

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

**Ošetrovatelský proces u pacienta se schizofrenií**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Štěpánka Šafnerová**

**Praha 2016**

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

**Ošetrovatelský proces u pacienta se schizofrenií**

Bakalářská práce

Štěpánka Šafnerová

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

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

Praha 2016



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

Šafnerová Štěpánka  
3. A VS

**Schválení tématu bakalářské práce**

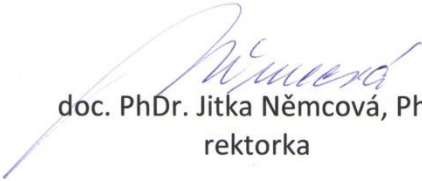
Na základě Vaší žádosti ze dne 20. 04. 2015 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetřovatelský proces u pacienta se schizofrenií

*Nursing Process in Patients with Schizophrenia*

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

V Praze dne: 1. 9. 2015

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 21. března 2016

.....

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce Mgr. Haně Tošnarové, Ph.D. za odborné vedení, její čas a cenné rady, které mi byly přínosem při psaní mé bakalářské práce.

Dále děkuji ošetrovatelskému personálu v pavilonu č. 21 v Psychiatrické nemocnici Bohnicích za pomoc při výběru pacienta a péči o něj.

## ABSTRAKT

ŠAFNEROVÁ, Štěpánka. *Ošetrovatelský proces u pacienta se schizofrenií*. Vysoká škola zdravotnícká, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. 2016. 55 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta se schizofrenií. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část práce se zabývá historií psychiatrie a základní charakteristikou schizofrenie. Charakterizuje jednotlivé formy a její symptomy. Zaměřuje se na diagnostiku a terapii daného onemocnění a dále se zaměřuje na legislativu a etiku současného ošetrovatelství. Praktická část se zabývá ošetrovatelským procesem pacienta se schizofrenií. Tato část byla vypracována na základě informací získaných od pacienta, z lékařské a sesterské dokumentace. Dále se skládá z anamnézy pacienta, stanovených ošetrovatelských diagnóz uspořádaných dle priorit, plánu ošetrovatelské péče a jeho realizace a vyhodnocení. V závěru bakalářské práce jsou zhodnoceny výsledky ošetrovatelské péče a doporučení pro pacienta.

### Klíčová slova

Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelská péče v psychiatrii. Pacient. Psychofarmaka. Schizofrenie. Všeobecná sestra.

## ABSTRACT

ŠAFNEROVÁ, Štěpánka. *Ošetrovatelský proces u pacienta se schizofrenií*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Prague. 2016. 55 pages.

The theme of this work is the nursing process in patient with schizophrenia. The work is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part deals with the history of psychiatry and basic characteristic of schizophrenia. It describes the various forms and symptoms. It focuses on the diagnosis and treatment of the disease and focuses on legislation and ethics of contemporary nursing. The practical part deals with the nursing process of schizophrenic patient. This section has been prepared based on information from the patient, the medical and nursing documentation. It also consists of the patient's medical history, provided nursing diagnoses arranged according to priorities, care plan and its implementation and evaluation. There are the results and recommendations of nursing care for the patient finally.

### Keywords

General nurse. Nursing care. Nursing care in psychiatry. Patient. Psychotropics. Schizophrenia.

# OBSAH

## SEZNAM ZKRATEK

## SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

## SEZNAM TABULEK

<b>ÚVOD.....</b>	<b>14</b>
<b>1 Psychiatrická péče.....</b>	<b>16</b>
1.1 Historické koncepty schizofrenie .....	19
<b>2 Schizofrenie.....</b>	<b>21</b>
2.1 Symptomatologie schizofrenie.....	22
2.2 Pozitivní symptomy .....	22
2.3 Negativní symptomy .....	25
2.4 Kognitivní poruchy.....	25
<b>3 Diagnostika schizofrenie.....</b>	<b>27</b>
<b>4 Schizotypní poruchy .....</b>	<b>29</b>
<b>5 Výskyt schizofrenie .....</b>	<b>32</b>
<b>6 Terapie schizofrenie.....</b>	<b>34</b>
<b>7 Současná psychiatrická péče.....</b>	<b>38</b>
<b>8 Psychiatrie a legislativa .....</b>	<b>40</b>
<b>9 Etika v psychiatrickém ošetřovatelství .....</b>	<b>42</b>
<b>10 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA SE SCHIZOFRENIÍ.....</b>	<b>45</b>
10.1 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT .....	59
<b>11 DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....</b>	<b>67</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>68</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>69</b>



# **PŘÍLOHY**

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>BMI</b>	Body mass index
<b>ČAS</b>	Česká asociace sester
<b>DMD</b>	Léky modifikující průběh onemocnění
<b>HK</b>	Horní končetina
<b>ICN</b>	International Council of Nurses
<b>ID</b>	Invalidní důchod
<b>IQ</b>	Intelligenční kvocient
<b>MHD</b>	Městská hromadná doprava
<b>MKN</b>	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
<b>NANDA</b>	Severoamerická asociace pro sesterské diagnózy
<b>OP</b>	Občanský průkaz
<b>OSN</b>	Organizace spojených národů
<b>p.</b>	Pavilon
<b>PNB</b>	Psychiatrická nemocnice Bohnice
<b>RZS</b>	Rychlá záchranná služba
<b>rTMS</b>	Repetitivní transkraniální magnetická stimulace
<b>THC</b>	Tetrahydrocannabinol

(VOKURKA a kol., 2010)

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

- Intravenózní** – způsob aplikace do krevního oběhu
- Afektivní** – popudlivé
- Agitovanost** – neklidný, rozrušený
- Alogie** – chudost řeči
- Ambitendence** – protikladné tendence
- Ambivalence** – protichůdné citové postoje
- Amnézie** – celková nebo částečná ztráta paměti
- Anhedonie** – neschopnost se radovat
- Antiparkinsonika** – léky používané v léčbě Parkinsonovy nemoci
- Antipsychotika** – léky používané k léčbě psychóz
- Apatie** – snížená energie a ztráta zájmů
- Armagedon** – poslední boj mezi lidstvem a Bohem
- Arteterapie** – terapie výtvarnými aktivitami
- Blud** – falešné přesvědčení
- Dementia praecox** – předčasná demence
- Desintegrace** – rozpad, rozklad
- Deteriorace** – postupné poškození a narušení osobnosti
- Echolalie** – opakování slov pronesené jinou osobou
- Echomatismus** – chorobné napodobování chování
- Exorcismus** – úkon, který má za cíl vyhnat z lidského těla d'ábla
- Flexibilitas cerea** – porucha, která se projevuje pasivitou těla, např. u schizofrenie
- Hagioterapie** – terapie pomocí biblických textů
- Halucinace** – falešný vjem bez reálného podnětu
- Homo sapiens** – člověk moudrý
- Hypobulie** – snížená vůle, nedostatek vůle
- Inkoherence** – roztříštěnost, rozpad
- Kognitivní** - poznávací
- Malleus maleficarum** – Kladivo na čarodějnice, historické dílo
- Mánie** – duševní stav charakterizovaný zvýšenou aktivitou
- Mutismus** – neschopnost mluvení z psychických příčin

**Neologismus** – smyšlený výraz, který nemusí být ostatním srozumitelný

**Osteosyntesa antebrachii** – přímá fixace fragmentů zlomeniny kosti předloktí

**Prodromy** – příznaky poukazující na příchod nemoci

**Prognóza** – předpověď průběhu a zakončení nemoci

**Psychofarmaka** – léky působící na psychické funkce člověka

**Psychóza** – duševní onemocnění, při kterém nemocný ztrácí kontakt s realitou

**Relaps** – opětovné objevení příznaků nemoci

**Remise** – vymizení nemoci

**Reziduální** – zbylý, doznívající

**Verbigerace** – mechanické opakování stejných slov

(VOKURKA a kol., 2010)

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Formy schizofrenie.....	29
Tabulka 2 Základní údaje o pacientovi.....	45
Tabulka 3 Posouzení celkového stavu.....	46
Tabulka 4 Medikace.....	47
Tabulka 5 Utřídění informací dle modelu M. G.....	54

# ÚVOD

S pacientem se schizofrenním onemocněním jsem se blíže setkala v roce 2014 v Psychiatrické nemocnici Bohnice, kde jsem vykonávala školní praxi na oddělení následné péče v pavilonu č. 21. Vzhledem k četnému zastoupení diagnózy F20.0 na oddělení, jsem se chtěla dovědět o dané problematice více.

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které se vyskytuje v mnoha podobách. Jedná se o chronické onemocnění, se kterým se nemocní léčí do konce života. Vyskytuje se po celém světě a trpí jí přibližně 1 % populace. Schizofrenie byla rozdělena na několik typů, kterým se přisuzují specifické příznaky a specifický průběh.

Bakalářská práce má část teoretickou a část praktickou. Cílem teoretické části této práce je poskytnout ucelené informace o daném onemocnění. Přibližuje problematiku od její historie až po současnou psychiatrickou péči, kterou zdravotnictví poskytuje. V dalších kapitolách se práce věnuje etiologii, symptomatologii, průběhu, diagnostice a terapii schizofrenie. Dále se čtenář může dovědět, jaké terapeutické možnosti si pacienti mohou zvolit. V současné době existuje několik organizací poskytující sociální služby duševně nemocným v různých regionech. Mezi nejznámější organizace patří FOKUS, který nabízí komplexní psychiatrickou rehabilitaci, která se snaží zvýšit kvalitu života klientů a snížit nezbytnost hospitalizace. Čtenář se může v závěru práce dovědět o spolupráci s tzv. peer konzultanty. Jedná se o členy sociálních organizací, kteří mají vlastní zkušenost s psychickým onemocněním a mají tak nezastupitelné místo v psychiatrické rehabilitaci.

Cílem praktické části této práce je zpracovat ošetrovatelský proces u typického pacienta se schizofrenií. U pacienta byla odebrána anamnéza, sestaven ošetrovatelský plán podle modelu Marjory Gordon a tento plán byl následně zrealizován. Dalším cílem je vytvořit doporučení pro pacienta během hospitalizace a po hospitalizaci. V závěru praktické části se nachází vyhodnocení ošetrovatelského plánu.

## Vstupní literatura

DUŠEK, K. et al., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Druhé vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-9855-4

MOTLOVÁ, L. et al., 2011. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb terapie 21. století*. První vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2494-5

NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012–2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

NĚMCOVÁ, J. et al., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Třetí vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.

### **Popis rešeršní strategie:**

Do rešeršní strategie byly zadány tyto limity:

**Časové vymezení: 2005 - současnost**

**Klíčová slova:** Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelská péče v psychiatrii. Pacient. Psychofarmaka. Schizofrenie. Všeobecná sestra.

**jazyk:** český, slovenský, anglický

**Číslo rešerše:** 809/2015

**Základní prameny:** Medvik (katalogy NLK, Bibliographia Medica Čechoslovaca, MEDLINE), Theses.cz

# 1 Psychiatrická péče

*Psychiatrie je lékařský obor zabývající se studiem, diagnostikou, prevencí a léčbou duševních poruch (SLEZÁKOVÁ et al., 2007, s. 168).*

*Jako samostatný lékařský obor byla psychiatrie na počátku 20. století osamostatněna od jiných medicínských oborů, zejména neurologie. (PRAŠKO et al., 2011, s. 27).*

Myslím si, že znalost historie psychiatrie je důležitá pro pochopení současné psychiatrické péče. Díky minulosti je možné si uvědomit, jak lze ještě lépe poskytnout nemocným péči a potřebnou pomoc. Je také možné poučit se z minulosti či naopak ukotvit prospívající struktury lékařské a ošetrovatelské péče a modernizovat léčebné metody.

## Starověk

Duševní poruchy se ve společnosti vyskytovaly od nepaměti. Lidé však psychickým nemocem nerozuměli a nepochopení nemocní byli společností vyháněni a označováni za posedlé zlými duchy. První zmínku o léčbě psychicky nemocných uvádí egyptský Ebersův papyrus z 15. století př.n.l. Tento lékařský papyrus obsahuje léčebné praktiky jako hypnózu, zařikávání zlých duchů, léčbu spánkem (ČEŠKOVÁ et al., 2006).

Důležitou osobou starověku ve vývoji péče o duševního zdraví člověka, byl **Hippokrates** (cca 460-377 př.n.l.), který rozdělil lidi do čtyř skupin podle temperamentu. Ten se projevuje podle převahy tělesných tekutin (hlen - flegmatik, krev - sangvinik, černá žluč - melancholik, žlutá žluč - choleric). Zastával také názor, že se nesmí léčit jen nemoc, ale celý člověk. Řecký lékař **Galenos** (130–200 n.l.) předpokládal, že mozek je centrem duševních chorob (ČEŠKOVÁ et al., 2006), (MARKOVÁ et al., 2006).



## Středověk

V raném středověku dochází k úpadku vědy a šíření křesťanství. Církev označuje duševně nemocné za posedlé d'áblem. Nemocní musí snášet bití, týrání, exorcismus a jeho praktiky (vyhánění d'ábla z těla, zaklínání), věznění. Ženy byly nařknuté z čarodějnictví a upalovány na hranicích. Nemocní byli mučeni po několik století a vydáním knihy *Kladivo na čarodějnice* (*Malleus maleficarum*) roku 1488, se rozpoutal hon na duševně choré. Tato kniha popisuje, jak rozpoznat osoby posedlé d'áblem a jak ho v nich přemoci. Kniha se stala velice populární a stejně tak pronásledování a popravování (PRAŠKO et al., 2011), (MARKOVÁ et al., 2006).

## Novověk

Určitá změna nastala až v 16. století, kdy holandský lékař **Johann Weyer** (1515–1588) vystupoval proti spisu *Kladivo na čarodějnice* a prohlásil údajné šílence za nemocné. Stal se prvním psychiatrem, avšak protireformní doba nepřipustila, aby se tento pokrokový názor mohl rozvíjet (PRAŠKO et al., 2011).

Díky francouzské revoluci v době osvícenství nastala pro postižené příznivá doba, kdy na jejich šílenství bylo nahlíženo jako na nemoc a ne na posedlost d'áblem nebo ovládnutí nadpřirozenými silami. Na přelomu 18. a 19. století sehrál zásadní roli ve vývoji psychiatrie francouzský lékař **Phillip Pinel** (1745–1826). *Ten, který sňal duševně nemocným okovy*. Zasloužil se o uznání léčení duševně nemocných. Napsal knihu o tom, jak by měla vypadat psychiatrická nemocnice, jaké by v ní měly panovat léčebné podmínky a jakým způsobem by nemocní měli být léčeni. Dbal na dobré hygienické podmínky, roztřídil pacienty na klidné a neklidné. Agresivní umístil do nejdlehlší části budovy, aby nebyli drážděni podněty a zároveň neobtěžovali svými projevy ostatní. Phillip Pinel osvobodil duševně nemocné a prokázal přitom velkou odvahu, protože za to ručil justici životem. Stal se vzorem pro další generaci a v 19. století byl položen kámen novodobé psychiatrie. Vydávala se odborná literatura duševních chorob, zřizovaly se domy pro choromyslné (PETR et al., 2014), (MARKOVÁ et al., 2006).

Rozlišoval některé duševní nemoci: mánii s bludy, mánii bez bludů, melancholii, demenci. Charakterizoval obsedantně kompulzivní poruchu, anorexii, bulimii, hysterii (RABOCH, 2013).

Díky úsilí Marie Terezie se v roce 1755 zastavilo pronásledování čarodějnic a v roce 1790 byl založen Ústav pro duševně choré ve Všeobecné nemocnici v Praze, kde se primářem oddělení stal první český psychiatr **Jan Theobald Held** (RABOCH, 2013).

### Nejnovější dějiny

Vydaný dvorní dekret Josefem II (19. března 1783) nařídil zbudovat oddělení pro duševně choré kněze při Nemocnici milosrdných bratří v Praze. Tento krok lze považovat za důležitý mezník v psychiatrické péči. Postupně se oddělení zřizovaly pro muže i ženy a ústavy pro choromyslné měly charakter nemocnic (TOŠNAROVÁ, 2013).

Novodobé dějiny psychiatrie nejvíce ovlivnil česko-rakouský lékař **Sigmund Freud** (1856–1939), který se zabíral nevědomými procesy a psychickými obrannými mechanismy (PRAŠKO et al., 2011).

V době první republiky před druhou světovou válkou byla vynalezena šoková terapie a elektrokonvulzivní terapie, které se hojně uplatňovaly. Po skončení druhé světové války přišly na trh nová léčiva, psychiatrie byla stále pokrokovější a mnoho nemocných se uzdravovalo (PRAŠKO et al., 2011).

## 1.1 Historické koncepty schizofrenie

Při ohledu do minulosti se psychiatrie dlouhou dobu netěšila uznání odborné veřejnosti. Nebyla oceňována jako perspektivní lékařský obor, naopak byla znevažována. Musela si vydobýt postavení, kterému se dnes těší, dlouhý boj. Křesťanství v období středověku zastínilo vědu na několik století a došlo ve společnosti k návratu starého způsobu myšlení. Konkrétně v psychiatrii zanechal středověk stopy strachu. Duševně nemocní zakusili praktiky exorcizmu, které sloužili k vyhnání démonů a ďáblů z těla ven. Stavěly se věže bláznů, kam se zavírali agresivní jedinci. Nejčastěji však jejich život končil upálením na hranici pro nařknutí z čarodějnictví. Pro psychiatrii středověk skončil až v 18. Století (ANDERS, 2015).

Na konci 19. století německý psychiatr **Emil Kraepelin** označil toto onemocnění jako *dementia praecox*, protože začínalo v mladém věku, ale vhodnější termín schizofrenie poprvé použil v roce 1911 švýcarský psychiatr **Eugen Bleuler**. U daného onemocnění se nejedná o demenci, ale o rozpad osobnosti. Kraepelinova klasifikace nemoci schizofrenie z roku 1886 byla nahrazena pokrokovější klasifikací Dr. Bleulera z roku 1911. Pojem schizofrenie se může rozdělit do dvou řeckých slov *schizein* – rozštěp a *phren* – mysl, vznikne tak ucelený pojem slova: rozštěpená mysl (DUŠEK et al., 2015).

Během 1. světové války u vojáků docházelo ke vzniku posttraumatické stresové poruchy a ukázalo se, že nejen dědičné vloh, ale i prostředí hraje prim u vzniku duševní nemoci. Díky této zkušenosti, že každý jedinec je ohrožen duševní chorobou, psychiatrie nabyla serióznějšího postu ve společnosti a také psychoanalýza Sigmunda Freuda uplatňující se u neuróz a psychóz, příznivě ovlivnila společenský náhled na tento obor (DUŠEK et al., 2015).

Schizofrenie jako duševní porucha postihuje pouze druh *Homo sapiens*, nevymezuje se na konkrétní rasu ani národnost a příčina tohoto onemocnění stále není známa.

Nevědomost o spouštěčích nabádá k vymýšlení nových hypotéz, ale není jisté, která je ta správná. Výskyt nezvyšují epidemie, hladomor nebo války (PRAŠKO, 2011).

Zdraví lidé se identifikují se svými činy, avšak schizofrenní člověk o tuto identifikaci může přijít. Například zdravý jedinec rád plave, ale schizofrenní chodí plavat, protože mu to „vyšší síla“ přikázala. Může se starat celý den o domácnost, ale radost z dobře vykonané práce prožívá jako cosi, co mu cizí síla vsadila do hlavy. Ztráta prožitku „**jáství**“ je specifickým příznakem schizofrenie (ANDERS, 2015), (PRAŠKO, 2011).

Myšlení předků před mnoha tisíci lety nebylo natolik vyspělé, aby události považovali za prostý koloběh příčin a následků a dokázali si tedy domyslet pravou kauzalitu. Nějakým způsobem si potřebovali vysvětlit způsob fungování světa, a tak si realitu vyfantazirovali. Tento způsob myšlení se nazývá předlogický. Někteří schizofrenní se vrátili k předlogickému myšlení, našli souvislosti, které neexistují. Spadne-li někdo ze skály, utopí-li se, nepovažovali to za nevinnou náhodu, ale úmysl „vyšší síly“ (ANDERS, 2015), (PRAŠKO, 2011).

## 2 Schizofrenie

Schizofrenie patří mezi závažné psychické poruchy, při které dochází ke změně vnímané reality. Zasahuje myšlení, emotivitu, jednání i celkovou koordinaci psychických funkcí. Vnímaná realita je narušená s následkem iracionálního chování a uzavírání se do vlastního světa a také je provázená chaotickými pocity. Obecně je charakterizována jako porucha zpracování informací. Řadí se mezi neurovývojová onemocnění s chronickým průběhem. Jako nejběžnější projev schizofrenie se uvádí emoční vyhasínání, které postupně vyplývá z prvotního emočního oploštění. Nemocný ztrácí kontakt s realitou a současně s těmito procesy dochází k dezintegraci osobnosti. Tyto faktory ústí v izolaci a uzavírání se do vnitřního světa. Postižení je podmíněno mírou odolností vůči zátěži (DUŠEK et al., 2015), (ČEŠKOVÁ, 2007), (MOTLOVÁ, 2011), (HERBSOVÁ, 2013).

Schizofrenie je celoživotní onemocnění, které snižuje kvalitu života a může způsobovat trvalou invaliditu. Vyznačuje se vysokou mírou pracovní neschopnosti a nepříznivě ovlivňuje sociální vztahy (ČEŠKOVÁ, 2012).

Při tomto onemocnění dochází k funkčnímu postižení mozku, kdy jemné odchylky ve strukturách centrální nervové soustavy způsobují nemocným napětí, nejistotu, hluboké odcizení, které přechází v dezorganizaci a úpadek duševních funkcí (ČEŠKOVÁ, 2012).

Onemocnění je geneticky podmíněno, například při onemocnění jednovaječného dvojčete propukne schizofrenie u druhého v 60 %. Jestliže dvojčata nevyrostala spolu, riziko pro druhé se snižuje. Plodnost u daného onemocnění je snížena. Dále je podmíněna vnějšími faktory, zejména psychosociálními (ztráta zaměstnání, ztráta partnera). Vnímavější jedinci tyto stresové situace neustojí, což vyústí jejím nástupem. Rizikovými faktory mohou být intoxikace, infekční onemocnění, podvýživa matky v prvním trimestru, porodní komplikace (MOTLOVÁ, 2011), (DUŠEK et al., 2015).

## 2.1 Symptomatologie schizofrenie

V současné době jsou uvedeny 4 skupiny symptomů pro schizofrenii. První skupinou jsou tzv. **pozitivní symptomy**, které jsou pro dané onemocnění nejvíce specifické. Pod tuto skupinu spadá ozvučování myšlenek, jejich vkládání a odnímání. Dále do této skupiny řadíme bludy, halucinace, dezorganizaci a poruchy motoriky ve smyslu zvýšené nebo snížené funkce. Druhou skupinou jsou tzv. **negativní symptomy**, které se projevují pasivitou osobnosti a ztrátou motivace a zájmu o společnost. Do třetí skupiny řadíme **kognitivní symptomy** zahrnující poruchy exekutivních a kognitivních funkcí. Čtvrtá zahrnuje **afektivní symptomy**, mezi které patří depresivní nebo manické projevy (MOTLOVÁ, 2011), (DUŠEK et al., 2015).

## 2.2 Pozitivní symptomy

Rozpoznat příznaky schizofrenie a správně je posoudit není lehké, protože symptomy jsou pestré a zřídka specifické. Důležitým krokem při diagnostice je posoudit, zda jsou u nemocného zastoupeny více pozitivní nebo negativní symptomy. Pozitivní symptomy jsou takové symptomy, které se u zdravého člověka nenacházejí a jsou produktem zvýšené psychické aktivity. Jedná se nejčastěji o halucinace, bludy, zvýšené činnosti motoriky a vzniku impulzivity (MOTLOVÁ, 2011), (DUŠEK et al., 2015).

### Ozvučování, vkládání a odnímání myšlenek

Pozitivní symptomy jsou nejvíce specifické pro diagnostiku schizofrenie. Nemocný cítí, jakoby mu jiná osoba ovlivňovala myšlení vkládáním cizích myšlenek, které si nejen uvědomuje, ale i slyší. Nemocný může svou hlavu vnímat jako otevřenou knihu, kde si lze přečíst všechny jeho úvahy a myšlenky a cítí se odhalen společností. Má pocit úplné ztráty soukromí a zároveň se také obává odcizení jeho myšlenek. Tyto intrapsychické halucinace se označují jako ozvučování, vkládání a odnímání myšlenek (MOTLOVÁ, 2011), (DUŠEK et al., 2015).

## Bludy

Bludy se objevují velice často, a to u více než 90 % nemocných a vznikají nesprávnou interpretací vjemů či prožitků. Jsou falešným přesvědčením o realitě. Bludy vznikají plíživě. Na začátku onemocnění má pacient pocit přílišné kontroly okolního světa. Cítí se být středem pozornosti na ulici, v obchodu, v dopravních prostředcích. Myslí si, že si lidé o něm povídají, pomlouvají ho. Dokonce mu odposlouchávají telefon a sledují ho. Vnitřní nejistota sílí a běžné normální věci začne nemocný podezřívát. V uvedeném příkladu je možné si představit myšlení schizofrenního: „ *Jelo kolem mě opět auto červené barvy. To nemůže být náhoda. Poznávací značka červeného auta začínala číslem čtyři. Už zase. To není určitě náhoda. V tomto autě seděli dva lidé, náhoda neexistuje.*“ Nemocný je přesvědčený, že náhody nejsou, neexistují a všechno souvisí se vším. Pohledy lidí si může nesmyslně vysvětlit, třebaže je jedinečný, vyvolený a že může spasit svět. Na druhou stranu se mohou vyskytovat obavy z pronásledování a ohrožení (MOTLOVÁ, 2011), (DUŠEK et al., 2015), (KUČEROVÁ, 2013)

## Halucinace

Halucinace se mohou projevovat všemi smysly. Diferencují se na sluchové, kterými trpí nejvíce pacient, na zrakové a taktilní, které se vyskytují méně často. Sluchové halucinace mají převážně nepříjemný obsah a mluví o pacientovi ve třetí osobě. Pacient slyší jeden či více hlasů a odlišuje je od svých myšlenek. Hlasy rozkazují, komentují pacientovo chování, kritizují, pomlouvají aj. Pacient trpící sluchovými halucinacemi se může projevovat určitým typem chování. Má strnulý postoj, vypadá soustředěný a zároveň poslouchá dění ve své hlavě. Nezřídka si zakrývá uši a zaujímá obranný postoj vůči okolí, pokud se cítí ohrožený. Může se stát, že jeho strach a obavy ho natolik pohltnou, že se stáhne ze společnosti. Může mít strach nejen o sebe, ale také o okolí, pokud ho hlasy nabádají k násilným činnostem. Hlasy pacienta mohou pobízet k činnostem, které nechce vykonávat a dostává se tak do velkých vnitřních rozporů. Zrakové halucinace pacient vnímá jako reálné objekty. Je přesvědčen o pravosti vidiny. Pacient může například vidět konkrétní objekty jako démony, duchy, andělé, a také může být přesvědčen o tom, že vidí svět se zmenšovat, pršet peníze a další jiné bizarnosti. Pokud pacient začne pociťovat fiktivní pachy jako chemikálie v ovzduší, otrávené potraviny, mluví se o čichových a chuťových halucinacích. Taktilní halucinace jsou takové, kdy

pacient cítí dotekové fiktivní pocity (MOTLOVÁ, 2011), (DUŠEK et al., 2015), (KUČEROVÁ, 2013)

### Dezorganizace

Dezorganizace se může vyskytovat jako neuspořádané chaotické chování a mluvení. Pacient se obléká do kabátu v letním období, nosí ponožky na ruku nebo podprsenku na hlavě. Celkově jeho zevnějšek je zanedbaný a nevěnuje mu pozornost. Potuluje se po okolí, nedrží žádný denní režim. Chování je doprovázeno bezpředmětným chichotáním, neklidnou aktivitou, dovádí a agitovaností. Je ztracený sám v sobě a bez péče okolí ztracen i ve světě. Dezorganizace řeči má několik podob, diferencují se na neologismy, ztrátu asociace při konverzaci, tangencialitu, inkoherenci, zárazy, echolalii, mutismus, verbigeraci. Neologismy představují pojmy vymyšlené pacientem, jimž nikdo jiný nerozumí (kombilidi žijící ve vesmíru). Ztráta asociací a tangencialita je neschopnost udržet téma konverzace. Inkoherence je taková porucha řeči, kdy projev postrádá smysl sdělení. K echolalii dochází, když pacient opakuje to, co říká terapeut a k zárazům dochází po zastavení myšlení během řeči. Jestliže pacient vůbec nemluví, označuje se tato porucha jako mutismus. Verbigerace je opakování specifických slov bez smyslu (MOTLOVÁ, 2011), (DUŠEK et al., 2015).

U schizofrenního člověka lze někdy pochopit a odvodit tok jeho myšlenek. Stává se, že vyjadřování je v danou chvíli normální, ale za okamžik scestné. Nejtěžší odchylkou myšlení je tzv. inkoherentní (MOTLOVÁ, 2011).

### Poruchy motoriky

Poruchy motoriky se nejčastěji vyskytují u katatonního druhu schizofrenie. Motorika se buď zvyšuje a pacient je tak velmi impulzivní, excitovaný, agitovaný nebo se snižuje a vyústí až ve stupor. Stupor je stav bez přítomnosti pohybu. Strnulost je životu ohrožující stav, protože se pacient vůbec nehýbe, nejí, nekomunikuje a bez vnější pomoci může nastat imobilizační syndrom (MOTLOVÁ, 2011), (DUŠEK et al., 2015).



## 2.3 Negativní symptomy

Schizofrenie se projevuje i negativními symptomy, které pacient velmi těžce zvládá. Způsobují psychomotorický útlum a celkově ochuzují psychiku a zpomalují reakce. Nezřídka dochází k sebevražednému jednání do jednoho roku po stanovení diagnózy. Negativní symptomy se mohou střídat s pozitivními symptomy schizofrenie, ale nejčastěji se projevují až po odeznění akutních psychotických příznaků. Pacient je netečný, lhostejný. Dochází ke ztrátě energie a chuti do života. Chybí motivace pro co se radovat a pacient se stahuje ze společnosti, která ho považuje za líného a nezúčastněného. Nachází se na velmi úzké hraně prozření – života a suicidního jednání – smrti. Pokud se k této apatii připojí i depresivní nálada, pacient je ve značném riziku. Je dobré, že všechny projevy nemoci jsou léčitelné a léčba může odstranit negativní příznaky. Na druhou stranu účinek léčby se dostaví za déle než měsíc a pacient zůstává v dlouhodobé beznadějně situaci (MOTLOVÁ, 2011), (DUŠEK et al., 2015).

Mezi negativní příznaky se řadí **afektivní oploštění nebo otupění** (strnulý výraz v obličeji, nenavozování očního kontaktu, neadekvátní afekt), **alogie** (chudost řeči), **apatie** (snížení energie a ztráty zájmů), **anhedonie a sociální stažení** (MOTLOVÁ, 2011).

## 2.4 Kognitivní poruchy

U schizofrenie se nejčastěji zjišťují poruchy pozornosti a rychlosti zpracování informací, poruchy pracovní a dlouhodobé paměti, exekutivních funkcí, abstraktního myšlení a poruchy sociální kognice. K diagnostice míry postižení neurokognitivních funkcí slouží různé neuropsychologické testy, mezi hlavní se řadí MATRICS (Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia). Postižení neurokognitivních funkcí nemusí být vždy trvalé, ale funkce se mohou

obnovit. Rozsah a vývoj postižení se může monitorovat díky MATRICS (MOTLOVÁ, 2011), (DUŠEK et al., 2015).

Německý psychiatr Kurt Schneider (1887-1967) příznaky schizofrenie rozdělil na příznaky prvního a druhého řádu, které pomáhají odlišit schizofrenii od nepsychotických duševních abnormalit, maniodeprese a ostatních smyslových klamů. Do symptomů prvního řádu spadá ozvučování myšlenek, slyšení hlasů komentujících počínání nemocného, kladení otázek a odpovědi cizími hlasy, odnímání myšlenek, bludné vnímání a prožitky vědomého a motivovaného úsilí ovlivňovány cizími zásahy. Souhrn těchto příznaků bez nálezu žádného základního tělesného onemocnění, vnímá jako významné pro diagnostiku F20 (DUŠEK et al., 2015).

U symptomů druhého řádu musí být zastoupeny i jiné klinické souvislosti, nepotvrzují samostatně onemocnění F20. Profesor Schneider mezi ně řadí depresivní a euforické rozlady, smyslové klamy, bludný nápad, prožitky citového ochuzení a jiné (DUŠEK et al., 2015).

### 3 Diagnostika schizofrenie

Diagnostika schizofrenie je vykazována kritérii MKN – 10 (Mezinárodní statistickou klasifikací nemocí a přidružených zdravotních problémů), které vstoupily v platnost dne 1. 1. 1994 (TOŠNAROVÁ, 2013).

Obecná kritéria jsou rozdělena do dvou skupin. V první skupině musí být přítomen alespoň jeden příznak a ve druhé skupině nejméně dva příznaky. Do 1. skupiny spadá ozvučování myšlenek, vkládání a odnímání myšlenek, bludné vnímání, ovládání, sluchové halucinace, kontrolování a další. Do 2. skupiny spadají halucinace kterýchkoli smyslů trvající nejméně jeden měsíc. Dále neologismy, zárazy, inkoherece, katatonní projevy (viz Katatonní schizofrenie), negativní symptomy (DUŠEK et al., 2015).

Diagnostická kritéria jsou založená na rozeznání klinických příznaků, mezi které se řadí porucha myšlení, vnímání, jednání, intelektu, emotivity a dále psychogenní somatizaci. Jako hlavní příznak se uvádí porucha myšlení po formální i obsahové stránce. Postižený si vytváří svou vlastní řeč, která je zdravým lidem nesrozumitelná, a po obsahové stránce se vyskytují bludy. Porucha myšlení provází poruchu vnímání, které bývá citelně změněné. Nejčastější poruchou vnímání jsou sluchové halucinace a tzv. intrapsychické halucinace – ozvučování, vkládání, odcizování myšlenek. Jednání nemocných se často projevuje ambivalencí, ambitendencí a bývá nevyočitatelné a impulsivní. Nemocný může být nebezpečný jak sám sobě, tak okolí. Nevylučitelné je také sebevražedné chování. Pod náporom nemoci u jedince dochází ke změně emotivity. Na počátku nemoci se může měnit nálada – manické nebo depresivní ladění. Chování vůči nejbližším se může vystupňovat a zacházet do krajnosti. Postupem nemoci se emoce oplošťují a jedinec emočně vyhasíná, až dochází ke vzniku apaticko–abulického syndromu. Pasivita nemocného se odráží v projevu inteligence, avšak ke změnám IQ nedochází, hodnota intelektu zůstává nezměněná. Somatizační poruchy se projevují jako poruchy spánku, bolest hlavy, nadváha, u žen poruchy menstruace (DUŠEK et al., 2015), (CHUR-HANSEN, 2005).

Onemocnění F20 musí být diferencované od jiných psychotických poruch toxického a organického původu. Nepotvrdí se tak v případě užití psychoaktivních látek, primárního onemocnění mozku, nebo jiných somatických onemocnění provázené schizofrenními příznaky (KUBOVÁ, 2014).

Diagnostika se opírá o klinické vyšetření, při kterém se získává detailní anamnéza lékařem a psychologem. Dále se opírá o laboratorní vyšetření, somatické vyšetření s použitím zobrazovacích metod. Mezi zobrazovací metody se řadí i tzv. psychiatrické škály, například škála na hodnocení kognitivních funkcí (Mini Mental State Examination), hodnocení úzkosti (Hamilton Rating Scale for Anxiety), hodnocení depresivních příznaků (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale), hodnocení příznaků schizofrenie (Positive and Negative Syndrome Scale).

(DUŠEK et al., 2015), (CHUR-HANSEN, 2005).

## 4 Schizotypní poruchy

Schizofrenie byla rozdělena na čtyři hlavní typy (paranoidní, hebefrenní, katatonní, simplexní), avšak je popsáno více jejích forem. Každá forma má svůj klasifikační systém podle MKN – 10 a pátý znak určuje průběh: 0 chronický, 1 v atakách s postupným defektem, 2 v atakách se stabilním defektem, 3 v atakách s remisemi, 4 neúplná remise, 5 úplná remise, 8 jiný průběh (DUŠEK, 2015).

Tabulka 1 Formy schizofrenie

(DUŠEK, 2015, s. 224)

F20.0	Paranoidní schizofrenie
F20.1	Hebefrenní schizofrenie
F20.2	Katatonní schizofrenie
F20.3	Nediferencovaná
F20.4	Postschizofrenní deprese
F20.5	Reziduální schizofrenie
F20.6	Simplexní schizofrenie
F20.8	Jiná schizofrenie

### F20.0 – Paranoidní schizofrenie

Paranoidní schizofrenie se vyskytuje nejčastěji ze všech forem daného onemocnění. Probíhá převážně v jednotlivých epizodách a různě dlouhých reziduích, kontinuální průběh se skoro nevyskytuje. Pro diagnostiku je důležitý výskyt bludů a halucinací, kdy k rozvoji dochází přes bludné ladění, podrážděnost, nedůvěřivost a navýšení psychomotorických projevů a psychických funkcí. Dále se objevují sluchové halucinace, které však mohou nemocí i začínat. Tato forma se může objevit náhle nebo pozvolna a rozdíl bude v kvalitě bludů. V prvním případě nejsou bludy pevné a systemizované, v druhém případě už jsou pevné a skloubené, léčba takových bludů je náročnější. Nemocný je tak pod taktem bludů a halucinací a jeho ladění je spíše

depresivní. Nezřídka dochází k sebevražednému jednání, agresivitě vůči okolí, zlostným projevům a prožívání neklidu, úzkosti a strachu (DUŠEK, 2015).

#### F20.1 – Hebefrenní schizofrenie

Tato forma schizofrenie se rozvíjí pomalu v době dospívání vede k deterioraci. Přítomny jsou bludy a halucinace, které mohou být slabé. Je obtížné rozeznat symptomy od znaků puberty. Hlavním znakem je hypomanická nálada a výrazné pubertální chování charakteristické bláznivými vtípkami a drzými projevy. Energie se může postupně snižovat a porucha přechází v emoční oploštění a ochuzení afektů. Tuto formu diferencoval německý psychiatr Ludwig Kahlbaum v roce 1870 a popsal ji jako duševní poruchu v době dospívání (DUŠEK, 2015).

#### F20.2 – Katatonní schizofrenie

Tato forma schizofrenie má akutní nebo subakutní průběh. Postižená je psychomotorika nemocného, která se projevuje alespoň jedním z daných příznaků: stupor, excitace, negativismus, rigidita, flexibilitas cerea, povelové automatismy, echomatismy. Projev postiženého se vyznačuje bizarním chováním (strojeností), grimasováním, ceremoniály, toporným projevem. Prognóza této formy bývá však nejpříznivější (DUŠEK, 2015).

#### F20.3 – Nediferencovaná schizofrenie

U tohoto druhu musí být přítomna obecná kritéria pro dané onemocnění, avšak příznaky se neslučují s paranoidní, hebefrenní, katatoníí ani jinými druhy schizofrenie (DUŠEK, 2015).

#### F20.4 – Postschizofrenní deprese

Dané onemocnění se vyznačuje depresivními symptomy, které trvají déle než dva týdny. Pacient před depresivní náladou trpěl psychickou poruchou, která svými kritérii

odpovídala klasifikaci schizofrenie, ale některé schizofrenní příznaky se mohou stále vyskytovat (DUŠEK, 2015).

#### F20.5 – Reziduální schizofrenie

Reziduální schizofrenie je význačná převahou negativních příznaků trvajících nejméně jeden rok. V minulosti došlo alespoň k jedné atace schizofrenie (DUŠEK, 2015).

#### F20.6 – Simplexní schizofrenie

Tento typ začíná kolem 15 roku života a obtížně se rozlišuje od poruch osobnosti. Má nejvýraznější negativní příznaky. Nejběžněji se projevuje otupělostí, emoční oploštělostí, hypobulií a hypaktivitou. Nemoc se dále vyvíjí a přechází v reziduální schizofrenii (DUŠEK, 2015).

## 5 Výskyt schizofrenie

Schizofrenie se řadí mezi poměrně rozšířená onemocnění. V populaci tímto onemocněním trpí přibližně 1-1,5 % lidí. Vyskytuje se ve stejné míře i na jiných kontinentech bez ohledu na národnost a kulturu. Postihuje muže a ženy stejně často, avšak v jiném věku. Muži onemocní nejvíce 16. až 25. rokem a ženy mezi 25. až 35. rokem života. U schizofrenních je značně vysoké riziko sebevraždy (20-40 %) do 10 let po propuknutí nemoci. Nemoc postupuje v určitých fázích, které jsou jednotlivě popsány níže (PETR, 2012).

### Prodromy

První ataka daného onemocnění nastává kolem 20.-30. rokem a projevuje se akutními psychotickými příznaky. Před první atakou dochází k výskytu neurčitých příznaků, které nastupují již dříve, a to kolem 15. roku. Tyto příznaky nesou označení **prodromální** a stěží je lze rozlišit od náladovosti, ztráty energie, obyčejného splínu nebo komplikovaného dospívání. Prodromy se vyskytují až 5 let před první atakou a jsou popisovány jako nespecifické příznaky: snížené množství energie, ztráta zájmů, náladovost, podrážděnost, neklid (MOTLOVÁ, 2011).

### Ataka

Ataka psychózy je popisována jako vysoká zátěž nemoci působící na pacienta. Je to také závažný stav, při kterém by měl být pacient hospitalizován. Délka tohoto období je obvykle 6 měsíců a během této doby se vyskytují pozitivní, negativní a kognitivní příznaky. Atace dominují pozitivní příznaky, které po několika týdnech léčby ustupují, ale přecházejí v negativní a kognitivní. Tyto příznaky zůstávají po léčbě akutní ataky a nemocný se s nimi musí vypořádat po ukončení hospitalizace. Psychiatrické léčebny hospitalizují nejčastěji pacienty během vrcholící ataky, kdy se snaží potlačit akutní fázi nemoci, zajišťovat bezpečné prostředí. Pacienti potřebují klidné prostředí, ve kterém by se mohli snadno uzdravovat. Mozek je první atakou postižen a potřebuje postupnou



rehabilitací obnovit funkci. Nestresující prostředí a přiměřená zátěž by měla adaptovat pacienta na návrat do života a trénovat postupně výkonnost alespoň 6 měsíců (MOTLOVÁ, 2011).

### Remise a relaps

Schizofrenie probíhá nejčastěji v atakách s remisemi a realizované intervence v období první ataky jsou nejvýznamnějším faktorem pro nadcházející vývoj onemocnění. Zabráni-li se rozvoji hned v počátku a nasadí-li se komplexní léčba, bývá prognóza onemocnění pro pacienta příznivá. Komplexní léčba spočívá ve farmakoterapii, psychosociální léčbě a psychiatrické rehabilitaci. Měla by primárně zastavit ataku a předejít relapsu, který brání dosažení plné remise. U tohoto onemocnění dochází k relapsům velmi často a následně zhoršují celý průběh léčby. Relaps během jednoho roku léčby nastal u 42 % léčených perorální medikací a u 27 % léčených depotní medikací. Přestože jsou pacienti léčení nejmodernější medikací 21. století a je jim poskytnuta intenzivní psychiatrická rehabilitace, udává se, že po pěti letech od první ataky dochází k relapsu u 80 % nemocných (MOTLOVÁ, 2011).

## 6 Terapie schizofrenie

Mezi hlavní pilíře terapie schizofrenie patří psychofarmakoterapie, psychoterapie a biologická terapie. Začátek léčby je zaměřen na akutní příznaky, po jejichž zmírnění přichází snaha o stabilizaci nemoci a následné remisi. Nejdůležitější je tento stav udržet a předcházet relapsu (DUŠEK et al., 2015), (PRAŠKO et al., 2015).

Základním pilířem terapie je **farmakoterapie**, ve které se nejhojněji využívají antipsychotika, ovlivňující vyplavování dopaminu v limbickém systému. Samotná farmakoterapie nestačí a musí být podporována dalšími aspekty terapie jako podpůrnou psychoterapií a biologickou léčbou (ČEŠKOVÁ, 2005), (BOUČEK, 2005).

Dnešní doba nabízí účinná antipsychotika zvaná DMD (disease modifying drugs). Antipsychotika schizofrenii neléčí, ale zabraňují změnám CNS po propuknutí nemoci a následně po relapsu. Podstatou antipsychotik je blokáce dopaminových receptorů. Délka léčby vychází z ustanovení z roku 1996 Holandským konsenzem, který předepisuje užívat léky po dobu jednoho roku po první psychóze, pět let po dvou atakách a léky nevysazovat vůbec po více epizodách (RABOCH, 2005).

**Psychoterapie** – může pacientovi uvědomit si, jak nemoc ovlivní jeho život a umožní mu vypořádat se s onemocněním. Provázejícím pacienta psychoterapií může být psycholog nebo psychiatr, který pomáhá navrátit zdraví a zlepšit kvalitu života. V komplexní péči je psychoterapie nenahraditelná. Terapeut vybere, jaká forma psychoterapie je nejvhodnější, zda individuální (klient a terapeut), skupinová (rodinná terapie, arteterapie, muzikoterapie, psychogymnastika, hagioterapie), terapeutická komunita (léčebné společenství). (BEER, 2005).

Psychoterapeutické a sociální přístupy, které se u léčby schizofrenie nejvíce využívají: kognitivně behaviorální terapie, podpurná psychoterapie, rodinná psychoedukace, nácvik sociálních dovedností, chráněné bydlení, svépomocné skupiny (RABOCH, 2012), (HRDINOVÁ, 2014)

**Kognitivně behaviorální terapie** – tato metoda vychází ze syntézy behaviorální a kognitivní terapeutické metody. Zabývá se chováním jedince, které vzniká na základě myšlení. Je indikována při schizofrenii, aby pacient porozuměl příznakům nemoci, aby zmírnila úzkostné myšlenky a zlepšila případné neadaptivní chování. Úspěšně ovlivňuje chronické bludy a halucinace, které se vyskytují i před podáváním medikace (DUŠEK et al., 2015), (ČEŠKOVÁ, 2005).

**Nácvik sociálních dovedností** – nezdá se stává, že se pacient neumí adaptovat do společnosti a je vlivem nemoci z ní vyčleněn. K tomu, aby získal správné sociální dovednosti, slouží tato technika. Pacient se zdokonalí ve verbální i nonverbální komunikaci, naučí se asertivnímu chování a také jak odejít ze stresujícího prostředí (ČEŠKOVÁ et al., 2006).

**Rodinná psychoedukace** – rodina nemocného je také ovlivněna nemocí pacienta a stejně jako pacient potřebuje získat určité informace o nemoci a přístupu k samotnému pacientovi. Rodinní příslušníci zde získají potřebné rady a dovednosti při každodenní komunikaci nebo při vzniku svízelných situací (ČEŠKOVÁ et al., 2006).

**Chráněné bydlení** – umožňuje lidem se sníženou soběstačností samostatně žít. Bydlení je koncipováno s ohledem na úroveň sebepečce (samostatné nebo skupinové bydlení). Pacienti mají k dispozici asistenta, který jim pomáhá se osamostatnit (JAROŠOVÁ, 2007).

**Svépomocné skupiny** – malé skupiny lidí, sdružující jedince se stejným problémem nebo duševním onemocněním, což nemocným přináší velkou výhodu v uzdravování. Setkají se s lidmi se stejným problémem, kterým se mohou svěřit, získat nové informace a učit se od sebe navzájem. Účastnit se skupin mohou nemocní i s jejich rodinnými příslušníky. Na internetových stránkách je možné nalézt poradenské centrum VIDA pro problematiku duševního zdraví a nemoci (SLEZÁKOVÁ et al., 2007).

**Psychoedukace** – patří mezi terapeutické techniky, kde samotný pacient nebo i jeho rodina získá informace o dané nemoci a její léčbě. Vysvětluje, proč je důležité užívat medikamenty nebo sledovat příznaky relapsu. Psychoedukace má přinést pacientovi a jeho rodině porozumění dané nemoci. Cílem je schopnost vypořádat se s nemocí a zvýšit sebedůvěru. K psychoedukaci je vhodné využít brožury jako: Psychotická porucha a jak se jí bránit – Praško, J., Bareš, M., Horáček, J., Seifertová, D., Šípek, J.; Léčíme se s psychózou, Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách - Praško, J., Bareš, M., Horáček, J., Mohr, P., Motlová, L., Seifertová, D., Španiel, F.; Psychóza v životě – život v psychóze – Doubek, P., Praško, J., Herman, E., Hons, J. (KUBOVÁ, 2014), (SLEZÁKOVÁ et al., 2007)

**Biologické léčebné metody** tvoří s farmakoterapií podstatnou část léčby duševních poruch. Tyto metody jsou neustále zdokonalovány, aby mohly být součástí každodenní praxe. Nejnáročnější biologickou metodou vyžadující technické vybavení a zaškolený personál je *Elektrokonvulzivní terapie* (ČEŠKOVÁ, 2005), (PRAŠKO et al., 2015).

Tato metoda se provádí v celkové anestezii, tedy pacient musí podstoupit předoperační vyšetření a po skončení je pod zvýšeným dohledem zdravotnického personálu. Spočívá v aplikaci elektrických výbojů pomocí elektrod umístěných na obou spáncích nebo na jedné hemisféře. Výboje jsou aplikovány v 6-10 konvulzích během 48-72 hodin. Indikace je primárně při neúčinnosti farmakoterapie (TOŠNAROVÁ. 2013).

O využití Elektrokonvulzivní terapie se neustále polemizuje jako o vhodném terapeutickém postupu z důvodu, že se jedná o aplikaci elektrického proudu do těla.

Druhý důvod je podezření ze špatné indikace, ke které v minulosti docházelo, a mechanismus této metody doposud nebyl uspokojivě objasněn. (Seifertová, 2008), (MARKOVÁ et al., 2006), (DUŠEK et al., 2015).

Při léčbě **Fototerapie** se využívá jasné světlo produkované fotolampou. Pacientovi se aplikuje světlo o intenzitě 10000 luxů po dobu 30 minut. Podstatou této metody je biostimulační, analgetický a protizánětlivý účinek (DUŠEK et al., 2015).

Dalšími biologickými metodami jsou **Spánková deprivace** a **Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS)** využívané převážně u depresivních poruch (DUŠEK et al., 2015).

## 7 Současná psychiatrická péče

Zdravotní péče o psychicky nemocné poskytuje komplexní, individuální a hlavně dostupnou péči. Současně musí být dodržována lidská práva a uznávána lidská důstojnost nemocných (LÁTALOVÁ, 2013).

Nemocnému může být poskytnuta péče v psychiatrických ambulancích, lůžkových zařízeních a zařízeních komunitní péče (LÁTALOVÁ, 2013).

### Ambulantní péče

Zabezpečuje základní psychiatrickou péči a umožňuje první kontakt s psychiatrií. V současné době je mnoho druhů ordinací specializované na konkrétní problém a snaží se zajistit vysoce odbornou péči. V ambulanci se nechá pacient vyšetřit, stanoví se diagnóza a léčba. V České republice lze najít psychiatrické ambulance pro děti a dorost, pro poruchy příjmu potravy, alkoholismu a jiné toxikomanie, gerontopsychiatrické ambulance (TOŠNAROVÁ, 2013), (MARKOVÁ et al., 2006).

### Lůžková péče

V České republice mohou být nemocní hospitalizováni v psychiatrických léčebnách a psychiatrických odděleních v nemocnic. Léčebny umožňují pacientům hospitalizovat se dlouhodoběji oproti nemocničním oddělením, které jsou přizpůsobené spíše na akutní péči. V lůžkové péči je pacientům k dispozici celý terapeutický tým, který zahrnuje psychiatra, psychologa, sociální pracovníci a ošetřující personál. Lůžková psychiatrická péče je rozdělena na specializované oblasti: pedopsychiatrie, gerontopsychiatrie, obecnou a speciální (sexuologie, toxikomanie). Dále se dělí podle přístupu poskytované péče na akutní nebo následnou. Pacient na akutním oddělení je vyšetřen, diagnostikován a zahajuje léčbu. Pacient na následném oddělení pokračuje v léčebném plánu, avšak nemůže být propuštěn (MARKOVÁ et al., 2006) (SLEZÁKOVÁ et al., 2007).

## Komunitní psychiatrická péče

Komunitní péče zahrnuje systém zdravotních, sociálních a dalších služeb, které jsou poskytovány nemocným i zdravým občanům, rodinám, skupinám určité komunity. Klade důraz na deinstitucionalizaci péče o psychicky nemocné (JAROŠOVÁ, 2007).

Cílem komunitní psychiatrické péče je pomoci psychicky nemocným zůstat v domácím prostředí navzdory nemoci, žít v podmínkách běžného života s co nejvíce uspokojenými zdravotnickými, psychologickými a sociálními potřebami. Jsou vytvářena centra duševního zdraví, která poskytují např. péči asertivních mobilních týmů, stacionáře apod. (Psychiatrická společnost ČLS J.E.P., 2008).

Současná komunitní péče zajišťuje léčbu pacienta, podporu v sociálních rolích, zejména v pracovní oblasti, a podporu rodinných, přátelských a jiných vztahů. Komunitní péče je poskytována dvěma službami – intermediární a meziresortní (MARKOVÁ et al., 2006), (JAROŠOVÁ, 2007).

**Intermediární** služby jsou realizované zdravotnictvím a pod tuto službu spadají denní stacionáře (denní pobyt psychiatrických pacientů), krizová centra (dostupná a nepřetržitá psychiatrická péče, možnost telefonické pomoci), mobilní krizové týmy (poskytují krizovou intervenci, jako okamžité psychiatrické a psychologické vyšetření, krátkodobou podporu v náročných životních situacích), komunitní psychiatrické sestry (pracují v přirozeném prostředí pacientů). **Meziresortní** jsou převážně vykonávané nestátními neziskovými organizacemi a jejich zaměření je spíše zdravotně sociální. Zajišťují nejvíce psychiatrickou rehabilitaci (MARKOVÁ et al., 2006), (Psychiatrická společnost ČLS J.E.P., 2008). Intermediární a meziresortní služby se mohou kombinovat a vytvářet efektivní zdravotnickou péči (Psychiatrická společnost ČLS J.E.P., 2008).

## 8 Psychiatrie a legislativa

Všichni lidé si jsou rovni a mají stejná práva, která jsou zasazena v **Listině základních práv a svobod**. Osoby s duševním onemocněním mají více specifikovaná práva zakomponovaná v **Deklaraci práv lidí s duševní poruchou**. Tato deklarace byla schválena dne 20. 12. 1971 Valným shromážděním OSN (FOKUS Liberec, 2006).

Všichni poskytovatelé zdravotní péče v ČR jsou vázáni mezinárodní Úmluvou o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, která vstoupila v platnost v roce 2001. Psychiatrie se týká tato úmluva v Článku 7 – Ochrana osob s duševní poruchou (TOŠNAROVÁ, 2013).

Léčba v psychiatrickém zařízení může být **dobrovolná** nebo **nedobrovolná**. Jestliže je osoba hospitalizovaná dobrovolně, podepíše tzv. *informovaný souhlas*, ve kterém souhlasí s léčbou. V případě nedobrovolné hospitalizace je nutné tuto skutečnost oznámit soudu do 24 hodin od přijetí. Na základě spolupráce s lékařem daného zařízení a pracovníkem soudu, který kontaktuje pacienta, se soud musí do 7 dnů rozhodnout, zda pacient bude v hospitalizaci pokračovat (MARKOVÁ et al., 2006).

Podmínky nedobrovolné hospitalizace jsou definované v § 38 zákona č. 372/2011 Sb.:

(1) Pacient může být bez souhlasu hospitalizován, jestliže

a) mu

1. bylo soudem nařízeno ochranné léčení formou lůžkové péče,
2. byla nakázána karanténa, izolace nebo léčba podle zákona o ochraně veřejného zdraví,
3. bylo přikázáno vyšetření zdravotního stavu dle trestního řádu nebo zákona o zvláštních soudních řízeních,



b) je nebezpečný pro sebe nebo své okolí, vykazuje známky duševní poruchy nebo duševní poruchou trpí nebo užil návykové látky, jestliže není možné hrozbu pro pacienta nebo jeho okolí předejít jiným způsobem, nebo

c) jeho zdravotní stav se neobejde bez lékařské péče a zároveň není možné, aby s hospitalizací souhlasil

(ČESKO, 2011, s. 4752-4753).

## 9 Etika v psychiatrickém ošetřovatelství

Základním pilířem současného ošetřovatelství z etického pohledu je respekt a odpovědnost vůči pacientovi. Práce zdravotní sestry se stále vyvíjí a její kompetence se navyšují. V současné době sestra nejen asistuje lékaři, ale je také autonomní vykonavatelkou své profese. Nese vyšší míru odpovědnosti o péči o pacienta a z tohoto důvodu muselo dojít k etické standardizaci jednání při poskytování zdravotní péče (TOŠNAROVÁ, 2013).

Kvalita poskytnuté ošetřovatelské péče je postavena na znalosti etických principů a norem a vychází jak z individuálního vnitřního přesvědčení, tak z respektování etických kodexů (TÁČEK et al., 2014), (PETR. et al., 2014).

### Etický kodex sester

Dokument obsahuje etické normy a principy v ošetřovatelské péči, kterými by se sestry měly řídit. Dokument byl poprvé vydán v roce 1953 Mezinárodní radou sester. Česká republika Kodex ICN přijala v roce 2005 prostřednictvím České asociace sester (ČAS). Dokument stanovuje, že sestry mají čtyři základní povinnosti: pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Zároveň sestra musí respektovat lidská práva, a to právo na život, na důstojnost a právo na zacházení s úctou. Poskytnutá péče nesmí být determinovaná sociálním statutem jako věk, pohlaví, národnost a náboženství (PTÁČEK et al., 2014), (PETR et al. 2014).

### Sestra v psychiatrii

V současné době ošetřovatelská péče v psychiatrii je upravena vyhláškou č. 55/2011 Sb. § 4 této vyhlášky popisuje obecně výkony všeobecných sester, dále § 54 upravuje činnosti všeobecných sester se specializovanou způsobilostí a § 64 pak činnosti, které vykonává sestra pro péči v psychiatrii (TOŠNAROVÁ, 2013).

Získat odbornou způsobilost v psychiatrickém ošetrovatelství mohou v současné době podle legislativy nelékařští zdravotničtí pracovníci (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ergoterapeut) absolvováním specializačního vzdělávání trvajícím 1 rok. Cílem studia je osvojit si teoretické znalosti, praktické dovednosti, schopnost samostatně se rozhodovat a efektivní týmovou spolupráci. (PETR et al., 2014)

Důležitým předpokladem pro práci na psychiatrii je osobnost sestry. Měla by zodpovědně zacházet se svými kompetencemi vůči pacientovi, přistupovat ke každému individuálně a uvědomovat si jedinečnost pacienta. Měla by dosáhnout určitého stupně sebepoznání a osobní zralosti, aby zvládala psychicky náročné situace. Očekává se, že uplatní svou empatii a citlivost při ošetrování (SLEZÁKOVÁ et al., 2007).

Sestra musí být orientovaná v komplexní psychiatrické péči. Znat symptomatologii duševních nemocí je více než nezbytné, protože potřebuje chápat pacientovo chování popřípadě odhadnout nebezpečí. Musí znát účinek psychofarmak, aby byla schopná posoudit jejich účinek a zda je pacient užívá. Sestra by se měla orientovat i v psychoterapii a aplikovat správný model ošetrovatelské péče. Psychiatrická sestra by měla umět **vyhodnocovat** pacientovy potřeby a úroveň jeho sebepéče. Zachytit zhoršený stav a zajistit léčebná a bezpečnostní opatření, průběžně sledovat rizikové faktory pomocí screeningových testů (např. screening rizika agrese a autoagrese). Měla by být schopná **edukovat** a **podpořit** pacienta v adaptaci na změnu zdravotního stavu a podmínky s tím spojené. Po hospitalizaci být nápomocná se začleněním do bývalého sociálního prostředí. Pomoci s **rehabilitací** jako je procvičování kognitivních funkcí a sociálních dovedností nebo relaxace. Objektivně **pozoruje** zdravotní stav pacienta a výstižně zaznamenává skutečné objektivní informace. Orientuje se na psychomotorické tempo, aktivitu, náladu, paměť. Pozoruje, jak pacient reaguje na léčbu, zda se nechová malátně nebo agresivně (SLEZÁKOVÁ et al., 2007), (PETR et al., 2014).

Evropské psychiatrické sestry mají svou deklaraci vydanou roku 2011 Evropskou asociací psychiatrických sester Horatio s názvem: **Deklarace z Turku** (The Turku Declaration). Tento dokument popisuje jejich kompetence, nastavuje kritéria pro výkon

povolání a snaží se upřesnit ošetrovatelskou péči o duševně nemocné (SLEZÁKOVÁ et al., 2007).

Psychiatrické sestry jsou kompetentní k některým samostatným výkonům hrazené zdravotní pojišťovnou. Tyto výkony jsou zařazené v Seznamu zdravotních výkonů a jedná se o: zavedení/ukončení individuální psychiatrické rehabilitace, psychiatrickou rehabilitaci individuální, terénní krizovou intervenci prováděnou psychiatrickou sestrou, edukaci a reedukaci psychiatrickou sestrou (SLEZÁKOVÁ et al., 2007), (PETR et al., 2014).

## 10 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA SE SCHIZOFRENIÍ

Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je cyklický a dynamický proces, který je orientován na jakýkoliv problém pacienta, a to z oblasti psychických, fyzických a sociálních potřeb. Ošetřovatelský proces se logicky a systematicky zaměřuje na komplexní péči (Kelnarová, Cahová, 2009).

Ošetřovatelský proces je založen na vyhodnocování zdravotního stavu nemocných a následném uspokojování jejich potřeb. Proces musí mít nějaký plán, jehož kroky je třeba dodržovat. Skládá se z pěti fází, které mají logický postup. Nejprve se posoudí stav pacienta, diagnostikují se jeho potřeby, naplánuje se ošetřovatelská péče, která se zrealizuje a v poslední fázi zhodnotí (SYSEL et al., 2011).

Praktická část této práce byla zaměřena na ošetřovatelský proces u pacienta trpícího schizofrenií. Údaje byly čerpány ze sesterské a lékařské dokumentace, z mého vlastního pozorování a zkušeností s pacientem a v neposlední řadě od samotného pacienta.

### ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTOVI

Identifikační údaje:

Tabulka 2 Základní údaje o pacientovi

<b>Jméno a příjmení:</b> J. M.	<b>Pohlaví:</b> muž
<b>Datum narození:</b> 1974	<b>Věk:</b> 41
<b>Adresa bydliště:</b> Stará Boleslav	<b>Číslo pojišťovny:</b> 111
<b>Příbuzní, adresa příbuzných:</b> teta, Praha	<b>Zaměstnání:</b> důchod- ID/III.
<b>Rodné číslo:</b> 740000/0000	<b>Státní příslušnost:</b> česká
<b>Vzdělání:</b> základní	<b>Datum přijetí:</b> 15 .1. 2016
<b>Stav:</b> svobodný	<b>Typ přijetí:</b> akutní

<b>Oddělení:</b> p. 21 – oddělení následné péče	<b>Ošetřující lékař:</b> MUDr. L. L.
<b>Vstup:</b> ochranné léčení	<b>Svéprávnost:</b> plná

**Důvod přijetí udávaný pacientem:** přivezli mě RZS v doprovodu PČR, protože mi došli léky, matka mi zemřela asi, asi jsem nějaký podezřelý

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

**Medicínské diagnózy vedlejší:** 2002 Osteosyntesa antebrachii

Hodnoty a údaje zjišťované dne: 16. 02. 2016

Tabulka 3 Posouzení celkového stavu

<b>Krevní tlak:</b> 130/80	<b>Výška:</b> 178 cm
<b>Puls:</b> 78/min	<b>Hmotnost:</b> 90 kg
<b>Dech:</b> 18/min	<b>BMI:</b> 28, 4
<b>Tělesná teplota:</b> 36, 6	<b>Pohyblivost:</b> aktivní/bez omezení
<b>Stav vědomí:</b> jasné	<b>Orientace místem, časem osobou:</b> plně orientovaný
<b>Řeč/jazyk:</b> srozumitelná, plynulá	<b>Krevní skupina:</b> B Rh+

**Nynější onemocnění:** pacient přivezen rychlou záchrannou službou v doprovodu Policie České republiky. Byl nalezen v bytě se zemřelou matkou. Její tělo bylo již v rozkladu a pacient několik týdnů ležel vedle ní na posteli. Poslední týden před přijetím se choval agresivně a ohrožoval sousedy v panelovém domě.

**Informační zdroje:** lékařská dokumentace, sesterská dokumentace, rozhovor s pacientem, rozhovor s psychologem, vlastní pozorování a podílení se na péči o pacienta.

## ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

*Matka:* zemřela v 64 letech-zabita pacientem, léčena pro F20.0

*Otec:* emigroval do Rakouska, když pacientovi bylo 5 let, kontakt neudrží

Sourozenci: nemá

*Děti:* nemá

Osobní anamnéza:

*Překonaná a chronická onemocnění:* běžné nemoci, v dětství plané neštovice.

*Hospitalizace a operace:* 2002– osteosyntesa antebrachii

*Úrazy:* 2001 – amputace malíčku LHK

Úrazy hlavy: 0

*Očkování:* běžná očkování

Léková anamnéza:

Tabulka 4 Medikace

<b>Název léku</b>	<b>Forma</b>	<b>Síla</b>	<b>Dávkování</b>	<b>Skupina</b>
Haloperidol-Richter	Tableta	1,5 mg	1-1-2	Antipsychotikum
Risperidon Vipharm	Tableta	2 mg	1-0-1	Antipsychotikum
Olanzapin Mylan	Tableta	10 mg	0-0-2	Antipsychotikum
Akineton	Tableta	2 mg	1-2-0-0	Antiparkinsonikum

Alergologická anamnéza:

*Léky:* neguje

Potraviny: maso

*Chemické látky:* chemické přípravky, kosmetika

*Jiné:* neguje

Abúzy:

*Alkohol:* příležitostně 3 malá piva, 1dcl bílého vína

*Kouření:* nikotinismus, 10 cigaret/den

*Káva:* 2x denně černá rozpustná káva

*Léky:* neguje

*Jiné návykové látky:* ve 20 letech THC, nyní neguje

Psychiatrická anamnéza:

*První psychiatrické obtíže:* rok 2000, úzkost, halucinace, bludy, agresivita

*První kontakt s psychiatrem:* rok 2001, Psychiatrická ambulance MUDr. L. K. v Praze

*Okolnosti vedoucí ke vzniku nynějších potíží:* pacientovi došly léky, nedokázal se odhodlat navštívit lékaře, následný zhoršený stav

*Subjektivní pocity pacienta:* hlasy i bludy ubývají, ale stále se v nich špatně orientuje, cítí mírnou tenzi

*Postoj k nemoci:* nemá motivaci k léčbě

Předchozí hospitalizace: ano, rok 2001-2002

*Diagnostické závěry:* F20.0 Paranoidní schizofrenie

Sociální anamnéza:

*Stav:* svobodný, 10 let bez partnerky

*Bytové podmínky:* žil v panelovém bytě s matkou, nyní sám, byt je v osobním vlastnictví

*Vztahy, role a interakce:* s otcem se nestýká, matka zabita pacientem, teta si nepřeje kontakt s pacientem, ale průběžně se informuje o stavu pacienta, staří známí nereagují na dopisy pacienta

*Záliby:* poslech hudby, sledování televize, čtení časopisů

Volnočasové aktivity: procházky

Pracovní anamnéza:

*Vzdělání:* dva roky obchodní akademie, studium nedokončil

*Pracovní zařazení:* invalidní důchodce – ID/III. st.

*Ekonomické podmínky:* dle pacienta vyhovující, dluhy za byt již splatil, každý měsíc zasílá na fond údržby domu 1.600,-Kč.



Spirituální anamnéza:

Religiózní praktiky: pacient je ateista

### **Ošetrovatelská anamnéza: základní vyšetření sestrou**

#### 1. Osobní údaje

Schopnost pacienta odběru dat: ano

*Vstup:* ochranné léčení

*Přijat:* pavilon 21

Svéprávnost: plná

Psychiatrická ambulance: MUDr. L. K. v Praze

*OP:* nemá

#### 2. Vnímání zdravotního stavu

Náhled na onemocnění: žádný

Motivace k léčbě: ne

*Návyky:* nikotinismus

#### 3. Výživa, metabolismus, kožní integrita

*Stav kůže:* vyrážka – dorsum pravé ruky

#### 4. Vylučování

*Stolice:* pravidelná; naposledy: 16.2.

*Močení:* bez potíží

#### 5. Aktivita, cvičení

Nají se, napije se: ano

Umyje se, oblékne se: ano

Vyprázdni se: ano

Chůze: ano

Uvaří si: ano

Nakoupí si: ne

Samostatně se pohybuje na veřejných komunikacích: ne

Samostatně používá MHD: ne

Faktory bránící tělesné aktivitě: nezájem o pohybovou aktivitu

## 6. Spánek, odpočinek

*Spánek*: narušený, zhoršené usínání

## 7. Vnímání, poznávání

Vědomí: jasné

*Paměť*: změněná: zapomínání, konfabulace

*Myšlení*: zpomalené

*Koncentrace*: nesoustředí se

Vnímání: reálné

Psychomotorika: v normě

*Orientace*: plná orientace

Komunikace: adekvátní

*Nálada*: nepřiměřená: emoční labilita

*Chování*: bez nápadností

*Řeč*: srozumitelná, plynulá

Tiky: ne

*Bolest*: neudává

## 8. Sebepojetí

Povahové vlastnosti: neudává

Sebevědomí: snižené

Sebeobviňování: ne

Pocity omezení: ne

## 9. Role-Mezilidské vztahy

*Sociální zázemí:* pacient žil v bytě s matkou, nyní sám

*Zvládání problémů:* neudává problémy v rodině

## 10. Sexualita

Reprodukční schopnost: ano

## 11. Stres, zátěžová situace

*Krize v životě:* ano, smrt matky

Příčiny stresu: nemoc, rodina

*Zvládání stresu:* zvládá s pomocí léků

## **Shrnutí informací o pacientovi**

První psychologické vyšetření u pacienta proběhlo ve 20 letech z důvodu agresivního chování na veřejnosti. V závěru ale byla udána souvislost s užíváním marihuany a alkoholu. Jeho matka se léčila pro Paranoidní schizofrenii a otec z matčiny strany také. Zemřel na gerontologickém oddělení v PNB. Pacient ukončil základní školu a následně studoval dva roky obchodní akademii, kterou nedokončil.

V roce 2001 docházel do Psychiatrické ambulance MUDR. L. K. v Praze, což mu bylo nařízeno Obvodním soudem pro Prahu 9, a to z důvodu přeapadení, loupeže, ublížení na zdraví, útoku na veřejného činitele. Ještě téhož roku byl hospitalizován v Psychiatrické nemocnici Bohnice s diagnózou F20.0, kde pobýval do roku 2002. Poté opět docházel k MUDr. L. K. a v květnu 2015 byl na poslední kontrole. Došly mu poslední léky a pro nové si nedošel. Nezvládl vyjít ven. Říká, že: „*měl jsem trochu stihomam, ale v omezený míře. Sousedí vám nepřejou něco..na vesnici vám pořád někdo něco závidí. Mám pár korun, ale prostě jsou to staré osoby nesnášenlivé.*“ Pacient bydlel s matkou, údajně také dobrala léky. Když to pacient zjistil, přiznává, že měl zavolat lékaře, ale nedokázal se k tomu odhodlat. Prý prohloupil. Událost před přijetím si nepamatuje – amnézie.

Pacient byl 10. 11. 2015 přivezen RZS do Psychiatrické nemocnice Bohnice v doprovodu Policie České republiky. Byl nalezen v bytě se zemřelou matkou, jejíž tělo bylo už v rozkladu. Několik dní-týdnů ležel vedle ní na posteli. Poslední týden před přijetím běhal po domě s nožem, rozhazoval prášky, ohrožoval sousedy. Vykazoval opakované agresivní chování vůči sousedům. Pacient byl přijat na pavilon 17 a poté 15. 1 2016 přeložen na oddělení následné péče p. 21. Byl vyšetřen v rámci detenčního řízení znalcem MUDr. Navrátilem. Obvodní soud pro Prahu 8 rozhodl, že další držení pacienta je přípustné do 10. 11. 2016. Na základě pravomocného usnesení Krajský soud v Praze nařídil ochrannou ústavní psychiatrickou léčbu. Pacient toto akceptuje a poučení podepsal.

V průběhu léčby pacient vykazoval paranoidně-persekuční bludnou produkci, intermitentní hlasy s religiozními obsahy, které mu přikazovali modlit se. Pomocí medikace se sluchové halucinace zmenšily, mírně se zlepšil spánek, ale zvýšila se únava a salivace. Na oddělení je klidný, píše si deník, ve kterém se zaměřuje za svatého Petra. V denících se střídají témata bolševiků, Armagedonu, příchodu božího království. Písenný projev je zcela rozpadlý, i když si myslí, že dobře čte i píše. Na oddělení je zapojen do bazálních aktivit, zatím bez vycházek mimo pavilon. Nejeví známky agrese. K ošetřovatelskému personálu a ostatním pacientům se chová přátelsky, místy vtipkuje. Píše dopisy starým známým, odpovědi však nedostává.

V závěru psychologického vyšetření stojí postpsychotický defekt osobnosti. Pacient může být znovu agresivní, jeho sebekontrola je nedostatečná.

### **SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 16. 02. 2016**

Muž, 41 let, hospitalizován čtyři měsíce v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Na pavilon 21 byl přeložen před 31 dny. Pacientovi je diagnostikována Paranoidní schizofrenie. Dne 16. 2. se pacient jeví v dobré náladě, nevykazuje známky agrese. Je mírně úzkostný a spolupracuje. Účastní se ranní komunity a dopolední relaxační skupiny. Po obědě se pacient cítí unavený a na hodinu usne ve svém pokoji. Poté se účastní konzultace s psychologem, kde si povídají o zápiscích z pacientova deníku. Před večerí pacient sedí ve společenské místnosti, pokračuje v psaní deníku a sleduje televizi. Většinu času je pacient aktivní i přes větší míru únavy. Účastní se všech terapeutických aktivit a dodržuje léčebný řád.

## UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE domén NANDA I TAXONOMIE II

Posouzení dne 16. 02. 2016

Tabulka 5 Utřídění informací dle modelu Marjory Gordon

<p>1. Podpora zdraví Uvědomování si zdraví Management zdraví</p>	<p>Subjektivně: „Dostal jsem nějaké léky, které jsem dříve neužíval. Pomohly mi, za což jsem rád. Už necítím takovou tenzi. Léky užívám pravidelně. Kouřím víc, než bych měl. Musel jsem dát cigarety na sesternu, abych s nimi vyšel.“</p> <p>Objektivně: Pacient je klidný, píše si deník, méně mluví o tom, že je svatý Petr. Během hospitalizace je aktivní a spolupracuje. Dodržuje veškerá doporučená opatření.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p>
<p>2. Výživa Příjem potravy Trávení Vstřebávání Metabolizmus Hydratace</p>	<p>Subjektivně: „Vaří se tu dobře, mám velkou chuť k jídlu. Rád jím. Myslím, že jsem přibral nějaké kilo, ale nevadí mi to. Měl jsem vyrážku na ruce, zřejmě po mase. Vždy jsem maso jedl, až teď musím jíst vegetariánskou stravu. Piji normálně, většinou sladké limonády. Alkohol si nekupuji a ani doma moc alkohol nepiji. Maximálně si dopřeji pár piv za týden. Kávu mam rád, tu si dopřávám.“</p> <p>Objektivně: Pacientovi byla naordinována vegetariánská dieta. Před cca 3 měsíci se mu vyskytla vyrážka na hřbetu ruky po pozření masa. Nedaří se mu hospodařit s cigaretami a kávou, souhlasí, že cigarety bude mít uložené u ošetrovatelského personálu. Při příjmu měl dietu č. 3- racionální. Před 3 měsíci dieta pozměněna na dietu č. 3- vegeta.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p>
<p>3. Vylučování a výměna</p>	<p>Subjektivně: „ Obtíže s močením ani</p>

<p>Funkce močového systému</p> <p>Funkce gastrointestinálního systému</p> <p>Funkce kožního systému</p> <p>Funkce dýchacího systému</p>	<p>s vyprazdňováním žádné nemám. Alergie na maso se neprojevila jinak než exémem.“</p> <p>Objektivně: Pacient močí bez obtíží, stolice je pravidelná. Poslední den stolice: dnes 16.2.</p> <p>Dýchání je pravidelné, frekvence dechu 17/minutu.</p> <p>Ošetřovatelský problém: 0</p>
<p>4. Aktivita – odpočinek</p> <p>Spánek – odpočinek</p> <p>Aktivita, cvičení</p> <p>Rovnováha energie</p> <p>Kardiovaskulární – pulmonální reakce</p> <p>Sebepéče</p>	<p>Subjektivně: „Doma spím dobře, ale tady nemohu usnout. Také se často probouzím. Jsem dost unavený. Celkově jsem se zklidnil, hlasy ubývají, ty záporné, myslím. Ozvala se mi císařovna z Evropské unie, že jsme její poddaní. Nejsem agresivní, necítím vztek. Nejspíše tím, že už nejsem tolik úzkostný a cítím se líp.“</p> <p>Objektivně: Pacient má spánek narušený, hůře usíná. Léky na spaní neužívá. Cítí se přes den unavený. Pospává po obědě, usíná v křesle při komunitě. Činnosti mu trvají déle, má pomalejší tempo. Pacient se účastní všech bazálních aktivit v rámci léčby. Dochází na léčebnou skupinu, k psychologovi, využívá duchovních služeb. Na společné vycházky zatím nechodí.</p> <p>Ošetřovatelský problém: Narušený vzorec spánku. Únava.</p>
<p>5. Vnímání – poznávání</p> <p>Pozornost</p> <p>Orientace</p> <p>Kognice</p> <p>Komunikace</p>	<p>Subjektivně: „Halucinace mám, slyším hlasy, ale ubývají, hlavně ty záporné. Ozvala se mi císařovna z Evropské unie, že jsme její poddaní a že mají zlata jen na dva roky. Poté přijde Byzantská říše. Mám halušky, nevím, zda je to pravda. Je to poškozený mozek. Jinak slyším a vidím dobře. Sleduji televizi, občas koukám na zprávy.“</p> <p>Objektivně: Sluch bez obtíží, zrak dobrý. Zpočátku v popředí paranoidně-persekuční bludná produkce. Intermitentní hlasy s religiozními obsahy. Příkazovaly</p>

	<p>mu, aby se modlil. Dnes jsou zmenšeny sluchové halucinace. Myšlení je zpomalené. Pacient se nesoustředí. Je plně orientován. Nálada je utlumená. Pacient nevykazuje známky agrese.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p>
<p>6. Vnímání sebe sama Sebepojetí Sebepercepce Obraz těla</p>	<p>Subjektivně: „Byl jsem přesvědčený, že jsem svatý Petr, ale už si to nemyslím. Jak se mi ozvala císařovna z Evropské unie, že jsme její poddaní, tak mě to potěšilo. Chtěl jsem vždy sloužit císařovně. Vím, že jsem byl hodně agresivní, než jsem byl hospitalizován, ale měl jsem stihomam, bál jsem se vyjít na ulici. Nechtěl jsem nikoho ohrožovat, pouze jsem se bránil. Také nevím, proč jsem podezřelý, s mámou jsme se nehádali. Nevím, proč zemřela. Sebevražedné myšlenky nemám.“</p> <p>Objektivně: V popředí paranoidně-persekuční bludná produkce, intermitentně hlasy s religiozními obsahy. Příkazovaly mu, aby se modlil. Sebe zaměňuje za svatého Petra. Postpsychotický defekt osobnosti. Využívá služeb duchovního. Události před přijetím si nepamatuje-amnézie. Sebevražedné myšlenky neudává. Nemá pocity sebeobviňování. Pocity omezení nemá. Sebevědomí je snižené.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Narušená osobní identita</p>
<p>7. Vztahy Role pečovatелů Rodinné vztahy Plnění rolí Subjektivně</p>	<p>Subjektivně: „Bydlel jsem v bytě s matkou, nehádali jsme se. Vycházeli jsme spolu dobře. Druh matky se o nás staral, ale odešel od nás před rokem. Otce jsem nepoznal, žije v Rakousku a nedaří se mi ho kontaktovat. Mám jednu příbuznou-tetu, ale také se mi nedaří ji kontaktovat. Bydlím na vesnici a sousedé stále něco závidí. Mám pár korun, ale prostě to jsou staré osoby nesnášenlivé. Píši někdy dopisy pár známým z minulosti, ale nedostal jsem odpovědi.“</p>



	<p>Objektivně: Pacient bydlel se svou matkou v panelovém domě. Údajně spolu dobře vycházeli. Otce nepoznal, emigroval do Rakouska. Sousedy nemá rád, myslí si, že mu závidí. Chodil do základní školy a dva roky na obchodní akademii, kde získal pár známých. Nedaří se mu je kontaktovat. S ostatními pacienty vychází dobře. Je přátelský a občas vtipkuje. Využívá služeb duchovního a účastní se skupinových aktivit.</p> <p>Ošetřovatelský problém: 0</p>
<p>8. Sexualita Sexuální funkce Reprodukce</p>	<p>Subjektivně: „Měl jsem přítelkyni před deseti lety, teď nikoho nemám. Děti také nemám.“</p> <p>Objektivně: Reprodukčně schopný. Pacient žil dříve s partnerkou. Děti nechce.</p> <p>Ošetřovatelský problém: 0</p>
<p>9. Zvládání/tolerance zátěže Posttraumatická reakce Reakce na zvládání zátěže Neurobehaviorální stres</p>	<p>Subjektivně: „Tenze je čím dál menší, hlasy ubývají. Mám strach, až se dostanu domu, jak to zvládnou. Tady mi je líp. Cítím se víc bezpečně, jsou tu pohodoví lidé, žádné nesnášenlivé osoby. Někdy si na matku vzpomenu, ale necítím žádnou vinu. Nic jsem neudělal.“</p> <p>Objektivně: Pacient zvládá stres pomocí léků. Celkový stav se zlepšil. Je klidný, tenze se zmírnila. Častá únava. Skupinové terapie pacientovi prospívají. Je přátelský a někdy má pozitivní náladu. Na skupinové aktivity dochází, léčebný program dodržuje. Nevykazuje známky lítosti vůči matčině smrti.</p> <p>Ošetřovatelský problém: Úzkost</p>
<p>10. Životní principy Hodnoty Přesvědčení Soulad hodnot/přesvědčení/jednání</p>	<p>Subjektivně: „Věřím v sebe, jakožto svatého Petra. Jsem svatý Petr. Věřím, že přijde boží království a nastane Armagedon. Vím, že nás bolševici zachrání.“</p> <p>Objektivně: Pacient v denících píše o bolševicích, Armagedonu, příchodu božího království, sebe</p>

	<p>zaměňuje za svatého Petra. Nikdy do kostela nedocházel, avšak využívá služeb duchovního.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p>
<p>11. Bezpečnost/ochrana</p> <p>Infekce</p> <p>Fyzické poškození</p> <p>Násilí</p> <p>Environmentální rizika</p> <p>Obranné procesy</p> <p>Termoregulace</p>	<p>Subjektivně: „Cítím strach z toho, až nastane Armagedon. Cítím napětí, ale tady mi je lépe než doma. Alespoň tu nejsou sousedi a všichni čumilové z vesnice. V hlasech se špatně orientuji, stále nevím, zdaje to pravda.“</p> <p>Objektivně: Pacient se cítí díky medikaci klidnější. Nevykazuje známky agresivního chování a nezaujímá obranný postoj. Použité vyšetřovací škály: Screesning pro určení zvýšeného riziko pádu – žádné riziko. Norton stupnice 34 bodů – žádné. Vyhodnocení rizika agrese – Broset violence checklist – zvýšené riziko.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Riziko násilí vůči druhým</p>
<p>12. Komfort</p> <p>Tělesný komfort</p> <p>Komfort prostředí</p> <p>Sociální komfort</p>	<p>Subjektivně: „Jsem často unavený. Na pokoji se špatně vyspím, ale nemám s ostatními pacienty problém. Našel jsem si tu pár známých. Někdy se mi nechce účastnit aktivit, ale musím.“</p> <p>Objektivně: Pacient si stěžuje na únavu. Přes den pospává. Pacient nechce jít domů. Je spokojený s léčebným režimem.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p>
<p>13. Růst, vývoj</p> <p>Růst</p> <p>Vývoj</p>	<p>Subjektivně: „, Mám potřebu víc jíst, ztloustl jsem, ale nevadí mi to.“</p> <p>Objektivně: Pacient přibral na váze. Má nadváhu.</p> <p>Použité vyšetřovací škály: BMI 28, 4</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p>

## 10.1 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT

Přehled stanovených ošetřovatelských diagnóz

(pořadí odpovídá prioritám pacienta)

Úzkost – 00146

Narušená osobní identita – 00121

Narušený vzorec spánku – 00198

Únava – 00093

Riziko násilí vůči druhým – 00138

Ošetřovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie II

Plán ošetřovatelské péče u vybraných ošetřovatelských diagnóz

Ošetřovatelská diagnóza č. 1

Úzkost – 00146

**Doména 9:** zvládní/tolerance zátěže

**Třída 2:** reakce na zvládnání zátěže

**Definice:** vágní nelehký pocit diskomfortu nebo děsu, provázený autonomní reakcí (zdroj často nespecifický nebo dané osobě neznámý); pocit obav způsobený očekáváním nebezpečí. Je to výstražný signál, který varuje před hrozícím nebezpečím a umožňuje dané osobě přijmout opatření, aby hrozbě čelila

**Určující znaky:** neklid, úzkostlivost, psychická nejistota

**Související faktory:** změna (zdravotního stavu, prostředí), ohrožení (vlastního sebepojetí)

Priorita: vysoká

**Cíl krátkodobý:** pacientovi se zmírní úzkost v následujících 2 týdnech

**Cíl dlouhodobý:** pacient nepociťuje úzkost do 4 týdnů

Očekávané výsledky:

dojde ke snížení úzkosti do 2 týdnů.

dojde k odstranění úzkosti do 4 týdnů.

pacient při úzkosti vyhledá zdravotnický personál od 5. dne

pacient je edukován o tom, jak se vypořádat z úzkostí do 24 hodin

Ošetřovatelské intervence:

podávej léky dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinky – všeobecná sestra, denně

posud' míru úzkosti – všeobecná sestra, průběžně

vyhledej tiché a klidné prostředí pro rozhovor – všeobecná sestra, dle potřeby

vytvoř důvěryhodný a vstřícný vztah – všeobecná sestra, do 3 dnů

vyslechni pacienta se zájmem a respektem a umožni vyjádření emocí – všeobecná sestra, vždy

edukuj pacienta o terapeutických možnostech, jak snížit míru úzkosti – všeobecná sestra, do 48 hodin

nauč pacienta relaxační techniku na snížení úzkosti – všeobecná sestra, do 3 dnů

Realizace:

Pacient se svěřil se svou obavou. Zajistila jsem klidné a příjemné prostředí pro empatický rozhovor a poskytla dostatečný prostor k vyjádření. Pacienta jsem znovu obeznámila s terapeutickými technikami na snížení míry úzkosti a společně jsme realizovali relaxační techniku. Dále mu byla podána anxiolytika dle ordinace lékaře a došlo ke zmírnění úzkosti.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn. Pacient pocítoval menší míru úzkosti během dne po realizaci všech opatření ke zmírnění úzkosti.

Dlouhodobý cíl stále trvá.

Ošetřovatelská diagnóza č. 2

Narušená osobní identita – 00121

**Doména 6:** sebepercepce

Třída 1: sebepojetí

**Definice:** neschopnost udržet si integrované a úplné vnímání sebe sama

**Určující znaky:** neschopnost rozlišit mezi vnitřními a vnějšími podněty, deziluzní popis sebe sama, kolísající pocity o sobě samém

**Související faktory:** chronicky nízká sebeúcta, četný výskyt poruchy osobnosti, psychiatrické poruchy

Priorita: vysoká

**Cíl krátkodobý:** pacient si uvědomuje své onemocnění a získá náhled na svůj zdravotní stav do 2 týdnů

**Cíl dlouhodobý:** pacient si uvědomuje svou identitu, autenticitu a jedinečnost do 8 týdnů

Očekávané výsledky:

pacient získá náhled na své onemocnění do 2 týdnů

pacient dokáže rozeznat příznaky nemoci od reality do 2 týdnů

pacient prožívá pocit totožnosti do 8 týdnů

pacient dokáže vyjmenovat své vlastnosti do 3 dnů

Ošetřovatelské intervence:

sleduj halucinace, bludy a další příznaky onemocnění – všeobecná sestra, denně

sleduj psychický stav a všímej si dezorganizace chování – všeobecná sestra, denně

podávej medikaci dle ordinace lékaře a pozoruj účinky léků – všeobecná sestra, denně

kontroluj, zda pacient dodržuje léčebný plán – všeobecná sestra, denně

pomáhej pacientovi v reálné orientaci, ale neodmítej jeho bludná přesvědčení – všeobecná sestra, průběžně

posiluj identitu pacienta a jeho orientaci místem, časem, vlastní osobou – všeobecná sestra, průběžně

nalezni spolu s pacientem nejvhodnější způsob, jakým lze zvládat ohrožení identity – všeobecná sestra, dle potřeby

posiluj sebeúctu kladným a trpělivým přístupem k pacientovi – všeobecná sestra, průběžně

Realizace:

Sledovala jsem pacientův psychický stav. Pomáhala jsem mu v plnění jednoduchých úkolů na posílení osobní identity (jednoduchá rozhodnutí, malování, podpora při psaní deníku). Pomáhala jsem pacientovi orientovat se ve své nemoci. Podporovala jsem pacienta k uvědomování si své hodnoty.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn. Pacient si je vědom své nemoci a chápe ji.

Dlouhodobý cíl stále trvá

Ošetřovatelská diagnóza č. 3

Narušený vzorec spánku – 00198

**Doména 4:** aktivita/odpočinek

## **Třída 1:** spánek/odpočinek

**Definice:** časově omezená narušení množství a kvality spánku vlivem vnějších faktorů.

**Určující znaky:** nespokojenost se spánkem, uvádí stavy bdělosti

**Související faktory:** nedostatečná kontrola nad režimem spánku, nedostatek soukromí při spánku, světlo, hluk

Priorita: nízká

**Cíl krátkodobý:** pacient se adaptuje na nemocniční prostředí a spí nepřetržitě alespoň 6 hodin do 3 dnů

**Cíl dlouhodobý:** zlepší se celkový pocit pohody a vitality a pacient spí nerušeně alespoň 6 hodin do 1 týdne

Očekvané výsledky:

pacient si je vědom faktorů, které souvisejí s poruchou spánku do 1 dne

pacient je obeznámen se zásadami spánkové hygieny do 1 dne

pacient je poučen o návycích, které podporují dobré usínání do 1 dne

pacient se přizpůsobí léčebnému režimu a nespává během dne do 2 dnů

pacient spí nepřetržitě alespoň 6 hodin do 3 dnů

pacient se cítí svěží a odpočatý do 1 týdne

Ošetřovatelské intervence:

edukuj pacienta o zásadách spánkové hygieny – všeobecná sestra, do 48 hodin

dohlédni na pacienta, aby přes den nespával a sleduj jeho aktivitu během dne – všeobecná sestra, průběžně

zajisti klidné prostředí a eliminuj rušivé faktory před spánkem – všeobecná sestra, dle potřeby

podej léky na spaní dle ordinace lékaře – všeobecná sestra, denně

dokumentuj délku a kvalitu spánku – všeobecná sestra, denně

Realizace:

Pacient byl edukován o zásadách spánkové hygieny. Zajistila jsem klidné a příjemné prostředí před spaním. Podala jsem léky dle ordinace lékaře.

Hodnocení:

Cíl krátkodobý byl částečně splněn. Pacient byl edukován o zásadách spánkové hygieny. Byly eliminovány rušivé faktory a připraveno klidné prostředí pro spánek. Pacient spal nepřetržitě 5 hodin, ale necítil se dostatečně odpočatý. Je potřeba pokračovat ve všech intervencích.

Dlouhodobý cíl stále trvá.

Ošetrovatelská diagnóza č. 4

Riziko násilí vůči druhým – 00138

**Doména 11:** bezpečnost/ochrana

Třída 3: násilí

**Definice:** riziko chování, při kterém jedinec dává najevo, že dokáže fyzicky, emocionálně anebo sexuálně ublížit jiným

**Rizikové faktory:** hrozby násilí v anamnéze, psychotická symptomatologie, impulzivnost

Priorita: střední

**Cíl krátkodobý:** pacient má nad sebou sebekontrolu a umí rozpoznat známky začínajícího násilného chování – do 1 hodiny

**Cíl dlouhodobý:** pacient neohrožuje žádné osoby po celou dobu hospitalizace

Očekávané výsledky:

pacient je schopný rozpoznat faktory, které vyvolávají agresi do 8 dnů



pacient má nad sebou kontrolu do 24 hodin

pacient zná postupy zabraňující agresi do 48 hodin

pacient nevykazuje agresivní chování během hospitalizace do 24 hodin

pacient se nezabývá násilnými myšlenkami do 2 týdnů

Intervence:

monitoruj rizikové faktory agresivního chování (úzkost, podrážděnost, strnulý postoj) – všeobecná sestra, průběžně

zeptej se přímo, zda se pacient zabývá násilnými myšlenkami – všeobecná sestra, průběžně

zjisti, jak pacient vnímá situaci nebo sám sebe – všeobecná sestra, do 3 dnů

pomoc pacientovi identifikovat faktory způsobující ztrátu kontroly a předcházet těmto faktorům – všeobecná sestra, do 3 dnů

umožni pacientovi ventilovat úzkost – všeobecná sestra, dle potřeby

nauč pacienta terapeutické techniky, které zmírňují úzkost – všeobecná sestra, do 7 dnů

Realizace:

Pátrala jsem po známkách násilného myšlení. Pomáhala jsem pacientovi snížit míru úzkosti empatickým rozhovorem. Vedla jsem pacienta ke kontrole nad svým chováním.

Hodnocení:

Cíl krátkodobý byl splněn. Pacient nevykazoval žádné známky agresivního jednání.

Vzhledem ke krátké době realizace cíl dlouhodobý splněn částečně a veškeré intervence přetrvávají.

## **CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE**

Hospitalizace pacienta výrazně přispěla ke zlepšení jeho zdravotního stavu. Celkový psychický stav se stabilizoval a pacient nevykazoval známky agrese. Pacient spolupracoval a plnil léčebný plán.

Ošetrovatelský proces byl realizován podle modelu Marjory Gordon. Byl posouzen celkový stav nemocného, stanovily se ošetrovatelské diagnózy, naplánoval se ošetrovatelský plán a následně byl realizován zdravotnickým personálem. Během realizace se pacientův stav zlepšil. Sluchové halucinace se zmenšily, ale zvýšila se salivace a únava. Byla snaha upravit pacientův spánek tak, aby se cítil po probuzení dostatečně odpočatý. Cíl se částečně splnil. Pacientovi bylo zajištěno nerušené prostředí pro spánek, avšak pocit únavy stále přetrvával. Navzdory všem opatřením zeslabující úzkost, pacient cítil mírnou úzkost. Vysokou prioritou bylo, aby pacient necítil úzkost a tento dlouhodobý cíl stále přetrvával. Pacient před hospitalizací vykazoval známky agrese, které byly díky léčbě potlačeny. Pacient nejevil žádné známky agrese, ale riziko stále trvá.

Pacient byl zodpovědný, plnil léčebný plán, dbal na rady lékařů a ošetrovatelského personálu. Nedošlo k žádným komplikacím po celou dobu hospitalizace na pavilonu č. 21 a pacient byl s celkovou léčbou spokojen.

## 11 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V oblasti ošetrovatelské péče o pacienty se schizofrenií bylo sestaveno doporučení pro pacienta v rámci hospitalizace a po hospitalizaci

### **Doporučení pro pacienta v rámci hospitalizace:**

účastnit se terapie v nemocnici a využít nabízených služeb

zapojit se do činnostní terapie na oddělení

využít chráněnou dílnu, muzickou terapii, výtvarné aktivity, pohybovou terapii

docházet na skupinové terapie (IPT – specializovaný program určený pouze pro schizofreniky)

informovat se o své nemoci v rámci skupinové terapie (EVOS – vzdělávací program o schizofrenii)

navštívit sociální poradnu v areálu PNB

### **Doporučení pro pacienta po hospitalizaci:**

stát se klientem organizace FOKUS poskytující sociální služby dlouhodobě psychicky nemocným

zapojit se do sociální rehabilitace poskytující např. FOKUS

vyhledat centra duševního zdraví nebo stacionářů

zapojit se do programu podpory v samostatném bydlení

docházet na podpůrné skupiny

docházet do psychiatrické ambulance

vyhledat terapeuta a zajistit individuální terapii

spolupracovat s peer konzultanty a vyslechnout jejich cenné zkušenosti

## ZÁVĚR

Tématem pro vypracování této bakalářské práce byl ošetrovatelský proces u pacienta se schizofrenií. Práce byla rozdělena do dvou částí – teoretickou a praktickou. Teoretická část měla podat ucelený obraz o tomto onemocnění a praktická část měla přiblížit problematiku ošetrovatelské péče o schizofrenního pacienta.

Teoretická část se zabývá schizofrenií a psychiatrickým ošetrovatelstvím z historického hlediska, popisuje klasifikační typy a příznaky daného onemocnění. Dále se věnuje diagnostice a léčbě.

Praktická část je vypracována podle ošetrovatelského modelu Marjory Gordon, pomocí kterého bylo identifikováno třináct funkčních nebo disfunkčních vzorců zdraví a pro každý dysfunkční vzorec byla přiřazena ošetrovatelská diagnóza, naplánovány ošetrovatelské intervence a následně tyto intervence realizovány.

Cílem této práce bylo přiblížit čtenářům dané onemocnění z teoretického hlediska a nastínit pomocí skutečného pacienta problematiku této nemoci v praxi. Dá se říci, že pacient, který je v této práci prezentován, představuje typického schizofrenního pacienta. Po celou dobu hospitalizace byl pacientův stav stabilizován a předpokládá se, že při dodržování léčebného plánu, se bude moci navrátit do běžného života. Pacient se bude moci osamostatnit a snadno adaptovat na změnu prostředí díky širokým možnostem sociálních organizací. Tyto organizace v České republice poskytují komplexní psychiatrickou rehabilitaci, jejímž cílem je zvýšit kvalitu života klientů.

Bylo shrnuto mnoho teoretických i praktických informací o daném onemocnění, které čtenářům umožnily nahlédnout do vnitřního světa nemocného. Porozumět jeho prožívání, chování a také poukázat na správné jednání s nemocným.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANDERS, M. et al., 2015. *Psychiatria*. První vydání. Dr. Josef Raabe Slovensko, s.r.o. ISBN 978-80-8140-012-4.

BEER, M. et al., 2005. *Intenzivní péče v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0363-7

BOUČEK, J. et al., 2005. *Psychofarmaka v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1136-2.

ČESKO, 2011. *Zákon č. 372/2011 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*. In: Sbírka zákonů České republiky [online]. Částka 131, s. 4752-4753 [cit. 2016-05-02]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=23497>

ČEŠKOVÁ, E., 2005. *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdosrf. ISBN 80-734-5056-9

ČEŠKOVÁ, E. et al., 2006. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. První vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7367-154-9

PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS J.E.P., 2008. *Koncepce oboru psychiatrie – 1. revize 2008*. In: *Vytvoření sítě služeb péče o osoby s duševním onemocněním. Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním: na území Karlovarského kraje* [online]. [cit. 2016-02-15]. Dostupné z: <http://www.rpkk.cz/download/model-zdroje/005-koncepce-oboru-psychiatrie2008.pdf>

DUŠEK, K. et al., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Druhé vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-9855-4

ELIŠKOVÁ, Z., 2011. *Přehled anatomie*. Druhé vydání. Praha: Galén, Karolinum. ISBN 978-80-7262-612-0

HERBSOVÁ, Hana, 2013. *Schizofrenie a bipolární afektivní porucha – čiré bláznovství, nebo geniální tvůrčí vlohy?* In: *Mensa* [online]. Březen 2013, roč. 5, č. 1 [cit. 2016-02-04]. ISSN 1211-8877. Dostupný z: <http://casopis.mensa.cz>

CHUR-HANSEN et al., 2005. Mental health nurses' and psychiatrists' views on the prognosis of schizophrenia and depression: an exploratory, qualitative investigation [online]. [cit. 2016-17-03]. Dostupné z:

<http://www.pubfacts.com/detail/16164513/Mental-health-nurses-and-psychiatrists-views-on-the-prognosis-of-schizophrenia-and-depression:-an-ex>

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

KUBOVÁ, Hana, 2014. *Problematika hospitalizovaných pacientů s onemocněním schizofrenie* [online]. [cit. 2016-05-01]. Dostupné z:

[http://is.muni.cz/th/394987/lf\\_b/Bakalarska\\_prace\\_Hana\\_Kubova.pdf](http://is.muni.cz/th/394987/lf_b/Bakalarska_prace_Hana_Kubova.pdf)

KUČEROVÁ, Helena, 2013. *Psychiatrické minimum*. První vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4733-0.

KYJOVSKÁ, Lucie, 2014. *Specifika ošetrovatelské péče o psychicky nemocné* [CD-ROM]. [cit. 2016-24-02]. Dostupné z:

<http://docplayer.cz/6186116-Specifika-oseetrovatelske-pece-o-psychicky-nemocne-lucie-kyjovska.html>

LÁTALOVÁ, K. et al., 2013. *Psychiatrie v primární péči*. První vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 842-346-700

MARKOVÁ, E. et al., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. První vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1151-6

MOTLOVÁ, L. et al., 2011. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb terapie 21. století*. První vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2494-5

NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012–2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

NĚMCOVÁ, J. et al., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Třetí vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3

PETR, Tomáš, 2012. *Jak získat pacienty se schizofrenií k lepší spolupráci při léčbě?* [online]. [cit. 2015-01-12]. Dostupné z:

<http://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2012/12/jak-ziskat-pacienty-se-schizofrenii-k-lepsi-spolupraci-pri-lecbe/>

PETR, T. et al., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. První vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6

PRAŠKO, J. et al., 2011. *Obecná psychiatrie*. První vydání. Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2570-2.

PRAŠKO, J. et al., 2015. *Suicidalita u psychických poruch*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4305-9

RABOCH, J. et al., 2005. *Psychofarmakologie pro praxi*. Praha: Triton. ISBN: 80-7254-602-3

RABOCH, J. et al., 2012. *Psychiatrické minimum*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-582-4.

SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2007. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy III – Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. Druhé vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4341-7

TOŠNAROVÁ, Hana, 2013. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii* [online]. [cit. 2016-20-02]. Dostupné z:

<https://sharepoint.vszdrav.cz/Poklady%20k%20vuce/1.1%20Historie%20institucion%C3%A1ln%C3%AD%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.aspx>

TOŠNAROVÁ, Hana, 2013. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii* [online]. [cit. 2016-20-02]. Dostupné z:

<https://sharepoint.vszdrav.cz/Poklady%20k%20vuce/6%20Klasifikace%20duševních%20poruch.aspx>

TOŠNAROVÁ, Hana, 2013. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii* [online]. [cit. 2016-22-02]. Dostupné z:

<https://sharepoint.vszdrav.cz/Poklady%20k%20vuce/8.2%20Biologick%C3%A9%201%C3%A9%204%208Debn%C3%A9%20metody.aspx>

TOŠNAROVÁ, Hana, 2013. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii* [online].  
[cit. 2016-23-02]. Dostupné z:

<https://sharepoint.vszdrav.cz/Poklady%20k%20vuce/2.1%20Etika%20v%20psychiatrick%C3%A9m%20o%205%201et%205%2099ovatelstv%C3%AD.aspx>

TOŠNAROVÁ, Hana, 2013. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii* [online].  
[cit. 2016-24-02]. Dostupné z:

<https://sharepoint.vszdrav.cz/Poklady%20k%20vuce/4%20Legislativa%20v%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%204%20Di.aspx>

PTÁČEK, R. et al., 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. První vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5471-0

VOKURKA, M., J. HUGO et al., 2002. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-70-8



# PŘÍLOHY

Příloha A – Zásady komunikace s agresivním pacientem .....	I
Příloha B – Barthelův test základních, všedních činností.....	II
Příloha C – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů .....	III
Příloha D – Rešeršní protokol.....	IV

## **ZÁSADY KOMUNIKACE S AGRESIVNÍM PACIENTEM**

- Naslouchejte nemocnému. Nechte ho mluvit, neskákejte mu do řeči. Můžete zjistit důvod jeho emočního jednání. Pacient se může sám uklidnit. Pokud nemocný ne-mluví, můžete se ho zeptat: „Co vás trápí? Co se vám přihodilo?“
- Dodržujte při jednání bezpečnou vzdálenost od nemocného, nenechte ho vstupovat do vaší intimní zóny, může to být pro vás nebezpečné. Chovejte se klidně, nemocného to může také uklidnit.
- Pokud pacient živě gestikuluje, buďte ve střehu, snažte se ho posadit, vyzvěte ho ke klidnému dýchání.
- Nenechte se strhnout ke hrubému chování, nepoužívejte vulgarizmy, vše může být použito proti vám.
- Hovořte jasně, stručně, srozumitelně a klidně.
- Pokud se pacient nezklidní, zavolejte na pomoc lékaře, který mu může naordinovat zklidňující lék.
- Omluvte se nemocnému, pokud bude příčinou jeho hněvu chyba zdravotníků. Můžete pacienta zklidnit a získat i jeho důvěru.
- Dejte pozor na svou neverbální komunikaci (nezvedejte obočí, nešpulte rty, nebouchajte pomůckami, nedělejte prudká gesta apod.). Udržujte oční kontakt.

Zdroj: KELNAROVÁ, Jarmila a MATĚJKOVÁ, Eva, 2009. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty: 4. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-2831-5.

## Příloha B – Barthelův test základních, všedních činností

Jméno pacienta: \_\_\_\_\_

Rodné číslo: \_\_\_\_\_

### BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH, VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ

Činnost	Úroveň schopnosti	Body	Datum	Datum
Najedení, napití	samostatně bez pomoci	10		
	s pomocí (krájení, mazání másla a pod.)	5		
	neprovede	0		
Oblékání	samostatně bez pomoci	10		
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5		
	neprovede	0		
Koupání	samostatně nebo s pomocí	5		
	neprovede	0		
Kontinence moči	plně kontinentní	10		
	občas inkontinentní (1 x týdně)	5		
	inkontinentní, katetrizován	0		
Kontinence stolice	plně kontinentní	10		
	občas inkontinentní	5		
	inkontinentní	0		
Použití WC	samostatně bez pomoci	10		
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
Přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15		
	s malou pomocí (verbálně či fyzicky) vydrží sedět	10		
	s větší pomocí (1 - 2 lidé fyzicky)	5		
	neprovede	0		
Chůze po rovině	samostatně nad 50 metrů	15		
	s pomocí pod 50 metrů	10		
	na vozíku 50 metrů	5		
	neprovede	0		
Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10		
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
Počet bodů celkem:				
Hodnotila sestra:				

Hodnocení stupně závislosti základních, všedních činnostech	
vysoce závislý	0 - 40 bodů
Závislost středního stupně	45 - 60 bodů
Lehká závislost	65 - 95 bodů
Nezávislost	100 bodů

CBN-015

Vyrábí a dodává: TISKÁRNA Kumprecht, Nové Město nad Metují, tel.: 491 474 577

Zdroj: WikiSkripta, 2015. *Rehabilitační ošetřovatelství* [online]. [cit. 2015-10-11].

Dostupné z:

[http://www.wikiskripta.eu/index.php/Rehabilita%C4%8Dn%C3%AD\\_o%C5%A1et%C5%99ovatelstv%C3%AD/S%C5%A0\\_\(sestra\)](http://www.wikiskripta.eu/index.php/Rehabilita%C4%8Dn%C3%AD_o%C5%A1et%C5%99ovatelstv%C3%AD/S%C5%A0_(sestra))

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem .....  
v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne .....

.....

Jméno a příjmení studenta

## Ošetrovatelský proces u pacienta se schizofrenií

Štěpánka Šafnerová

**Jazykové vymezení:** čeština, angličtina, slovenština

**Klíčová slova:**

Ošetrovatelská péče – nursing care

Ošetrovatelská péče v psychiatrii – nursing care in psychiatry

Pacient - patient

Psychofarmaka – psychotropics

Schizofrenie - schizophrenia

Všeobecná sestra – general nurse.

**Časové vymezení:** 2005 - současnost

**Číslo rešerše:** 809/2015

**Druhy dokumentů:** vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku, elektronické zdroje

**Počet záznamů:** 31 (kvalifikační práce: 3, knihy: 19, články a příspěvky ve sborníku: 3, elektronické zdroje: 6)

**Použitý citační styl:** Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011(česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

**Základní prameny:**

- katalog Národní lékařské knihovny  
([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz))
- Jednotná informační brána ([www.jib.cz](http://www.jib.cz))
- specializované databáze ([www.ebsco.cz](http://www.ebsco.cz)) a  
([www.pubmed.cz](http://www.pubmed.cz))
- databáze: MEDLINE, Bibliographia Medica  
Čechoslovaca