevující se mlčenlivostí a nezájmem.

08.01.2011 - 11.04.2011

Potenciální ošetřovatelské diagnózy

- **Riziko sebepoškození (00139)** v souvislosti s psychotickým stavem – halucinacemi.
- **Riziko suicidia (00150)** v souvislosti s dřívějšími pokusy o sebevraždu a vyjadřováním touhy po ukončení života.
- **Riziko pádu (00155)** v souvislosti s neklidem pacienta.
- **Riziko deficitu tělesných tekutin (00028)** v souvislosti s nízkým příjmem tekutin.
- **Riziko nadměrné výživy (00003)** v souvislosti s častou a nadměrnou konzumací potravin při úzkosti.

3.1 Rozebrání ošetřovatelských diagnóz

Úzkost (00146) v souvislosti s ohrožením při výskytu sluchových halucinací projevující se neklidem, obavami, napětím v obličeji a chvěním hlasu.

Cíl: pacient chápe úzkost a verbalizuje její zmírnění.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- pacient chápe úzkost a diskutuje o ní s psychoterapeutem do 6 ti hodin;
- pacient je smířený se svým zdravotním stavem, necítí hněv během hospitalizace;
- pacient nemá napjatý výraz v obličeji a neprojevuje známky zvýšeného nervového napětí – do 48 hodin.

Plán intervencí:

- buďte pacientovi nablízku, pocit opuštění může exacerbovat novou ataku úzkosti (průběžně - všeobecná sestra);
- akceptujte to, že pacient v určité situaci není schopen kontroly nad sebou (stále - všeobecná sestra);
- pozorujte všechny projevy pacienta, dle kterých se dá odhadnout stupeň jeho úzkosti (průběžně - psychoterapeut, lékař, všeobecná sestra);
- sledujte a zaznamenávejte tělesné projevy a fyziologické funkce – srdeční palpitace, opakované pohyby (průběžně - všeobecná sestra);
- navozujte vzájemné pozitivní vztahy a buďte maximálně připraveni pacienta vyslechnout a promluvit si s ním – (průběžně – všeobecná sestra);
- dodržujte zásady při komunikaci se schizofrenikem – dle standardních postupů – „Praktické pokyny k rozhovoru se schizofrenním pacientem.“ (stále - všeobecná sestra);
- udržujte pozitivní vztahy s rodinou pacienta (stále – celý ošetřovatelský a zdravotnický personál);
- seznamujte pacienta se způsobem léčby a motivujte ho k aktivní účasti (stále - zdravotnický tým);
- přijímejte nemocného takového, jaký je. Nesnažte se mu rozmlouvat jeho chování a snažit se ho usměrňovat (stále – zdravotnický a ošetřovatelský tým).

Realizace:

- 08.01.2011 - 13:00 hod. - zhodnotili jsme psychický a fyzický stav pacienta, zjišťovali jsme jeho náladu, schopnost komunikace, navázání očního kontaktu, přítomnost sluchových halucinací (všeobecná sestra);
- 09.01.2011 - 8:00 hod. - znovu jsme edukovali pacienta o režimu oddělení a pracovních aktivitách, do kterých se může zapojit (všeobecná sestra);
- 09.01.2011 - 17:00 hod. - provedli jsme s pacientem krátký rozhovor a sledovali jeho projevy chování (všeobecná sestra);
- 23.01.2011 – 15:00 hod. - zhodnotili jsme psychický a fyzický stav, povzbudili jsme pacienta v jeho léčbě a mimopracovních aktivitách (všeobecná sestra);
- 05.03.2011 - 10:20 hod. - sledovali jsme celkové projevy chování při rozhovoru, nervové napětí, intonace hlasu, ptali jsme se na změny, které proběhly od minulého sezení, navštívili jsme pacienta v keramické dílně, pochválili jsme jeho výrobky (vázičku a talířek), doporučili jsme další vhodné aktivity (všeobecná sestra);
- 03.04.2011 - 14:30 hod. - zhodnotili jsme psychický a fyzický stav pacienta, zjistili jsme výsledky psychologického vyšetření ze dne 24.03.2011 (všeobecná sestra).

Hodnocení

Po 1. týdnu hospitalizace:

- pacient má úzkostnou, melancholickou náladu, prožívá sluchové halucinace, projevuje velmi malou ochotu v navázání rozhovoru a očního kontaktu, používá krátké odpovědi, má úzkostný výraz v obličeji a projevuje se u něho zvýšené nervové napětí.

Po 3. týdnech hospitalizace:

- pacient má zlepšenou náladu, netrpí úzkostí, nemá sluchové halucinace, nejeví známky zvýšeného nervového napětí.

Po 8. týdnech hospitalizace:

- celkový stav pacienta je zlepšen, má dobrou náladu, aktivně se zapojuje do rozhovoru s ostatními pacienty.

Po 13. týdnech hospitalizace:

- pacient se cítí dobře, má dobrou náladu, otevřeně hovoří o své nemoci, nejeví známky zvýšeného nervového napětí, navazuje slovní i oční kontakt.

Cíl byl splněn.

Porušený spánek (00095) v souvislosti s obavami a halucinacemi projevující se problémy s usínáním a častým buzením.

Cíl: pacient si obnoví model spánku.

Priorita: střední.

Výsledné kritéria:

- pacient se cítí ráno odpočatý;
- pacient nebude ospávat přes den;
- usínání večer nebude pacientovi trvat déle než 30 minut;
- pacient bude spát nepřetržitě alespoň 5 hodin nočního spánku.

Plán intervencí:

- zajistěte vhodné prostředí pro spánek - vyvětrejte místnost a snižte teplotu místnosti na 15 -18 stupňů (večer - všeobecná sestra, ošetřovatel);
- namasírujte pacientovi záda a upravte mu lůžko (večer - všeobecná sestra, ošetřovatel);
- využívejte různých pomůcek usnadňující usínání - závěsy, zatemnění, malé osvětlení, spánková maska, účinky relaxační hudby (dle potřeby - všeobecná sestra, ošetřovatel);
- nabídněte prostředky, které usnadňují usínání – pití teplého mléka, koupele, účinky relaxační hudby (dle potřeby - všeobecná sestra, ošetřovatel);
- upravte složení stravy – v podvečer doporučte jen konzumaci lehkých jídel a omezte příjem tekutin (ihned - nutriční asistent, všeobecná sestra, lékař, ošetřovatel);
- rozvrhněte veškerou léčebně – ošetřovatelskou péči tak, aby nenarušovala noční spánek – (ihned - lékař, psychoterapeut, všeobecná sestra);

- omezte rušivé činnosti před spánkem – sledování televize, zamezení konfliktu s ostatními pacienty, společenské aktivity (večer - všeobecná sestra, ošetřovatel);
- sledujte, zda pacient neuléhá do lůžka přes den (denně - všeobecná sestra, ošetřovatel);
- zvolte vhodné fyzické aktivity během dne (denně - lékař, fyzioterapeut, ergoterapeut, všeobecná sestra);
- sledujte případné vedlejší účinky léků, které má pacient naordinované (průběžně - lékař, všeobecná sestra);
- snažte se odhalit všechny okolnosti, které narušují spánek (průběžně - lékař, všeobecná sestra).

Realizace:

- 08.01.2011 - 11:00 hod. - zhodnotili jsme psychický a fyzický stav pacienta, všimli si jeho aktivit na oddělení (všeobecná sestra);
- 09.01.2011 - 7:00 hod. - sledovali jsme odpočatost po spánku, dodržování hygienického režimu, pospávání během dne (všeobecná sestra, ošetřovatel);
- 09.01.2011 - 18:00 hod. - sledovali jsme aktivity během dne, únavu, odpolední konzumaci jídel a pití (všeobecná sestra, ošetřovatel);
- 23.01.2011 - 14:30 hod. - edukovali jsme pacienta o dodržování léčebného režimu, vhodných denních aktivitách a vhodné stravě (všeobecná sestra);
- 05.03.2011 - 11:30 hod. - ptali jsme se na změny, které proběhly od minulého sezení, zaznamenali jsme jeho aktivity během dne (všeobecná sestra);
- 11.04.2011 - 16:00 hod. - zhodnotili jsme celkový psychický a fyzický stav, zaznamenali jeho aktivity během dne, provedli jsme s pacientem krátký rozhovor, všimli si jeho únavy a ospalosti (všeobecná sestra).

Hodnocení

Po 1. týdnu hospitalizace:

- pacient těžko usíná, v noci se často budí, má sluchové halucinace, ráno se cítí unavený, podrážděný, je málo odpočatý, odmítá vstát z lůžka a provést ranní hygienickou očistu, během dne pospává v křesle a pasivně sleduje televizi (všeobecná sestra, ošetřovatel).

Po 3. týdnech hospitalizace:

- pacient se po ránu cítí odpočatý, sám si ustele postel a provede ranní hygienu, v noci se budí jen občas, nemá sluchové halucinace, přes den nechodí do ložnice a nespí v křesle u televize (všeobecná sestra, ošetřovatel).

Po 13. týdnech hospitalizace:

- pacient je po spánku čilý, odpočatý, v noci se téměř nebudí, večer usínání rychle, během dne se aktivně zapojuje do činností, místo pasivního sledování televize se učí hrát na kytaru.

Cíl byl splněn.

4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Praktické rady k rozhovoru se schizofrenním nemocným:

- naučte se naslouchat;
- vždy respektujte osobnost pacienta;
- nebuďte nervózní a neklidní – váš neklid se přenáší na pacienta;
- nebuďte dotěrní a snažte se projevit pochopení;
- nevyvracejte bludy nemocného;
- nemyslete si, že musíte něco říkat, váš pozorný poslech znamená mnohem více než vaše řeč;
- jestliže s vámi odmítá pacient mluvit, řekněte: „dobrá, uvidíme se příště“;
- své sliby dodržujte! Vaše přesnost je vaší vizitkou!;
- neberte věci osobně, nezatahujte do rozhovoru se schizofrenikem své vlastní problémy;
- buďte přímočaří. Nepředstírejte, že sdílíte bludné názory nemocného, připusťte pouze, že mohou být v jeho očích nahlíženy jako skutečné;
- nezačínajte se automaticky smát, řekne - li nemocný něco, co vám připadá vtipné;
- respektujte pacientovu rezervovanost. Některým psychotikům je vřelost a empatie nepříjemná. Nevnučujte jim ji;
- na osobní dotazy odpovídejte „metadotazy“, například ptá – li se Vás, máte – li děti, zeptejte se ho, proč je tato otázka pro něho důležitá.

ZÁVĚR

Bakalářská práce demonstruje problematiku osob duševně nemocných s diagnózou schizofrenie. Pro svou práci jsem si vybrala pacienta s paranoidní schizofrenií, který byl opakovaně hospitalizován v Psychiatrické léčebně v Kroměříži. Také jsem měla možnost poznat režim psychiatrického oddělení, jeho zvláštnosti a následnou psychiatrickou péči o ambulantní pacienty.

Cílem práce bylo ukázat nejen to, jak se žije pacientovi s diagnózou schizofrenie, jaké má potřeby, jak vnímá realitu a pohlíží na okolní svět, ale také mou snahou bylo ukázat, že pacient, který má nemocnou duši, má stejnou lidskou hodnotu, jako člověk, který má nemocné srdce nebo plíce.

Schizofrenie se netýká jen samotného pacienta, ale má také negativní dopad na jeho rodinu. Přestože se pohled společnosti na duševně nemocné postupně mění, často musí čelit posměchu ze svého okolí. Zásahu na zlepšení pochopení celého problému má zajisté otevřená komunikace a celková medializace problematiky duševně nemocných spoluobčanů.

Zkušenost poznat schizofrenního pacienta byla pro mě velkým přínosem, neboť jsem se dozvěděla mnoho zajímavých informací a uvědomila jsem si, jak je velmi tenká hranice mezi zdravím a nemocí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

MONOGRAFICKÉ PUBLIKACE

1. ČERVINKOVÁ, E. A KOL. *Ošetrovatelské diagnózy*. Brno: IPVZ, 2001. 143 s. ISBN 80-7013-332-5.
2. JANOŠÍKOVÁ, E. H., DAVIESOVÁ, J. L. *Psychiatrická ošetrovatelská starostlivosť*. Martin: Osveta, 1999. 551 s. ISBN 80-8063-017-8.
3. KALINA, K. *Jak žít s psychózou*. Praha: Portál, 2001. 247 s. ISBN 80-7178-563-6.
4. KUČEROVÁ, H. *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. 112 s. ISBN 978-80-247-2045-6.
5. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
6. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie – učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál, 2010. 143 s. ISBN 978-80-7367-723-7.
7. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
8. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, a. s. 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
9. NĚMCOVÁ, J., MAURITZOVÁ, I. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Plzeň: Maurea, 2009. 76 s. ISBN 978-80-902876-0-0
10. PAVLOVSKÝ, P. A KOL. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2009. 232 s. ISBN 978-80-247-2618-2.
11. PĚČ, O., PROBSKÁ, V. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. 256 s. ISBN 978-80-7387-253-3.
12. PRAŠKO, J. A KOL. *Léčíme se s psychózou*. Praha: Medical Tribune CZ, 2005. 96 s. ISBN 80-239-5482-2.
13. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie – minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2001. 207 s. ISBN 80-7254-156-0.
14. RADIMSKÝ, M. A KOL. *Psychiatrie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 176 s. ISBN 80-7013-218-3.

15. RAHN, E., MAHNKOPF, A. *Psychiatrie - učebnice pro studium a praxi*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2000. 468 s. ISBN 80-7169-964-0.
16. SEIFERTOVÁ, D., Praško, J., Höschl, C. *Postupy v léčbě psychických poruch*. Praha: Medical Tribune CZ, 2004. 479 s. ISBN 80-86694-06-2.
17. SLOWIK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010. 155 s. ISBN 978-80-7367-691-9.
18. ŠLAISOVÁ, I. A KOL. *Ošetrovatelství v psychiatrii pro bakalářské studium*. Hradec Králové: Nukleus, 2004. 92 s. ISBN 80-86225-51-8.
19. TRACHTOVÁ, E. A KOL. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IPVZ, 1999. 86 s. ISBN 80-7013-285-X.
20. VOKURKA, M., HUGO, J. A KOL. *Velký lékařský slovník*. 4. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 966 s. ISBN 80-7345-037-2.
21. ZVOLSKÝ, P. *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2005. 192 s. ISBN 80-7184-690-2.

ELEKTRONICKÉ INFORMAČNÍ ZDROJE – INTERNET

HANZLOVSKÝ, M. *Paranoidní porucha osobnosti*. (Internet) 17.04.2009 (15.01.2011).

<http://www.celostnimediceina.cz/paranoidni-porucha-osobnosti.htm?utm_source=Sklik&utm_medium=cpc&utm_campaign=S_Celostni_Potize>

INSTITUT BIOTESTATISTIKY A ANALÝZ MASARYKOVA UNIVERZITA. *Hypertextová učebnice - Vyšetření v psychiatrii - Tři zdroje informací*. (Internet) 2011 (15.01.2011).

<<http://telemedicina.med.muni.cz/psychiatricka-propedeutika/index.php?pg=text--vysetreni-v-psychiatrii--tri-zdroje-informaci>>

KULHÁNEK, J. *Schizofrenie - jak vzniká a jak se dnes léčí*. (Internet) 30.11.2001 (15.01.2011).

<<http://zdravi.doktorka.cz/schizofrenie-jak-vznika-jak/>>

OSTATNÍ

JUŘENIKOVÁ, P. HŮSKOVÁ, J. *Ošetřovatelství učební text pro IV. ročník zdravotnických škol 2. část - ortopedie, kožní, infekční, stomatologie, neurologie, psychiatrie.* Uherské Hradiště: Středisko služeb školám, 2001. 174 s.

PANÁKOVÁ, M. *Ošetřovatelský proces u klienta s diagnózou schizofrenie.* Vsetín: Absolventská práce (DiS.), Vyšší zdravotnická škola, 2009. 70 s.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1

Práva duševně nemocných

Citace z Deklarace lidských práv a duševního zdraví schválené Světovou federací pro duševní zdraví v roce 1989:

- právo být vnímán a respektován jako jedinečná lidská bytost;
- právo na svobodné rozhodování o sobě samém;
- právo na soukromí;
- právo na práci a spravedlivou odměnu;
- právo na přiměřené hmotné zabezpečení, zvláště při ztrátě či oslabení;
- právo na přiměřenou životní úroveň, včetně potravy, šatstva, bydlení, lékařské péče a nezbytných sociálních služeb;
- právo na spolurozhodování o léčebných výkonech a postupech;
- právo na informovanost o podstatných skutečnostech nemoci;
- právo na lidský kontakt, na osobní svobodu.;
- právo na kultivaci a osobní růst.

Příloha č. 2

Poučení pacienta o zásadách na oddělení

Poučení pacienta o zásadách pobytu na oddělení.

Byl jsem poučen že:

- během celého léčebného pobytu musím zachovávat zásady přísné abstinence – to se týká alkoholu, potravin s obsahem alkoholu i jiných návykových látek. Tyto látky nesmím používat ani je u sebe držet.
- na oddělení nesmím mít u sebe léky či léčebné přípravky bez schválení lékaře.
- na oddělení není povoleno držení sypkého či šňupacího tabáku, ručně balených cigaret, injekčních stříkaček či jehel, marihuanových dýmek, kolínské vody, Alpy, ředidel a odlakovačů. Kouřit je povoleno jen na vyhrazených místech oddělení a to firemní cigarety.
- na oddělení není dovoleno mít u sebe sypané čaje.
- není povoleno opouštět areál léčebny bez povolení lékaře.
- mobilní telefon nelze používat (pouze se svolením personálu, tak aby nebyl rušen chod oddělení.)
- není povoleno hrát na oddělení hazardní hry.
- je přísně zakázáno používat el. spotřebiče (vařiče, MT., r. přijímače, spirály atd..).

Ošetřující personál má právo a povinnost provádět prohlídky osobních věcí, vykonávat dechové zkoušky na alkohol a odběr moči na zjištění omamných látek.

Pacient by měl nosit čisté vhodné oblečení, měnit ho při návštěvách příbuzných nebo na pravidelných dovolenkách.

Datum:

Podpis pacienta:.....

Příloha č. 3

Denní řád oddělení

Denní řád oddělení 6 B

6,00	Budíček
6,00 - 7,00	Ranní toaleta, odběry biolog. materiálu, stlaní lůžek, větrání
7,00 - 8,00	Snídaně, podávání léků , příprava na vizitu
8,00 - 11,30	Lékařská vyšetření, Vizita - úterý a pátek - velká vizita - pondělí, středa, čtvrtek - malá vizita
9,30 – 10,00	Příprava a odchod do činnostní terapie
11,30 - 13,00	Příprava oběda, oběd, mytí nádobí, podávání léků , měření vitálních funkcí
13,00 – 14,00	Relaxační klid
14,00 - 17,00	Vycházky v letním období Při hezkém počasí pobyt na zahradě,
14,00 – 16,00	Vycházky v zimním období
15,00 - 16,00	Svačina
16,00 - 17,00	Sledování TV, četba, spol. hry
17,00 - 18,00	Příprava večeře, podávání večeře
18,00 - 19,30	Mytí nádobí, úklid oddělení po večeři
19,30 - 20,00	Podávání léků , osobní hygiena
20,00 - 21,00	Sledování televize, četba, spol. hry
21,00	Večerka
21,00 - 6,00	Noční klid

Příloha č. 4

Báseň od schizofrenního pacienta

Jak schizofrenik sténá nad osudem svého protějšku,
tak i já svůj půlnoční rubáš proklínám
a krve pláči žalem.

Jak umírající kůň ve své nesnesitelné agonii řve,
tak i já strašlivým vytím proplétám hrdlo své
a zhnusen lidskou rasou zvracím své svědomí.

S krví antikrista,
jež koluje v mých žilách,
v šílených křečích ptám se boha, kde je jeho spravedlnost
a z otevřených tepen mých line se bláto a hlen.

S očima protřenéma hořkou realitou,
skelně hledím do světa,
jenž je stejně jen nekonečnou deziluzí.

Každý hlas či slovo se v uších mých na černý škraloup změní
a neodmyslitelně se usadí.

Každé dogma okamžitě zatracuji
a vzpírám se všem pravidlům!

No tak řvěte,
krutě vřeštěte
a do bestií mě proklínejte – všechno už je jedno!

Svého protějšku,
tak i já svůj půlnoční rubáš proklínám
a krve pláči žalem.