

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY SE
SCHIZOFRENIÍ**

Bakalářská práce

JANA MEDUNOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Marcela Rybová

Praha 2016



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

Medunová Jana
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 23. 10. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacientky se schizofrenií

Nursing Process for Patients with Schizophrenia

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Marcela Rybová

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

V Praze dne: 11. 11. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31.5. 2016

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucí práce PhDr. Marcele Rybové za cenné rady, poskytnutý materiál a hlavně za čas, který mi věnovala. Dále děkuji všem kolegyním, které byly velmi tolerantní při mém studiu. V neposlední řadě děkuji všem členům své rodiny za trpělivost a toleranci, kterou měli po celou dobu mého studia.

ABSTRAKT

MEDUNOVÁ, Jana. *Ošetrovatelský proces u pacientky se schizofrenií*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.) Vedoucí práce: PhDr. Marcela Rybová, Praha. 2016. 59 s.

Tato bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelský proces u pacientky se schizofrenií. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část popisuje charakteristiku onemocnění, jeho formy, příznaky, diagnostiku a používané metody léčby.

V praktické části je vypracován ošetrovatelský proces u konkrétní pacientky se schizofrenií. Na základě získaných informací z lékařské a sesterské dokumentace byla sepsána anamnéza, podle které byly vytyčeny ošetrovatelské diagnózy. Na jejich bázi jsem sestavila plán péče.

Cílem bakalářské práce je seznámit laickou veřejnost a osoby pečující o takto nemocné pacienty s problematikou schizofrenie.

Klíčová slova

Ošetrovatelský proces. Psychiatrie. Schizofrenie. Stigma.

ABSTRACT

MEDUNOVÁ, Jana. *Nursing process for patients with schizophrenia*. College of Nursing. Degree qualifications: Bachelor (Bc.) Supervisor: PhDr. Marcela Rybová. Prague.2016. 59 pages.

The presented thesis is focused on the nursing process for patients with schizophrenia and is divided into the theoretical and practical part.

The theoretical part introduces the characteristics of the disease, its form, symptoms, diagnosis and the applied treatment methods.

In the practical part a nursing process for a particular patient with schizophrenia has been developed. The plan is based on the medical and nursing documentation, which reflects the patient's priorities. There is a care plan, its implementation and an evaluation of the patient's condition included.

The aim of the thesis is to raise the knowledge about such patients among both general public and nursing staff.

Keywords

Nursing process. Psychiatry. Schizophrenia. Stigma.

PŘEDMLUVA

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění projevující se porušeným vnímáním reality, poruchami myšlení, nezvyklým chováním a obzvláště sociálním stažením, či netečností. Objevuje se v mladém věku, nejčastěji mezi 15. a 26. rokem života. K onemocnění jsou více náchylní muži než ženy. Přináší nejen strasti postiženým a jejich rodinám, ale má značné negativní socioekonomické důsledky.

I přes moderní vyšetřovací metody, které nám dokonale zobrazují i nejmenší změny v mozkové tkáni, zůstává schizofrenie, navzdory veškerému pokroku, záhadným onemocněním nejkomplexnějšího lidského orgánu, mozku. Zatím nebylo zjištěno, proč toto onemocnění vzniká, existuje jen řada potencionálních příčin. Ke vzniku schizofrenního onemocnění přispívají jedincovi rodinné predispozice a vnější vlivy, jako svízelná životní situace, psychické trauma, drogy a spousta dalších.

Téma schizofrenie jsem si vybrala z několika důvodů. Je to velmi zajímavá duševní choroba, kterou trpí velké množství lidí. Podle mého názoru by tato problematika měla být více zkoumána a osvětlována. V této bakalářské práci bych chtěla uvést, v jaké míře se tato nemoc vyskytuje. Podle mého názoru je kolem nás více schizofreniků, než se uvádí. Existují různé formy této nemoci a touto prací bych chtěla dokázat, že každý si dokáže představit konkrétního člověka v blízkém okolí, který trpí příznaky schizofrenie. Tyto příznaky jsou totiž rozmanité a při běžném životě si málokdo uvědomuje fakt, že se může jednat o nemoc. Kdyby si to uvědomovalo více lidí, možná by bylo mezi lidmi větší porozumění a opravdovější úcta.

Další důvod mého výběru je úzce spjat s mým zaměstnáním. Pracuji v domově pro seniory se zvláštním režimem a právě zde je několik klientů, kteří trpí schizofrenní poruchou. Proto se více zajímám o tuto nemoc, o její příznaky, důsledky a průběh.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM CIZÍCH SLOV

ÚVOD	11
1 SCHIZOFRENIE	12
1.1 HISTORIE.....	12
1.2 CHARAKTERISTIKA	13
1.2.1 KLINICKÝ OBRAZ	14
1.2.2 FORMY SCHIZOFRENIE	16
1.3 ETIOLOGIE A PATOGENEZE.....	18
1.4 PREVALENCE.....	20
1.5 INCIDENCE	21
1.6 PROGNÓZA	22
1.7 DIAGNOSTICKÁ KRITERIA U SCHIZOFRENIE	24
1.8 LÉČBA.....	27
1.8.1 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA	27
1.8.2 TERAPEUTICKÁ LÉČBA.....	28
1.9 PREVENCE	29
2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTKY SE	
SCHIZOFRENIÍ	30
2.1 ZÁKLADNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE.....	30
2.2 SPECIALIZOVANÁ PÉČE.....	32
3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY SE	
SCHIZOFRENIÍ	35
3.1 KAZUISTIKA PACIENTKY	35
3.2 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	57
ZÁVĚR.....	59
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	60
SEZNAM PŘÍLOH	63

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CNS	centrální nervová soustava
CT	počítačová tomografie
DM	diabetes mellitus
DNA	deoxyribonukleová kyselina
DSM-IV-TR	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch
DpS	domov pro seniory
EEG	elektroencefalografie
HIV	virus lidské imunodeficiency
Hz	hertz
IM	infarkt myokardu
mA	mili amper
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MR	magnetická rezonance
NS	nervový systémový
PAD	perorální antidiabetika
PL	praktický lékař
PSS	pracovník sociálních služeb

(VOKURKA, HUGO, 2009)

SEZNAM CIZÍCH SLOV

Abulie	neschopnost setrvat v činnosti
Abúzus	nadměrné užívání
Alogie	řeč bez obsahu
Amfetamin	stimulační látka
Anhedonie	neschopnost prožívat radost
Bludy	mylné, nepravdivé představy
Dopamin	nervový přenašeč
Edukace	výchova, vzdělávání
Elektrokonvulzivní	léčba elektrickými šoky
Glutamát	přenašeč v nervovém systému
Halucinace	zkreslené vnímání reality
Intrauterinní	nitroděložní
Intravenózní	do žíly
Kinezioterapie	léčba pohybem
Kóma	stav bezvědomí
Lobotomie	operativní neurochirurgický zákrok, při kterém jsou přerušena nervová vlákna
Nelogismy	pojmy vymyšlené pacientem
Premorbidní	stav před onemocněním
Prognóza	pravděpodobný vývoj daného onemocnění
Psychofarmaka	léky ovlivňující duševní stav jedince
Psychóza	závažné duševní onemocnění
Syndrom	soubor příznaků, který charakterizuje určitou nemoc
Taktilní	dotykový
Vulnerabilita	zranitelnost

(VOKURKA, HUGO, 2009)

ÚVOD

Onemocnění schizofrenie nás ohrožuje již několik tisíc let, nicméně dříve se tato nemoc považovala spíše za hněv bohů, či posednutí d'áblem. Domníváme se, že někteří jedinci mohli být považováni za jasnovidce, nebo šamany, kteří měli dar rozmlouvat s bohy, či s duchy. Schizofrenie se začala klasifikovat, jako duševní onemocnění až koncem 19. a začátkem 20. století. Termín schizofrenie zavedl švýcarský lékař Eugen Bleuler.

Léčba schizofrenie prošla za posledních 100 let výraznou změnou. Před farmakologickou léčbou schizofrenie, se používaly alternativní postupy v léčbě. Bohužel tyto formy terapie nebyly, tak účinné. Mohly způsobovat trvalé poškození nemocného, nebo i smrt. Dnes se nám mohou tyto formy léčby zdát jako brutální a nehumánní. Je nutno podotknout, že lékaři neměli dříve takové poznatky a informace o onemocnění, jaké máme dnes.

Onemocnění postihuje zhruba 1 % populace - podle seriózních odhadů dnes schizofrenií v celosvětovém měřítku trpí přibližně 50 milionů a v České republice až 100 000 osob.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. První kapitola teoretické části popisuje onemocnění jako takové a je dále rozdělena na podkapitoly. Podkapitoly popisují historii schizofrenie, charakteristiku onemocnění. Možné příčiny vzniku schizofrenie, výskyt onemocnění, prognózu nemoci, diagnostické a terapeutické metody a prevenci schizofrenie. V druhé kapitole jsou charakterizovány specifika ošetrovatelské péče, a to jak obecná tak specializovaná. Třetí kapitola popisuje ošetrovatelský proces u vybrané pacientky se schizofrenií. Na základě získaných informací o pacientce jsou vypsány ošetrovatelské diagnózy a k nim sestaven plán péče. V závěru práce jsou uvedeny obecné doporučení pro praxi pro každého, kdo se dostane do úzkého kontaktu s nemocným se schizofrenií. Hlavním cílem práce je seznámit laickou veřejnost o schizofrenním onemocnění.

1 SCHIZOFRENIE

Schizofrenie je duševní onemocnění charakterizována poruchou myšlení a vnímání. Termín schizofrenie vystihuje rozštěpení mezi různými mentálními funkcemi, zejména mezi myšlenkovým obsahem a emoční odpovědí nebo motorickým chováním. Onemocnění je rozšířeno po celém světě, jeho celoživotní prevalence je asi 1 %. Počátek bývá obvykle mezi 16. a 25. rokem, ale může vzniknout kdykoli. Snižuje tak kvalitu života, mění vztah nemocného ke skutečnosti. Lidé trpící duševní chorobou ztrácejí kontakt s vnějším světem, slyší nebo vidí věci, které jsou pouze v jejich představách. Onemocnění má sklon k chronickému průběhu a často vede k trvalé invaliditě (LEUCHT, 2009).

1.1 HISTORIE

Termín schizofrenie pochází z Řecka, v překladu to označuje „rozštěp mysli“. První srozumitelná charakteristika onemocnění pochází z roku 1853 a popsal ji B. A. Morel. Poprvé byla v učebnicích popsána roku 1896 německým psychiatrem Emillem Kraepelinem jako „Dementia praecox“ (předčasné zhroupení). Schizofrenii posuzoval jako psychický úpadek osobnosti a hlídal pouze organické. Toto tvrzení se pokusil vyvrátit švýcarský psychiatr Eugen Bleuler, který roku použil označení „rozštěpení mysli“. Je tedy považován za tvůrce termínu schizofrenie, který zavedl r. 1908 v curyšském psychiatrickém zařízení, jehož byl i ředitelem od roku 1898 do roku 1927. Roku 1957 Kurt Schneider vytvořil dělení, které vystihuje znaky určující schizofrenii. Dle takto rozdělené choroby se značí pojem schizofrenie dodnes. Už v této době se vědci snažily o co nejefektivnější způsob léčby. Asi nejznámější formou alternativní léčby schizofrenie byla a stále je elektrokonvulzivní terapie. Poprvé byla aplikována ve 40. letech minulého století, italským lékařem Ugem Cerlettiem. Jedná se o podání střídavého proudu po dobu 1 - 2 sekundy. Síla elektrického výboje je 300 - 400 mA, o frekvenci 50 Hz. Terapie se podává 10 – 12 krát a pozorovatelné změny jsou už po čtvrtém aplikování elektrokonvulzivní léčby. Elektrody se pokládaly na spánkové kosti, nebo na temenní kost a spánkovou kost nedominantní hemisféry (HOSÁKOVÁ, 2007).

Elektrokonvulzivní terapie způsobuje spoustu nežádoucích účinků, a to poruchu paměti, nevolnost, dezorientace, bolesti hlavy, arytmie, manio-depresivní stavy. Tato forma terapie se provádí do dnes.

Další alternativní léčbou byly inzulínové šoky. Tato forma terapie se dnes již nevyužívá. Začaly se používat ve 40. letech minulého století a přestaly se aplikovat v 80. letech. Jde o podávání inzulínu od 10 až po 120 jednotek. U nemocných nastalo inzulínové kóma trvající od jedné sekundy až po několik minut, které se ukončilo podáním sladkého čaje či intravenózním podáním glukózy. Léčba se aplikovala 30 dnů a nežádoucími účinky byl vznik diabetu a trvalé poškození mozku.

Další léčbou schizofrenního onemocnění byla lobotomie. Jde o odpojení nervových vláken z čelního laloku, které vedou do limbického systému. První kdo provedl lobotomii, byl portugalský lékař António Egas Moniz v roce 1936. Chirurgická léčba duševních onemocnění, která měla u nemocného zmírnit agresivitu, paranoii a úzkostné stavy, způsobovala časté úmrtí pacientů, epileptické záchvaty a celkový útlum až ztrátu osobnosti (DUŠEK, VEČEŘOVÁ, PROCHÁZKOVÁ, 2010).

1.2 CHARAKTERISTIKA

Schizofrenie je vážná duševní nemoc, které se projevuje poruchou myšlení a vnímání, přičemž emotivita neodpovídá situaci nebo je oploštěná. Schizofrenie se řadí do kategorie nemocí, kterou nazýváme psychózy. Psychóza je mentální onemocnění, které zasahuje do prožívání člověka. Jde o stav, kdy člověk není schopen rozlišit, zda se jedná o skutečnou realitu, nebo pouze o svět, který si nemocný vytvoří pouze ve svých představách. Člověk schizofrenik jinak vnímá, myslí a prožívá.

Obvykle začíná v období puberty. Je to období života, kdy jsou na jedince kladeny vysoké nároky, jako je např. emocionální odloučení od rodičů, hledání nových kontaktů. Člověk začíná být zodpovědný sám za sebe a za své činy. Řešení neznámých situací může u určité skupiny lidí vyústit v uzavření do sebe a vytvoření „svého světa“. Lidé vidí nebo slyší věci, které jsou nereálné. Představy mají často vliv na jednání člověka, které často bývá nezvykle až bizarní. U nemocných se setkáváme v různých fázích onemocnění s poruchami téměř všech psychických funkcí. Z hlediska terapie je vhodné rozlišovat pozitivní příznaky, negativní příznaky a kognitivní deficit (ČEŠKOVÁ, 2012).

1.2.1 KLINICKÝ OBRAZ

Symptomy schizofrenie nejsou jednotné. U každého jedince se vyskytují odlišné příznaky a mohou být velmi různorodé. Varovným signálem je výskyt pozitivních příznaků. Dále se objevují negativní příznaky a kognitivní deficit.

➤ **Pozitivní příznaky**

Jsou ty příznaky, které odrážejí deformaci duševních funkcí, jsou spojeny se zvýšenou dopaminovou aktivitou.

Halucinace

Patří mezi poruchy vnímání. Vzniká zkreslené vnímání reality, tedy falešné vjemy.

Sluchové halucinace - mohou mít různou formu od záslechů různých zvuků, tedy jednoduché, které jsou těžko určitelné, až po složité tedy, slyšení celých slov a vět nebo různých monologů či dialogů. Osoba slyší hlasy, které komentují její chování. Často člověku nadávají a kritizují ho. Mohou přikazovat (imperativní halucinace), radit (teleologické) nebo jde o více hádajících se hlasů (antagonistické halucinace).

Zrakové halucinace - člověk vidí neexistující věci, jednoduché (záblesky, fotomy), složité (vidí postavy).

Taktilní hmatové pocity - má pocit, že ho někdo štípe, kope.

Séglasovy halucinace - pocit, že někdo mluví jeho ústy

Anestetické, orgánové - pocit, že některý orgán v těle je z kamene, nebo chybí úplně.

Graficko-motorické - pocit, že někdo cizí ovládá jeho ruku a píše

Čichové a chuťové často se vyskytují společně - pocit že je jídlo otrávené

Interpsychické halucinace- přesvědčení o odnímání nebo vkládání myšlenek, zvláště zevní silou, například mimozemšťany (FLEISHMAN, 2005).

Bludy

Patří mezi poruchy myšlení. Jsou to mylné, nepravdivé představy, které člověku připadají naprosto pravdivé a nelze mu je vymluvit a ovlivňují jeho chování a jednání.

Bludy vztahovosti - člověk je přesvědčen, že je středem pozornosti, a veškeré dění se točí pouze kolem jeho osoby (BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, 2013).

Perzekuční bludy - způsobují to, že se člověk cítí být pronásledován.

Paranoidní bludy - člověk vše vztahuje na sebe (všichni se na něj dívají, pomlouvají ho, chtějí uškodit).

Bludy obviňování a kontrolování - člověk má pocit, že na něj někdo působí na dálku.

Religiózní bludy (náboženské) - člověk vystupuje jako církevní hodnostář, nebo spasitel světa, prorok (BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, 2011).

Dezorganizované myšlení a řeč

Takto se označuje nesouvislost neuspořádanost slovního projevu. Slovní projev nemá hlavu ani patu, jelikož člověk postrádá gramatické vazby. Extrémní podobou je slovní salát. Patří sem ztráta asociací, které se projeví neschopnosti udržet téma konverzace. Nelogismy jsou pojmy vymyšlené pacientem, jimž nikdo nerozumí. Nedostatečné nabídce myšlenek odpovídá chudost řeči.

Myšlení se rovněž může zastavit a člověk uprostřed věty přestane komunikovat, jelikož se mu nedostává myšlenek. Těmto zárazům se říká též *bloky*. Pro zpomalené myšlení je typická pomalá řeč s dlouhými pauzami. Často doprovázené i sníženou až vymizelou mimikou a gestikulací.

Dezorganizované chování

Může se projevovat širokou škálou projevů. Neschopnost koordinovat chování se projevuje v každodenním životě. Člověk není schopný udržovat chod domácnosti, zanedbává péči o svůj zevnějšek, není schopen docházet do zaměstnání. Většinou se chovají v souladu s halucinacemi a bludy, jsou neklidní někdy až agresivní. Celkový obraz doprovázejí nápadnosti v oblečení, neadekvátní sexuální chování, nebo nepředvídatelné pokřikování (ČEŠKOVÁ, 2012).

➤ Negativní příznaky

Negativní příznaky představují ochuzení či úplnou ztrátu duševních funkcí, hlavně co se týče emocí a vůle. Tyto příznaky se těžko zjišťují, protože nejsou tak nenormální a nápadné jako příznaky pozitivní. Nemocní ztrácejí zájem o své přátele a raději tráví čas o samotě. Mají pocit jako by jejich energie byla pryč. U člověka dochází k ochuzení citového prožívání. Mají problém se zvládnutím základních denních aktivit včetně hygieny. Negativní příznaky bývají trvalejší a hůře léčitelné (PŘIKRYL, 2008).

Mezi negativní příznaky se řadí:

Alogie - ochuzená řeč, nebo řeč postrádající obsah.

Anhedonie - neschopnost prožívat radost, není nic, co by ho přimělo k úsměvu.

Abulie - neschopnost zahájit nebo setrvat v cílevědomém chování.

Emoční oploštělost - snížená schopnost vyjadřovat emoce (HARTL, 2015).

➤ Kognitivní deficit

Znamená pokles kognitivních funkcí, které jsou časnější, než by odpovídalo věku. Kognitivní deficit je přítomen již při první atace onemocnění. Je to důležitý znak onemocnění, většinou stojí v pozadí ostatních příznaků, ovlivňuje kvalitu života, schopnost sociální adaptace a úspěšnost léčby. Jedinec má potíže s uvažováním, není schopen se soustředit, pochopit informace a dále je zpracovávat. Míra kognitivního deficitu určuje soběstačnost a schopnost jednotlivce žít ve společnosti (BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, 2013).

1.2.2 FORMY SCHIZOFRENIE

Subtypy schizofrenie podle klasifikace duševních poruch vypracované světovou zdravotnickou organizací (MKN 10). Kritéria MKN pro stanovení schizofrenní poruchy vyžadují přítomnost minimálně jednoho příznaku trvajících alespoň po dobu jednoho měsíce.

Paranoidní schizofrenie

Nejčastěji vyskytující se forma schizofrenie. Nejnápadnější jsou u ní bludy, hlavně perzekuce a halucinace, nejčastěji sluchové („hlasy“) a tělové, někdy ze sexuální oblasti. Bludy a halucinace jsou spojeny v patologický celek, kdy jedno doplňuje druhé, např. přesvědčení o pronásledování se opírá o výhrůžné sluchové halucinace. Nemocný bývá přesvědčen, že mu někdo vkládá a vnucuje své myšlenky do hlavy, nebo že mu někdo myšlenky krade. Závažné jsou imperativní halucinace, které nařizují nemocnému agresivní a nebezpečné činy: něco zničit, někoho zranit, nebo dokonce někoho zabít. I když skutečné riziko násilného činu je daleko menší, než množství takových příznaků. U pacientů chod myšlení je porušený buď útlumem, nebo nesouvislostí, emoce bývají ochuzené nebo nepřiměřené a lze se setkat i s dalšími schizofrenními příznaky (BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, 2013).

Hebefrenní schizofrenie

Mezi určující symptomy se řadí poruchy chování, to je nezodpovědné, nepředvídatelné a mnohdy nevhodné. Nálada je neúměrná situaci (grimasování, nezbednost, chichotání, opakované fráze přihlouplé usmívání, manýrování). Myšlení je dezorganizované, řeč nesouvislá. Špatnou prognózu může mít, pokud se objeví první příznaky ve věku 15 – 25 let. Tento člověk se chová bezúčelně, je nerozhodný, není průbojný, vzdává se svých dříve vytyčených cílů. Zabývá se filozofickými náboženskými a jinými abstraktními tématy. Tento druh je ojedinělý.

Katatonní schizofrenie

Projevuje se poruchou motoriky. U nemocného se objevují příznaky jako hyperkinéze až stupor. Typické je dlouhodobé setrvání v nepřírozených polohách, (neproduktivní), nebo naopak ve smyslu zvýšené až bezcílné motoriky, grimasování, prudké vzrušení (produktivní). U nemocného se vyskytují typické znaky pro schizofrenii, ale navíc se vyskytuje mutismus, stupor vzrušení, zaujímání a držení neobvyklých poloh, flexibilita, rigidita, negativismus, nebo povelový automatismus a perseverace.

Nediferencovaná schizofrenie

Tato forma splňuje všeobecná kritéria pro schizofrenii, ale neodpovídá žádnému podtypu (paranoidní, hebefrenní nebo katatonní). Do této formy se zařazuje atypická schizofrenie.

Postschizofrenní deprese

Následuje po odeznění schizofrenní psychózy v podobě depresivního syndromu. Diagnostikuje se tehdy, pokud měl pacient v posledním roce schizofrenní psychózu a dále přetrvávají některé příznaky, ale nejsou již v popředí klinického obrazu. Musí být zjevné projevy deprese nejméně v posledních 2 týdnech, které doprovází pocit tísně. Tyto depresivní stavy jsou spojeny se zvýšeným sklonem k sebevraždám (PRAŠKO, 2011).

Reziduální schizofrenie

Jedná se o chronický stav, který trvá po odeznění akutní schizofrenní ataky z minulosti. Je charakterizovaná dlouhodobými příznaky: zpomalení psychomotorického tempa, snížená péče a vlastní osobu, pasivita a nedostatek iniciativy, snížená aktivita, chudá řeč v obsahu nebo množství, špatná non-verbální komunikace (výraz obličeje, modulace hlasu).

Simplexní schizofrenie

Označována jako psychóza, při níž se člověk není schopen přizpůsobit sociálnímu prostředí, vyskytuje se bizarní chování a celkový pokles výkonnosti. Nejsou zde přítomny bludy ani halucinace a není tak jasně psychotická jako u jiných forem schizofrenie. Nemocný se noří do sebe, je bez zájmů, ztrácí cíle, motivaci, je toulavý lenošivý (PRAŠKO, 2011).

1.3 ETIOLOGIE A PATOGENEZE

Etiologie schizofrenie není jednoznačně známa. Předpokládá se vzájemné působení různých patologických mechanismů zahrnujících vnitřní a vnější rizikové faktory.

Rizikové faktory zahrnují:

- onemocnění spojená se závažnou dysfunkcí CNS (sclerosis multiplex),
- dysfunkci CNS danou různými substancemi (amfetaminová psychóza) a genetickou predispozicí (pozitivní rodinná anamnéza),
- komplikace intrauterinní a při porodu (viróza, hypoxie),
- životní události,
- zevní faktory - abúzus návykových látek a vývojový stres (ČEŠKOVÁ, 2012).

Řada těchto faktorů může fungovat již v perinatálním období a vést tím k narušení vývoje mozku a později také ke stresu. Předpokládá se, že zevní faktory jsou ve vzájemné interakci, což může vést k rozvoji klinicky manifestní psychotické poruchy. Základní poruchou u schizofrenie je narušení procesu zpracování informací. Je zvažováno rozpojení prefrontální mozkové kůry a limbického systému a rozpojení na úrovni mozkové kůry, včetně komunikace mezi pravou a levou hemisférou.

Informace jsou přenášeny nervovými chemickými látkami- přenašeči nervového vzruchu (neurotransmitery).

Dopamin patří mezi nejvíce zkoumaný neurotransmitter a to z hlediska etiopatogenetických mechanismu a také z hlediska léčebných metod. Dopaminová teorie předpokládá nedostatek dopaminu v korových oblastech (HOSÁKOVÁ, 2007).

U psychózy dochází k nadměrné aktivaci dopaminové transmise, ta vede k desynchronizaci vnějších i vnitřních podnětů. Porucha zpracování informací se klinicky projeví formou psychických příznaků, tj. bludů a halucinací.

Další intenzivně zkoumaný neurotransmitter je glutamát. Glutamát je hlavní neurotransmitter CNS se dvěma typy receptorů monotropními a metabotropními. Poruchu glutamátergního systému si můžeme vysvětlit, jako spojení DNA polymorfismu u genů kódujících proteiny, které mají vliv na funkci glutamátergeních synapsí (PRAŠKO a kol., 2015).

Vzhledem k tomu, že mozek je nejkompexnější lidský orgán, je pravděpodobné, že nejde o narušení jednoho neurotransmitterového systému, ale o jejich interakci (HOSÁKOVÁ, 2007).

U schizofrenních poruch se vyskytuje řada strukturálních a do určité míry odpovídajících funkčních abnormalit (RAABOCH, 2010).

Genetika

Genetické faktory hrají u schizofrenie významnou roli. I přesto je způsob dědičnosti nejasný. Proto bylo vytvořeno několik modelů možného fungování:

- monogenové modely - předpokládají, že výhradním zdrojem genetických vlivů způsobujícího podobnost mezi příbuznými jsou jednotlivé geny,
- model výrazné různorodosti - schizofrenie je soubor několika nemocí,
- multifaktorový model s prahovým efektem - genetické faktory jsou dány aktivním efektem mnoha genů, z nichž každý má vliv k náchylnosti ke vzniku schizofrenie a je výsledkem spojeného účinku více různých genů,
- smíšené nebo kombinované modely zahrnují všechny nebo alespoň některé prvky předchozích tří modelů,
- kontinuální model zahrnuje interakci mezi genetickými a environmentálními faktory (FIŠAR, 2009).

Mezi genetické dispozice schizofrenie řadíme:

- schizofrenií trpí jeden z rodičů - riziko pro děti je 13 %,
- oba rodiče trpí schizofrenií - riziko pro děti je 24 %,
- sourozenec schizofrenik - 7 %,
- vzdálenější příbuzní (bratřenci, strýc apod.) - pod 3 %,
- sourozenec jednovaječného dvojčete - 48 %,
- sourozenec dvojvaječného dvojčete - 17 % (PRAŠKO a kol., 2015).

1.4 PREVALENCE

Prevalence dané poruchy je počet osob, u kterých byla dané porucha diagnostikovaná, děleno celkovým počtem vyšetřovaných. Výsledek závisí na mnoha faktorech např. na definici poruchy, celkovém počtu vyšetřovaných jedinců a metodě výběru. V ideálním případě by měl vzorek pacientů použitých ke zjištění prevalence představovat reprezentativní vzorek dané populace.

Prevalence se většinou uvádí jako počet případů na 1000 osob vyšetřovaných v daném roce. Tomuto parametru se říká roční prevalence. Výsledky u schizofrenie získané v různých částech světa se liší od 0,6 z 1000 až po 17 z 1000. Většina studií uvádí prevalenci kolem 3 - 10 pacientů se schizofrenií na 1000 vyšetřovaných. Rozdíly v prevalenci schizofrenie mezi zeměmi nejsou způsobeny demografickými proměnnými.

Ve většině zemí se jednoroční prevalence pohybuje zhruba kolem 0,5 %. V kterémkoli časovém okamžiku tak schizofrenií bude trpět 0,5 % populace. Nejvyšší prevalence (17 na 1000) byla nalezena ve švédské studii z roku 1978.

Sledovaná populace žila v severním Švédsku, v pustém a strohém kraji izolovaném od zbytku země. Je možné, že podobné podmínky jsou vhodné pro společnosti se stráníci a izolovaný životní styl mnoha pacientů se schizofrenií (KUČEROVÁ, 2010).

1.5 INCIDENCE

Další možností, jak popsat rozšíření schizofrenie v populaci, je zjistit počet nových případů onemocnění za určité přesně definované časové období. Jedním z problémů při stanovení incidence schizofrenie je definice počátku nemoci.

Nástup choroby je v mnoha případech plíživý. Mezi první příznaky většinou patří sociální izolace, zvláštnosti v myšlení nebo chování. Určit přesný okamžik nástupu poruchy je obtížné.

Ve studiích incidence schizofrenie je ve velké míře počátek choroby definován jako první návštěva psychiatra pro příznaky typické pro onemocnění. Incidence se většinou uvádí jako počet nově zjištěných případů na 100000 obyvatel v daném časovém období. Minimální uváděná incidence je 0,1 a maximální 0,7.

Podobně jako u prevalence, ani incidence se příliš neliší v čase ani mezi jednotlivými geografickými oblastmi (PRAŠKO a kol., 2015).

Celoživotní riziko propuknutí SCHIZOFRENIE

Schizofrenie většinou propuká v pubertě nebo časně dospělosti. Rizikové období pro rozvoj schizofrenie leží mezi 16 - 39 lety. U mužů je posunuto do mladších věkových skupin než u žen. Díky tomuto rozdílu se bude lišit prevalence a incidence podle složení studované populace.

Věkové rozdělení populace je obzvláště důležité při odhadu pravděpodobnosti rizika, že u daného jedince propukne schizofrenie kdykoliv v průběhu života. Při odhadu celoživotního rizika je třeba pomocí statistických metod ošetřit vliv věkového rozvrstvení studované populace.

Celoživotní riziko propuknutí schizofrenie se pohybuje od 0,3 % do 3,7 %, v závislosti na definici schizofrenie a použité metody sběru dat. Jinými slovy zhruba u jedné osoby ze sta propukne někdy v průběhu života schizofrenie. V Česku žije přes sto tisíc lidí trpících schizofrenií (KUČEROVÁ, 2010).

1.6 PROGNÓZA

Třetina pacientů vede běžný život, třetina má neustálé příznaky, ale je schopna žít v normální společnosti, třetina má postižení trvalé a je často hospitalizovaná. Asi 10 % pacientů je odkázána na život v ústavu. U každého pacienta probíhá schizofrenie jinak.

Průběh může být:

- epizodický, v mezidobí jsou „zbytkové“ příznaky,
- epizodický v mezidobích bez příznaků,
- jediná epizoda s úplnou zdravou (remisí),
- jediná epizoda s částečnou zdravou (remisí),
- kontinuální (chronický) průběh, kdy příznaky stále trvají (RAABOCH, 2010).

Příznivě prognostické faktory:

- ženské pohlaví,
- dobré premorbidní sociální fungování,
- akutní začátek onemocnění,
- začátek v pozdějším věku než v dětství,
- afektivní odpověď a akutním stadiu,
- kratší doba eventuální hospitalizace,
- paranoidní typ schizofrenie,
- převaha pozitivních příznaků.

Nepříznivě prognostické faktory:

- mužské pohlaví,
- nízký věk v začátku onemocnění,
- nenápadný začátek, nepřítomnost spouštěcího faktoru,
- schizofrenie v rodinné anamnéze,
- dezorganizovaný nebo nediferencovaný typ schizofrenie,
- převaha negativních příznaků,
- abúzus drog,
- život v dysfunkční rodině s vysokým stupněm emoční atmosféry (ČEŠKOVÁ, 2012).

Následná péče

Většina pacientů po propuštění z psychiatrické léčebny není připravená na to, postarat se sám o sebe. Ojediněle se této činnosti ujme rodina nemocného, i ta ale nemůže poskytnout 100 % péči a proto využívá různých sociálních zařízení.

Pracovně vytížené rodiny mohou využít služeb „*denních stacionářů*“. Klienti zde stráví např. půl dne, je jim poskytnuta strava a ostatní potřeby.

Dále je v ČR poskytována služba „*krizových a informačních center*“ hlavními úkoly je primární pomoc a poradenství. V současnosti se tato centra nachází ve všech krajských městech.

Velmi perspektivními sociálními zařízeními jsou „*chráněné dílny*“. Klient je zde v normálním pracovním poměru a vyrábí zde různé dekorativní zboží, které jde dále do nabídky.

Velká část duševně nemocných však tuto možnost nemá, a končí v různých „*ústavech či domovech se zvláštním režimem*“. Osobám mladším je nabízená pomoc v různých *komunitách*, ke kterým se mohou hlásit prostřednictvím internetu (BÍLÁ, 2013).

Legislativa

Zákon o sociálních službách č.108/2006 §Sb. popisuje Terapeutickou komunitu jako zařízení poskytující pobytové služby i na přechodnou dobu pro osoby, které jsou závislé na návykových látkách či pro osoby trpící chronickým duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do běžného života.

Služba dle zákona č.108/2006 Sb. popisuje u Terapeutické komunity tyto základní činnosti:

- poskytnutí stravy,
- poskytnutí ubytování,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání,
- osobních záležitostí.

Terapeutická komunita Mýto

TK Mýto je ojedinělým zařízením komunitního typu v České republice, které se zaměřuje na poskytování sociálních služeb duševně nemocným osobám, zejména schizofrenií.

Cílem TK Mýto je pomoci lidem s duševním onemocněním, zejména schizofrenií, obnovit sociální dovednosti, které z důvodu nemoci ztratili a připravit klienty k postupnému začleňování do tzv. normální společnosti. Důraz je kladen zejména na pracovní a sociální rehabilitaci.

Cílovou skupinou TK Mýto jsou kompenzovaní muži a ženy ve věku 18 - 45 let s dlouhodobým psychotickým onemocněním, zejména schizofrenií (ČAPZ, 2012).

Domov pro seniory HOSTIM

"Posláním služby Domova se zvláštním režimem v Hostimí je poskytnout osobám, se sníženou soběstačností a to z důvodu chronického duševního onemocnění, onemocnění Alzheimerovou chorobou a ostatními typy demencí, pravidelnou péči a pomoc dle jejich individuálních potřeb. Cílem je aktivně podporovat jejich samostatnost, motivovat k činností, které vedou k jejich sociálnímu začleňování. Snahou je poskytovat sociální službu kvalitně, aby byla v zájmu uživatelů, aby zajišťovala jejich lidská práva a základní svobody. Úkolem je umožnit uživatelům žít s důvěrou v důstojném a bezpečném prostředí, které již nemůže být zajištěno v jejich přirozeném sociálním prostředí" (Domov pro seniory Hostim, 2016).

1.7 DIAGNOSTICKÁ KRITERIA U SCHIZOFRENIE

Stanovení diagnózy se v současné době opírá o rozpoznání typické psychopatologie a funkční narušení osobnosti nemocného. Vychází z analýzy prožitků, které nemocný sděluje a z pozorování. Zatím neexistuje žádný laboratorní test, nebo výsledek jiné vyšetřovací metody, který by byl charakteristický pro schizofrenní onemocnění. Pro diagnózu jsou velmi důležité příznaky, jako slyšení a ozvučování vlastních myšlenek, důležité jsou bludy, bludné vnímání.

Dále pak halucinované hlasy, které komentují pacientovo chování, mohou vycházet z části jeho těla, také dlouhotrvající halucinace (ČEŠKOVÁ, 2012).

Další méně charakteristické příznaky jsou nečinnost, ztráta zájmů a sociální staženost. Do této skupiny symptomů patří i oploštění, zchudnutí, nepřiměřenost emočních reakcí a negativismus. Nevýhodou psychiatrie je, že diagnostikujeme i tak závažné onemocnění na základě popisů příznaků. Chybí objektivní kritéria onemocnění. Pomocí nových zobrazovacích metod, sice můžeme poodhalit jemné odlišnosti ve struktuře, funkci a chemické stavbě mozku. Nicméně to zatím nestačí k diagnostice onemocnění. Tato vyšetření jsou málo specifická a v běžné praxi nedostupné a drahé. Před definitivním stanovením diagnózy schizofrenie je zapotřebí vyloučit psychotické stavy toxické a organické etiologie, následky užívání psychoaktivních látek či primárního mozkového nebo tělesného onemocnění (PRAŠKO, 2011).

Velice obtížné je odlišit od sebe schizofrenii a poruchy nálady, převážně v počátcích choroby. Většina mladých lidí reaguje na příznaky s pocity strachu, úzkosti a smutku. Symptomy ztráty energie a zájmu si lze snadno splést s abulií. K odlišení obou poruch může být vodítkem časování, návaznost a tíže symptomů. Jedinec s abulií a sociálním stažením bude nejspíše trpět schizofrenií.

Příznaky jako dezorganizovaná řeč se mohou vyskytovat u schizofrenie i mánie. Někdy je ke správné diferenciální diagnostice potřeba pacienta sledovat několik let.

V současné době se k diagnostice schizofrenie používají převážně 2 systémy.

Prvním z nich je deset vydání Mezinárodní klasifikace nemocí. MKN-10 je standardní nástroj používaný po celém světě. Původně sloužila jako seznam nosologických jednotek usnadňující kódování a provádění mezinárodních epidemiologických studií. MKN-10 se pod vzrůstajícím tlakem na detailní popisy poruch rozšířila i o další informace.

Druhým široce používaným systémem je aktuálně pět vydání diagnostického a statistického manuálu americké psychiatrické asociace neboli DSM-IV-TR.

Tato diagnostická kritéria se stala velice populární, díky své jednoznačnosti zvyšují spolehlivost diagnostického nástroje, vyjasňují konstrukt a usnadňují komunikaci (PEČEŇÁK, 2010).

Psychiatrická anamnéza

Účelem je sběr informací, které pomáhají stanovit diagnózu. Při psychiatrické anamnéze musí lékař, zohlednit určitá specifika nemocného. Bývá často úzkostný a zmatený. Lékař by měl vyšetřit nemocného nerušeně, v klidu, udělat si dostatek času. Musí se zvolit adekvátní komunikace, která nemocnému pomůže, aby sdělil jeho problémy. Nechat ho volně hovořit o důležitých událostech jeho života. Pokud má nemocný problémy s vyjadřováním, což může být následek poruchy myšlení, lékař mu pokládá otázky, na které odpovídá. Lékař shrnuje odpovědi, zásadně se neptá „proč?“.

Posouzení psychického stavu

U tohoto psychiatrického vyšetření se zaměřujeme na:

- vzhled a chování - oblečení, oční kontakt, motorická aktivita,
- řeč - dynamika a srozumitelnost,
- vědomí a orientaci - osobou, místem a časem,
- emotivitu - hodnotíme náladu,
- myšlení - logické, abstraktní, dynamiku myšlení,
- vnímání - iluze, halucinace,
- intelekt - hodnotíme slovní zásobu, způsob vyjadřování, základní znalosti,
- paměť - dlouhodobou a krátkodobou (ČEŠKOVÁ, 2012).

Vyšetření

Na rozdíl od hypertenze nebo bolesti na hrudi neexistuje pro schizofrenii přesně stanovený seznam laboratorních vyšetření. Pomocné laboratorní testy si lékař vybírá na základě klinických projevů. Krevní obraz a rozbor moči patří k běžným vyšetřením u pacientů přijímaných do nemocnice. Tato vyšetření mohou poukázat, zda se nejedná o intoxikaci. Dalšími testy je EEG a zobrazovací metody - CT a MR.

S jejich pomocí lze odhalit, jestli se nejedná o myxedém, syndromy způsobené tumory nebo neurotraumaty, roztroušenou sklerózu nebo léze při HIV infekci.

Varovným signálem možného sekundárního symptomu je zmatenost, atypický klinický obraz nebo atypický nástup příznaků. Pro schizofrenii je typický nástup příznaků v pozdní pubertě nebo počátkem rané dospělosti (PRAŠKO a kol. 2011).

1.8 LÉČBA

Podstatou léčby je včasná diagnostika. Většina psychiatrů se domnívá, že nejlepší léčba by byla ve fázi prodromů nebo při objevení prvních nespecifických příznaků. Je naprosto běžné, že v době, kdy u klienta začínáme s léčbou, má za sebou několik roků chorobného procesu. I když začneme léčit klienta při prvních psychotických projevech, máme jednorocní zpoždění proti skutečnému nástupu onemocnění.

Časná diagnostika a léčba jsou vedeny snahou zmírnit nebo odstranit prodromální příznaky. Cílem léčby je dosažení remise a uzdravení bez relapsu. Jsou zde nezbytné pravidelné kontroly stavu a další zhodnocení možností léčby.

V léčbě je důležité poskytování pomoci a rad v oblasti sociálního fungování, člověk by se měl naučit zvládnout stresové situace a převzít zodpovědnost sám za sebe.

Významná je zde edukace samotného nemocného, ale i ostatních příbuzných. Terapie po první zjištěné atace by měla trvat alespoň dva roky.

Pokud se lékař rozhodne ukončit antipsychotickou léčbu, musí zvážit všechna rizika. Měl by zohlednit to, jaké má pacient životní plány („u žen těhotenství“) a také to, jaké jsou jeho reakce na stresové situace.

Dlouhodobé pozorování ukazuje na to, že u schizofreniků, kteří jsou léčeni po akutní epizodě dalších 12 měsíců, je riziko relapsu 12 - 16 %, u těch, kterým byla akutní léčba vysazena, se riziko zvyšuje na 50 - 80 % (LÁTALOVÁ a kol., 2006).

1.8.1 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

Základem moderní léčby schizofrenie jsou psychofarmaka ze skupiny antipsychotik. Působí proti halucinacím a bludům, ty buď vymizí, nebo je k nim člověk lhostejný. Zklidňují nebo naopak oživují motoriku, působí proti úzkosti a proti manickým nebo depresivním náladám.

Některé typy léků jsou ve formě depotní, což znamená podávání jen jednou za několik týdnů. V současné době máme antipsychotika II. generace, která jsou velice preferována.

Volba farmaka pro akutní léčbu je výsledkem vyhodnocení psychopatologie individuálního nemocného, jeho lékové anamnézy, současného stavu, věku a pohlaví.

Druhou klíčovou etapou je léčba akutních příznaků psychózy, především pozitivních příznaků, které zahrnují bludy, nepřiměřené chování a halucinace. Cílem je stabilizovat stav a odstranit psychotické vnímání skutečnosti. (PRAŠKO a kol., 2011).

1.8.2 TERAPEUTICKÁ LÉČBA

Snažíme se snižovat napětí jednoduchou a trpělivou komunikací, strukturovaným režimem oddělení. Klientovi můžeme podat informace o onemocnění a edukovat o nezbytnosti užívání léků. Velmi důležité je navázat dobrou spolupráci s příbuznými.

K zbavení se sociální izolace přispívají i alternativní metody psychoterapie, jako muzikoterapie, kinezioterapie. V terapii schizofrenní poruchy bylo vyzkoušeno mnoho psychoterapeutických postupů.

Hlavní je edukace klienta o povaze jeho onemocnění, metodách jeho léčby, vedlejších účincích farmakoterapie a o možných následcích po prodělané chorobě. Je velice důležité zapojovat rodinu a příbuzné, neboť intervence uvnitř rodiny výrazně ovlivňuje průběh psychotické poruchy. Dlouhodobější psychoterapie by měla nemocnému pomoci s obnovením pocitů kontroly nad svým vnímáním, představami, emocemi, myšlenkami a chováním.

Cílem je hlavně pomoc nemocnému, aby se aktivně účastnil na léčbě a převzal část odpovědnosti za svůj stav. Psychologická péče u nemocného, by měla být vysoce individualizována (PRAŠKO a kol., 2011).

1.9 PREVENCE

V oblasti prevence jako takové, se onemocnění nedá předejít. Významnou roli v oblasti prevence schizofrenie hraje navození důvěrného vztahu mezi nemocným a lékařem. I přesto, že se delší dobu nevyskytly příznaky schizofrenie, je nezbytné, aby jedinec dále užíval naordinovanou medikaci, kterou lékař nastavil. U většiny lidí trpících touto duševní poruchou je nezbytné užívání léků po celý život.

V období bez zjevných symptomů se musí sledovat, zda se nevyskytují problémy, které mohou předcházet nástupu příznaků schizofrenie (úzkostné stavy, podrážděné chování, neklidný spánek). Tyto příznaky jsou pro člověka se schizofrenií výstrahou před opakovaným propuknutím nemoci a je důležité je včas zachytit.

Rodina hraje v procesu začleňování do běžného života velkou roli. Je žádoucí, aby se rodinní příslušníci podíleli na celkovém léčebném procesu a byli pro duševně nemocného oporou.

Povinností psychiatra je poskytnout co nejvíce informací o jednotlivých možnostech léčby tak, aby tomu porozuměl nemocný i jeho blízký příbuzný. Efektivní léčba může být pouze v případě vytrvalosti a soustavnosti všech stran.

Tato situace je náročná, nová, jak pro schizofrenika, tak pro jeho rodinu. Člověk se musí vypořádat se svým onemocněním a s tím, že se jeho život zásadně změní (PETERKOVÁ, 2008).

Člověk potřebuje cítit neustálou oporu a povzbuzení při každodenních činnostech (společenské chování, práce, péče o vlastní osobu případně studium, zájmové aktivity, kontakt s lidmi).

Příbuzní se musí vyhnout kritice, i když s názory nebudou souhlasit. Jejich blízký potřebuje naopak pochvalu za věci, které se mu povedly. Tím také přispívají k motivaci, která má vliv na úspěšnou léčbu (PEČEŇÁK, 2010).

2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTKY SE SCHIZOFRENIÍ

Péče o nemocného se schizofrenií by měla být týmová a jasně strukturovaná. Cílem terapie je zvládnání jednotlivých problémů, předejít relapsu a vrátit sociální fungování na stejnou úroveň, která byla před vznikem nemoci. Ve společnosti je hluboce zakořeněná tendence duševně nemocné izolovat a obklopit je předsudky. Společnost je vnímá jako nevypočitatelné a neschopné, pro které je nejvhodnější dlouhodobá ústavní péče.

2.1 ZÁKLADNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Pacient, který onemocní psychózou, nemusí poznat, že je nemocný. Může vnímat příznaky, ale považuje je spíše za slabost a nepřízeň osudu. Když připustí, že je to nemoc, vynaloží velké úsilí, aby příznaky vypadaly spíše jako projevy nervozity.

Lidé, kteří onemocní duševní chorobou, se nemoci bojí stejně jako u kterékoli jiné nemoci. Ale mají spíše obavy z toho, jak je samé společnost přijme, protože podle jejich názoru je duševní nemoc jiná než ostatní nemoci. Nese sebou cejch neboli stigma. Pro většinu to znamená, rezignace své autonomie a svého vidění světa. Mají obavy, že budou považováni za nesvéprávné, zhlouplé, nevypočitatelné a potencionálně nebezpečné.

Často to také znamená, nevléčitelnost jejich choroby a obavy z celoživotní hospitalizace v blázincích či ústavech. Taková vyhlídka se nikomu nezamlouvá, i když ví a cítí, že potřebuje pomoc. Stigma duševní nemoci vede k posílení příznaků a škod, které schizofrenie způsobí. Bere nemocným sebedůvěru a brání jejich návratu do společnosti. Nutí je k vyhýbavosti a nedůvěře k okolí. Zhoršuje spolupráci k braní léků. Vede ke strachu, který je zdrojem psychické zátěže. Světová psychiatrická asociace považuje problém stigmatu schizofrenie za tak vážný jev, že vyhlásila program na jeho potírání. Cílem programu je zbavit nemocného diskriminace a podle možnosti uchovat autonomii nemocného a jeho právo rozhodovat o sobě samém. Právní postavení nemocných s duševním onemocněním má některé zvláštnosti, jimiž se liší od postavení ostatních nemocných (PETERKOVÁ, 2008).

Nemocní s duševními poruchami nemohou totiž za určitých okolností činit adekvátní rozhodnutí, někdy se dostávají do konfliktu s právními předpisy a společenskými zvyklostmi a v důsledku duševní poruchy mohou jednat ke škodě své nebo společnosti. Každý zdravotnický pracovník by měl být zhruba informován alespoň o třech základních okruzích právní problematiky duševně nemocných, a tou je:

- povinná mlčenlivost,
- hospitalizace v lůžkovém zařízení,
- způsobilost k právním úkonům podle občanského zákoníku.

Mlčenlivost je jednak etickým imperativem, jednak je upravena právními normami, a stává se tedy právní povinností. Tuto povinnost ukládá Zákon č 86/1992 Sb. Zdravotničtí pracovníci tak musí zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděli v souvislosti s výkonem svého povolání, s výjimkou případů, kdy skutečnost sděluje se souhlasem ošetřované osoby, anebo kdy byl této povinnosti zproštěn nadřízeným orgánem v důležitém statním zájmu.

Hospitalizace v psychiatrickém lůžkovém zařízení se dělí na dva druhy a to tzv. dobrovolný nedobrovolný vstup. Nedobrovolný vstup nastává u lidí, u kterých se psychický stav natolik zhoršil, že se stali nebezpečnými sobě nebo okolí. Umístění takového pacienta, jemuž byl omezen volný pohyb nebo styk s okolním světem, se musí do 24 hodin od přijetí nahlásit okresnímu soudu. Na podkladě tohoto hlášení zahájí soud tzv. *detenční řízení* neboli řízení o vyslovení přípustnosti převzetí do ústavu zdravotnické péče.

Omezení nebo zbavení způsobilosti k právním úkonům nemá být opatřením represivním, ale má sledovat ochranu práv a zájmů nemocného občana. Za občana zbaveného nebo omezeného ve způsobilosti k právním úkonům činí tyto úkony soudem stanovený opatrovník (MARKOVÁ a kol. 2006).

2.2 SPECIALIZOVANÁ PÉČE

Sociální a interpersonální dovednosti bývají u většiny schizofrenních nemocných nedostatečné a jejich nácvik je léčebnou strategií. Byl vypracován komplexní program nácviku sociálních dovedností, zaměřený na nemocné, kteří žijí ve svém přirozeném prostředí a jsou v remisi. Jde o nácvik, který postupuje od jednoduchého, ke složitějšímu.

Základní dovednosti, které se nacvičují, jsou dovednosti příjemce (vnímání sociální situace, empatie, aktivní naslouchání), dále pak pochvala, kompliment, zahájení a ukončení rozhovoru. Důležité je také sebeprosazení a nácvik řešení problémů.

Rehabilitace

Rehabilitace má za úkol navrátit nemocnému ty schopnosti, které byly onemocněním narušeny a stěžují klientovi se včlenit do běžného života. Je specializovaná na nácvik sociálních dovedností a vztahů, které vedou k návratu do rodinného prostředí a společenského dění. K takovému účelu slouží především denní kliniky, socio-terapeutické kluby, svépomocné skupiny nebo psychosociální centra. Cílem uvedených zařízení je hlavně pomoc nemocnému, aby se aktivně účastnil na léčbě a převzal část odpovědnosti za svůj stav.

K zbavení se sociální izolace přispívají i alternativní metody psychoterapie, jako muzikoterapie, kinezioterapie. Důležitá je informovanost pacienta o povaze jeho onemocnění, metodách jeho léčby, vedlejších účincích farmakoterapie a o možných následcích po prodělané chorobě. Je velice důležité zapojovat rodinu a příbuzné, neboť intervence uvnitř rodiny výrazně ovlivňuje průběh psychotické poruchy.

Ústředním motivem těchto rehabilitací je podpora klienta ve vědomí, že není pasivní oběť psychotických příznaků, ale že se může bránit a vítězit proti nim. Psychologická péče u nemocného, by měla být vysoce individualizována. Kombinace včasné psychofarmakologické léčby s následnou rehabilitační léčbou je nejúspěšnější terapií psychóz (ČEŠKOVÁ, 2012).

Psychoedukační přístupy

Cílem psychoedukačních přístupů je podpořit nezávislost a sebekontrolu. Klient se musí, nejdříve naučit, jak sdělovat své prožitky, obavy a nejistoty. Je vhodné ho připravit na krátkodobé a dlouhodobé následky onemocnění. I v případě, že klienta musíme fyzicky omezit pro neklid, je třeba mu podat vysvětlení. Nejlepší je skupinová psychoedukace zvláště pro klienty a zvláště pro příbuzné. Od počátečních příznaků je vhodné, aby zdravotnický tým byl v kontaktu s rodinou.

Podpůrná psychoterapie

Je základem psychoterapeutického vedení schizofrenních pacientů. Jejím cílem je navázání vztahu mezi terapeutem a klientem, vytvoření důvěrného vztahu a posílení psychologických obran. V akutní fázi se zaměřujeme na okolní realitu a kontakt klienta s rodinou. Dlouhodobější psychoterapie by měla nemocnému pomoci s obnovením pocitů kontroly nad svým vnímáním, představami, emocemi, myšlenkami a chováním. Jádrem je podpora zdravých částí osobnosti.

Individuální psychoterapie – pomáhá k obnovování důvěry klienta. Její výhodou je větší objem času, který je pacientovi věnován.

Skupinová psychoterapie – pomáhá klientovi si ujasnit svoji situaci ve světě, uvědomit si a porozumět způsobům chování, které vedou ke stresu. Člověk si uvědomuje, že druzí prožívají mnohdy podobné věci. Skupinová psychoterapie je především vhodná pro klienty docházející do denního stacionáře. Pozitivní efekt je popisován zejména u sociálně špatně adaptovaných nemocných.

Kognitivně-behaviorální terapie

Cílem psychoedukačních přístupů je podpořit nezávislost a sebekontrolu. Klient se musí, nejdříve naučit, jak sdělovat své prožitky, obavy a nejistoty. Je vhodné ho připravit na krátkodobé a dlouhodobé následky onemocnění.

Nejlepší je skupinová psychoedukace zvláště pro klienty a zvláště pro příbuzné. Od počátečních příznaků je vhodné, aby zdravotnický tým byl v kontaktu s rodinou (MOTLOVÁ et al, 2011).

Jednotlivé intervence jsou popisovány zvláště. Podle žádoucích účinků a kritérií jsou intervence rozdělené do dvou skupin. První skupina se zaměřuje na to, jak lze přímo ovlivnit symptomy a další znamení schizofrenie. Odborně se nazývá „outcome oriented“, tedy orientovaná na výsledek. Další skupina „process oriented“ orientovaná na proces, se zabývá především zvýšením sebedůvěry, posílením vlastního ega a v neposlední řadě i tím jak správně zpracovávat informace.

Individuální úkony by měly být přizpůsobeny na potřeby pacientů trpících schizofrenií, která spočívá nejen ve zmírnění symptomů, ale aby nemocný dokázal znázornit sám sebe ve svých životních aktivitách, uvědomění si vlastní životní souvislosti včetně vytvoření pohled do budoucnosti a životního plánu, získání dovedností a obnovení společenských rolí. Hlavní cíl těchto intervencí je dosažení samostatnosti pacientů při běžných denních činnostech (péče o vlastní osobu, hygiena, strava, bydlení, hodnota peněz. V přeneseném slova smyslu jde o to, aby nemocný svým vlastním úsilím byl schopen řešit problémy. (MOTLOVÁ, 2010).

Nácvik sociálních dovedností

Sociální a interpersonální dovednosti bývají u většiny schizofrenních nemocných nedostatečné a jejich nácvik je léčebnou strategií. Byl vypracován komplexní program nácviku sociálních dovedností, zaměřený na nemocné, kteří žijí ve svém přirozeném prostředí a jsou v remisi. Jde o nácvik, který postupuje od jednoduchého, ke složitějšímu. Základní dovednosti, které se nacvičují, jsou dovednosti příjemce (vnímání sociální situace, empatie, aktivní naslouchání), dále pak pochvala, kompliment, zahájení a ukončení rozhovoru. Důležité je také sebeprosazení a nácvik řešení problémů. Nácvik velmi výrazně zlepšuje sociální dovednosti, ale má bohužel jen malý dopad na prevenci relapsu (BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, 2013).

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY SE SCHIZOFRENIÍ

V ošetrovatelském procesu jde o systémový přístup k pacientovi. Řeší se jím pacientovy individuální problémy, ať už jeho samotného, případně i pacientovy rodiny.

V ošetrovatelském procesu se systematicky shromažďují údaje o pacientovi, o jeho problémech, plánují se ošetrovatelské diagnózy, realizují a na konec se hodnotí, zda byl daný ošetrovatelský problém splněn nebo splněn nebyl.

Pro zpracování procesu jsem si vybrala pacientku se schizofrenií, která bydlí v Domově pro seniory v Hostimi. Ošetrovatelský proces byl vypracován podle vzoru Majory Gordon podle 13-ti koncepčních modelů. Pro zachování identity a ochranu osobních údajů je pacientka oslokována jako paní X.X.

3.1 KAZUISTIKA PACIENTKY

Identifikační údaje

Jméno a příjmení: X.X.

Pohlaví: žena

Datum narození: 00.00. 1952

Věk: 64

Trvalý pobyt: DpS Hostim

Rodné číslo: 52 00 00/ 000

Číslo pojišťovny: xxx

Vzdělání: základní

Zaměstnání: invalidní důchodce

Stav: svobodná

Státní příslušnost: ČR

Datum přijetí: 06. 03. 2015

Typ přijetí: plánovaný

Oddělení: DpS PAVILON I.

Ošetřující lékař: MUDr. X

Důvod přijetí: částečná nesoběstačnost při běžných denních činnostech, a nezvládnutí péče o svou osobu.

Medicínská diagnóza hlavní: Paranoidní schizofrenie F 20.0.

Medicínské diagnózy vedlejší: Diabetes mellitus 2. typu, lehká mentální retardace.

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK: 120/90 mmHg, diastolický tlak je vyšší
P: 91/min, tachykardie, pravidelný pulz
D: 21/min, eupnoe
TT: 36,6°C normotermie
Stav vědomí: při vědomí
Orientace: - místem - ano
- osobou - ano
- časem - ne
- situací - ne

Výška: 155 cm
Hmotnost: 59 kg
BMI: 24 optimální váha
Pohyblivost: mobilní
Krevní skupina: xx

Nynější onemocnění: Pacientka byla přivezena do zařízení DpS převozní sanitou dne 06. 03. 2015 a to z psychiatrické nemocnice Brno-Černovice. Zde byla hospitalizovaná od 13. 02. 2015 a to na doporučení PL, pro výskyt halucinací, celkové zhoršení stavu a zanedbání péče o vlastní osobu.

Informační zdroje: Z primárních zdrojů byl použit rozhovor a k sekundárním patřily ošetrovatelské záznamy a sesterská překladová zpráva.

Anamnéza

Rodinná anamnéza:

Matka: Zemřela v 83 letech, neví na co.

Otec: Zemřel na IM v 67 letech.

Sourozenci: 2 sestry, 1 bratr neví o jejich stavu, neudržují kontakt.

Děti: Bezdětná.

Osobní anamnéza:

Onemocnění: V mládí prodělala běžné dětské nemoci, bez kterýkoli komplikací. V současnosti se pacientka léčí na DM, který je kompenzován pouze PAD a diabetickou dietou.

Hospitalizace a operace: V roce 2015 hospitalizace na psychiatrii.

Úrazy: pacientka neprodělala žádné vážné úrazy.

Transfuze: V dokumentaci neuvedeno, klientka si nepamatuje zda ji někdy dostala.

Očkování: pouze povinná očkování.

Léková anamnéza:

Tabulka 1 Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Akineton	tbl.	2 mg	1 – 1 - 0	Antiparkinsonikum
Caramlo	tbl.	10mg/16mg	0,5 – 0 - 0	Hypotensiva
Haloperidol	tbl.	1,5 mg	2 – 1 - 2	Antipsychotikum
Haloperidol	inj. i.m	50mg/ml	á 14 dní	Antipsychotikum
Chlorprotixen	tbl.	50 mg	0 – 1 - 1	Psychofarmaka
Palgotal	tbl.	75/650 mg	1 – 0 - 1	Analgetikum
Prothazin	tbl.	25 mg	0 – 1 - 1	Antihistaminikum
Rivotril	tbl.	0,5 mg	1 – 0 - 1	Benzodiazepiny
Stadamed	tbl.	500 mg	1 – 0 - 0	PAD
Torvacard	tbl.	20 mg	0 – 0 - 1	Statiny

Alergologická anamnéza:

Nebyla zjištěna žádná alergie.

Abúzy:

Alkohol: Občas 1 láhev piva.

Kouření: Nekuřačka.

Káva: 1 káva černá denně, po obědě, se sladidlem.

Léky: Neguje.

Jiné návykové látky: 0.

Gynekologická anamnéza

Menarche: První ve 14 letech, nyní v přechodu.

Počet porodů: 0.

Antikoncepce: 0.

Menopauza: od 56let.

Potíže klimakteria: V malé míře výskyt typických příznaků klimakteria, jako bolesti hlavy, návaly horka apod.

Samovyšetřování prsou: Sama neprovede.

Poslední gynekologická prohlídka: 06/2015.

Sociální anamnéza:

Stav: Svobodná.

Bytové podmínky: Dříve v malém domku s rodiči nyní v DpS Hostim.

Vztahy, role a interakce mimo rodinu: Bezkonfliktní, nijak nenarušuje soužití s ostatním klienty.

Vztahy, role a interakce v rodině: Neudržují kontakt.

Zájmy: Uvádí, že jí nic nebaví.

Volnočasové aktivity: Dobrovolně se účastní různých aktivit v domově, jako je trénování paměti, pro seniory a pravidelné mše. Ráda se dívá na vystoupení dětí z MŠ a ZŠ, kteří chodí udělat radost místním seniorům. Klientka si svůj volný čas organizuje sama, a proto někdy nevydrží po celou dobu akce.

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: Základní.

Pracovní zařazení: V minulosti pouze brigádnické práce, nyní invalidní důchodce.

Ekonomické podmínky: Pacientka nezná hodnotu peněz.

Spirituální anamnéza:

Religiózní praktiky: Pacientka se účastní pravidelných mší, 1x ročně chodí ke zpovědi.

Tabulka 2 Posouzení současného stavu ze dne 01. 03. 2016

Popis fyzického stavu:		
SYSTÉM:	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:
Hlava a krk:	„ <i>Občas mě pobolívá hlava.</i> “	Hlava amengiální, neurologický nález orientačně v mezích normy, krk klidný, tonsily nezvětšeny, chrup sanován, spojivky růžové, skléry bílé, víčka bez otoků, v rámci diabetologie kontroly v oční amb. rty suché, rty bez známek
Hrudník a dýchací systém:	„ <i>Bez problémů.</i> “	Hrudník souměrný bez deformit, prsa z lékařské dokumentace bez patologické rezistence, plíce: poklep je plný, jasný, dýchání čisté sklípkové 21dechů za min (eupnoe).
Srdečně cévní systém:	„ <i>Někdy mi hodně bouchá srdíčko.</i> “	Srdeční akce je pravidelná 91´/min tachykardie, pravidelný pulz, ozvy ohraničené, bez šelestů TK: 120/90 mmHg diastolický tlak je vyšší.
Břicho a GIT:	„ <i>Čas od času trpím zácpou.</i> “	Břicho měkké, nebolestivé, bez hmatné patologické rezistence, peristaltika dobře slyšitelná.

SYSTÉM:	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:
Močový a pohlavní systém:	<i>„Na malou stranu chodím hodně krát za den.“</i>	Moč bez viditelných příměsí. Orientační vyšetření moči: bílkovina +, cukr 0, krev 0. Paní X.X. má inkontinenci 1. Stupně.
Kosterní a svalový systém:	<i>„Často mě bolí záda.“</i>	Páteř v patologickém zakřivení. Viditelná hyperkyfóza. Chůze pomalá. Klouby bez deformit. Končetiny bez otoků a varixů, bez známek zánětu.
Nervový systém a smysly:	<i>„Bez problémů.“</i>	Pacientka je orientovaná osobou a místem. Není orientovaná časem a situací. Myšlení je zpomalené. Výskyt halucinací a bludů. Není schopná se déle soustředit. Málo komunikativní, ale spolupracuje. Nedůvěřivá povaha.
Kůže a její adnexa:	<i>„Nemám problémy.“</i>	Kůže normálního vzhledu, bez otoků, na pohmat normální prokrvení. Pacientka má otlaky na ukazováku levé ruky, od držení hrnku. Nutná kontrola, někdy se vyskytne i puchýř.

Ošetřovatelská anamnéza

Doména: Podpora zdraví

Pacientka svůj zdravotní stav vnímá jako dobrý. Terapeutický režim sama nedodrží, nutno podávat léky pod dohledem. Nutná dopomoc při běžných denních činnostech jako hygiena, stání lůžka apod. paní X. X si sice do sprchy dojde sama, ale musí u ní neustále někdo být a podporovat ji při tomto výkonu a popřípadě dopomoc při hygieně na těžko dostupných místech (záda, dolní končetiny). Celková koupel pacientky se provádí pouze jednou týdně. Denně se však umývá sama u umyvadla na společné koupelně a také často nechá vodu téct a odejde pryč. Pacientka má pozitivní test rizika pádu. Při pobytu v našem zařízení k pádu nedošlo.

Doména: Výživa

Pacientka má dietu číslo 9 (diabetická dieta). Její strava je pravidelná, rozložená do 6 jídel během dne, a to na snídani, dopolední svačinu, oběd, odpolední svačinu, večeři a druhou večeři. Takto rozdělaná strava ji vyhovuje, nepociťuje hlad. Chuť k jídlu je zachována. Nejraději má omáčky s knedlíkem. Nejí však polévky. Jídlo je klientce podávané na společné jídelně, kde je asi 15 dalších uživatelů domova, takže pacientka je v neustálém kontaktu s nimi.

Denně vypije asi 1,5 litru tekutin, a to buď čaje nebo její oblíbené „Sódy“ (ochucené minerální vody). Téměř každý den se jí vaří černá káva oslazená Sacharinem. BMI je 24 optimální váha.

Doména: Vylučování a výměna

Paní X.X. má inkontinenci 1 stupně, potřebuje inkontinentní pomůcky. Výměna inkontinentních natahovacích plen se provádí podle potřeby a pečuje o ně klíčový pracovník. Moč je bez viditelných příměsí, při orientačním vyšetření moči zjištěna přítomnost bílkoviny, možná známka zánětu. Vyprazdňování stolice je nepravidelné, paní X.X. občas trpí zácpou, ta je řešena podáním laxativ. Stolice je normální barvy a konzistence. Pocení fyziologické. Přes den si klientka sama chodí na společné WC, jak sama tvrdí „natahovací kalhotky mám jen, kdybych nedoběhla“. V noci pacientka využívá WC křeslo, které má na pokoji.

Doména: Aktivita a odpočinek

Pacientka je aktivní přiměřeně věku. V chladném počasí se pohybuje pouze uvnitř domova. V létě se pohybuje v areálu celého zařízení, nejčastěji si chodí sednout do altánku. Chůze je pomalá, koordinace těla je mírně porušena. Klientka nemá žádné závažnější problémy se spánkem. Hypnotika neužívá. Většinou chodí spát ve 22.00 hod a probouzí se kolem 6.00 hod, spí tedy přibližně asi 8 hodin denně. Ráno se cítí vyspalá a odpočínutá. Je zvyklá spát s hlavou hodně zvednutou, skoro až v polosedě. Z toho důvodu možná bolesti zad. Paní X.X spí tvrdě, noční prohlídky pokoje ji nevyrušují. Jednou za čas se však v noci probudí a chodí po chodbě, jelikož nemůže už zaspát. Čas od času si během noci přijde stěžovat, že jí někdo leží v posteli. Samozřejmě to bývá pouze jeden z projevů onemocnění.

Doména: Vnímání a poznávání

Klientka je orientovaná osobou a místem, časem a situací ne. Sluch přiměřený věku. Zrak nelze při vyšetřit, pro nespolupráci. Kontrola zraku se však provádí v rámci dispenzarizace diabetu a to v oční ambulanci, kde se provádí kontrola očního pozadí, a měření nitroočního tlaku. Nepoužívá žádné kompenzační pomůcky. Řeč je pomalá, tichá a někdy nesrozumitelná. Klientka používá pouze krátké jednoduché věty a se slovenským přízvukem. Myšlení porušeno díky základní diagnóze, přítomnost halucinací a bludů. Nejčastěji ve svých představách vidí osoby a to „Lidušku nebo Fera.“

Doména: Vnímání sebe- sama

Klientka o sobě tvrdí, že je zdravá, neví proč přesně byla umístěna do našeho zařízení, ale je zde spokojená. Vypozorovala jsem u klientky nedůvěřivost vůči ošetřující personálu. Má zde oblíbené pracovnice, kterým se dokáže svěřit a požádat je o laskavost. Při sobě má vždy hliníkový hrneček, „hadříčku“ (ručník) a toaletní papír. Hrneček kolikrát drží celou noc a na ukazováku mývá i otlaky, někdy až puchýře.

Doména: Vztahy

Klientka je bezkonfliktní, nijak nenarušuje společenské soužití v domově. S rodinou kontakt neudrzuje, prý o ní nikdo nemá zájem.

Doména: Sexualita

Paní X.X jezdí na pravidelné kontroly na gynekologii. Je bezdětná, nikdy nebyla těhotná. Klimakterium od 56 let, v malé míře výskyt typických příznaků klimakteria, jako bolesti hlavy, návaly horka apod.

Doména: Zvládání zátěže

Klientka se v zařízení adaptovala velmi dobře. Napětí ani stres nemívá. Někdy však mívá strach a to díky výskytu bludů a halucinací. Při nástupu popisovala své představy jako čerty, cigány, kteří jí chtějí ublížit. Nyní však často mluví o „Ferovi a Lidušce“. Například při vaření kávy si přeje, aby byla káva uvařena i Lidušce. Při dotazu, kdo jsou tyto osoby pacientka neodpoví, z dokumentace také nelze zjistit. Možná se jedná o sourozence.

Doména: Životní principy

Klientka vyznává křesťanskou víru. Každý čtvrtek se v domově koná mše, kterou navštěvuje. Se svým životem je spokojena, nic by na něm neměnila.

Doména: Bezpečnost a ochrana

Paní X. X. má riziko pádu v anamnéze, a to z důvodů zhoršené koordinace, medikace a vyššího věku.

Doména: Komfort

Klientka často trpí bolestmi zad, většinou jí uleví masáž zad. Někdy je však nutné podání analgetik.

Doména: Růst a vývoj

Paní X.X prospívá BMI 24 optimální váha. V anamnéze uvedeno pouze základní vzdělání, číst a psát však nedovede. Trpí zdravotními obtížemi jako DM 2. typu.

Medicínský management

Ordinovaná vyšetření:

Biochemické vyšetření, krevní obraz.

Výsledky:

Tabulka 3 Výsledky biochemického vyšetření krve ze dne 07. 12. 2015

Biochemické vyšetření	Hodnota klientky	Jednotka	Referenční hodnota
Glukosa	11,7	mmol/l	3,3 - 6,1
Sodík	138	mmol/l	136 - 145
Draslík	4,20	mmol/l	3,8 - 5,3
Kreatinin	74	umol/l	44 - 104
Urea	5,60	mmol/l	2,8 - 8,0
Chloridy	103	mmol/l	97 - 108
ALT	0,50	ukat/l	0,10 - 0,70
AST	0,34	ukat/l	0,10 - 0,70
Celkové bílkoviny	79	g/l	62 - 82

Patologická je pouze hladina glukosy, ostatní biochemické hodnoty bez patologického nálezu.

Tabulka 4 Výsledky hematologického vyšetření krve ze dne 7. 12. 2015

Krevní obraz	Hodnota pacientky	Jednotka	Referenční hodnota
Erytrocyty	5,29	$10^{12}/l$	4,30 - 6,00
Leukocyty	6,4	$10^9/l$	3,9 - 9,00
Trombocyty	270	$10^9/l$	135 - 400
Hemoglobin	140	g/l	135 - 170

Výsledky krevního obrazu jsou bez patologického nálezu.

Konzervativní léčba:

Výživa: per os

Dieta: 9 diabetická

Pohybový režim: Klientka je samostatně chodící, chůze je pomalá, vrávoravá. Aktivně se zapojuje do pohybových aktivit, které pořádá DpS. A to buď pravidelné cvičení ve společenské místnosti a nebo různé výlety po blízkém okolí.

Medikamentózní léčba:

Perorálně (per os): dle ordinace lékaře se pokračuje v užívání předepsaných léků z psychiatrické nemocnice. V našem zařízení nově naordinován Stadamed 500mg, Torvacard 20mg, Palgotal 75/650mg.

Situační analýza ke dni 1. 3. 2016

Žena 64 let s diagnózou schizofrenie. Dříve léčena ambulantně, pro zhoršení stavu nutná hospitalizace ve specializovaném psychiatrickém oddělení. Pro nezvládnutí péče o její osobu podána žádost do našeho zařízení. Klientka byla přivezena do zařízení DpS převozní sanitou dne 6. 3. 2015 a to z psychiatrické nemocnice Brno - Černovice. Zde byla hospitalizovaná od 13. 2. 2015 a to na doporučení PL, pro výskyt halucinací, celkové zhoršení stavu a zanedbání péče o vlastní osobu. Klientka je částečně orientována a spolupracuje. Myšlení je zpomalené, povaha velmi nedůvěřivá. Udává časté bolesti zad. Psychický stav zhoršený z důvodů onemocnění, udává strach o lidi, které vidí ve svých představách.

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT PODLE NANDA TAXONOMIE II.

PŘEHLED STANOVENÝCH OŠETŘOVATELSKÝCH

(pořadí odpovídá prioritám pacientky)

Aktuální

1. Chronická bolest (00133)
2. Chronická zmatenost (00129)
3. Neefektivní léčebný režim (00078)
4. Porucha smyslového vnímání (00122)

Potencionální

5. Riziko sebepoškození (00139)
6. Riziko pádů (00155)

AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSÉ DIAGNÓZY

Ošetrovatelská diagnóza č. 1: CHRONICKÁ BOLEST zad v souvislosti s patologickým zakřivením páteře (00133)

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek, způsobený skutečným nebo možným poškozením tkání nebo popsáný v terminologii pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, neustávající nebo opakované bez očekávaného nebo předvídatelného konce a s trváním delším než 6 měsíců.

Určující znaky: Uvádí bolest, změněná schopnost pokračovat v předchozích aktivitách.

Související faktory: Patologické zakřivení páteře.

Cíl: Pacientka cítí zmírnění bolesti.

Priorita: Střední.

Očekávané výsledky:

- Pacientka spolupracuje a uvádí intenzitu bolesti na stupnici škály bolesti (od 1 do 10).
- Pacientka vždy uvádí stupeň bolesti a to 2x denně.
- V případě bolesti, je pacientka poučena o úlevové poloze.
- Pacientka uvádí bolest menší než 3 do 3 dnů.
- Pacientka umí lokalizovat bolest do 1 dne.
- Pacientka nevykazuje známky vedlejšího účinku analgetik (nauzeu, zvracení) do 2 hodin.

Plán intervencí:

- Proved' důkladné posouzení bolesti včetně stupně, lokalizace, trvání a zhoršujících se faktorů na stupnici bolesti od 0 do 10 ihned. - Všeobecná sestra
- Pravidelně kontroluj neverbální projevy pacienta (změnu chování, mimiku). - Všeobecná sestra
- Ptej se pacientky minimálně 2x denně nebo dle potřeby na stupeň bolesti. - Všeobecná sestra
- Řádně zapiš intenzitu a lokalizaci bolesti do ošetrovatelské dokumentace vždy po zjištění. - Všeobecná sestra

- Podej pacientce analgetika dle ordinace lékaře. - Všeobecná sestra
- Řádně zapiš do dokumentace název analgetika, čas podání a efekt po podání pacientce. - Všeobecná sestra
- Sleduj účinek podaného léku za 1 hodinu po podání. - Všeobecná sestra
- Zeptej se pacientky zda se jí ulevilo po analgetiku a také na stupeň momentální bolesti. - Všeobecná sestra
- Sleduj nežádoucí účinky léků podaných pacientce. - Všeobecná sestra
- Pouč pacientku o vhodných úlevových polohách. - Všeobecná sestra
- Zajisti pacientce klid. - Všeobecná sestra
- Pečuj o pohodlí pacientky, které je důležitou součástí nefarmakologické léčby. - Všeobecná sestra

Realizace ze dne: 02. 03. 2016

- 7:00 pacientka seznámena s numerickou škálou bolesti. - Všeobecná sestra
- 7:10 paní X.X. uvádí na stupnici bolesti č.6. - Všeobecná sestra
- 7:50 byl podán Palgotal 75/650mg dle ordinace lékaře. - Všeobecná sestra
- 9:00 po jedné hodině uvádí č.3. - Všeobecná sestra
- 9:30 pacientka provádí pravidelné cvičení s ostatními pacienty. - Všeobecná sestra
- 10:00 pacientka neprojevuje žádné známky nežádoucích účinků na analgetika. - Všeobecná sestra
- 12:00 pacientka udává úlevu od bolesti. - Všeobecná sestra
- 14:00 kontrola stupně bolestivosti, pacientka uvádí č.5. - Všeobecná sestra
- 15:00 rozhovor s pacientkou o příčinách či situacích, které zmírňují nebo zhoršují bolest. - Všeobecná sestra
- 15:50 paní X.X. uvádí na škále bolesti č.5. - Všeobecná sestra
- 16:30 podán Palgotal 75/650mg dle ordinace lékaře. - Všeobecná sestra
- 17:00 po jedné hodiny paní X.X. cítí úlevu od bolesti. - Všeobecná sestra
- 18:00 sledování, zda se neprojevily nežádoucí účinky. - Všeobecná sestra
- 18:50 provedena masáž krční páteře. - Všeobecná sestra
- 19:00 intenzita bolesti č.3. - Všeobecná sestra
- 20:00 poučena o správné poloze, upraveno lůžko, asi po půl hodině usnula a spala klidně celou noc. - Všeobecná sestra

Realizace ze dne: 03. 03. 2016

- 7:00 paní X.X. uvádí na stupnici bolesti č.6. - Všeobecná sestra
- 8:00 podán Palgotal 75/650mg dle ordinace lékaře. - Všeobecná sestra
- 9: 00 po jedné hodině uvádí č.3. - Všeobecná sestra
- 9:10 koupel pacientky. - Všeobecná sestra
- 9:40 pacientka neprojevuje žádné známky nežádoucích účinků na analgetika. - Všeobecná sestra
- 9:50 masáž po koupeli, Hydrogelem. - Všeobecná sestra
- 12:00 pacientka udává úlevu od bolesti. - Všeobecná sestra
- 14:00 kontrola stupně bolestivosti, pacientka uvádí č.4. - Všeobecná sestra
- 15:00 edukace pacientky o zhoršujících se bolestech například z únavy, nevyspání, příliš málo pohybu během dne. - Všeobecná sestra
- 15:30 paní X.X. uvádí na škále bolesti č.5. - Všeobecná sestra
- 16:30 podán Palgotal 75/650mg dle ordinace lékaře. - Všeobecná sestra
- 17:00 po jedné hodiny paní X.X. cítí úlevu od bolesti. - Všeobecná sestra
- 18:00 sledování, zda se neprojeví nežádoucí účinky. - Všeobecná sestra
- 19:00 intenzita bolesti č.3. - Všeobecná sestra
- 20:00 poučena o úlevové poloze, upraveno lůžko. - Všeobecná sestra
- 22:00 kontrola stupně bolesti, pacientka spící, nebyla buzena. - Všeobecná sestra

Hodnocení ze dne 04. 03. 2016 (po 2 dnech)

- Pacientka hodnotí bolest na stupnici 0 – 10 před podáním léku stupeň 5 - 6, po lécích na stupeň 3, tedy cítí zmírnění bolesti.
- Pacientka udává zmírnění únavy, cítí se podle svých slov lépe.
- Masáž a promazávání zad je prováděno dvakrát denně.
- Pacientka zná a používá úlevové polohy, cítí zmírnění bolesti.
- Kontrola intenzity bolesti prováděna dvakrát denně a vždy po podání analgetik
- Pacientčiny bolesti nadále tlumeny analgetiky dle ordinace lékaře, léčba je účinná, pacientka se cítí lépe, bolesti však ani po analgetících zcela nevymizí, zejména v oblasti krční páteře.
- Nutnost pokračování v naplánovaných intervencích.

Cíl splněn.

Ošetrovatelská diagnóza č. 2: CHRONICKÁ ZMATENOST v souvislosti s poruchou osobnosti (00129)

Definice: Nevratný, dlouhodobý a (nebo) progresivní rozvrat intelektu a osobnosti, charakterizovaný sníženou schopností interpretovat podněty ze zevního prostředí a sníženou kapacitou myšlení, který se projevuje hrubou poruchou paměti, orientace a chování.

Určující znaky:

objektivní

- Klinické známky chorob, postižení.
- Porušená interpretace podnětů a odpovědí na ně.
- Progresivní, dlouhotrvající kognitivní poruchy.
- Neměnná úroveň vědomí.
- Poruchy socializace a společenské přizpůsobivost.
- Poruchy krátkodobé i dlouhodobé paměti.
- Změny osobnosti.
- Změny chování.

Související faktory: Diagnóza- schizofrenie.

Cíl: Pacientka nemá známky neklidu a úzkosti.

Priorita: Střední.

Očekávané výsledky:

- Pacientka je chráněna před poškozením (úprava činnosti a prostředí) při zachování její maximální možné nezávislosti. - Všeobecná sestra
- Zachování zdraví a bezpečnost. - Všeobecná sestra
- Pacientka se bude orientovat v prostorách DpS. - Všeobecná sestra
- Soběstačnost pacientky v denních činnostech bude zachována co nejdéle. - Všeobecná sestra
- Pacientka neprojevuje známky úzkosti a neklidu. - Všeobecná sestra

Plán intervencí:

- Zajisti bezpečnost pacientky. - Všeobecná sestra
- Sleduj chování pacientky a případně projevy onemocnění, jako výskyt halucinací a bludů. - Všeobecná sestra
- Aktivně zapoj pacientku do péče, umožni mu samostatnost v sebeobslužných činnostech. - Všeobecná sestra
- Dopomáhej v uspokojování těch potřeb, které nedokáže pacientka sama naplnit. - Všeobecná sestra
- Zajisti klidné prostředí, bez nadměrné stimulace. - Všeobecná sestra
- Vyhnout se vyvolání nelogického myšlení, protože může vést k obranné reakci. - Všeobecná sestra
- Udržuj pacientčinu orientaci v realitě (hodiny, kalendář, osobní předměty). - Všeobecná sestra
- Informuj pacientku o aktuálním čase a místě. - Všeobecná sestra
- Navoď důvěryhodný vztah. - Všeobecná sestra
- Edukuj ostatní ošetrovatelský personál k udržení orientace pacienta. - Všeobecná sestra

Realizace ze dne 2.3.2016

- 7:30 ráno před snídaní se pacientka účastní předčítání aktualit z okolí, ale i ze světa. - Všeobecná sestra
- 10:30 pacientce byla ukázaná informační tabule, kde je napsané datum, roční období a vypsané pranostiky k danému období. - Všeobecná sestra
- 13:00 seznámení s popisky na dveřích čísla pokojů, nápis na WC, koupelně a společenské místnosti. - Všeobecná sestra
- 15:00 rozhovor s pacientkou. - Všeobecná sestra
- 16:00 zamčení dveří u schodů prevence pádů pacientů, při přepravě do přízemí se používá výtah. - Všeobecná sestra
- 18:00 zamčení hlavní brány. - Všeobecná sestra
- 20:00 úprava lůžko podle pacientčina přání. - Všeobecná sestra

Realizace ze dne 03. 03. 2016

- 7:30 ráno před snídaní se pacientka účastní předčítání aktualit z okolí, ale i ze světa. - Všeobecná sestra
- 8:30 vysvětleno jak se dopravit výtahem do přízemí. - Všeobecná sestra
- 10:00 vyrábění jarní dekorace v DpS. - Všeobecná sestra
- 15:00 rozhovor s pacientkou. - Všeobecná sestra
- 15:30 canisterapie. - Všeobecná sestra
- 16:00 zamčení dveří u schodů prevence pádů pacientů, při přepravě do přízemí se používá výtah. - Všeobecná sestra
- 18:00 zamčení hlavní brány. - Všeobecná sestra
- 20:00 úprava lůžko podle pacientčina přání. - Všeobecná sestra

Hodnocení ze dne 4. 3. 2016 (po 2 dnech)

- Pacientka se orientuje v prostorách domova, sama si dojde na WC, do jídelny, pozná pracovní zaměstnanců, když něco potřebuje.
- Dokáže určit co je za den, jaké je roční období.
- Aktivně se zapojuje do péče o vlastní osobu.
- Sama používá výtah.
- Aktivně se zapojuje do aktivit v DpS.

Cíl splněn.

Ošetrovatelská diagnóza č. 3: NEEFEKTIVNÍ LÉČEBNÝ REŽIM v souvislosti s hlavní diagnózou a kompenzací diabetu (00078)

Definice: Neuspokojivý způsob naplňování zdravotních cílů, jakým pacient zvládá začleňovat léčbu a druhotné následky nemoci do každodenního života.

Určující znaky: Při dispenzarizace diabetika zjištěny vysoké hodnoty hladiny glykémie.

Související faktory: Bezmocnost pacientky.

Cíl: Hodnoty glykémie budou v mezích normy.

Priorita: Vysoká.

Očekávané výsledky:

- Pacientka zná a rozumí zásadám léčebného režimu.
- Nedojde ke zhoršení hodnot glykémie a zhoršení příznaků onemocnění.
- Pacientka rozumí stravovacím návykům diabetika a dodržuje pitný režim.
- Hodnoty glykémii na lačno budou do 7 a po jídle do 9 mmol/l.

Plán intervencí:

- Vysvětlí pacientce zásady léčebného režimu. - Všeobecná sestra
- Pravidelně měř hladinu glykemie z prstu. - Všeobecná sestra
- Kontroluj celkový zdravotní stav pacientky, sleduj další možné příznaky diabetu, prováděj kontrolu dolních končetin. - Všeobecná sestra
- Pacientka bude dodržovat naordinovanou dietu. - Všeobecná sestra

Realizace ze dne 02. 03. 2016

6:30 glykémie z prstu 6,4mmol/l. - Všeobecná sestra

7:50 podání léků, dle ordinace lékaře. - Všeobecná sestra

8:00 snídaně (krajíc chleba s pomazánkovým máslem, hořký čaj). - Všeobecná sestra

9:10 glykémie z prstu 8,2mmol/l. - Všeobecná sestra

10:10 I.svačina (dia výživa). - Všeobecná sestra

11:00 glykémie z prstu 6,9mmol/l. - Všeobecná sestra

11:05 podání léků, dle ordinace lékaře. - Všeobecná sestra

11:20 oběd (mletý řízek, bramborový salát obyčejný). - Všeobecná sestra

13:00 glykémie z prstu 9,0mmol/l.	- Všeobecná sestra
14:00 II. svačina (toustový chléb, sýr).	- Všeobecná sestra
14:30 kontrola dolních končetin, promazání pacientčím tělovým krémem.	- Všeobecná sestra
15:40 rozhovor o zásadách dietního opatření.	- Všeobecná sestra
16:00 glykémie z prstu 7,0mmol/l.	- Všeobecná sestra
16:30 podání léků, dle ordinace lékaře.	- Všeobecná sestra
17:00 večeře (dva krajíce chleba, perla šunka).	- Všeobecná sestra
18:00 glykémie z prstu 7,6mmol/l.	- Všeobecná sestra
19:45 II. večeře (dia kompot).	- Všeobecná sestra

Realizace ze dne 03. 03. 2016

6:30 glykémie z prstu 5,4mmol/l.	- Všeobecná sestra
7:50 podání léků, dle ordinace lékaře.	- Všeobecná sestra
8:00 snídaně (chléb dia džem, kakao).	- Všeobecná sestra
9:00 glykémie z prstu 8,7mmol/l.	- Všeobecná sestra
9:45 kontrola dolních končetin, promazání.	- Všeobecná sestra
10:10 I.svačina (dia oplatek).	- Všeobecná sestra
11:00 glykémie z prstu 6,1mmol/l.	- Všeobecná sestra
11:05 podání léků, dle ordinace lékaře.	- Všeobecná sestra
11:20 oběd (vepřová roláda, bramborová kaše,okurek).	- Všeobecná sestra
13:00 glykémie z prstu 7,6mmol/l.	- Všeobecná sestra
14:00 II. svačina (loupáček).	- Všeobecná sestra
14:10 rozhovor s pacientkou o nevhodných potravinách.	- Všeobecná sestra
16:00 glykémie z prstu 6,5mmol/l.	- Všeobecná sestra
16:30 podání léků, dle ordinace lékaře.	- Všeobecná sestra
17:00 večeře (párek ,hořčice, chléb).	- Všeobecná sestra
18:00 glykémie z prstu 7,0mmol/l.	- Všeobecná sestra
19:45 II. večeře (chléb, perla, rajče).	- Všeobecná sestra

Hodnocení ze dne 4. 3. 2016 (po 2 dnech)

- Hodnoty glykémii se pohybují v mezích normy a to na lačno do 7 a po jídle do 9 mmol/l.
- Během realizace ošetrovatelského plánu nedošlo ke zhoršení hodnot glykémie.
- Pacientka dovede určit jakým potravinám by se měla vyhnout.
- Léky pacientka užívá pod dohledem zdravotní sestry.

Cíl splněn.

Celkové hodnocení

Pacientka umístěna v pětilůžkovém pokoji se přiměřeně věku a chápání zapojuje do léčebného režimu. Pacientka je v našem zařízení spokojená, nic by neměnila. Ze začátku pobytu ji adaptace na nové prostředí dělala mírné potíže, měla strach se po zařízení pohybovat sama, nechtěla jít ani na společný záchod. Měla pocit bezpečí, pouze pokud byly přítomní i ostatní spolubydlící ze stejného pokoje. Našla si zde i „své sestřičky“, které si oblíbila. V současné době je paní X. X. plně adaptovaná na zdejší prostředí. Pacientka dbá na rady ošetřujícího lékaře a ošetřovatelského personálu a proto nedošlo ve sledovaném období k žádným komplikacím, ohledně zdravotního stavu. Pobyt pacientky v domově probíhá bez problému.

3.2 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro společnost

Mezi nejčastější překážku v komunikaci se schizofrenním nemocným patří pocit strachu a úzkost. Pacient může reagovat přehnaně až podrážděně a tím dochází k narušení sociálního kontaktu. K takto nemocnému nenuťné přistupovat profesionálně a především individuálně (JAROLÍMEK, 2006).

Snažit se s takto nemocným pacientem navázat důvěrný vztah je takřka nemožné. Musíme dávat najevo empatii, mluvit tichým hlasem a klidným tónem. Měli bychom udržovat bezpečnou vzdálenost a nevstupovat do jeho osobní zóny, pokud to není nutné. Cílem je zajistit bezpečí všem přítomným (MASON, 2010).

Doporučení pro ošetřující personál

- Vytvořit pro pacienta klidné terapeutické prostředí a navázat terapeutický vztah.
- Individuální přístup.
- Pacient musí být pod neustálým dohledem personálu.
- Zvolit vlídný, trpělivý a vstřícný přístup.
- Všímat si projevů pacienta.
- Podávat psychofarmaka dle ordinace lékaře a sledovat jejich účinky.
- Zajistit obnovení a nácvik sociálních dovedností.
- Nebagatelizovat obtíže pacienta.
- Motivovat pacienta, povzbuzovat ho ke spolupráci, chválit nejen za výkon, ale i za účast.
- Dodržovat bezpečnostní opatření z důvodů dezorientace a poruch myšlení pacienta.
- Bludy pacientovi nevyvracet, ale neztotožňovat se s nimi, uvědomit si, že jde o realitu pacientova života. Nenechat se začlenit do nereality pacienta.
- Zapojovat pacienta do běžných denních i terapeutických aktivit.
- Poskytovat pacientovi dostatek času na vyjadřování (DOHNALOVÁ, 2010).

Rozhovor se schizofrenním pacientem

- Základním cílem je projevit pochopení a nebýt přítom dotěrný.
- Nesnažte se rozumově vyvracet nemocnému mu bludy.
- Umějte poslouchat.
- Upozornujte jednoduše jasně a vhodně nemocného na průvodní jevy toho, co vám povídá („Co to znamená pro vás?“, „Co si o tom myslíte vy?“).
- Nemyslete si, že musíte něco říkat. Váš pozorný poslech znamená víc než vaše řeči. Nemocnému totiž dává na vědomí, že je osobností, která někoho zajímá, a že to, co říká, může být důležité.
- Jestliže s vámi nemocný po několika minutách odmítá mluvit, řekněte dobrá, uvidíme se příště. Své sliby stoprocentně dodržujte. Vaše přesnost je nemocnému vizitkou vaší důvěryhodnosti.
- Buďte přímočaří. Nepředstírejte, že sdílíte bludné názory nemocného, připusťte pouze, že mohou být v jeho očích nahlíženy jako skutečné. Vaší úlohou je být stálým nástrojem ověřování skutečností, aniž byste vyvolávaly v nemocném pocity odmítnutí nebo pokoření.
- Neberte věci osobně, nepodléhejte v rozhovoru se schizofrenikem svým vlastním problémům.
- Nezačínajte se automaticky smát, řekne-li nemocný něco, co vám připadá vtipné. Psychotici mají totiž sklon k myšlenkovým pochodům, na kterých je založen humor, aniž by však to, co říkají, mínili žertem. Váš smích mohou vnímat jako znevážení a neporozumění. Naopak smích je vhodný tam, kde se nemocný skutečně snaží žertovat. Je na vás, abyste to poznali.
- Respektujte pacientovu rezervovanost. Některým psychotikům je vřelost a empatie nepříjemná. Nevnučujte jim ji.
- Na osobní dotazy odpovídejte „metadotazy“ ; např. ptá-li se vás, máte-li děti, zeptejte se ho, proč je pro něj tak důležitá (MAHDALOVÁ, 2015).

ZÁVĚR

Schizofrenie je jednou z nejzávažnějších duševních chorob. Dozvěděla jsem se o tomto onemocnění mnoho. Ale čím více jsem pronikala do této problematiky, tak jsem si začínala uvědomovat, že o schizofrenii víme opravdu jen zlomek pravdy. Je to velice závažné a složité onemocnění a informací je málo. Nadále zůstává záhadou, ale můžeme společně doufat, že v průběhu dalších let, dokážou lékaři vyřešit tento rébus. Věřím, že s moderními vyšetřovacími metodami a výzkumy, zvládnou vědci spojit indicie, které nám nemoc dovoluje poodhalit, a místo domněnek budou fakta.

Hlavním cílem práce bylo seznámit laickou veřejnost o schizofrenním onemocnění. Teoretická část byla zaměřena na obecné informace o této chorobě, formy schizofrenie, historii psychických onemocnění a konceptu schizofrenie. Dále práce obsahuje příznaky a příčiny schizofrenie, diagnostiku, průběh, stigmaty a léčbu nemoci.

V praktické části jsem vypracovala ošetrovatelský proces u vybrané pacientky se schizofrenií. Na základě získaných informací o pacientce jsem stanovila ošetrovatelské diagnózy a k nim sestavila plán ošetrovatelské péče.

Práce se mi zpracovávala celkem dobře. S výběrem tématu jsem velice spokojená, protože duševní nemoci mě zajímají. Byla bych velmi ráda, kdyby tato bakalářská práce posloužila veřejnosti jako zdroj informací o schizofrenním onemocnění. Snad bude více lidí přemýšlet nad touto nemocí a mohli by i pomoci vyřešit záhadu schizofrenie.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2993-3.

ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. 3., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, c2012. Jessenius. ISBN 978-80-7345-266-7.

DOENGES, Marilyn E. a Mary Frances MOORHOUSE. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0242-8.

DOHNALOVÁ, Hana. *Standardy ošetrovatelské péče v psychiatrii*. 1. vyd. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, 2010. Závazné směrnice Nemocnice České Budějovice. ISBN 978-80-254-8782-2.

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

FIŠAR, Zdeněk. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2737-0

FLEISHMAN, Martin. *The casebook of a residential care psychiatrist: psychopharmacoeconomics and the treatment of schizophrenia in residential care facilities*. New York: Haworth Clinical Practice Press, c2005. ISBN 0789023733.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0.

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

JAROLÍMEK, Martin. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*. Praha: Občanské sdružení Baobab, 2006. ISBN 80-254-8619-2.

KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2045-6.

LEUCHT, Stefan a Jim van OS (eds.). *Treatment optimisation in schizophrenia through active patient management, proceedings from two European consensus meetings*. Copenhagen: Blackwell Munksgaard, 2009. Acta psychiatrica Scandinavica.

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.

MASON, Susan Elizabeth. a Rachel MILLER. *Diagnosis: schizophrenia: a comprehensive resource for consumers, families, and helping professionals*. 2nd ed. New York: Columbia University Press, 2010.

MOTLOVÁ, Lucie ŠPANIEL, Filip. Nefarmakologické postupy v léčbě onemocnění schizofrenního okruhu. *Zdravotnické noviny*. 2010, roč. 59, č. 24, s 18-19. ISSN 1805-2355.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2014. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci – text pro posluchače zdravotnických oborů*. Praha: Maurea. ISBN 978-80-902876-9-3

PRAŠKO, Ján (ed.). *Klinická psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigis, 2011. ISBN 978-80-87323-00-7.

PRAŠKO, Ján. *Poruchy osobnosti*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0900-3.

PŘÍKRYL, Radovan a KUČEROVÁ, Hana. Negativní příznaky schizofrenie. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2008, roč. 104, č.7,S. 350-357. ISSN 1212-0338.

RABOCH, Jiří. *Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče III*. V Tribunu EU vyd. 2. Brno: Tribun EU, 2010. Knihovnicka.cz. ISBN 978-80-7399-984-1.

SVOBODOVÁ, Jitka. *Psychiatrie*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2007. ISBN 978-80-7368-235-4.

SYSEL, Dušan, Hana BELEJOVÁ, Oto MASÁR a Zuzana SYSLOVÁ. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. V Tribunu EU vyd. 2. Brno: Tribun EU, 2011. Librix.eu. ISBN 978-80-263-0001-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 9., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, c2009. Jessenius. ISBN 978-80-7345-202-5.

Internetové zdroje

BALÁKOVÁ, Lucie. *Psychiatrie: Individuální psychoterapie* [online]. Atelier LUHY: Atelier LUHY, 2011 [cit. 2016-04-21]. Dostupné z: <http://www.atelierluhy.cz/>

BÍLÁ, Klára. *Lidé trpící schizofrenií by po propuštění z léčebny mohli do komunitních center* [online]. Praha: Český rozhlas, 2013 [cit. 2016-05-13]. Dostupné z: http://www.rozhlas.cz/zpravy/politika/_zprava/lide-trpici-schizofrenii-by-po-propusteni-z-lecebny-mohli-do-komunitnich-center--1196645

Domov pro seniory Hostim, p.o. [online]. Hostim: ANTEE s.r.o., 2016 [cit. 2016-05-30]. Dostupné z: <http://www.domovhostim.cz/>

LÁTALOVÁ, K. a kol., *Dlouhodobá terapie schizofrenie* [online]. 2006, (4), 158-160 [cit.2016-05-13].Dostupnéz:<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/04/02.pdf>

Multimediální тренаžér plánování ošetrovatelské péče, 2010 [online]. Poslední úpravy 16. 5. 2015 [cit. 17. 5. 2015]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

PEČEŇÁK, Ján. *Schizofrenní poruchy: Léčba schizofrenie* [online]. Praha: vitalion, 2010 [cit. 2016-04-21]. Dostupné z: <http://www.schizofrenniporuchy.cz>

PETERKOVÁ, Michaela. *Schizofrenie: Prevence schizofrenie* [online]. Praha, 2008 [cit. 2016-04-21]. Dostupné z: <http://www.schizofrenie.psychoweb.cz/>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A	Čestné prohlášení	I
Příloha B	Úvodní list rešerše	II
Příloha C	Žádost o poskytnutí informací	III
Příloha D	Kritéria MKN 10	IV
Příloha E	Vizuální škála bolesti	V
Příloha F	Barthelův test všedních činností	VI

Příloha A

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem „*Ošetrovatelský proces u pacientky se schizofrenií*“ v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 31. 5. 2016

.....

Jana Medunová Dis.

R e š e ř e

(Dokumentografická jednorázová rešerše)

Ošetrovatelský proces u klientky se schizofrenií

Vypracovala:

Městská knihovna Znojmo
Zámečnická 288/9
669 26 Znojmo

Tel. 515 224 346

www.knihovnazn.cz
knihovna@knihovnazn.cz

Evidenční číslo: 13/2015

Datum vypracování: 27. 11. 2015

Celkový počet záznamů: 87

Zpracovala: Bc. Michaela Vrábelová

Příloha C


Jana Medunová
Hostim 41
671 54

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ INFORMACÍ

V rámci ukončení studia na VŠ zdravotnické zpracovávám bakalářskou práci na Téma SCHIZOFRENIE. Pro zpracování kazuistiky na toto téma jsem si vybrala klientku z místního zařízení DpS Hostim a to [REDAKCE]. Tímto žádám o povolení k získání informací u jmenované klientky a současně i o nahlížení do zdravotnické dokumentace klientky, která je uložena v DpS Hostim. Ve své práci uvedu klientku pouze pod iniciály, nebudou zde uváděny žádné osobní údaje jako jména, rodné číslo, číslo pojištěnce apod.

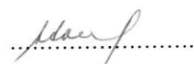
Kazuistika, kterou budu psát o klientce se zaměřuje především na posouzení nynějšího zdravotního stavu a chování klientky související s jejím onemocněním. Na základě těchto informací budou vypsány ošetrovatelské diagnózy a k nim sestaven plán péče. Práce slouží pouze pro studijní účely a získané informace nebudou nikde publikovány.

V Hostimě dne: 17.2.2016


.....
podpis

Schválila: vrchní sestra

J. STANISLAVOVÁ

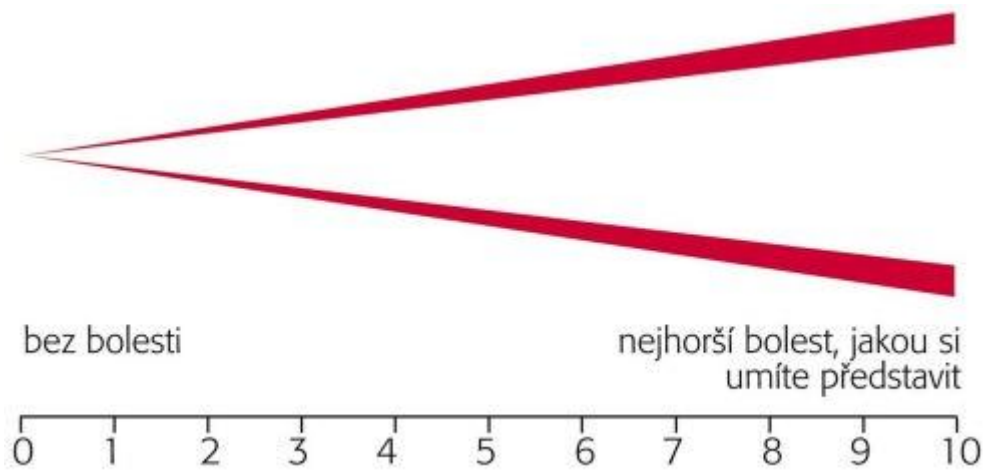

.....
podpis

Příloha D

„Kritéria MKN 10 pro diagnostiku schizofrenní poruchy vyžadují přítomnost minimálně jednoho z příznaků ad a) až ad d), nebo dvou z příznaků ad e) až i) trvajících minimálně po dobu jednoho měsíce:

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

Příloha E



Zdroj: Multimediální тренаžér plánování ošetrovatelské péče, 2010

Příloha F

Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

HODNOCENÍ:

0-40 bodů	vysoce závislý
45-60 bodů	závislost středního stupně
65-95 bodů	lehká závislost
100 bodů	nezávislý

Zdroj: Multimediální тренаžer plánování ošetrovatelské péče, 2010