

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

**EDUKAČNÍ PROCES PACIENTA S PSYCHOTICKÝM
ONEMOCNĚNÍM**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ZUZANA BOSÁKOVÁ, DiS.

Praha 2014

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

**EDUKAČNÍ PROCES PACIENTA S PSYCHOTICKÝM
ONEMOCNĚNÍM**

Bakalářská práce

ZUZANA BOSÁKOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Michaela Karafiátová

Praha 2014



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

Bosáková Zuzana
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 15. 10. 2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Edukační proces u pacienta s psychotickým onemocněním

Educational Process for Patients with Psychotic Disorders

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Michaela Karafiátová

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

V Praze dne: 30. 10. 2013


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31.5. 2014

podpis

ABSTRAKT

BOSÁKOVÁ, Zuzana. Edukační proces pacienta s psychotickým onemocněním. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Michaela Karafiátová. Praha. 2014. 56 s.

Hlavní osou bakalářské práce je edukace psychotického pacienta. Teoretická část popisuje charakteristiku a problematiku psychotických onemocnění se zaměřením na schizofrenii. Následují specifika ošetrovatelské péče zaměřená na pacienta hospitalizovaného na psychiatrii. Edukační proces obsahuje 4 edukační jednotky určené pro pacienta se schizofrenií. Jednotky jsou zaměřeny na rozšíření znalostí o samotném základním onemocnění, prevenci relapsu a životním režimu schizofrenika.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit míru informovanosti pacienta o psychotických onemocněních, minimalizovat jeho nedostatky v informovanosti, ucelit informace o jeho onemocnění pomocí edukačního procesu.

Klíčová slova

Denní režim. Edukace. Psychotická onemocnění. Schizofrenie. Znovuvzplanutí.

ABSTRACT

BOSÁKOVÁ, Zuzana. Educational process for patients with psychotic disorders. The College of Nursing, o.p.s. Qualification level: bachelor's degree (Bc.). Supervisor: Mgr. Michaela Karafiátová. Praha. 2014., 56 pages.

The main basis of this bachelor's work is education of psychotically disordered patient. The theoretical part describes characteristic and problematic of psychotic disorders with focusing on schizophrenia. Next part is focused on specifics of nursing care of hospitalized patient. The educational process consists of four educational units intended for schizophrenic patient. The units are focused on expansion of knowledge about the disorder itself, relapse prevention and daily routine of the schizophrenic.

The goal of this bachelor's work was to find out the patient's level of knowledge of psychotic diseases, to minimize the lack of patient's knowledge and to unify the information about the patient's disease by means of educational process.

Key words

Daily routine . Education. Psychotic disorders. Schizophrenia. Reflaring.

PŘEDMLUVA

Psychotická onemocnění jsou velice širokým okruhem a zahrnují mnoho různých onemocnění. Téma pro bakalářskou práci jsem si zvolila s ohledem na své pracoviště (Psychiatrická nemocnice v Kroměříži), kde již pátým rokem pracuji na gerontopsychiatrii. Dle mých předcházejících zkušeností jsou pacienti a jejich nejbližší nedostatečně nebo nevhodně informováni. Málokdy je také prostor a čas k diskuzi či ověření správného pochopení informací pacientem, proto jsem se rozhodla metodou edukačního procesu tuto informovanost u jednoho z pacientů ověřit a rozšířit dle potřeby. Kvůli shromažďování literatury k teoretické části práce jsem přečetla mnoho zajímavých článků, díky kterým jsem se dozvěděla novinky z oboru, ve kterém pracuji a mohou mi být přínosem v praxi.

Práce je určena pro pacienty, jejich příbuzné a pro každého koho tato problematika zajímá.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	11
1 PSYCHOTICKÁ ONEMOCNĚNÍ.....	13
1.1 ROZDĚLENÍ PSYCHOTICKÝCH ONEMOCNĚNÍ	13
1.2 PŘÍČINY VZNIKU PSYCHOTICKÝCH ONEMOCNĚNÍ	14
1.3 PŘÍZNAKY PSYCHÓZ.....	14
1.4 PŘÍZNAKY PSYCHÓZ PODLE TOHO, KTEROU SLOŽKU PSYCHIKY NARUŠUJÍ.....	15
1.5 ROZPOZNÁNÍ DUŠEVNĚ NEMOCNÉHO	19
1.6 VYŠETŘENÍ V PSYCHIATRII	20
1.7 LÉČBA	23
1.8 POSTOJE VEŘEJNOSTI K DUŠEVNĚ NEMOCNÝM	24
1.9 PREVENCE DUŠEVNÍCH ONEMOCNĚNÍ	25
2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ S PSYCHOTICKÝM ONEMOCNĚNÍM	30
3 OBECNÉ VYMEZENÍ EDUKACE.....	33
4 EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA S PSYCHOTICKÝM ONEMOCNĚNÍM.....	34
5 DISKUZE.....	54
5.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	54
ZÁVĚR	56
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	57
PŘÍLOHY	

SEZNAM ZKRATEK

BMI.....	index tělesné hmotnosti
CD - ROM.....	kompaktní disk
CT.....	počítačová tomografie
DVD.....	digitální víceúčelový disk
EEG.....	elektroencefalogram
EKG.....	elektrokardiogram
GPSY KM.....	gerontopsychiatrie Kroměříž
KO.....	krevní obraz
KO + diff.	krevní obraz plus diferenciál
MKN.....	mezinárodní klasifikace nemocí
PET.....	pozitronová emisní tomografie
pH.....	vodíkový exponent
RTG.....	rentgen
SM	soubor minerálů
SPECT.....	jednofotonová emisní výpočetní tomografie
SZP.....	střední zdravotnický personál (všeobecná sestra)
T3.....	trijodtyronin
T4.....	tyroxin
tbl.....	tableta
TS.....	testament suicidii (pokus o sebevraždu)

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Abstinenční: zdrženlivý

Abulie: ztráta vůle a iniciativy

Adjuvantní: pomocný

Afekt: prudké citové hnutí

Agrese: napadení

Akcesorní: přídatný

Akinetický: nepohyblivý

Akutní: prudce, rychle probíhající

Ambivalence: dvojakost, protichůdnost citů

Anhedonie: neschopnost prožívat city

Antidepresiva: skupina léků k léčbě deprese

Antiepileptika: léky užívané v léčbě epilepsie

Anticholinergika: látky blokující účinek acetylcholinu

Antipsychotika: skupina léků k léčbě psychóz

Anxiózní: úzkostný

Apatie: netečnost

Aprosexie: těžká porucha pozornosti

Asociace: sdružení, spojení

Autismus: nadměrné a chorobné zaměření ke své vlastní osobě se ztrátou kontaktu s realitou

Autorita: úcta, uznávaná vážnost

Deprivace: dlouhodobý nedostatek tělesných a psychických potřeb

Dezorientace: porucha orientace, ztráta vědomí o místě a času, v horším případě i o vlastní osobě

Diagnostika: proces stanovení diagnózy vyšetřováním pacienta

Dimenze: rozměr

Direktivní: řízený

Disharmonie: nesoulad

Dispozice: předpoklad, sklon

Dopamin: látka hrající důležitou roli v nerovném systému

Dynamická: týkající se pohybu, vývoje či změny v souvislosti s vyvolávajícími příčinami

Elektrokonvulzivní terapie: léčba psychických poruch pomocí krátkých elektrických impulsů v mozku pacienta

Eliminovat: vyloučit

Emoční: citový

Empatie: schopnost cítit se do druhého, do jeho myšlenek a pocitů

Endogenní: vnitřní, mající vnitřní příčinu

Endokrinní: týkající se žláz s vnitřní sekrecí

Epizoda: drobná událost

Euforie: příjemný subjektivní pocit tělesné a psychické pohody

Excitace: vzrušení, podráždění

Exogenní: zevní, z vnějších příčin

Expanzivní nálada: povznesená, netrpělivá, podrážděná

Experimentální: pokusný

Extatický: vytržený, vzrušený

Flexibilitas cerea: vosková flexibilita, porucha při níž je nápadná pasivita částí lidského těla, které lze snadno nastavit do určité polohy, v níž potom dlouho setrvávají.

Frustrace: stav při závažném neuspokojení nebo oddálení uspokojení lidských potřeb

Genetika: věda studující zákonitosti a mechanismy dědičnosti

Glutamát: významný budivý přenašeč

Hyperkinetický: zvýšeně pohyblivý

Hyperventilace: prohloubené a zrychlené dýchání, při kterém dojde k poklesu oxidu uhličitého pod normální hodnoty

Hypokinetický: vyznačující se nedostatkem pohybů

Impuls: podnět

Inadekvátní: nepřiměřený

Individualita: vyhraněná osobnost, svéráznost

Integrovat: spojování

Intenzita: síla

Interpersonální: mezi lidmi, osobami

Intoxikace: otrava

Kognitivní funkce: procesy a operace, které provádí nervová soustava (pozornost, paměť, řeč...)

Komunita: společenství

Konflikt: neshoda, rozpor

Konzistentní: soudržný, pevný

Kvalitativní: popisující jev z hlediska jeho kvality, jakosti

Kvantitativní: týkající se kvantity, vyčíslitelný

Laik: neodborník

Manický: chorobně zaujatý

Medikace: léčení pomocí léků, resp. jejich předepisování

Negativní: záporný

Nespecifické: ničím zvláštním se nevyznačující

Parakinetický: projevující se poruchou souladnosti pohybů

Perzekuční bludy: chorobné a nevývratné přesvědčení o tom, že je nemocný sledován, stíhomam

Pozitivní: kladný

Predispozice: skutečnost nebo stav usnadňující vznik poruchy

Premorbidní: před onemocněním

Primární: prvotní, hlavní, základní

Prodromální: příznaky ohlašující příchod nemoci

Prognóza: předpověď průběhu a zakončení nemoci

Psychoedukace: poskytování výchovně vzdělávací informace o určité problematice

Psychomotorika: pohybové projevy duševních jevů

Psychotherapie: léčba psychologickými prostředky

Psychotraumatizující: způsobující duševní trauma (poruchu, poranění)

Reaktivita: schopnost reagovat

Redukovat: zmenšit, omezit

Rehabilitace: obnovení původního stavu

Rekonvalescence: zotavení

Relaxace: uvolnění

Rigidita: ztuhlost

Rivalita: soupeření

Sekundární: druhotný, vedlejší

Serotonin: jeden z biologických aminů

Sociální: společenský

Somatické: tělesné

Somatoformní: projevy somatických obtíží a příznaků, které nelze vysvětlit tělesnou poruchou, ale může jít např. o potíže neurotické

Stabilita: stálost, rovnováha

Stabilní: stálý, odolný vůči změnám

Stigma: viditelná známka nemoci

Stres: stav organismu, který je obecnou odezvou na jakoukoliv výrazně působící zátěž, ať už tělesnou nebo duševní

Stupor: nadměrná strnulost a ztuhlost

Subakutní: průběh nemoci, který je méně prudký

Subjektivní: osobní

Suggestivní: vnášení myšlenek a představ do vědomí druhého

Suicidiální jednání: sebevražedné

Symptomatika: nauka o příznacích choroby

Terapeutická: léčebná

Vitalita: životaschopnost

(VOKURKA, HUGO, 2002)

ÚVOD

Pro bakalářskou práci jsme zvolili psychotická onemocnění jako zajímavé, ale velice rozsáhlé téma, proto bylo toto téma v praktické části zaměřeno přímo na schizofrenii. Schizofrenie je totiž jedním z nejčastěji vyskytujících se onemocnění v psychiatrii vůbec.

Cílem bakalářské práce je zjistit míru informovanosti pacienta o psychotických onemocněních, minimalizovat jeho nedostatky v informovanosti, ucelit informace o jeho onemocnění pomocí edukačního procesu.

Teoretická část obsahuje základní rozdělení psychotických onemocnění, příčiny jejich vzniku, příznaky podle toho, kterou složku psychiky narušují i příznaky obecné. Další část se zabývá rozpoznáváním duševně nemocného – příznaky před propuknutím nemoci, během ní, při odeznívání a následné rekonvalescenci - resocializaci. Neméně důležitou částí je vyšetření v psychiatrii, které je rozděleno na základní vyšetření, anamnézu, přítomný stav psychický a přítomný stav fyzický, které jsou pro psychiatrii typické, psychologické vyšetření je nejdůležitější částí diagnostiky a jako doplňující část pomocné vyšetřovací metody. Léčba je zaměřena především na psychoterapie. Další podkapitolou jsou postoje k duševně nemocným a prevence duševních onemocnění, která je zaměřena na relaxace a minimalizaci stresu. Poslední podkapitolou teoretické části je jedno z nejzávažnějších a velmi často se vyskytujících psychotických onemocnění a to je schizofrenie, na kterou je zaměřena i praktická část. Samotnou teorii mé závěrečné práce uzavírají specifika ošetrovatelské péče na psychiatrii.

Jako úvod k praktické části je popsána teoretická charakteristika samotné edukace. Edukační proces začíná fází posuzování vybraného pacienta, která na konci obsahuje vstupní test, v druhé fázi (diagnostika) jsou stanoveny deficity vědomostí a postojů, na které navazuje třetí fáze (plánování), kde jsou konkrétně určeny jednotlivé edukační jednotky, které jsou ve čtvrté fázi (realizace) uvedeny do praxe a pomocí kontrolních otázek ověřena úspěšnost edukace. V páté fázi dochází k vyhodnocení celého procesu a zhodnocení dosažení cílů.

Velmi důležitou samostatnou kapitolou je diskuze, jejíž součástí je doporučení pro praxi. Doporučení pro praxi je zaměřeno na ošetrující personál v psychiatrickém oboru, na samotného pacienta a v neposlední řadě na jeho rodinu a blízké.

Podle Ústavu zdravotnických informací a statistik ČR (ÚZIS) bylo v letech 2010, 2011 a 2012 hospitalizováno v psychiatrických lůžkových zařízeních 59 169 – 59 925, takže rozdíl v posledních letech není v celkovém počtu tak markantní. Během těchto let se měnila strukturalizace zařízení (ubylo jedno nemocniční zařízení, přibyla jedna psychiatrická léčebna).

Konkrétně v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži, kde byl realizován edukační proces, bylo hospitalizováno v roce 2009 4718 pacientů při kapacitě 1100 lůžek, další rok 2010 to bylo přesně o 1000 pacientů víc (4818 pacientů) při stejné kapacitě lůžek, v roce 2011

byl nárůst hospitalizovaných pacientů na 4990, přičemž se začala snižovat kapacita lůžek na 1050, další rok, 2012, bylo k dispozici lůžek 995 a hospitalizovaných pacientů téměř stejný počet jako v roce 2010 (při vyšší kapacitě o zhruba 1000 lůžek) a to 4860. Z toho usuzujeme, že přes snižování lůžek probíhá přibližně stejný počet hospitalizací, což přisuzujeme i účinkům nových léčiv, rozšíření počtu ambulantních psychiatrů a dalším faktorům.

1 PSYCHOTICKÁ ONEMOCNĚNÍ

1.1 ROZDĚLENÍ PSYCHOTICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

Základní rozdělení psychotických onemocnění:

- organické duševní poruchy včetně symptomatických,
- duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek,
- schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy,
- afektivní poruchy (poruchy nálady),
- neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy,
- poruchy příjmu potravy,
- neorganické poruchy spánku,
- sexuální dysfunkce nevyvolaná organickou poruchou nebo nemocí,
- duševní poruchy a poruchy chování spojené s šestinedělím,
- abúzus látek nevyvolávajících závislosti,
- poruchy osobnosti a chování u dospělých,
- návykové a impulzivní poruchy,
- poruchy pohlavní identity,
- poruchy sexuální preference,
- mentální retardace (DUŠEK, VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, 2010).

1.2 PŘÍČINY VZNIKU PSYCHOTICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

Příčiny psychických poruch je obtížné určit. U mnoha poruch jsou dokonce stále neznámé. Přihlíží se na stránku biologickou, psychickou, sociální (vztahovou) i přesahovou (duchovní). Všechny roviny jsou navzájem propojeny a nerovnováha každé z nich ovlivňuje ty další.

Aspekty vzniku duševních poruch:

1.2.1 BIOLOGICKÉ

Mezi biologické aspekty řadíme genetickou příčinu nebo geneticky podmíněnou dispozici, např. u mentálních retardací. U schizofrenií se po genetických změnách, které ji způsobují, stále pátrá.

Další příčiny vzniku psychických poruch může být řada exogenních faktorů charakteru biologického (např. infekce, paraziti), fyzikálního (např. úrazy hlavy s poraněním mozku), chemického (jedy, toxiny, alkohol, léky, návykové látky...). Neméně důležité jsou endogenní faktory, kdy je mozek poškozen primárně (např. nádorem či ischemií...) nebo sekundárně (při onemocněních metabolických, endokrinních, systémových, při celkové dehydrataci či hypoxii...) (OREL, 2012).

1.2.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ

Každý člověk je individualita, která se od ostatních odlišuje nejen vlastnostmi a dispozicemi (tělesné atributy či temperament), ale také psychickým předpokladem ke vzniku duševních poruch. Člověk je „vztahově závislý“ už od počátku života. Vztah dítě - matka, který bývá tím nejvýznamnějším, časem přichází další role jako vrstevník, spolužák, podřízený nebo naopak autorita, apod. Tyto vazby mohou ovlivňovat jak rozvoj a fungování zdravého člověka, tak i vznik některých psychických poruch. Důležitý vliv mohou mít také sociální ztráty (partner, dítě, rodič, životní jistota...), sociální konflikty (disharmonické vztahy, násilí, zneužívání, apod.) či frustrace, deprivace... (OREL, 2012).

1.3 PŘÍZNAKY PSYCHÓZ

1.3.1 POZITIVNÍ - vyskytují se pouze u nemocného člověka, patří sem např. bludy, halucinace...

1.3.2 NEGATIVNÍ - nemocnému chybí to, co má zdravý člověk, např. zájem o lidi kolem sebe, schopnost projevat city, apod. (MOŽNÝ, 1997).

1.4 PŘÍZNAKY PSYCHÓZ PODLE TOHO, KTEROU SLOŽKU PSYCHIKY NARUŠUJÍ

1.4.1 PORUCHY CHOVÁNÍ

Bývají prvním impulsem, který ostatní zaznamenají. Dotyčný se může uzavírat do sebe, vyhýbá se společnosti lidí, pod vlivem bludů může nemocný odmítat jíst, protože je přesvědčen, že ho chce někdo otrávit nebo nevychází ven, protože věří tomu, že je sledován.

1.4.2 PORUCHY NÁLAD

Poruchy nálad se vyznačují některými znaky jako jsou: nepřiměřeně dlouhé trvání, intenzitou a hloubkou nepřiměřené určité situaci. Kvantitativně je lze rozlišit na náladu zvýšenou a sníženou.

Rozlišují se:

- euforie (projevuje se spokojeností, blažeností, planým vtipkováním...),
- manická nálada (jedná se o nadměrně veselou náladu, chování je odbržděné, dotyčný nejeví pocit únavy, spánek je krátkodobý),
- expanzivní nálada (projevy zvýšené emoční reaktivity, zvýšené vitality, sklony k agresi, vyskytuje se jak u manických epizod, tak u schizofrenní i u Alzheimerovy demence),
- extatická nálada (vystupňované pocity blaženosti - u poruch osobnosti, intoxikací),
- rezonantní nálada (dotyčný je podrážděný, nevládný, někdy agresivní),
- depresivní nálada (chorobně smutná nálada doprovázená pocity úzkosti, stísněnosti, dotyčný je zpomalený, řeč je tichá, pomalá, riziko suicidiálního jednání, může se vyskytovat u všech psychických poruchy kromě manické epizody),
- anxiózní nálada (vyznačuje se vystupňovanou úzkostí, která pak navozuje jak vnitřní tak zevní neklid, dotyčný je nejistý, v napětí, v očekávání něčeho zlého, sklony k suicidálnímu chování, někdy může úzkost vygradovat až do agresivního chování),

- bezradná nálada (dotyčný je neschopen řešit určité situace, může být doprovodnou náladou u deprese),
- apatická nálada (projevuje se lhostejností, útlumem, nezájmem o okolí, vyskytuje se u depresí, demencí či intoxikací),
- anhedonická nálada (dotyčný není schopen prožívat radost, nic ho netěší, ztrácí zájem o práci i zábavné činnosti, bývá u začínající schizofrenie, neurotických i psychotických poruch, poruch osobnosti...) (MOŽNÝ, 1997).

1.4.3 PORUCHY MYŠLENÍ

Jsou typické pro schizofrenie, nemocný si uvědomuje, že nemůže myslet jasně a uspořádaně. Někdy může slyšet své myšlenky nahlas, reaguje na ně a působí pak zmateně, domluva bývá obtížná.

Dělí se na:

- poruchy dynamiky myšlení,
- zpomalené myšlení (myšlenkový proces zachován ale zpomalen),
- bradypsychismus (útlum duševní i tělesný),
- záraz myšlení (příčinou je nedostatek představ),
- mutismus (úplný výpad řeči),
- aphrasia voluntaria (úmyslené mlčení),
- zrychlené myšlení (dynamika je zrychlena),
- myšlenkový trysk (vystupňování zrychleného myšlení),
- tachypsychismus (vystupňovaná dynamika projevující se i v širším rozsahu např. i v emoční reaktivitě),
- poruchy strukturálních mechanismů myšlení,
- perseverace = ulpínavé myšlení, dotyčný opakuje jedno slovo nebo má jednu myšlenku = stereotypní odpovědi na měnící se otázky,
- nevypravné myšlení - u organických poruch mozku, nemocný setrvává na jedné představě vybavuje se mu kolem ní množství nepodstatných myšlenek, zapomíná co chtěl původně říct nebo udělat,
- zabíhavé myšlení - nemocný nerozlišuje podstatné od nedůležitého k dosažení požadovaného cíle,

- vnucené myšlení = mentismus, neupravený tok myšlenek, který působí na dotyčného jako cizí,
- rezonérství - plané mudrování, neplodné úvahy o bezvýznamných věcech,
- symbolické myšlení - patologické je v případě vlastní symboliky, které okolí nerozumí,
- paralogické (dyslogické) myšlení - narušeny logické vazby, dotyčný se snaží propojit myšlenky nepodstatnými znaky, náhodnými asociacemi,
- aglutinující myšlení - vytváření nových pojmů na základě k sobě nepatřících pojmů a představ = neologismy),
- obsedantní (anankastické) myšlení - nutkavé myšlení, které není dotyčný schopen potlačit - např. počítání dlažebních kostek,
- vztahovačné myšlení - nemocný přikládá zvláštní význam neutrálním jevům, vyskytuje se na počátku bludů (MOŽNÝ, 1997).

1.4.4 PORUCHY VNÍMÁNÍ

Nemocný může vidět, slyšet a cítit věci, které neexistují.

Iluze - jedná se o zkreslený vjem reálného podnětu. Dotyčný je přesvědčen, že se jedná o skutečnost.

Diferencují se na:

- akustické iluze - při nichž pacient slyší lidskou řeč,
- optické iluze - pozorované objekty jsou nějak změněny,
- čichové a chuťové iluze - změna pachů či chutí,
- taktilní iluze - dotykové změny (hebký se může zdát hrubý),
- kinestetické iluze - nesprávně vnímaný pohyb těla,
- viscerální iluze - pocit změny ve vlastních útrokách.

Halucinace - jedná se o vjem neexistujícího podnětu. Dotyčný je přesvědčen, že se jedná o skutečnost.

Rozlišujeme:

- halucinace elementární - jednoduché počítky) jako jsou fotomy (neexistující světla, blesky), akoazmata (neexistující tóny, zvuky), fonémy (jednotlivá slova), olfakce (neexistující pachy), gustace (neexistující bazální chutě),
- halucinace komplexní - neexistující osoby, zvířata, rozhovory,
- halucinace kombinované - zároveň slyší, vidí a cítí neexistující objekty,
- halucinace asociované - halucinace se seskupují do určitého řetězce: slyší hlas, že bude ozářen laserem, poté halucinuje pálení na kůži a nakonec cítí pach spálené kůže.

Rozdělení halucinací podle smyslů:

- halucinace sluchové (= auditivní - akustické) nejčastější výskyt, dotyčnému nadávají, domlouvají...,
- halucinace zrakové - vidí neexistující, věci, osoby, krajiny, atd.,
- halucinace autoskopická se týká přímo dotyčného, buď sám sebe vidí (pozitivní autoskopická halucinace) nebo se naopak nevidí - např. v zrcadle (negativní autoskopická halucinace),
- halucinace čichové a chuťové - většinou nepříjemné vjemy - hořká chuť, pach spálené gummy,
- halucinace hmatové - také nepříjemné - píchání, pálení, působení záření,
- halucinace pohybové - např. má dotyčný pocit, že jeho končetinou hýbe někdo jiný,
- halucinace orgánové - cítí změny v útrokách - odumírání, pocit „zkamenění“ vlastních útroch,
- halucinace inadekvátní - vnímání neadekvátním smyslem - čichá ušima (MOŽNÝ, 1997).

1.4.5 PORUCHY VŮLE

Nejčastěji se vyskytují u schizofrenií, kdy má nemocný dojem, že jeho vůle je nahrazena cizí vůlí.

- hypobulie (snížená vůle),
- abulie (úplná ztráta vůle - u depresí, schizofrenií),
- hyperbulie (nadměrná schopnost rozhodovat, obtížná přizpůsobivost k pravidlům).

1.4.6 PORUCHY POZORNOSTI

- roztržitost (dotyčný se soustředí na jednu věc, mezitím mu může uniknout něco jiného),
- rozptýlená pozornost (nemůže se soustředit na jednu věc, při vyčerpanosti, mánii...),
- hypoprosexie (celkové snížení pozornosti, při vyčerpanosti, mánii, schizofrenii...),
- hyperprosexie (zvýšení pozornosti ve všech složkách, často u neurotiků),
- aoprosexie (úplná neschopnost soustředit se, vyskytuje se u těžších psychických poruch),
- paraprosexie (vzniká jako předčasná nebo opožděná reakce na nějakou situaci-př. opožděný start při závodech) (MOŽNÝ, 1997).

1.5 ROZPOZNÁNÍ DUŠEVNĚ NEMOCNÉHO

Duševní poruchu hodnotíme jako kvalitativní změnu v životě dotyčného, ten se musí nějak s chorobou vyrovnat. Rozeznáváme několik etap rozvoje ataky:

- období zdraví (období před vznikem onemocnění),
- období premorbidních projevů (v této etapě se mohou vyskytovat různé nespecifické somatické a psychické potíže - únava, poruchy spánku, apod., psychická porucha není ještě rozpoznatelná),
- prodromální stadium (příznaky nabývají charakteru chorobných příznaků, dotyčný se dostává k lékařům, zásahem lékaře se může zastavit nebo naopak přechází do další fáze),

- úvodní akutní nebo subakutní období (objevují se specifické příznaky - neklid, paranoia, halucinace, apod., somatika napovídá příznaky jako je nechutenství, váhový úbytek, apod.),
- období manifestace poruchy (příznaky jsou již charakteristické pro danou chorobu, nyní se léčí psychická porucha nikoli syndrom - jako v předchozích etapách),
- období doznívání příznaků (specifické příznaky ustupují, výraznější jsou nespecifické, mohou se lišit od předešlých fází),
- období rekonvalescence (mohou přetrvávat nespecifické příznaky a projevy způsobené biologickou léčbou - nežádoucí účinky léků - třes, apod., nemocný se zlepšuje v oblasti sebepéče, komunikace i sociability),
- období obnovy zdraví (včasná a správná léčba předchází přetrvávání nespecifických projevů a dalších nežádoucích změn v psychice dotyčného).

1.6 VYŠETŘENÍ V PSYCHIATRII

1.6.1 ZÁKLADNÍ VYŠETŘENÍ

Základem správné diagnostiky je vstupní psychiatrické vyšetření prováděné lékařem, který zaznamenává identifikační údaje (jméno, příjmení, bydliště, rodné číslo, pojišťovna, apod.), anamnézu, popis aktuálního psychického stavu (= status praesens somaticus), stanoví diagnózu a diferenciální diagnózy, plán dalšího postupu a návrh léčby.

1.6.1.1 ANAMNÉZA (z řeckého anamnesis = vzpomínání) se zaměřuje nejen na aktuální potíže ale na celý dosavadní život dotyčného. Pokud je to možné je vhodné kombinovat subjektivní anamnézu (přímo od nemocného) a objektivní (od příbuzného či někoho z okolí). U subjektivní anamnézy se musí počítat s tím, že může být, vlivem nemoci, nepřesná, sporná nebo zavádějící. Anamnéza rodinná se ptá na psychická onemocnění v rodině, psychiatrickou léčbu nebo suicidální pokusy u dotyčného či u příbuzných, atd.

Důležitá je:

- osobní anamnéza – zabývá se obdobím od narození do současnosti (v případě komplikací v těhotenství či při porodu je důležité i prenatální období - většinou u psychických poruch projevujících se již v dětském věku) řeší nejen psychickou stránku ale i fyzická onemocnění jako např. úrazy (většinou hlavy, mozku),

- sociální a pracovní anamnéza – zaměřuje se na vztahy v rodině, ve škole, při mimoškolních aktivitách, později v práci a zkoumá jejich funkčnost,
- užívání návykových látek - cigarety, alkohol a drogy se také zaznamenávají do anamnézy, zapisuje se kolik a kdy dotyčný konzumuje, dotazuje se také na abstinční příznaky,
- sexuální anamnéza - je vhodné ji řešit taktně s ohledem na aktuální stav, ale jsou neméně důležité a u některých chorob mohou být klíčové,
- farmakologická anamnéza se ptá na léky užívané v současnosti ale i minulosti a jejich efekt či nežádoucí účinky,
- alergická anamnéza řeší alergické reakce, které proběhly po užití některých léčiv, potravin, atd.,
- psychiatrická anamnéza ujasňuje dřívější hospitalizace nebo ambulantní léčbu (OREL, 2012).

1.6.2 PŘÍTOMNÝ STAV PSYCHICKÝ

Je podrobný popis psychických funkcí a jejich projevů. Probíhá formou rozhovoru a pozorováním. Je to např. postoj k vyšetření a okolnosti, které k vyšetření vedly (např. zda dotyčný přišel v doprovodu příbuzného nebo byl přivezen policií).

Pozoruje se i celkové psychomotorické tempo, držení těla, chůze, mimika (např. hrbí se, tiky)

Lékař si všímá obsahu, rychlosti, formy řeči.

U nemocného se hodnotí vědomí (kvalitativně, kvantitativně), je-li orientován osobou, místem, časem.

Hodnotí se také emoce, nálady a afekty (tělesný doprovod při emočním prožitku), vnímání a jeho eventuální poruchy (halucinace).

Důležité jsou také myšlenky dotyčného (suicidální, obsedantní, manické, bludy), zda udrží pozornost během vyšetření, jak je na tom s krátkodobou i dlouhodobou pamětí.

Orientačně se posuzuje intelekt a vyšetření končí zhodnocením náhledu pacienta na nemoc.

1.6.3 PŘÍTOMNÝ STAV FYZICKÝ

Zaznamenává údaje o základních tělesných parametrech a funkcích (tlak krve, pulz, tělesná teplota, výška, váha), orientační vyšetření interní (poslech srdce a dýchání, prohmatání břicha).

1.6.4 DIAGNÓZA A DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

Vychází z platného diagnosticko - klasifikačního systému (Mezinárodní klasifikace nemocí = MKN). Diagnózu lékař určuje na základě zhodnocení údajů, symptomů, syndromů a výsledků vyšetření.

Plán dalšího postupu a teorii lékař stanovuje již při vstupním vyšetření. (OREL, 2012)

1.6.5 PSYCHOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ V PSYCHIATRII

Psychologie s psychiatrií úzce spolupracuje, podílí se nejen na diagnostickém procesu (psychologické vyšetření) ale i na terapii (psychoterapie). Psycholog používá klinické metody, při kterých pacienta pozoruje, analyzuje jeho produkty (kresby, texty) a metody dotazníkové a testové (testy jednotlivých psychických funkcí, testy osobnosti, Roscharchův test, při kterém je okamžitě odhalen zkreslený pohled pacienta na ukazovaný obrázek...).

1.6.6 POMOCNÉ VYŠETŘOVACÍ METODY

- laboratorní vyšetření: základní vyšetření krevních parametrů (KO, KO + diff., jaterní soubor, SM, hladinu glukózy, urey a kreatininu, základní vyšetření moči (určení pH, detekce glukózy, bílkovin, erytrocytů), speciální laboratorní vyšetření: hladiny hormonů (např. T3, T4) a léků (lithia, valproátu...), vyšetření mozkomíšního moku a infekčních nemocí.
- některé zobrazovací a funkční vyšetřovací metody: strukturální (CT, MR) či funkční (EEG, PET, SPECT) (OREL, 2012).

1.7 LÉČBA

1.7.1 FARMAKOTERAPIE

Postoj společnosti k užívání psychofarmak je poněkud rozpolcený. Lidé mají odmítavý postoj k užívání těchto léků ze strachu ze závislosti nebo mají obavy ze změny chování, které nebudou moci ovlivnit. Další reakcí může být, že když začne člověk užívat psychofarmakum automaticky se stává psychiatrickým pacientem a tím pádem bude mít „nálepku blázna“ a okolí se na něj bude dívat „skrz prsty“. Spousta lidí, se za užívání např. antidepressiv i stydí a tají ho, přestože v dnešní době je užívání těchto preparátů zcela „běžné“.

1.7.2 PSYCHOTERAPIE

- hlubinná a psychoanalytická psychoterapie (skládá se z 3 modelů: traumatický model - předpokládá, že psychotraumatizující zážitky vedou k obtížím topografický model – rozlišuje nevědomí, předvědomí a vědomí; během léčby se nevědomé stane vědomým strukturální model – „id“ ono – pudová složka; „superego“ – nadjá, ideály, etika; „ego“ – já, regulace duševního života; konflikt způsobí neurózu),
- dynamická a interpersonální psychoterapie (zabývá se zkoumáním mezilidských vztahů),
- Rogersovská psychoterapie (soustředí se na přítomnost, neřeší minulost, nejpoužívanější technikou je zrcadlení, terapeut musí být empatický, podporuje klienta, získává si jeho důvěru a ten se mu „otevívá“, nevýhodou je časová náročnost),
- behaviorální psychoterapie (je charakterizována metodou učení se pokouší odstranit psychické poruchy, dochází ke změně v chování a to změní intrapsychický problém - sebeovládání),
- kognitivní psychoterapie (popisuje, že nesprávné myšlení je důsledkem emoční poruchy, je potřeba u nemocného rozlišit a oddělit objektivní skutečnost a subjektivní hodnocení, při terapii se utužuje logické uvažování),
- kognitivně behaviorální psychoterapie (je kombinace myšlení a učení, terapie vychází z mnoha technik učení - př. podmíněný reflex, klasické podmiňování – dobro = odměna...) terapeut a nemocný jsou na stejné úrovni, na začátku terapie se stanoví cíl - ten by měl směřovat k soběstačnosti nemocného,

- racionální psychoterapie (základem je direktivní rozhovor, který se soustředí na logické myšlení, rozum, soudnost a kritiku, zabývá se také mezilidskými vztahy - výchova dětí, manželství, motivace...),
- sugestivní a hypnotická psychoterapie (metoda obchází logické myšlení, hypnóza se provádí buďto autoritativně nebo neautoritativně vedenou, přímou nebo nepřímou, používají se různé metody jako fixace předmětu, slovní sugesce, sluchové podněty, hloubku hypnózy lze hodnotit pomocí speciálních škál - např. Stanfordská škála),
- nácviková psychoterapie (je založená na metodě učení, opakování a tréninku jejíž cílem je potlačení nebo vyhasnutí patologického spoje, pozitivní nácvik spočívá v nácviku správných reakcí, používá se např. při sebeovládání, operantní podmiňování se používá především u dětí, kdy po požadovaném chování přichází odměna, nácvik asertivity u pacienta zlepšuje dovednost vyjadřovat své pocity, potřeby, názory...),
- gestalt psychoterapie (pojem „gestalt“ znamená celek, terapie zkoumá jedince a jeho vztah s prostředím),
- rodinná psychoterapie (zabývá se sledováním vztahů v rodině, role, nápodobu),
- integrativní psychoterapie (snaží se zapojit různé léčebné postupy, přístupy, metody, teorie a sjednotit a využívat v praxi zohledňuje individualitu klienta),
- terapeutická komunita (probíhá ve skupinách, využívají se terapie formou deníků, nácvik autogenních tréninků, arteterapie, pracovní činnosti atd.).

Mezi některé další psychoterapeutické metody patří podpurná psychoterapie, při které se terapeut soustředí na to, co pacient udělal „dobře“, tzn. upozorňuje na pozitivní fakta, vede k tomu, že dotyčný eliminuje pochybnosti o sobě a cítí se lépe.

Dále se využívají např. různé relaxační techniky, které mají za cíl redukovat úzkost a stres.

1.8 POSTOJE VEŘEJNOSTI K DUŠEVNĚ NEMOCNÝM

Definice postoje dle Fishbeina a Ajzena (1975) je, že postoj je naučená predispozice k celkově příznivé nebo nepříznivé reakci na určitý objekt, osobu nebo událost. Z toho plyne, že postoje jsou naučené, týkají se příznivých nebo nepříznivých reakcí. Další teorie dle Krecha, Crutchfielda a Ballacheyho (1962) vyznívá podobně a to tak, že postoje jsou stabilní

systemy pozitivního nebo negativního hodnocení a emočních pocitů. Při zkoumání postojů zjišťujeme jejich složitost a mohou se projevovat na mnoha úrovních. Popisují se třemi dimenzemi:

- kognitivní dimenze - týká se názorů a myšlenek, které osoba má o předmětu postoje,
- emocionální dimenze - týká se toho, co osoba cítí k předmětu postoje, čili emocí nebo emocionální reakcí,
- konativní nebo behaviorální dimenze - týká se sklonů k chování či jednání ve vztahu k předmětu postoje.

Všechny dimenze jsou důležité pro celkový vývoj postoje.

Důležité je rozlišit rozdíl mezi postoji a názory. Názory jsou neutrální - jsou to výroky, o kterých si myslíme, že jsou pravdivé. Postoje jsou hodnotící a ukazují pocity ve vztahu k určité záležitosti.

V minulosti vzniklo množství výzkumů o postojích laiků k psychicky nemocným. Z nich vyplývá např., že lidé s vyšším stupněm vzdělání se přibližují názorům odborníků (psychiatrů), tedy, že nemocné tolerují. Jiný výzkum tento názor popírá a poukazuje, že použitá technika výzkumu předsudky neodhalí. Závěr další teorie uvádí, že společnost jako celek zachovává k psychicky nemocným odstup a předsudky. Další odborník zkoumal postoje obyvatelstva na základě polárního uspořádání. Zjistil, že lidé s negativním postojem připisují nemocným i negativní vlastnosti (nebezpeční, bezcenní, špinaví, nespolehliví). Projekt v kanadském maloměstě, který měl za cíl odstranit předsudky vůči duševně nemocným, pomocí sdělovacích prostředků a přednášek, chtěl vzbudit pochopení laiků k psychicky nemocným. Po půl roce bohužel zjistili, že nedošlo k žádné změně v postojích laiků a předsudky přetrvávají ve stejné míře jako předtím. V dnešní době je snaha psychicky nemocné integrovat do společnosti, ale zdá se, že postoj veřejnosti je k těmto lidem neustále negativní (HAYESOVÁ, 1998).

1.9 PREVENCE DUŠEVNÍCH ONEMOCNĚNÍ

1.9.1 RELAXACE

Prevencí vzniku psychotických onemocnění jsou různé druhy relaxací. Na stres každý jedinec reaguje jinak a každý může mít stres z jiné příčiny. Nejčastější stres vyvolává

prostředí v němž žijeme, práce. Stres může být způsoben nejen negativní událostí ale i zprávou radostnou. Každá změna může zapůsobit na různé lidi rozdílně. Někdo vnímá změnu jako výzvu, jiný jako negativní stres, se kterým se musí vypořádat. Prostředí, ve kterém žijeme nás ovlivňuje každodenně. Záleží na lokalitě, kde nás může ovlivnit např. nadměrný hluk, přelidněnost. Každý z nás potřebuje dostatek prostoru pro sebe i pro své záliby, dostatek světla (hlavně v zimním období, kdy ho nejvíce postrádáme, protože se brzy stmívá, vstáváme za tmy, slunce svítí velmi málo a „slabě“). Pracovní stres se v poslední době týká velké části populace především z důvodu propouštění či rušení pracovních pozic, proto jsou lidé nuceni akceptovat krátkodobé pracovní smlouvy a při blížícím se termínu vypršení smlouvy stres a nejistota narůstá. Vztahy na pracovišti jsou jedny z nejdůležitějších co se pracovního stresu týče. Ať už jsou to vztahy s kolegy, nadřízenými či podřízenými. Rivalita, řešení konfliktů ovlivňují každého, ať už chce nebo ne. Často tyto problémy ovlivňují i naše soukromí, nosíme si „problémy“ z práce domů, jsme nervózní a přenášíme tyto pocity i na rodinu. Jak ale tyto potíže ovlivnit? Jak si zachovat nejen zdravé tělo ale i mysl? Všeobecně platí jako základní volnočasová aktivita pohyb, obzvláště v případě sedavého zaměstnání či práci zaměstnávající především mozek. Pravidelný pohyb může ovlivnit i další oblasti jako jsou spánek, prevence deprese či bolesti hlavy. Doporučují se hlavně aerobní aktivity jako jsou chůze, běh, plavání apod. Pokud máme dostatek pohybu může být relaxace úspěšnější.

Další relaxační technikou jsou masáže. Masáže vlastně provozujeme každý den, kolikrát si to ani neuvědomujeme. Kdykoli nás např. bolí hlava - automaticky si mneme čelo. V dnešní době jsou relaxační masáže velmi oblíbené nejen díky civilizačním problémům spojených s bolestmi zad a páteře, ale také jako prevence nemocí.

Dýchání je další velmi důležitou a přitom jednoduchou relaxační metodou. Pokud je člověk v klidu, dýchá zhluboka, pomalu a pravidelně. Pokud vznikne nějaký stres projeví se to jako první právě na dýchání. Dech se zrychlí a je mělký, to může způsobit až hyperventilaci, nedostatečné prokrvení mozku, dezorientaci apod. a stres je čím dál větší. Proto je nutné se uklidnit a dýchat zhluboka.

Rytmické dýchání břichem: důležité je vyhradit si dostatek času a vhodné klidné místo. Lehněte si. Obě ruce položte na žaludek a zavřete oči. Zhluboka, pomalu a pravidelně dýchejte. Nadechněte se nosem. Při této činnosti by se měl žaludek pod rukama zvedat. Tak si ověříte, že bránice pracuje správně. Dýchejte nenásilně a zvolna. Při nádechu pomalu počítejte do tří nebo do čtyř, potom na chvíli zatajte dech a opět nosem vydechněte. Přitom

musíte cítit, jak žaludek klesá. Opakujte patnáct - až dvacetkrát. (Relaxace, Fragment, 2002, s. 83-84).

Další relaxační technikou je jóga, která při pravidelném provádění navozuje duševní čistotu, emocionální stabilitu, uvolnění a uvědomění si vlastního těla. Jóga se skládá ze dvou základních složek. Asána (tělesné pozice) a pránajámy (řízené dýchání). Pohyby těla se musí provádět pomalu, vláčně, nikoli trhaně. Asány v józe jsou polohy známé jako např. kočka, strom.

1.9.2 MINIMALIZACE STRESU

Nejdůležitější je minimalizovat stresové události nebo umět na ně přiměřeně reagovat a poté mysl očistit buďto pomocí relaxačních technik či jiných volnočasových aktivit (RELAXACE, 2002).

1.10 SCHIZOFRENIE JAKO LÉKAŘSKÁ DIAGNÓZA

Mezi jedno z nejzávažnějších a velmi častých psychotických onemocnění patří schizofrenie. Na toto onemocnění je zaměřena praktická část práce – edukace.

Výskyt schizofrenie stejně častý u žen jako u mužů. Výskyt prvních příznaků se objevuje nejčastěji v adolescenci, mezi 16. až 35. rokem života, s tím rozdílem, že u žen je výskyt častější spíše ve věku horní hranice (MOŽNÝ, 1997).

Jako příčiny vzniku onemocnění se uvádějí genetické vlivy (u jednovaječných dvojčat je to až 48%), rizikové faktory (literatura dokonce uvádí vliv i data narození, místa narození, věk rodičů, migrace apod.), neurochemické procesy (jako vliv dopaminu, glutamátu či serotoninu při neurologických procesech) (KOUKOLÍK, MOTLOVÁ, 2004).

Průběh i prognóza závisí nejen na typu schizofrenie ale i na přístupu nemocného. Především se jedná o důležitosti spolupráce s ošetřujícím lékařem, dodržováním určité životosprávy a pravidelným užíváním předepsané medikace. Nemalý vliv má i rodina, práce a zátěžové situace, kterým musí nemocný čelit nebo se jim snažit vyhnout.

Horší prognóza je častější u nemocných, kdy se projevila schizofrenie před 20. rokem života, převaha negativních příznaků, vznik nemoci bez souvislosti s psychickou zátěží, pozvolný rozvoj příznaků, apod. (MOŽNÝ, 1997).

Termín schizofrenie zavedl psychiatr Eugen Bleuer v roce 1911 (= rozštěp mysli). Dříve byla nemoc označovaná jako dementia preacox (Eduardem Kraepelinem, později se ukázalo, že se nejedná o demenci ale o rozpad osobnosti).

Bleuer definoval příznaky schizofrenie jako čtyři „A“ a později další dvě „A“ (asociace, ambivalence, autismus, afektivní oploštělost, abulie a aprozexie).

Při diagnostice se posuzuje přítomnost pozitivní a negativní symptomatiky. Bleuer přidal primární (základní) a sekundární (akcesorní) příznaky. Primární považoval za psychologicky nevysvětlitelné (řadil sem poruchy afektivity, autismus, ambivalenci a protichůdné myšlenky...), kdežto sekundární symptomy lze psychologicky vysvětlit (halucinace, bludy, poruchy osobnosti...).

Profesor Kurt Schneider zase rozlišoval příznaky prvního a druhého řádu. Symptomy prvního řádu svědčily pro schizofrenii (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010).

Hlavní součástí terapie je užívání medikamentů, především antipsychotik, jako jsou Haloperidol, Amisulprid, z novějších antipsychotik Olanzapin, Quetiapin a další. Další léky se užívají jako adjuvantní a experimentální terapie, patří sem antidepressiva, antiepileptika, anticholinergika, elektrokonvulzivní terapie...(KOUKOLÍK, MOTLOVÁ, 2004).

Nejčastější formou je paranoidní schizofrenie, u které se vyskytují většinou pozitivní příznaky (jako jsou perzekuční bludy a sluchové halucinace). Nemocný je nedůvěřivý, vztahovačný, podrážděný, úzkostný se zlostnými projevy, atd. Nejčastější průběh je epizodický, kontinuální se vyskytuje zřídka.

Dalším typem je hebefrenní schizofrenie, typická pro adolescentní věk. Hlavním projevem je hypomanická nálada s planým, nejapným vtípkováním, dalším je klackovité chování, pseudofilozofování...

Dnes již vzácnou formou je katatonní schizofrenie, kde jsou v popředí poruchy psychomotoriky (hypokinetický až akinetický syndrom, hyperkinetický syndrom, parakinetický syndrom) jako jsou stupor, excitace, rigidita, flexibilitas cerea... Uvádí se, že tato forma je prognosticky nejpříznivější (OREL, 2012).

Velmi náročné je toto onemocnění nejen pro samotného pacienta ale i pro jeho rodinu a blízké okolí. Je proto velmi důležitá nejen individuální psychoterapie, skupinová psychoterapie, nácvik sociálních dovedností a trénink kognitivních funkcí, rehabilitace ale také psychoedukace rodiny a překonání stigmat o tomto onemocnění (KOUKOLÍK, MOTLOVÁ, 2004).

Mezi známé a slavné schizofreniky patřili údajně Isaac Newton, Johanka z Arku, Georg Friedrich Händel a Jack Kerouac (OREL, 2012).

2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ S PSYCHOTICKÝM ONEMOCNĚNÍM

Specifika ošetrovatelské péče u psychotických onemocnění jsou velmi rozdílná a konkrétní u jednotlivých onemocnění. Jelikož se edukační proces týká pacienta se schizofrenií, zaměřily jsme i specifika ošetrovatelské péče na nemocného se schizofrenií.

Specifika ošetrovatelské péče jsou různá i podle stavu a fáze, ve které se pacient právě nachází.

V akutní fázi je nejdůležitějším krokem zajistit bezpečnost pacienta i jeho okolí. Pokud je to nevyhnutelné používají se omezovací prostředky, které se používají za těchto podmínek:

- používat pouze v případě ohrožení samotného pacienta nebo jeho okolí,
- jako poslední volba – po vyčerpání všech ostatních možností,
- vhodně zvolit omezovací prostředek a použít ho co nejkratší dobu,
- za pravidelných kontrol lékaře a SZP - dle standardu oddělení (nemocnice, léčebny) + zápis do dokumentace (důvod, čas, frekvence kontrol, doba ukončení – pokud doba omezení přesáhne 24 hodin, hlásí se soudu),
- nezanedbat ostatní potřeby nemocného (strava, hygiena, vyprazdňování...),
- přínos omezení musí být výrazně vyšší než jeho rizika (PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA, 2012).

Omezovací prostředky (podle zákona 372/2011 Sb., 39 odst. 1) jsou:

- úchop pacienta zdravotnickými pracovníky,
- omezení pacienta v pohybu (ochranné pásy, kurty...),
- umístění pacienta na izolačním pokoji („odluka“),
- ochranný kabátek nebo vestu zamezující pohybu horních končetin pacienta,

- injekční podání psychofarmak, která slouží k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotnických služeb,
- pobyt na uzavřeném oddělení,
- umístění pacienta v ochranném („síťovém“) lůžku (již ojediněle) (PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA, 2012).

Lehká fixace k lůžku nebo křeslu a užití postranic či zábran u lůžka nebo křesla kvůli zabránění pádu nebo zranění pacienta, který trpí demencí, deliriózním stavem, se nepovažují za omezovací prostředek. Jedná se o běžné režimové opatření ošetrovatelské péče. O jejich použití rozhoduje staniční sestra nebo vedoucí směny ošetrovatelského personálu na oddělení (PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA, 2012, s. 3).

Během akutní ataky je nutné **dodržovat tyto zásady:**

- k pacientovi je nutné přistupovat klidně ale rozhodně,
- nepodporovat pacienta v bludech - snažit se převést hovor na realitu,
- informovat jej (popřípadě jeho rodinu či opatrovníka) o všem co se děje (především o nezbytnosti omezení),
- podávat léky dle ordinace lékaře a sledovat jejich účinky,
- pacienta nedráždit – minimalizovat dotyky, pokud je nevyžaduje,
- mluvit stručně a klidně,
- zajistit bezpečné prostředí,
- zachovat lidskou důstojnost a soukromí pacienta,
- nepůsobit bolest,
- při použití omezovacích prostředků kontrolovat pravidelně hybnost a prokrvení končetin + dbát na řádný zápis do dokumentace (PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA, 2012).

Po odeznění akutní ataky je nutné:

- zaměřit se na dohled nad užitím léků (aby pacient léky užil a neshromažďoval je – riziko suicidálního pokusu),

- aktivizovat pacienta na oddělení,
- dohlížet na individuální a skupinovou psychoterapii,
- zajistit ergoterapii, činnostní terapii (dle zájmů),
- spolupráce s rodinnými příslušníky,
- dodržování režimu pacienta (dieta, spánek, aktivita),
- sledovat jeho chování a komunikaci s ostatními pacienty, rodinou a personálem,
- dotazovat se pacienta, jak se cítí,
- být pacientovi k dispozici, když má potřebu o něčem hovořit.

Zdravotnický personál pracující na psychiatrickém oddělení by měl:

- mít teoretické znalosti o psychotických onemocněních, která se na oddělení, kde pracuje, vyskytují,
- znát účinky i vedlejší příznaky podávaných léků,
- dodržovat zásady efektivní komunikace s psychiatrickým pacientem,
- mít dostatek trpělivosti, umět naslouchat a dát pacientovi prostor,
- získat si důvěru pacienta,
- mít přehled o psychickém stavu každého pacienta na oddělení,
- udržovat s pacientem adekvátní vztah (neprojevat případné antipatie, vykat...).

Práce na psychiatrickém oddělení je velmi náročná na psychiku, proto by každý zdravotnický pracovník měl předcházet syndromu vyhoření, relaxovat, aktivně odpočívat, sportovat..., aby mohl dále vykonávat zodpovědně a dobře vykonávat svou profesi.

3 OBECNÉ VYMEZENÍ EDUKACE

„Educo“ znamená latinsky vést vpřed, vychovávat. Edukaci tedy definujeme jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech, neboli výchovu a vzdělání jedince (JUŘENÍKOVÁ, 2010, s. 9).

Edukační proces je činnost lidí, při které dochází k učení a to buď záměrně (intencionálně), nebo nezáměrně (incidentálně). Probíhají po celý život, od prenatálního vývoje až do smrti (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Edukant je jakýkoli subjekt, u kterého dochází k samotné edukaci. V našem případě to bude pacientka.

Edukátor je aktér edukační aktivity. Ve zdravotnictví to bývá obvykle zdravotnický personál.

Rozlišujeme 3 typy edukací: základní, komplexní a reedukace.

Základní edukace probíhá u pacienta, který o dané problematice ještě žádné informace nemá, např. při nově diagnostikované chorobě.

Komplexní edukace vede k udržení nebo zlepšení zdravotního stavu, např. nácvik nějaké dovednosti (aplikace inzulínu novým inzulínovým perem u diabetika).

Reedukace pokračuje, navazuje a zdokonaluje předchozí dovednosti a informace (SVĚŘÁKOVÁ, 2012).

Edukační cíle jsou konkrétní výsledky, kterých chceme pomocí učení dosáhnout, musí být však reálné a přiměřené. Cíle mohou být krátkodobé nebo dlouhodobé.

Jako metody, formy a prostředky k edukacím využíváme nejčastěji mluvené slovo, audiovizuální prostředky (CD, DVD), tištěné materiály (brožury, letáky, plakáty...) (SVĚŘÁKOVÁ, 2012).

4 EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA S PSYCHOTICKÝM ONEMOCNĚNÍM

Dne 31. 12. 2013 byla přijata 54 letá pacientka na gerontopsychiatrii v Psychiatrické nemocnici Kroměříž, kde je hospitalizována opakovaně, již 8x. Pacientka přivezena sanitou z interního oddělení Nemocnice Prostějov, kde byla hospitalizována jako stav po intoxikaci léky. Byla provedena vstupní vyšetření - odběry krve, EKG, RTG srdce a plic, interní konzilium, pohovor s psychologem.

Pacientka přijata na GPSY KM kvůli zvýšenému dozoru a stabilizaci nemoci. Během hospitalizace zajištěny perorální léčiva užitá pod dohledem personálu, monitoring pacientky, komplexní ošetrovatelská péče, psychoterapie, ergoterapie, skupinová rehabilitace.

1. FÁZE - POSUZOVÁNÍ

Iniciály: M.C.
Pohlaví: žena
Věk: 54let
Bydliště: Prostějov
Rasa: europoidní (bílá)
Etnikum: slovanské (české)
Vzdělání: základní
Zaměstnání: invalidní důchod (od roku 1992), předtím pomocná síla v kantýně

Anamnéza:

Nynější onemocnění: somaticky pacientka bez potíží, psychicky pasivní, bradypsychická, těžkopádná, patrný defekt osobnosti, emoční oploštělost.

Osobní anamnéza: běžné dětské nemoci, operace revize dutiny břišní po spolknutí cizího tělesa - jehly, úrazy: v dětství, otřes mozku po pádu, stav po TS skokem z balkónu 1. patra – polytrauma (2012), opakované suicidální pokusy - medikamenty, pořezání, polknutí cizího tělesa- jehly...

Alergická anamnéza: žádné neudává.

Abúzy: nekouří, alkohol nepije vůbec, káva minimálně – 1x týdně, závislost na jiných látkách neuvádí.

Farmakologická anamnéza: Risperdal 1mg 1-0-2 tbl, Rivotril 0,5mg 1-0-1-1tbl, Olpinat 5mg 0-0-0-1 tbl, Prothazin 25mg 0-0-1-1 tbl, Tiapridal 100mg 0-0-1-1 tbl, Dormicum 15mg 0-0-0-1, Lokren 20mg ½ -0-0 tbl., Godasal 100 mg 0-1-0 tbl.

Základní údaje

Tělesný stav: bez závažných patologií

Mentální úroveň: celkem dobrá, orientovaná místem, osobou dobře, časově lehce nepřesně

Komunikace: holé věty nebo jednoslovné odpovědi, pasivní

Řečový projev: srozumitelný ale s chudým obsahem

Paměť: krátkodobá ani dlouhodobá paměť nejsou narušeny

Motivace: zájem o nabytí vědomostí udává, jinak sama pasivní

Pozornost: přiměřená

Typové vlastnosti: pacientka se vidí jako flegmatik

Vnímavost: přiměřená

Pohotovost: reakce jsou opožděné

Nálada: dobrá, klidná

Sebevědomí: střední úroveň, podceňuje se, nevěří si

Charakter: spolehlivá, milá, dobrosrdečná - udává sama pacientka

Poruchy myšlení: myšlení jednoduché, bez poruch

Chování: nenápadné, pasivní

Učení: typ - emocionální

styl - vizuální, auditivní, systematické, logické

postoj - pasivní, aktivní pouze na vyzvání

bariéry - nejistota

Posouzení fyzického stavu, zdravotních problémů a edukačních potřeb:

posouzení podle Majory Gordonové

1. Podpora zdraví: pacientka se léčí s reziduální schizofrenií. Nyní přichází po TS, které však popírá (při příjmu udává, že si vzala 20 tablet na spaní, aby mohla usnout), hospitalizaci pacientka zvládá bez potíží, na nic si nestěžuje, na oddělení se jí líbí. Domů se zatím vrátit nechce - je to tam malé (žije s matkou v 1+1). V kontaktu je s matkou, 1x měsíčně s manželem a syny (nežijí spolu). Na preventivní prohlídky chodí k praktickému lékaři, stomatologovi, gynekologovi a k ambulantnímu psychiatrovi.

Životosprávu celkem dodržuje, jí pravidelně i ovoce a zeleninu, nekouří, alkohol nepije, drogy neužívá.

2. Výživa: pacientka je obézní - váží 86 kg, měří 168 cm, BMI = 30,47. Stravuje se pravidelně, jí téměř vše, bez omezení, není nic, co by jí nechutnalo. Má ráda sladké, občas. Vypije zhruba 2 litry tekutin a to nejčastěji neperlivou vodu, někdy minerálku nebo džus. Přidruženým onemocněním limitována není, má dietu číslo 3- racionální, jako přídavek má 1x denně ovoce.

3. Vylučování: s močením pacientka potíže nemá, občasně je inkontinentní, ale spíše výjimečně. S vyprazdňováním stolice problémy nemá, přijímá dostatek vlákniny, zácpou tedy netrpí.

4. Aktivita, odpočinek: pacientka neprovozuje žádný sport aktivně, často chodí s matkou na procházky, ráda chodí do přírody. Péči o domácnost zajišťuje spíše matka pacientky, někdy jí pomáhá s vařením. Spíš ale většinu dne odpočívá. Nejraději sleduje seriály v televizi. Potíže se spánkem při hospitalizaci nemá (v medikaci Dormicum 15 mg 1 tbl. per os), spí zhruba 8 hodin. Přes den sleduje televizi, účastní se činností na oddělení – ergoterapie, skupinová rehabilitace, psychoterapie skupinová i individuální, při pěkném počasí sedí na verandě a pozoruje okolí.

5. Vnímání, poznávání: pacientka je při vědomí, orientovaná. Potíže se sluchem ani zrakem nemá. O svém zdravotním stavu je informovaná ošetřujícím lékařem. Nedostatek vědomostí má pacientka o svém onemocnění, léčbě a životním režimu.

6. Sebepojetí: pacientka se hodnotí jako optimistka ale z rozhovoru s ní vyplývá, že pohled na život má neutrální až negativní. Do spolupráce při ošetřovatelské péči musí být pobízena hlavně, co se týče hygieny. V tomto směru je pacientka velmi pasivní.

7. Role, vztahy: pacientka žije s matkou v Prostějově v bytě 1+1, její manžel s dvěma syny (15 a 21 let) žijí v Modřicích (Brno - venkov). Se syny i manželem je v kontaktu zhruba 1x měsíčně. Matka si pacientku bere nejčastěji na dvoudenní dovolenky asi každý měsíc. Dle zápisu matky z dovolenky žádné potíže nemají. Léky pacientka užívá pod dohledem, na hygienu dohlíží matka také, se spánkem obvykle potíže nejsou.

8. Sexualita: pacientka je v klimakteriu, počet porodů: 2, počet potratů: 0, netrpí žádnými gynekologickými obtížemi, chodí na pravidelné preventivní prohlídky. S manželem žije v odloučení, pohlavní styk nevyhledává, udává, že od té doby, co užívá léky, o sex ztratila zájem.

9. Zvládání zátěže: pacientka má při stresových situacích velké potíže cokoli řešit, životní změny a její onemocnění jí působí stres, kdy je ve vypjaté situaci řeší suicidálními pokusy. Jedinou oporou je jí matka, která se snaží ji před problémy chránit a pomáhat jí.

10. Životní hodnoty: pacientka žádné konkrétní plány do budoucna neudává, chtěla by žít v nějakém domově pro seniory, kde by bylo dost místa (s matkou bydlí v bytě 1+1). Jinak neví, co by chtěla zažít, ani neudává co je pro ni důležité. Pak dodává, že rodina.

11. Bezpečnost, ochrana: bezpečně se pacientka cítí hospitalizovaná, doma ne. Doma si může ublížit, v nemocnici ne (udává po psychologickém pohovoru).

12. Komfort: v nemocnici se cítí pohodlně, nic jí neschází, na nic si nestěžuje, strava jí chutná, odpočívá dle potřeby.

13. Jiné (růst a vývoj): růst a vývoj pacientky je fyziologický.

Profil rodiny

Pacientka je sice vdaná, ale žije s matkou v bytě 1+1, s manželem si občas telefonuje, vztah mají prý dobrý, manžel je hodný, ale nežijí spolu z „osobních důvodů“, se syny se vídá zhruba jednou měsíčně. O děti se stará manžel. Vztahy v rodině jsou narušeny onemocněním pacientky. Otec zemřel v 82 letech na náhlou mozkovou příhodu, matka 80 let se léčí s hypertenzí, má 2 sestry (57 let a 49 let), které jsou zdravé. Starší syn, 21 let, předčasně narozený, má poruchu soustředění, mladší syn, 15 let, se léčí s hyperaktivitou. Otcova sestra se léčila se schizofrenií. Pacientka se léčí s reziduální schizofrenií od porodu v roce 1992, kdy u ní nemoc propukla. Vychodila základní školu, učení ji prý nikdy nebavilo. Od roku 1992 je v invalidním důchodu, předtím pracovala jako pomocná síla v kantýně.

Zdroje pomoci a podpory rodiny, sociálně – ekonomický stav

S rodinou komunikuje pravidelně, matka si ji často bere na několika denní „dovolenky“, při kterých na pacientku dohlíží a zapojuje ji do běžných činností v domácnosti jako je vaření a úklid. Vztah s manželem je prý dobrý, vídají se jednou měsíčně a tak jim to prý vyhovuje, žít s ním nechce, ale rozvod by si také nepřála. Finanční situace v rodině není příliš dobrá, matka pobírá starobní důchod a pacientka invalidní důchod, jak s penězi vycházejí, ale sama pacientka neví, o to se prý stará matka. Jestli finančně podporuje syny, neví.

Životní styl, kultura, náboženství, hodnoty, postoje

Pacientka dodržuje pravidelnost stravy, přidruženým onemocněním limitovaná není, má ráda sladké, ale sní téměř vše, není nic, co by jí nechutnalo. Příjem tekutin je dostatečný (zhruba 2 litry denně). Se spánkem při hospitalizaci potíže nemá, doma někdy prý ano, trvá déle než usne (před posledním přijetím pacientka léčena v Nemocnici Prostějov jako předávkování Risperdalem – udává, že užila zhruba 20 tablet a několik tablet Tiapridalu k tomu). Jinak chodívá spát kolem 22 hodiny, do té doby sleduje televizní seriály, poté spí až do 6 hodin. Sny si nepamatuje. Přes den chodí do přírody, na vycházky v doprovodu matky.

Kultura: kdy byla v divadle, si nepamatuje, knihy nečte - nebaví ji to, občas prolistuje časopis, televizní zprávy sice sleduje, ale přehled o dění doma ani ve světě nemá. Politika ji nezajímá, spíš počasí, kvůli vycházkám. Když nejde na procházku, sleduje seriály. Má ráda Ulici, Ordinaci v růžové zahradě a sleduje i kriminálky.

Náboženství: je ateistka, do kostela nikdy nechodila.

Hodnoty: neví, asi zdraví a rodina.

Postoj k nemoci: ví, že musí užívat léky, aby neměla „hlasy“.

Adekvátnost a neadekvátnost rodinných funkcí

Rodina, především matka, je schopna efektivní spolupráce a komunikace, zabezpečuje podporu a kontrolu pacientky. Vzniklou krizovou situací ale matka pacientky není schopna rozpoznat, proto velká většina krizí končila suicidálními pokusy pacientky. V této oblasti by byla vhodná i edukace matky.

Porozumění současné situace rodinou

Rodina je o současném stavu pacientky informována, spolupráci je nakloněna především matka, vzhledem k situaci v rodině.

Na zjištění vědomostí pacientky byl použit tento vstupní test.

<u>Vstupní test o schizofrenii</u>	ano	ne
Domníváte se, že je schizofrenie je vyléčitelná?		X
Myslíte, že je schizofrenie infekční?		X
Postihuje schizofrenie mysl?	X	
Doprovází schizofrenii poruchy nálad?	X	
Obejde se nemocný schizofrenií bez léčby?		X
Vyžaduje schizofrenie pravidelné užívání léků?		
Jsou nutné při schizofrenii pravidelné kontroly u ambulantního psychiatra?		X
Omezuje schizofrenie nemocného v konzumaci alkoholu?		X
Mají léky určené k léčbě schizofrenie okamžitý účinek?	X	
Je prevencí znovuvzplanutí schizofrenie stres?		X
Je potřebná edukace rodiny?	X	

Na základě vstupního testu jsme zjistili, že pacientka má nedostatky v informovanosti o svém onemocnění, životním režimu, prevenci.

Motivace pacientky: je přiměřená, má zájem se o své nemoci dozvědět víc, naučit se režimu důležitého pro předcházení dalších atak, ... K motivaci ji vede zdravotnický personál, psycholog a rodina.

2. FÁZE - DIAGNOSTIKA

Deficit vědomostí:

- onemocnění,
- prevence ataky,
- o životním režimu,
- o sdruženích schizofreniků.

Deficit v postojích:

- obavy z propuknutí nemoci,
- nejistota v dodržování správného režimu,
- strach z postojů rodiny.

3. FÁZE – PLÁNOVÁNÍ

Podle priorit: na základě vyhodnocení vstupního testu jsme si stanovili priority edukačního procesu:

- o onemocnění,
- o prevenci atak,
- o dodržování životního režimu.

Podle struktury: 4 edukační jednotky

Záměr edukace:

- získat co nejvíce vědomostí o nemoci,
- znát režimová opatření,
- dodržovat životosprávu,
- respektovat psychosociální pohodu.

Podle cílů:

- **Kognitivní** – pacientka dosáhla vědomostí o svém onemocnění, příznacích, léčbě a životním režimu,
- **Afektivní** - pacientka má zájem získat nové informace a chce se účastnit edukačních sezení,
- **Behaviorální** – pacientka dodržuje léčebný režim a bude dodržovat doporučení ohledně životního režimu.

Podle místa realizace: v nemocničním prostředí, na pokoji pacientky, zabezpečit klid a soukromí.

Podle času: edukační proces je rozdělen do tří dnů, kvůli množství informací pro pacientku. Edukace probíhala vždy po obědě, aby nenarušovala chod oddělení ani návštěvní hodiny.

Podle výběru: výklad, vysvětlování, rozhovor, názorná ukázka, vstupní a výstupní test, diskuze.

Edukační pomůcky: notebook, obrázky, publikace, edukační karty, písemné pomůcky, papír, tužka.

Podle formy: individuální.

Typ edukace: prohlubující.

Struktura edukace

1. Edukační jednotka: Schizofrenie.
2. Edukační jednotka: Prevence relapsu schizofrenie.
3. Edukační jednotka: Životní režim schizofrenika.
4. Edukační jednotka: Občanská sdružení pro duševně nemocné.

Časový harmonogram edukace

1. Edukační jednotka : 15.1.2014 od 13.00 do 13.50 (50 minut).
2. Edukační jednotka: 16.1.2014 od 13.00 do 13.50 (50 minut).
3. Edukační jednotka: 17.1.2014 od 13.00 do 14.00 (60 minut).
4. Edukační jednotka: 20.1.2014 od 13.00 do 13.50 (50 minut).

4. FÁZE – REALIZACE

1. edukační jednotka

Téma edukace: Schizofrenie

Místo edukace: na pokoji pacientky

Časový harmonogram: 15.1.2014 od 13.00 do 13.50 (50 minut)

Cíl: Kognitivní – pacientka nabyla adekvátních vědomostí o samotné chorobě, rozezná projevy, zná léčbu.

Afektivní – pacientka má zájem o podané informace, považuje je za dostatečné a je s nimi spokojená.

Forma: individuální

Prostředí: nemocnice, zabezpečit klid, soukromí

Edukační metody: vysvětlení, rozhovor, zodpovězení dotazů pacientky, diskuze

Edukační pomůcky: psací potřeby, papír, brožura, publikace, edukační karta

Realizace 1. edukační jednotky

Motivační fáze: (5 minut) pozdravit a seznámit se, vytvořit adekvátní edukační prostředí, příjemnou a klidnou atmosféru, povzbuzovat pacientku ke vzájemné spolupráci, vysvětlit důležitost získaných vědomostí.

Expoziční fáze: (20 minut)

Schizofrenie:

Schizofrenie je závažné, různorodé, duševní onemocnění. Nemocný má pozměněné prožívání, chování i postoj k realitě, mění se vlastně osobnost člověka, jeho emoce, myšlení i

jeho chování. Onemocnění je tak širokospektré, že neexistuje přesná „šablona“ jak vypadá „typický schizofrenik“.

První příznaky se většinou objevují už v adolescenci, u valné většiny nemoc chronifikuje zkracuje délku života a ovlivňuje jeho kvalitu.

Seznámení pacientky s příčinou onemocnění:

Příčiny rozlišujeme biologické a psychosociální.

Mezi *biologické* řadíme především dědičnost, přestože nebyla zcela prokázána. Další příčiny mohou být úrazy či nádory hlavy, jedy, toxiny, alkohol, některé léky, infekce...

Psychosociální příčiny jsou nevyrovnané vztahy v rodině, nefungující vztahy s okolím (rodinou, přáteli...), sociální ztráty blízkých...

Seznámení pacientky s příznaky onemocnění:

Příznaky dělíme na pozitivní a negativní.

Pozitivní příznaky jsou pro onemocnění typické, jsou to nejčastěji bludy a halucinace.

Halucinace je vjem **neexistujícího** podnětu. Na rozdíl od toho je blud zkraslený vjem **reálného** podnětu. V obou případech je pacient přesvědčen o jejich skutečnosti. Nejčastěji se vyskytují halucinace sluchové, tzv. „hlasy“ či zrakové, hmatové, čichové a jiné.

Negativní příznaky znamenají, že nemocnému chybí schopnost reagovat na vjemy, např. zájem o okolí, projevoování citů druhým, apod. Patří sem např. poruchy nálad (z těch známějších euforie, mánie, deprese), poruchy myšlení (zpomalené myšlení, útlum, zrychlené myšlení), poruchy vůle (nadměrná vůle, snížená vůle, úplná ztráta vůle).

Léčba:

Především je léčba založena na *farmakologické složce*. Nejčastěji se užívají antipsychotika, která brání další atace onemocnění, jako další se užívají léky, které „brzdí“ aktuální příznaky jako antidepressiva, antiepileptika, anticholinergika...

Kromě medikamentózní léčby má velký význam i individuální a skupinová *psychoterapie, ergoterapie, pracovní či činnostní terapie* a další.

Fixační fáze: (15 minut) zopakování podstatných informací o nemoci pacientky, shrnutí opakovaných poznatků, zdůraznit závažnost choroby.

Hodnotící fáze: (10 minut) zhodnocení zpětné vazby při diskuzi, položení kontrolních otázek pacientce a vyhodnocení jejích odpovědí.

Kontrolní otázky pro pacientku:

Je schizofrenie psychické onemocnění?

Má halucinace reálný podnět?

Jsou jedním z příznaků schizofrenie poruchy nálad?

Ovlivňuje schizofrenie kvalitu života pacienta?

Je nutné u schizofrenie užívat nějaké léky?

Zhodnocení edukační jednotky

Díky kontrolním otázkám jsme ověřili nabyté vědomosti o schizofrenii, jejích příznacích, léčbě. Pacientka se během edukace soustředila, reagovala adekvátně, byla aktivní při diskuzi i kontrolních otázkách. Vysvětlovali jsme pacientce problematiku onemocnění pomalu, klidně a srozumitelně (jak později potvrdila). Edukační jednotka probíhala v rozsahu 50 minut.

2. edukační jednotka

Téma edukace: Prevence relapsu (= znovuvzplanutí) nemoci

Místo edukace: na pokoji pacientky

Časový harmonogram: 16.1.2014 od 13.00 do 13.50 (50 minut)

Cíl: Kognitivní – pacientka nabyde vědomosti o prevenci relapsu schizofrenie.

Afektivní – pacientka jeví zájem o podávané informace a je spokojena s jejich rozsahem.

Forma: individuální

Prostředí: nemocniční, zabezpečit klid a soukromí

Edukační metody: vysvětlování, rozhovor, zodpovězení otázek, diskuze

Edukační pomůcky: písemné pomůcky, informační leták, edukační karta

Realizace 2. edukační jednotky

Motivační fáze: (5 minut) vytvořit vhodné podmínky pro edukaci, zajistit příjemnou atmosféru, povzbuzovat pacientku ke spolupráci, zapojit ji, vysvětlit význam vědomostí.

Expoziční fáze: (20 minut) u pacientů, kteří onemocněli schizofrenií je během 5 - ti let od první epizody vysoká pravděpodobnost (až 80%) relapsu, proto je velmi důležité vědět, jak atace předcházet.

Seznámení pacientky s prevencí návratu akutní fáze schizofrenie

Základem účinné prevence je spolupráce lékaře a pacienta a také jeho rodiny.

Pravidla, která je nutné dodržovat:

- pravidelně užívat *antipsychotika*. Bez antipsychotik atace předcházet nelze. Tyto léky však nezačnou působit hned, jak by si většina pacientů přála. Příznaky schizofrenie (nejčastěji halucinace, bludy, poruchy myšlení, nálady, vnímání...) mizí po několika týdnech užívání, u každého pacienta je to individuální.

- antipsychotika se užívají *dlouhodobě*, nejen když je nemoc akutní ale i během klidového období jako prevence. Většinu nemocných odradí užívání antipsychotik jejich nežádoucí účinky, jako jsou ztuhlost, třes, pocit vnitřního napětí. Je proto důležité tyto vedlejší účinky potlačit vhodně nastavenou medikací a s užíváním antipsychotik nepřestat.

- neužívat *drogy, alkohol*, zhoršují totiž průběh schizofrenie.

- *nestresovat se*. Stresory dělíme na jednorázové (např. zkouška) a dlouhodobě působící stresory (úmrtí blízké osoby). Je potřeba na tyto stresory ihned reagovat.

- *naučit se rozpoznávat varovné příznaky*, bývá to období zhruba 2 měsíce před hospitalizací, pacient by se měl zamyslet co se s ním v tu dobu dělo, jeden z nejčastějších příznaků bývají poruchy spánku, uzavírání se do sebe, probíhající stresová situace třeba v kombinaci s oslabeným organismem nemocí fyzickou. Pokud by se nad těmito situacemi pacient zabýval častěji, mohl by varovné příznaky vypořádat a reagovat na ně. Prevencí relapsu choroby se zabývá i Psychiatrické centrum Praha, které zavedlo bezplatné preventivně - edukační kurzy (PREDUKA), které jsou vhodné nejen pro pacienty ale i pro jejich blízké.

Fixační fáze: (15 minut) zopakování podstatných informací o nemoci pacientky, shrnutí opakovaných poznatků.

Hodnotící fáze: (10 minut) zhodnocení zpětné vazby při diskuzi, zodpovězení kontrolních otázek a jejich vyhodnocení.

Kontrolní otázky pro pacientku:

Jaké nežádoucí účinky se mohou projevit při užívání antipsychotik?

Jaká jsou obecná pravidla prevence ataky?

Uvědomujete si nějaký svůj varovný příznak?

Které látky, o kterých jsme mluvili, zhoršují průběh schizofrenie?

Zhodnocení edukační jednotky

Stanovené cíle jsme splnili. Pacientka správně zodpověděla kontrolní otázky, zaujala ji část o rozpoznávání varovných příznaků a snažila si rozvzpomenout na to, jak se cítila, než byla hospitalizována. Během naší diskuze došla k závěru, že před většinou atak měla potíže se spánkem. Aktivita a zájem o tuto problematiku byl u pacientky velmi patrný. Rozsah edukační jednotky jsme díky zájmu pacientky o chvíli přesáhli, takže trvala 60 minut.

3. edukační jednotka

Téma edukace: Životní režim schizofrenika

Místo edukace: na pokoji pacientky

Časový harmonogram: 17.1.2014 od 13.00 do 14.00 (60 minut)

Cíl: Kognitivní – pacientka bude prokazovat přiměřené vědomosti o vhodném denním režimu, stravovacích návycích a zdravé spánkové hygieně.

- **Afektivní** – pacientka bude aktivně projevovat zájem o podané informace, budou pro ni přínosné a bude s jejich rozsahem spokojená.

Forma: individuální

Prostředí: nemocniční, klidné, zajistit soukromí

Edukační metody: výklad, rozhovor, diskuze, zodpovězení dotazů pacientky

Edukační pomůcky: edukační karta, informační leták, psací potřeby

Realizace 3. edukační jednotky

Motivační fáze: (5 minut) přivítat se s pacientkou, vytvořit vhodné edukační prostředí, zajistit vhodnou atmosféru, povzbuzovat pacientku k aktivní spolupráci.

Expoziční fáze: (30 minut)

U schizofrenie je velmi důležité dodržovat určitý životní režim. V předešlé edukační jednotce jsme si řekli, jak předcházet relapsu pomocí několika základních pravidel. Ty teď rozšíříme a zaměříme se na celý denní režim.

Seznámení pacientky s pravidly denního režimu:

- vstávat ve stejnou denní dobu (např. každý den v 7.00),
- usínat ve stejnou dobu (např. každý den ve 22.00),
- omezit spánek přes den na maximálně 90 minut,
- dodržovat zásady spánkové hygieny (zmíníme se později),
- vyhýbat se stresovým událostem,
- pravidelně užívat léky dle ordinace lékaře,
- pravidelně navštěvovat svého obvodního psychiatra a psychologa,
- dodržovat zásady zdravého životního stylu (BANKOVSKÁ MOTLOVÁ a kolektiv, 2012).

Seznámení pacientky se zásadami zdravého životního stylu:

- nutričně vyvážená strava (dostatek bílkovin kvůli svalovině, omezit tuky a sacharidy)
- jíst v pravidelných časových rozmezech (každé 2-3 hodiny), hlídat si porce (antipsychotika mohou ovlivňovat váhový přírůstek),
- jíst dostatek čerstvého ovoce a zeleniny,
- dostatečně pít neslazené a neperlivé nápoje, nejlépe vodu nebo ovocné čaje,
- na druhou stranu dostatek pohybu (ten vede k uvolňování endorfinů, které schizofrenii pozitivně ovlivňují) ale zvolit si aktivitu, která pacienta baví a není pro něj zbytečně moc fyzicky náročná.
- nezapomínat i na relaxační techniky (jóga, muzikoterapie, aromaterapie...)

Zásady zdravé spánkové hygieny:

- dodržovat pravidelnost usínání a vstávání (biorytmy),
- zajistit klidné prostředí (eliminovat rušivé faktory),
- obstarat si vhodnou matraci (stále se matrace velmi podceňují)
- v lůžku se nepracuje, nejlí, nesleduje televize (zachovat si postel jako místo pouze pro spánek),
- eliminovat příjem kofeinových nápojů a potravin,
- dodržování zásad správného stravování (alespoň 2 hodiny před spaním už nejíst těžká jídla)

Fixační fáze: (15 minut) důkladné zopakování důležitých informací, prostor ujasnit si nesrovnalosti

Hodnotící fáze: (10 minut) kladení kontrolních otázek a vyhodnocení jejich odpovědí, zpětná vazba pacientky.

Kontrolní otázky pro pacientku:

Je nutné dodržovat pravidelnost, co se týče jídla a spánku?

Jaké si myslíte, že jsou pro Vás nevhodnější fyzické aktivity?

Může prosím uvést nejdůležitější zásady zdravé spánkové hygieny?

Dodržujete pravidla denního režimu nebo režim teprve upravíte (a jak)?

Zhodnocení edukační jednotky

Témata pro edukaci by bylo dobré ještě rozšířit, ale vzhledem k diagnóze pacientky není vhodné ji přetěžovat nadměrným množstvím informací. Kontrolní otázky zodpověděla celkem správně, podstatné informace si zapamatovala. Pacientka projevila zájem o „zdravý jídelníček“, doporučili jsme jí konkrétní literaturu (Kuchařka pro nemocné psychózou), kde jsou rozepsány přímo vhodné recepty na celý měsíc. Edukační jednotka trvala 50 minut.

4. edukační jednotka

Téma edukace: Občanská sdružení pro duševně nemocné

Místo edukace: na pokoji pacientky

Časový harmonogram: 20.1. 2014 od 13.00 do 13.50 (50 minut)

Cíl: Kognitivní – pacientka získá přehled o občanských sdruženích v ČR, dozví se, která jsou pro ni dostupná s ohledem na místo bydliště.

Afektivní – pacientka aktivně projeví zájem o dané téma, získá dostatek informací a bude verbalizovat spokojenost s podanými informacemi.

Forma: individuální

Prostředí: nemocniční, zajistit klid a soukromí

Edukační metody: výklad, rozhovor, diskuze

Edukační pomůcky: notebook, internet, edukační karta

Realizace 4. edukační jednotky

Motivační fáze: (5 minut) přivítat se s pacientkou, vytvořit vhodné podmínky pro edukaci, klidnou a příjemnou atmosféru, motivace pacientky ke spolupráci.

Expoziční fáze: (30 minut) je dobré vědět, kam se člověk může obrátit, když má nějaké potíže nebo si chce třeba jen popovídat s někým, kdo má také duševní onemocnění. Proto jsme se rozhodli jednu edukační jednotku věnovat občanským sdružením, které se na tyto nemoci zaměřují, ve smyslu resocializace či odborné pomoci.

Uvádíme několik občanských sdružení z ČR, z toho jedno v Olomouci a ve Zlíně, což je z Prostějova (trvalé bydliště pacientky) dostupné.

GREEN DOORS

= občanské sdružení, které je především zaměřeno pracovní a sociální rehabilitace, kdy je hlavním cílem příprava na zaměstnání duševně nemocného. Sídlo má v Praze.

ESET – HELP

= občanské sdružení, které se zajímá o rozvoj a péči o duševně nemocné. Nachází se v Praze.

Nabízejí tyto služby:

- chráněné bydlení,

- resocializace (znovuzačlenění) do společnosti (práce),
- sociální rehabilitace (nemocný nemusí navštěvovat ambulance, ambulance zdarma navštíví jeho),
- sociální a právní poradna.

BAOBAB

= občanské sdružení, které vytváří programy a služby pro psychicky nemocné, aby zvládali běžné aktivity. Sdružení má sídlo v Praze, pobočku v Kladně.

Služby, které poskytují:

- sociální služby,
- zaměstnávání,
- volnočasové aktivity,
- vzdělávací kurzy,
- kurzy zdravého životního stylu.

www.stopstigma.cz

= webové stránky zaměřené proti předsudkům a diskriminaci duševně nemocných, je zde uveden i seznam kontaktů na kontaktní centra po celé republice, kde může být zvolen konkrétní kraj.

SANITY

= občanské sdružení pro příbuzné, přátele a příznivce pomoci duševně nemocným, se sídlem ve Zlíně. Toto sdružení organizovalo například akci „Blázinec za zdí“, která se konala v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži v roce 2012.

KOLUMBUS je občanské sdružení, které se snaží:

- zlepšit péči v psychiatrických zařízeních,
- rozšířit komunitní péči,
- poskytovat právní pomoc,

- pořádat výstavy děl nemocných,
- organizovat různé výlety,
- spolupracovat a zapojit se do různých projektů v ČR
- spolupracovat i se zahraničními sdruženími (např. Slovensko, Budapešť...).

Toto sdružení sídlí v Ústí nad Labem.

ZAHRADA 2000

= občanské sdružení, které se zabývá především resocializací duševně nemocných. Sídlo má v Olomouci.

Fixační fáze: (15 minut) zopakování podstatných informací o službách občanských sdružení, shrnutí opakovaných poznatků.

Hodnotící fáze: (10 minut) zhodnocení zpětné vazby při diskuzi, zodpovězení kontrolních otázek a jejich vyhodnocení.

Kontrolní otázky pro pacientku:

Nachází se v ČR občanská sdružení pro duševně nemocné?

Bylo uvedeno některé v okolí Vašeho bydliště?

Měla byste zájem některé občanské sdružení navštívit nebo se dozvědět něco více na jejich internetových stránkách?

Kdybyste potřebovala právní pomoc mohla byste se na některé z uvedených občanských sdružení obrátit?

Zhodnocení edukační jednotky

Pacientka se o občanská sdružení pro duševně nemocné nikdy nezajímala, protože vlastně nevěděla, co všechno tato sdružení mohou nabídnout a čím se zabývají. Poskytované služby ji zaujaly a nyní už ví, kam se může v případě nouze obrátit. Vysvětlili jsme jí, že tato sdružení byla vybrána jako několik z mnoha a pomocí internetu si může, v případě zájmu, vyhledat další.

Během edukace byla pacientka aktivní, projevila zájem i o další informace o sdružení Zahrada 2000 (Olomouc). V Kroměříži se Zahrada také nachází, je to středisko Oblastní charity Kroměříž pacientce bylo nabídnuto, že pokud by chtěla toto sdružení navštívit, je možno domluvit konzultaci a v doprovodu matky, by se tam mohla jít podívat. Tato nabídka ji zaujala a bude ji konzultovat s matkou.

5. FÁZE – VYHODNOCENÍ

Kvůli závěrečnému vyhodnocení edukačního procesu byl pacientce předložen vědomostní test, který obsahoval stejné otázky jako test vstupní ve fázi posuzování.

<u>Výstupní test o schizofrenii</u>	ano	ne
Domníváte se, že je schizofrenie je vyléčitelná?	X	
Myslíte, že je schizofrenie infekční?		X
Postihuje schizofrenie mysl?	X	
Doprovází schizofrenii poruchy nálad?	X	
Obejde se nemocný schizofrenií bez léčby?		X
Vyžaduje schizofrenie pravidelné užívání léků?	X	
Jsou nutné při schizofrenii pravidelné kontroly u ambulantního psychiatra?	X	
Omezuje schizofrenie nemocného v konzumaci alkoholu?	X	
Mají léky určené k léčbě schizofrenie okamžitý účinek?		X
Je prevencí znovuzplanutí schizofrenie stres?		X
Je potřebná edukace rodiny?	X	

Pacientka získala informace o svém onemocnění, prevenci relapsu a zásadách dodržování režimu. Pacientka verbalizuje spokojenost se získanými informacemi i formou sdělení.

Edukace proběhla ve třech edukačních jednotkách. Které byly, jak pacientka udává, srozumitelné a pochopitelné.

Spolupráce a aktivita pacientky byla pro nás při jednotlivých edukačních jednotkách velkým překvapením, protože v jiných aktivitách je pacientka spíše pasivní.

Edukační cíle (pouze kognitivní a afektivní, k behaviorálnímu nedošlo) jsme splnili, edukaci jsme, na základě splněných cílů, uzavřeli.

Na základě zodpovězených otázek ve výstupním testu a stanovených cílů považujeme realizaci edukačního procesu za úspěšnou.

Edukace byla přínosná, zlepšila psychický stav i informovanost pacientky.

5 DISKUZE

Problematika psychotických onemocnění je velice rozsáhlá, bylo by proto velmi obtížné pokoušet se tuto práci srovnávat s jinými autory. Většina dostupných prací je totiž zaměřena na výzkum týkající se informovanosti buďto zdravotnického personálu nebo přímo pacientů. Na druhou stranu jsme ale rádi, že tato práce byla zaměřena na edukační proces, protože je to velmi důležitá součást, která je v praxi zanedbávána kvůli nedostatku času. Myslíme si, že tento edukační proces byl pro vybranou pacientku vhodně zvolen, byl přínosný a poučný, podané informace pochopila, ucelila si je a osvojila. Tím se také domníváme, že cílů bylo dosaženo.

5.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Jak bylo zjištěno, v praxi kvůli nedostatku personálu na podrobné edukace není dostatek času, informace jsou tedy buďto odbyté nebo nedostatečné či neucelené. I přesto by se mělo na edukaci klást větší důraz, má totiž velký význam nejen pro pacienta ale i pro jeho rodinu a blízké.

Doporučení pro zdravotnický personál, především pro primární všeobecné sestry:

- nepodceňovat důležitost a význam edukace,
- brát ohled na psychický stav pacienta (je – li edukace vůbec vhodná),
- edukaci provést vhodně zvolenou formou s ohledem na příslušnou lékařskou diagnózu,
- vymezit si dostatečný čas, pokud to není možné, rozdělit edukaci na kratší úseky a vhodně je zařadit do denního programu,
- zajímat se o problematiku nemocí, se kterými všeobecná sestra pracuje, rozšiřovat si vědomosti o nových trendech v léčbě, přístupech...

Doporučení pro nemocnice:

- podporovat sestry v dalším vzdělávání,
- zajistit nebo doporučit semináře o významu edukace,

- zvážit vhodnost zvolení hlavního edukátora oddělení (zvolena jedna SZP, která edukuje všechny pacienty – má na to vyhrazen dostatek času a k dispozici různé pomůcky),
- zajistit multidisciplinární spolupráci (edukuje lékař, sestra, psycholog...).

Doporučení pro rodinu:

- podporovat pacienta během hospitalizace i při resocializaci v domácím prostředí, práci,
- umožnit mu dodržovat režim a eventuálně na něj dohlížet,
- spolupráce se zdravotnickým personálem (během hospitalizace s lékaři a SZP, v domácí péči s ambulantním psychiatrem či psychologem, eventuálně kontakt s krizovým centrem či přímo psychiatrickou nemocnicí...),
- dohled nad užitím léků (aby je užíval včas, přesně jak má naordinováno...),
- vhodná komunikace s pacientem (mluvit s ním klidně, stručně, zajímat se o něj – jak se cítí, co prožívá).

Doporučení pro veřejnost:

- nemít předsudky vůči duševně nemocným,
- chovat se k nim „normálně“,
- nabídnout pomocnou ruku, když to nemocný potřebuje.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit míru informovanosti pacienta o psychotickém onemocnění, prevenci a léčbě, poté minimalizovat jeho nedostatky v informovanosti, ucelit informace o jeho onemocnění pomocí edukačního procesu.

V teoretické části je základní rozdělení psychotických onemocnění, jejich biologické a psychosociální příčiny, pozitivní a negativní příznaky, dále příznaky jako poruchy nálad, chování, myšlení, vnímání, vůle a pozornosti, které jsou pro psychotická onemocnění typické. Další podkapitolou je, podle nás velmi důležité, rozpoznání duševně nemocného a postoje k duševně nemocným. Pak se zaměřujeme na léčbu, především na psychoterapie a na závěr na prevenci duševních onemocnění. Jedna podkapitola je věnovaná schizofrenii, na kterou je zaměřena praktická část.

Díky vstupnímu testu byl splněn první cíl (zjistit míru informovanosti), kdy na základě otázek ve vstupním testu byly stanoveny konkrétní edukační jednotky, které za pomoci edukačního procesu odstranily (nebo minimálně zmírnily) nedostatek informací. Byla vhodně zvolena forma edukace i individuální přístup, s ohledem na diagnózu pacienta, což v praxi znamenalo, že byly jednotlivé informace často opakovány, pacient dostal dispozici edukační karty, na kterých jednotlivé informace sledoval, každá edukační jednotka trvala přiměřeně dlouho (potvrzeno pacientem) i přestože měl pacient možnost edukaci kdykoli přerušit a odpočinout si.

Jednotlivé edukační jednotky byly zaměřeny na teoretické znalosti o základním onemocnění pacienta – schizofrenii, životním režimu a prevenci relapsu onemocnění, kterou považujeme za obzvláště přínosnou, jelikož si pacient začal uvědomovat souvislost mezi jednotlivými atakami a začal přemýšlet o varovných příznacích, které se před relapsem objevují. Pacient hodnotil pozitivně i edukační karty, které si ponechal.

Psychotická onemocnění, potažmo celé psychiatrické ošetřovatelství, hodnotíme dodnes jako podceňované a utlačované vůči ostatním oborům, proto bychom byli rádi, kdyby se našla alespoň malá skupina lidí, kteří tuto práci budou považovat za užitečnou a přínosnou, domníváme se tedy, že by bylo vhodné, edukační karty nabídnout např. do ústavní knihovny Psychiatrické nemocnici v Kroměříži nebo občanskému sdružení Zahrada Kroměříž.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ANON. *Relaxace*. Praha: Fragment, 2002. ISBN 80-7200-613-4.
- BANKOVSKÁ - MOTLOVÁ, Lucie a kolektiv. *Kuchařka pro nemocné psychózou*. České Budějovice: Protisk, 2011. ISBN 978-80-87142-12-7.
- BANKOVSKÁ - MOTLOVÁ, Lucie a kolektiv. *Psychoedukace u schizofrenie*. České Budějovice: Protisk, 2012. ISBN 978-80-87142-16-5.
- BEDNÁŘOVÁ, Markéta a Libuše HORKÁ. *Život ve stínech za zrcadlem aneb o životě s psychózou*. Praha: Triton, 2013. ISBN 978-80-7387-663-0.
- BLABOLOVÁ, Anna. *Arteterapie v denním stacionáři pro osoby s onemocněním schizofrenního okruhu*. In: *Arteterapie*. Roč. 2012, č. 28. (2012). 14-21 s. ISSN 1214-4460.
- DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ - PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6.
- GAY, Christian. *Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s mani depresivními stavy*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-668-1.
- HAYESOVÁ, Nicky. *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-763-9.
- JAROLÍMEK, Martin. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*. Praha: Pallata, 1996.
- JAROLÍMEK, Martin. *S čím zápasí duševně nemocní a jejich rodiny*. In: *Esprit*. Roč. 16, č. 5-6. (2012). 4-7 s. ISSN 1214-2123.
- JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
- LEČBYCH, Martin. *Rorschachova metoda*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4536-7.
- MENTZOS, Stavros. *Dynamika duševní nemoci*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-239-5482-2.
- MLÝNKOVÁ, Jana. *Význam edukace rodinných příslušníků duševně nemocné pacientky*. In: *Sestra*. Roč. 20, č. 2. (2010). 76-80 s. ISSN 1210-0404.
- MOTLOVÁ, Lucie a František KOUKOLÍK. *Schizofrenie*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-277-3.
- MOŽNÝ, Petr. *Když se řekne „psychóza“*. Praha: Galén, 1999.
- MOŽNÝ, Petr. *Metakognitivní trénink pro schizofrenie*. In: *Psychiatrie pro praxi*. Roč. 13, č. 2. (2012). 81-84 s. ISSN 1213-0508.
- NASAR, Sylvia. *Čistá duše*. Praha: Pragma, 2003. ISBN 80-7205-965-3.

NĚMCOVÁ, Jitka a kolektiv. Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci. Praha: NAVA TISK, 2013. ISBN 978-80-902876-9-3.

OREL, Miroslav a kolektiv. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3737-9.

PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy*. Praha: Triton, 2009. 978-80-7387-253-3.

PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA. *Používání omezovacích prostředků. Standard č. 12*. Zpracoval Petr Možný. Kroměříž, Psychiatrická léčebna 2012. 6 s.

SKÁLOVÁ, Andrea. *Zažijte na pár minut schizofrenii*. In: Zdravotnické noviny. Roč. 61, č. 22.(2012). 16 s. ISSN 1805-2355.

SVĚRÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-845-2.

ÚZIS [online]. Ministerstvo zdravotnictví. 2011 [25.2.2014]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/rychle-informace/psychiatricka-pece-psychiatrickych-luzkovych-zarizenich-roce-2010>

ÚZIS [online]. Ministerstvo zdravotnictví, 2012 [25.2.2014]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/rychle-informace/psychiatricka-pece-psychiatrickych-luzkovych-zarizenich-roce-2011>

ÚZIS [online]. Ministerstvo zdravotnictví, 2013 [25.2.2014]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/rychle-informace/psychiatricka-pece-psychiatrickych-luzkovych-zarizenich-roce-2012>

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf, 2002. ISBN 80-85912-43-0.

PŘÍLOHY

Příloha A – Edukační karta o občanských sdruženích pro duševně nemocné	I
Příloha B – Edukační karta o pravidlech denního režimu schizofrenika	II
Příloha C – Edukační karta o prevenci relapsu schizofrenie	III
Příloha D – Edukační karta o schizofrenii	IV
Příloha E – Edukační karta o zásadách zdravého životního stylu	V
Příloha F – Přehled pacientů hospitalizovaných v psychiatrických zařízeních ČR v roce 2010	VI
Příloha G - Přehled pacientů hospitalizovaných v psychiatrických zařízeních ČR v roce 2011	VII
Příloha H - Přehled pacientů hospitalizovaných v psychiatrických zařízeních ČR v roce 2012	VIII
Příloha I – Rešerše	IX
Příloha J – Rorschachova metoda	X
Příloha K – Škála hodnotící riziko agrese	XI
Příloha L – Riziko sebevražedného jednání	XII

Příloha A



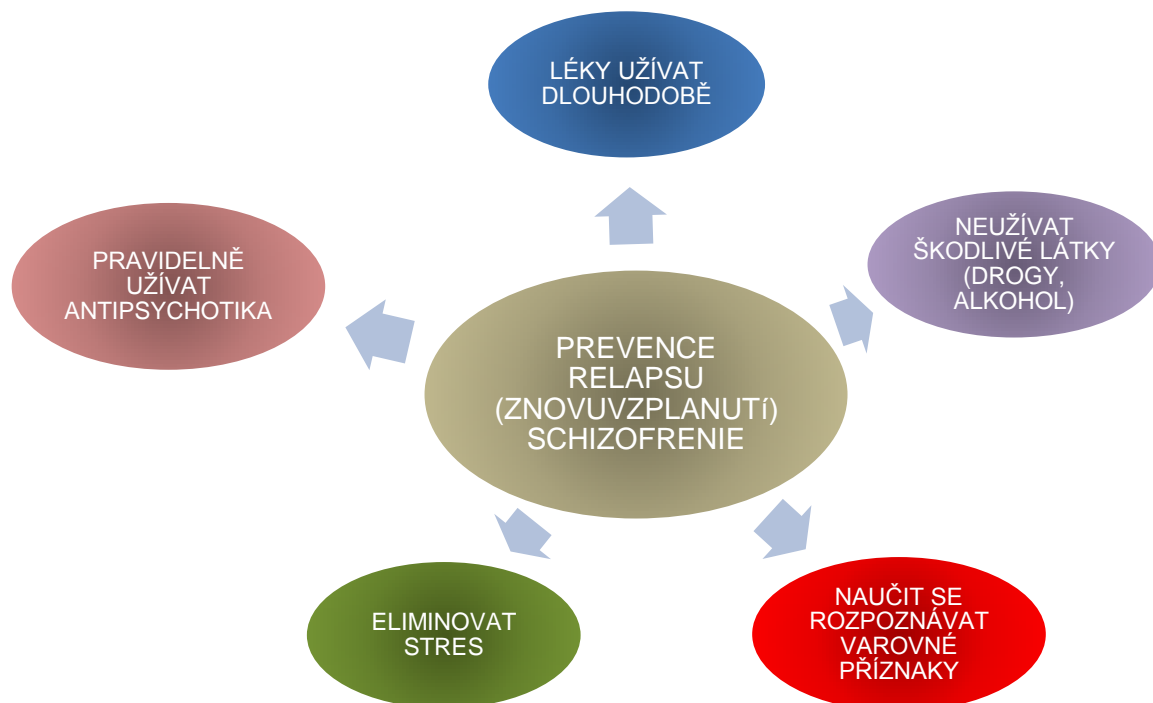
Tento materiál je výstupem bakalářské práce s názvem „Edukační proces u pacienta s psychotickým onemocněním“, který vznikl v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha 5.

Příloha B



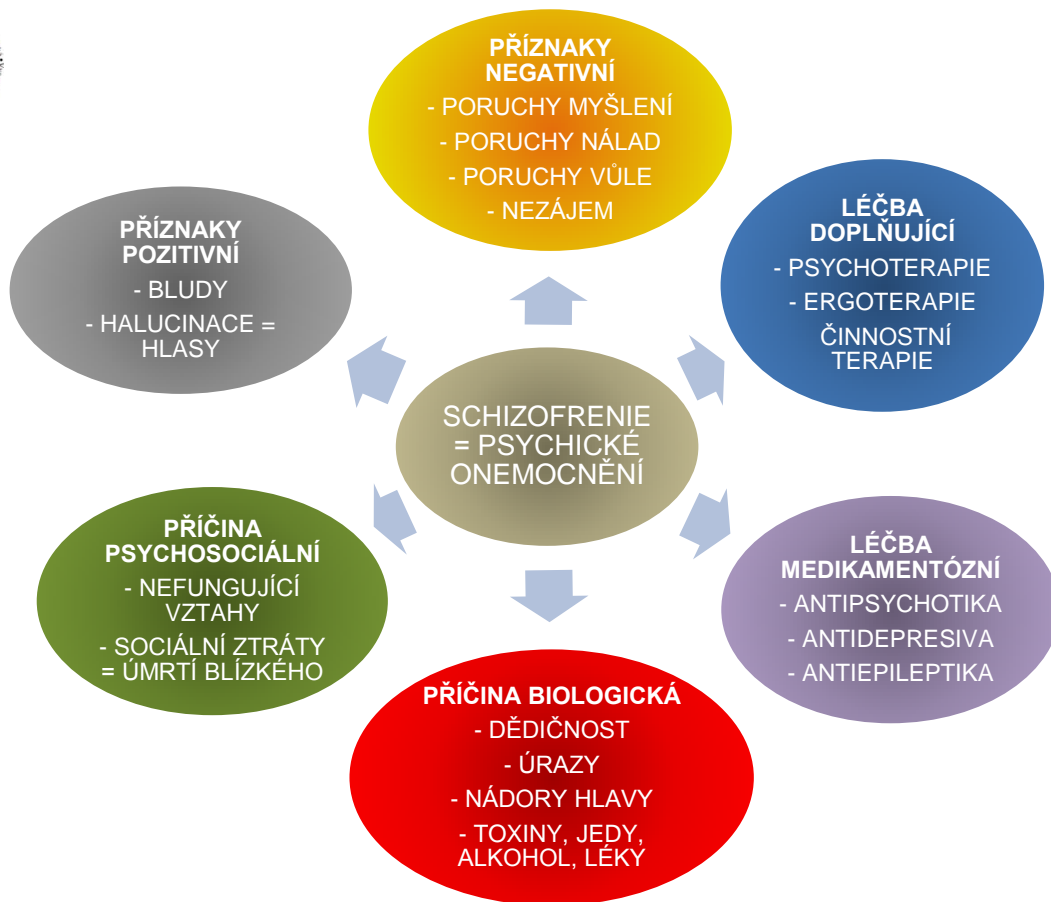
Tento materiál je výstupem bakalářské práce s názvem „Edukační proces u pacienta s psychotickým onemocněním“, který vznikl v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha 5.

Příloha C



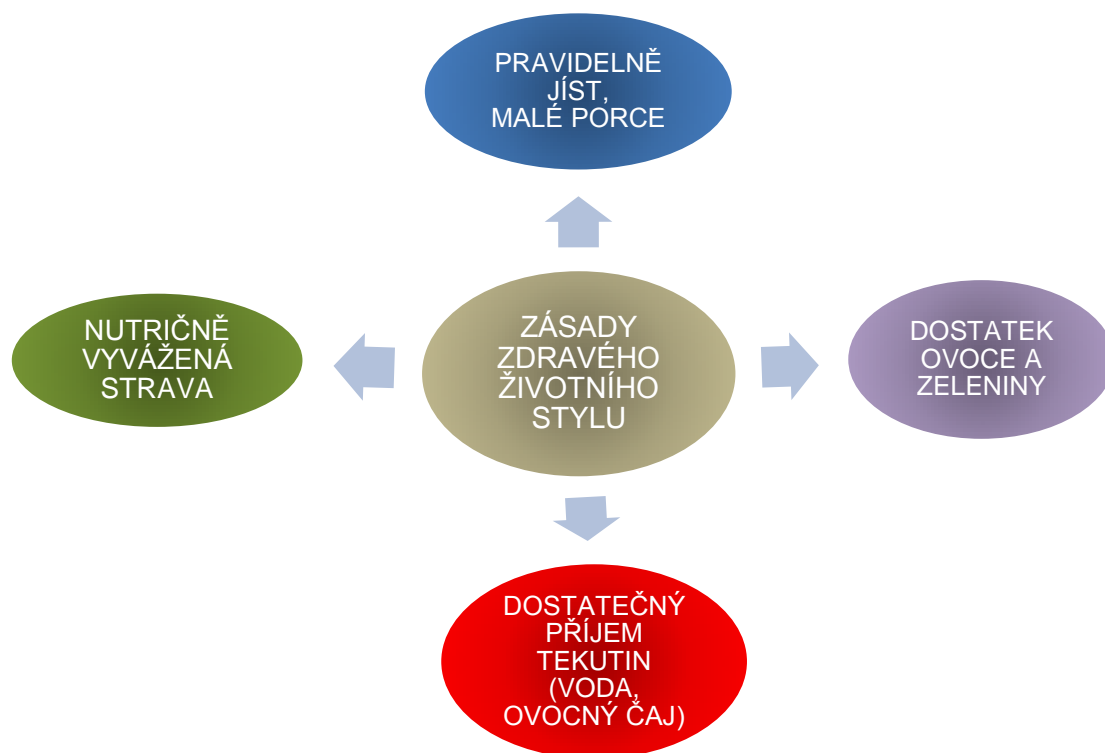
Tento materiál je výstupem bakalářské práce s názvem „Edukační proces u pacienta s psychotickým onemocněním“, který vznikl v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha 5.

Příloha D



Tento materiál je výstupem bakalářské práce s názvem „Edukační proces u pacienta s psychotickým onemocněním“, který vznikl v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha 5.

Příloha E



Tento materiál je výstupem bakalářské práce s názvem „Edukační proces u pacienta s psychotickým onemocněním“, který vznikl v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha 5.

Počet zařízení (oddělení), lůžek a pacientů léčených v psychiatrických lůžkových zařízeních podle sídla zdravotnického zařízení v roce 2010

Kraj sídla	Psychiatrická oddělení nemocnic			Psychiatrické léčebny pro dospělé			Psychiatrické léčebny pro děti			Ostatní psychiatrická zařízení		
	Počet oddělení	Počet lůžek	Počet hospitalizací	Počet zařízení	Počet lůžek	Počet hospitalizací	Počet zařízení	Počet lůžek	Počet hospitalizací	Počet oddělení	Počet lůžek	Počet hospitalizací
Hl. m. Praha	7	397	4 217	1	1 358	6 792	-	-	-	-	-	-
Středočeský	-	-	-	2	680	2 316	-	-	-	-	-	-
Jihočeský	2	65	1 041	3	230	1 615	1	160	478	-	-	-
Plzeňský	2	101	1 502	1	1 225	3 239	-	-	-	-	-	-
Karlovarský	1	40	700	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ústecký	3	121	2 278	2	657	2 335	1	50	202	1	30	99
Liberecký	2	76	954	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Královéhradecký	3	111	1 305	1	56	274	-	-	-	-	-	-
Pardubický	2	55	928	-	-	-	-	-	-	1	36	500
Vysočina	-	-	-	2	1 280	4 279	1	50	258	1	60	554
Jihomoravský	4	189	2 379	1	827	3 656	-	-	-	-	-	-
Olomoucký	2	130	1 317	2	670	3 319	-	-	-	-	-	-
Zlínský	-	-	-	1	1 100	4 818	-	-	-	-	-	-
Moravskoslezský	3	89	1 695	1	975	6 119	-	-	-	-	-	-
ČR	31	1 374	18 316	17	9 058	38 762	3	260	938	3	126	1 153

Počet zařízení (oddělení), lůžek a pacientů léčených v psychiatrických lůžkových zařízeních podle sídla zdravotnického zařízení v roce 2010. In: *ÚZIS* [online]. Ministerstvo zdravotnictví. 2011 [25.2.2014].

Dostupné z <http://www.uzis.cz/rychle-informace/psychiatricka-pece-psychiatrickych-luzkovych-zarizenich-roce-2010>

Příloha G

Počet zařízení (oddělení), lůžek a pacientů léčených v psychiatrických lůžkových zařízeních podle sídla zdravotnického zařízení v roce 2011

Kraj sídla	Psychiatrická oddělení nemocnic			Psychiatrické léčebny pro dospělé			Psychiatrické léčebny pro děti			Ostatní psychiatrická zařízení		
	počet oddělení	počet lůžek	počet hospitalizací	počet zařízení	počet lůžek	počet hospitalizací	počet zařízení	počet lůžek	počet hospitalizací	počet oddělení	počet lůžek	počet hospitalizací
Hl. m. Praha	7	375	4 036	1	1 291	7 121	-	-	-	-	-	-
Středočeský	-	-	-	2	680	1 924	-	-	-	-	-	-
Jihočeský	2	65	1 002	3	230	1 760	1	160	459	-	-	-
Plzeňský	2	101	1 461	1	1 225	3 201	-	-	-	-	-	-
Karlovarský	1	40	827	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ústecký	3	121	2 330	2	705	2 592	1	50	236	1	30	79
Liberecký	2	76	908	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Královéhradecký	3	111	1 285	1	56	270	-	-	-	-	-	-
Pardubický	2	55	889	-	-	-	-	-	-	1	36	540
Vysočina	-	-	-	3	1 322	4 895	1	50	291	-	-	-
Jihomoravský	4	199	2 585	1	823	3 590	-	-	-	-	-	-
Olomoucký	2	104	1 446	2	670	3 385	-	-	-	-	-	-
Zlínský	-	-	-	1	1 050	4 990	-	-	-	-	-	-
Moravskoslezský	3	81	1 779	1	942	6 044	-	-	-	-	-	-
ČR	31	1 328	18 548	18	8 994	39 772	3	260	986	2	66	619

Počet zařízení (oddělení), lůžek a pacientů léčených v psychiatrických lůžkových zařízeních podle sídla zdravotnického zařízení v roce 2011. In: *ÚZIS* [online]. Ministerstvo zdravotnictví, 2012 [25.2.2014].

Dostupné z <http://www.uzis.cz/rychle-informace/psychiatricka-pece-psychiatrickych-luzkovych-zarizenich-roce-2011>

Příloha H

Počet zařízení (oddělení), lůžek a pacientů léčených v psychiatrických lůžkových zařízeních podle sídla zdravotnického zařízení v roce 2012

Kraj sídla	Psychiatrická oddělení/nemocnic			Psychiatrické léčebny pro dospělé			Psychiatrické léčebny pro děti			Ostatní psychiatrická zařízení		
	počet oddělení	počet lůžek	počet hospitalizací	počet zařízení	počet lůžek	počet hospitalizací	počet zařízení	počet lůžek	počet hospitalizací	počet oddělení	počet lůžek	počet hospitalizací
Hl. m. Praha	7	371	4 061	1	1 291	7 047	-	-	-	-	-	-
Středočeský	-	-	-	2	680	2 172	-	-	-	-	-	-
Jihočeský	2	65	937	3	230	1 687	1	150	494	-	-	-
Plzeňský	2	101	1 489	1	1 208	3 240	-	-	-	-	-	-
Karlovarský	1	39	819	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ústecký	2	83	1 870	2	699	2 698	1	50	242	1	30	84
Liberecký	2	76	899	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Královéhradecký	3	111	1 260	1	56	271	-	-	-	-	-	-
Pardubický	2	50	937	-	-	-	-	-	-	1	36	484
Vysočina	-	-	-	3	1 323	5 017	1	50	309	-	-	-
Jihomoravský	4	179	2 460	1	823	3 724	-	-	-	-	-	-
Olomoucký	2	104	1 509	2	670	3 246	-	-	-	-	-	-
Zlínský	-	-	-	1	995	4 860	-	-	-	-	-	-
Moravskoslezský	3	81	1 893	1	872	5 676	-	-	-	-	-	-
ČR	30	1 260	18 134	18	8 847	39 638	3	250	1 045	2	66	568

Počet zařízení (oddělení), lůžek a pacientů léčených v psychiatrických lůžkových zařízeních podle sídla zdravotnického zařízení v roce 2012. In: *ÚZIS* [online]. Ministerstvo zdravotnictví, 2013 [25.2.2014].

Dostupné z <http://www.uzis.cz/rychle-informace/psychiatricka-pece-psychiatrickych-luzkovych-zarizenich-roce-2012>

Příloha I

REŠERŠE

Vypracování literární rešerše

Místo: Národní lékařská knihovna, Sokolská 54, 121 32, Praha 2

Vypracováno pro téma bakalářské práce: Edukační proces u pacienta s psychotickým onemocněním

Datum: 27. února 2014

Jméno a příjmení: Zuzana Bosáková, DiS.

Studentka 3. ročníku Vysoké školy zdravotnické, o.p.s. Praha 5, studijní obor všeobecná sestra

PSYCHOTICKÉ PORUCHY, PSYCHÓZY, SCHIZOFRENIE KNIHY

1.

TI: Ve stínech za zrcadlem, aneb, O životě s psychózou

AU: Bednářová, Markéta — Horká, Libuše

PU: Vyd. 1.Praha : Triton, 2013. 179 s. ; 20 cm.

IB: 978-80-7387-663-0

LA: cze RT: monografie, knihy

PT: autobiografie

DE: behaviorální disciplíny a činnosti ; psychotické poruchy ; sociální práce psychiatrická ; ženy ; duševně nemocní ; osobní vzpomínky jako téma

SG: NLK: K 88956

2.

TI: Schizofrenie a její léčba : průvodce ošetřujícího lékaře

AU: Češková, Eva

PU: 3. rozš. vyd.Praha : Maxdorf, c2012. 117 s. : il., tab. ; 19 cm.

IB: 978-80-7345-266-7

LA: cze RT: monografie, knihy

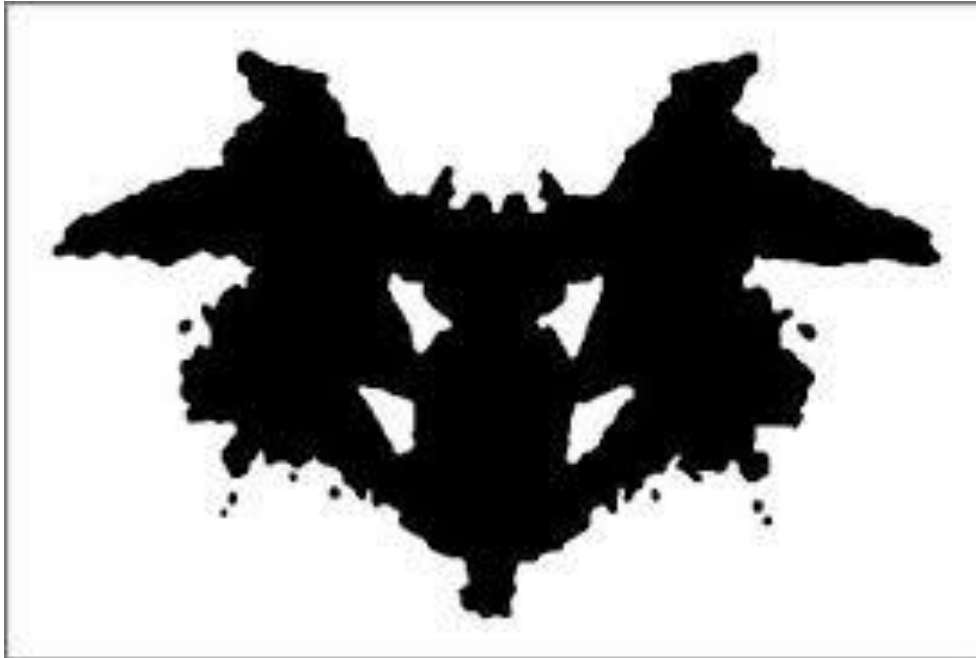
PT: příručky

DE: diferenciální diagnóza ; medikace - omyly ; schizofrenie (klasifikace, diagnóza, farmakoterapie)

SG: NLK: K 88436

Kompletní rešerše je přiložena na CD

Příloha J - Rorschachova metoda



LEČBYCH, 2013, s. 52

Příloha K - Škála rizika agrese a riziko sebevražedného jednání (Broset Violence Checklist)

Kritérium	Body
Zmatenost	1
Podrážděnost	1
Výbušnost	1
Slovní vyhrožování	1
Agrese vůči věcem	1

Přítomnost dvou a více rizikových faktorů je vysoké riziko agresivního chování v následujících 24 hod.

Autor: vlastní tvorba na základě ISpP (Informační systém pro psychiatrii)

Příloha L – Škála hodnotící riziko sebevražděného jednání (NGASR)

Kritérium	Body
Beznaděj	1
Deprese, ztráta zájmu a potěšení	1
Plán spáchat sebevraždu	1
Aktuální ztráta blízkého nebo rozpad vztahu	1
Sebevražděný pokus v anamnéze	1
Přítomnost stresových událostí	1
Perzekuční hlasy (kritizující, nadávající, příkazující, apod.) a přesvědčení (pronásledování, ohrožování, ovlivňování na dálku)	1
Vážné duševní problémy nebo sebevražda v rodinné anamnéze	1
Varovné známky sebevražděného záměru	1
Psychóza v anamnéze	1
Ztráta manželky/ manžela nebo životního partnera	1
Známky sociálního stažení	1
Socioekonomická strádání v anamnéze	1
Užívání alkoholu nebo jiných návykových látek v anamnéze	1
Přítomnost terminálního onemocnění	1

Skóre:

5 a méně: nízké riziko

6 až 11: střední riziko

12 a více: vysoké riziko

Autor: vlastní tvorba na základě ISpP (Informační systém pro psychiatrii)