

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Praha 5

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE
U PACIENTA S PARANOIDNÍ SCHIZOFRENIÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LIBUŠE ŠTRUBLOVÁ

Praha 2013

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE
U PACIENTA S PARANOIDNÍ SCHIZOFRENIÍ**

Bakalářská práce

LIBUŠE ŠTRUBLOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Zuzana Polláková

Praha 2013



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

Štrublová Libuše
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 12. 7. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s paranoidní schizofrenií

Comprehensive Nursing Care of Patients with Paranoid Schizophrenia

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Zuzana Polláková

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

V Praze dne: 1. 10. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

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 31. 05. 2013

.....
Libuše Štrublová, DiS.

ABSTRAKT

ŠTRUBLOVÁ, Libuše. *Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s paranoidní schizofrenií*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Zuzana Polláková. Praha 2013. 58 s.

Hlavním tématem je komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s paranoidní schizofrenií. Teoretická část se zabývá historií psychiatrie a onemocněním schizofrenie, formami schizofrenií. Dále je zde uvedena léčba schizofrenie, příznaky, etiologie a výskyt onemocnění. V praktické části je popsána edukace, stanovení ošetrovatelských problémů, sestavení ošetrovatelských diagnóz, plán ošetrovatelské péče. Je zde popsán příjem pacienta až po jeho propuštění do domácí péče a do péče ambulantního odborného lékaře. Součástí práce je i edukační proces.

Klíčová slova: Schizofrenie. Paranoidní schizofrenie. Ošetrovatelský proces. Edukační proces.

ABSTRACT

ŠTRUBLOVÁ, Libuše. Comprehensive nursing care of patients with paranoid schizophrenia. College of Health, o.p.s. Degree qualifications: Bachelor (BA). Supervisor: Mgr. Zuzana Polláková. Prague 2013. 58 s.

The main theme of the work is the complex nursing care of the patient with paranoid schizophrenia. The theoretical part deals with the history of psychiatry and schizophrenia disease, forms of schizophrenia. There is indicated the treatment of schizophrenia, symptoms and etiology and incidence of the disease. The practical part describes the education, the assessment of nursing problems, the building of nursing diagnoses, the nursing care plans. Then there is described the process from receiving a patient to his release for home care and ambulatory care specialist there. The work also includes the educational process.

Keywords: Schizophrenia. Paranoid schizophrenia. Nursing process. Educational process.

PŘEDMLUVA

V dnešní době je psychiatrie jako taková součástí lékařské péče, ale i přes to jsou pacienti odsuzováni a stigmatizováni za to, že se na psychiatrii léčí. Onemocnění postihuje zhruba 1 % populace - podle odhadů dnes schizofrenií v celosvětovém měřítku trpí přibližně 50 milionů a v České republice až 100 000 osob.

Postihuje často osoby v mladém a středním věku, vyřazuje je z aktivního života a brání jim vykonávat povolání (75–80 % postižených zažívá první epizodu onemocnění před dosažením 45 let). Přináší nejen utrpení postiženým a jejich rodinám, ale značné negativní socioekonomické důsledky.

Toto téma jsem si vybrala z toho důvodu, že pracuji na psychiatrickém oddělení a v poslední době k nám dochází mnoho mladých lidí, buď již s diagnostikovanou paranoidní schizofrenií, nebo postupně se rozvíjející. Bohužel hodně z nich si neuvědomuje, že si za toto mohou sami, jelikož požívají „lehké drogy“ - marihuanu, která v některých případech vede k propuknutí onemocnění. V případě propuknutí nemoci je to velká zátěž nejen pro nemocného, ale i pro jeho nejbližší okolí, společnost i ošetřovatele. Převážná většina mladých nově objevených pacientů bývá přivezena za asistence policie ve velmi špatném stavu - agresivní, zanedbaní a bohužel není žádnou novinkou, že bývají i po sebevražedných pokusech. Většina z nich, ale ohrožuje například i své rodiče nebo sourozence zabitím.

Moje práce je určena všem zaměstnancům, ale nejen na psychiatrii, jelikož tito pacienti jsou přijímáni dle stavu na různá oddělení, je určena i pro blízké okolí pacientů.

Ráda bych touto cestou poděkovala rodině za trpělivost, paní MUDr. Zuzaně Pollákové za její cenné připomínky a ochotu při vedení mé bakalářské práce.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD	11
I. TEORETICKÁ ČÁST	
1 SCHIZOFRENIE	
1.1 Co je to schizofrenie	12
1.2 Historie	12
1.3 Epidemiologie, výskyt	14
1.4 Příčiny onemocnění	15
1.5 Příznaky onemocnění	15
1.5.1 Pozitivní příznaky	16
1.5.2 Negativní příznaky	17
1.5.3 Kognitivní příznaky	17
1.6 Diagnóza a klasifikace	18
1.7 Vývoj, komplikace, prognóza	18
1.8 Formy schizofrenie	19
1.9 Léčba schizofrenie	22
II. PRAKTICKÁ ČÁST	
2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S PARANOIDNÍ SCHIZOFRENIÍ	24
3 EDUKACE - VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ	25
3.1 Požadavky na sestru v roli edukátorky	25
3.2 Realizace edukace	25
3.3 Fáze edukačního procesu	26
3.4 Cíle edukace	26
3.5 Co vše si musí edukátor uvědomit	27
3.6 Edukace duševně nemocných pacientů	27
3.7 Edukační jednotka	28
4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	32
5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	53

ZÁVĚR	55
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	56
SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM ZKRATEK

atd.	a tak dále
BT	bilance tekutin
FF	fyziologické funkce
i.m.	intra musculárně
např.	například
P	pulz, pacient
PČR	policie České republiky
popř.	popřípadě
Prof.	Profesor
Př.n.l.	před naším letopočtem
RZP	rychlá zdravotnická pomoc
sv.	svaté
TK	tlak krve
TT	tělesná teplota
tzn.	to znamená

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ABULIE - nerozhodnost, nedostatek vůle

AMBIVALENCE - současná existence protichůdných citových postojů
k určité osobě nebo předmětu

APROSEXIE - neschopnost soustředit myšlenky, neschopnost
koncentrace pozornosti

AUTISMUS - uzavření do vnitřního psychického světa, s poruchou
kontaktem s realitou

ASOCIACE - sdružování, sdružení, volné spojení, společenství

DYNAMOGENIE - schopnost vyvíjet energii, činorodost

ECHOMATISMUS - chorobné napodobování

EXCITACE - vybuzení, nabuzení, podráždění, vzrušení, stimulace

FLEXIBILITAS CEREAE - vosková ohebnost

PERSEVERACE - utkvělost, ulpívání, nutkavé setrvávání a znovu
vybavování dojmů, opakování slov

RAPTUS - prudký záchvat zuřivosti, následuje po úzkostném stavu

RIGIDITA - nepružnost, ztuhlost, nehybnost, tvrdost, nekompromisnost,
nepřizpůsobivost

STUPOR - chorobný stav, při kterém dochází k setrvávání ve strnulých,
často i nepřírodných polohách

INSOMNIE – nespavost

HYPOBULICKÝ SYNDROM – snížená úroveň aktuální pohybové aktivity

INKOHERENCE – nedostatek souvislosti, roztříštěnost

HYPOBULIE – porucha schopnosti jednat cílevědomě a uvědoměle

ADHERENCE - přilnavost

PRODROMÁLNÍ – soubor nespecifických příznaků ohlašující příchod nemoci

ÚVOD

Bakalářská práce je zaměřena na pacienta s paranoidní schizofrenií, protože se s tímto onemocněním na oddělení setkáváme čím dál častěji, zejména u mladých lidí.

Onemocnění schizofrenie je velkou zátěží jak pro nemocného, tak i pro jeho široké okolí. Pacienti se setkávají s velkou stigmatizací, že jsou hospitalizováni na oddělení psychiatrie. Cílem této práce je návrh a realizace individuálního plánu péče o pacienta s paranoidní schizofrenií a následná edukace.

Bakalářská práce má dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části je popsáno onemocnění schizofrenie, historie onemocnění, epidemiologie a výskyt nemoci, příčiny onemocnění, příznaky, diagnostika a klasifikace, vývoj, prognóza nemoci, formy schizofrenie a její léčba. Praktická část tvoří celek: specifika ošetrovatelské péče u pacienta s paranoidní schizofrenií, edukace, edukační jednotku, závěr edukační jednotky, identifikační údaje pacienta, anamnéza, posouzení současného stavu pacienta, medicínský management, situační analýza, stanovení ošetrovatelských diagnóz, zhodnocení ošetrovatelské péče. Na základě všech údajů jsme stanovili ošetrovatelské diagnózy, vypracovali plán, realizaci a hodnocení ošetrovatelské péče.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SCHIZOFRENIE

1.1 Co je to schizofrenie

Schizofrenie je duševní onemocnění charakterizované poruchou myšlení a vnímání, oploštělou nebo nepřiměřenou emotivitou, narušením schopností srozumitelného chování a jednání. Je to chronické onemocnění postihující přibližně 1 % populace. Je charakterizována bludy, halucinacemi a dezorganizovaným slovním projevem a chováním, také poruchou vnímání reality. Onemocnění má v hodně případech chronický průběh, vede k invaliditě, patří mezi deset nejvýznamnějších příčin úplné invalidity (ČEŠKOVÁ, 2007).

Je patrné, že již Bleuler si uvědomoval rozmanitost forem schizofrenie, a proto ve své publikaci mluví o skupině schizofrenie. Usiloval se nalézt takové příznaky, které by bylo možno pokládat za základní – jeho čtyři „A“ další dvě „A“: asociace, ambivalence, autismus, afektivní oploštělost, abulie, aprosexie. V našich podmínkách se používal název schizofrenní onemocnění – okruh schizofrenie (DUŠEK, VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, 2010).

1.2 Historie

Na celkovém vývoji péče o psychicky nemocné se významně účastnilo egyptské a řecké lékařství. V Egyptě byly již hodně let před naším letopočtem útočištěm pro duševně nemocné chrámy. Například při léčbě melancholie se v nich věnovali hrám a tělesným cvičením. V terapii napomáhaly zpěvy, ladné tóny, tanec a zábava. Podstatný byl pravidelný denní režim a tělesná hygiena (MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, BABIAKOVÁ, 2006).

Onemocnění schizofrenie bylo popsáno již v období antiky, první název pro onemocnění byl pojem „dementia praecox“, poprvé v roce 1896, následně zavedený v roce 1898 Emilem Kraepelinem. Až německý psychiatr Eugen Bleuler (1857 - 1939)

zavedl název schizofrenie. Schizofrenie je řeckého původu (od slova „schizo“- štěpit a „phren“- rozum, myšlení). Je široce mylně vykládán neodbornou veřejností, jako rozštěpení osobnosti - zcela nesprávně. Nemocní pozbývají kontakt s realitou, slyší nebo vidí věci, které neexistují a pod působením svých představ jednají nepřiměřeně a nezvykle (DOUBEK a kol., 2008, 2010).

Jednou z osobností, jenž se zapsala do historie lékařství, byl Hippokrates (460 - 370 př.n.l.), řecký lékař a filosof. Pro veškeré formy duševních nemocí používal označení paranoia. Od něho pocházejí pozoruhodné poznatky, které se uchovaly až do dneška, například, že duševní choroby se objevují u matek po porodu, že úzkostné stavy, trvají-li dlouho, mohou přejít v melancholii. Vylíčil delirantní stavy a poruchy paměti v průběhu nemocí, jako je tuberkulóza, malárie, dyzentérie atd. Jeho hlavní metodou léčení duševních onemocnění bylo odstranit z těla nemocného nadbytek některé z hlavních šťáv pouštěním žilou, projímadly, dávidly. Jako léčiva používal byliny, nerostné látky, medikamentózní léčbu doplňoval zábaly, úpravou životosprávy, tělocvikem a procházkami (MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, BABIAKOVÁ, 2006).

Ve středověku se terapie duševně nemocných zakládala zvláště v nápravě, korekci, izolaci a nezájmu. Šílenství bylo pojímáno jako chyba, hřích, nečistota a osamělost, sen v bdícím stavu, vytržení ze světa pravdy, zakotvení v ničemnosti a v prázdnotě, zbavení rozumu a posednutí nedobrymi duchy. Osudy psychiatrie ve středověku náleží mezi ty temné v dějinách medicíny vůbec. V Čechách ve středověku nebyla nijaká soustavná péče o duševně nemocné. Duševně nemocní končili v obecních šatlavách odsuzování k tělesným trestům. Podle tehdejších názorů si nezasloužili ani péči, ani ochranu (MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, BABIAKOVÁ, 2006).

Pro psychiatrii představuje důležitý den datum 11. září 1793, kdy pařížský lékař Phillipe Pinel (1745 - 1826) vyvedl z podzemních kopek pařížského blázince Bicetre duševně nemocné na světlo a vzduch a zajistil jim ošetrovatelskou péči, lékařské ošetření, nárok na svobodu a čistotu. Budování psychiatrického ústavnictví vedlo k osamostatnění oboru psychiatrie (MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, BABIAKOVÁ, 2006).

Léčebny pro duševně choré se objevily až ke konci 18. století, první vznikla v Londýně. V Praze došlo 1. listopadu 1790 ke slavnostnímu otevření všeobecné nemocnice a stejného dne tam byl uveden do činnosti i první nezávislý ústav pro duševně choré, který byl patřičně veden a řízen lékaři. V roce 1826 byl koupen augustinský klášter u sv. Kateřiny a přebudován, od té doby měla Praha opravdu vhodný azyl pro duševně choré. Koncem roku 1850 měla Praha ve středu města ústav s kapacitou přes 500 lůžek, účelně zařízený a vybavený, v té době patřil k nejlepším v Evropě. Ve 20. století byla psychiatrie ovlivněna dílem Sigmunda Freuda, ten vlastní teorií o vzniku duševních chorob výrazně přispěl k psychologizaci medicíny. Profesor Höschl usuzoval, že stav psychiatrie je ukazatelem vztahů mezi lidmi, v té které epoše společenského vývoje (MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, BABIAKOVÁ, 2006).

Péče o duševně nemocné náležela v úplných počátcích do rukou ne odborníků, později do rukou kněží a zaříkávačů. Ti, kteří bezprostředně o nemocné pečovali, byli zejména z řad řeholnic a řeholníků, ale značně víc z řad necvičených a chudých. S postupujícím vývojem nemocnic a ústavů se práce a s ní důležitost specializované přípravy opatrovníků, později ošetřovatelů dostává do popředí pozornosti. V současné době je po studiu střední zdravotnické školy, následně vyšší odborné školy, možnost studia v Brně v Národním centru ošetřovatelství a nelékařských oborů, vystudovat specializační obor – Péče o duševní zdraví – pro sestry pracující na psychiatrii (MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, BABIAKOVÁ, 2006).

1.3 Epidemiologie, výskyt

U žen začíná onemocnění později, často mezi 25. a 35. rokem, u mužů mezi 15. a 25. rokem, ženy jsou méně často hospitalizovány (ČEŠKOVÁ, 2007).

Z hlediska síly vývoje jde o dobu, kdy jsou na mladého jedince kladeny přehnané požadavky. V prvé řadě se od něho čeká osamostatnění od primární rodiny, odpoutání se od rodičů a vazba na neznámé lidi. Dospívající má mnohdy černobílé vidění světa a v cestě k dospělosti je zapotřebí vidět rozličnost světa, poznat, že dobré a zlé náleží k sobě. Dochází k vytváření vazby na pracovní cíle. Třetím evolučním posláním je akceptování odpovědnosti za sebe a své počínání. Očekává se od něho začátek

pohlavního života a nalezení partnera pro dlouhý vztah. To způsobuje spoustu emocí, ale naše sociokulturní okolí vyvíjí tlak na popření emocí, především negativních. Řešením obtížné situace odloučení může být extrémní vtažení se do sebe, vytvoření smyšleného světa (MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, BABIAKOVÁ, 2006).

1.4 Příčiny onemocnění

Příčina začátku schizofrenie není známa, k jejímu vzniku je zřejmě zapotřebí současný výskyt několika faktorů:

- genetické - opětné studie rodin, adopční studie a výsledky studií dvojčat označují desetkrát vyšší celoživotní riziko onemocnění pro příbuzné;
- porod v zimních a časných jarních měsících a v místech s velkou hustotou obyvatelstva - pacienti se schizofrenií se rodí o 8–12 % častěji v pozdních zimních a časných jarních měsících a ve městech s vysokým počtem obyvatel (vysvětlení tohoto jevu není jednoznačné);
- perinatální a perinatální vlivy - nedostačující výživa plodu, krajní porodní nezralost, hypoxické a ischemické poškození mozku a preeklampsie matky sdružená s nedostatkem kyslíku a krevního zásobení plodu (PRAŠKO a kol., 2003).

1.5 Příznaky schizofrenie

Zřídka dochází k onemocnění nepředvídaně a najednou, nemocní se mění, uzavírají se do sebe a přerušují společenské kontakty. Na počátku se tyto lidé cítí bez veselí, mají tělesnou slabost a nesoustředěnost, napětí a strach. Občas naopak bývají nesmyslně produktivní, vykonávají příliš aktivit, ale tyto nedokončí. Jsou podezřívaví, úzkostní a z toho se vyvíjí neklid a nespavost, události ve svém okolí posuzují jako ohrožující, mající nezvyklý význam. V počátku onemocnění se řada mladých lidí stává členy různých náboženských sekt a organizací, hledají tam vysvětlení (PRAŠKO a kol., 2005).

Onemocnění má odlišné rysy a symptomy, tyto se objevují v rozdílných sestavách a s různou mírou závažnosti, mohou se i střídat. Příznaky ovlivňují způsob myšlení, citění a konání nemocných (PRAŠKO a kol., 2005).

Příznaky dělíme do tří kategorií:

- příznaky pozitivní - nadměrné nebo překroucené znázornění normálních funkcí;
- negativní - zeslabení nebo ztrátu normálních funkcí;
- kognitivní - problém ve výběru a zpracování vnějších a vnitřních sdělení.

Další příznaky jsou afektivní příznaky - poruchy nálady (DOUBEK a kol., 2008, 2010).

1.5.1 Pozitivní příznaky

Mezi pozitivní příznaky patří halucinace a bludy. Halucinace jsou projevem překrouceného vnímání reality - vznikají bez jasného zevního podnětu. Nemocní slyší, vidí a cítí věci, které druzí nevnímají. Mezi nejčastější halucinace patří halucinace sluchové - slyší jednotlivé zvuky či více hlasů. Hlasy buď hovoří rovnou k nemocnému, nebo hovoří o něm anebo vedou připomínky k jeho počínání. Ohrožující hlasy jsou takové, které vydávají příkazy, může to ohrožovat nemocného i jeho okolí. Nemocní s hlasy častokrát rokují. Nezvyklý druh halucinací jsou intrapsychické - nemocný má dojem, že mu někdo myšlenky odebírá nebo opačně vkládá do hlavy. Zrakové halucinace - nemocný vidí barvy, tvary nebo osoby. Čichové halucinace - bývají součástí bludů, nemocný cítí pachy a chutě, nebo má dojem, že mu někdo dal jed. Tělesné halucinace - nezvyklé tělesné pocity - pálení, elektrizování, doteky po těle, přeměna vlastností vnitřních orgánů, (DOUBEK a kol., 2008,2010).

Bludy - klamavé nevyvratné smýšlení, nemocný je přesvědčen o skutečnosti a realnosti. Bludy patří mezi poruchy myšlení, mají většinou jasný časový vývoj. Jednoduchá stresová situace může směřovat k tomu, že nemocný začne mít dojem, že jej všichni pozorují, sledují a vysmívají se mu. Začne mít strach o život, přestane v noci spát, pozoruje okolí, nevychází z bytu nebo se v bytě nezdržuje, často se zabarikádovává doma. Mohou být bludná smýšlení o talentu až z nadpřirozených nadání

(extrapotenční bludy) nebo bludy o významném původu (originální bludy). Častokrát jsou bludy s náboženským obsahem (religiózní), (DOUBEK a kol., 2008,2010).

Mezi další poruchy myšlení náleží poruchy formy myšlení, bývá neuspořádané, nedokáže udržet linii hovoru, mluví bez rozumových souvislostí. Někdy je myšlení chaotické tak, že vůbec nerozumíme slovnímu projevu. Někdy je nabídka myšlenek tak velká, že slova nestačí nebo dochází k zastavení myšlenek - myšlenkový záraz. K pozitivním příznakům patří i rozdílné poruchy chování, jako je - agitovanost, neklid, zrychlené psychomotorické tempo, agresivita nebo různě nezvyklé chování (DOUBEK a kol., 2008,2010).

1.5.2 Negativní příznaky

Patří sem zejména pokles nebo ochuzení citového prožívání, nemocný se chová, jako by ho nic nezajímalo, nic se ho netýkalo a vše mu bylo jedno. Komunikaci s ostatními omezuje a je snížena mimika obličeje. Také sem patří poruchy koncentrace soustředěnosti, nelehké rozhodování při řešení problémů a snižuje se schopnost plánování.

Další zásadní negativní příznak je zeslabení nebo úplná ztráta vůle, pozbývá zájem o věci, jenž jej zajímal, uzavírá se do sebe. Může se objevit tělesná ztuhlost, přestávají mluvit, nejí ani nepijí (DOUBEK a kol., 2008,2010).

Další skupinou jsou poruchy nálady - bývají mnohdy spojeny s pocity méněcennosti. Pocity beznaděje a obavy z toho, že se neuzdraví, mohou směřovat k sebevraždným úvahám.

1.5.3 Kognitivní příznaky

Jsou považovány za jádrové příznaky schizofrenie. Je snížena schopnost soustředění, paměti, cokoli plánovat a řešení problémů doprovází každou epizodu schizofrenie. Důležitost kognitivních příznaků je úzce spjata zejména s vývojem negativních příznaků. Příznaky schizofrenie i všech psychóz vůbec, jsou velmi rozmanité a rozdílné, vyskytují se v různých seskupeních, v průběhu onemocnění se mění (DOUBEK a kol., 2008,2010).

1.6 Diagnóza a klasifikace

Jsou dvě klasifikace duševních poruch - 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) a Diagnostický a statistický manuál ve IV. Vydání (DSM IV). *Kritéria MKN 10 pro diagnostiku schizofrenní poruchy vyžadují přítomnost minimálně jednoho z příznaků ad a) až ad d), nebo dvou z příznaků ad e) až i) trvajících minimálně po dobu jednoho měsíce* (ČEŠKOVÁ, 2007, s. 19):

- a) manipulování s myšlenkami
- b) bludy ovládnutí
- c) sluchové halucinace
- d) jiné bludy
- e) ostatní halucinace
- f) formální poruchy myšlení
- g) katatonní příznaky
- h) negativní příznaky - apatie, ochuzení řeči
- i) nápadné kvalitativní změny v chování – např. bezcílnost, sociální stažení (ČEŠKOVÁ, 2007)

Oba diagnostické systémy přesně vymezují schizofrenii podobně. DSM IV vyžaduje dobu trvání příznaků 6 měsíců, MKN 10 jeden měsíc, navíc DSM IV požaduje deterioraci funkce, je poněkud užší (ČEŠKOVÁ, 2007).

1.7 Vývoj, komplikace, prognóza

Často schizofrenie začíná mezi 15. a 45. rokem věku, u mužů o něco dříve. První manifestaci psychotických projevů předchází jinak dlouhé prodromální období, mohou se nalézt tyto prodromální symptomy: zvláštní chování, vnímání, myšlenky, ochuzení řeči a myšlení, pocity cizosti. Může být přítomna řada nespecifických příznaků - insomnie, úzkost, podrážděnost. Nemocní se schizofrenií častokrát prožívají opakované psychotické epizody – relapsy, anebo mohou mít dlouhodobě trvající psychotické příznaky. Asi třetina nemocných se po jediném, dvou či po několika málo relapsech dokáže navrátit k běžnému životu, nemoc ustoupí. U další třetiny se

po zbytek života střídají epizody schizofrenie s remisemi, v nichž se obvykle nemocní nejsou schopni navrátit do zaměstnání, je jim přiznán invalidní důchod. Poslední třetina se ani při léčbě nezbaví příznaků psychózy, tito nemocní nejsou schopni samostatného života a jsou celý život odkázáni na pomoc rodiny. Prognózu je nutno zvažovat na základě přetrvávající symptomatiky a sociálního fungování. Schizofrenie postihuje řadu psychických funkcí, které jsou podstatné v obvyčejném životě (ČEŠKOVÁ, 2007).

Je spojena s velikým rizikem sebevražedného konání. Někteří jedinci mohou sociálně dobře fungovat i při přetrvávající pozitivní symptomatice. K špatným prognostickým faktorům patří mužské pohlaví, nízký věk v počátku onemocnění, nenápadný - plíživý začátek, nepřítomnost spouštěcích faktorů, premorbidní život bez partnera, nekvalitní sociální fungování, schizofrenie v rodinné anamnéze, převaha negativních příznaků, nezdravé užívání návykových látek a život v nefunkční rodině s notným stupněm emočního napětí (HOSÁKOVÁ a kol. 2007).

1.8 Formy schizofrenie

Mezi nejčastější formy schizofrenie patří:

F 20.0 - Paranoidní schizofrenie

- a) musí být přítomna obecná kritéria pro schizofrenii;
- b) musí být přítomny nápadné bludy a halucinace;
- c) oploštělost nebo nepřiměřenost afektů, katatonní symptomy a inkoherece se nemusí vyskytovat, ale mohou být v mírném stupni.

Tato forma schizofrenií patří k nejčastějším, je vyznačována výskytem paranoidního nebo paranoidně halucinatorního syndromu. Rozvoj syndromů může začínat bludným laděním, vystupňovanou dynamogenií, pocity ukřivdění, podezřívavostí a podrážděností. Postupně se vytvářejí bludy, které se více systematizují. Nejčastěji se vyskytují bludy vztahovačnosti, úkorné a perzekuční, ale bývají i originální, emulační a jiné megalomanické bludy. Hojně jsou sluchové halucinace, méně se vyskytují halucinace jiných smyslů. Afektivní doprovod je pokaždé – v různé formě a síle. Mohou

se vyskytovat nenadálé afektivní raptý: podrážděnost, zlobné projevy, tíseň a strach. Pod účinkem halucinací a bludů může docházet k neklidu, agresivitě, sebevražedné aktivitě. Nejčastější průběh paranoidní schizofrenie je epizodický – v jednotlivých epizodách. Po odeznění epizody se začínají objevovat postupně narůstající rezidua – průběh epizodický s progresivním rozvojem negativních příznaků v intervalech mezi psychotickými epizodami (DUŠEK, VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, 2010).

F 20.1 - Hebefrenní schizofrenie

- a) musí být přítomna obecná kritéria pro schizofrenii;
- b) buď je trvalé oploštění a ochuzení afektu, nebo trvalá nepřiměřenost afektů;
- c) chování je bezcílné a neuspořádané, nebo je přítomna porucha myšlení projevující se v řeči, která bývá zmatená a inkoherentní;
- d) halucinace a bludy mohou být mírnější.

Porucha se většinou rozvíjí zvolna a tvoří souvislý přechod z vystupňovaných znaků dospívání. Jen málokdy bývá rozvoj okamžitý. Hlavními projevy je hypomanická nálada s planým, nevhodným vtípkováním. Mezi další projevy patří “jalové“ hloubání o problémech a tajemstvích. Pacienti mají neomalené až hulvátské chování a porucha postupně přechází v deterioraci s emočním ochuzením a oploštěním (DUŠEK, VEČEŘOVÁ - PROCHÁZKOVÁ, 2010).

F 20.2 - Katatonní schizofrenie

- a) musí být splněna obecná kritéria pro schizofrenii;
- b) v klinickém obrazu by měl převládat jeden z následujících znaků:
 - stupor, - excitace, - nástavy (vzdušná poduška a další),- negativismus,
 - rigidita, - flexibilitas cerea (vosková ohebnost), - jiné příznaky - povelové automatismy, echomatismy, perseverace.

Hlavními projevy jsou poruchy psychomotoriky (hypokinetický až akinetický syndrom, hyperkinetický syndrom, parakinetický syndrom). V projevech je bizarnost (nápadná spokojenost), manýrování (jednoduché úkony bývají provázeny složitými obřady), grimasování, ceremoniály (patická obřadnost), topornost projevů,

někdy se vyskytuje neuspořádaná inkoherentní řeč (DUŠEK, VEČEŘOVÁ - PROCHÁZKOVÁ, 2010).

F 20.3 - Nediferencovaná schizofrenie

- a) musí splňovat obecná kritéria pro schizofrenii;
- b) neodpovídá kritériím pro jiné formy schizofrenie (paranoidní, hebefrenní, katatonní);
- c) neodpovídá kritériím pro reziduální schizofrenii nebo postschizofrenní depresi.

F 20.4 - Postschizofrenní deprese

- a) pacient měl během posledních dvanácti měsíců psychickou poruchu, která odpovídala obecným kritériím pro schizofrenii;
- b) některé schizofrenní příznaky jsou ještě přítomny;
- c) depresivní symptomy jsou výrazné, splňují kritéria pro depresivní epizodu a trvají nejméně dva týdny.

F 20.5 - Reziduální schizofrenie

- a) jsou přítomny výrazné negativní schizofrenní příznaky;
- b) v minulosti se vyskytla alespoň jedna ataka, která odpovídá diagnostickým kritériím pro schizofrenii;
- c) trvá po dobu alespoň jednoho roku, ve které intenzita a frekvence floridních příznaků byla minimální a je přítomen negativní schizofrenní syndrom;
- d) není přítomna demence ani jiná organická mozková porucha, chronická deprese ani hospitalizmus.

F 20.6 - Simplexní schizofrenie

Jde o formu schizofrenie, která se vyznačuje jen obecnými příznaky a má pomalý progredientní rozvoj symptomů. Běžná je - emoční oploštělost, netečnost a hypobulie s hypaktivitou. Porucha má progredientní vývoj, končí jako reziduální schizofrenie, nejčastěji s defektem.

F 21 - Schizotypní porucha

- a) nepřiměřené nebo ochuzené emoční reakce;
- b) chování je neobvyklé, výstřední, zvláštní;
- c) nedostačující vztah k druhým lidem a sklon k sociální uzavřenosti;
- d) podezřívavost nebo vztahovačnost v myšlení;
- e) podezření na paranoidní bludy;
- f) obsedantní myšlenky s často dysmorfofobickým, sexuálním nebo útočným obsahem;
- g) občasné somatosenzorické iluze;
- h) metaforické, složité a často stereotypní myšlení, nejsou inkoherece
- i) občasné přechodné psychotické epizody s bludy, nebo bludům obdobnými představami a halucinacemi, nejčastěji sluchovými (DUŠEK, VEČEŘOVÁ - PROCHÁZKOVÁ, 2010).

1.9 Léčba schizofrenie

Fáze akutní: účelem léčby je odstranění pozitivních příznaků (agitovanosti, agresivity, hyperaktivity), to je možno dokázat v průběhu hodin a dní, ovlivnění halucinací a bludů trvá déle.

Farmakoterapie: používají se neuroleptika (antipsychotika), ke zklidnění pacienta je možné přiordinovat benzodiazepiny.

Psychosociální intervence - spočívá v minimalizaci stresu, jasné komunikaci, strukturovaném prostředí, toleranci, pomoci. Nemocný by měl získat informace o léčbě a měl by být vybízen ke spolupráci. Podstatné je navázání vztahů s rodinou a edukace (HOSÁKOVÁ a kol., 2007).

Fáze stabilizace: cílem léčby je snaha uchovat si získané zlepšení. Ještě přetrvávají negativní příznaky a kognitivní deficit, které ustupují pomalu (6 - 12 měsíců), u některých nemocných mohou v rozdílné intenzitě přetrvávat. V této fázi je většinou nemocný propuštěn z nemocnice a ohrožen relapsem.

Farmakoterapie: antipsychotika jsou nadále nutná.

Psychosociální intervence - podporující, strukturovaná, realizuje se edukace ohledně průběhu, prognózy, adherence k léčbě – spolupráce pacienta (HOSÁKOVÁ a kol., 2007).

Fáze stabilní: cílem léčby je předcházení relapsu, dosažení remise a její udržení.

Farmakoterapie: dlouhodobá, udržovací léčba minimálními ještě efektivními dávkami antipsychotik, u nespolupracujících nemocných je možno užít depotní injekce antipsychotik.

Psychosociální intervence- zaměřena na rodinu, snaha o pracovní integraci - obyčejnou popřípadě chráněnou (HOSÁKOVÁ a kol., 2007).

Léčba schizofrenie by měla být zásadně komplexní (biologická + psychosociální). Základem je farmakoterapie, na začátku popřípadě elektrokonvulzivní terapie. Léčba začíná navazováním terapeutického vztahu, vytvořením terapeutické aliance - spolupráce pacienta, jeho rodiny s terapeutickým týmem a stanovení individuálního terapeutického plánu. Patří k ní edukace pacienta a jeho rodiny, mapování prodromálních příznaků onemocnění, monitorování stavu a opět zhodnocení terapeutických postupů. Psychoterapeutická a socioterapeutická léčba schizofrenie používá psychologických poznatků, je založena na podněcování zdravých částí osobnosti, které jsou přítomny, ale v psychotických stavech bývají skryté, uskutečňuje se psychoedukativní terapie – např. program Prelapse, terapie individuální i skupinová, rodinná psychoedukace (HOSÁKOVÁ a kol., 2007).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S PARANOIDNÍ SCHIZOFRENIÍ

V akutní fázi onemocnění je nezbytné zajistit bezpečnost pacienta i jeho okolí. V závažných případech je nutné použít omezovací prostředky, aby pacient neublížil sobě i druhým v okolí. Zde je zásadní klidný, ale rozhodný přístup. Musíme pacientovi, i jeho rodině, vysvětlit nezbytnost tohoto omezení. Podáváme léky na zklidnění nemocného, zapotřebí je zajistit bezpečné prostředí.

Staráme se také o svoje bezpečí - více zdravotníků, dostatek prostoru, zvonek, úniková cesta. Zachováváme bezpečnou vzdálenost od pacienta, pokud to není nezbytné, snažíme se nedotýkat pacienta. Sledujeme nástup působení po aplikaci léků. Pacienti zavrhnou spolupráci, proto se léky většinou aplikují intramuskulárně. Při použití omezovacích prostředků je nutné sledovat pravidelně hybnost a prokrvení končetin, vše řádně zapisujeme do dokumentace. Postupujeme dle závazného standardu. Komunikace musí být konkrétní a jasná. Sestra nediskutuje s pacientem nadarmo o jeho bludných představách, pokud to jde, snaží se přesunovat zaměření z bludů na diskuzi o skutečnosti (http://theses.cz/id/tj5bbz/Bakalsk_prce_-Brigantov.pdf).

3 EDUKACE - VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Pojem edukace je odvozen z latinského slova *educo, educare* - znamená vést vpřed, vychovávat. Definujeme ho jako proces systematického působení, chování a konání jedince s cílem vyvolat pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a zručnostech. V edukačním procesu by pacient měl vyzískat nové informace, pochopit je a umět je ve svém životě zužitkovat. Měl by přijmout určité dovednosti jak v činnosti teoretické, tak v činnosti praktické a získat nové návyky (tzn. upevněné a zautomatizované složky vědomé činnosti). Edukace je nedílnou součástí ošetrovatelství (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Pojmy:

1. Edukátor - ten, kdo někoho edukuje
2. Edukant - ten, kdo se něčemu učí

3.1 Požadavky na sestru v roli edukátorky:

1. dobré teoretické vědomosti a praktické dovednosti
2. empatie, úsilí a ochota pacientovi pomoci
3. dobré verbální a nonverbální dorozumívací schopnosti
4. zájem o pacienta
5. navázání kontaktu a důvěry s pacientem
6. získání pacienta pro spolupráci - motivace

3.2 Realizace edukace:

1. za hospitalizace
2. ambulantně (individuální nebo skupinová edukace, např. denní stacionář)
3. během návštěv v rodinách - individuální nebo skupinová edukace
4. při rekondičních pobytech - individuální nebo skupinová edukace
5. v lázních - individuální nebo skupinová edukace

6. telefonicky, příp. přes skype, telemost apod.

3.3 Fáze edukačního procesu

1. Posuzování - anamnéza, sběr dat a údajů o nemocném, rozbor pacientových schopností učít se, posouzení potřeb pacienta získat nebo rozšířit si vědomosti, dovednosti, zvyky.

2. Stanovení edukační diagnózy - identifikace problémů pacienta, sestra přesně specifikuje vědomosti, dovednosti a návyky, které pacient nemá a měl by mít.

3. Plánování - sestra stanovuje priority edukace, volí metody, náplň, plánuje učivo se zřetelem na pedagogické zásady a zásady výchovy - princip cílevědomosti, systematičnosti, aktivity, názornosti, uvědomělosti, vhodnosti, všestranného výchovného zaměření, stanovuje cíle edukace v oblasti kognitivní, psychomotorické a afektivní.

4. Realizace - naplánované vyučovací strategie postupují tak, abychom dosáhli žádoucího výsledku s přihlédnutím k věkovým a individuálním neobvyklostem pacienta.

Zhodnocení - zjištění, zda bylo dosaženo vymezených cílů edukace, zda si pacient osvojil požadované vědomosti - kladení otázek a posouzení odpovědí pacienta, zručnosti - pozorování zručnosti klienta při provádění praktických úkonů, zhodnocení efektivnosti edukačního plánu, zápis o edukaci pacienta (<http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx>).

3.4 Cíle edukace

Cíle edukace jsou předpokládané, očekávané změny v chování pacientů, kterých se má edukací dosáhnout. Čím přesněji jsou cíle formulované, tím efektivněji může sestra plánovat, motivovat a řídit učební činnost. Konkrétní definování cílů umožňuje objektivnější kontrolu výsledků edukační činnosti a operativní diagnostiku

přeměn ve struktuře znalostí, zručností, návyků, postojů a názorů účastníka edukačního procesu (<http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx>).

Stanovení cílů v oblasti:

1. kognitivní - osvojování si znalostí a rozumových schopností
 2. psychomotorické - formování např. pohybových a pracovních činností
 3. afektivní - získávání názorů, postojů, hodnotová orientace
- (<http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx>).

Formy edukace

Po formální stránce se edukace uskutečňuje dvěma základními postupy, a to individuálně a skupinově.

3.5 Co vše si musí edukátor uvědomit

1. Koho bude edukovat - jeho věk, pohlaví, národnost, rozum, vzdělanost, individuální zvláštnosti, hendikep,...
 2. Proč bude člověka edukovat.
 3. Co ho chce naučit.
 4. Kdy edukovat - v jaké části dne, v jakých časových jednotkách.
 5. Jak bude edukovat - metody a postupy, jenž bude edukovat (beseda, zhlédnutí DVD, ...).
 6. Za jakých okolností bude edukovat - příprava prostředí (teplo, světlo, klid, soukromí,...), příprava pomůcek.
 7. S jakými očekávanými výsledky bude edukovat
- (<http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx>).

3.6 Edukace duševně nemocných pacientů

Přístup k psychiatricky nemocným pacientům je obtížný především proto, že zamítají spolupráci, nepodrobují se řádu, vyžadují empatii, velkou zodpovědnost a sebedisciplínu. Duševní nemoc častokrát naruší smýšlení, kritičnost i chování pacienta. Práce s duševně nemocnými pacienty žádá notné sebeovládání. Sestra si musí

počínat s jistotou, energičností a slušností. Hlavní je vést pacienta ke stanovení cíle a současně i k jeho splnění.

3.7 Edukační jednotka

Edukační program č. 1

Téma: Jak rozpoznat příznaky počínající ataky

Určeno: Pro pacienty s paranoidní schizofrenií, pro rodinné příslušníky

Školitel: Edukátor

Předpokládaná doba trvání: 45 minut

Cíl:

- pacient zná všechny příznaky onemocnění;
- pacient ví, jak se příznaky rozvíjí;
- pacient ví, jak si může sám pomoci - než začne působit medikace;
- pacient dovede redukovat neodbytné myšlenky;
- pacient má správné znalosti o onemocnění;
- rodina umí poznat rozvoj nemoci.

Osnova edukace:

- popis příznaků nemoci
- popis rozvoje příznaků
- objasnění nástupu účinku medikace
- dostatek informací
- zodpovězení dotazů pacientem, diskuse

Pomůcky:

- publikace;
- prospekty;
- písemná literatura.

Organizace vyučující hodiny:

- prostor - tichá místnost, soukromí - za přítomnosti rodiny (pokud pacient souhlasí), stůl, židle.

Hodnocení:

- ústně

Otázky pro pacienta a rodinu:

- Jaké jsou počáteční příznaky onemocnění?
- Jak se příznaky rozvíjí?
- Jaké jsou případné nežádoucí účinky léků?
- Jak si můžu pomoci sám?
- Máte dostatek údajů o nemoci?

Odpovědi na otázky:**1 - 2) Sledování časných varovných příznaků**

Obecné:

- Nespavost
- Nesoustředěnost
- Neklid
- Nedočkavost
- Pocit, že jsem zesměšňován
- Dojem, že jsem středem zájmu
- Zhoršení paměti
- Nechutenství
- Ztráta zájmu o sociální kontakt

Časné varovné příznaky jsou znamením, že je třeba něco podniknout. Může začít pociťovat ovlivňování zvenčí - například vkládáním myšlenek, vnucováním myšlenek, může mít pocit odposlouchávání.

Bezmocnost může vystřídat všemocnost, může mít pocit, že řídí všechny lidi, jejich konání se mu zdá podléhající jeho vůli. Pocity bezmoci a všemoci se mohou prolínat. Začne ztrácet rozeznávání reality a skutečných prožitků.

3) U některých psychiatrických léků je eventuelní výskyt zácpy nebo naopak průjmu, je patrná ospalost, na druhé straně nespavost, slabost, závratě, bolest hlavy, přibývání na hmotnosti, tendence k mdlobě. Při každém vyskytnutí nějakých nežádoucích účinků informujte lékaře, ale nevysazujte si léky v žádném případě sám.

4) Pacient by neměl podlehnout panice, snažit se klidně sledovat to co se děje, může zkusit se odreagovat posloucháním hudby, lehkou činností, rozmluvou se spřízněnou osobou. Měl by respektovat tyto zásady:

- během akutní léčby nedělat důležitá rozhodnutí;
- neuchylovat se do samoty, snažit se udržovat spojení s blízkými;
- nezůstávat na problémy sám;
- najít si lékaře, kterému věří;
- nebát se lékaři povědět o všem co Vás trápí, jaké máte problémy;
- podstatné je zachování životosprávy - pravidelný spánek a oddech, lehká strava, činnost během dne, řádné užívání předepsané medikace;
- uvědomit si, že schizofrenie je nemoc, jež se dá léčit;
- vystříhat se s požívání alkoholu a omamných látek;
- nenaslouchat svým hlasům a nedůvěřovat vztahovačným myšlenkám;
- nečekat zázraky za pár dnů;
- neukončovat si sami předčasně terapii, i když se budete cítit dobře;
- neklást si nadbytečně neskutečné a vysoké cíle a úkoly;
- při počínající atace nemoci ihned navštívit lékaře, poněvadž počáteční stav nemoci se dá zdolat ambulantní cestou, hospitalizace by nebyla nezbytná.

5) Dostačující poskytnutí informací zlepšuje spolupráci mezi pacientem, příbuznými a lékařem. I rodinní příslušníci a známí by měli mít znalost o nemoci, o symptomech nemoci, přednostech a nevýhodách jednotlivých možnostech léčby. Informace Vám podá lékař nebo je můžete získat z odborné literatury.

Je možno navštěvovat i v našem zařízení denní stacionář, kde se setkávají pacienti se stejným onemocněním a sdělují si své poznatky, problémy a úspěchy. Informace o fungování stacionáře vám poskytne opět váš lékař.

Závěr edukační jednotky:

Pacient i jeho matka, která byla přítomna, odcházeli spokojeni a klidnější po edukaci, oba tvrdili, že se už tolik nebojí života mimo nemocnici. Sám pacient slíbil, že bude navštěvovat denní stacionář, rád by si popovídal i s ostatními nemocnými a podělil se o svoje zážitky a problémy. Do denního stacionáře byl hned objednan na další týden ve středu, slíbil, že tam půjde a rád.

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Identifikační údaje

Jméno a příjmení: NJ	Pohlaví: muž
Datum narození: 1990	Věk: 23
Adresa bydliště a telefon: 0	
Adresa příbuzných: 0	
RČ: 0	Číslo pojišťovny : pojištěn
Vzdělání: vyučen	Zaměstnání: ÚP Znojmo
Stav: svobodný	Státní příslušnost : ČR
Datum přijetí: 1.3.2013	Typ přijetí: akutní
Oddělení: psychiatrie - uzavřená část	Ošetřující lékař: 0

Důvod přijetí udávaný pacientem: „Sem v pořádku to co říká otec je nesmysl, to jen matka a sousedka mě chtěou zabít“.

Medicínská diagnóza hlavní: F20.0 - Paranoidní schizofrenie

Medicínské diagnózy vedlejší: G56.0 Syndrom karpálního tunelu

TK: 120/70	Výška: 183cm
P: 75'	Hmotnost: 75kg
D: 50	BMI: 22,4
TT: 36,7C	Pohyblivost: plně mobilní
Stav vědomí: halucinace	Krevní skupina: 0

Nynější onemocnění: Pacient akutně přijat 01. 03. 2013 ve 20,30, přivezen RZP za doprovodu PČR a otce na centrální příjem a poté na psychiatrické oddělení. Po dlouhodobém požívání návykové látky - marihuana, byl doma agresivní, vyhrožoval mladší sestře i sobě zabitím, měl sluchové i zrakové halucinace.

Informační zdroje: pacient, otec, lékař RZP, policie, dokumentace

Anamnéza

Rodinná anamnéza:

Matka: neurotička

Otec: parkinsonismus, léčen na psychiatrickém oddělení Znojmo

Bratranec: schizofrenie

Sourozenci: 1 sestra (14 let), zdravá

Děti: 0

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění: běžné dětské nemoci

Hospitalizace a operace: v roce 2011 1. hospitalizace na psychiatrické oddělení ze stejného důvodu

Úrazy: 0

Transfúze: 0

Očkování: běžné povinné

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Rivotril	tbl	0,5 mg	1 – 1 – 1	benzodiazepiny
Arcolamyl	tbl	10 mg	1 – 0 – 1	antipsychotika
Hypnogen	tbl		1/N	hypnotikum
Chlorprothixen	tbl	50 mg	1/N	sedativní neuroleptikum

Alergologická anamnéza:

Léky: 0

Potraviny: 0

Chemické látky: 0

Jiné: 0

ABÚZY:

Alkohol: příležitostně

Kouření: 15 - 20 cigaret denně

Káva: 0

Léky: jen ty předepsané

Jiné drogy: marihuana - několikrát denně

Sociální anamnéza:

Stav: svobodný

Bytové podmínky: bydlí s matkou a mladší sestrou v bytě

Vztahy, role, a interakce v rodině: rodiče 5 let rozvedeni, s matkou si v poslední době nerozumí, údajně mu se sousedkou usiluje o život

mimo rodiny: má přítelkyni již 2 roky

Záliby: hudba, pes, přítelkyně

Volnočasové aktivity: tráví čas s přítelkyní

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: základní škola s vyznamenáním, bez záškoláctví, vyučený pekař, bez maturity

Pracovní zařazení: žádné - je veden na ÚP Znojmo, příležitostně brigády

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: 0

Vztahy na pracovišti: 0

Ekonomické podmínky: špatné

Spirituální anamnéza:

Religiozní praktiky: 0

Posouzení současného stavu ze dne 02. 03. 2013 v 7,30 hodin

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	„nic mě nebolí“	Neurologie negativní, skléry bílé, spojivky růžové, jazyk vlhký, dutina ústní a hrdlo klidné, uzliny nezvětšeny
Hrudník a dýchací systém	„bez problémů“	Štítná žláza nezvětšená, uzliny nehmatné, souměrný poklep plic, dýchání sklípkové, čisté
Srdeční a cévní systém	„nemám problémy“	Akce srdeční pravidelná, bez šelestu, pulzace bez periferie
Břicho a GIT	„jím všechno, ale poslední dobou nemám chuť k jídlu“	Poklep nebolestivý, játra nezvětšená, slezina nehmatná
Močový a pohlavní systém	„na malou chodím normálně, při močení to nebolí“	Barva moči normální, ledviny při poklepu nebolestivé
Kosterní a svalový systém	„v pořádku“	Bez deformit

Nervový a smyslový systém	„nevím“	Mírně dezorientovaný, při vědomí, spolupracuje, reflexy přítomné čich, sluch, hmat, zrak
Endokrinní systém	„ o ničem nevím“	štítná žláza nezvětšená, diabetes nemá
Imunologický systém	bez odpovědi	-
Kůže a její adnexa	„mám pár modřin, nevím od čeho“	Na HK a DK modřiny

Poznámky z tělesné prohlídky: 0

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	Doma	„Jedl jsem dobře, ale posledních 14dní nemám chuť k jídlu“	-
	V nemocnici	„Mám raději masité pokrmy“	Výška: 183cm Hmotnost:75kg BMI:22,4 v normě
Příjem tekutin	Doma	1 - 2 l	-
	V nemocnici	1 - 2 l	Kůže nevykazuje známky dehydratace

Vylučování moče	Doma	„Normální“	-
	V nemocnici	„Stejně jako doma“	Vyšetření moče negativní
Vylučování stolice	Doma	„V pořádku“	-
	V nemocnici	„Občas zácpa“	V pořádku
Spánek a bdění	Doma	„Poslední dobou špatný“	-
	V nemocnici	„Špatný“	Naordinována hypnotika
Aktivita a odpočinek	Doma	„Teď žádná“	-
	V nemocnici	„Dobré“	Zapojuje se do dění oddělení
Hygiena	Doma	dobrá	Přišel v dost zanedbaném stavu
	V nemocnici	dobrá	Musí být kontrolován
Samostatnost	Doma	neudává	-
	V nemocnici	Zvládnou vše sám	Zvládne sám vše

Posouzení psychického stavu		
	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí	„jo v pohodě“	V popředí bludné produkce

Orientace		„snad vím kolikátého je, ne?“	V noci bývá často dezorientovaný v prostoru
Nálada		„jde to“	Večer se nálada zhoršuje
Paměť	Staropaměť	0	dobrá
	Novopaměť	0	Dobrá, jen si nepamatuje, jak se dostal do nemocnice
Myšlení		„normální“	zpomalené
Temperament		„jsem raději jen s přítelkyní“	introvert
Sebehodnocení		neodpověděl	-
Vnímání zdraví		„chci se léčit, už neuteču jako minule“	Chápe, že je nemocný
Vnímání zdravotního stavu		„asi to je horší“	Uvědomuje si, že potřebuje léčbu
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění		„je to blbý“	Vadí mu jeho nemoc, ještě se s ní nesmířil
Reakce na hospitalizaci		„vím, že bych se měl léčit, ale raději bych byl doma“	Je negativistický
Adaptace na onemocnění		-	Není vyrovnaný
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)		Obavy z toho co bude dál	Úzkostný, má obavy o budoucnost, jestli vydrží abstinovat od drog

Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie)	-	neudává
--	---	---------

Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální	„nemám problémy“	V popředí bludná produkce
	Neverbální	„nevím“	Při hovoru nenavazuje oční kontakt, velká gestikulace rukou
Informovanost	O onemocnění	„jo něco vím“	Má znalosti, ale užívá jejich účelově, má obavy z budoucnosti

	O diagnost. metodách	neudává	Informace mu byly poskytnuty
	O léčbě a dietě	„vím, co vědět potřebuju“	Ano má
	O délce hospitalizace	„zatím nevím“	Nelze stanovit délka hospitalizace
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	Primární (role související s věkem a pohlavím)	„muž“	Muž
	Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)	„Snad syn“	Syn

	Terciální (související s volným časem a zálibami)	„Teď jsem tady, tak pacient“	Pacient
--	--	---------------------------------	---------

Medicínský management:

Ordinovaná vyšetření: vyšetření krve a moče - základní vyšetření, moč na drogy

Výsledky: moč na drogy - kanabinoidy pozitivní, ostatní výsledky v normě

Konzervativní léčba:

Dieta: 3

Pohybový režim: normální, má zvýšený dozor - nesmí sám do areálu nemocnice, při zlepšení zdravotního stavu lze s doprovodem

RHB: 0

Výživa: normální

Medikamentózní léčba:

- Per os:

Rivotril 0,5 mg 1 – 1 – 1

Arcolamyl 10 mg 1 – 0 – 1

Hypnogen 1/N

Chlorprothixen 50 mg 1/N

- Intra venózní: 0

- Per rectum: 0

- Jiná: i.m. terapie - 1 ampule Haloperidol 5 mg i.m. + 1 ampule Apaurin 10 mg i.m. maximálně 3xdenně, je možná i kurtace pacienta při neklidu a agresi

Chirurgická léčba: 0

Situační analýza

Pacient dovezen RZP za asistence policie a otce 01. 03. 2013 ve 20,30 hodin. Velmi agresivní, zmatený, má bludné produkce - všichni ho sledují, pronásledují, jde mu o život nebo si bude muset on něco udělat. Je v neudržovaném stavu, dehydratovaný, špinavý a zarostlý. Viditelně o sebe moc v poslední době nepečoval. Uložen na pokoj s kamerovým systémem, protože suicidální myšlenky přetrvávají. Jelikož agrese proti sobě i ostatním pokračuje, bylo za asistence policie a RZP použito fyzické omezení pacienta - kurtace horních i dolních končetin a terapie i.m., dle ordinace lékaře - 1 ampule Haloperidol 5 mg i.m. + 1 ampule Apaurin 10 mg i.m. Kurtován byl od 21 hodin do rána do 6 hodin, po dobu kurtace byl zaveden- Bilanční list a Akutní karta, kde se zaznamenával příjem a výdej tekutin a v pravidelných hodinových intervalech byl měřen TK, P, TT. Pacientovi byla přiložena močová lahev na močení. Po celou noc byl pod kontrolou. Ráno došlo k mírnému zklidnění, byl odkurtován, osprchován a opět uložen na lůžku, již bez kurtace. Teprve následující den - 02. 03. 2013 ráno po koupeli a mírném zklidnění, byl s pacientem proveden pohovor a zápis do ošetřovatelské dokumentace.

Stanovení ošetřovatelských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit

Diagnóza č. 1:

Porucha myšlení z důvodu přítomnosti halucinací při základním onemocnění, projevující se obviňováním sousedů a rodiny, odmítáním stravy a tekutin.

Priorita: Vysoká

Cíle:

- Pacient (dále jen P) bude mít normální myšlení - do konce hospitalizace;
- P přijímá stravu a tekutiny - ihned;
- P rozpozná halucinace od reality - do dvou dnů;
- P pociťuje důvěru vůči své rodině - do dvou dnů.

Výsledná kritéria:

- P samostatně přijímá stravu a tekutiny do 2 dnů;
- P zná průběh choroby do 3 dnů;
- rodina je informována a zapojená do péče o pacienta do 24 hod.;
- nedojde k poranění pacienta nebo okolí;
- P nebude dehydratován - ihned;
- P nebude mít úbytek hmotnosti.

Intervence:

- umožni P hovořit o svých prožitcích - sestra
- sleduj přítomnost halucinací a bludů - sestra, ošetřovatel
- dohlížej na pravidelný příjem stravy a tekutin - sestra, ošetřovatel
- sleduj účinky naordinovaných léků - sestra
- opakovaně pomáhej s orientací - místem, časem, osobou - sestra, ošetřovatel
- zajisti pacientovi pohovor s psychiatrem dle potřeby - sestra
- odstraň předměty, kterými by P mohl zranit sebe nebo okolí - sestra, ošetřovatel

Realizace: dne 02. 03. - 04. 03.

- P jsem zavedla bilanci tekutin a u každého jídla pečlivě sleduji, jestli sní celou porci. 02. 03. snědl jen menší polovinu, ale od 03. 03. už začal jíst celé porce;
- u P je kontrolována co 2 dny hmotnost;
- po obědě byl P na rozhovoru s lékařem a reagoval adekvátně;
- všechno jsem zaznamenala do dokumentace.

Hodnocení: Cíl byl splněn

- P nejeví známky sebepoškození, vyrovnaně hovoří o svých prožitcích;
- rozeznává halucinace a realitu P má dostatečné informace o chorobě;
- P přijímá stravu i tekutiny, nejeví známky dehydratace ani úbytek na váze;
- P komunikuje s rodinou bez obviňování;
- byla zajištěna bezpečnost P i okolí;
- v intervencích je třeba pokračovat.

Diagnóza č. 2:

Riziko sebepoškození z důvodu základního onemocnění.

Priorita: Vysoká

Cíl:

- u P nedojde k sebepoškození - ihned;
- P nebude mít suicidální myšlenky - do 24 hodin;
- u P dojde ke stabilizaci stavu - do 3 dnů.

Výsledné kritéria:

- P neprojevuje suicidální myšlenky - do 24 hodin;
- P umí rozpoznat sebepoškození - do 24 hodin;
- P má stabilizovaný stav - do 3 dnů.

Plán intervencí:

- odstraň všechno nebezpečné z okolí P - sestra, ošetřovatel;
- zprostředkuj P rozhovor s psychiatrem - sestra;
- kontroluj P při užívání podaných léků - sestra;
- kontroluj nástup účinků léků, vše zaznamenej - sestra;
- sleduj chování pacienta a zjisti, zda ještě přetrvávají suicidální myšlenky - sestra, ošetřovatel.

Realizace: dne 01. 03. - 02. 03.

- P jsme při příjmu odebrali všechny ostré předměty a uzamkli do skřínky pod jeho jménem;
- v 21,00 hodin byl přikurtován za asistence policie a RZP, včetně lékaře;
- v průběhu celé noci jsem měřila FF u P a sledovala jeho celkové chování;
- ranní léky P bez problému přijal a řádně zapil dostatečným množstvím tekutin;
- po každém podání léku jsem kontrolovala dutinu ústní, zda je skutečně polkl.;

- P po 2 dnech si sám chodí s pitím pro léky na ambulanci, před sestrou je zapíše a ukáže dutinu ústní ke kontrole;

- P je klidnější a ukázněný, nejeví známky suicidálního myšlení.

Hodnocení: Cíl byl splněn

- P nejeví známky sebepoškození;
- vyrovnaně hovoří o svých prožitcích;
- rozeznává halucinace a realitu;
- u P během dvou dnů došlo k pozitivní změně, už neprojevuje známky na suicidy;
- v intervencích je třeba pokračovat.

Diagnóza č. 3

Deficit sebeděže při hygieně z důvodu poruchy kognitivních funkcí, projevující se zanedbanou hygienou.

Priorita: Střední

Cíl:

- P zná význam a důležitost hygieny a provádí ji samostatně - do 2 dnů

Výsledná kritéria:

- P ví, že může požádat sestru nebo ošetřovatelku při ranní hygieně o pomoc;
- P ví, kde je signalizace pro přivolání personálu;
- P si bude denně vykonávat základní hygienu po celou dobu hospitalizace;
- P sám má potřebu dodržovat hygienu do 24 hod.

Intervence:

- promluv s P o důležitosti hygieny - sestra;
- pomoz P při ranní hygieně dle potřeby - sestra, ošetřovatelka;
- ukaž P signalizační zařízení pro přivolání personálu - sestra, ošetřovatelka;
- připrav potřebné věci k ranní hygieně - sestra, ošetřovatelka;
- sleduj bezpečnost při vykonávání hygienických úkonů - sestra, ošetřovatel;
- postupně osamostatňuj P - sestra, ošetřovatel.

Realizace: dne 02. 03. - 03. 03.

- ráno jsem provedla rozhovor s P o významu a důležitosti hygieny a doprovodila jsem ho do koupelny;
- nejdříve se nechtěl umýt, ale nakonec se umyl a oholil;
- pak mi řekl, že se cítí daleko lépe a večerní hygienu vykonával úplně samostatně.

Hodnocení: Cíl byl splněn

- P pochopil význam hygieny a má snahu ji provádět samostatně;
- v intervencích budeme pokračovat.

Diagnóza č. 4

Riziko poškození integrity kůže z důvodu - fyzického omezení - kurtace.

Priorita: Nízká

Cíl:

- u P nedojde k poškození kožní integrity

Výsledná kritéria:

- P nebude mít na přikurtovaných končetinách známky poškozené kožní integrity ihned;
- P nepotřebuje kurtaci - do dvou dnů;
- Nedojde k oslabení FF - u přikurtování - ihned;
- Neobjeví se známky dehydratace v- u přikurtování - ihned.

Intervence:

- zkontroluj, zda jsou kurtovací pomůcky dobře izolovány od kůže - sestra, ošetřovatel;
- sleduj bezpečnost pacienta - sestra, ošetřovatel;
- sleduj reakci P na kurty - sestra, ošetřovatel;
- kontroluj FF - sestra;
- sleduj BT a vše řádně zapisuj - sestra;

- podávej dostatek tekutin - sestra, ošetřovatel;
- podávej léky dle ordinace lékaře - sestra;
- sleduj účinky naordinovaných léků - sestra;
- vše zaznamenávej - sestra.

Realizace: dne 01. 03.

- od 21,00 h do 6,00 hodin ráno byl P přikurtován za asistence policie z důvodu agresivního chování;
- byla mu lékařem naordinována terapie 1 ampule Haloperidol 5 mg i.m. + 1 ampule Apaurin 10 mg i.m.;
- po celou dobu kurtace jsem mu prováděla záznamy do bilanční karty - příjem a výdej tekutin;
- v pravidelných hodinových intervalech jsem měřila, TK, P, TT a zaznamenávala do karty;
- ráno došlo k mírnému zklidnění, byl odkurtován, osprchován.

Hodnocení: Cíl byl splněn

- u P nedošlo k poškození kožní integrity a do konce hospitalizace již nemusel být omezen v pohybu.

Diagnóza č. 5

Strach ze zhoršení choroby z důvodu opakované hospitalizace, projevující se zvýšeným psychickým napětím a nervozitou.

Priorita: Střední

Cíl:

- P zná možnost ataky onemocnění - do 3 dnů;
- P je informovaný o průběhu léčby - do 3 dnů;
- P si uvědomuje příčiny strachu - do konce hospitalizace.

Výsledná kritéria:

- P reálně zhodnotí danou situaci i všechny okolnosti - do konce hospitalizace

- P dovede popsat strach ze zhoršení onemocnění - do 3 dnů
- P chápe důležitost a význam hospitalizace - do 2 dnů
- P zná průběh léčby - do tří dnů

Intervence:

- edukuj pacienta o důležitosti léčby - lékař, psycholog;
- odpověz P otázky související s léčbou v rámci své kompetence - sestra;
- uklidňuj P po dobu hospitalizace - sestra;
- vybídni P, aby slovně vyjádřil své názory a pocity - sestra;
- informuj P o možnosti ataky onemocnění - sestra, lékař;
- snaž se eliminovat strach komunikací s pacientem - sestra, ošetřovatel;
- pouč P o důležitosti pravidelných kontrol a dodržení preventivních opatření - sestra;
- informuj P o duševní hygieně - sestra, lékař;
- počítej z úzkostí pacienta a dle potřeby uprav pořadí informací - sestra, lékař;
- začni s tím, co pacient již zná a pak přejdi k tomu co je pro něj nové, postupuj od jednodušších věcí ke složitějším - sestra, lékař.

Realizace: dne 07. 03. - 12. 03.

- 04. 03. P jsem zavedla k lékaři, který mu poskytl adekvátní informace o možném průběhu onemocnění a léčby;
- lékař s pacientem zhodnotil okolnosti, které mohou být příčinou relapsu, poté jsem vedla rozhovor s P, měl podstatně menší strach a uvědomoval si důležitost hospitalizace, měl i nějaké dotazy;
- vše jsem mu vysvětlila a snažila jsem se ho uklidnit, zpětnou vazbou jsem zjistila, že pacient je klidnější.

Hodnocení: Cíle bylo dosaženo částečně

- P reálně hodnotí situaci, která vedla opakovaně k navrácení choroby a dovede popsat strach z budoucnosti;
- ošetřovatelská diagnóza přetrvává, protože strach se podařil jen zmírnit;
- psychický stav P budeme stále sledovat.

Diagnóza č. 6

Spánek porušený z důvodu psychické lability, projevující se obtížným usínáním a častým probouzením.

Priorita: Střední

Cíl:

- zlepšení spánku a odpočinku - do 48 hodin;
- P má fyziologický spánek - do 3 dnů;
- P spí celou noc bez probuzení - do 3 dnů.

Výsledná kritéria:

- P chápe příčiny, které způsobují poruchy spánku - do 24 hodin;
- P ví o možnosti požádat o léky na spaní - ihned;
- P nespí v průběhu dne - do 24 hodin.

Intervence:

- posuď příčiny poruchy spánku - sestra;
- umožni spánkový rituál - sestra;
- dokumentuj délku spánku denně - sestra;
- pokus se udržet klid a ticho na oddělení - vždy - sestra;
- zajímej se o subjektivní P pocity a stížnosti na spánek - sestra;
- připrav ideální prostředí ke spánku - sestra;
- eliminuj konzumaci nevhodné stravy a stimulačních nápojů před spánkem - sestra;
- vše zaznamenávej do dokumentace - sestra;
- podej léky na spaní dle ordinace lékaře - sestra.

Realizace: dne 05. 03. - 07. 03.

- P si stěžoval na nekvalitní spánek;
- informovala jsem lékaře;
- v průběhu dne jsem se pacientovi snažila zajistit dostatek činnosti, jako je např. sledování TV, hraní různých her a rodina mu donesla oblíbené knihy;

- na noc jsem mu vyvětrala pokoj, upravila lůžko, byl seznámen s dodržováním spánkové hygieny, tzn. maximálně 5 - 6 hodin před spánkem se vyhýbat požívání kávy, čaje, čokolády;

- hlavně před spaním se nerozptylovat negativními myšlenkami.

Hodnocení: Cíl byl úspěšně splněn

- P spí lépe;
- 07. 03. spal 6 hodin v kuse a přemýšlel, že další noc nechce prášek na spaní;
- po probuzení se cítí úplně odpočatý.

Diagnóza č. 7

Porušená společenská interakce v souvislosti se základním onemocněním, projevující se potížemi ve společenských situacích.

Priorita: Střední

Cíl:

- P naváže kontakt s lidmi na oddělení - do 3 dnů;
- P se začlení do společnosti - do 1 měsíce.

Výsledné kritéria:

- P ví, o možnosti rozhovoru s psychologem;
- P si uvědomuje, že má změnit negativní přístup při začlenění do společnosti;
- P ví, že musí být vstřícnější a komunikativnější;
- P se musí naučit potlačit své nálady.

Intervence:

- sleduj vztahy a společenské chování v průběhu hospitalizace – sestra;
- vytvořte pozitivní vztah - sestra do 3 dnů;
- po dosažení výsledku podporuj pacienta v jeho snaze o další zlepšení a začlenění do společnosti - sestra do 5 dnů;

- pomáhej pacientovi na zmírnění negativního přístupu při začlenění do společnosti - sestra do 5 dnů.

Realizace: dne 08. 03. - 15. 03.

- P začíná pociťovat sociální izolaci;
- chybí mu přítelkyně i přátelé;
- velmi opatrně začíná komunikovat s P;
- P opět 11. 03. pociťuje úzkost a strach, že se nezačlení do společnosti a bude omezen;
- P jsem vysvětlila, že léčba onemocnění mu zlepší kvalitu života;
- P byl trošku uklidněn;
- k P jsem přivedla jiného pacienta, který prošel tímto onemocněním a dnes se cítí dobře;
- mluvili spolu asi 2 hodiny;
- po tomto rozhovoru se P uklidnil ještě víc;
- 20. 03. P bude propuštěn domů, už se těší na rodinu.

Hodnocení: Cíl byl splněn částečně

- P sice komunikoval s ostatními P, ale jen po nezbytnou dobu;
- P bude sledován i dále v jeho interakci ve společnosti při dalších kontrolách na psychiatrické ambulanci, kam bude pravidelně docházet.

Celkové hodnocení

Pacient NJ 23letý bude 20. 03. propuštěn do domácího ošetření, je v dobrém psychickém i fyzickém stavu, je si vědom svého onemocnění, že bude delší dobu muset brát předepsané léky, chodit na pravidelné kontroly k lékaři. Jen si není úplně jist, zda se mu nemoc nevrátí, nenastane u něj ataka opět v akutním stavu, zda se mu podaří začlenit do společnosti. Má ještě stále obavy o budoucnost, jak to bude fungovat doma, s přítelkyní a jestli vůbec sežene práci a bude moci založit rodinu. Bylo mu doporučeno navštěvovat při našem oddělení denní stacionář, kde má možnost se v určité dny setkat se stejně nemocnými lidmi a popovídat si o všem co ho neustále trápí. U těchto sezení je přítomen i psycholog, se kterým si může pacient domluvit dle potřeby individuální pohovor.

5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na oddělení psychiatrie se setkáváme často s pacienty s paranoidní schizofrenií, navrhovali bychom tato doporučení zejména pro ošetřující personál, pro pacienty a pro rodiny pacientů s paranoidní schizofrenií.

DOPORUČENÍ PRO OŠETŘUJÍCÍ PERSONÁL:

- mít dostatek vědomostí a znalostí o péči pacientů s paranoidní schizofrenií;
- absolvovat kvalitní kurz sebeobrany pro případ napadení pacientem v akutní fázi nemoci;
 - dodržovat pravidla při péči o pacienta, tzn. vyhýbat se očnímu kontaktu (pokud to pacient nesnese);
 - pacienta se nedotýkat;
 - nezůstat s pacientem sám v místnosti, mít vždy při hovoru s pacientem v místnosti dveře za zády;
 - nevyvracet pacientovi jeho bludné produkce nebo halucinace, ale ani ho v nich neutvrzovat;
 - odstranit a odebrat pacientovi veškeré ostré předměty, aby nedošlo ke zranění sebe nebo druhých;
 - dbát na to, aby pacient bral pravidelně medikaci, zapil a polkl ji před Vámi;
 - zapojovat pacienta, pokud to jeho zdravotní stav dovolí do aktivit na oddělení neotáčet se k pacientovi zády;
 - mluvit tichým klidným hlasem, podávat jasné a stručné informace o tom, co zrovna dělám, co se s ním bude dít.

DOPORUČENÍ PRO PACIENTY:

- dodržování pravidelné životosprávy;
- brát pravidelně předepsanou medikaci;
- v žádném případě nepožívat alkohol a drogy;
- rozeznat příznaky ataky;
- při začínajících příznacích ataky ihned navštívit lékaře;
- mluvit o svých prožitcích s někým komu věří;
- vyhýbat se stresovým situacím;
- chodit na pravidelná setkání s ostatními nemocnými do denního stacionáře;
- neuzavírat se do sebe a nestranit se okolnímu světu;
- sehnat si telefonní kontakty na krizová centra a dát si je na viditelné místo, aby bylo vždy, když bude potřeba po ruce.

DOPORUČENÍ PRO RODINU PACIENTA:

- vyslechnout vždy když to bude nutné a potřebné;
- dbát na dodržování denního režimu;
- rozpoznat počínající ataku;
- umět pochválit i za maličkosti;
- kontrolovat užívání léků;
- v rámci možností si vyhledat skupiny rodičů, kteří mají podobně nemocné děti a vést s nimi diskuse, dělit se s nimi o své poznatky.

ZÁVĚR

Cílem této práce bylo navrhnout a realizovat plán individuální péče o pacienta s paranoidní schizofrenií. Cíl byl splněn. Vypracovali jsme ošetrovatelský proces pacienta s paranoidní schizofrenií. Toto téma bylo vybráno z důvodů zvyšujícího se počtu pacientů, zvláště mladých lidí. Toto onemocnění přináší skutečně velkou zátěž nejen pacientovi, ale i jeho okolí, zároveň je to jedna z častých příčin sebevražedných pokusů i dokonavých sebevražd.

V teoretické části byla rozebrána historie onemocnění schizofrenie, formy schizofrenií. Dále je zde uvedena léčba schizofrenie, příznaky, etiologie a výskyt onemocnění. V praktické části jsme se zabývali konkrétním pacientem od jeho příjmu až po jeho propuštění do domácí péče.

Byly sestaveny sesterské diagnózy. Stanovené ošetrovatelské diagnózy byly rozpracovány a stanovené cíle byly téměř splněny. Součástí práce je i edukační proces. Je třeba si uvědomit, že i když onemocnění schizofrenie je dnes dobře léčitelné, stále může být život ohrožující. Proto je třeba mu předcházet vhodnou edukací, optimálním životním stylem, pravidelnými návštěvami v ambulantní péči, užívání medikace a prevencí relapsu onemocnění.

Domníváme se, že pacientům schází souhrn podstatných informací jak o sebe pečovat v domácím prostředí, proto byl navržen informační prospekt, který vznikl na základě našich doporučení pro praxi, byl by vydáván individuálně na doporučení lékaře pacientům při propuštění. Doporučení pro ošetřující personál bude vyvěšen na nástěnce na oddělení.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie. *Psychoedukace u schizofrenie*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2012. 71 s.

BRIGANTOVÁ, Marie. *Specifika ošetrovatelské péče u pacientů hospitalizovaných v psychiatrické léčebně: bakalářská práce* [online]. České Budějovice: Jihočeská universita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2011 [cit. 2012-10-03]. 105 l. Vedoucí práce Dita Nováková. Dostupné z:
<http://theses.cz/id/tj5bbz/Bakalsk_prce_-Brigantov.pdf

ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, 2005, 101 s. ISBN 80-7345-056-9.

DOUBEK, Pavel. *Psychóza v životě - život v psychóze: informace, rady a doporučení*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2010, 57 s. ISBN 978-80-7345-231-5.

DOUBEK, Pavel. *Psychóza v životě - život v psychóze: příručka pro pacienty trpící psychózou a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf, 2008, 63 s. ISBN 978-80-7345-156-1.

DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. 632 s. Psyché. ISBN 978-80-247-1620-6.

Férová nemocnice [online]. Liga lidských práv, 2008. [cit. 01. 05. 2013]. Dostupné z: <http://www.ferovanemocnice.cz/prava-osob-s-dusevni-nemoci-30/nedobrovolna-hospitalizace-97.html>

Férová nemocnice [online]. Liga lidských práv, 2008. [cit. 01. 05. 2013]. Dostupné z <http://www.ferovanemocnice.cz/prava-osob-s-dusevni-nemoci-30/omezovaci-prostredky-99.html>

HARTOVÁ, Petra. Schizofrenie zblízka [online]. *Psychiatrie pro praxi*. 2011, roč. 12, č. 4, s. 159-160 [cit. 2012-10-05]. Dostupné z:

<<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/04/07.pdf>>.

HOSÁKOVÁ, Jiřina a kol. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. Vyd. 1. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2007. 158 s. ISBN 978-80-7248-442-3.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

KOČOVÁ, Jitka. *Důsledky psychotického onemocnění na kvalitu života pacienta: bakalářská práce* [online]. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství, 2011 [cit. 2012-10-03]. 69 l. Vedoucí práce Radovan Příkryl. Dostupné z:<http://is.muni.cz/th/326255/lf_b/Dusledky_psychotickeho_onemocneni_na_kvalitu_zivota_pacienta_xneqavlw.pdf

KOTOWSKI, Abigail. Case study: a young male with auditory hallucinations in paranoid schizophrenia. *International journal of nursing knowledge*. 2012, Vol. 23 (1), pp. 41.

MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina a BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. 352 s. Sestra. ISBN 80-247-1151-6.

Multimediální trenážer plánování ošetrovatelské péče [online]. Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové, 2010. [cit. 21. 03. 2013]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx>

PEČEŇÁK, Ján. *Kapitoly o schizofrénii*. Martin: Osveta, 2005, 195 s. ISBN 80-8063-201-4.

PRAŠKO, Ján. *Léčíme se s psychózou: co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách: příručka pro nemocné a jejich rodiny*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune Group, 2005, 96 s. ISBN 80-239-5482-2.

PRAŠKO, Ján. *Psychotická porucha a její léčba: příručka pro nemocné a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf, 2001, 90 s. ISBN 80-85912-65-1.

PRAŠKO, Ján. *Psychiatrie pro střední zdravotnické školy*. Vyd. 1. Praha: Informatorium, 2003, 192 s. ISBN 80-7333-002-4.

PRAŠKO, Ján a kol. *Poruchy osobnosti*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. 359 s. ISBN 978-80-7367-558-5.

RABOCH, Jiří, ed. et al. *Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče II*. 1. vyd. V Praze: Infopharm, 2006. 204 s. ISBN 80-239-8501-9.

RICHARDS, Ann. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2004. 374 s. ISBN 80-247-0932-5.

Schizofrenie: edukační program WPA. 1. vyd. Praha: Academia Medica Pragensia - Amepra, 2003. 148 s.

SEZNAM PŘÍLOH

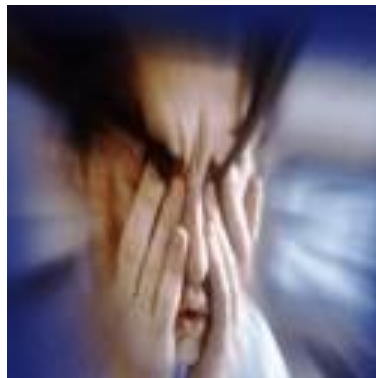
Příloha A - Doporučení pro personál (bude vyvěšen na nástěnce na oddělení)	I
Příloha B - Informační prospekt pro pacienta s paranoidní schizofrenií	II
Příloha C – Nedobrovolná hospitalizace, omezovací prostředky	VI
Příloha D – Rešerš	VIII

DOPORUČENÍ PRO OŠETŘUJÍCÍ PERSONÁL:

- mít dostatek vědomostí a znalostí o péči pacientů s paranoidní schizofrenií
- absolvovat kvalitní kurz sebeobrany pro případ napadení pacientem v akutní fázi nemoci
- dodržovat pravidla při péči o pacienta, tzn. vyhýbat se očnímu kontaktu (pokud to pacient nesnese)
- pacienta se nedotýkat
- nezůstat s pacientem sám v místnosti, mít vždy při hovoru s pacientem v místnosti dveře za zády
- nevyvracet pacientovi jeho bludné produkce nebo halucinace, ale ani ho v nich neutvrzovat
- odstranit a odebrat pacientovi veškeré ostré předměty, aby nedošlo ke zranění sebe nebo druhých
- dbát na to, aby pacient bral pravidelně medikaci, zapil a polkl ji před vámi
- zapojovat pacienta, pokud to jeho zdravotní stav dovolí do aktivit na oddělení
- neotáčet se k pacientovi zády
- mluvit tichým klidným hlasem, podávat jasné a stručné informace o tom, co zrovna dělám, co se s ním bude dít

INFORMAČNÍ PROSPEKT PRO PACIENTY S PARANOIDNÍ SCHIZOFRENIÍ

Autor: Libuše Štrublová



[Svět zázraků](#)

*„Neplačte nad minulostí - ta už je pryč.“
„Nestresujte se budoucností - ta ještě nepřišla.“
„Žijte v přítomnosti a udělejte ji krásnou.“*

(Wisdom Quotes)

Úvod

Tento prospekt je vydáván pacientům s paranoidní schizofrenií, kteří mají zájem o informace jak vést kvalitní a plnohodnotný život i za zdmi nemocnice. Jsou zde uvedena různá doporučení přímo pro pacienta, ale i pro jeho rodinu a blízké okolí.

DOPORUČENÍ PRO PACIENTY:

- **dodržování pravidelné životosprávy**
- **brát pravidelně předepsanou medikaci**
- **v žádném případě nepožívat alkohol, nezákonné látky a kofein**
- **rozeznat příznaky ataky**
- **při začínajících příznacích ataky ihned navštívit lékaře**
- **mluvit o svých prožitcích s někým komu věří, umět otevřeně komunikovat**
- **vyhýbat se stresovým situacím**
- **chodit na pravidelná setkání s ostatními nemocnými do denního stacionáře**
- **neuzavírat se do sebe a nestranit se okolnímu světu**
- **sehnat si telefonní kontakty na krizová centra a dát si je na viditelné místo, aby bylo vždy, když bude potřeba po ruce**
- **vybrat si lékaře, ke kterému budete mít důvěru**
- **naučte se relaxovat**
- **neberte si příliš úkolů**
- **udělejte si plán na každý den a snažte se jej dodržovat**
- **naučte se překonat špatnou náladu, získejte znovu kontrolu nad svým životem**
- **naučte se bojovat proti negativním myšlenkám**

DOPORUČENÍ PRO RODINU PACIENTA:

- **vyslechnout vždy když to bude nutné a potřebné**
- **dbát na dodržování denního režimu**
- **rozpoznat počínající ataku**
- **umět pochválit i za maličkosti**
- **kontrolovat užívání léků**
- **v rámci možností si vyhledat podpůrné skupiny pro rodiny stejně nemocných**
- **vést s nimi diskuse, dělit se s nimi o své poznatky**
- **být pravidelně v kontaktu s lékařem pacienta, nechat si objasnit plán léčby a léčebné záměry**
- **vyhýbat se konfrontaci a kritizování**
- **nezapomínejte ani na sebe a na své záliby a koníčky**
- **odpočívejte, protože kdybyste i vy onemocněli, kdo bude pečovat o vašeho blízkého**

Příloha C – Nedobrovolná hospitalizace, omezovací prostředky

Nedobrovolná hospitalizace

„Hospitalizovat pacienta bez jeho souhlasu je možné jen z důvodů, které jsou výslovně stanoveny v zákoně. Jedním z nich je i situace, kdy osoba ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy nebo touto poruchou trpí, či je pod vlivem návykové látky. Nedobrovolná hospitalizace představuje závažný zásah do práv pacienta, a je proto možné realizovat ji pouze, pokud nelze hrozbu pro pacienta nebo jeho okolí odvrátit jiným způsobem“.

„Zdravotnické zařízení má povinnost oznámit nedobrovolné převzetí pacienta do 24 hodin soudu. Soud pak musí do 7 dní od začátku hospitalizace rozhodnout o tom, zda k nedobrovolnému převzetí došlo v souladu se zákonem. Pokud se tak stalo, začíná další fáze řízení, kdy soud do 3 měsíců rozhoduje na základě znaleckého posudku o tom, zda další držení pacienta ve zdravotnickém zařízení je přípustné, příp. jakou dobu. V případě, že soud rozhodne o další přípustnosti držení pacienta ve zdravotnickém zařízení, může tak učinit nanejvýše na dobu jednoho roku. Poté musí přijít nové vyšetření a případně nové soudní rozhodnutí o další hospitalizaci“.

Omezovací prostředky

„Omezovacími prostředky se rozumí prostředky k omezení pacienta ve volném pohybu. Jedná se o úchop pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami určenými zdravotnickým pracovníkem, pobyt na uzavřeném oddělení, umístění pacienta v ochranném (síťovém) lůžku, umístění pacienta v izolační místnosti, omezení pacienta v pohybu (ochranné pásy, kurty), užití ochranných prostředků (svěrací kazajky), připoutání k lůžku a jinému prostředku (kočárek, křeslo, nosítka), parenterální podání psychofarmak. Lze je použít výjimečně v případě, že člověk svým jednáním ohrožuje sebe nebo své okolí, a jejich použití je omezeno na nezbytně nutnou dobu, ve které trvá toto ohrožení“.

„Použití omezovacích prostředků je právně pojímáno jako nedobrovolná hospitalizace a zdravotnické zařízení jej musí oznámit soudu. O užití omezovacích prostředků rozhoduje zásadně lékař. Omezovací prostředky smějí užívat pouze

zdravotníci pracovníci. Pacient omezený těmito prostředky musí být pravidelně kontrolován, musí být určeny intervaly kontrol, musí být zajištěno, aby se nezranil, aby nedocházelo k dehydrataci, podvýživě, podchlazení a k proleženinám a aby měl možnost osobní hygieny a toalety. Samo užití omezovacích prostředků není důvodem pro omezení návštěv pacienta“.

Zdroj:<http://www.ferovanemocnice.cz/prava-osob-s-dusevni-nemoci-30/omezovaci-prostredky-99.html>, poslední aktualizace: 29. 03. 2012

R e š e r š e

(Dokumentografická jednorázová rešerše)

Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s paranoidní schizofrenií

Vypracovala:

Městská knihovna Znojmo

Zámečnická 288/9

669 26 Znojmo

Tel. 515 224 346

www.knihovnazn.cz

knihovna@knihovnazn.cz

Evidenční číslo: 3/2012

Datum vypracování: 8. 10. 2012

Celkový počet záznamů: 62

Zpracovala: Bc. Michaela Vrábelová

Rešerše:

Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s paranoidní schizofrenií

Klíčová slova: zdravotnictví, schizofrenie, paranoidní schizofrenie, ošetrovatelská péče, následná péče, edukace

Druhy dokumentů zachycených v rešerši:

Knihy, články, akademické práce, elektronické zdroje

Časové vymezení: 2003-2012

Jazykové vymezení:

dokumenty v českém, anglickém a německém jazyce

Zvolené uspořádání a počet záznamů:

Záznamy jsou rozděleny na následující části:

knihy, články, akademické práce, elektronické zdroje

Knihy – 39 záznamů – abecedně dle příjmení autora, příp. prvního slova názvu

Články – 11 záznamů – abecedně dle příjmení autora, příp. prvního slova názvu

Akademické práce – 11 záznamů – abecedně dle příjmení autora, příp. prvního slova názvu

Elektronické zdroje – 1 záznamů – abecedně dle příjmení autora, příp. prvního slova názvu

Prohledávané informační zdroje:

- Katalog Národní knihovny ČR
- Souborný katalog ČR
- Česká národní bibliografie
- SKAT – Souborný katalog naučné literatury
- Jednotná informační brána – JIB
- Katalog Moravské zemské knihovny Brno – ALEPH
- Katalog Národní lékařské knihovny – MEDVIK (<http://www.medvik.cz/bmc/>)
- Informační systém Masarykovy univerzity – Absolventi a archiv závěrečných prací – is.muni.cz
- Vysokoškolské kvalifikační práce – theses.cz
- Google Book Search
- Google Scholar
- Internet – použité vyhledávače google.com, seznam.cz

