

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA  
S PARANOIDNÍ SCHIZOFRENIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**KAMILA KONEČNÁ, DiS**

**Praha 2013**

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA  
S PARANOIDNÍ SCHIZOFRENIÍ**

Bakalářská práce

KAMILA KONEČNÁ, DiS

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

Praha 2013



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.**  
*se sídlem v Praze 5, Dušková 7, PSČ 150 00*

**Konečná Kamila**  
**3. C VS**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 8. 10. 2012 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s paranoidní schizofrenií

*Nursing Process for Patient with Paranoid Schizophrenia*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

V Praze dne: 31. 10. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.  
rektor

## **PROHLÁŠENÍ**

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne: 25. 3. 2013

*podpis*

## **ABSTRAKT**

KONEČNÁ, Kamila. Ošetrovatelský proces u pacienta s paranoidní schizofrenií. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Praha. 2013. 51 s.

Tato bakalářská práce se zabývá ošetrovatelským procesem u pacienta s paranoidní schizofrenií. Jsou zde popsány příčiny, příznaky, průběh onemocnění, vyšetřovací metody a léčba schizofrenie. Dále zásady chování a komunikace pro sestru na psychiatrii, které jsou nezbytně nutné znát. V závěru teoretické části jsou popsány ošetrovatelská péče, restriktivní postupy a detenční řízení, které jsou nezbytnou součástí psychiatrie. Praktická část podrobně popisuje kazuistiku pacientky s paranoidní schizofrenií. Jsou zde rozepsány ošetrovatelské diagnózy a doporučení pro praxi.

Klíčová slova

Ataka. Halucinace. Komunikace. Psychoterapie. Schizofrenie.

## **ABSTRACT**

KONEČNÁ, Kamila. Nursing Process for Patient with Paranoid Schizophrenia. Nursing College o.p.s. Degree: Bachelor (Bc.). Tutor: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Prague 2013. 51 pages.

This thesis deals with the nursing process for patients with paranoid schizophrenia. The thesis describes the causes, symptoms, disease progress, diagnostic methods and treatment of schizophrenia. Furthermore the thesis focuses on the principles of behavior and communication for nurses in psychiatry, which are necessary to know. At the end of the theoretical part describes nursing care, restrictive practices and detention proceedings, which are an essential part of psychiatry. The practical part describes casuistry in detail about a patient with paranoid schizophrenia. There is description about nursing diagnoses and recommendations for practice.

Key words

Attack. Hallucination. Communication. Psychotherapy. Schizophrenia.

# OBSAH

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

## SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

ÚVOD .....	12
Schizofrenie.....	13
1.1 Definice schizofrenie .....	13
1.2 Přehled použitých skupin diagnóz podle MKN-10 .....	13
1.3 Formy schizofrenie .....	14
1.3.1 Paranoidní schizofrenie .....	14
1.3.2 Hebefrenní schizofrenie .....	14
1.3.3 Katatonní schizofrenie .....	14
1.3.4 Simplexní schizofrenie.....	14
1.3.5 Nediferencovaná schizofrenie .....	14
1.3.6 Reziduální schizofrenie .....	15
1.3.7 Postschizofrenní deprese .....	15
1.4 Příčiny schizofrenie .....	15
1.5 Příznaky schizofrenie .....	15
1.5.1 Pozitivní příznaky .....	15
1.5.2 Negativní příznaky .....	16
1.6 Průběh onemocnění .....	16
1.7 Diagnostika.....	17
1.7.1 Rozhovor s nemocným.....	17
1.7.2 Anamnéza.....	17
1.7.3 Laboratorní vyšetření .....	17
1.7.4 Elektroencefalografie (EEG).....	18
1.7.5 Výpočetní tomografie (CT).....	18
1.7.6 Nukleární magnetická rezonance (NMR) .....	18
1.7.7 Psychologické vyšetření.....	19
1.8 Léčba schizofrenie.....	19
1.8.1 Farmakologická léčba .....	19
1.8.2 Biologická léčba.....	20
1.8.3 Psychoedukace .....	21
1.8.4 Psychoterapie .....	21
1.9 Zásady chování všeobecné sestry na psychiatrii .....	23

1.10	Zásady komunikace pro všeobecné sestry .....	24
1.10.1	Komunikace s vážně psychiatricky nemocným .....	24
1.10.2	Komunikace s úzkostným nemocným .....	25
1.11	Přístup sestry k psychiatrickým pacientům .....	25
1.12	Ošetrovatelská péče .....	26
1.13	Restriktivní postupy .....	27
1.14	Detenční řízení .....	28
1.15	Psychiatrická péče v ČR v roce 2011 .....	28
1.16	Psychiatrické léčebny pro děti a dospělé .....	31
	Kazuistika.....	32
2.1	IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE .....	32
2.2	ANAMNÉZA .....	33
2.3	SITUAČNÍ ANALÝZA: .....	44
2.4	KAZUISTIKA .....	45
2.5	STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ.....	48
2.5.1	Aktuální ošetrovatelské diagnózy: .....	48
2.5.2	Potencionální ošetrovatelské diagnózy: .....	48
2.6	Zhodnocení ošetrovatelské péče .....	61
2.7	Doporučení pro praxi.....	62
	ZÁVĚR.....	63
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	64
	SEZNAM PŘÍLOH	



## **SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

ALT - alaninaminotransferáza

AST - aspartátaminotransferáza

BMI - body mass index

BWR - Bordet-Wassermanova reakce – průkaz protilátek proti Syfilis

CT - výpočetní tomografie

ECT - elektrokonvulzivní terapie

EEG - elektroencefalografie

EKG - elektrokardiografie

NMR - nukleární magnetická rezonance

TS pokus - sebevražedné tendence

TSH - ukazatel thyroideální dysfunkce

# SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**Farmakorezistence** - odolný, rezistentní vůči léčbě pomocí farmakoterapie

**Halucinace** - falešný vjem něčeho, co neexistuje.

**Hereditární** – dědičný

**Osteosyntetický materiál** – operativní léčebná metoda kostních zlomenin, při níž se úlomky kosti k sobě připoutají kovovými hřebíky šrouby a dlahami

**Prodromy** – příznaky ohlašující příchod nemoci

**Somatoformní porucha** - psychické poruchy projevující se tělesnými somatickými příznaky bez organické příčiny

## **SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ**

Tabulka 1 - Přehled použitých skupin diagnóz podle MKN- 10

Graf 1 - Psychiatrické léčebny pro děti a dospělé

# ÚVOD

Téma schizofrenie je stále více aktuální. O tomto problému se více setkáváme i v médiích, avšak volba tohoto tématu byla ovlivněna zkušenostmi z odborné praxe.

Bakalářská práce má dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části je popisována definice onemocnění, formy, příčiny a příznaky schizofrenie. Dále průběh onemocnění, diagnostiku, léčbu a zásady chování a komunikace sestry.

V praktické části je důkladně popsána ošetrovatelská péče na psychiatrii, kazuistika pacientky a ošetrovatelské diagnózy. V závěru práce je uvedeno doporučení pro praxi.

Cílem mé práce je seznámit čtenáře s celkovou problematikou schizofrenie, komunikací a zásadami chování sestry na psychiatrii, což je velmi důležité a specifické.

# SCHIZOFRENIE

## 1.1 Definice schizofrenie

„Schizofrenie je duševní porucha, která se projevuje charakteristickým porušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity.“ (VÁGNEROVÁ, 2002, str. 177) Patří k nejzávažnějším psychickým poruchám. První ataka schizofrenního onemocnění se převážně objevuje u mladých lidí. Většinou onemocnění předchází různě dlouhé období. Toto období může být dlouhé několik měsíců až let, kdy dochází k postupné změně člověka, uzavírání se a přerušování sociálních kontaktů.

U pacientů se schizofrenií se často stává, že nemají náhled na chorobu a samovolně vysazují léky a tím pádem jsou hospitalizace opakované. Výrazné je riziko sebevražedného pokusu a sebevraždy. Velmi nebezpečná je situace, kdy se sebevražedné myšlenky nějakým způsobem odvíjejí od psychotických obtíží, například hlas, který radí ke smrti. Schizofrenie často přechází do chronicity. (PRAŠKO, 2007)

## 1.2 Přehled použitých skupin diagnóz podle MKN-10

Kód psychiatrické diagnózy	Název skupiny
<b>F00 – F09</b>	Organické duševní poruchy včetně symptomatických
<b>F10</b>	Poruchy duševní a poruchy chování, způsobené užíváním alkoholu
<b>F11 – F19</b>	Poruchy duševní a poruchy chování, způsobené užíváním ostatních psychoaktivních látek
<b>F20 – F29</b>	Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
<b>F30 – F39</b>	Afektivní poruchy (poruchy nálady)
<b>F40 – F48, F50 – F59</b>	Neurotické, stresové a somatoformní poruchy a syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
<b>F60 – F63, F68 – F69</b>	Poruchy osobnosti a chování u dospělých (mimo sexuálních poruch)
<b>F64 – F66</b>	Sexuální poruchy
<b>F70 – F79</b>	Mentální retardace
<b>F80 – F98</b>	Poruchy psychického vývoje a poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání
<b>F99</b>	Neurčená duševní porucha
	Ostatní nepsychiatrické diagnózy

## **1.3 Formy schizofrenie**

### **1.3.1 Paranoidní schizofrenie**

Patří mezi nejčastější formy schizofrenie. Je charakterizována patologickou podezíravostí vůči okolí. Bývá posilována paranoidními bludy, což je pronásledování, kontrolování a ovlivňování. Často se objevují halucinace, zejména sluchové ve formě hlasu, který nemocnému napovídá. Pacient je přesvědčen, že je pronásledován a musí být zničen. (VÁGNEROVÁ, 2002)

### **1.3.2 Hebefrenní schizofrenie**

Je poměrně vzácná a je charakterizována poruchami chování. Je typickým onemocněním pro období adolescence a rané dospělosti. Vzniká obvykle ve věku 15 až 25 let. Má špatnou prognózu, protože se objevuje v období, kdy se vytváří a stabilizuje identita jedince. Pokud v tomto věku duševní porucha vypukne, nemůže se dotvořit nová identita a původní dětská není dostatečná jako stabilní základ. Tato forma vypadá jako prohloubená a protahovaná puberta. (VÁGNEROVÁ, 2002)

### **1.3.3 Katatonní schizofrenie**

Je typická nápadnostmi v oblasti motorické aktivity. Rozlišují se dvě varianty. První je produktivní forma, která se vyznačuje nadměrnou a nepřiměřenou pohybovou aktivitou. Druhá forma je stuporózní, která se vyznačuje zpomalením nebo útlumem veškeré motorické aktivity. To znamená, že se pacient se nehýbe a často vydrží dlouho v jedné poloze. Pacient reaguje jako loutka. Nemocní mívají halucinace, které jim zakazují mluvit a jednat. (VÁGNEROVÁ, 2002)

### **1.3.4 Simplexní schizofrenie**

Tato forma je typická časným a plíživým vznikem. Nemocní bývají pasivní, apatičtí, bez zájmu o cokoli a izolují se od společnosti. Jsou neschopní zvládat běžné požadavky, jsou i celkově nevýkonní. Nerespektují běžné normy a potulují se. Myšlení se postupně zhoršuje až na úroveň demence. (VÁGNEROVÁ, 2002)

### **1.3.5 Nediferencovaná schizofrenie**

Psychotické stavy, které splňují všeobecná diagnostická kritéria pro schizofrenii, ale jež nelze zařadit do žádného z ostatních typů schizofrenie. Patří sem stavy, které

mají příznaky více než jednoho z nich, bez výrazné převahy nějakého zvláštního souboru diagnostických charakteristik.

### **1.3.6 Reziduální schizofrenie**

Je charakterizována dlouhodobými symptomy a poruchami, např. psychomotorické zpomalení, snížená aktivita, pasivita, chudá řeč v obsahu nebo množství, snížená péče o vlastní osobu a defektní sociální projevy.

### **1.3.7 Postschizofrenní deprese**

Depresivní stav, který může přetrvávat, se objevuje jako odezva schizofrenní nemoci. Musí být přítomny symptomy schizofrenie, ale již nejsou v popředí klinického obrazu. Tyto depresivní stavy jsou spojeny se zvýšeným rizikem sebevraždy.

## **1.4 Příčiny schizofrenie**

Příčiny schizofrenie nejsou přesně známy. Náchylnost pro schizofrenii může být vrozená nebo získaná. Nejčastěji se objevuje v období puberty. Toto období je charakteristické bouřlivými změnami organismu a stresem.

Spouštěčem schizofrenie může být i marihuana, amfetaminy, halucinogeny a jiné drogy. Pro vznik schizofrenie je třeba dvou momentů: určitá dispozice a spouštěč, což může být stres či drogy, který tuto dispozici aktivuje. (BOUČEK, 2006)

## **1.5 Příznaky schizofrenie**

Příznaky schizofrenie se rozdělují na pozitivní příznaky a negativní příznaky.

### **1.5.1 Pozitivní příznaky**

Mezi typické pozitivní psychotické příznaky patří halucinace a bludy. Halucinace vznikají na podkladě zkresleného vnímání reality a jsou to falešné smyslové vjemy. Halucinace se mohou týkat všech smyslů. Nejčastější jsou halucinace sluchové, nemocní slyší zvuky, jako je zvonění, tikání, škrábání. Nebo složitější vjemy tedy hlasy. Hlasy hovoří přímo nebo hovoří o pacientovi anebo komentují jeho jednání. Nebezpečné jsou hlasy, které nemocné nabádají k určitým činnostem nebo dávají příkazy. Tyto vjemy jsou většinou intenzivnější než skutečnost a nemocný často se svými halucinacemi komunikují. Další jsou zrakové halucinace, kdy nemocný může

vidět tvary, osoby anebo celé barvitě scény. Jsou časté v souvislosti s náboženskými představami.

Čichové halucinace jsou spojené s chuťovými, kdy nemocný cítí nejrůznější pachy. Poslední jsou halucinace tělesné, které se projevují zvláštními tělesnými pocity, jako jsou pocity pálení, elektrizování a změn tělesných orgánů. (PRAŠKO, 2007)

Bludy jsou poruchou obsahu myšlení. Blud je nepravdivá, falešná představa, která nemocnému připadá naprosto normální a pravdivá a nelze mu ji vymluvit. Blud má obvykle určitý časový vývoj. Nejprve nemocného napadá jen myšlenka a až postupně dojde k bludnému přesvědčení. Obsahem bludů mohou být pocity pronásledování, bludná přesvědčení o nadání výjimečnými schopnostmi nebo nadpřirozenou mocí.

Dalšími pozitivními příznaky jsou poruchy formy myšlení. Myšlení nemocného je nesouvislé, nedokáže udržet linii rozhovoru a mluví nelogicky a zabíhavě.

K pozitivním příznakům počítáme i různé poruchy chování. Nemocní mohou být neklidní, urychlení nebo se chovají velmi zvláště. V některých případech může docházet až ke katatonii, která se projevuje nadměrnými nepochopitelnými pohyby nebo naopak strnulostí. (PRAŠKO, 2007)

### **1.5.2 Negativní příznaky**

Mezi negativní příznaky patří postupné snížení a ochuzení citového prožívání. Komunikace s okolím je omezená. Nemocný se může zcela stranit společnosti. Dále se může objevit porucha koncentrace pozornosti a potíže se rozhodovat se a plánovat. Dalším příznakem je oslabení až ztráta vůle a zájmu. Nemocný může upadnout do tělesné strnulosti, kdy nemluví, nejí ani nepije.

Časté bývají poruchy nálady. Úzkost doprovází pocity pronásledování a vnitřní nejistotu. Objevuje se skleslá nálada, pocity méněcennosti, beznaděje a obavy. Mohou se objevit sebevražedné myšlenky. (MOTLOVÁ, 2004)

## **1.6 Průběh onemocnění**

Schizofrenii provází prodromální příznaky, které předchází vlastnímu onemocnění. Prodromální období může trvat až 3-5 let. Prodromy se překrývají s rysy



osobnosti, jako jsou uzavřenost, pasivita a introverze. V prodromálním období si nemocní stěžují na časté poruchy pozornosti, bolesti hlavy, zad a svalů, zažívací potíže a pocity celkové slabosti. S postupující chorobou se objevují příznaky, jako je hloubání nad maličkostmi, zaujetí vírou, úzkost, neklid, nespavost, bludy a halucinace. Schizofrenie se objevuje v epizodách – atakách. Ataky bývají vyprovokovány stresem. Každá ataka nemoci znamená velkou zátěž a změnu pro nemocného. V akutní atace příznaky mění vztah nemocného k sobě samému a k okolí. Objevují se komplexy méněcennosti, strach a sebevražedné myšlenky. (LÉKAŘSKÉ LISTY, 2002; PRAŠKO, 2007)

## **1.7 Diagnostika**

### **1.7.1 Rozhovor s nemocným**

Hlavní součástí psychiatrického vyšetření je rozhovor s nemocným. Účelem rozhovoru je navázat kontakt s nemocným, získat podrobnou anamnézu a poznatky o dosavadním životě. Dále vytvořit terapeutický vztah, podmínky ke spolupráci, postavit diagnózu a sestavit léčebný a ošetrovatelský plán.

### **1.7.2 Anamnéza**

Psychiatrická anamnéza se zaměřuje na symptomatologii duševních poruch. Sleduje poruchy nálad, emocí, myšlení a chování, přítomnost halucinací a bludů. Osobní anamnéza pomáhá rekonstruovat osobnost. Psychiatr nemocného pečlivě poslouchá, zaznamenává si jen stručné poznámky a po odchodu pacienta si rozhovor zapíše. Kladen je důraz na rodinnou anamnézu, která je u duševních poruch velmi významná. Rodinná anamnéza se zaměřuje na sociální prostředí nemocného, ve kterém vyrůstal, dále pak interpersonální vztahy v rodině a hereditárních dispozicích. (DUŠEK, 2010)

### **1.7.3 Laboratorní vyšetření**

Mezi základní laboratorní vyšetření patří biochemie krve, moči, hematologie, hladina TSH, což je ukazatel thyroidální dysfunkce, dále panel hepatitid a BWR test na průkaz protilátek na Syfilis. Sledujeme hladinu jaterních testů (AST, ALT) a laboratorní toxikologie.

#### **1.7.4 Elektroencefalografie (EEG)**

EEG je vyšetřovací metoda, při které se snímají bioelektrické potenciály z mozkové kůry. Ke snímání se používají elektrody, které se přiloží na hlavu. Elektrodami se zaznamená elektrická aktivita mozku, která je EEG přístrojem zesílena a zaznamenána ve formě složité křivky. Zpravidla se provádí záznam po dobu 20-30 minut. Na EEG záznamu se vyhodnocuje frekvence, amplituda i tvar elektrických vln. (NOVOTNÁ, 2006)

#### **1.7.5 Výpočetní tomografie (CT)**

Tato metoda zobrazuje příčné řezy tělem, na nichž jsou jasně patrné jednotlivé anatomické struktury i s okolními tkáněmi. Měkké tkáně jsou navzájem velmi zřetelně odlišitelné. Pro dokonalou orientaci a k odlišení jednotlivých struktur se velmi často podávají kontrastní látky.

Přístroj se skládá z pohyblivého vyšetřovacího stolu a pevně uchyceného velkého prstence, který se nazývá gantry. V prstenci probíhá rentgenka, kde je záření zachyceno detektory a převedeno na číselné hodnoty, které se dále se zpracovávají počítačem. Pomocí matematických operací vznikne konečný obraz, který se zobrazí na monitoru a zároveň se uloží do paměti počítače.

CT se indikuje v případě objevení neurologických příznaků, abnormálního EEG, příznaky zmatenosti či při první psychotické epizodě. Pátrá se po atrofii nebo po ložisku, ale cílem je především vyloučení organického původu onemocnění. (NOVOTNÁ, 2006)

K tomuto vyšetření patří neurologické konzilium.

#### **1.7.6 Nukleární magnetická rezonance (NMR)**

Nukleární magnetická rezonance je metoda umožňující zobrazení těla v různých rovinách, bez ionizačního záření s dobrým kontrastem, zejména měkkých tkání. Zpracování a provedení je obdobné jako u CT. Je vhodné nemocného upozornit na stísněný prostor (mohou trpět klaustrofobií) a na značný hluk. Do blízkosti silného magnetu nesmějí lidé s kardiostimulátorem, defibrilátorem, s některými umělými srdečními chlopněmi, pacienti s intrakraniálními svorkami, endoprotézami a osteosyntetickými materiály. (NOVOTNÁ, 2006)

### **1.7.7 Psychologické vyšetření**

Rozhovor, psychotesty zaměřené na diagnostiku psychózy – schizofrenního procesu. Toto vyšetření potvrdí nebo vyvrátí diagnózu schizofrenie.

## **1.8 Léčba schizofrenie**

Léčba se liší podle fáze onemocnění, ve které se nemocný nachází. Při akutních stavech je zásadní farmakologická léčba. K zabránění vzplanutí nových atak nemoci je opět nejdůležitější pravidelné užívání léků. Mezi akutními atakami nemoci jsou vhodné psychoterapeutické postupy léčby.

Spolupráce s pacienty není vždy jednoduchá. Nemocný s psychózou se může cítit oddělen od společnosti, bát se okolí, uzavřít se sám do sebe a přestat komunikovat. Potřebuje člověka, kterému může důvěřovat a který mu dokáže pomoci. Důležitá je spolupráce s nejbližšími příbuznými, aby věděli, jak se k nemocnému chovat a při déle trvajících krizích je nutná psychiatrická hospitalizace. (PRAŠKO, 2007)

### **1.8.1 Farmakologická léčba**

Na prvním místě v léčbě schizofrenie jsou psychofarmaka, především neuroleptika. Neuroleptika jsou léky vedoucí ke zklidnění nemocného a zmírnění úzkosti, k navození spánku a k vymizení bludů a halucinací. Působí blokádu dopaminových receptorů. Neuroleptika snižují nadbytek dopaminu a tím dochází k vymizení pozitivních příznaků nemoci. Neuroleptika mohou vyvolávat nežádoucí účinky. Vyvolávají dopaminovou blokádu i v oblastech, které regulují pohyblivost a svalové napětí. Projevuje se pocitem ztuhlosti svalů, nechutí k pohybu, snížením gestikulace a mimiky. Tyto příznaky zmizí při úpravě medikace. Zástupci neuroleptik jsou Haloperidol, Tisercin, Risperdal a Zyprexa.

Pokud se objeví smutná nálada či apatie, podáváme antidepresiva. Antidepresiva zlepšují náladu a zvyšují hladinu pokleslé energie. Účinek antidepresiv se projeví až po 14 dnech až 3 týdnech. K antidepresivům s mírnějšími vedlejšími příznaky patří např. Deprex, Citalec a Zoloft.

Při úzkosti a napětí se podávají anxiolytika. Rychle snižují úzkost, napětí a strach. Nevýhodou je, že dochází ke snížení účinnosti a může vzniknout návyk. Nejčastěji používaní anxiolytika jsou Diazepam, Lexaurin, Neurol (Xanax) a Rivotril.

Při nespavosti či narušeném spánku podáváme hypnotika. Hypnotika se vyznačují rychlým nástupem spánku s minimálními vedlejšími účinky. Zástupci hypnotik jsou Zolpidem, Nitrazepam a Flunitrazepam. Dlouhodobé užívání těchto látek je spojeno s rizikem vzniku lékové závislosti.

Někdy se může vyskytnout výrazné kolísání nálad, v takovém případě nemocní mohou užívat dlouhodobě stabilizátory nálady, jako je např. Lithium. Farmakologická léčba je dlouhou a nejčastěji celoživotní. (MALÁ, 2002)

### **1.8.2 Biologická léčba**

Dále se využívá elektrokonvulzivní terapie (ECT). Aplikace elektrického proudu transcerebrálně se provádí 2 - 3krát týdně, obvykle celkem 6 - 12 cyklů. Po aplikaci terapie se mohou 1 - 2 měsíce objevovat poruchy paměti, které spontánně vymizí. (MALÁ, 2002)

Vyšetření se provádí se souhlasem pacienta. Je účinnější než medikace. Využívá se u těžkých a hlubokých depresivních stavů, při mánii a u farmakorezistentních pacientů s vysokou úspěšností. V některých případech lékař rozhodne o ECT z vitální indikace a to i bez souhlasu pacienta. Sem patří třeba katatonii stavy, kdy je pacient touto chorobou ohrožen na životě nebo u neuroleptického maligního syndromu. Kontraindikací je právě probíhající infarkt, těhotenství, při zvýšeném nitrolebním tlaku, u pacientů s mozkovým nádorem a při přítomnosti aneurysmatu.

Příprava na ECT začíná souhlasem pacienta, pokud se nejedná o vitální indikaci. Dále je nutné psychiatrické vyšetření a interní konzilium, EKG, EEG a od pŕlnoci lačnost. Zavede se periferní žilní katetr, změří se fyziologické funkce a nutná je bandáž dolních končetin.

Aplikují se naordinované léky, antikoagulancia 60 minut před výkonem a Atropin k navození snížené bronchiální sekrece 30 minut před výkonem. Na tento výkon pacient odchází s doprovodem a dokumentací.

Při vlastním provedení je přítomen psychiatr, interní sestra, anesteziolog a anesteziologická sestra a eventuálně sanitář. Během výkonu se monitoruje EKG a EEG.

Mezi způsoby aplikace ECT patří: bilaterální, kdy se elektrody umístí na oba spánky nebo unilaterální, kdy se jedna elektroda umístí na spánek nedominantní hemisféry. Tento způsob má nižší účinnost a méně nežádoucích účinků než bilaterální způsob. Anesteziolog nechá pacienta prodýchat kyslíkem, aplikuje se anestetikum a myorelaxancium. Elektrody se umístí na spánky pacienta. Jakmile nastane dostatečná hloubka anestezie i svalová relaxace, aplikuje se elektrokonvulze. Provede se výboj, který trvá 1 - 2 sekundy a nastává 30 - 90 sekund mozkové stimulace, lékař měří délku. Celková doba výkonu je okolo 10 minut. Po ECT se pacient minimálně 60 minut sleduje na dospávacím pokoji, kde se sleduje krevní tlak, pulz a stav vědomí. Vše se zapisuje do dokumentace. (DUŠEK, 2010)

### **1.8.3 Psychoedukace**

Základem psychoedukace je poskytnutí nemocným a jejich rodinám obsáhlé a důkladné informace o povaze nemoci a možnostech léčby. Principem psychoedukace je program, který vede psychiatr a sestra. Do psychoedukačního programu se zařazují pacienti s první nebo druhou atakou schizofrenie a je vhodné zahájit edukaci již během hospitalizace.

Psychoedukace probíhá na každém pracovišti různými způsoby. Jedním ze způsobů je psychoedukace zvlášť pro nemocné a zvlášť pro jejich příbuzné. Trvá dohromady 8 hodin ve dvou paralelních skupinách. Jedné se účastní nemocní s diagnostikovanou schizofrenií a druhé jejich příbuzní. Schází se po dobu 8 týdnů, kdy jedno sezení týdně trvá vždy 1 hodinu. Výuka má danou osnovu. Probírají se příčiny, příznaky a léčba schizofrenie, nežádoucí účinky léků. Část hodiny je věnována individuálním dotazům. (PRAŠKO, 2007)

### **1.8.4 Psychoterapie**

Psychoterapeutický přístup poskytuje určitý ochraňující prostor, ve kterém se nemocný může projevit a vyjádřit, co ho trápí. Psychoterapie využívá psychologické prostředky k dosažení prospěšné změny při poruchách psychických funkcí. Cílem psychoterapie je odstranění nebo zmírnění potíží, případně odstranění příčin, které je

vyvolaly. V průběhu psychoterapie dochází ke změnám v oblasti emočního prožívání, rozumového hodnocení, celkového postoje k sobě i ke světu a ke změně chování. Psychoterapii může provádět jen odborník s přesně vymezenou kvalifikací. Rozlišujeme psychoterapii individuální, kognitivně-behaviorální, skupinovou a rodinou. (VÁGNEROVÁ, 2002)

- **Individuální psychoterapie**

Pomáhá obnovit důvěru ve svět a vytvořit si pevný vztah s osobou, které je možné důvěřovat v krizových situacích. Terapeut s pacientem pracují spolu ve dvojici a snaží se o přátelskou atmosféru. (VYMĚTAL, 2003)

- **Skupinová psychoterapie**

Pomáhá porozumět vztahům k dalším lidem a uvědomit si formy chování. Člověk si díky terapii ve skupině může uvědomit, že i druzí prožívají podobné problémy a je možné se od nich poučit. Skupinová psychoterapie probíhá zpravidla ve skupině 8-12 osob. Vedou ji nejčastěji 2 terapeuti, nejlépe muž a žena. Jednotlivá sezení trvají 1 hodinu. (PRAŠKO, 2007)

- **Kognitivně-behaviorální terapie**

Tato terapie se soustředí zejména na nemocné s dlouhodobým postižením. Učí, jak porozumět a přijmout nemoc, jak se zbavovat příznaků a trénuje dovednosti běžného života i jednání s ostatními lidmi.

Specifické techniky kognitivně-behaviorální terapie pak pomáhají zmírnit až odstranit dlouhodobě trvající halucinace a bludy. (PRAŠKO, 2007)

- **Rodinná psychoterapie**

Při farmakologii i psychoterapii je důležité, aby do léčby byli zainteresováni i rodinní příslušníci. Pro nemocného je potřebné, aby bylo v rodině vytvořeno příznivé klima bez prudkých emocí, výčitek nebo hádek. V rodinné terapii jde o kontakt a porozumění mezi jednotlivými členy rodiny. Velmi důležité jsou edukační kurzy pro rodiny, kde se dozví veškeré informace o nemoci a doporučení, jak se k nemocnému chovat a pomáhat mu. (PRAŠKO, 2007)

- **Léčebné společenství**

Léčebné společenství nebo terapeutická komunita je moderní způsob, kterým je organizováno léčebné prostředí na psychiatrických odděleních nebo denních

stacionářích. Jsou zde zohledňovány vztahy mezi pacientem, spolupacienty a terapeutickým týmem. Všichni se pravidelně setkávají na společných komunitách a plánují další aktivity, společně řeší problémy a konflikty, které se vyskytly. Učí se překonávat svoji izolaci, postoje, které souvisí s nemocí a rozvíjejí postoje zdravé.

## **1.9 Zásady chování všeobecné sestry na psychiatrii**

- **Klidný a otevřený přístup k nemocnému**

Vstup na psychiatrii je náročnou životní situací pro nemocného i jeho rodinu. Je důležité, aby nemocný i rodina měla dostatek informací podané přijatelnou formou, která usnadní a umožní budování důvěry nutné pro vznik psychoterapeutického vztahu.

- **Aktivita pacientů v terapeutickém procesu**

Sestra nesmí zacházet s nemocným jako s pasivním objektem. Musí zdůrazňovat a vyžadovat aktivní přístup.

- **Zachování společenských pravidel**

Je nezbytně nutné s každým nemocným jednat jako sobě rovným a zachovávat společenská pravidla. Pokud se objeví zanedbaný člověk, mají zdravotníci tendenci jednat s ním degradujícím způsobem, což je špatně.

- **Stanovení jasných pravidel**

Je nutné hned v počátku léčby seznámit nemocného s léčebným režimem. Toto je striktně dodržováno na režimových odděleních, kde je přizpůsobení léčebnému režimu součástí léčby. Mnohdy zdravotníkům nepřipadá nutné nemocné upozorňovat na maličkosti, které pak způsobí nepříjemný problém.

- **Ohleduplné vyžadování nepříjemných požadavků**

Mezi nepříjemné požadavky patří zejména soustavné kontrolování, narušení intimity, omezení sociálních kontaktů, rušení spánku, nedostatek informací a neznalost prostředí a hlavně nejistota ohledně onemocnění. Požadavky jsou nezbytné, ale měli by být redukovány na minimum.

Sestra by se měla vyhnout chybnému chování vůči psychiatrickým nemocným, ke kterému zejména patří:

- **Bagatelizace, ironické chování a nedostatek zdvořilosti**

Bagatelizace, ironické chování a nedostatek zdvořilosti u všeobecné sestry vyvolají podrážděnost a přehlížení významu příznaků. Nemocní se cítí nepochopení a ztrácejí důvěru.

- **Soukromé vztahy k nemocným**

Při práci je velmi nutné zachovat profesionální odstup a uvědomovat si důsledky při vzniku nějakého vztahu nad rámec profese. Patří sem například přátelské vztahy u nemocných stejné věkové kategorie.

- **Nervozita a neklid**

Mohou se přenést na nemocné, narušují atmosféru na oddělení a mohou zabránit nemocným oslovit sestru. Špatná nálada a neochota se věnovat nemocným patří mezi neprofesionální chování.

- **Rezignace a lhostejnost**

Jsou to reakce na pomalý úspěch práce. Objevuje se zejména u chronických nemocných a u nemocných s mentálním defektem. Lhostejnost k ostatním může být projevem syndromem vyhoření.

- **Přehnaná péče**

Vede k pasivitě nemocného a k závislosti na sestře či zařízení. Současným trendem v ošetřování psychiatricky nemocných je navrácení co největší soběstačnosti.

- **Neosobní vztah k nemocnému**

Pouhé vykonávání povinností a neosobní vztah poškozují nemocného.

(MARKOVÁ, 2006)

## **1.10 Zásady komunikace pro všeobecné sestry**

### **1.10.1 Komunikace s vážně psychiatricky nemocným**

Cílem je pomoci nemocnému. Získat důvěru v okolí, umožnit mu sdělovat své pocity, potřeby a přání a navázat kontakt s ostatními. Zachováváme empatický postoj. Snažíme se pochopit situaci s ohledem na psychický stav nemocného. Ponecháváme dostatek prostoru a času pro obnovení vztahů. Pátráme po všech vlivech, které mohou snížit schopnost komunikovat. Komunikujeme jednoduchým způsobem, používáme



jednoduché pravdivé výroky. Omezujeme verbální komunikaci, vyhýbáme se naléhání a přesvědčování. Věnujeme pozornost i jasné neverbální komunikaci. Využíváme nenuceného očního kontaktu, nedotýkáme se nečekaně nemocného, respektujeme intimní zóny nemocného. Průběžně se ujišťujeme, zda nám nemocný rozumí. (VENGLÁŘOVÁ, 2006)

### **1.10.2 Komunikace s úzkostným nemocným**

Zachováváme klidný přístup typu dospělý k dospělému. Zvýšená péče staví nemocného do role dítěte a podporuje tak úzkostné chování. Poskytujeme dostatek času na rozhovor. Vybereme vhodné prostředí a soukromí. Zvolíme volnější tempo řeči. Podáváme přesně informace. Dostatek informací vytváří pocit kontroly nad situací a mírní úzkost t nejistoty. Věnujeme pozornost citlivé přípravě na diagnosticko-terapeutický výkon. Pozitivně reagujeme na otázky, pokud je třeba odpovědi opakujeme. Podporujeme nemocného v rozhodování. Umožníme nemocnému kontakt s blízkými, hovor může zmírnit pocity osamělosti. (VENGLÁŘOVÁ, 2006)

## **1.11 Přístup sestry k psychiatrickým pacientům**

Správný přístup sestry k psychiatrickým pacientům musí být hlavně profesionální. Nevyvracet bludy, ale ani v nich pacienta neutvrzovat. Vyslechnout si prožitky nemocného, zaznamenávat do dokumentace, informovat lékaře. Navodit vztah důvěry. Hovořit s pacientem klidně, nedělat prudké pohyby.

Při pasivitě dohlédnout na příjem stravy a tekutin, na sebekpěči, aktivizace (terapie), dohled na užívání medikace (někteří pacienti mohou být vůči lékům paranoidní, jiní si je např. chtějí strádat a použít k TS pokusu).

Úkolem sestry je zabezpečit pravidelné užívání medikace u pacientů. Edukovat pacienty o nutnosti užívání léků, vytvářet vztahy důvěry. Zvýšený dohled nad nemocným s rizikem TS (sebevražedné tendence) a zvýšené sledování chování kvůli riziku agrese vůči sobě či okolí.

Riziko útěku u nemocných, kteří nemají náhled na chorobu a nesouhlasí s léčbou, ačkoli jsou u něj zákonné důvody pro jejich hospitalizaci (DETENCE - držení pacienta bez jeho souhlasu, pokud projevy jeho choroby jsou nebezpečí vůči sobě nebo svému okolí).

Včas předcházet agresi pokud zaznamenáme první náznaky agrese, např. pacient křičí, nadává, má psychomotorický neklid nebo neverbální projevy agrese: zaťaté pěsti, gesta. Včasné řešení psychomotorického neklidu.

## **1.12 Ošetrovatelská péče**

Ošetrovatelská péče se orientuje podle obsahu halucinací a bludů. V akutním stadiu duševní poruchy je nutné zajistit bezpečnost pacienta i jeho okolí. Pacientovi pomůžeme k orientaci v čase a prostoru. V této fázi nemoci je v některých případech nutné převzít aktivity pacienta a zajistit jeho biologické potřeby. Sestra podává léky a sleduje jejich účinek.

Dlouhodobá ošetrovatelská péče se soustřeďuje spíše na podporu v činnostech a umožnění maximální soběstačnosti. Důležitá je trvalá aktivizace. Pacienti v psychiatrických léčebnách jsou zařazováni do smysluplných činností (resocializace, pracovní terapie). Sestra sleduje průběžně stav výživy a kontroluje hmotnost pacienta. Motivuje pacienta k pravidelnému užívání léků a dohlíží, zda pacient léky skutečně spolkl. (MARKOVÁ, 2006)

Sestra na psychiatrii pomáhá pacientovi při řešení jeho problémů, ale také při kontaktu s pacientem neustále monitoruje jeho chování a reakce. Měla by sledovat i své chování a reakce vůči pacientovi.

Do ošetrovatelského procesu zahrnujeme nejen pacienta, ale i jeho rodinu. Cílem je stanovení směru a struktury poskytované ošetrovatelské péče, která odpovídá biopsychosociálním a spirituálním potřebám pacienta i rodiny.

Informace získává sestra prostřednictvím rozhovoru a pozorování. Do anamnézy zahrnuje informace od rodinných příslušníků, ze zdravotnické dokumentace a od ostatních členů zdravotnického týmu.

Plánování ošetrovatelské péče se realizuje na základě stanovených ošetrovatelských diagnóz.

Realizace je pro pacienta jedna z nejdůležitějších fází ošetrovatelského procesu, protože v ní dochází ke konkrétnímu řešení jeho problémů.

Do hodnocení ošetrovatelského procesu je dobré zapojit i pacienta. Hodnotíme splnění cílů plánované péče o pacienta. (MARKOVÁ, 2006)

### **1.13 Restriktivní postupy**

V psychiatrii bývá v mimořádných případech nutné použít vůči pacientovi restriktivní postupy za účelem jeho fyzického omezení. Přesné znění je k nalezení v zákoně číslo 372/2011 Sb. § 38. Indikací těchto postupů je vždy chování pacienta bezprostředně ohrožující jeho nebo jeho okolí. Jelikož se jedná o metody zasahující do osobní svobody nemocného, je nutné dodržovat několik zásad, které slouží k zamezení komplikací. Omezujícími prostředky v psychiatrii rozumíme terapeutická opatření omezující volný pohyb pacienta.

Dále v § 39 (výše uvedeného zákona) jsou taxativně vyjmenovány druhy omezovacích prostředků. „Druhy omezovacích prostředků jsou: úchop pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými, omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty, umístění pacienta v síťovém lůžku, umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu, ochranný kabátek nebo vestu zamezující pohybu horních končetin pacienta, psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky podávané parenterálně, které jsou vhodné k omezení volného pohybu pacienta, pokud se nejedná o léčbu na žádost pacienta nebo soustavnou léčbu psychiatrické poruchy, nebo se využívá kombinace prostředků.“ (ČESKO, 2011)

Použití omezovacích prostředků vždy ordinuje lékař, sestra postupuje dle standardu ošetrovatelské péče v daném zdravotnickém zařízení. Sleduje každou hodinu krevní tlak a pulz, prokrvení končetin, celkový stav, hodnotí vědomí a s pacientem komunikuje. Maximální doba omezení je 3 hodiny. (MARKOVÁ, 2006)

## **1.14 Detenční řízení**

Zákon číslo 372/2011 Sb. § 39 jasně vymezuje, kdy je možné klienta hospitalizovat nedobrovolně. Z hlediska psychiatrie se jedná většinou o stav, kdy „pacient ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy nebo touto poruchou trpí nebo je pod vlivem návykové látky, pokud hrozbu pro pacienta nebo jeho okolí nelze odvrátit jinak“. Další možností je pak soudem nařízené ochranné ústavní léčení, které je také nedobrovolné.

Nedobrovolná hospitalizace představuje omezení na svobodě, a proto je nutné tuto skutečnost nahlásit soudu. Toto nahlášení je nutné zajistit do 24 hodin od přijetí. Soud na podkladě tohoto hlášení zahájí tzv. detenční řízení neboli řízení o vyslovení přípustnosti převzetí do ústavu zdravotnické péče a držení v ústavu zdravotnické péče.

Soud musí v rámci detenčního řízení do 7 dnů rozhodnout, zda shledal za splněný některý ze zákonných důvodů nedobrovolné hospitalizace. Zmíněnému shledání většinou předchází kontakt pracovníka soudu s klientem, od něhož získá informace týkající se nedobrovolného přijetí a jemuž vysvětlí jeho situaci a poučí jej také o jeho právech.

Pokud soud rozhodně, že nedobrovolná hospitalizace nebyla v souladu se zákonem, pak je zařízení povinno klienta okamžitě zdobrovolnit. (ČESKO, 2011)

## **1.15 Psychiatrická péče v ČR v roce 2011**

V roce 2011 zajišťovalo psychiatrickou péči na psychiatrických odděleních nemocnic 31 oddělení s 1 328 lůžky. Péči na těchto odděleních zajišťovalo 714,73 odborných pracovníků. Dále psychiatrickou péči zajišťovalo 18 psychiatrických léčeben pro dospělé s 8 994 lůžky a 3 psychiatrické léčebny pro děti s 260 lůžky.

Z celkového počtu lůžek v psychiatrických léčebnách vykázaných k 31. 12. 2011 připadlo 19 % na pracoviště gerontopsychiatrická, 15 % na pracoviště pro léčbu alkoholismu a ostatních závislostí, téměř 6 % na pracoviště dětské a dorostové psychiatrie, 2 % na pracoviště sexuologická a 59 % na oddělení všeobecné psychiatrie.

Péči v léčebnách pro dospělé zajišťovalo celkem 564,86 lékařů a 3 129,31 zdravotnických pracovníků s odbornou způsobilostí (ZPBD), v léčebnách pro děti to bylo 16,37 lékařů a 101,15 ZPBD.

V roce 2011 bylo zaznamenáno v psychiatrických lůžkových zařízeních celkem 59 925 hospitalizací (u 9 hospitalizací nebylo udáno ani pohlaví ani věk), z toho bylo 18 548 hospitalizací na psychiatrických odděleních nemocnic, 39 772 hospitalizací v psychiatrických léčebnách pro dospělé, 986 hospitalizací v psychiatrických léčebnách pro děti a 619 v ostatních psychiatrických lůžkových zařízeních. Proti předchozímu roku došlo k nepatrnému nárůstu počtu hospitalizací o 756 hospitalizací.

Muži byli nejčastěji hospitalizováni s poruchami vyvolanými psychoaktivními látkami (třetina z celkového počtu hospitalizací u mužů, tj. 10 245 hospitalizací z celkového počtu 31 750 hospitalizací mužů), a z důvodu léčby schizofrenie, poruch schizotypálních a poruch s bludy (cca pětina všech hospitalizací mužů, tj. 5 996 hospitalizací).

Pro ženy byly nejčastějším důvodem hospitalizace neurotické poruchy, tj. 5 759 hospitalizací z celkového počtu 28 166 hospitalizací žen, schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy, tj. 5 351 hospitalizací a léčba poruch způsobených užíváním psychoaktivních látek, tj. 5 005 hospitalizací.

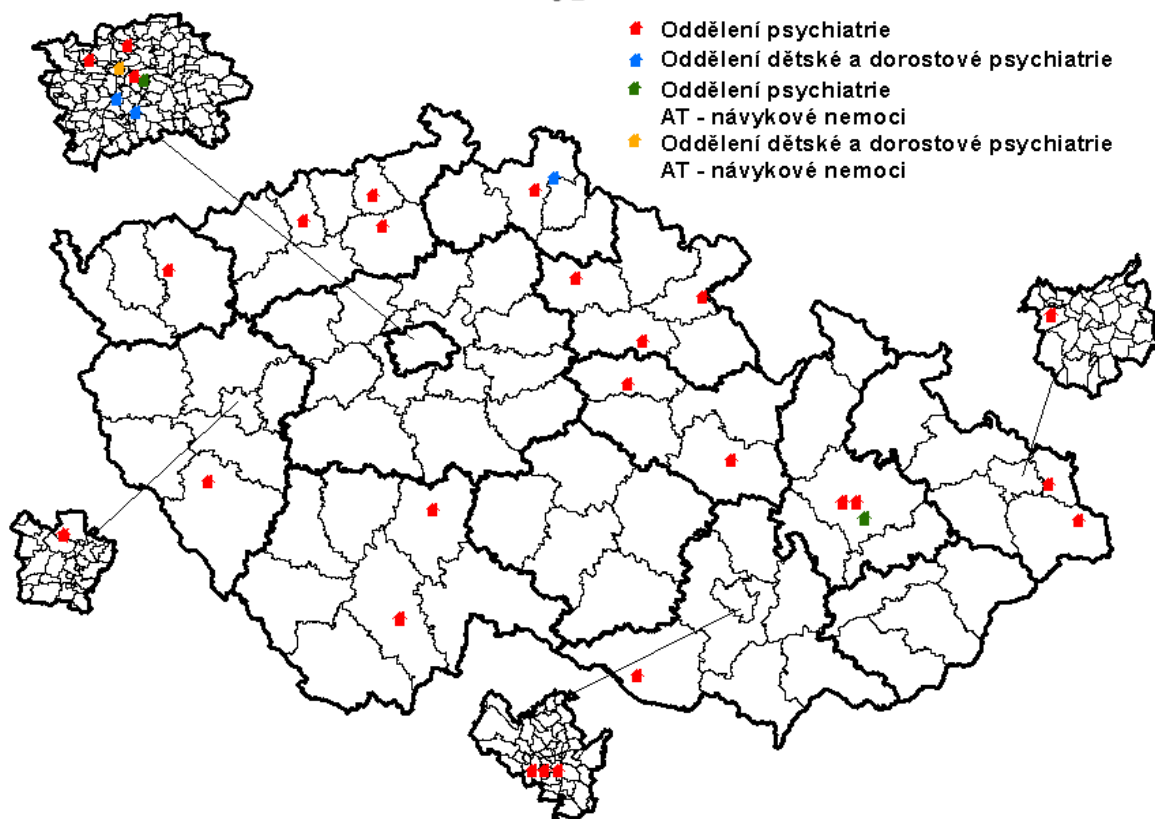
Každá z uvedených skupin zaujímalá cca pětinu z celkového počtu hospitalizací žen.

Nejčtenější diagnózou, pro kterou byli pacienti hospitalizováni v psychiatrických lůžkových zařízeních, byly duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu (9 765 hospitalizací) s průměrnou ošetrovací dobou 52,9 dne. Dalšími nejčtenějšími diagnózami byly schizofrenie (6 562 hospitalizací), která měla průměrnou ošetrovací dobu 143,3 dne a reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení (5 582 hospitalizací), která vyžadovala v průměru ošetrovací dobu 21,2 dne.

V psychiatrických lůžkových zařízeních zemřelo v roce 2011 celkem 1 532 osob. Z celkového počtu zemřelých bylo téměř 98 % v psychiatrických léčebnách, zbytek v ostatních psychiatrických lůžkových zařízeních. U 18 % zemřelých byla provedena pitva. Nejvíce pacientů zemřelo na organické duševní poruchy, a to 56 % z celkového počtu zemřelých.

Nejvíce hospitalizovaných psychiatrických pacientů v přepočtu na 100 tisíc obyvatel mělo trvalé bydliště v kraji Olomouckém (757 případů), Moravskoslezském (675 případů) a Hl. m. Praze (639 případů). (ÚZIS, 2011)

## 1.16 Psychiatrické léčebny pro děti a dospělé



# KAZUISTIKA

## 2.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

<b>Jméno a příjmení:</b> M. B.	<b>Pohlaví:</b> žena
<b>Datum narození:</b> 1984	<b>Věk:</b> 29
<b>Adresa bydliště a telefon:</b> Praha, 000 000 000	
<b>Adresa příbuzných:</b> Praha	
<b>RČ:</b> 840000/000	<b>Číslo pojišťovny:</b> 111
<b>Vzdělání:</b> středoškolské bez maturity	<b>Zaměstnání:</b> servírka
<b>Stav:</b> svobodná	<b>Státní příslušnost:</b> ČR
<b>Datum přijetí:</b>	<b>Typ přijetí:</b> akutní
<b>Oddělení:</b> PLB – příjmové oddělení D1	<b>Ošetřující lékař:</b> MUDr. J. P.

**Důvod přijetí udávaný pacientem:** výskyt halucinací a celkové zhoršení stavu v souvislosti se samovolným vysazením medikace.

**Medicínská diagnóza hlavní:** Paranoidní schizofrenie F20.0

**Medicínské diagnózy vedlejší:** žádné

### VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

<b>TK:</b> 95/70	<b>Výška:</b> 160 cm
<b>P:</b> 78	<b>Hmotnost:</b> 80 kg
<b>D:</b> 20/min.	<b>BMI:</b> 31,25
<b>TT:</b> 36.6°C	<b>Pohyblivost:</b> bez omezení
<b>Stav vědomí:</b> při vědomí	<b>Krevní skupina:</b> AB+

**Nynější onemocnění:** Paranoidní schizofrenie F20.0

**Informační zdroje:** dokumentace, pacientka, rodina, ošetřující personál



## 2.2 ANAMNÉZA

### Rodinná anamnéza:

**Matka:** 47 let, léčí se s hypertenzí, jinak je zdravá

**Otec:** 50 let, léčí se ze závislosti na alkoholu

**Sourozenci:** nemá

**Děti:** nemá

### Osobní anamnéza:

V dětství prodělala běžné dětské nemoci. Ve 12 ti letech prodělala apendektomii a v 17 ti letech prodělala miniinterupci v 5. týdnu těhotenství. V roce 2005 byla poprvé hospitalizována na psychiatrii pro psychózu. Během poslední hospitalizace, v roce 2011, byla pacientce diagnostikována diagnóza paranoidní schizofrenie.

**Překonané a chronické onemocnění:** apendicitis acuta

**Hospitalizace a operace:** stav po apendektomii, miniinterupci

**Úrazy:** zlomenina loketní kosti

**Transfúze:** ano

**Očkování:** dle běžného očkovacího kalendáře

### Léková anamnéza:

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Risperidon Vipharm	Tbl.	2 mg	½ - 0 - 2	Antipsychotika
Zoloft	Tbl.	50 mg	1 - 0 - 0	Antidepresiva III. generace
Risperdal constra	Prášek pro přípravu injekční suspenze s rozpouštědlem	37,5 mg	Každé 2 týdny	Antipsychotika

### Alergologická anamnéza:

**Léky:** neguje

**Potraviny:** citrusy, ořechy

**Chemické látky:** Penicilin

**Jiné:** pyl, roztoče, prach

**Abúzy:**

**Alkohol:** časté požívání tvrdého alkoholu

**Kouření:** až 40 cigaret denně

**Káva:** nepije

**Léky:** neguje

**Jiné drogy:** marihuana

<b>Gynekologická anamnéza (u žen)</b>	<b>Urologická anamnéza (u mužů)</b>
Menarché: od 15 ti let Cyklus: pravidelný Trvání: 4 – 5 dní Intenzita, bolesti: bez bolesti a obtíží PM: 30. 1. 2012  A: neguje UPT: před 12 lety Antikoncepce: neužívá Menopauza: 0 Potíže klimakteria: 0  Samovyšetření prsou: nezná Poslední gynekologická prohlídka: 25. 1.2012	Překonané urologické onemocnění: 0          Poslední návštěva u urologa: 0 Samovyšetření varlat: 0

**Sociální anamnéza:**

**Stav:** svobodná

**Bytové podmínky:** žije ve společném bytě s rodiči

**Vztahy, role, a interakce v rodině:**

S matkou má dobré vztahy, ale s otcem si nerozumí. Svou nemoc dává otci za vinu.

**mimo rodinu:**

S přáteli vychází velmi dobře, s přítelem se rozešla 2. den hospitalizace.

**Záliby:** četba, ruční práce, malování

**Volnočasové aktivity:** sport (jízda na kole, bruslích), procházky s přáteli

**Pracovní anamnéza:**

**Vzdělání:** středoškolské bez maturity

**Pracovní zařazení:** servírka

**Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého:** 0

**Vztahy na pracovišti:** dobré

**Ekonomické podmínky:** nyní bez zaměstnání

**Spirituální anamnéza:**

**Religiozní praktiky:** nevěřící

**POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 5. 2. 2012 – 18. den hospitalizace**

<b>Popis fyzického stavu</b>		
<b>SYSTÉM</b>	<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Hlava a krk</b>	„Bolestí hlavy jsem nikdy netrpěla.“	<p><b>Lebka:</b> normocefalická, bez bolesti</p> <p><b>Oči:</b> oční štěrbiny souměrné, bulby ve středním postavení, zornice okrouhlé, izokorické, reakce na osvit výbavná, pohyblivost bulbů neporušená, skléry bílé, spojivky růžové, klidné, nystagmus nepřítomný</p> <p><b>Uši a nos:</b> bez výtoků a deformit</p> <p><b>Rty:</b> prokrvené</p> <p><b>Dutina ústní:</b> jazyk vlhký, bez povlaku, chrup ošetřován, sliznice vlhké</p> <p><b>Krk:</b> pohyblivý, štítná žláza, lymfatické uzliny nezvětšeny</p>
<b>Hrudník a dýchací systém</b>	„Potíže s dýcháním nemám, pouze při fyzické námaze se zadýchávám, ale to je kvůli kouření cigaret.“	<p><b>Hrudník:</b> bez deformit, souměrný,</p> <p><b>Dýchání:</b> 18 vdechů za minutu, kouří</p>
<b>Srdeční a cévní systém</b>	„Občas mi srdce hodně tluče, ale nikdy jsem to neřešila.“	<p><b>Srdeční akce:</b> pravidelná, puls pravidelný, úder hrotu neviditelný, nehmatný. Srdce pokleповě nezvětšeno, akce pravidelná, ozvy ohraničené, bez šelestů</p>
<b>Břicho a GIT</b>	„Nemám žádné potíže, na stolicí pravidelně chodím tak po 2 – 3 dnech.“	<p><b>Břicho:</b> při pohmatu bez bolesti, měkké, kůže břicha hladká.</p> <p><b>Játra:</b> nezvětšená, nebolestivá</p> <p><b>Defekace:</b> stolice dle pacientky pravidelná, plyny odcházejí</p>

<b>Močový a pohlavní systém</b>	„Nemám žádné potíže.“	<b>Ledviny:</b> při poklepu nebolestivé <b>Moč:</b> světlá <b>Prsa:</b> souměrné, bez bolesti, bez sekrece

<b>SYSTÉM</b>	<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Kosterní a svalový systém</b>	„Nemám žádné potíže, jen při změně počasí mě bolí ruka, kterou jsem měla zlomenou.“	Poloha aktivní. Hrubá a jemná motorika v normě. Pohyblivost neomezená. Páteř bez patologických změn. <b>Svalový aparát:</b> normotonus, klouby bez patologických změn, bolest vázaná na změnu počasí, na škále bolesti udává č. 2. Kosterní aparát bez deformit.
<b>Nervový a smyslový systém</b>	„Teď, když už neslyším hlasy, tak žádné potíže nemám.“	Pacientka je plně při vědomí. Orientovaná místem, časem, osobou a prostředím. Zrak, sluch a čich bez patologie.
<b>Endokrinní systém</b>	„Nikdy jsem neměla žádné problémy.“	Štítná žláza nezvětšena, diabetes mellitus neudává.
<b>Imunologický systém</b>	„Mám jen hodně alergií, ale už jsem si zvykla s nimi žít.“	Lymfatické uzliny nezvětšené. Výskyt alergií na pyl, roztoče, prach, ořechy a citrusy.

<b>Kůže a její adnexa</b>	„Na můj vkus mi hodně padají vlasy, na kůži používám krémy, takže bez problémů.“	<b>Kůže:</b> růžová, bez ikteru a eflorescencí, žádné hematomy Kožní turgor: normální. Vlasy: husté <b>Nehty:</b> hladké, upravené
---------------------------	--	--

<b>Aktivity denního života</b>			
<b>5. 2. 2012</b>		<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Stravování</b>	<b>Doma</b>	„Jím pravidelně, třikrát denně.“	Pacientka váží 80 kg a měří 160 cm, BMI je 31,25 – obezita Příbytek na váze za dobu hospitalizace je 5 kg.
	<b>V nemocnici</b>	„Tady jím také pravidelně, ale častěji. Mám pocit, že tloustnu.“	
<b>Příjem tekutin</b>	<b>Doma</b>	„Piju tak 2 litry denně.“	Kožní turgor je dobrý, sliznice vlhké, hydratace je v normě.
	<b>V nemocnici</b>	„Tady piju zhruba stejně, si myslím si.“	
<b>Vylučování moče</b>	<b>Doma</b>	„Doma nemám žádné potíže.“	Bez patologií.
	<b>V nemocnici</b>	„Nemám žádné problémy.“	

<b>Vylučování stolice</b>	<b>Doma</b>	„Chodím pravidelně.“	Žádný výskyt obstipace nebo diarhoey.
	<b>V nemocnici</b>	„Ze začátku jsem nebyla dlouho, ale teď je to už zase pravidelně.“	
<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>			
		<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Spánek, bdění</b>	<b>Doma</b>	„Doma jsem poslední měsíc skoro nespala kvůli hlasům.“	Pacientka spí zhruba 5 hodin, pak se budí a už nemůže usnout.
	<b>V nemocnici</b>	„Ze začátku jsem nespala vůbec, ale po pár dnech se to zlepšilo, asi díky lékům. Spím tak 5 hodin a probudím se.“	
<b>Aktivita, odpočinek</b>	<b>Doma</b>	„Chodím s přáteli na různé akce a jinak jsem byla v práci, než mě propustili.“	Pacientka chodí na doporučené aktivity. Občas ji navštíví matka.
	<b>V nemocnici</b>	„Chodím na doporučené aktivity a jinak odpočívám.“	
<b>Hygiena</b>	<b>Doma</b>	„Každý den se sprchuji.“	Pacientka je soběstačná, hygienu zvládá sama.

	<b>V nemocnici</b>	„Tady se také sprchuji každý den.“	
<b>Samostatnost</b>	<b>Doma</b>	„Jsem samostatná.“	Pacientka je samostatná a soběstačná.
	<b>V nemocnici</b>	„Všechno zvládám sama.“	

<b>Posouzení psychického stavu</b>			
		<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Vědomí</b>		„Nemám problém.“	Pacientka je při vědomí.
<b>Orientace</b>		„Myslím, že se orientuju dobře.“	Je plně orientována v čase, místě, prostoru i osobě.
<b>Nálada</b>		„Nebaví mě to tady.“	Pacientka je bez nálady, mírně depresivní.
<b>Paměť</b>	<b>Staropaměť</b>	„Nemám problém.“	Paměť je zachována, je schopna vyprávět zážitky z minulosti bez problémů. Až na některé okamžiky při atakách nemoci.
	<b>Novopaměť</b>	„Nemám problém.“	Pacientka je schopná si zapamatovat nové informace.
<b>Myšlení</b>		„Ještě pořád nedokážu odlišit realitu od halucinace.“	Pacientka udává, že má halucinace pořád.
<b>Temperament</b>		„Jsem extrovert.“	Pacientka si celkem ráda povídá a snaží se ostatním pomáhat.
<b>Sebehodnocení</b>		„Myslím, že se asi úplně“	Pacientka se velmi podceňuje.



	neuzdravím.“	
<b>Vnímání zdraví</b>	„Zdravá nejsem, ale ráda bych byla.“	Pacientka ví, že není zdrav.
<b>Vnímání zdravotního stavu</b>	„Jsem psychicky nemocná a zatím se to moc nelepší.“	Tato otázka nebyla pacientce příjemná.
<b>Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění</b>	„O své nemoci vím, nejdříve jsem tomu nevěřila, ale dnes vím, že se musím začít chovat jinak.“	Snaží se vyrovnat s touto nemocí.
<b>Reakce na hospitalizaci</b>	„Nejsem nadšená, že tady musím být.“	Pacientka by se chtěla léčit doma.
<b>Adaptace na onemocnění</b>	„O své nemoci vím dlouho, ale pořád si nejsem jistá, že se uzdravím.“	Pacientka si stále nezvykla.
<b>Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)</b>	„Myslím, že se neuzdravím a mám z toho strach.“	Pacientka má strach, že se neuzdraví a bude pořád na psychiatrii.“
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací	„Všude je to v celku stejné.“	Nelze hodnotit.

<b>Posouzení sociálního stavu</b>			
		<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Komunikace</b>	<b>Verbální</b>	„Myslím si, že jsem komunikativní.“	Po verbální stránce není problém.
	<b>Neverbální</b>	„Přijde mi, že mám trochu ztuhlejší obličej, ale jinak nemám problém.“	Co se týče mimiky, je poněkud chudá, jinak bez problému.

<b>Informovanost</b>	<b>O onemocnění</b>	„O své nemoci jsem toho slyšela hodně.“	Pacientka je informována o svém onemocnění.
	<b>O diagnostických metodách</b>	„Byla jsem informována vždy předem a věděla jsem, co se bude dít.“	Pacientka byla vždy dostatečně informována.
	<b>O léčbě a dietě</b>	„O léčbě vím, že je hodně dlouhá.“	Pacientka chápe, že je léčba složitá a dlouhá.
	O délce hospitalizace	„Na to mi nikdo není schopen odpovědět.“	Délka hospitalizace u tohoto onemocnění není jasná.
<b>Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace</b>	<b>Primární (role související s věkem a pohlavím)</b>	„Jsem 29 letá slečna.“	Bez patologií.
	<b>Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)</b>	„Jsem především dcera a servírka.“	Bez patologií.
	<b>Terciální (související s volným časem a zálibami)</b>	„Jsem čtenářka a bruslařka.“	Bez patologií.

### **MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT:**

**Ordinovaná vyšetření:** Standartní vyšetření krve.

**Výsledky:** Veškeré hodnoty jsou v normě.

**Konzervativní léčba:**

Dieta: 3

**Pohybový režim: volný**

RHB: 0

Výživa: přiměřená až nadměrná

**Medikamentózní léčba:**

- **Per os:**

Risperidon Vipfarm 2 mg 1/2 – 0 – 2

Zoloft 50 mg 1 – 0 - 0

- **Intra venózní: 0**

- **Per rectum: 0**

- **Jiná:**

Risperdal constra 37,5 mg každé 2 týdny, intramuskulárně

**Chirurgická léčba: 0**

### **2.3 SITUAČNÍ ANALÝZA:**

29. letá pacientka opakovaně přijata na psychiatrické oddělení pro paranoidní schizofrenii.

Dnes, 5. 2. 2012, 18. den hospitalizace. Pacientka je orientovaná místem i časem.

Subjektivně: Pacientka špatně spala. Udává, že ji k ránu vzbudil nějaký hluk a už nemohla usnout. Jinak se cítí pořád stejně, ale je hodně unavená. Nemá dnes na nic náladu, nejradši by celý den ležela.

Objektivně: Pacientka je zpomalená, nekomunikativní, depresivní a bez nálady. Odmítá odpolední aktivity s tím, že bude spát. Nakonec šla odpoledne na procházku a do obchodu. Večeři snědla celou a poté odešla do pokoje. Ve 22 hodin si přišla pro hypnotika, která má naordinovaná od ošetřujícího lékaře.

## 2.4 KAZUISTIKA

Pro vyplnění kazuistiky byl použit koncepční model dle M. Gordonové.

29. letá pacientka M. B. je opakovaně hospitalizována na psychiatrické klinice s diagnózou paranoidní schizofrenie.

### **Osobní anamnéza**

První hospitalizace na psychiatrickém oddělení proběhla v roce 2002 mimo Prahu, kde jí byla diagnostikována schizofrenie. Od tohoto roku se začala léčit.

Další hospitalizace proběhla v roce 2004, kdy pro nelepšení stavu prodělala ECT celkem dvanáctkrát bez pozitivního výsledku. Při předposlední hospitalizaci v roce 2011 ji byla diagnostikována paranoidní schizofrenie.

Pacientka si na vlastní žádost zavolala záchrannou službu pro zhoršení stavu. Udala, že už více jak měsíc slyší hlasy, které začala slychat častěji. Nemohla se zbavit vtíravých myšlenek a začala mít obavu sama o sebe. Bála se přítele, který ji sprostě nadával

a sousedů, kteří si o ní pořád povídají. V průběhu hospitalizace přiznala, že ihned po předešlém propuštění samovolně vysadila všechny léky.

### **Rodinná anamnéza**

Matka, 47 let, léčí se s hypertenzí, jinak zdravá. Otec, 53 let se léčí ze závislosti na alkoholu. Sourozence nemá.

### **Sociální anamnéza**

Pacientka nedostudovala hotelovou školu. Pracuje jako servírka v hotelu Hilton v Praze. Je svobodná, má přítele, se kterým se seznámila v léčebně. Léčil se zde ze závislosti na heroinu a pervitinu. Žije s rodiči ve společném bytě. S matkou má velice dobrý vztah, ale s otcem špatný. Udává, že si vůbec nerozumí.

### **Terapie**

Risperidon vipharm 2mg ½ - 0 - 2

Zoloft 50mg 1 - 0 - 1

Risperdal constra 37,5mg - každé 2 týdny

### **Diagnostika**

Laboratorní vyšetření (biochemie krve, moči, hematologie, hladina TSH, BWR a vyšetření na Syphilis).

EKG, EEG, CT mozku, neurologické vyšetření.

Psychologické vyšetření

### **Podpora zdraví**

Pacientka se v průběhu hospitalizace snaží dodržovat pravidla na oddělení, vcelku dobře vychází i s ostatními hospitalizovanými. Je si vědomá nutností užívání léků a docházení na terapeutické aktivity. Využívá i možnosti individuálního rozhovoru s psychiatrem či psychologem.

### **Výživa**

Pacientka má dietu číslo 3, žádné dietní opatření není nutné. Chut' k jídlu je přiměřená. Její BMI je 31.25 (160cm, 80kg). Během léčby přibrala 15 kg, a má s tím velký problém. Pitný režim je v pořádku, denně vypije přes 2 l tekutin, nejvíce minerálky a čaj. Kožní turgor i stav sliznic je v normě a stav kůže je bez defektu.

### **Vylučování a výměna**

Se stolicí ani s močením pacientka nemá potíže. Chodí pravidelně a bez potíží.

### **Aktivita - odpočinek**

Pacientka je soběstačná. Občas je unavená, ale přesto se většinou účastní terapeutických aktivit. Chodí na společné vycházky s terapeutkou a ostatními pacienty. Dává přednost aktivnímu odpočinku, ráda čte. Sama o sobě říká, že je hyperaktivní. Spánek je přerušovaný a předčasně se probouzí. Má strach, že se jí opět vrátí hlasy, které jí budou nadávat. S léky se jí lépe usíná, ale k ránu se opakovaně probouzí.

### **Vnímání – poznávání**

Pacientka je plně orientovaná. Nálada se velmi často mění, ale převládá depresivní. Sluchové halucinace ustoupily. Ze začátku hospitalizace ji dělalo problémy se soustředit a nemohla udržet pozornost. Nyní se už lépe soustředí na aktivity i rozhovory. S pamětí problémy nemá. Mluví spíše rychleji.

### **Vnímání sebe sama**

Pacientka sama o sobě říká, že je velmi přátelská, ráda pomáhá druhým. Ve škole a poté v zaměstnání neměla problém se začlenit do kolektivu. S ostatními pacientkami i personálem vychází spíše dobře, ale nějaké problémy se občas vyskytují. Chce si najít dobrou práci a najít si s kamarádkou byt.

## **Vztahy**

Žije s rodiči ve společném bytě. Matka ji navštěvuje zhruba jednou týdně, ale přátelé častěji. S přítelem se nestýká vůbec a ani ho už vidět nechce.

## **Sexualita**

O sexuální stránce odmítla hovořit.

## **Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu**

Její vyvolavatelem stresu je převážně rodina, hlavně otec. Stresové situace nezvládá. Vlivem medikace je apatičtější a spoustu věcí neřeší jako dříve.

## **Životní princip**

Pacientka je ateistka. Je pro ni velmi důležité se uzdravit a postavit na vlastní nohy.

## **Bezpečnost - ochrana**

V současné době pacientka nemá žádné suicidální úmysly ani tendence, ale v minulosti se vyskytovaly.

## **Komfort**

Pacientka nepocítuje žádnou akutní ani chronickou bolest. V počátku hospitalizace se u ní objevili potíže související s nežádoucími účinky medikace. Nyní je občas unavená a má depresivní nálady.

## 2.5 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Ošetřovatelské diagnózy jsou uspořádány dle priorit.

### 2.5.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

- **Neefektivní léčebný režim (00078)** v souvislosti s deficitem znalostí projevující se uzavřeností a špatnou komunikací.
- **Nadměrná výživa (00001)** v důsledku medikace projevující se hmotnostním přírůstkem a hodnotou BMI 31.25.
- **Porušený spánek (00095)** v souvislosti s opakujícím se předčasným probouzením projevujícím se únavou a negativní náladou.
- **Únava (00093)** v důsledku užívání medikace projevující se sníženou výkonností.
- **Porucha smyslového vnímání sluchu (00122)** v souvislosti se sluchovými halucinacemi projevující se neschopností rozlišit realitu od halucinace.
- **Strach (00148)** v souvislosti se základním onemocněním projevující se verbalizací obav o své duševní zdraví.
- **Deficitní znalost informací o onemocnění (00126)** v důsledku aktuálního zdravotního stavu projevující se neadekvátní spoluprací.
- **Ochota doplnit deficitní znalosti (00161)** v souvislosti se zlepšením zdravotního stavu projevující se zájmem a verbalizací otázek.

### 2.5.2 Potencionální ošetřovatelské diagnózy:

- **Riziko sebevraždy (00150)** v důsledku základního onemocnění. (MAREČKOVÁ, 2006)



## **1. Ošetrovatelská diagnóza:**

**Neefektivní léčebný režim (00078)** v souvislosti s deficitem znalostí projevující se uzavřeností a špatnou komunikací.

### **Cíl krátkodobý:**

Pacientka chce zefektivnit léčebný režim do 2 hodin.

### **Cíl dlouhodobý:**

Pacientka doplní deficitní znalosti do 3 dnů.

**Priorita:** střední

### **Výsledná kritéria:**

Pacientka akceptuje potřebnou změnu v chování a jednání, aby bylo možno dosáhnout žádoucích výsledků do 2 hodin.

Pacientka se zapojí do řešení problémů, které brání začlenění léčebného režimu do 1 dne.

Pacientka projeví takovou změnu chování a způsobu života, která umožní pokračovat v léčebném režimu do 2 dnů.

### **Plán intervencí:**

Zjistí, jak je pacient obeznámen se stavem a nároky své léčby – do 3 hodin

Zjistí, jak pacient a jeho blízcí pohlíží na léčebný režim a co od něj očekávají – do 2 dnů

Zprostředkuj pacientovi informace, porad' mu, kde je může získat – do 2 hodin

Používej různé způsoby edukace (tištěné materiály, názorná demonstrace), ověřuj míru pochopení informací - denně

Pomoz pacientovi najít způsob, jak sledovat probíhající léčebný režim (časné rozpoznání změn, včasné reagování na změny) - denně

Mobilizuj podpůrné systémy včetně rodiny, blízkých osob, sociální a finanční zdroje – do 3 dnů

Plán intervencí je pro všeobecné sestry.

**Realizace: 10. 2. 2012 – 13. 2. 2012**

Pacientce jsme poskytly veškeré informace, které jí pomohou zefektivnit léčebný režim. Ošetřující lékař promluvil s rodinou a blízkými pacientky a poskytl informace. Poskytli jsme dostatek času a prostoru na dotazy a doplňující otázky. Pacientce i blízkým jsme nechali informační a edukační brožuru.

**Hodnocení: 14. 2. 2012**

Krátkodobý cíl byl splněn. Pacientka se aktivně zapojila do zefektivnění léčebného režimu.

Cíl dlouhodobý byl splněn. Pacientka doplnila deficitní znalosti a aktivně se zapojila do léčebného režimu. Již není uzavřená a lépe komunikuje.

**1. Ošetřovatelská diagnóza**

**Nadměrná výživa (00001)** v důsledku medikace projevující se hmotnostním přírůstkem a hodnotou BMI 31.25.

**Cíl krátkodobý:**

Pacientka zná veškeré potřebné informace o energetickém příjmu a skladbě jídelníčku do 2 hodin.

**Cíl dlouhodobý:**

Pacientka dosáhne požadované hmotnosti do 4 měsíců.

**Priorita:** střední**Výsledné kritéria:**

Pacientka si osvojí změnu životního stylu do 1 měsíce.

Pacientka si osvojí změnu způsobu příjmu potravy, co se týče kvality i kvantity do 2 měsíců.

Pacientka si osvojí program cvičení do 3 měsíců.

### **Plán intervencí:**

Vypočítej celkový denní energetický příjem - do 1 hodiny

Vypočítej energetickou potřebu pacienta – do 1 hodiny

Prozkoumej jídelníček se záznamem druhu a množství jídla včetně nápojů – do 1 hodiny

Zjistí způsob konzumace jídla – do 1 hodiny

Pohovoř s pacientem o motivaci ke snížení tělesné hmotnosti – do 2 hodin

Zaznamenej výšku, váhu, pohlaví a věk pacienta - do 1 hodiny

Poskytni pacientovi informace o konkrétní nutriční potřebě – do 3 hodin

Pomoz pacientovi sestavit jídelníček – do 1 dne

Prodiskutuj s pacientem nevhodné jídelní zvyklosti – do 3 hodin

Zdůrazni nutnost dostatečného příjmu vhodných tekutin – do 3 hodin

Plán intervencí je pro všeobecné sestry.

### **Realizace: 5. 2. 2012**

S pacientkou jsme pohovořili o skladbě jídelníčku, co by neměla jíst a co naopak ano. Doporučili jsme jí, aby jedla menší porce a častěji, vyvarovala se některých tekutin, hlavně večer. Dále jsme ji pomohli sestavit cvičební plán, který může začít dodržovat už zde. Seznámili jsme pacientku s nutričními hodnotami a celkovým denním energetickým příjmem.

### **Hodnocení: 28. 2. 2012**

Cíl krátkodobý byl splněn. Pacientka má dostatečné množství informací o vhodném jídelníčku, tekutinách a frekvenci konzumování jídla.

Cíl dlouhodobý byl splněn částečně, v tuto chvíli nelze vyhodnotit. Pacientka musí dál dodržovat veškeré doporučení a my ji musíme i nadále podporovat.

### **2. Ošetrovatelská diagnóza:**

**Porušený spánek (00095)** v souvislosti s opakujícím se předčasným probouzením projevujícím se únavou a negativní náladou.

#### **Cíl krátkodobý:**

Pacientka si osvojí rituály, které jí pomohou k lepšímu spánku do 3 dnů.

**Cíl dlouhodobý:**

U pacientky došlo ke zlepšení spánku a odpočinku do 5 dnů.

**Priorita:** střední**Výsledná kritéria:**

Pacientka slovně vyjadřuje pochopení poruchy spánku do 1 dne.

Pacientka přizpůsobila životní styl svému biologickému rytmu do 1 týdne.

U pacientky došlo ke zlepšení spánku a odpočinku do 2 týdnů

U pacientky došlo ke zlepšení pocitu celkové pohody do 3 týdnů.

**Plán intervencí:**

Posuď souvislost poruchy se základním onemocněním – do 30 minut

Posuď příčiny a související faktory poruchy spánku – do 1 hodiny

Posuď konzumaci pacientem preferovaných nápojů (černý čaj, káva) – do 1 hodiny

Zjistí spánkové rituály pacienta – do 1 hodiny

Poskytni pacientovi dostatek informací, brožur a letáků o poruchách spánku – do 2 hodin

Pozoruj pacienta při spánku, zaznamenávej okolnosti spánku (chrápání, zvuky) – do 3 dnů

Dokumentuj délku spánku - denně

Zajímej se o subjektivní pocity a pacientovy stížnosti na spánek, průběžně je zaznamenávej - denně

Pomoz pacientovi dosáhnout optimálního spánku zohledněním režimu dne - denně

Starej se vždy o přípravu prostředí ke spánku - denně

Eliminuj konzumaci nevhodné stravy a stimulačních nápojů před spánkem – do 2 dnů

Sleduj účinek léků, postarej se o informování pacienta z hlediska užívání léků – denně

Plán intervencí je pro všeobecné sestry.

**Realizace: 8. 2. 2012**

Pacientce jsme vysvětlili vhodnost nepít večer kávu a nekonzumovat nevhodnou stravu na noc.

Našli jsme pár rituálů, které před spánkem vykonává a které by jí mohly pomoci ke zlepšení spánku.

Před spánkem se snažíme vyvětrat pokoj pro lepší usnutí. Pacientce podáváme medikaci dle ordinace lékaře a sledujeme účinky a nežádoucí účinky.

### **Hodnocení: 15. 2. 2012**

Cíl krátkodobý byl splněn. Pacientka zjistila, že jí pomáhá si před spaním chvílku číst a hlavně nepít černý čaj.

Dlouhodobý cíl byl splněn. Pacientka si již neztěžuje na ospalost, únavu a vyčerpání. Cítí se odpočínutá a plná energie.

### **3. Ošetrovatelská diagnóza:**

**Únava (00093)** v důsledku užívání medikace projevující se sníženou výkonností.

#### **Cíl krátkodobý:**

Pacientka si je vědoma příčiny své únavy do 1 dne.

#### **Cíl dlouhodobý:**

Pacientka se cítí odpočínutá a účastní se všech aktivit.

#### **Priorita:** střední

#### **Výsledná kritéria:**

Pacientka se cítí odpočínutá, má více energie do 3 dnů.

Pacientka ví, co způsobuje její únavu do 1 dne.

Pacientka vykonává běžné činnosti a účastní se denně žádoucích aktivit.

Pacientka se účastní léčebného programu každý den.

#### **Plán intervencí:**

Zamysli se s pacientkou, které faktory jí pomáhají v odstraňování únavy – 2 hodin

Povzbuzuj pacienta k činnostem, které jsou v jeho silách - denně

Plánuj s pacientkou vhodný odpočinek - denně

Snaž se vytvořit prostředí zmírňující únavu – do 3 dnů

Zaměřuj se na zlepšení kvality spánku - denně

Doporuč pacientovi celková zdravotní opatření (výživa, příjem tekutin) – denně

Plán intervencí je pro všeobecné sestry.

**Realizace: 6. 2. 2012**

Po dohodě s ošetřujícím lékařem jsme pacientčiny aktivity zredukovaly na aktivity v rámci oddělení. Povzbuzujeme pacientku v aktivitách, nepřetěžujeme ji.

**Hodnocení: 9. 2. 2012**

Cíl byl splněn. Pacientka se cítí dobře, je odpočínutá, energická a usměvavá. Doporučené aktivity jí baví a motivují k dalším aktivitám. Aktivně se účastní léčebného programu.

**4. Ošetrovatelská diagnóza:**

**Porucha smyslového vnímání sluchu (00122)** v souvislosti se sluchovými halucinacemi projevující se neschopností rozlišit realitu od halucinace.

**Cíl krátkodobý:**

Pacientka zná příčinu svých halucinací do 1 dne.

**Cíl dlouhodobý:**

Pacientka dokáže odlišit realitu od halucinace do 2 týdnů.

**Priorita:** střední

**Výsledná kritéria:**

Pacientka si uvědomuje danou smyslovou poruchu do 1 týdne.

Pacientka kompenzuje smyslovou poruchu do 1 týdne.

Pacientka umí přiměřeně a účinně využít všech zdrojů podpory do 2 týdnů.

**Plán intervencí:**

Věnuj pacientovi zvýšenou pozornost, naslouchej aktivně jeho obavám a stížnostem a zahrň je do plánu péče – denně

Vybízej pacientku, aby slovně popsala, co vnímá, co slyší - denně

Chraň pacientku před pocity tělesné a citové izolace – denně

Dodržuj při komunikaci s pacientkou pravidla správné komunikace – denně

Seznam s poruchou smyslového vnímání u pacientky ostatní členy ošetrovatelského týmu – do 3 dnů

Plán intervencí je pro všeobecné sestry.

**Realizace: 9. 2. 2012**

Na doporučení ošetřujícího lékaře jsme domluvili schůzku s psychologem. Pacientce věnujeme pozornost a aktivně jí nasloucháme. Snažíme se jí podpořit ve všech směrech.

**Hodnocení: 23. 2. 2012**

Cíl krátkodobý byl splněn. Pacientka zná příčinu svých halucinací.

Cíl dlouhodobý byl splněn částečně. Po schůzce s psychologem se pacientka zdá klidnější. Snaží se s námi lépe komunikovat a spolupracovat. Je potěšena, že si na ní snažíme udělat čas, když si chce promluvit. Sama udává, že začíná odlišovat realitu od halucinace, ale v noci ještě jí to trochu dělá problém. Budeme dále pokračovat v intervencích a v podpoře pacientky. Za týden zhodnotíme.

**5. Ošetrovatelská diagnóza:**

**Strach (00148)** v souvislosti se základním onemocněním projevující se verbalizací obav o své duševní zdraví.

**Cíl krátkodobý:**

Pacientka eliminuje strach do 1 týdne.

**Cíl dlouhodobý:**

Pacientka je schopna rozpoznat objekt strachu a diskutovat o něm do 2 týdnů.

**Priorita:** střední

**Výsledná kritéria:**

Pacientka se snaží eliminovat zdroj strachu do 3 dnů.

Pacientka umí odlišit zdravý strach od nezdravého do 1 týdne.

Pacientka se naučí vhodné techniky zvládnání strachu do 1 týdne.

### **Plán intervencí:**

Posuď stupeň strachu vnímaného pacientkou, vliv strachu na život pacientky – do 1 dne

Sleduj tělesné projevy strachu, fyziologické funkce a chování – denně

Buď pacientce na blízku, naslouchej jí a povzbuzuj jí – denně

Podej dostatek informací v rámci své kompetence tak, aby jim nemocná porozuměla - denně

Dávej prostor pro možné dotazy nemocné - denně

Požádej další členy zdravotnického týmu o pomoc při nedostatečné informovanosti pacientky - denně

Snaž se pacientku odpoutat od zdroje strachu vhodnou relaxací a aktivitou - denně

Podávej léky dle ordinace lékaře, sleduj jejich účinek, veď záznam – denně

Plán intervencí je pro všeobecné sestry.

### **Realizace: 14. 2. 2012**

Na doporučení jsme domluvili schůzku s psychologem. Sledujeme fyziologické funkce a změny v chování. Pacientce nasloucháme, komunikujeme a snažíme si na ní udělat čas. Snažíme se vytvořit vhodný prostor, klid a nestresové prostředí a dbáme, aby rozhovor neslyšeli ostatní pacienti. Díky tomu, poskytneme pacientce dostatek informací, které si přeje vědět, vyslechneme dotazy a aktivně odpovídáme dle našich kompetencí. Upozorníme ostatní personál, aby se chovali stejně. V medikaci pokračujeme dle ordinace lékaře.

### **Hodnocení: 28. 2. 2012**

Cíl krátkodobý byl splněn.

Cíl dlouhodobý byl splněn. Pacientka otevřeně hovoří o svém strachu a obavách, nepoddává se tomu sama v ústraní. Na schůzky s psychologem chodí pravidelně 2krát do týdne.

### **6. Ošetrovatelská diagnóza:**

**Deficitní znalost informací o onemocnění (00126)** v důsledku aktuálního zdravotního stavu projevující se neadekvátní spoluprací.



**Cíl krátkodobý:**

Pacientka projevuje zvýšený zájem o informace týkající se její nemoci do 1 dne.

**Cíl dlouhodobý:**

Pacientka chápe informace týkající se jeho stavu, nemoci, léčby a rozumí jim do 2 týdnů.

**Priorita:** střední

**Výsledná kritéria:**

Pacientka verbalizuje své otázky a zajímá se o veškeré informace do 2 dnů.

Pacientka správně interpretuje naučené postupy a procedury do 3 dnů.

Pacientka chápe vztah mezi objektivními a subjektivními příznaky nemoci, rozumí vztahu mezi příznaky a příčinnými faktory do 3 dnů.

Pacientka provádí změny životního stylu a účastní se léčby do 4 dnů.

**Plán intervencí:**

Zjistí úroveň znalostí pacienta s ohledem na to, co bude potřebovat – do 2 hodin

Zjistí, zda bude potřebné poučit i pacientovy blízké – do 1 dne

Zhodnot' schopnost spolupráce – do 1 hodiny

Hledej individuální motivační faktory – v průběhu rozhovoru

Poskytuj informace v rozsahu optimálním pro pacienta a poskytni mu prostor pro otázky - vždy

Zvaž, které informace by si měl pacient zapamatovat a které lze ponechat na pozdější dobu – do 5 hodin

Zapoj pacienta, případně jeho blízké pomocí vhodné literatury, otázek, audiovizuálních materiálů - vždy

Zapoj pacienta do spolupráce s dalšími lidmi s podobnými problémy – pravidelně

Poskytni pacientovi písemné materiály – do 3 hodin

Přizpůsob frekvenci edukačních schůzek a jejich délku individuálním potřebám pacienta – denně

Zvol vhodné edukační prostředí – vždy

Přizpůsob formu i obsah podávaných informací tak, aby byly podány efektivně – vždy

Podávej informace dle připraveného plánu, průběžně ověřuj, že pacient informacím rozumí – vždy

Používej pojmy a výrazy, kterým pacient rozumí - vždy

Podávej informace věcné, smysluplné, uspořádané - vždy

Začíněj tím, co už pacient zná, a postupně přecházej k tomu, co je nové - vždy

Postupuj od jednoduššího ke složitějšímu - vždy

Využívej názorných pomůcek a technik s ohledem na zdravotní stav pacienta - vždy

Počítej s úzkostí pacienta - vždy

Dle potřeby uprav pořadí informací tak, aby byly nejprve podány ty informace, které vyvolávají největší znepokojení a působí rušivě na schopnost učit se - vždy

Dbej na aktivní roli pacienta v procesu edukace - vždy

Poskytuj zpětnou vazbu, hodnot' učení a získávání dovedností – vždy

Plán intervencí je pro všeobecné sestry.

### **Realizace: 10. 2. 2012 – 14. 2. 2012**

Připravili jsme vhodné prostředí v samostatné místnosti bez ostatních pacientek. Využili jsme dostupné brožury a další literaturu. Postupovali jsme od lehčího po složitější. Postupně jsme pacientce poskytovaly veškeré informace o nemoci, průběhu a léčbě její nemoci. Pacientka měla dostatek času a prostoru na dotazy a doplňující otázky. Dle situace můžeme domluvit schůzku s ošetřujícím lékařem i psychologem.

### **Hodnocení: 15. 2. 2012**

Krátkodobý cíl byl splněn. Pacientka začala mít zájem po schůzce s psychologem, který jí vysvětlil, že je nutné k léčbě, aby tyto informace znala.

Dlouhodobý cíl byl splněn. Pacientka zná veškeré informace, rozumí jim, lépe spolupracuje a aktivně se podílí na léčebném procesu.

### **7. Ošetřovatelská diagnóza:**

**Ochota doplnit deficitní znalosti (00161)** v souvislosti se zlepšením zdravotního stavu projevující se zájmem a verbalizací otázek.

### **Cíl krátkodobý:**

Pacientka chce zvýšit míru svých znalostí o konkrétním tématu do 3 hodin.

**Cíl dlouhodobý:**

Pacientka správně chápe poskytnuté informace a v plné šíři jim rozumí do 3 dnů.

**Priorita:** střední

**Výsledná kritéria:**

Pacientka chce doplnit deficitní vědomosti do 1 hodiny.

Pacientka se aktivně zapojuje do edukačního rozhovoru do 1 dne.

Pacientka rozumí všem poskytnutým informacím do 3 dnů.

**Plán intervencí:**

Zjistí, zda a jak je pacient orientovaný v dané problematice, a podle potřeby podej informace - vždy

Zhodnot' schopnost pacienta porozumět informacím a jeho schopnost spolupráce - vždy

Povzbud' pacienta v jeho snaze zvýšit míru znalostí – do 1 hodiny

Povzbuzuj pacienta, aby se ptal na vše, co mu není jasné - vždy

Používej slovní zásobu a výrazy, kterým pacient rozumí - vždy

Poskytuj informace po malých částech a poskytni pacientovi časový prostor na otázky - vždy

Udržuj oční kontakt s pacientem během podávání informací - vždy

Podávej pacientovi informace věcné, smysluplné a uspořádané - vždy

Informuj pacienta o dalších možných zdrojích informací (médiá, odborná literatura, brožury.) – do 3 hodin

Prováděj dle vhodnosti týmovou či skupinovou edukaci - pravidelně

Zapoj do spolupráce rodinu, blízké pacienta – do 2 dnů

Zvol prostředí a čas tak, aby napomáhaly edukaci - vždy

Ověř si, zda ti pacient porozuměl – vždy

Plán intervencí je pro všeobecné sestry.

**Realizace: 10. 2. 2012 – 13. 2. 2012**

Pacientce jsme poskytly veškeré informace, které jí pomohou zefektivnit léčebný režim.

Ošetřující lékař promluvil s rodinou a blízkými pacientky a poskytl informace. Volili jsme vhodná slova a využívali jsme zpětnou vazbu. Poskytli jsme dostatek času

a prostoru na dotazy a doplňující otázky. Pacientce i blízkým jsme nechali informační a edukační brožuru. Vhodné je zapojit pacientku do skupiny lidí se stejnou nemocí pro efektivnější adaptaci na nemoc.

**Hodnocení: 14. 2. 2012**

Cíl krátkodobý byl splněn. Pacientka měla zájem doplnit deficitní vědomosti.

Cíl dlouhodobý byl splněn. Pacientka rozumí poskytnutým informacím.

## **2.6 Zhodnocení ošetrovatelské péče**

Ošetrovatelská péče na psychiatrické oddělení je sama o sobě náročná. Důležitá je správná komunikace a profesionální přístup. V rámci lékařské terapie a ošetrovatelské péče se stav pacientky postupně zlepšil. Spolupráce byla na začátku obtížná, ale v průběhu hospitalizace se velmi zlepšila. Pacientka začala být komunikativní a snažila se spolupracovat. Dobrá spolupráce je i s rodinou, respektive s matkou, která se začala o nemoc také velmi zajímat.

V průběhu ošetrovatelské péče se pacientce zlepšovala nálada a celkový náhled na svou nemoc a hlavně léčbu. Dříve léčbu odmítala, dnes se aktivně se zapojuje do léčebného procesu. Pacientka je plně seznámena se svou nemocí a vším, co s touto nemocí souvisí.

## **2.7 Doporučení pro praxi**

Na základě studia, samostudia odborné literatury a díky vlastním zkušenostem na psychiatrii v rámci odborné praxe lze konstatovat, že je velmi důležité, aby sestra přistupovala k psychiatrickým pacientům individuálně, holisticky a profesionálně. Nenechat se ovlivňovat předsudky.

Při práci sester na psychiatrickém oddělení je velmi důležité předcházet syndromu vyhoření, a aby měly sestry dostatek příležitostí a motivace k celoživotnímu vzdělávání. Nutné je i správné vedení oddělení a opakované hodnocení ošetrovatelské péče.

Co se týče doporučení pro pacienty, bylo by vhodné sestavit informační brožuru o schizofrenii, ve které by každý schizofrenik našel odpovědi na své otázky a našel by základní informace o tomto onemocnění. Velmi vhodná by byla informační brožura pro rodinu pacientů se schizofrenií, aby byli schopni doma pomoci nemocnému členovi rodiny nebo rozpoznat relaps schizofrenie.

## ZÁVĚR

V bakalářské práci je kompletně popsán ošetrovatelský proces u pacienta s paranoidní schizofrenií.

Cílem bakalářské práce bylo naplánovat a realizovat ošetrovatelský proces u nemocné s paranoidní schizofrenií. Pro bakalářskou práci byl vybrán koncepční model dle M. Gordonové. Veškeré stanovené cíle byly realizovány a splněny.

Ošetrovatelská péče a ošetrovatelský plán byl efektivní a podpořil léčebný proces pacientky. Ošetrovatelský plán byl cílený i pro rodinu pacientky, která byla dostatečně informována a byla pro pacientku oporou.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1) BOUČEK, Jaroslav. *Speciální psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 978-80-244-1354-x.
- 2) ČESKO. 2011. Zákon č. 372 ze dne 6. Listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách o jejich poskytování (o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupný také z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby\\_6102\\_1786\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby_6102_1786_11.html)
- 3) DOENGES, Marilynn, E., Mary, Frances, Moorhouse. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha: Grada publishing, a.s., 2001. ISBN 978-80-247-0242-8.
- 4) DUŠEK, Karel, Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-1620-6.
- 5) KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-2045-6.
- 6) MALÁ, Eva, Pavel, PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Portál., 2002. ISBN 978-80-7178-700-0.
- 7) MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada publishing, a.s., 2006. ISBN 978-80-247-1399-3.
- 8) MARKOVÁ, Eva, Martina, VENGLÁŘOVÁ, Mira, BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada publishing, a.s., 2006. ISBN 978-80-247-1151-6.
- 9) MOTLOVÁ, Lucie a František KOUKOLÍK. *Schizofrenie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2004. ISBN 978-80-7262-277-3.
- 10) Multimediální тренаžér plánování ošetrovatelské péče. [online]. MultiMedia SoftWare. [cit. 2013-03-02]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/info/uvod.aspx>
- 11) NĚMCOVÁ, Jitka a kol. *Příklady praktických aplikací témat z předmětů výzkum v ošetrovatelství, výzkum v porodní asistenci a seminář k bakalářské práci*. Plzeň: Maurea, s.r.o., 2012. ISBN 978-80-904955-5-5.
- 12) NOVOTNÁ, Jaromíra, Jana, UHROVÁ, Jaroslava, JIRÁSKOVÁ. *Klinická propedeutika*. Praha: Nakladatelství Fortuna, 2006. ISBN 978-80-7168-940-8.
- 13) PRAŠKO, Ján, Martin, BAREŠ, Jiří, HORÁČEK. *Psychotická příručka, výukový materiál*. 2001. ISBN 978-80-859-1265-4.
- 14) RABOCH, Jiří, Pavel, PAVLOVSKÝ, Dana, JANOTOVÁ. *Psychiatrie – minimum pro praxi*. 4. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 978-80-7254-746-1.



- 15) ROCHE s.r.o. příbalová informace: Informace pro uživatele. In: Lékárna.cz. Pears Health Cyber, s.r.o., 2012. [cit. 2013-03-17]. Dostupné z: <http://www.lekarna.cz/rivotril-2mg-tbl-30x2mg/> a <http://www.lekarna.cz/risperdal-consta-50mg-50mg-sol-prasek-pro-inj-suspenzi/>.
- 16) ÚZIS. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, [online]. [cit. 2013-03-02]. Psychiatrická péče 2011. ISSN 978-80-7472-027-7 Dostupný z: <http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2011>
- 17) VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 978-80-7178-678-0.
- 18) VENGLÁŘOVÁ, Martina, Gabriela, MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada publishing, a.s., 2006. ISBN 978-80-247-1262-8.
- 19) VOKURKA, Martin, Jan, HUGO. *Velký lékařský slovník*. 8. vyd. Maxdorf. 2008. ISBN 978-80-7345-202-5.
- 20) VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 978-80-7178-740-X.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha A – Čestné prohlášení o sběru informací k vytvoření bakalářské práce	I
Příloha B – Skupinová terapie na pavilonu 1 Bohnice	II
Příloha C – Rivotril	IV
Příloha D- Risperdal consta	V

Příloha A – Čestné prohlášení o sběru informací k vytvoření bakalářské práce

Prohlašuji, že jsem veškeré informace a podklady použité ke zpracování praktické části bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s paranoidní schizofrenií získala v průběhu odborné praxe v rámci studia.

V Praze dne 25. 3. 2013

.....  
Jméno a příjmení

## SKUPINOVÁ TERAPIE

Rádi bychom Vám nabídli informaci o práci v otevřené psychoterapeutické skupině (na pavilonu 1), neboť věříme, že skupinová psychoterapie Vám může pomoci porozumět tomu, čím právě procházíte, zorientovat se u nás na oddělení a rovněž trochu nahlédnout do kontextu vlastního života a aktuálního léčení na pavilonu 1.

Nejčastější otázky, týkající se skupinové terapie:

**„Proč by zrovna mne mohla pomoci nějaká skupinová terapie?“**

**„Jaký bude mít pro mě přínos?“**

Skupinová terapie přináší specifické situace, se kterými byste se v individuálním přístupu nesetkali a které se mohou podílet na vzniku Vašich problémů. Většinu svého času trávíte ve skupinách, jako jsou rodina, parta, přátelé, kolegové v práci, členové klubu, apod. Proto své problémy lépe pochopíte ve skupině lidí.

Terapeutická skupina by současně pro Vás měla být **chráněným prostředím**, ve kterém se nemusíte obávat nějakých **„psychických zranění“**.

Často jsou mezilidské vztahy a kontakty narušovány nejasným či jinde problémovým způsobem komunikace. Skupinová terapie obecně je prostor k případné změně nefunkčních komunikačních návyků a procvičení nových přístupů.

Dalším důležitým argumentem mluvícím pro skupinovou terapii je možnost **sdílet své problémy s ostatními**.

Na posledním místě bychom také rádi uvedli, že můžete čerpat ze zkušeností psychologů a kolegů ve skupině, což Vám může pomoci v méně srozumitelných situacích.

## PRAVIDLA SKUPINOVÉ TERAPIE

**Výběr** klientů provádí lékaři společně s psychology dle možností oddělení i Vašeho aktuálního zdravotního stavu. Ti na základě zkušeností zvažují, zda je pro Vás nyní skupinová terapie vhodným způsobem léčby.

**Čas a místo skupiny** je většinou standartní, dle povahy skupiny, informujte se na sesterně, či na komunitě. Skupina trvá 50 minut.

Většinou je dobré ve skupinové psychoterapii **pokračovat** i po odchodu z oddělení.

## PRAVIDLA SKUPINOVÉ PSYCHOTERAPIE

- 1) Základní pravidlo je **upřímnost a otevřenost** – to platí, i pokud je toto pravidlo pro Vás problematické.

Výsledky práce celé skupiny závisí na tom, nakolik každý chce a zkouší mluvit o svých pocitech vůči druhým, a nakolik hledá informace o tom, jak ho druzí vnímají.

- 2) **Nemluvte obecně, mluvte o své zkušenosti.**

Věnujte se konkrétním otázkám Vašeho chování a prožívání, problémem, které trápí Vás. Jenom tak může terapie pomoci Vám.

- 3) **Mluvte za sebe, používejte slovo „Já“.**

- 4) **Mluvte k druhým přímo, „Ty“.**  
Zkoušejte formulovat svá sdělení přímo pro druhé.
- 5) **Vylezte ze své „ulity“.**  
Neizolujte se ve skupině, neutíkejte se svými problémy před ostatními. Mluvte o tom, co cítíte teď a tady ve skupině.
- 6) **Nemlčte „jako ryba“.**  
Pokoušejte se být upřímní a otevření před ostatními a také vůči sobě, přihlaste se o své slovo, místo ve skupině.
- 7) **Poslechněte si druhé, ale rozhodujte se sami.**  
Vyslechněte si rady a připomínky druhých, naslouchejte jim, přemýšlejte o nich, ale nechte si právo a zodpovědnost rozhodovat se sami za sebe.
- 8) **Ze skupiny nic nevynášejte, co se stane na skupině, patří jen na skupinu.**  
Nevynášejte sdělení o osobních problémech ostatních členů skupiny. Výjimku tvoří situace, kdy Vaše chování ohrožuje léčbu nebo Vás ohrožuje na životě a zdraví.
- 9) **Poslední důležité pravidlo skupiny je tzv. právo říci STOP.**  
To znamená, že ve chvíli, kdy narazíte na skupině na téma, o kterém nemůžete, nechcete či nezvládnete mluvit, máte právo říci STOP a nemluvit o tom. Toto pravidlo, či spíše právo, slouží pro Vaši ochranu.

## DOPORUČENÍ

Nevyhýbejte se riziku!

Riziko je totiž přítomno na každém kroku do neznáma.

## Příloha C – Rivotril



Zdroj: Google, 2013

Patří do skupiny benzodiazepinů, má výrazné protikřečové účinky. Zabraňuje vzniku záchvatům, křečím kosterního svalstva a zmírňuje již vzniklé křeče. Rivotril je indikován ke krátkodobé léčbě panické poruchy s nebo bez agorafobie (strach z otevřeného prostranství).

Užívání benzodiazepinů může vést k rozvoji fyzické a psychické závislosti na těchto látkách. Riziko závislosti vzrůstá s dávkou a trváním léčení. Pokud se rozvine fyzická závislost, je náhlé ukončení léčby spojeno s abstinenčními příznaky. (LÉKÁRNA.CZ, 2012)

## Příloha D – Risperdal



Zdroj: Google, 2013

Risperdal Consta patří do skupiny léků, které se nazývají antipsychotika. Používá se k udržovací léčbě schizofrenie, při které je možné vidět, slyšet nebo cítit věci, které neexistují, věřit věcem, které nejsou pravdivé nebo se cítit neobvykle podezřívavě nebo zmateně.

Risperdal Consta může způsobit přírůstek tělesné hmotnosti. (LÉKÁRNA.CZ, 2012)