

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S
ONEMOCNĚNÍM PARANOIDNÍ SCHIZOFRENIE**

Bakalářská práce

EVŽENIE GRIŠINA

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

Praha 2016



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

Grišina Evženie
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 27. 10. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s onemocněním paranoidní
schizofrenie

*Der Pflegeprozess bei einem Patienten mit der Erkrankung an
paranoider Schizophrenie*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

V Praze dne: 2. 11. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 18.3.2016

.....

Evženie Grišina

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí mé práce Mgr. Evě Markové, Ph.D. za věnovaný čas, trpělivost, podporu, poskytnutí cenných rad a informací a pomoc při psaní této práce.

ABSTRAKT

GRIŠINA, Evženie. *Ošetrovatelský proces u pacienta s onemocněním paranoidní schizofrenie*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D. Praha 2016. 64 s.

Bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči o pacienta s paranoidní schizofrenií. Shrnuje základní informace o paranoidní schizofrenii, její definici, etiologii a patogenezi, klinický obraz, diagnostiku a terapii a také rehabilitaci pacientů s tímto onemocněním. Dále charakterizuje specifika ošetrovatelské péče. Cílem bakalářské práce je detailní popis ošetrovatelského procesu u 32letého pacienta s diagnózou paranoidní schizofrenie F20.0, přijatého na příjmové oddělení psychiatrické nemocnice pro relaps nemoci po vysazení medikace. Na základě zjištěných ošetrovatelských problémů byly sestaveny ošetrovatelské diagnózy dle Taxonomie II NANDA International 2015–2017. Dále byl stanoven plán ošetrovatelské péče, popsána realizace ošetrovatelských intervencí a provedeno jejich hodnocení. Specifické symptomy paranoidní schizofrenie ovlivňují běžný denní činnosti pacienta a vyžadují specifický přístup všeobecných sester v rámci ošetrovatelské péče.

Klíčová slova

Bludy. Halucinace. Kazuistika. Paranoidní schizofrenie. Psychoterapie.

AUSZUG

GRIŠINA, Evženie. *Der Pflegeprozess beim Patienten mit der paranoiden Schizophrenie*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Qualifikationsstufe: Bachelor (Bc.). Leiter der Arbeit: Mgr. Eva Marková, Ph.D. Praha 2016. 64 Seiten.

Die Bachelorarbeit beschäftigt sich mit dem Pflegeprozess um den Patienten mit der paranoiden Schizophrenie. Sie fasst Grundinformationen über die paranoide Schizophrenie, ihre Definition, Ätiologie und Pathogenese, Krankheitsbild, Diagnostik und Therapie und auch Rehabilitation von Patienten mit dieser Erkrankung zusammen. Hier werden auch Spezifika des Pflegeprozesses charakterisiert. Das Ziel der Bachelorarbeit ist, den Pflegeprozess des Patienten im Alter von 32 Jahren mit der Diagnose paranoide Schizophrenie F20.0, der aufgrund des Krankheitsrelapses nach Absetzen der Medikation in der psychiatrischen Klinik hospitalisiert wurde, detailliert zu schildern. Aufgrund der festgestellten Pflegeproblemen wurden die Pflegediagnosen nach der Taxonomie II NANDA International 2015-2017 aufgestellt. Weiter wurde ein Pflegeprozessplan festgestellt, die Realisation von der Pflegeintervention beschrieben und alles wurde ausgewertet. Die spezifischen Symptomen von paranoiden Schizophrenie beeinflussen die gewöhnlichen Tätigkeiten der Patienten und erfordern von Krankenschwestern im Rahmen des Pflegeprozesses einen spezifischen Umgang.

Schlüsselwörter

Wahnvorstellungen. Halluzinationen. Kasuistik. Paranoide Schizophrenie. Psychotherapie.

OBSAH

SEZNAM TABULEK

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD	11
1. PATOFYZIOLOGIE ONEMOCNĚNÍ SCHIZOFRENIE.....	13
1.1 EPIDEMIOLOGIE, VÝSKYT.....	14
1.2 ETIOLOGIE A PATOGENEZE.....	15
1.3 KLINICKÝ OBRAZ.....	16
1.4 DIAGNOSTIKA.....	19
1.5 LÉČBA.....	21
1.6. SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V PSYCHIATRII.....	23
1.7. REHABILITACE.....	26
1.7.1 PSYCHOTERAPIE.....	26
1.7.2 KOMUNITNÍ PÉČE.....	28
2. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U KLIENTA S PARANOIDNÍ SCHIZOFRENIÍ.....	30
2.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE.....	31
2.2 ANAMNÉZA.....	32
2.3 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU PACIENTA ZE DNE.....	34
2.4 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT.....	43
2.5 SITUAČNÍ ANALÝZA.....	45
2.6 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT.....	46
ZÁVĚR.....	59
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	61
SEZNAM PŘÍLOH.....	64

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Identifikační údaje	31
Tabulka 2 Vitální funkce při přijetí	31
Tabulka 3 Terapie před hospitalizací.....	32
Tabulka 4 Popis fyzického stavu	34
Tabulka 5 Aktivity denního života.....	36
Tabulka 6 Posouzení psychického stavu	39
Tabulka 7 Posouzení sociálního stavu.....	41
Tabulka 8 Biochemické vyšetření krve	43
Tabulka 9 Hematologické vyšetření krve.....	44
Tabulka 10 Medikamentózní terapie	44

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

- APA Americká psychiatrická asociace
- BMI Body mas index
- DF Dechová frekvence
- DSM IV. Diagnostický a statistický manuál ve IV. vydání
- GIT Gastrointestinální trakt
- MKN - 10 10. vydání Mezinárodní klasifikace nemoci
- NANDA profesionální organizace sester pro standardizaci sesterské terminologie
- P Tep, tepová frekvence
- PČR Policie České republiky
- RZS Rychlá záchranná služba
- TBL Tableta
- THC Tetrahydrokanabinol
- TK Krevní tlak
- TT Tělesná teplota
- WHO Světová zdravotnická organizace

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Benigní nezhoubný

Etiologie hledání příčin vzniku onemocnění

Incidence počet nových klientů s daným onemocněním za určité časové období, většinou za jeden rok

Mortalita úmrtnost, demografický ukazatel počtu úmrtí v poměru počtu obyvatel

Patogeneze vznik a vývoj chorobných změn v těle

Prevalence počet osob, u kterých bylo diagnostikováno onemocnění děleno počtem vyšetřených

Suicidium dobrovolné ukončení života, zpravidla v důsledku psychických poruch

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je Ošetrovatelský proces u pacienta s paranoidní schizofrenií. Na psychiatrickém oddělení nemocnice během výkonu povolání se setkáváme nejčastěji s osobami, které jsou postiženy právě paranoidní schizofrenií, která patří mezi závažné duševní poruchy. V případě paranoidní schizofrenie jde tedy o chronické a závažné duševní onemocnění, které má značný vliv na jednání pacienta, kdy vlivem tohoto onemocnění je narušena jeho schopnost srozumitelného chování a tím jeho začlenění do běžného způsobu života.

Cílem bakalářské práce je detailně popsat ošetrovatelskou péči u jednoho vybraného případu pacienta s diagnózou paranoidní schizofrenie. Použili jsme případovou studii, která umožnila ponořit se hlouběji do zkoumaného problému.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části. V teoretické shrnujeme základní informace o paranoidní schizofrenii, její definici, etiologii a patogenezi, klinický obraz, diagnostiku a terapii a také rehabilitaci pacientů s tímto onemocněním pomocí psychoterapie. Dále se zabýváme ošetrovatelskou péčí u pacientů s duševní poruchou a konkrétně pak charakterizujeme specifika péče u pacienta s paranoidní schizofrenií.

Ve druhé části bakalářské práce uvádíme případovou studii pacienta s onemocněním paranoidní schizofrenie, který byl hospitalizován na psychiatrickém oddělení. Popisujeme a analyzujeme péči o pacienta, která byla poskytnuta metodou ošetrovatelského procesu, jež je sérií plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které sestry používají ke zhodnocení stavu individuálních potřeb pacienta, k plánování, realizaci a vyhodnocování účinnosti ošetrovatelské péče.

Vstupní literatura:

1. RABOCH, J. a P. PAVLOVSKÝ. Psychiatrie. Praha: Karolinum Press, 2013. 468 s. ISBN 978-80-246-1985-9.
2. ČEŠKOVÁ, E. Schizofrenie a její léčba. Praha: MAXDORF, 2012. 104 s. ISBN 978-80-7345-114-1.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných publikací, které byly použity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s paranoidní schizofrenií proběhlo v časovém období říjen 2015 až únor 2016.

Jako klíčová slova v českém jazyce byla zvolena slova paranoidní schizofrenie, bludy, halucinace, psychoterapie a kazuistika.

V německém jazyce byly těmito slovy: Wahnvorstellungen. Halluzinationen. Kasuistik. Paranoide Schizophrenie. Psychotherapie.

Hlavní kritéria pro zařazení vyhledaných zdrojů pro zpracování bakalářské práce byla odborná literatura odpovídající stanoveným cílům bakalářské práce v českém a německém jazyce vydaná v časovém období od roku 2006 až po současnost. Vyřazovacími kritérii byl obsah odborných publikací a publikace, které byly vydány před rokem 2006.

Pro zpracování rešerše jsem využila rešeršních služeb Národní lékařské knihovny v Praze. Celkem bylo nalezeno 103 záznamů, z toho bylo 51 záznamů ze zahraničních zdrojů, 14 knih, 1 kapitola z knihy, 30 odborných článků, 6 kvalifikačních prací a 1 abstrakt. Průvodní list k rešerši je součástí bakalářské práce v příloze E.

Dále byli pro vyhledávání využity následující vyhledávače: <http://google.cz/>, <http://books.google.cz/>, <http://scholar.google.cz/>. K nahlédnutí do vyhledaných publikací jsem využila lékařskou knihovnu při mém zaměstnání a to v psychiatrické nemocnici.

1. PATOFYZIOLOGIE ONEMOCNĚNÍ SCHIZOFRENIE

Schizofrenie s lékařským názvem diagnózy „F20“ je závažné a chronické duševní onemocnění, které narušuje schopnost nemocného srozumitelně se chovat a jednat ve svém životě. Schizofrenie je tedy psychotické onemocnění, při kterém dochází ke změnám osobnosti. Tyto změny osobnosti často vedou k tomu, že člověk s touto nemocí nedokáže pokračovat ve svém životě tak, jak to odpovídá jeho životní dráze od počátku onemocnění. Vzhledem k charakteru nemoci tato postihuje i pracovní schopnost člověka, a následně také nejen tímto postihem snižuje jeho společenské a sociální uplatnění. Tento postih je nejvíce patrný hlavně ve společnostech, které kladou důraz na individuální výkon a zodpovědnost jedince (RABOCH, PAVLOVSKY, 2013).

V odborné terminologii je psychóza charakterizována bludy, halucinacemi a dezorganizovaným jednáním a slovním projevem, ale také poruchou vnímání reality. Tomuto do určité míry odpovídá představa laiků na tuto nemoc – nemocný je přesvědčen o bizarnostech, slyší nebo vidí něco, co ostatní ne, jeho chování a slovní projev jsou nepochopitelné a zvláštní pro jeho okolí (RABOCH, PAVLOVSKY, 2013).

Schizofrenie je typická devastující choroba, která se ve většině případů u pacienta projevuje již v pubertě nebo v rané dospělosti. Jednoznačně se v případě této nemoci jedná o jedno z nejzávažnějších psychických onemocnění, a to nejen vzhledem ke skutečnosti, že osoba postižena touto nemocí, která se včas a správně neléčí, může být nebezpečná nejen sobě, ale i blízkému okolí. Uvádí se, že v populaci je asi 1 % jedinců, kteří trpí tímto onemocněním. Schizofrenie se vyskytuje v různých sociálních skupinách a v různých zeměpisných oblastech. Nejrizikovější období, kdy se příznaky nemoci projevují, je u mužů mezi 16.–25. rokem života a u žen mezi 25.–30. rokem života. Schizofrenie je diagnostikována zhruba u 25 % psychiatricky hospitalizovaných pacientů a u 50 % pacientů nově přijatých do psychiatrických zařízení. Tato nemoc skoro ve všech případech onemocnění přechází do chronicity a často vede k trvalé invaliditě nemocné osoby, kdy celosvětově patří schizofrenie mezi deset hlavních příčin úplné invalidity (ČEŠKOVÁ, 2007).

Hlavní příznaky schizofrenie u pacienta jsou ve většině případů nápadné. Mezi typické poruchy při tomto onemocnění patří především poruchy myšlení, jako jsou bludy nebo poruchy vnímání, například halucinace (nejčastěji sluchové – hlasy, které klientovi hrozí, nebo něco přikazují), a poruchy jednání, kdy se jednání klienta pro jeho okolí stává podivným a nepochopitelným. Nemocný pociťuje stav vnitřního napětí, děje a předměty okolo něj se mu jeví jako naléhavé, ale nesrozumitelné a snad i strojené nebo hrané. U části nemocných můžeme vystopovat odlišnosti ve vývoji už od dětství. Toto nemorbidní období však nemá specifický charakter a nemusí se vyskytovat vůbec. Vlastnímu onemocnění předchází prodromální období, které nastává jeden až dva roky před tím, než se objeví psychotické symptomy. Dva z nejčastěji hlášených příznaků z tohoto období jsou sociální stažení a změny v chování ať již ve škole, či zaměstnání (OREL, 2012).

1.1 EPIDEMIOLOGIE, VÝSKYT

Celoživotní prevalence schizofrenie se pohybuje okolo 1 % za rok. Incidence je stejná u obou pohlaví, tedy 2-4 případy na 10 000 osob ročně. Hlavním problémem při stanovení incidence je definice počátku onemocnění, nástup nemoci je pomalý a plíživý. Většinou je počátek choroby definován jako první návštěva psychiatra pro jeden z příznaků schizofrenie. U prevalence a incidence nejsou známy rozdíly mezi jednotlivými zeměmi, ať už budeme srovnávat východ se západem nebo rozvojové, rozvinuté a vyspělejší země (ČEŠKOVÁ, 2007).

Celosvětově patří schizofrenie mezi 10 nejzávažnějších příčin pracovní neschopnosti způsobené nemocí nebo traumatem. Taktéž vede ke snížení plodnosti. Schizofrenie zvyšuje i mortalitu nemocných, jednak v důsledku suicidií, jednak i nepřímým způsobem. Otázka, zda je schizofrenie vázaná na pohlaví, tedy jestli postihuje častěji muže nebo ženy, zůstává otevřená. U žen většinou dochází k benignímu průběhu onemocnění, onemocnění vypukne v pozdějším věku, nejčastěji mezi 25.–30. rokem života. Oproti tomu muži onemocní většinou dříve, a to mezi 15.–25. rokem života. Ženy onemocnění zvládají lépe a jsou méně často hospitalizovány a lépe sociálně fungují. Za to pravděpodobně vděčí vlivu estrogenů na lidský mozek (RABOCH, PAVLOVSKY, 2013).

Schizofrenie navzdory veškerému pokroku zůstává záhadným onemocněním nejsložitějšího lidského orgánu, a to lidského mozku. Příčiny tohoto onemocnění nejsou doposud úplně objasněny, ale genetické studie odhalily řadu rizikových faktorů. Genetické studie rodin, dvojčat a studie s adoptivními jedinci prokázaly, že dědičnost hraje u schizofrenie velkou a nezanedbatelnou roli. Prevalence se liší mezi příbuznými nemocných se schizofrenií a bez tohoto onemocnění. Děti, jejichž rodiče trpí schizofrenií, mají 10x vyšší riziko, že se u nich toto onemocnění také objeví. Studie na dvojčatech také prokazují významnou roli genetických faktorů. Vyšší procento k možnému propuknutí nemoci mají jednovaječná dvojčata, nežli dvojčata dvojvaječná. Adoptivní studie umožňují odlišit od sebe vliv genů a vlivy prostředí. V této studii výzkumníci poukazují na větší význam rodičovských genů nad vlivy vnějšího prostředí při vzniku schizofrenie (ČEŠKOVÁ, 2007).

1.2 ETIOLOGIE A PATOGENEZE

Příčina schizofrenie není zatím známá. Často se toto onemocnění považuje za multisystémovou poruchu, která zahrnuje poruchu myšlení, emocí a mezilidských vztahů. Podstatou poruchy je nejspíše narušení schopnosti vnímání informací, a tudíž nemocný je nadměrně zatížen těmito informacemi, které není schopen zpracovat. U schizofrenie se předpokládá interakce různých patologických mechanismů, které zahrnují vnitřní a vnější faktory. Tyto vnitřní a vnější faktory mohou být spojeny se zvýšenou zranitelností pro schizofrenní onemocnění. Spojení mezi diagnostikou, rizikovými faktory a průběhem onemocnění není zcela jasné, proto řada otázek týkajících se diagnostiky a etiologie zůstává stále nezodpovězena. Mimo jiné rizikové faktory zahrnují:

- onemocnění centrální nervové soustavy (závažné dysfunkce, sclerosis multiplex), genetický předpoklad
- nitroděložní a porodní komplikace (viróza, hypoxie), životní události
- zevní faktory (abúzus návykových látek, stres)

Řada těchto uvedených rizikových faktorů se může projevit již velmi brzy (např. v prenatálním období) a může tak dojít k narušení vývoje mozkové tkáně s následnou zranitelností (vulnerabilitou) ke stresu. Předpokládá se, že zevní rizikové faktory jsou

v interakci s genetickými faktory, jejich spolupráce tak může později vyústit k rozvoji psychotické poruchy, a potom i ke schizofrenii. Dle nejnovější hypotézy se jedná o neuro-vývojovou poruchu. Riziko vzniku neuro-vývojové poruchy je geneticky podmíněné. Jestliže onemocnění schizofrenie jsou postiženi oba rodiče, je riziko postižení dítěte až 40 %, pokud je postižen pouze jeden z rodičů, riziko se snižuje na 10 % (ČEŠKOVÁ, 2007).

Se zvýšeným vznikem onemocnění schizofrenie jsou spojeny různé rizikové faktory a vlivy vnějšího prostředí. V současné době k nejlépe doloženým rizikovým vlivům patří místo narození jedince a komplikace, které souvisejí s těhotenstvím a porodem. Je statisticky prokázáno, že v rozvojových zemích je více schizofreniků v nižších socioekonomických třídách a spíše ve městech nežli na vesnicích (ČEŠKOVÁ, 2007).

Začátkem roku 2015 začal v Klecanech u Prahy fungovat Národní ústav duševního zdraví, kdy v tomto se zaměřují hlavně na výzkum duševních chorob a funkci mozku. Je to unikátní pracoviště, které je věnované psychiatrii, nacházejí se tu i přednáškové sály, spánkové laboratoře, pokusná zvířata, ambulance, lůžka i denní stacionáře. Své zázemí tu mají oddělení kognitivních, psychotických, úzkostných, afektivních poruch. Také oddělení poruch osobnosti, spánku, neuropsychologie, terapie a rehabilitace. Co se týká schizofrenie, jsou vědci z Národního ústavu duševního zdraví o krok dál v celosvětovém poznání mechanismu této nemoci. Vědci z Národního ústavu duševního zdraví zkoumali porušení bílé hmoty, k tomuto výzkumu se používá metoda tzv. zobrazení difuzního tenzoru (DTI), což je jedna z nových technik magnetické rezonance. Objev by mohl pomoci diagnostikovat schizofrenii před propuknutím tohoto onemocnění. (NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ, 2015).

1.3 KLINICKÝ OBRAZ

U pacientů se schizofrenii se setkáváme s různými příznaky a poruchami psychických funkcí. Pro následnou léčbu tohoto onemocnění je velmi důležité rozlišovat skupiny příznaků, a to pozitivní, negativní a kognitivní příznaky. Ovšem ani mezi jednu skupinu nezapadá suicidium, přestože hraje důležitou roli v klinickém obraze schizofrenních pacientů (RABOCH, PAVLOVSKÝ, 2013). *Schizofrenie*

mnohdy probíhá po měsíce i léta, než se pacient nebo jeho okolí rozhodnou vyhledat lékařskou pomoc. Po tu dobu se mohou vyskytovat nespecifické prodromální příznaky, jako jsou podrážděnost, rozlada, uzavření do sebe, pseudofilizofování, motivační bezradnost a jiné symptomy z okruhů neurotických a osobnostních poruch (HOSÁK, HRDLIČKA, LIBIGER, 2015, s.192).

Mezi pozitivní příznaky schizofrenie řadíme hlavně bludy, halucinace (poruchy vnímání), dezorganizované chování, dezorganizované myšlení a řeč. Tyto příznaky jsou hlavním a nejčastějším důvodem k hospitalizaci schizofrenního pacienta. Bludy jsou mylná přesvědčení, na jejichž vzniku se často podílí chybná interpretace vjemů či prožitků. Jsou velice časté, během vývoje onemocnění je zaznamenáváme i u více než 90 % pacientů. Nemocný trvá s neobvyklou jistotou na svých přesvědčeních a představách, nepřipouští si protiargumenty a nemocného nepřesvědčí ani životní zkušenost. Tyto představy a přesvědčení jsou často bizarního a nemožného obsahu. Pro blud je typická chorobnost, která vzniká v důsledku nemoci a nevývratnost, kdy nemocný je jediný, kdo ve své přesvědčení věří, nikdo jiný jeho přesvědčení nesdílí, přesto si však přesvědčení nedá vyvrátit. Bludy a jejich obsahy mohou být různé – perzekuční, paranoidní, religiózní, grandiózní a somatické. Mezi nejčastější bludy patří:

- bludy vztahovačnosti – nemocný si veškeré situace a chování ostatních lidí kolem sebe vztahuje na sebe, všichni si povídají o něm, všechno o něm vědí, v televizi mluví o něm a i k němu, lidí na zastávce si povídají o něm
- paranoidně-perzekuční blud – nemocný se cítí pronásledován sousedem, mimozemšťany nebo i jinými lidmi v jeho okolí
- bludy ovlivňování a kontrolování – nemocný si myslí, že na něj někdo působí na dálku přes počítač nebo laserem nebo přes mobilní telefon a tím mu nedovolí vlastní myšlení
- religiózní bludy – jsou časté u schizofrenie a jejich nositelé jsou závažněji nemocní, jsou klinicky významné, jsou velice často spojeny se sebepoškozováním, tyto bludy jsou velmi nebezpečné a velice těžko léčitelné.
- bizarní bludy – tento typ bludu je zcela nepochopitelný, nepravděpodobný a neodvoditelný z běžné zkušenosti, nemocný ztrácí vlastní kontrolu nad myslí

a nad tělem, tvrdí, že mu někdo přemístil nebo odcizil například orgán z těla, aniž by to zanechalo jizvy.

U paranoidní schizofrenie převládají paranoidně-perzekuční bludy, ale možná je i kombinace více typů těchto bludů (ČEŠKOVÁ, 2007).

U schizofrenie se vyskytují halucinace, iluze, pseudohalucinace a různé neobvyklé prožitky. Halucinace jsou vjemy jako vidiny nebo hlasy, které se objevují bez vnějšího existujícího podnětu. U schizofrenie se nejčastěji setkáváme s těmito halucinacemi:

- sluchové halucinace – postihují asi 50 % nemocných, ti je popisují jako „hlasy“, nemocní často slyší jeden nebo více hlasů, které něco přikazují nebo komentují chování či myšlenku a často o nich mluví ve třetí osobě, jsou velmi nepříjemné a nemocný je nedokáže oddělit od svých myšlenek,
- teleologické halucinace – „hlasy“ se hádají a radí nemocnému v jeho chování,
- imperativní halucinace – přikazují určité chování, např. nemocný si vezme nůž a pořeže se, nebo rozbije okno,
- pseudohalucinace – vjemy bez reálného objektu, např. nemocný vidí zvíře u dveří, ale ví, že tam žádné není a ani nemůže být, uvědomuje si absurditu svého tvrzení,
- iluze – poruchy vnímání reálně existujícího objektu, nemocný například jí k obědu špagety a myslí si, že jsou to červy.

Negativní příznaky představují ochuzení psychiky, a to nejvýrazněji v emotivitě. Tyto příznaky zahrnují apatii, ztrátu motivace a prožitku radosti, sociální stažení, ochuzení řeči a myšlení. Jsou přítomny především v první epizodě onemocnění. Mezi kognitivní příznaky se řadí oslabená schopnost pamatovat si, soustředit se, plánovat a řešit problémy a jsou těsně spjaty s podstatou schizofrenie (RABOCH, PAVLOVSKÝ, 2013).

1.4 DIAGNOSTIKA

Stanovit diagnózu „schizofrenie“ je velice náročné. Onemocnění může mít různý průběh a obraz. Diagnóza by se měla stanovovat velmi pečlivě, jelikož by jinak mohla nemocného i poškodit. Diagnostika se opírá hlavně o psychiatrické vyšetření. Psychiatrické vyšetření má dvě části, a to psychiatrickou anamnézu a vyšetření psychického stavu. Lékař musí pátrat po skupině příznaků, které mu určí přesnou diagnózu. Diagnóza se v současné době opírá o funkční narušení osobnosti nemocného. Stále vychází z pozorování nemocného a ze sdělených prožitků nemocného. V současné době nemáme k dispozici žádný laboratorní test nebo výsledek pomocné vyšetřovací metody, který by byl pro schizofrenii specifický (RABOCH, PAVLOVSKÝ, 2013).

Schizofrenie zahrnuje diagnózy F20-29-Schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy, kdy charakteristiky jednotlivých poruch jsou uvedeny v příloze D (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015).

Diagnostika se především zaměřuje na řeč a myšlení pacienta. Řeč může být různorodá, často bývá podivná, zvláštní, filozofující, nepřesná, může obsahovat různé podivné zvuky a výkřiky. U myšlení je potřeba zjistit, jak nemocný ovládá své myšlenky, jestli je produkuje sám, nebo mu napovídá „hlas“, jestli jsou hlasité či tiché, a důležitou informací je skutečnost, na co zrovna myslí, a stejně tak důležitý je obsah těchto myšlenek. Do diagnostiky tohoto onemocnění spadá důležitý příznak, a to slyšení a ozvučování vlastních myšlenek nebo také odebírání a vkládání myšlenek. Dále jsou také důležité bludy kontrolovanosti a bludné vnímání a interpretace, halucinované hlasy, které komentují nebo přikazují chování nemocnému, nebo o něm rozmlouvají, popřípadě vycházejí z některé části jeho těla. Také nesmíme zapomínat na to, že důležitá je i přítomnost halucinací u pacienta, který trpí tímto onemocněním, anebo také nečinnost, ztráta zájmů a sociální stažení. Do této skupiny příznaku můžeme také zařadit zchudnutí a nepřiměřenost emočních reakcí člověka a změny v jeho motorice. Do změn motoriky klienta řadíme elektivní mutismus, kdy nemocný odmítá komunikovat s určitou skupinou lidí například s rodinou, ve škole nebo s ošetřujícím personálem u lékaře a v nemocnici. Všítat si můžeme i nadměrné strnulosti či ztuhlosti, při níž nemocný minimálně odpovídá na vnější podněty. (BOUČEK, 2006)

Příznaky musí trvat alespoň jeden měsíc, americká klasifikace této nemoci vyžaduje trvání příznaků nemocí až 6 měsíců. Je velice obtížné určit přesnou dobu nástupu nemoci, ale zároveň je to i velice důležité pro další léčbu onemocnění. Je totiž prokázáno, že čím dříve je schizofrenní onemocnění rozpoznáno a začne se léčit, tím lepší je prognóza tohoto onemocnění a nemocný se částečně vyhne spoustě možných hospitalizací v nemocničních zařízeních (BOUČEK, 2006). U schizofreniků se často projevují různé varianty vztahovačného myšlení, většinou je to doprovázeno bludnou produkcí. Patří sem pocity nemocného, že vše, co se kolem něho děje, je pro něj nějak osobně významné a nepřírozené. Nemocní mají pocit, že všechny situace kolem nich někdo nebo něco řídí. Pacienti jsou v tu chvíli v duševním napětí a můžou jednat zbrkle a nepřiměřeně.

Umění diagnostiky v psychiatrii tak zatím stále spočívá v umění naslouchat, ptát se, a také samozřejmě pozorovat nemocného. Neopomenutelnou součástí je také konfrontace informací od nemocného s informacemi získanými od jeho nejbližších. Mezi nejnovější prvky, které napomáhají diagnostikovat schizofrenii, se řadí i zobrazovací metody mozku. Mezi tyto zobrazovací metody řadíme například vyšetření CT mozku nebo také magnetickou rezonanci. V současné době se na diagnostice schizofrenie podílejí dva systémy. Prvním z nich je 10. vydání Mezinárodní klasifikace nemoci. MKN – 10 je standardní nástroj, který je používán po celém světě. Druhým tímto systémem je Diagnostický a statistický manuál ve IV. vydání. Oba tyto systémy, které vytvořila Světová zdravotnická organizace WHO a Americká psychiatrická asociace APA, jsou založeny na přesně popsáných kritériích (FIŠAR, 2009).

MKN-10 (Příloha A) požaduje pro diagnostiku přítomnost minimálně jednoho z příznaku skupiny číslo jedna. nebo dva a více ze skupiny číslo dva, a to nejméně po dobu jednoho měsíce (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015).

DSM IV. (Příloha B) požaduje dobu trvání příznaku minimálně 6 měsíců, tato klasifikace je více jednoznačná, a tedy i užší (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015).

Jednou z částí psychiatrického vyšetření je psychiatrická anamnéza. Hlavním a nejdůležitějším účelem psychiatrické anamnézy je sběr informací o nemocném, které napomáhají při stanovení diagnózy, a poté i následné léčby pacienta. Psychiatrická diagnóza je založena a stanovena na příznacích a průběhu onemocnění. Důležité je také zohlednit určitá specifika nemocného s psychickými obtížemi, nemocný může být úzkostný, nevyzná se v sobě a ani ve svém chování a obtížích, má velké obavy z psychiatrického vyšetření. Pacient se nejčastěji dostává k lékaři s akutní psychotickou atakou. Tato ataka je většinou doprovázená bludy, halucinacemi, dezorganizovaným chováním a myšlením a krušnou osobností. Velmi často bývá doprovázená inadequatem emotivitou. Psychiatrům při posouzení psychického stavu nemocného pomáhá Test kognitivních funkcí (Příloha 3). Každé psychiatrické vyšetření je doprovázeno kompletním tělesným vyšetřením, včetně neurologického vyšetření. Je to důležité a nezbytné z hlediska diagnostiky a také pro zhodnocení aktuálního somatického stavu pacienta. Aplikací biologické léčby nebo farmakoterapie by mohlo dojít k nežádoucím účinkům, které by při současném somatickém onemocnění mohly vést k poškození nemocného (KUČEROVÁ, 2013).

Mezi pomocná vyšetření řadíme základní laboratorní vyšetření jako je krevní obraz, základní vyšetření moči a při potřebě i vyšetření moči na toxikologii, základní biochemické vyšetření jako jsou například jaterní testy, glukóza, urea, kreatinin, sedimentace. Specializovaná a cílená vyšetření se provádí na základě anamnézy a somatického vyšetření. Tato vyšetření se provádějí na specializovaném pracovišti. Nejčastěji se využívá vyšetření computerové tomografie (CT) a magnetické rezonance (MR).

1.5 LÉČBA

Schizofrenie se dá léčit, byť velice obtížně. Léčba tohoto onemocnění, která se vyvíjela po staletí, je z dnešního pohledu plná zvláštních a děsivých postupů. Žádný způsob ale nebyl nijak zvlášť účinný a lidé se schizofrenií byli celoživotně hospitalizováni v ústavech. V minulosti se onemocnění, které se nazývá schizofrenie, léčilo například inzulinovými kómaty, lobotomií a také elektrokonvulzivní léčbou, která je jako jediná využívána i v dnešní době (PETR, MARKOVÁ, 2014). Zlom léčby nastal

po druhé světové válce, kdy byl zcela náhodně objeven lék, chlorpromazin, který zlepšoval psychotické potíže, a usnadňoval tak nemocným návrat do běžného života, na který byli zvyklí. Chlorpromazin byl původně testován jako anestetikum a lék proti alergii (OREL, 2012).

Spousta pacientů s tímto onemocněním je odkázáno na dlouhodobou léčbu, je to běh na dlouho trať, který může klientovi připadat nekonečný. *Má-li být terapie v psychiatrii komplexní, pak se biologická léčba (vč. psychofarmak) většinou neobejde bez psychoterapie a psychiatrické rehabilitace* (PETR, MARKOVÁ, 2014, s. 93).

V dnešní době se psychiatrie snaží obejít bez hospitalizace a také se snaží hospitalizace pacientů s onemocněním schizofrenie co nejvíce omezit a zkrátit. Hospitalizace je nutná při první atace tohoto onemocnění, kdy je nutné prodělat důkladnou diagnostiku, zahájení medikamentózní a psychoterapeutické léčby. Hospitalizace je také nutná, když je nemocný nebezpečný sobě nebo svému okolí. Ke správně prováděné farmakoterapii je důležité nejdříve jasně stanovit diagnózu a sestavit léčebný plán, který vychází z individuálního stavu nemocného a podmínek jeho léčby jako je například věk, rodinné zázemí, ochota spolupracovat a důvěra.

Léky potlačující psychotické příznaky se nazývají antipsychotika. Antipsychotika neúčinkují okamžitě, je třeba tyto předepsané léky užívat dny až týdny a v případě, že po 3-4 týdnech nedojde ke změně, zaměňují se za jiné. *V dnešní době jsou lékem první volby takzvaná antipsychotika 2. generace, jako risperidon (Risperdal), ziprasidon (Zeldox), olanzapin (Zyprexa), zotepin (Zoleptil), quetiapin (Seroquel)* (MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, BABIAKOVÁ, 2006, s. 238). Antipsychotika 1. generace mají více nežádoucích účinků, kdy například vyvolávají extrapyramidové příznaky, zhoršují kognitivní funkce a mají sedativní vliv. Také se antipsychotika podávají v depotní formě, a to injekčně. Depotní forma antipsychotik je lék s postupným uvolňováním, kde vytváří stabilní hladinu léku v těle pacienta. K depotním antipsychotikům řadíme flufenazin (Moditen), Haloperidol Decanoát, flupentixol (Fluanxol), zuklopentixol (Cisordinol), oxyprotepin (Meclopin), z nových antipsychotik pak Risperdal Consta. Interval mezi jednotlivými dávkami léků jsou 10 dní až 4 týdny (MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, BABIAKOVÁ, 2006). *Klasická antipsychotika (Haloperidol,*

Perfenazin, chlorpromazin- Plegomazin, levopromazin, thioridazin, prochlorperazin) mají stále využití hlavně u agitovaných pacientů pro svůj sedativní účinek a také pro svou dostupnost v parenterální formě. (MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, BABIAKOVÁ, 2006, s. 238).

Antipsychotika a psychosociální intervence jsou základními pilíři terapie onemocnění schizofrenie. Existují i pacienti, u kterých ani tato komplexní terapie nezabírá, a v úvahu pak připadá adjuvantní a experimentální terapie, například podávání antidepresiv, lithia, antiepileptik nebo také elektrokonvulzivní terapie. U farmakorezistentní formy onemocnění, kdy pacient užíval alespoň tři antipsychotika z různých biochemických skupin a každé po dobu alespoň 6 týdnů bez odezvy, se volí clozapin (Leponex). Zde je nutno kontrolovat krevní obraz zpočátku jednou týdně, a po třech měsících pak jednou měsíčně a to z důvodu rizika agranulocytózy a neutropenie (MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, BABIAKOVÁ, 2006).

1.6. SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V PSYCHIATRII

Práce sestry na psychiatrickém oddělení je zcela odlišná od práce na jiných odděleních nemocnice. Navázání blízkého vztahu s pacienty, provázení pacientů v těžkých životních obdobích, získání jejich důvěry, patří k její denní práci. Osobnost sestry a zájem o toto odvětví ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče. Ošetrovatelská péče zahrnuje ošetřování, pozorování a zaměstnávání pacientů se schizofrenním onemocněním. Tyto činnosti zahrnují taktéž i vykonávání lékařských ordinací a průběžné zápisy do ošetrovatelské dokumentace. Důležitý je přístup a zásady chování sestry a ostatního personálu k pacientovi s onemocněním paranoidní schizofrenie. Přístup sestry by měl být klidný, empatický, vstřícný, otevřený, ale zároveň i individuální a neosobní. Při práci je nutné zachovat odstup od pacienta, pokud vznikne nestandardní vztah mezi personálem a pacientem je nutné to okamžitě řešit a to buď přeložením pacienta, nebo personálu na jiné oddělení. Projev sestry by neměl také obsahovat aroganci vůči pacientovi, ironii, netaktnost nebo agresivní postoj. Sestra by měla být ohleduplná, klidná a trpělivá, měla by pacienta podporovat v léčbě a neustále ho utvrzovat a motivovat v jeho správném rozhodnutí podstoupit léčbu. Nejdůležitější je

nevyvracet pacientovi jeho názor, protože to, co on zrovna vidí, považuje za pravdivé. Vždy je nutné zohlednit aktuální stav pacienta, přizpůsobit se momentální situaci, ve které se pacient nachází. Základním předpokladem úspěšné péče o pacienty s paranoidní schizofrenií je navázání terapeutického vztahu. To se může jevit jako obtížné zejména v akutní fázi onemocnění, z dlouhodobého pohledu je však kvalitní vztah mezi sestrou a pacientem důležitým faktorem ovlivňujícím úspěšnost poskytovaných intervencí. Sestra musí pochopit, jakým způsobem vnímá pacient okolní svět a přizpůsobit tomu svůj přístup (PETR, MARKOVÁ, 2014).

Znalost účinku psychofarmak – tyto léky mají řadu specifíků, například dobu nástupu účinku, a to by sestra měla při své práci v tomto odvětví znát. Dále by personál měl dbát také na podávání medikace u těchto pacientů. Sestra musí zkontrolovat užití léku pacientem. Psychofarmaka se nejvíce podávají formou per os, pouze při neklidu a nespoupráci s pacientem se podávají léky pomocí injekce intramuskulárně nebo také intravenózně. Sestra je členem terapeutického týmu a buď přímo, nebo i nepřímo se účastní psychoterapeutických aktivit, a proto by se měla také orientovat v psychoterapii. Znalost symptomatologie duševních poruch je nevyhnutelným předpokladem práce sestry. Neznalost vede k závažným chybám v přístupu. Také správné posouzení příčin pacientova chování umožní sestře udržet určitý odstup, důležité to je obzvlášť při agresi pacienta (MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, BABIAKOVÁ, 2006).

Sestra na psychiatrickém oddělení musí dbát hlavně na bezpečí pacienta a jeho okolí. Měla by u pacienta rozpoznat různé stavy, především narůst tenze a agrese. V případě agrese je důležitá souhra celého zdravotnického týmu na pracovišti. Sestra se nesmí k neklidnému pacientovi otáčet zády nebo se s ním zavírat v jedné místnosti, musí s ním komunikovat klidně a vstřícně. V závažných případech je také možné použít omezovacích prostředků, aby pacient neublížil sobě a ani svému okolí. O použití omezovacích prostředků rozhoduje lékař, vše musí být důkladně zaznamenáno. Také rodina by měla být o omezení řádně poučena. Důležitou roli také u pacientů s paranoidní schizofrenií hraje spánek. Porucha spánku u těchto lidí souvisí hlavně s onemocněním nebo hospitalizací. Vliv na nespavost může mít kouření, alkohol, drogy či nadměrné užívání předepsaných léků. Sestra by měla odstranit negativní faktory, které narušují spánek u pacienta, pokud je to možné. Zjistit by měla i návyky pacienta

před spaním, dobu spánku, připravit vhodné prostředí ke spánku, vyvětrat a odstranit rušivé elementy. Důležitá je také edukace pacienta, jak postupovat při potížích s usínáním. Pacient by měl zvýšit aktivitu během dne a omezit spánek v průběhu dne. Pokud se podávají pacientovi léky při nespavosti, dáváme je tak 30 minut před ulehnutím (VENGLÁŘOVÁ, MAHROVÁ, 2006). Také jednou z priorit ošetrovatelské péče u pacienta s duševním onemocněním je péče o hygienu. I když je pacient soběstačný, nemá potřebu vlastní hygienu vykonávat, a proto sestra musí na hygienu pacienta dohlédnout a vést pacienta k obnovení hygienických návyků. Velice důležitý je také dohled nad příjmem potravy a tekutin, protože při tomto onemocnění může docházet buď ke zvýšenému, nebo i sníženému příjmu potravy a tekutin. Při sníženém příjmu potravy je nebezpečné vyčerpání organismu a úbytku váhy pacienta, při sníženém příjmu tekutin je zde nebezpečí dehydratace. V extrémních případech je nutno pacienta izolovat a dohlížet na příjem tekutin a potravy. Také je důležité sledování somatického stavu pacienta a včasné odhalení propukající nemoci (MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, BABIAKOVÁ, 2006).

Specifika ošetrovatelské péče jsou různá u každého typu onemocnění. Jiná specifika jsou u pacienta s demencí, jiná u pacienta se schizofrenií, jiná u agresivního nebo depresivního pacienta (RABOCH, PAVLOVSKY, 2013). U nemocného s demencí se můžeme setkat s celou řadou ošetrovatelských diagnóz, jako jsou nedostatečná výživa, inkontinence moče i stolice, zhoršená pohyblivost, porušené myšlení a paměť, zmatenost, riziko pádu a deficit sebezpečí při hygieně a jídle. V případě pacienta se schizofrenií používáme také ošetrovatelské diagnózy jako je zmatenost, porušené myšlení, deficit sebezpečí při hygieně a jídle, ale také porušený spánek a riziko sebepoškození. U pacienta s depresí či u manického klienta zadáváme ošetrovatelské diagnózy jako je opět zmatenost, deficit sebezpečí při hygieně a jídle, porušený spánek a doplníme je například o sociální izolaci, beznaděj, neefektivní plnění rolí a riziko sebevraždy (NANDA, 2015).

Níže budeme popisovat ošetrovatelský proces u pacienta s paranoidní schizofrenií dg. F20.0.

1.7. REHABILITACE

Pojem rehabilitace pochází z latinského „rehabilitas“ a znamená navrácení schopnosti. Také se dá definovat jako souhrn postupů, které zmírňují následky postižení. V praxi se také setkáváme s pojmem sociální rehabilitace, která je určena pro duševně nemocné. Psychiatrická péče a rehabilitace by měly být vzájemně propojené. Myslím tím hospitalizaci v psychiatrické nemocnici, kdy to stav pacienta vyžaduje a po překonání akutní fáze onemocnění zapojit pacienta do rehabilitace buď přímo v psychiatrické nemocnici, nebo ve střediscích následné péče. V době hospitalizace je pacientovi nejprve stanovena farmakologická léčba, a poté se postupně navazuje následným programem, což je rehabilitace.

Pokud je stav pacienta uznán jako stabilizovaný, pacient se navrácí do domácího prostředí s možností využívání sociálních služeb, které nabízí široké spektrum aktivit. Pacient si sám zvolí druh sociální služby, která bude vyhovovat jeho požadavkům. Někteří pacienti potřebují pomoci v oblasti bydlení, práce nebo trávení volného času. *Sociální rehabilitace má za cíl pomoci lidem k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti, a to rozvojem jejich schopností, dovedností a posilováním návyků potřebných pro samostatný život* (MAHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2008, s. 44). Důležité je zmínit, že rehabilitace může trvat i několik měsíců, u pacientů s chronickým průběhem onemocnění může proces trvat i několik let nebo také celý život. Cílem rehabilitace je znovuoobnovení fyzických, psychických, sociálních a pracovních schopností člověka, které byly sníženy jako následek onemocnění či úrazu. (PEČ, PROBSTOVÁ, 2009)

1.7.1 PSYCHOTERAPIE

Psychoterapie je vědní obor, léčebná činnost a také proces sociální interakce. Jde o působení psychologickými prostředky, kdy jedním cílem je odstranit nebo zmírnit potíže, popřípadě odstranit i příčiny potíží. Dalším cílem je resocializace pacienta, reorganizace, restrukturační osobnosti pacienta. (KRATOCHVÍL, 2012) Psychoterapie je zvláštní psychologická péče poskytována potřebným lidem. Je založena na rozhovoru pacienta s psychiatrem nebo psychologem (KUČEROVÁ, 2013). *Psychoterapie*

schizofrenie má své zásady, které jsou zcela odlišné od podoby psychoterapie jiných diagnostických skupin (KUČEROVÁ, 2013, s. 93). Přístup k těmto nemocným je především empatický, chápavý, vstřícný, akceptující bez výhrad, bez projevu nadřazenosti zdravého nad postiženým a bez projevů pohrdání nad někdy zcela absurdními a nepochopitelnými projevy pacientů. Pacient, ať je jaký je, je náš a máme ho rádi. Přijímáme ho s nedostatky, ale to neznamená, že se k těm nedostatkům nebudeme vyjadřovat, například že nebudeme komentovat jeho nepořádnost v docházení na kontroly, nedodržování léčebných pokynů nebo nevhodné chování vůči rodině, vůči terapeutické skupině nebo lékaři. Terapeut nesmí se vším souhlasit a vše tolerovat, nemůžeme souhlasit například s pitím alkoholu. Psychoterapie zahrnuje techniky a aktivity, které posilují osobnost pacienta s paranoidní schizofrenií (KUČEROVÁ, 2013).

Jednou z psychoterapeutických metod je arteterapie. Slovo arteterapie se skládá ze slov, „arte“, což znamená nadání neboli umění, „therapeia“, což je slovo řeckého původu a znamená léčení. Arteterapie je léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. Výtvarný projev má podporovat zdraví a napomáhat léčbě. Rozlišují se dva základní proudy, a to terapie uměním, v níž se klade důraz na léčebný potenciál tvůrčí činnosti samotné a artpsychoterapie, kde výtvořiny jsou dále psychoterapeuticky zpracovávány odborníkem. Arteterapie probíhá buď individuálně, nebo ve skupině. Podle toho, zda pacienti sami tvoří, nebo používají již vytvořené artefakty, rozeznáváme arteterapii expresivní a receptivní. Tato terapie nejvíce pomáhá při různých somatických onemocněních, při náhlých životních změnách (např. ztráta partnera, změna zaměstnání, změna prostředí), při práci se sny, při snaze o sebevyjádření, ke zmírnění úzkosti, při snaze vyřešit určité problémy a také při snaze porozumět sobě či druhým (PEČ, PROBSTOVÁ, 2009).

Další psychoterapeutickou metodou je muzikoterapie. Jde o léčebnou metodu, kde se k terapii používá hudba. Už v dávné historii se tato terapie využívala k léčbě depresí nebo k formování člověka pomocí hudby. V 19. století byla dokonce muzikoterapie zavržena a považována za šarlatánství. Hudba ovlivňuje vegetativní funkce jako je srdeční tlak, srdeční rytmus, dýchání, motorika, termoregulace apod. Používá se ke zmírnění strachu, bolesti, úzkosti, při léčbě dlouhotrvajících chorob. Pomocí tónu se

uvolňuje napětí v různých částech lidského těla. Hudba působí relaxačně, dráždivě či stimuluje energii. Muzikoterapie může být individuální nebo skupinová. Při výběru hudby se neklade většinou důraz na obsahovou stránku díla, ale na schopnost bezprostředně působit, proto se vybírají všeobecně přijatelné skladby klasicko-romantické produkce, lidové písně a občas se hodí i agresivní rytmická hudba. Využívají se zde verbální i neverbální prostředky. Verbalizovat můžeme zpěvem, rytmizací slov, výkřiky nebo šeptem. Neverbálně pracujeme hlavně s hudbou a rytmem (ZELEIOVÁ, 2007), (PEČ, PROBSTOVÁ, 2009).

Pracovní terapie je léčebná metoda s využitím práce. Je důležitou součástí všech léčebných a doléčovacích programů. Pracuje se např. s papírem, s textilem, se dřevem nebo se také modeluje z hlíny. Při práci je vždy lepší postupovat od nejjednodušších úkolů ke složitějším, aktivity volíme dle zájmu klienta. Cílem pracovní terapie je získat a udržet si pracovní návyky, dovednosti, schopnosti zvládnout pracovní tempo při znovuzapojení pacienta do pracovního procesu. Pacienti si při pracovní terapii také zlepšují ve vyjadřování a v navazování kontaktů.

Hiporehabilitace je pojem, který označuje terapii, kde se setkává člověk a kůň. Je to moderní psychoterapeutická metoda s komplexním bio-psycho-sociálním působením na lidský organismus. Pozitivně ovlivňuje pacienty, kteří trpí duševními poruchami či duševními onemocněními.

Canisterapie je léčba pomocí psů. Kontakt se psem představuje určité rozptýlení pro lidi, kteří trpí psychickými poruchami. Canisterapeut může pomocí psa aktivovat myšlení, paměť, komunikaci, učení se i motoriku. Tato terapie může mít také formu individuální či skupinovou (SLEZÁKOVÁ, 2012).

1.7.2 KOMUNITNÍ PÉČE

Komunitní péče je spektrem zdravotních, sociálních a dalších služeb poskytovaných nemocným a zdravým občanům, rodinám, skupinám určité komunity (geografické, etnické). Komunitní péče je orientovaná více na skupiny a celé komunity, činnosti vycházejí z potřeb komunity (JAROŠOVÁ, 2007, s. 25). Také se tomu říká

intermediární péče, která se zaměřuje na život pacienta v přirozeném prostředí a snaží se snížit počet hospitalizací mimo danou komunitu. Mezi tuto péči řadíme například centra denních aktivit, denní stacionáře, dále sem také patří chráněné bydlení a také zařízení pro podporu práce a zaměstnání, jejichž cílem je udržení, obnovení a vylepšení dovedností spojených s prací, jako je jeho výkonnost, zlepšení po stránce fyzické, duševní i v oblasti sebedůvěry. Patří sem i terapeutické komunity a rehabilitační zařízení pro dlouhodobý pobyt pacientů s chronickou, duševní poruchu (VENGLÁŘOVÁ, 2006). *Je protikladem k péči ústavní, jejímž znakem je dlouhodobější oddělení nemocných či postižených od jejich přirozených lidských společenství* (PETR, MARKOVÁ, 2014, s. 10). *Pod pojmem „terapeutická komunita“ se zahrnuje široké spektrum různých léčebných projektů a institucí a každá komunita je svým způsobem jedinečná a přizpůsobená specifickým potřebám svých členů* (KALINA, 2008, s. 21) Péče, která se nazývá komunitní, využívá terapeutický a rehabilitační potenciál přirozených společenství lidí. Komunitní péče je trendem posledních desítek let nejen pro lidi s duševními poruchami, ale i pro další skupiny zdravotního postižení a pro seniory (KALVACH a kol., 2011). Komunitní péče je zaměřena na ochranu zdraví, prevenci onemocnění, výchovu ke zdraví, na péči o nemocného a jeho rehabilitace a na edukaci rodinných příslušníků (JAROŠOVÁ, 2007). Poslední dobou je komunitní péče preferována před tradičními službami, a proto se v poslední době mluví také o tom, že by psychiatrické nemocnice byly nahrazeny službami komunitními (PETR, MARKOVÁ, 2014).

2. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U KLIANTA S PARANOIDNÍ SCHIZOFRENIÍ

Cílem bakalářské práce je zpracování kazuistiky 32letého pacienta s diagnózou paranoidní schizofrenie F20.0, přijatého na příjmové oddělení psychiatrické nemocnice pro relaps nemoci z důvodu neužívání trvalé medikace v domácím prostředí.

Kazuistika je jednou z metod kvalitativního výzkumu. Jde o detailní studium jednoho, či malého počtu případů za účelem aplikace získaných poznatků při porozumění případům obdobným. (Hendl, 2016)

Soustředili jsme se na případ pacienta s diagnózou paranoidní schizofrenie, který nahlížíme, sledujeme a zpracováváme jako celek ze všech ošetřovatelsky relevantních aspektů. Tato kazuistika vychází z předpokladu, že důkladné prozkoumání tohoto případu napomůže porozumění případům podobným, s kterými se sestry setkávají na psychiatrických, ale i dalších ošetrovacích jednotkách ve zdravotnických zařízeních i v komunitní péči.

Kombinovali jsme různé techniky sběru informací o pacientovi, a to analýzu zdravotnické (ošetřovatelské) dokumentace ve spojení s opakovanými rozhovory s pacientem a jeho přímým pozorováním, dále rozhovory s členy zdravotnického týmu.

Na základě zjištěných ošetřovatelských problémů byly sestaveny ošetřovatelské diagnózy dle Taxonomie II NANDA International 2015–2017, které jsme rozdělili na akutní a potencionální. Dále jsme stanovili plán ošetřovatelské péče a provedli jeho hodnocení.

Dle zákona 101/2000Sb. z důvodu ochrany osobních údajů zde neuvádíme identifikační údaje pacienta (Zákon č. 101/200 Sb.).

2.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE

Tabulka 1 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: XX	Pohlaví: muž
Datum narození: 1984	Věk: 32 let

Informovaný souhlas: Pacient odmítl podepsat informovaný souhlas. Dle lékaře je hospitalizace nutná a z toho důvodu je léčba převedena na nedobrovolnou hospitalizaci, kdy je vše řádně nahlášeno okresnímu soudu, který rozhodne o nutnosti hospitalizace.

Medicínská diagnóza hlavní: Paranoidní schizofrenie - F200

Medicínská diagnóza vedlejší: 0

Vitální funkce při příjmu:

Tabulka 2 Vitální funkce při přijetí

TK: 112/72	Výška: 191cm
P: 84	Hmotnost: 67kg
DF: 16	BMI: 18,36
TT: 36,4	Pohyblivost: dobrá, soběstačný
Stav vědomí: pacient při vědomí	Orientace místem, časem, osobou: orientován všemi kvalitami
Řeč, jazyk: plynulá, český	Krevní skupina: nezjištěno

Nynější onemocnění:

Klient byl přijat na příjmové oddělení K21 psychiatrické nemocnice v doprovodu RZS a PČR pro relaps nemoci z důvodu neužívání trvalé medikace v domácím prostředí, přičemž se jednalo o 4. hospitalizaci v tomto zařízení. Opakovaně hospitalizován s diagnózou paranoidní schizofrenie. Klientovi v době hospitalizace bylo 32 let. S pacientem při příjmu obtížná spolupráce, odmítá hospitalizaci. Také má problémy se spaním a nechutí k jídlu s následným úbytkem na váze. Pacient komunikuje.

Informační zdroje: pacient, zdravotnická dokumentace, rodinní příslušníci

2.2 ANAMNÉZA

Informace do anamnézy jsme čerpali z lékařské dokumentace, rozhovoru s pacientem a od členů zdravotnického týmu. Anamnézu jsme odebírali 1. den hospitalizace.

Rodinná anamnéza

Pacient udává, že se matka léčí s DM II. typu na inzulinu. Otec je zcela zdravý. Pacient má jednoho sourozence, bratra ve věku 28 let, jenž žádné zdravotní obtíže nemá. Děti zatím nemá. Pacient je bez zjištěné psychiatrické heredity.

Osobní anamnéza

Pacient v dětství prodělal jen běžná dětská onemocnění. Žádné vážnější úrazy během svého života neprodělal. Udává pouze povinná očkování. V současné době je to pacientova 4. hospitalizace v psychiatrické nemocnici pro onemocnění paranoidní schizofrenie, žádné jiné hospitalizace pacient neudává.

Farmakologická anamnéza

Tabulka 3 Terapie před hospitalizací

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Haloperidol 1,5mg	Tbl.	1,5mg	1-0-1	Antipsychotikum 1.generace
Rivotril 0,5mg	Tbl.	0,5mg	1-1-1	Antiepileptika, antikonvulziva

Doma pacient léky dlouhodobě neužíval.

Ošetřovatelský problém: Neefektivní management zdraví z důvodu základního onemocnění

Alergologická anamnéza

Pacient alergii neguje, není si ničeho vědom.

Abúzy

Pacient je kuřák, vykouří 15- 20 cigaret denně. Alkohol pije jen příležitostně, a to velmi zřídka a málo, upřednostňuje spíše pivo. Drogy pacient zkoušel někdy v pubertě, a to jen marihuanu, jiné drogy neužíval.

Sociální anamnéza

Pacient je svobodný, bydlí v rodinném domku s rodiči. Dříve měl partu přátel i přítelkyni, se kterými se pravidelně stýkal, v současné době je spíše samotář a pobývá raději doma. V rodinných vztazích problémy neudává. Mezi zájmy pacienta patří čtení, rád se dívá také na televizi.

Ošetřovatelský problém: Sociální izolace z důvodu základního onemocnění

Pracovní anamnéza

Vzdělání má pacient středoškolské, vystudoval střední školu v Mladé Boleslavi. Dříve pracoval ve společnosti Škoda Auto a.s. jako seřizovač, tuto stresovou práci z důvodu onemocnění nezvládal, a proto je v současné době už 2 roky v invalidním důchodu z psychiatrické indikace. Pacient pobírá invalidní důchod, bydlí u rodičů, velké výdaje na bydlení nemá a finance mu stačí. Dluhy neudává.

Spirituální anamnéza

Pacient není věřící. Udává, že věří pouze sám v sebe.

Urologická anamnéza

Urologická anamnéza je bezvýznamná.

2.3 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU PACIENTA Z 1.DNE HOSPITALIZACE

Tabulka 4 Popis fyzického stavu

POPIS FYZICKÉHO STAVU		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	<i>„Hlava mě nebolí a s ničím se neléčím.“</i>	hlava normocefalická, pokleповě nebolestivá, bez deformit, držení hlavy přirozené, bulby ve středním postavení, volně pohyblivé, spojivky růžové, skléry bílé, jazyk bez povlaků, plazi středem, hrdlo klidné, uši, oči a nos bez výtoku.
Hrudník a dýchací systém	<i>„Dýchá se mi dobře, obtíže s dýcháním nemám.“</i>	Hrudník symetrický, bez viditelných poranění a deformit, dýchání pravidelné, sklípkové, bez zvukových fenoménů, počet dechů za minutu 17.
Srdečně cévní systém	<i>„Obtíže nemám, s vysokým tlakem se neléčím.“</i>	Srdeční akce pravidelná, pulz je dobře hmatný, 68 pulzů za minutu, pulzace na HK i DK hmatné v periférii. Dolní končetiny bez otoků. Srdeční tlak z 2.1.2016 - 115/70 .
Břicho a GIT	<i>„Se stolicí problémy nemívám. Chuť k jídlu je teď menší, něco jsem i zhubnul.“</i>	Břicho souměrné, na pohmat měkké, palpačně nebolestivé. Stolice je pravidelná. Příjem tekutin

		<p>za den je dostatečný. Chuť k jídlu byla doma dle rodiny snižena, kdy pacient zhubnul 5kg. Peristaltika slyšitelná.</p> <p><u>Použitá měřicí technika:</u> BODY MASS INDEX: 18,36 (podváha)</p> <p><u>Ošetrovatelský problém:</u> Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu z důvodu zhoršeného zdravotního stavu</p>
Močový a pohlavní systém	<i>„V této oblasti žádné problémy nemám. Při močení nepálí a nebolí.“</i>	Pacient obtíže s močením neudává.
Kosterní a svalový systém	<i>„Bolesti nemám, ani žádné jiné obtíže.“</i>	Pacient soběstačný, hybnost horních a dolních končetin volná a nebolestivá, bez deformit. Páteř poklepové nebolestivá. Klouby ve fyziologickém postavení.
Nervový systém a smysly	<i>„Nevím o žádných obtížích.“</i>	Pacient při vědomí, orientovaný, spolupráce u příjmu obtížná.
Endokrinní systém	<i>„Nemám cukrovku a ani se neléčím se štítnou žlázou.“</i>	Štítná žláza nezvětšená, nebolestivá.
Imunologický systém	<i>„O žádné alergii nevím.“</i>	Neudává žádnou alergii. Lymfatický uzliny nezvětšené. Tělesná teplota 36,5

Kůže a její adnexa	„ <i>Obtíže nemám.</i> “	Pokožka fyziologického vzhledu, turgor v normě. Kůže je bez známek poranění. Adnexa je bez patologie.
---------------------------	--------------------------	---

Tabulka 5 Aktivity denního života

AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	Doma	„ <i>Doma jím všechno, vaří mi mamka. V poslední době jsem chuť k jídlu moc neměl, mamka o mě měla strach.</i> “	Nelze objektivně posoudit. Dle rodiny pacient jedl doma 3 jídla za den, občas i ovoce, poslední dobou moc nejedl, udával nechutenství, zhubnul 5kg.
	V nemocnici	„ <i>Tady něco sním, nevařím špatně.</i> “	Pacient nemá žádnou dietu, alergii na potraviny také ne. Zuby má svoje a obtíže s polykáním nejuje. Nyní nemá moc chuť k jídlu, jí málo a musí e do jídla spíše nutit. Za poslední měsíc zhubnul asi 5kg. Nauzeu a zvracení neudává, většinou zvládne sníst polovinu porce. Váha: 67kg, BMI: 18,36

			<u>Použitá měřicí technika:</u> BODY MASS INDEX: 18,36 (podváha) <u>Ošetřovatelský problém:</u> Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu z důvodu zhoršeného zdravotního stavu
Příjem tekutin	Doma	„ <i>Doma piju dost ochucené minerálky</i> “.	Nelze objektivně posoudit. Dle rodiny pacient během dne pije dostatečně, spíše sladké pití.
	V nemocnici	„ <i>Tady piju čaj nebo vodu, ta mi moc nechutná, ale co se dá dělat</i> “.	Pacient dodržuje pitný režim, pitný režim je dostatečný.
Vylučování moče	Doma	„ <i>Nemám s tím problém.</i> “	Nelze objektivně posoudit.
	V nemocnici	„ <i>Nemám žádné problémy s močením</i> “.	Pacient močí bez obtíží. Bilance tekutin u pacienta nesledována.
Vylučování stolice	Doma	„ <i>Doma chodím na stolicí pravidelně</i> “.	Nelze objektivně posoudit.
	V nemocnici	„ <i>Tady s tím nemám obtíže</i> “.	Stolice je bez příměse krve a hlenu. Pravidelná.
Spánek a bdění	Doma	„ <i>Spím asi dobře, nejsem unavený</i> “.	Dle rodiny posledních pár měsíců spí strašně málo nebo vůbec.
	V nemocnici	„ <i>Chodím spát pozdě, ale</i> “	Pacient spí velice málo

		<i>usnu, sestřičky mi občas dávají prášek na spaní, unavený se necítím“.</i>	nebo vůbec, spíše sedí na kuřárně a kouří nebo pije kávu. Pacient vypije hodně kávy i přes den. Také je spánek pacienta rušen spolupacienty. Pacient si přes nedostatečný spánek nepřipadá unavený. Při nespavosti podána ordinace při nespavosti – 1tbl. Zolpidem orion. <u>Ošetřovatelský</u> <u>problém:</u> Nespavost z důvodu zhoršeného zdravotního stavu
Aktivita a odpočinek	Doma	<i>„Doma se dívám na televizi nebo ležím“.</i>	Dle rodiny pacient tráví nejvíce času u sebe v pokoji, kamarády nemá, je spíše uzavřený. <u>Ošetřovatelský</u> <u>problém:</u> Sociální izolace z důvodu základního onemocnění
	V nemocnici	<i>„ Tady se toho moc dělat nedá, občas si čtu nebo se dívám na televizi nebo si povídám s ostatními odsud“.</i>	Pacient nejvíce času během dne tráví na kuřárně, občas je v lůžku.
Hygiena	Doma	<i>„Doma jsem se koupal každý den“.</i>	Dle rodiny hygienu doma pacient

			dodržoval.
	V nemocnici	„ Asi jako doma“.	Pacient soběstačný. Hygienu zvládá sám.
Soběstačnost	Doma	„Doma všechno zvládám sám“.	Dle rodiny je pacient soběstačný.
	V nemocnici	„ Já jsem tu v pohodě“.	Pacient soběstačný.

Tabulka 6 Posouzení psychického stavu

POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí			Bez poruchy vědomí.
Orientace			Orientován časem, místem i osobou.
Nálada		„Momentálně je mi na nic, nechtěl jsem jet do nemocnice.“	Pacient je naštvaný, nechtěl podstupovat hospitalizaci.
Paměť	Staropaměť	„Pamatuju si všechno.“	Nejsou viditelné poruchy paměti.
	Novopaměť	„Pamatuju si všechno.“	Nejsou viditelné poruchy paměti.
Myšlení		„Pořád přemýšlím jak to semnou dopadne.“	Spolupráce částečná, dotazům rozumí a na dotazy adekvátně odpoví. <u>Ošetrovatelský problém:</u> Noncompliance z důvodu základního onemocnění
Temperament		„Občas mám pocit, že jsem spíše melancholik, ale někdy si připadám výbušný jako cholerik.“	Melancholik, občas má pocit, že jeho vystupování je cholerické. <u>Ošetrovatelský problém:</u> Riziko násilí vůči druhým z důvodu zhoršeného zdravotního stavu

Sebehodnocení	<i>„Dřív jsem měl hodně kamarádu, těmi pobyty v nemocnici se to změnilo, lidé se na mě dívají skrz prsty, stydím se za to.“</i>	Pacient je samotář, má pocit studu kvůli svému onemocnění, je kvůli tomu i sociálně izolován. <u>Ošetrovatelský problém:</u> Sociální izolace z důvodu základního onemocnění
Vnímání zdraví	<i>„Dostal jsem důchod, pořád říkali, že mám tu paranoidní schizofrenii.“</i>	Pacient chce žít naplno a nebýt ovlivněn svým zdravotním stavem.
Vnímání zdravotního stavu	<i>„Nic mi není.“</i>	Pacient má pocit, že mu nic není. Stále odmítá hospitalizaci. <u>Ošetrovatelský problém:</u> Noncompliance z důvodu základního onemocnění
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	<i>„Chci domů, mám strach z toho, co bude.“</i>	Pacient je poučen o svém onemocnění, má strach z budoucnosti. <u>Ošetrovatelský problém:</u> Strach z důvodu hospitalizace
Reakce na hospitalizaci	<i>„Nechci tu být.“</i>	Je to opakovaná hospitalizace a pacient je proti pobytu v nemocnici.
Adaptace na onemocnění		
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy)	<i>„Mám strach, že se nevrátím už domů, že mě tam rodiče už nechtějí.“</i>	S pacientem je obtížnější spolupráce, je nutné užívání trvalé medikace. <u>Ošetrovatelský problém:</u> Noncompliance z důvodu základního onemocnění
Zkušenosti z předcházející	<i>„Nelíbilo se mi tu nikdy.“</i>	Pacient nemá kladné

hospitalizace		zkušenosti z hospitalizací.
---------------	--	-----------------------------

Tabulka 7 Posouzení sociálního stavu

POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální		Komunikuje, všemu rozumí.
	Neverbální		Je nejistý a podrážděný.
Informovanost	O onemocnění	<i>„Pořád mi všichni říkají, že mám schizofrenii, ale já si to nemyslím.“</i>	Pacient je informován o svém onemocnění lékařem, ale nepřipouští si to.
	O diagnostických metodách		Pacient je informován lékařem ústně při příjmu na oddělení.
	O specifikách ošetrovatelské péče		Pacient je informován lékařem ústně při příjmu.
	O léčbě a dietě	<i>„Musím tu užívat léky, ale nechápu proč, doma je užívat nechci.“</i>	Pacient je informován lékařem ústně o podávané medikaci, ale spolupráce je obtížná. <u>Ošetrovatelský problém:</u> Noncompliance z důvodu základního onemocnění
	O délce	<i>„Doufám, že mě brzo“</i>	Pacient je

	hospitalizace	<i>pustí. “</i>	informován lékařem ústně, ale hospitalizaci stále odmítá. <u>Ošetrovatelský problém:</u> Noncompliance z důvodu základního onemocnění
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	Primární role (související s věkem a pohlavím)	<i>„Muž.“</i>	Muž, 32 let. Role je ovlivněna zdravotním stavem. <u>Ošetrovatelský problém:</u> Sociální izolace z důvodu základního onemocnění
	Sekundární role (související s rodinou a společenskými tradicemi)	<i>„Jsem svobodný, bezdětný.“</i>	Svobodný, bezdětný. Role je ovlivněna zdravotním stavem z důvodu základního onemocnění.
	Terciární role (související s volným časem a zálibami)	<i>„Rád se koukám na televizi a jsem radši doma.“</i>	Pacient preferuje pasivní odpočinek.

2.4 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření 1. den hospitalizace

laboratorní vyšetření:

Biochemické vyšetření moči

Toxikologické vyšetření moči

Biochemické vyšetření krve - ionty, jaterní testy, glukóza, urea, kreatinin

Hematologické vyšetření krve - krevní obraz

Výsledky:

Biochemické vyšetření moči

základní vyšetření moči v normě

Toxikologické vyšetření moči

toxikologické vyšetření je negativní

Biochemické vyšetření krve

Tabulka 8 Biochemické vyšetření krve

Vyšetření	Výsledné hodnoty	Jednotky	Referenční meze
Na	138	mmol/l	136-146
K	3,9	mmol/l	3,6-5,1
Cl	99	mmol/l	101-109
ALT	0,38	μkat/l	0,10-0,80
AST	0,50	μkat/l	0,10-0,85
GMT	0,33	μkat/l	0,18-1,02
bilirubin	11	μmol/l	1-20
glukóza	5,0	mmol/l	3,5-5,6
urea	6,8	mmol/l	2,8-8
kreatinin	81	mmol/l	62-115

Zdroj: Dokumentace psychiatrická nemocnice, oddělení klinické biochemie, hematologie a toxikologie, 2016

Tabulka 9 Hematologické vyšetření krve

Vyšetření	Výsledné hodnoty	Jednotky	Referenční meze
sedimentace	12	arb. j.	4-27
leukocyty	7,9	10 ⁹ /l	4,10-10,20
erythrocyty	4,29	10 ¹² /l	4,19-5,75
hematokrit	0,41		0,39-0,51
trombocyty	144	10 ⁹ /l	142-327

Zdroj: Dokumentace psychiatrická nemocnice, oddělení klinické biochemie, hematologie a toxikologie, 2016

Dieta: 3

Pohybový režim: D - volný pohyb po oddělení

Zvýšený dohled na stravu

Medikamentózní léčba:

Tabulka 10 Medikamentózní léčba

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Haloperidol	Tbl.	1,5mg.	1-1-1	Antipsychotikum
Rivotril	Tbl.	0,5mg	1-1-1	Antiepileptika, antikonvulziva
Absenor	Tbl.	500mg	1-0-1	Antiepileptika
Quetiapin teva	Tbl.	100mg.	0-0-1	Antipsychotika
Zolpidem orion	Tbl.	10mg.	Při nespavosti 1tbl. za noc	Sedativa, hypnotika
Apaurin	Inj.	2amp.	Při neklidu a agitovanosti 2amp. max. 3x/den	Anxiolytika

Chirurgická léčba: Pacient dříve žádné operace, během hospitalizace operace není plánovaná.

2.5 SITUAČNÍ ANALÝZA

Pacient ve věku 32 let byl přijat na příjmové oddělení psychiatrické nemocnice, a to pro zhoršení psychického stavu v rámci základního onemocnění, z důvodu neužívání trvalé medikace v domácím prostředí a nespolupráce. Rodina nezvládá péči o pacienta. Pacient přivezen na příjmové oddělení psychiatrické nemocnice v doprovodu RZS a Policie ČR. Při příjmu komunikuje minimálně, odpovídá na dotazy, ale spolupráce je obtížná. Odmítl podepsat souhlas s hospitalizací a vzhledem k tomuto faktu byla hospitalizace převedena na nedobrovolnou a vše bylo řádně nahlášeno okresnímu soudu.

Pacient doma neužíval dlouhodobě předepsanou medikaci a nedodržel léčebný režim

S pacientem byla doma dle rodiny obtížná spolupráce, kdy pacientem odmítal navštěvovat ambulantního psychiatra a užívat předepsanou medikaci. Obtížná spolupráce je s pacientem i v nemocnici, kdy spolupracuje částečně, odmítá hospitalizaci a při podávání medikace je nutná kontrola personálem – Noncompliance z důvodu základního onemocnění.

Pacient má problém i v oblasti spánku, doma spal minimálně dle rodiny. V nemocnici pacient spí taky málo během noci. Pacient je edukován o omezení kávy během dne a o aktivním denním režimu během dne – Nespavost z důvodu zhoršeného psychického stavu.

U pacienta se snížila chuť k jídlu v návaznosti se zhoršením psychického stavu, jí méně než je zvyklý. Doma zhubnul 5 kg ze své původní váhy. V nemocnici je také nutný dohled na stravu pacienta a je monitorována váha pacienta – Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu z důvodu zhoršeného psychického stavu.

Také má pacient strach z hospitalizace, kterou odmítá. Bojí se i budoucnosti vzhledem ke svému onemocnění – Strach z důvodu hospitalizace.

Pacient je spíše samotář. Bydlí s rodiči v rodinném domku, kde má svůj pokoj a tam tráví většinu svého času. Kamarády nemá – Sociální izolace z důvodu základního onemocnění.

Z důvodu zhoršeného psychického stavu a neužívání trvalé medikace je tu možná i agrese pacienta vůči okolí, pacient je spíše odmítavý a spolupráce vážne – Riziko násilí vůči druhým.

2.6 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT

Ošetřovatelské diagnózy jsou sestavené podle NANDA Taxonomie II., které jsou rozděleny na aktuální a potencionální diagnózy a řazeny dle priorit.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

Neefektivní management zdraví z důvodu onemocnění paranoidní schizofrenie projevující se nedodržováním léčebného režimu – neužívání trvalé medikace.

Noncompliance z důvodu onemocnění paranoidní schizofrenie projevující se nespoluprací pacienta v rámci léčebného režimu.

Nespavost z důvodu zhoršeného zdravotního stavu projevující se nespavostí.

Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu z důvodu zhoršeného zdravotního stavu projevující se nechutenstvím a následnou ztrátou hmotnosti.

Strach z důvodu hospitalizace projevující se obavami a strachem z budoucnosti.

Sociální izolace z důvodu základního onemocnění projevující se osamělostí a uzavřeností.

Potencionální ošetřovatelské diagnózy:

Riziko násilí vůči druhým z důvodu zhoršeného zdravotního stavu a nedodržování léčebného režimu.

Ošetřovatelské diagnózy a plán ošetřovatelské péče

1) Neefektivní management zdraví (Neefektivní péče o zdraví) (00078)

Doména 1: Podpora zdraví

Třída 2: Management zdraví

Definice:

Vzorec regulace a integrace programu léčby onemocnění a následků onemocnění do každodenního života, který nepostačuje ke splnění konkrétních zdravotních cílů. Pacient neužívá trvalou medikaci v domácím prostředí.

Určující znaky:

- Potíže s předepsaným režimem
- Nezačlenění léčebného režimu do každodenního života
- Nedodržování užívání medikace

Související faktory:

- Nedostatečné znalosti o léčebném režimu
- Konflikty při rozhodování

Priorita: Střední

Cíl:

Dlouhodobý: Pacient bude pečovat o své zdraví a dodržovat léčebný režim i v domácím prostředí do 2 měsíců.

Krátkodobý: Pacient si je vědom nutnosti dodržování předepsaného léčebného režimu do týdne.

Výsledná kritéria:

- Pacient má dostatek informací ke svému zdravotnímu stavu a důvodu hospitalizace.
- Pacient si uvědomuje nutnost hospitalizace a dodržování léčebného režimu.

Ošetřovatelská intervence:

- Zjistíme, jak pacient pohlíží na léčebný režim a co od něj očekává.
- Zjistíme, jak je pacient obeznámen se stavem a nároky léčby.
- Dohodneme se s pacientem o účasti na péči.
- Mobilizujeme podpůrné systémy, včetně rodiny, blízkých osob.
- Dle vhodnosti doporučíme poradenství, skupinovou léčbu nebo individuální léčbu.

Realizace:

U pacienta bylo pozorováno nedodržování léčebného režimu. Pacient byl seznámen se svým onemocněním, s nutností hospitalizace a nutností začlenění léčebného režimu do každodenního života. S pacientem bylo vše řádně prodiskutováno a byl mu poskytnut prostor k diskuzi. Byla nutná pravidelná kontrola zdravotnickým personálem při užívání medikace.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl se podařilo splnit díky kontrole při užívání medikace personálem, pacientovi se musí stále připomínat nutnost dodržování předepsaného léčebného režimu. Na dlouhodobém cíli se stále pracuje v rámci hospitalizace, pacient je neustále edukován o jeho onemocnění a nutnosti dodržování léčebného režimu. S pacientem je na toto téma diskutováno. Pacientovi byl poskytnut rovněž studijní materiál, tvořený vybranými články na dané téma, týkající se jeho onemocnění, tak jak byly publikovány v odborných časopisech.

2) Noncompliance (00079)

Doména 1: Podpora zdraví

Třída 2: Management zdraví

Definice:

Chování osoby nebo pečovatele, které neodpovídá plánu podporujícímu zdraví či léčebnému plánu odsouhlasenému danou osobou (rodinou nebo komunitou) a zdravotnickým pracovníkem. V případě existence odsouhlaseného plánu je chování osoby nebo pečovatele plně nebo částečně v nesouladu a může vést ke klinicky neefektivním nebo částečně neefektivním výsledkům.

Určující znaky:

- Nedosažení očekávaných výsledků.
- Nedodržování návštěv lékaře.
- Chování svědčící o nedodržování léčebného režimu.
- Nespolupráce pacienta

Související faktory:

- Problémy ve vztahu mezi pacientem a poskytovatelem péče.
- Nedostatečný přístup pacienta ke zdravotní péči projevující se nespoluprací.
- Zdlouhavost léčby.

Priorita: střední

Cíl:

Dlouhodobý: Pacient projeví přesnou znalost stavu a pochopení léčebného režimu do 2 měsíců.

Krátkodobý: Pacient dělá pokroky směrem k žádoucím výsledkům léčby do týdne.

Výsledná kritéria:

- Pacient bude spolupracovat

Ošetřovatelské intervence:

- Prodiskutujeme s pacientem a jeho blízkými, jak vnímá momentální situaci, léčbu.
- Aktivně nasloucháme pacientovi.
- Sledujeme chování pacienta.
- Vytvoříme terapeutický vztah zdravotní sestry a pacienta na základě důvěry pacienta, ve kterém nemocný i jeho rodina bude moci volně vyjádřit své názory.
- Domluvíme se s pacientem na zlepšení spolupráce, vzájemných cílech léčby a na užívání medikace.
- Poskytneme dostatek informací pacientovi.

Realizace:

Pacient před hospitalizací nespolupracuje s rodinou a ani s ambulantním psychiatrem, neužívá předepsanou medikaci a nedodržuje léčebný režim. Během hospitalizace se pacientova spolupráce do týdne zlepšuje, pacient se snaží s personálem zdravotnického zařízení spolupracovat a komunikovat, ale je potřeba na tom pracovat i nadále během hospitalizace. S pacientem byla navázaná vzájemná důvěra. S pacientem je neustále diskutováno o jeho onemocnění a o léčbě, o nutnosti dodržování

pravidelných kontrol u lékaře, užívání medikace a spolupráce. Také je pacientovi poskytnut dostatek informací o dané problematice.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn u pacienta. Pacient do týdne s personálem zdravotnického zařízení začal spolupracovat. Na dlouhodobém cíli se pracuje i nadále během hospitalizace. S pacientem často hovoříme, diskutujeme o jeho onemocnění a léčebném režimu, nasloucháme mu, a tím si získáváme postupně jeho důvěru ke spolupráci.

3)Nespavost (00095)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída1: Spánek/odpočinek

Definice: Narušení množství a kvality spánku poškozující fungování.

Určující znaky:

- Zhoršený zdravotní stav
- Potíže s usínáním
- Potíže se spaním

Související faktory:

- Environmentální faktory (např. okolní hluk, neznámé prostředí)
- Častá zdřímnutí během dne
- Strach
- Duševní onemocnění

Priorita: Nízká

Cíl:

Dlouhodobý: Zlepšení pocitu celkové pohody a odpočatosti do 2měsíců.

Krátkodobý: Zlepšení spánku a odpočinku do 4 dnů.

Výsledná kritéria:

- Pacient bude mít dostatek spánku přes noc
- Ve dne bude spát minimálně

Ošetřovatelské intervence:

- Posoudíme souvislost spánkové poruchy se základním onemocněním.
- Zhodnotíme užívání kofeinu – nadměrné užívání ruší REM spánek.
- Vyslechneme subjektivní stížnosti na kvalitu spánku.
- Vypytáváme se na okolnosti, které ruší spánek a napravíme je, pokud je to možné.
- Pozorujeme fyzické známky únavy.
- Před spaním se postaráme o klidné prostředí ke spánku, vyvětráme.
- Doporučíme omezení kofeinu během dne.
- Doporučíme omezit příjem tekutin večer, aby klesla potřeba močení v noci.
- Podáváme léky na spaní dle ordinace lékaře.
- Sledujeme účinek podaných léků dle ordinace lékaře.
- Doporučíme pacientovi být aktivní během dne, omezit spánek během dne.
- Zajistíme klid na oddělení, edukujeme i spolupacienty.

Realizace:

Pacient spal málo už doma před přijetím do nemocnice z důvodu svého onemocnění a zhoršení psychického stavu. Pacient vypije během dne 6-8 káv, bylo doporučeno omezení kofeinu. Také bylo doporučeno se během dne zaměstnat aktivitou, docházet do nabízených terapií nebo si číst a luštit křížovky a také omezit spánek během dne. Pacient i přes málo spánku nemá pocit únavy. Dle ordinace lékaře jsou podávány léky na spaní už od prvního dne hospitalizace, účinek je sledován vždy do hodiny po podání a poté spí pacient celou noc.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl se podařilo splnit, částečně díky edukaci pacienta a částečně díky podané medikace na spaní dle ordinace lékaře. Na dlouhodobém cíli pacient musí pracovat dlouhodobě, získat určité návyky a hlavně je důležité omezit kofein během dne a spánek v průběhu dne. Pacient je o všem řádně poučen.

4)Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu (00002)

Doména 2: Výživa

Třída 1: Příjem potravy

Definice: Příjem živin nepostačuje k uspokojení potřeb metabolismu.

Určující znaky:

- Snížená chuť k jídlu
- Příjem potravin je menší, než je pacient zvyklý

Související faktory:

- Duševní onemocnění pacienta
- Nedostatečný přísun potravy projevující se nechutí k jídlu

Priorita: Nízká

Cíl:

Dlouhodobý: Osvojit si stravovací návyky, umožňující přibrat na váze a navrátit tělesnou hmotnost do 2 měsíců.

Krátkodobý: Úprava stravování a zvýšení chuti k jídlu do 1 týdne.

Výsledná kritéria:

- Pacient bude plně informován o nutnosti výživy.
- Pacient bude jíst dostatečně během dne.

Ošetřovatelské intervence:

- Prodiskutujeme stravovací zvyklosti včetně oblíbených jídel.
- Posoudíme lékové interakce, účinky nemocí, alergií.
- Konzultujeme vše s nutričním terapeutem.
- Vážíme pacienta jednou týdně a sledujeme vývoj tělesné hmotnosti.
- Při dobré toleranci medu/cukru je přidáváme do nápojů.

- Dohlížíme na pacienta při konzumaci stravy a zaznamenáváme kolik toho snědl.

Realizace:

Pacient byl poučen o nutnosti správné výživy, o potřebě dostatku živin pro organismus. Je nutný dohled na příjem potravy u pacienta. Nedodrží žádnou speciální dietu. Po konzultaci s nutričním terapeutem jsme vyhodnotili jídla, která pacient toleruje. Pacient toleruje med i cukr, proto mu byly nápoje slazeny. Pacient je každý týden vážen, váha se zvýšila za dva týdny o 2 kila.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl se podařilo splnit, pacientovi se zvýšila chuť k jídlu. Na dlouhodobém cíli se stále pracuje v rámci hospitalizace, za 2 týdny pacient přibral už 2kg. Zaměřujeme se na dohled při stravování pacienta, každý týden pacienta vážíme.

5) Strach (00148)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice: Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí.

Určující znaky:

- Pociťuje obavy z budoucnosti
- Pociťuje strach z hospitalizace
- Související faktory:
- Neznámé prostředí

Priorita: Nízká

Cíl:

Dlouhodobý: Pacient nebude mít strach do 2 měsíců.

Krátkodobý: Pacient bude mít zmírněný strach v průběhu hospitalizace do 14 dnů.

Výsledná kritéria:

- Pacient má dostatek potřebných informací k hospitalizaci a onemocnění
- Pacient si uvědomuje důvod strachu
- Pacient umí popsat strach, který prožívá

Ošetřovatelské intervence:

- Nasloucháme pacientovi, nasloucháme jeho obavám.
- Sledujeme projevy strachu u pacienta, chování včetně neverbální komunikace.
- Monitorujeme fyziologické funkce u pacienta, např. zvýšený krevní tlak.
- Chováme se k pacientovi empaticky.
- Poskytneme pacientovi dostatek informací o dané problematice.
- Dáme mu prostor k diskusi.

Realizace:

U pacienta byly pozorovány pocity strachu z důvodu hospitalizace. Pacient byl seznámen se svým onemocněním, s hospitalizací a následnou péčí po hospitalizaci. Pacientovi byl dán prostor k diskusi a byly mu zodpovězeny otázky ohledně jeho zdravotního stavu. Na pacientovy dotazy si personál udělal vždy čas a naslouchal mu, popřípadě vše uvedl na pravou míru. Fyziologické funkce byly v normě. U pacienta se strach začal zmírňovat po 5 dnech.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn. Na dlouhodobém cíli se neustále pracuje v rámci hospitalizace. Pacientovi vysvětlujeme nutnost hospitalizace, diskutujeme s ním o průběhu hospitalizace. Edukujeme pacienta o nutnosti dodržování léčebného režimu, čímž se hospitalizace případně omezí.

6) Sociální izolace (00053)

Doména 12: Komfort

Třída 3: Sociální komfort

Definice: Osamělost zažívaná jedincem a vnímaná jako negativní stav nebo stav ohrožení, který byl vyvolán druhými.

Určující znaky:

- Duševní onemocnění
- Nepřátelské jednání vůči okolí
- Uzavřenost projevující se špatnou komunikací s okolím a špatnou interakcí
- Související faktory:
 - Změny duševního stavu
 - Zhoršený stav pocitu fyzické pohody a zdraví

Priorita: Nízká

Cíl:

Dlouhodobý: Navazování interakcí a vztahů, které pacient považuje za smysluplné do 2 měsíců.

Krátkodobý: Zapojení pacienta do společenských aktivit během hospitalizace do týdne.

Výsledná kritéria:

- Pacient nebude mít pocit osamělosti.
- Pacient bude mít přátele a bude se zapojovat do společenských aktivit.

Ošetřovatelské intervence:

- Všimáme si přítomnosti blízkých osob.
- Zjistíme pohovorem od pacienta, jak snáší samotu.
- Vytvoříme terapeutický a blízký vztah s pacientem na základě důvěry pacienta k personálu, aby byl pacient schopen hovořit o svých pocitech.
- Poradíme pacientovi, jak se postupně zapojit, od jednoduchých kroků (např. promluvit si se sousedem) ke složitějším aktivitám.
- Pobízíme ho k účasti na skupinových aktivitách (např. pracovní terapie, arteterapie).
- Při počátečních pokusech se stykem s okolím, mu dáme příležitost k interakcím v rámci chráněného prostředí. Omezí se tak stres, dosáhne se pozitivního posílení a snáze se dosáhne dobrých výsledků.

Realizace:

Pacient je spíše uzavřený. Volný čas tráví doma ve svém pokoji a přátele nemá. Pacient je postupně během hospitalizace zapojován do společenských aktivit. S pacientem se hovoří o postupné socializaci a o navazování nových přátelských vztahů.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn, pacient se postupně zapojil do všech společenských aktivit, které jsou během hospitalizace k dispozici. Dlouhodobý cíl je během hospitalizace taky částečně splněn, za pacientem dochází rodina, která zkontaktovala dřívější přátele a i ti dochází za pacientem na návštěvu. Motivujeme pacienta k navazování nových přátelských vztahů.

Celkové zhodnocení ošetrovatelské péče

Během hospitalizace díky lékařské terapii a ošetrovatelské péči se zdravotní stav pacienta zlepšil. Pacient byl informován o svém onemocnění i o prognóze onemocnění. Také byl edukován o důležitosti dodržování léčebného postupu a to včetně těchto postupů v domácím prostředí, o docházení a pravidelných kontrolách u svého ambulantního psychiatra a hlavně o nutnosti užívání předepsané medikace. Stanovili jsme si ošetrovatelské diagnózy a pomocí ošetrovatelských intervencí jsme je realizovali. U neefektivního managementu zdraví jsme splnili krátkodobý cíl, dlouhodobý cíl nebyl prozatím splněn, protože hospitalizace pokračuje dále a bude se na tom i nadále pracovat. Spolupráce pacienta se zlepšila částečně, splnili jsme též prozatím jen krátkodobý cíl, kdy na dlouhodobém cíli se bude stále pracovat. Spánek se u pacienta částečně zlepšil. Dohled na stravu je stále nutný z důvodu splnění dlouhodobého cíle. Strach a obavy u pacienta v menší míře stále přetrvávají, s pacientem se i nadále pracuje v rámci hospitalizace. V průběhu hospitalizace se pacient zapojil postupně do aktivit, jako je například pracovní terapie. Během hospitalizace se podařilo s pacientem navázat dobrý vztah. Pacient také v průběhu hospitalizace a zlepšení zdravotního stavu zhodnotil kladně přístup zdravotnického personálu a velice se omlouval za své chování. Stabilizace zdravotního stavu pacienta umožnila jeho propuštění do domácího prostředí.

K dispozici není mnoho bakalářských prací na téma Ošetrovatelský proces u pacienta s paranoidní schizofrenií. Například Petra Trnková zpracovala v roce 2013 bakalářskou práci na téma Ošetrovatelský proces u pacienta se schizofrenním onemocněním, ve které popisuje dva pacienty s rozdílnými typy schizofrenie, a to paranoidní schizofrenie a nediferenciální schizofrenie. Zajímavou prací byla také bakalářská práce Lucie Kadavé z roku 2010, ve které popisuje ošetrovatelský proces u 26letého pacienta s paranoidní schizofrenií. Také bakalářská práce od Kamily Buršíkové je velice zajímavá, popisuje ošetrovatelský proces u pacientky, která je hospitalizovaná teprve podruhé a prakticky se se schizofrenií seznamuje. Není proto snadné srovnávat práci na toto téma s pracemi jiných autorů, každá práce je zaměřená na jiného pacienta a každá práce je ve své podstatě něčím originální.

Z uvedeného vyplývá, že problematika psychického onemocnění, a to konkrétně paranoidní schizofrenie je velice složitá a rozmanitá, u každého pacienta onemocnění probíhá individuálně a ošetrovatelská péče u pacienta vyžaduje velmi opatrný a individuální přístup.

Doporučení pro praxi

Život s onemocněním paranoidní schizofrenie je velice nevyzpytatelný. Délka hospitalizace pacientů s tímto onemocněním je velmi individuální, závisí zcela na zdravotním stavu pacienta, na spolupráci pacienta s personálem nemocnice a rodinou a také na dodržování léčebného režimu. I po návratu do běžného života by pacienti měli dodržovat léčebný režim, většinou je nutné užívat medikaci, která byla nastavena lékařem, důležité je chodit na pravidelné kontroly k ambulantnímu psychiatrovi a spolupracovat s ním.

Doporučení pro pacienty:

- Pravidelně užívat léky
- Navázat kontakt s okolím, najít si přátele
- Naučit se otevřeně hovořit o svých problémech
- Dodržovat pravidelné kontroly u ambulantního psychiatra
- Spolupracovat s rodinou, i se zdravotnickým personálem v nemocnici a v ambulanci

- Dodržovat správnou životosprávu
- Přizpůsobit denní režim, naplánování aktivit během dne dle kondice pacienta
- Edukovat rodinu pacienta

Doporučení pro rodinu pacienta:

- Podpora ze strany rodiny
- Kontakt s pacientem během hospitalizace
- Trpělivost
- Vyslechnout nemocného
- Kontrolovat nemocného při užívání medikace nebo při pravidelných kontrolách u ambulantního psychiatra
- Pomáhat pacientovi v úkonech, které sám nezvládá

Doporučení pro zdravotníky:

- Znat problematiku tohoto onemocnění
- Mít znalosti o etiologii, příznacích a léčbě tohoto onemocnění
- Motivovat pacienta a vést pacienta k jeho uzdravení
- Mít empatický a individuální přístup k pacientovi
- Respektovat pacienta
- Vyhradit si dostatek času na pacienta a poskytnout mu dostatek informací o daném onemocnění
- Být pacientovi oporou
- Získat důvěru pacienta
- Edukovat pacienta o jeho onemocnění a o nutnosti dodržování léčebného režimu
- Edukovat rodinu pacienta o jeho onemocnění, o léčbě a o opětovném navrácení pacienta do běžného života
- Klást důraz na kvalitu péče

ZÁVĚR

Onemocnění paranoidní schizofrenie je náročné nejen pro nemocného, ale i pro celou jeho rodinu a okolí pacienta, jak již bylo několikrát zmíněno, v neposlední řadě však i pro ošetřující personál. Průběh tohoto onemocnění a úspěšnost léčby záleží hlavně na pacientovi samotném, a to na spoustě konkrétních faktorů, mezi které patří skutečnost, jak pacient přijme své onemocnění, jak bude dodržovat danou léčbu během hospitalizace, ale i po propuštění z této hospitalizace, jak bude spolupracovat s okolím a popřípadě s ambulantním psychiatrem a zda vůbec bude využívat znalostí a poznatků, které získal během hospitalizace. Zcela jednoznačně dle všech zjištěných skutečností je nedílnou součástí i podpora ze strany rodiny, přátel, ale také zdravotnického personálu, který by měl nemocného podporovat a tím nemalou částí přispět k léčebnému procesu pacienta. Důležitou součástí ošetrovatelské péče u pacientů s paranoidní schizofrenií je vznik aktivního terapeutického vztahu mezi pacientem a sestrou. Při jeho úspěšném vzniku je snadnější spolupráce a komunikace s pacientem, i dodržování ošetrovatelského plánu, což má zcela jistě pozitivní vliv na výsledek léčby pacienta.

V této bakalářské práci jsme popisovali onemocnění paranoidní schizofrenie a ošetrovatelský proces u pacienta s onemocněním paranoidní schizofrenie. Cílem bakalářské práce bylo zpracování ošetrovatelského procesu 32letého pacienta s diagnózou paranoidní schizofrenie pro relaps nemoci z důvodu neužívání trvalé medikace v domácím prostředí.

Byly zde stanoveny ošetrovatelské diagnózy podle NANDA Taxonomie II. U ošetrovatelských diagnóz jsme stanovili cíle, výsledná kritéria, ošetrovatelské intervence a poté jsme pokračovali realizací a zhodnocením. U ošetrovatelských diagnóz, které jsme seřadili podle priorit, byly cíle splněny částečně, a proto v realizaci pokračujeme dále po dobu hospitalizace. Pacient během hospitalizace začal spolupracovat s personálem zdravotnického zařízení a postupně si začal uvědomovat důležitost dodržování léčebného režimu a nutnost užívání předepsané medikace. Za pacientem docházela na návštěvu rodina, která ho maximálně podporuje a tím v nemalé míře přispěla ke zlepšení pacientova stavu. Pomohli jsme pacientovi zlepšit i jeho spánek v noci, pomocí edukace pacienta o režimu během dne a podávání léků na spaní.

Se zlepšením zdravotního stavu pacienta se zlepšila i pacientova chuť k jídlu a dochází díky tomu k postupné návratnosti původní váhy u pacienta.

Důsledná lékařská a ošetrovatelská péče vedla k částečnému zlepšení zdravotního stavu pacienta, hospitalizace i nadále trvá a s pacientem se i dále pracuje, ale již se dá s jistotou říci, že se po současnou dobu hospitalizace pacienta jeho stav zřetelně zlepšil.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BOUČEK, J., 2006. *Speciální psychiatrie*. Olomouc: Universita Palackého. ISBN 978-80-718-4666-6.

ČESKO, 2000. Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů. In: ASPI [právní informační systém]. Praha: Wolters Kluwer ČR [vid. 2016-03-04].

ČEŠKOVÁ, E., 2012. *Schizofrenie a její léčba*. Praha: MAXDORF. ISBN 978-80-7345-114-1.

DUŠEK, K. a A. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4826-9.

FÍŠAR, Z., 2009. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2737-0.

HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

HOSÁK, L. a kol., 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum Press. ISBN 978-80-246-2998-8.

JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2150-7.

KALVACH, Z. a kol., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4026-3.

KLAINA, K., 2008. *Terapeutická komunita*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2449-2.

KRATOCHVÍL, S., 2012. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0302-5.

KUČEROVÁ, H., 2013. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-4733-2.

MAHROVÁ, G. a M. VENGLÁŘOVÁ, 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-2138-4.

MARKOVÁ, E., M. VENGLÁŘOVÁ a M. BABIAKOVÁ, 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1151-6.

NANDA International, Inc, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5412-3.

Národní ústav duševního zdraví, 2015 [online]. Klecany: Národní ústav duševního zdraví, poslední úpravy 1.7.2015, [cit.1.3.2016]. Dostupné z: <http://www.nudz.cz>

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Praha: Vysoká škola zdravotnická. ISBN 978-80-904955-9-3

OREL, M. a kol., 2012. *Psychopatologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3737-9.

PEČ, O. a V. PROBSTOVÁ, 2009. *Psychózy*. Praha: TRITON. ISBN 978-80-7387-253-3.

PETR, T. a kol., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4236-6.

RABOCH, J. a P. PAVLOVSKÝ, 2013. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum Press. ISBN 978-80-246-1985-9.

SLEZÁKOVÁ, L., 2012.. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy I - Interna*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-7123-6.

TÓTHOVÁ, V., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.

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

ZELEIOVÁ, J., 2007. *Muzikoterapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-237-9.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - MKN-10.....	I.
Příloha B - DSM IV.....	II.
Příloha C - Test kognitivních funkcí.....	III.
Příloha D - Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy.....	IV.
Příloha E - Rešerše.....	XIV.

PŘÍLOHA A - MKN-10

G1. Je přítomen alespoň jeden ze syndromů, symptomů a znaků popsaných níže pod (1) nebo alespoň dva ze symptomů a znaků uvedených pod (2), a to po většinu psychotického období, které trvá alespoň jeden měsíc (nebo někdy po většinu dnů).

1. Musí být přítomna alespoň jedna z následujících charakteristik:

- a) ozvučování myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek;
- b) bludy kontrolování, ovlivňování nebo ovládnutí, zřetelně se projevující pohyby těla nebo končetin, nebo zvláštní myšlenky, činnosti nebo pocity, bludné vnímání;
- c) halucinace hlasů, které komentují pacientovo chování nebo mezi sebou hovoří, nebo jiné typy hlasů, které přicházejí z některých částí těla;
- d) neustálé bludy jiných typů, které nemohou být podmíněné příslušnou kulturou a jsou zcela nepatřičné, jako náboženská nebo politická identita, nadlidská moc nebo schopnost (například schopnost kontrolovat počasí nebo být ve spojení s cizinci z jiného světa).

2. Nebo alespoň dvě z následujících charakteristik:

- a) neustálé halucinace jakéhokoli typu, pokud se vyskytují denně po dobu nejméně 1 měsíce a jsou spojeny s bludy (buď s občasnými nebo jen částečně formovanými) bez jasného emotivního obsahu nebo jsou doprovázeny trvale zvýšeným sebehodnocením;
- b) neologismy, přerušování nebo zárazy myšlení, jejichž důsledkem jsou inkoherence nebo zmatený slovní projev;
- c) katatonní chování, jako jsou vzrušení, nástavy nebo vosková ohebnost, mutismus a stupor;
- d) »negativní« symptomy, jako jsou zřetelná apatie, ochuzení řeči a ploché nebo nepřiměřené odpovědi (musí být jisté, že se nejedná o následek deprese nebo neuroleptické léčby).

PŘÍLOHA B - DSM IV.

A. Charakteristické příznaky: dvě (nebo více) z následujících charakteristik, každá přítomna v signifikantní míře v období jednoměsíční periody (nebo kratším, je-li úspěšná léčba):

1. bludy;
2. halucinace;
3. dezorganizovaná řeč (např. častá ztráta souvislosti nebo inkoherece);
4. hrubě dezorganizované nebo katatonní chování;
5. negativní příznaky, tj. emotivní oploštění, alogie nebo abulie.

Pozn.: pouze jeden z příznaků kritéria A je zapotřebí v případě, že bludy jsou bizarní nebo halucinace sestávají z hlasů komentujících chování nebo myšlenky, nebo z dvou či více hlasů, které mezi sebou konverzují.

B. Sociální/pracovní dysfunkce: po dostatečně dlouhou dobu od začátku poruchy jsou jedna nebo více oblastí výkonu běžných funkcí, jako práce, interpersonální vztahy nebo péče o sebe, zřetelně pod úroveň dosažené před začátkem (nebo, je-li začátek v dětství nebo adolescenci, chybí dosažení očekávané úrovně interpersonálních studijních nebo pracovních dovedností).

C. Trvání: příznaky poruchy trvají nepřetržitě po dobu nejméně 6 měsíců. Toto šestiměsíční období musí zahrnovat alespoň nejméně 1 měsíc příznaků (nebo kratší dobu, je-li úspěšná léčba) podle kritéria A (tj. příznaků aktivní fáze) a může zahrnovat periody prodromálních nebo reziduálních příznaků. V průběhu těchto prodromálních nebo reziduálních period mohou být projevy poruchy vyjádřeny pouze jako negativní příznaky nebo dva či více příznaků z kritéria A, které jsou přítomny ve slabší formě (například podivné přesvědčení, neobvyklé percepční prožitky).

D. Vyloučení schizoafektivní poruchy a poruchy nálady: schizoafektivní porucha a porucha nálady s psychotickými příznaky jsou vyloučeny, jestliže se:

1. současně s příznaky aktivní fáze se nevyskytuje velká depresivní, manická nebo smíšená epizoda, nebo
2. epizody poruch nálady se vyskytly současně s příznaky aktivní fáze a jejich celkové trvání bylo relativně kratší vůči trvání aktivní a reziduální periody.

E. Vyloučení somatických nemocí nebo stavů způsobených psychoaktivními látkami: porucha není přímým fyziologickým důsledkem požití psychoaktivní látky (například užívané drogy, léku) nebo somatického onemocnění.

F. Vztah k pervazivní vývojové poruše: jestliže je v anamnéze autistická porucha nebo jiná pervazivní vývojová porucha, stanovuje se přídatná diagnóza schizofrenie jen v případě, že jsou přítomny také zřetelné bludy nebo halucinace po dobu nejméně jednoho měsíce (nebo kratší, je-li léčba úspěšná).

PŘÍLOHA C - TEST KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ

Test kognitivních funkcí - Mini-Mental State Examination (MMSE)

(Test slouží k orientační diagnostice hloubky demence)

Za každou správně zodpovězenou otázku se dává 1 bod.

1. Orientace

- Jaký je dnes den?
- Jaké je dnešní datum?
- Který je nyní měsíc?
- Který je rok?
- Jaké je roční období?
- Ve kterém jsme státu?
- V jakém jsme kraji?
- Ve kterém jsme městě?
- Jak se jmenuje zařízení, kde se nyní nacházíme?
- Ve kterém jsme poschodí?

2. Paměť

- Opakujte a zapamatujte si slova:
 - jablko
 - stůl
 - koruna
- (za každé zapamatované slovo je 1 bod)

3. Pozornost a počítání

- Odečítejte od čísla 100 číslo 7 .
- (Provádí se odečtení sedmičky od výsledku, celkem pět po sobě jdoucích odečtů – 93, 86, 79, 72, 65. Za každý správný odečet je 1 bod).

4. Krátkodobá paměť (výbavnost)

- Vybavte si tři dříve sdělená slova:
 - jablko
 - stůl
 - koruna
- (Za každé vybavené slovo 1 bod)

5. Řeč, komunikační schopnosti

- Pojmenujte předměty
 - hodinky
 - tužka
- (Za každý předmět 1 bod)

- Opakujte následující větu:
Žádné kdvhv. nebo. ale“.

PŘÍLOHA D - SCHIZOFRENIE, SCHIZOFRENNÍ PORUCHY A PORUCHY S BLUDY

F20 – F29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy

F20 Schizofrenie

F20.0 Paranoidní schizofrenie

F20.1 Hebefrenní schizofrenie

F20.2 Katatonní schizofrenie

F20.3 Nediferencovaná schizofrenie

F20.4 Postschizofrenní deprese

F20.5 Reziduální schizofrenie

F20.6 Simplexní schizofrenie

F20.8 Jiná schizofrenie

F20.9 Schizofrenie nespécifikovaná

Pátý znak specifikuje průběh:

.x0 Chronický

.x1 V atakách s postupným defektem

.x2 V atakách se stabilním defektem

.x3 V atakách s remisemi

.x4 Neúplná remise

.x5 Úplná remise

.x8 Jiný

F21 Schizotypní porucha

F22 Trvalé duševní poruchy s bludy

F22.0 Porucha s bludy

F22.8 Jiné trvalé poruchy s bludy

F22.9 Trvalá porucha s bludy nespécifikovaná

F23 Akutní a přechodné psychotické poruchy

F23.0 Akutní polymorfní psychotická porucha bez příznaků schizofrenie

F23.1 Akutní polymorfní psychotická porucha s příznaky schizofrenie

F23.2 Akutní schizoformní psychotická porucha

F23.3 Jiné akutní psychotické poruchy s převahou bludů

F23.8 Jiné akutní a přechodné psychotické poruchy

F23.9 Akutní a přechodná psychotická porucha nespecifikovaná

Pátý znak označuje eventuální přítomnost přidruženého akutního stresu:

.x0 Bez spojitosti s akutním stresem

.x1 Ve spojitosti s akutním stresem

F24 Indukovaná porucha s bludy

F25 Schizoafektivní poruchy

F25.0 Schizoafektivní porucha, manický typ

F25.1 Schizoafektivní porucha, depresivní typ

F25.2 Schizoafektivní porucha, smíšený typ

F25.8 Jiné schizoafektivní poruchy

F25.9 Schizoafektivní porucha nespecifikovaná

F28 Jiné neorganické psychotické poruchy

F29 Nespecifikovaná neorganická psychóza

F20 Schizofrenie

Schizofrenní poruchy jsou obecně charakterizovány význačnými poruchami myšlení a vnímání a afektivitou, která je nepřiměřená nebo oploštělá. Jasně vědomí a intelektové schopnosti jsou obvykle zachovány, i když se během času mohou vyvinout určité kognitivní deficity. Osobnost je postižena ve svých nejpodstatnějších funkcích, které dávají normálnímu jedinci pocit individuality, jednotnosti a autonomie (self-direction). Nemocný má často pocit, že jeho nejintimnější myšlenky, pocity a činy jsou známy nebo sdíleny jinými lidmi. Mohou se rozvinout bludné interpretace, že přírodní nebo nadpřirozené síly ovlivňují pacientovo myšlení a jednání, a to často bizarní formou. Mohou být často pokládány za osu všeho, co se děje. Jsou běžné především sluchové halucinace, hlasy mohou komentovat chování nebo myšlení pacienta. Vnímání může být narušeno i jinak: barvy a zvuky se mohou zdát nepřiměřeně živé nebo kvalitativně změněné. Nepodstatné, obyčejné věci se mohou zdát důležitější než celý předmět nebo situace. Nepochopení situace může vést k přesvědčení, že události každodenního života mají pro jedince zvláštní, obvykle zlověstný význam. U typické schizofrenní poruchy myšlení jsou kladeny do popředí okrajové a nepodstatné rysy celku, které jsou u normálně zaměřené lidské aktivity potlačeny, a jsou užívány místo těch, které jsou relevantní a situaci přiměřené. Tím se myšlení stává nepřesné nespojitě a neproniknutelné a jeho slovní vyjádření někdy nepochopitelné. Časté jsou zárazy a interpolace v toku myšlenek a pacientovi se může zdát, že mu nějaká vnější síla odnímá myšlenky. Nálada je typicky oploštělá, vrtošivá nebo nepřiměřená. Ambivalence a volní poruchy se mohou jevit jako lenivost, negativismus nebo stupor. Může být přítomna i katatonie. Začátek může být akutní s vážně narušeným chováním, nebo plíživý s postupným rozvojem podivných myšlenek a chování. Průběh se také velmi mění a není nevyhnutelně chronický nebo zhoršující se (je specifikován pětimístnými kategoriemi). V určité části případů, která se může lišit v různých kulturách a populacích, dochází k úplnému nebo téměř úplnému uzdravení. Obě pohlaví jsou přibližně stejně postižena, ale u žen bývá začátek pozdní.

I když nemohou být zjištěny přísně patognomické příznaky, pro praktické účely je užitečné rozdělit příznaky do skupin, které jsou pro diagnózu obzvlášť důležité a které se často vyskytují společně. Jsou to:

- (a) slyšení vlastních myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek,
- (b) bludy kontrolovanosti, ovlivňování nebo prožitky pasivity, které se jasně vztahují k pohybům těla nebo údů, nebo specifickým myšlenkám, jednání nebo cítění, bludné vnímání,

- (c) halucinatorní hlasy, které neustále komentují chování pacienta nebo o něm mezi sebou rozmlouvají, nebo jiné typy halucinatorních hlasů, přicházejících z určité části těla,
- (d) trvalé bludy jiného druhu, které jsou v dané kultuře nepatřičné a nepřijatelné, jako např. náboženská nebo politická identita, nadlidské síly nebo schopnosti (např. schopnost ovlivňovat počasí, schopnost spojení s cizinci z jiného světa),
- (e) přetrvávající halucinace v kterékoli formě, když jsou doprovázeny buď prchavými, nebo neúplně formulovanými bludy bez jasného afektivního obsahu, nebo přetrvávajícími ovládacími představami, nebo když se vyskytují denně po několik týdnů nebo měsíců,
- (f) zárazy nebo vkládání do toku myšlenek a z nich vyplývající inkoherence nebo irrelevantní řeč nebo neologizmy,
- (g) katatonní jednání, jako např. vzrušenost, nástavy nebo flexibilitas cerea, negativismus, mutismus a stupor,
- (h) "negativní" příznaky, jako např. výrazná apatie, ochuzení řeči a oploštění nebo nepřiměřenost emočních reakcí (ty obvykle vyúsťují do sociálního stažení a snížení sociální aktivity); musí být jasné, že se nejedná o příznaky vyplývající z deprese nebo z medikace neuroleptiky,
- (i) výrazné a nápadné kvalitativní změny v osobním chování, jako jsou ztráta zájmů, bezcílnost, nečinnost, ztráta vztahů k okolí a sociální stažení.

F20.0 Paranoidní schizofrenie

Toto je nejobvyklejší typ schizofrenie ve většině částí světa. V klinickém obraze převládají relativně stálé bludy, často paranoidní, které jsou obvykle doprovázeny halucinacemi, převážně sluchovými, a jinými poruchami vnímání. Poruchy afektivity, vůle, řeči a ani katatonní příznaky nejsou výrazné.

Příklady nejběžnějších paranoidních příznaků:

- (a) bludy perzekuční, vztahovačnosti, originální, mesiášského poslání, transformace vlastního těla nebo žárlivosti,
- (b) halucinatorní hlasy, které pacientovi hrozí nebo mu dávají rozkazy, nebo elementární sluchové halucinace, jako pískání, bzučení nebo smích,
- (c) čichové nebo chuťové halucinace, sexuální či jiné tělové pocity, mohou se objevit i zrakové halucinace, avšak zřídka převládají.

U akutních stavů mohou být zřejmé poruchy myšlení, což nebrání tomu, aby pacient jasně popisoval typické bludy nebo halucinace. Afektivita je obvykle méně oploštělá než u jiných forem schizofrenie, ale je běžný menší stupeň nepřiměřenosti, stejně jako poruchy nálady (např. podrážděnost, náhlá zlost, strach a podezřívavost). "Negativní" příznaky, jako otupělá afektivita a volní porucha, jsou často přítomné, avšak v klinickém obraze nepřevládají.

Průběh paranoidní schizofrenie může být v atakách, s částečnými nebo úplnými remisemi, nebo chronický. Ve druhém případě po léta přetrvávají floridní příznaky a je obtížné rozlišit jednotlivé ataky. Začátek bývá pozdější než u hebefrenní nebo katatonní formy.

F20.1 Hebefrenní schizofrenie

Forma schizofrenie, u níž jsou významné změny afektivity, bludy a halucinace jsou prchavého nebo fragmentárního rázu a chování nezodpovědné a nepředvídatelné. Náhlada je povrchní a nepřiměřená situaci a často je provázena chichotáním nebo samolibým, sebou zaujatým úsměvem, nadneseným chováním, grimasováním, manýrováním, nezbedností, hypochondrickými stížnostmi nebo znovu a znovu opakovanými frázemi. Myšlení je dezorganizované, řeč je nespojitá. Tendence k samotářství, chování se zdá být beze smyslu a bez citu. Tato forma schizofrenie obvykle začíná ve věku 15–25 let a mává špatnou prognózu vzhledem k rychlému rozvoji "negativních" příznaků, zvláště oploštění afektivity nebo ztráty vůle.

Kromě toho jsou obvyklé výrazné narušení afektivity a vůle a porucha myšlení. Halucinace a bludy mohou být přítomny, ale neměly by být významné. Dochází ke ztrátě průbojnosti a rozhodnosti, opuštění cílů, takže chování se typicky stává bezcílné a bezúčelné. Pacient se povrchně a manýrovaně zabývá náboženskými, filozofickými a jinými abstraktními tématy, což může činit potíže při sledování toku jeho myšlenek.

F20.2 Katatonní schizofrenie

Podstatnou a převládající charakteristikou jsou výrazné psychomotorické poruchy, které se často pohybují mezi dvěma extrémy, např. od hyperkineze ke stuporu nebo od automatické poslušnosti k negativizmu. Pacient může setrvávat dlouhou dobu v polohách, do nichž byl uveden. Nápadným rysem tohoto stavu mohou být epizody prudkého vzrušení.

Z těžko pochopitelných důvodů se nyní katatonní schizofrenie zřídka vyskytuje v průmyslových zemích, ačkoliv jinde je běžná. Tyto katatonní fenomény se mohou kombinovat se snovým (oneroïdním) stavem se smyslově živými scénickými halucinacemi.

F20.3 Nediferencovaná schizofrenie

Stavy, které splňují všeobecná diagnostická kritéria pro schizofrenii (viz úvod k F20), ale neodpovídají žádné shora uvedené podskupině (F20.0 – F20.2) nebo mají rysy více než

jedné z nich, aniž by nějaká diagnostická charakteristika převládala. Tento kód by se měl použít pouze pro psychotické stavy (tj. reziduální schizofrenie (F20.5) a postschizofrenní deprese (F20.4) se vylučují), které nebylo možno zařadit ani do jedné ze tří předcházejících kategorií.

F20.4 Postschizofrenní deprese

Depresivní ataka, která může být dlouhá a která vzniká po odeznění schizofrenní psychózy. Musí být ještě přítomny některé schizofrenní příznaky, ale v klinickém obraze již nepřevládají. Tyto přetrvávající schizofrenní příznaky mohou být "pozitivní", nebo "negativní", i když "negativní" jsou obvyklejší. Je nejasné a pro diagnózu nepodstatné, do jaké míry byly depresivní příznaky odkryty odezněním dřívějších psychotických příznaků (spíše než aby se jednalo o jejich nový rozvoj) anebo jsou nedílnou součástí schizofrenie spíše než psychologickou reakcí na ni. Jsou zřídka dostatečně vážné nebo rozsáhlé, aby splňovaly kritéria pro těžkou depresivní fázi (F32.2 a F32.3) a je často obtížné rozhodnout, které z pacientových příznaků lze přičíst depresi a které neuroleptické medikaci nebo narušení vůle a emočnímu oploštění vlastní schizofrenii. Tato depresivní porucha je spojena se zvýšeným rizikem sebevraždy.

F20.5 Reziduální schizofrenie

Chronické stadium ve vývoji schizofrenie, u kterého je jasný postup od počátečního stadia, zahrnujícího jednu nebo více atak s psychotickými příznaky, které odpovídají shora uvedeným všeobecným kritériím pro schizofrenii, k pozdějšímu stavu, charakterizovanému dlouhodobými, i když ne nutně ireverzibilními "negativními" příznaky a zhoršením.

F20.6 Simplexní schizofrenie

Vzácně se vyskytující psychóza, u níž se plíživě, ale progresivně rozvíjejí bizarní chování, neschopnost vypořádat se se sociálními požadavky a pokles celkové výkonnosti. Bludy a halucinace chybí a stav není tak zřejmě psychotický jako u hebefrenní, paranoidní a katatonní formy schizofrenie. Typické "negativní" rysy reziduální schizofrenie (např. otupělá afektivita, ztráta vůle atd.) se rozvinou, aniž by jim předcházely jakékoli zjevné psychotické příznaky. Vzdávající sociální ochuzení může vyústit do potulek. Pacient se stává ponořený do sebe, lenošivý a bez cíle.

F21

Schizotypní porucha

Porucha charakterizovaná excentrickým chováním a odchylkami myšlení a afektivity, které se podobají těm, které lze pozorovat u schizofrenie, i když se v žádném stadiu nevyskytují určité a charakteristické schizofrenní anomálie. Není žádná převládající nebo typická porucha, ale mohou být přítomny některé z níže uvedených:

- (a) nepřiměřené nebo omezené emoční reakce (nemocný vyhlíží chladně a povzneseně),
 - (b) chování nebo vzezření je podivné, výstřední nebo zvláštní,
 - (c) chudý vztah k jiným lidem a sklon k sociálnímu stažení,
 - (d) podezřavost nebo vztahovačné myšlení,
 - (e) podezření na paranoidní bludy,
 - (f) obsedantní ruminace bez vnitřní schopnosti odporu, často s dysmorfobickým, sexuální nebo agresivním obsahem,
 - (g) občasné somatosenzorické iluze a depersonalizační a derealistické zážitky,
 - (h) vágní, obřadné, metaforické, komplikované a často stereotypní myšlení a řeč bez masivní inkoherece,
 - (i) občasné přechodné, jakoby psychotické epizody s intenzivními bludy, sluchové nebo jiné halucinace a bludům podobné představy, vznikající obvykle bez vnějšího stimulu.
- Porucha má trvalý průběh s kolísavou intenzitou. Někdy se rozvine do jasné schizofrenie. Není určitý začátek a obvykle je vývoj a průběh jako u poruchy osobnosti. Je častější u jedinců, kteří jsou geneticky příbuzní se schizofreniky, a má se zato, že tento stav je částí genetického "spektra" schizofrenie.

F22

Trvalé duševní poruchy s bludy

Do této skupiny patří různé stavy, u nichž dlouhotrvající bludy tvoří jedinou nebo nejvýznamnější klinickou charakteristiku a které se nemohou klasifikovat jako organické, schizofrenní nebo afektivní. Jsou pravděpodobně heterogenní, ale zdá se, že jsou v jakémsi vztahu ke schizofrenii. Relativní důležitost genetických faktorů, osobnostních charakteristik a životních okolností je v jejich genezi nejistá a pravděpodobně různá.

F23 Akutní a přechodné psychotické poruchy

Zatím ještě nejsou k dispozici systematické klinické informace, které by poskytly jasné vodítko ke klasifikaci akutních psychotických poruch. Vymezené údaje a klinická tradice, které se místo toho musí používat, neumožňují vznik pojmů, které mohou být jasné definovány a jeden od druhého rozlišeny. Neexistuje vyzkoušený a prověřený víceosý systém. Abychom se vyhnuli zmatkům v diagnostice, užíváme zde diagnostický postup, který odráží prioritu přiřazenou vybraným klíčovými rysům poruchy:

- (a) akutní začátek (do 2 týdnů) jako určující charakteristika celé skupiny,
- (b) přítomnost typických syndromů,
- (c) přítomnost přidruženého akutního stresu.

Klasifikace je nicméně uspořádána tak, aby i ti, kdo nesouhlasí s tímto pořadím priorit, mohli klasifikovat akutní psychotické poruchy se všemi těmito specifickými charakteristikami.

Kromě toho se doporučuje, aby kdykoli je to možné, bylo použito dalšího detailního rozdělení podle začátku, a to pro všechny poruchy této skupiny.

Akutní začátek je definován jako změna ze stavu bez psychotických rysů do jasné abnormálního psychotického stavu během 2 týdnů nebo méně. Bylo prokázáno, že akutní začátek je spojen s dobrým výsledkem, a zdá se, že čím je začátek náhlejší, tím je výsledek lepší. Proto se doporučuje, aby byl náhlý začátek (do 48 hodin) specifikován, kdykoliv je to možné.

Typické syndromy, které zde byly vybrány, jsou za prvé rychle se měnící a proměnlivý stav, zvaný "polymorfní", který autority několika různých zemí pokládají u akutních psychotických stavů za význačný, a za druhé je to přítomnost typických schizofrenních příznaků.

Pátým znakem se rovněž specifikuje **přidružený akutní stres** vzhledem k jeho tradičnímu spojení s akutní psychózou. Avšak omezené důkazy, které jsou zatím k dispozici, naznačují, že podstatná část akutních psychotických poruch vzniká bez přidruženého stresu. Proto byla klasifikace přizpůsobena zaznamenání přítomnosti nebo nepřítomnosti stresu. Přidruženým akutním stresem je míněno, že první psychotické příznaky vznikly asi do dvou týdnů po jedné nebo několika událostech, které by většina osob za podobných okolností pokládala v kultuře dotyčné osoby za stresové. Takovými typickými událostmi jsou úmrtí blízké osoby, nečekaná ztráta partnera nebo zaměstnání, sňatek, psychické trauma z boje, terorizmu nebo mučení. V tomto kontextu sem jako zdroj stresu nepatří dlouhotrvající potíže nebo problémy.

Obvykle dochází do 2-3 měsíců, často během několika týdnů nebo dokonce dnů, k úplnému uzdravení, a pouze u malé části pacientů s těmito poruchami se vyvinou trvalé

invalidizující stavy. Současný stav znalostí bohužel nedovoluje časnou predikci této malé části pacientů, u nichž nedojde k rychlému uzdravení.

Tento klinický popis a diagnostická vodítka jsou psány za předpokladu, že je budou užívat kliničtí lékaři, kteří potřebují stanovit diagnózu, když musí hodnotit stav pacienta a léčit ho během několika dnů nebo týdnů po začátku onemocnění a když nevědí, jak dlouho bude porucha trvat. Proto sem byly zahrnuty připomínky ohledně časových limitů a přechodu z jedné poruchy do druhé, aby byli ti, kdo zaznamenávají diagnózu, upozorněni na nutnost udržovat záznamy v souladu s časovými změnami. Nomenklatura těchto akutních poruch je neurčitá stejně tak jako jejich nozologický status, ale pokusili jsme se užívat jednoduché a běžné termíny. "Psychotická porucha" se užívá jako vhodný termín pro všechny členy této skupiny (výraz psychotický je definován v obecném úvodu) s dodatečným blíže určujícím termínem, který označuje hlavní charakteristiku každé jednotlivé formy uvedené v seznamu.

F24

Indukovaná porucha s bludy

Vzácná porucha s bludy, kterou sdílejí dvě osoby s těsnými emočními vztahy. Pouze jeden z páru trpí pravou psychotickou poruchou. V druhé osobě jsou bludy indukovány a obvykle zmizí, když jsou obě osoby odděleny. Psychotické onemocnění dominantního člena je většinou schizofrenní, ale není tomu nutně vždy. Původní bludy u dominantního člena a jeho indukovaného protějšku jsou obvykle chronické a jsou buď rázu perzekučního, nebo velikášského. Bludná víra se tímto způsobem přenáší pouze za neobvyklých podmínek. Téměř vždy mají dotyčné osoby nezvykle blízký vztah a jsou od ostatních izolovány jazykem, kulturou nebo místně. Jedinec, ve kterém jsou bludy indukovány, je obvykle také závislý na partnerovi s původní psychózou nebo je mu podřízen.

F25

Schizoafektivní poruchy

Jsou to přechodné poruchy, u nichž jsou význačné jak afektivní, tak schizofrenní příznaky a objevují se během stejné ataky onemocnění (spíše zároveň) nebo alespoň během několika dnů. Jejich příbuznost s typickými poruchami nálady (afektivními poruchami) (F30 - F39) a se schizofrenními poruchami (F20 - F24) je nejistá. Je jim však věnována zvláštní kategorie, protože jsou příliš obvyklé, než aby mohly být ignorovány. Jiné stavy,

u nichž se afektivní symptomy objevily na podkladě již dříve existujícího schizofrenního onemocnění nebo jsou jejich součástí, nebo které se vyskytují společně nebo střídavě s jinými typy trvalých poruch s bludy, jsou klasifikovány pod F20 – F29. Bludy obsahově nepřiměřené náladě nebo halucinace u afektivních poruch (F30.2, F31.2, F31.5, F32.3 nebo F33.3) neopravňují samy o sobě k diagnóze schizoafektivní poruchy.

Pacienti, kteří trpí periodickými schizoafektivními atakami, zvláště ti, u nichž jsou příznaky spíše manického než depresivního typu, se obvykle plně uzdraví a pouze zřídka se u nich rozvine defektní stav.

PŘÍLOHA E - REŠERŠE

Téma rešerše:

Onemocnění paranoidní schizofrenie

Žadatel:

Evženie Grišina

Jazykové vymezení:

Čeština, němčina

Klíčová slova:

Paranoidní schizofrenie, bludy, halucinace, psychoterapie, kazuistika, suicidium

Klíčová slova v angličtině:

Schizophrenia, Paranoid; psychotherapy, case reports, suicide

Časové vymezení:

V českých zdrojích: 2006 - současnost

V zahraničních zdrojích: 2006 - současnost

Druhy dokumentů:

Knihy, články, abstrakta, kvalifikační práce

Počet záznamů: 103

České zdroje: 52 záznamů: (knihy: 14, kapitoly z knih: 1, články: 30, abstrakt: 1, kvalifikační práce: 6) / plné texty 22:

Zahraniční zdroje: 51 záznamů: / plné texty: 11

Zdroje: Bibliographia medica Českoslovaca, CINAHL (v Nj 0 záznamů), MEDLINE, EMBASE

Zpracoval: Mgr. Klára Koldová, OISS NLK