

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S
PARANOIDNÍ SCHIZOFRENIÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LUCIE CHRAMOSTOVÁ, DiS.

Praha 2017

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S
PARANOIDNÍ SCHIZOFRENIÍ**

Bakalářská práce

LUCIE CHRAMOSTOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Hana Belejová, PhD.

Praha 2017



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

Chramostová Lucie
3VS2

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 14. 10. 2016 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

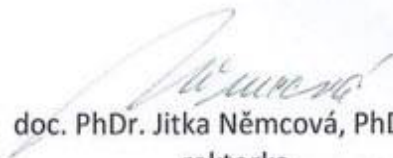
Ošetrovatelský proces u pacientky s paranoidní schizofrenií

The Nursing Process in a Patient with Paranoid Schizophrenia

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Hana Belejová, PhD.

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

V Praze dne: 25. 10. 2016


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 31.5.2017

.....

Lucie Chramostová, DiS.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce PhDr. Haně Belejové, PhD. za cenné rady a trpělivost při vedení práce. Dále bych chtěla poděkovat rodině, příteli a všem, kteří mě při tvorbě práce podporovali. Velké díky patří i Psychiatrické nemocnici v Kroměříži, kde jsem získala bohaté zkušenosti s psychicky nemocnými lidmi.

ABSTRAKT

CHRAMOSTOVÁ, Lucie. *Ošetrovatelský proces u pacientky s paranoidní schizofrenií*.
Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce:
PhDr. Hana Belejová, PhD. Praha. 2017. 64 s.

Bakalářská práce s názvem *Ošetrovatelský proces u pacientky s paranoidní schizofrenií* je rozdělena do dvou částí. První část práce je teoretická. Cílem teoretické části je popis schizofrenie jako celku pro vytvoření komplexního obrazu o nemoci. Pozornost je věnována klinickému obrazu, diagnostice, terapii a specifikům ošetrovatelské péče. Informace pro teorii jsou získány z odborné literatury. Druhá část bakalářské práce je praktická. Zde je cílem popsat ošetrovatelský proces u pacientky s paranoidní schizofrenií. Pro stanovení ošetrovatelských diagnóz byla využita NANDA Taxonomie II. V závěru práce jsou zhodnoceny výsledky.

Klíčová slova

Duševní poruchy. Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelský proces. Paranoidní schizofrenie.

ABSTRACT

CHRAMOSTOVÁ, Lucie. *Nursing process in a patient with paranoid schizophrenia*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Hana Belejová, PhD. Prague. 2017. 64 pages.

Bachelor work with title Nursing process in a patient with paranoid schizophrenia is divided into two parts. First part is theoretical. Purpose of theoretical part is description schizophrenia as a whole to create complex image about disease. Attention is paid to clinical picture, diagnostics, therapy and the specifics of nursing care. The informations for the theory are gets from professional literature. Second part of bachelor work is practical. There is purpose describe nursing process in a patient with paranoid schizophrenia. NANDA Taxonomy II. used for determination of nursing diagnoses. At the end of the work the results are evaluated.

Keywords

Mental Disorders. Nursing care. Nursing process. Paranoid schizophrenia.

PŘEDMLUVA

Onemocnění schizofrenie, je závažná duševní choroba, která navzdory veškerému pokroku zůstává záhadným postižením nejkompexnějšího orgánu – mozku. Jde o souhru více příčin, které mají za následek vznik této nemoci. Neodborná veřejnost je však velmi málo informována o nemoci, a proto společnost stále trpí různými předsudky. Tím se komplikuje léčba těchto pacientů a jejich začlenění zpátky do společnosti. Tento fakt jsem osobně zaznamenala, protože pracuji v psychiatrické nemocnici na ženském uzavřeném oddělení. Často se setkáváme právě s atakami schizofrenie a ženy u nás prožívají toto kritické období od začátku, až do propuštění a začlenění se zpět do běžného života. Tato práce vznikla ve snaze zaměřit se na danou problematiku a ošetrovatelskou péči, která je nezbytná ke zvládnutí akutního i chronického průběhu schizofrenie.

Při psaní bakalářské práce jsem čerpala převážně z knižních zdrojů, dále jsem využila časopisecké a internetové zdroje. Tímto bych chtěla poděkovat Psychiatrické nemocnici Kroměříž, za poskytnutí sběru dat a provedení praktické části bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat vedoucí bakalářské práce PhDr. Haně Belejové, PhD. za cenné rady, trpělivost, čas a odborné vedení, které mi poskytla při tvorbě bakalářské práce.

OBSAH

SEZNAM TABULEK

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	14
1 SCHIZOFRENIE.....	16
1.1 ETIOPATOGENEZE.....	17
1.2 KLINICKÝ OBRAZ.....	18
1.3 DIAGNOSTIKA.....	21
1.4 PRŮBĚH ONEMOCNĚNÍ.....	23
1.5 TERAPIE.....	23
1.5.1 FARMACEUTICKÁ LÉČBA.....	24
1.5.2 PSYCHOTERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY.....	25
1.5.3 JINÉ LÉČEBNÉ METODY.....	27
1.6 INCIDENCE, PREVALENCE, PROGNÓZA.....	28
1.7 RIZIKOVÉ FAKTORY A PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ.....	29
2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA SE SCHIZOFRENIÍ.....	31
2.1 ZÁSADY PŘÍSTUPU K AGRESIVNÍMU PACIENTOVI.....	31
2.2 ZÁSADY PŘÍSTUPU K PACIENTOVI S HALUCINACEMI.....	32
2.3 ZÁSADY PŘÍSTUPU K PACIENTOVI S BLUDNOU PRODUKČÍ.....	33
3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S PARANOIDNÍ SCHIZOFRENIÍ.....	34
3.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	60
ZÁVĚR.....	61
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	62
PŘÍLOHY	

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Identifikační údaje	34
Tabulka 2 Vitální funkce při přijetí	35
Tabulka 3 Léková anamnéza	36
Tabulka 4 Posouzení současného stavu	39
Tabulka 5 Aktivity denního života	42
Tabulka 6 Posouzení psychického a sociálního stavu	44

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

Amp.	Ampule
BMI	Body mass index - index tělesné hmotnosti
Ca	Karcinom
D	dechová frekvence
FF	Fyziologické funkce
i.m.	intramuskulárně - do svalu
ICHS	Ischemická choroba srdeční
mg	miligram
ml	mililitr
P	Puls srdce
PNKM	Psychiatrická nemocnice v Kroměříži
SpO ₂	Saturace krve kyslíkem
St. p.	Stav po
Tbl.	tableta
TK	Tlak krve
TT	Tělesná teplota
USG	Ultrasonografie
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Afekt	prudké citové hnutí, druh emoce
Afektivita	emocionální reaktivita člověka
Agitace	pohybový motorický neklid
Akatizie	neschopnost vydržet v klidu, v nehnuté poloze Neklidné přecházení, neustálé měnění polohy
Antidepressiva	Skupina léků psychofarmak, užívaných k léčbě deprese
Antiparkinsonika	léky používané v léčbě Parkinsonovy nemoci
Anxiolytika	léky odstraňující úzkost, anxietu. Druh psychofarmak
Ataka	prudký záchvat nemoci
Autismus	nadměrné a chorobné zaměření ke své vlastní osobě se ztrátou kontaktu s realitou
Blud	porucha myšlení, jejímž základem je chorobný a falešný předpoklad, o němž je však člověk nezvratně přesvědčen
Diabetes mellitus	cukrovka, úplavice cukrová. Onemocnění způsobené nedostatkem inzulínu nebo jeho malou účinností
Dezorganizované myšlení a řeč	nesouvislosti, nepochopitelnosti v myšlení a řeči
Emotivita	celkové citové naladění, citovost, citová složka osobnosti
Exacerbace	nové vzplanutí chronické choroby, která není dostatečně zhojena, nebo jejíž příčina trvá
Extrapotenční	nevývratné myšlení o vlastních schopnostech, síle a nadání.
Halucinace	falešný vjem něčeho, co neexistuje
Hyperkineze	nadměrný mimovolní pohyb, např. třes
Hypertenze	zvýšený tepenný tlak ve velkém krevním oběhu
Hypnotika	léky k navození spánku
Hypoaktivita	snížená aktivita během dne
Inkoherentní	nesouvislé, nepřiléhavé

Korová oblast	v oblasti kůry velkého mozku
Logoroický	překotnost slovního projevu
Manýrování	opakující se chování
Megalomanický	přesvědčenost o své mimořádnosti
Motorika	celková pohybová schopnost organismu
Originární	nevývratné přesvědčení o své mimořádnosti, např. se považují za šlechtického potomka
Paralogie	narušení logických vazeb v procesu myšlení
Paranoidita	vztahovačnost, falešný pocit, že události mají nějaký vztah k nemocnému
Perzekuční	pronásledování, stíhání, útlak
Premorbidní	stav organismu, psychiky i somatiky před nemocí
Prodromální	nespecifické příznaky oznamující příchod nemoci
Psychofarmaka	látky ovlivňující duševní činnost lidí
Psychoterapie	cílevědomé, léčebné působení na psychiku a celou osobnost člověka s primárním cílem pozitivně změnit jeho chování, poznávání, prožívání, hodnotový systém i tělesné funkce
Psychóza	duševní choroba s poruchami myšlení, chování i osobnosti
Relaps	znovuvzplanutí příznaků nemoci, která byla v klidu
Rigidita	ztuhlost, nehybnost
Stupor	chorobný stav, při kterém zůstává jedinec ve strnulých, často i nepřirozených polohách
Subkortikální oblast	oblast pod kůrou velkého mozku
Suicidiální tendence	snaha o úmyslné ukončení vlastního života
Suicidium	dobrovolné ukončení života
Synapse	vzájemné spojení neuronů

(VOKURKA a kol. 2015)

ÚVOD

Dr. Jan Hraše v roce 1907 prohlásil „Ošetřování nemocných jest úkolem těžkým, dvakrát, třikrát těžším, jedná-li se o ošetřování choromyslných“.

Po celou dobu, kdy nejen medicína, ale i samotná psychiatrie kráčí směrem dopředu, hrají v životě a terapii nemocných velkou roli všeobecné sestry. Jejich blízkost, schopnost empatie a porozumění mohou v jistých momentech života schizofreniků znamenat mnohem více, než se zdá. Neviditelný chorobný proces nemoci, který nahlodává osobnost pacienta a mění ho k nepoznání, se často skrývá v nitru člověka několik let. Představa „rozštěpu či rozpadu mysli“ je pro mnohé tak vzdálená, že se s ní raději nezabývají. Proto vznikají lehce vymyšlená stigmata nemoci, která komplikují nejen návrat nemocných do společnosti, ale i odhalení chorobného procesu. I přes snahu flexibilizovat psychiatrickou péči a co nejvíce ji přizpůsobovat potřebám klientů, je stále nedostatek psychiatrických služeb, které doplní stávající systém služeb ČR.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Popis schizofrenie jako celku pro vytvoření komplexního obrazu o nemoci, diagnostice, projevech a léčbě tohoto onemocnění.

Cíl 2: Specifikovat ošetrovatelskou péči u pacienta se schizofrenií.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Navrhnout a realizovat ošetrovatelský proces u pacientky s paranoidní schizofrenií.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně využity pro zpracování Bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacientky s paranoidní schizofrenií, proběhlo v období říjen 2016 až březen 2017. K vyhledání rešerše byla použita klíčová slova: paranoidní schizofrenie – ošetrovatelský proces - ošetrovatelská péče - duševní poruchy. Pro vyhledávání byl použit katalog Národní lékařské knihovny a databáze BMČ, CINAHL a MEDLINE.

Vstupní literatura

PRAŠKO, J., LÁTALOVÁ, K., TICHÁČKOVÁ, A. a STÁRKOVÁ, L., 2011. *Klinická psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris. ISBN 978-80-87323-00-7.

SYSEL, D., BELEJOVÁ H. a MASÁR O., 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. 1. vyd. Brno: TIBUN EU. ISBN 978-80-7399-289-7.

1 SCHIZOFRENIE

Název tohoto onemocnění je odvozen z řečtiny, kdy „schizo“ znamená štěpit se a „phren“ znamená rozum a myšlení. Tento pojem se však mylně vykládá především neodbornou veřejností jako „rozštěp osobnosti“. Schizofrenie je psychické onemocnění, jehož hlavními rysy jsou poruchy myšlení, vnímání, citů a chování. Slyší nebo vidí věci, které nejsou skutečné, ztrácí kontakt s realitou a tyto představy ovlivňují jejich jednání, které se jeví jako nepřiměřené a neobvyklé. Jako je každá osobnost individuální, tak i každá schizofrenie je naprosto originální. Proto je podoba tohoto onemocnění velmi rozmanitá a často obtížně diagnostikovatelná. Schizofrenie se postupně vyvíjí a mění, proto u ní hraje významnou roli čas. Velmi zásadním způsobem ovlivňuje společenské postavení a pracovní schopnost nemocného (KUČEROVÁ, 2010).

Rozdělení schizofrenie podle MKN – 10:

F20.0 Paranoidní schizofrenie je charakterizována především paranoidně perzekučními bludy, které jsou většinou provázeny sluchovými halucinacemi. Pacient slyší jeden nebo více hlasů, které mu radí, přikazují nebo komentují jeho jednání. Poruchy vnímání jsou intrapsychické halucinace, kdy má pacient pocit, že mu někdo myšlenky krade, nebo mu je do hlavy vkládá (KUČEROVÁ, 2010).

F20.1 Hebefrenní schizofrenie je diagnostikovatelná pouze v dospívání a u mladých dospělých. Charakteristické nápadné změny afektivity, emotivity a poruchy chování. Nálada je nepřiměřená situaci a plochá. Řeč je inkoherentní a myšlení dezorganizované. V chování pozorujeme bizarerie, manýrování a obtížně usměrnitelné projevy. Vyskytuje se i tendence k sociální izolaci (KUČEROVÁ, 2010).

F20.2 Katatonní schizofrenie vyznačuje hyperkinézou, stuporem či bezcílými a neúčelnými pohyby. Pokus o změnu polohy je doprovázen rigiditou nebo tzv. Flexibilitas cerea – voskovou ohebností, kdy končetiny kladou plastický odpor. Bývají zde perseverace (opakování stejných slov), echolálie (opakování slyšeného slova, papouškování) a echopraxie (opakování činností a úkonů, které vidí) (KUČEROVÁ, 2010).

F20.3 Nediferencovaná schizofrenie splňuje diagnostická kritéria pro schizofrenii, ale žádný z konkrétního druhu schizofrenie nepřevládá (KUČEROVÁ, 2010).

F20.4 Postschizofrenní deprese je depresivní stav po odeznění schizofrenní ataky. Hrozí zde suicidiální jednání. Pozitivní nebo negativní příznaky mohou být přítomny, ale v klinickém obraze nepřevládají (KUČEROVÁ, 2010).

F20.5 Reziduální schizofrenie může nastoupit po jedné nebo více akutních atakách, kdy se alespoň rok projevuje minimálními příznaky. Přítomny jsou negativní příznaky – psychomotorické zpomalení, hypoaktivita, otupělost afektu, chudá řeč v obsahu nebo množství, zhoršená nonverbální komunikace, zanedbávání zevnějšku (KUČEROVÁ, 2010).

F20.6 Schizofrenia simplex se vyznačuje pozvolnými, ale progresivními změnami v chování, bizarními projevy, sociálním stažením, poklesem výkonnosti, bezcílností a autismem. Nejsou zde přítomny halucinace a bludy. Je těžce diagnostikovatelná (KUČEROVÁ, 2010).

1.1 ETIOPATOGENEZE

Příčina nemoci schizofrenie stále není jednoznačná. Předpokládá se interakce mezi několika faktory, jako je genetika, biochemické abnormality či morfologické změny v mozku.

Genetická dispozice v rodinách je pozorována již dlouhou dobu. Výskyt onemocnění v běžné populaci je 1 %. U dítěte, jehož jeden rodič trpí schizofrenií se riziko zvedá na 12 %. Pokud jsou nemocní oba rodiče, riziko vzniku choroby u dítěte je až 40 %. Největší riziko však hrozí jednovaječnému dvojčeti, až 47 %. Dědičnost je složitá a její působení na vznik schizofrenie ovlivňuje více genů, které se musí sejít, aby nemoc propukla. Někdy se geny přenáší z generace na generaci, aniž by někdo onemocněl. Dědí se pouze dispozice onemocnět schizofrenií, ale nedědí se schizofrenie jako nemoc (ČEŠKOVÁ, 2012).

Biochemické abnormality také hrají velkou roli při vzniku tohoto onemocnění. Nejvíce sledovanou látkou jsou neurotransmitery – chemické látky uvolňovány z nervového zakončení na synapsi. Slouží k přenosu impulsu a umožňují šíření,

podráždění, či reakce. **Dopamin** je nejvíce zkoumaným neurotransmiterem z hlediska příčin vzniku, ale také léčby schizofrenie. Dopaminová teorie předpokládá nedostatek dopaminu v korových oblastech a jeho nadbytek subkortikálně. Dochází k nadměrné aktivaci dopaminového přenosu, která vede k poruše zpracování informací a klinicky se projeví bludy a halucinacemi. Dalším sledovaným neurotransmiterem je **Glutamát**. Jeho nízká hladina v centrálním nervovém systému se nachází u nemocných se schizofrenními příznaky, včetně negativních příznaků. Vzhledem k tomu, jak je mozek složitý orgán, je pravděpodobné, že jde o interakci několika neurotransmiterových systémů, nikoliv jednoho (ČEŠKOVÁ, 2012).

Morfologické změny v mozku jsou popsány jako rozšíření postranních mozkových komor, rozšíření mozkových rýh a korová atrofie. Tyto abnormality se někdy uvádějí jako poruchy „prořezávání“ nervových synapsí. Ovšem nemusí se vyskytovat u všech nemocných (ČEŠKOVÁ, 2012).

Také psychosociální faktory ovlivňují vznik onemocnění. Lidé, kteří jsou nadměrně citliví, nebo lehce zranitelní mohou snadněji onemocnět. Stejně tak u těch, kteří mají vrozenou vlohu k psychotickému onemocnění, propukne psychóza dříve, když jsou vystaveni nadměrné zátěži z okolního prostředí (ČEŠKOVÁ, 2012).

1.2 KLINICKÝ OBRAZ

Klinický obraz schizofreniků je velmi bohatý a různorodý. Existuje mnoho příznaků, které se však nemusí u každého jedince objevit. Proto existují kritéria Mezinárodní klasifikace nemocí 10 (MKN 10) pro diagnostiku schizofrenní poruchy, kdy se u pacienta musí objevit dané příznaky, aby se mohla diagnóza potvrdit. Obecně dělíme příznaky na pozitivní a negativní (ČEŠKOVÁ, 2012).

Pozitivní příznaky jsou spojeny se zvýšenou dopaminergní aktivitou. Oproti normě jsou navíc a představují změny v kvalitě vnímání. Pro diagnostiku mají být v současné době přítomny v klinickém obrazu schizofrenika. Jsou to především bludy, halucinace a také impulzivní chování (KUČEROVÁ, 2010), (ČEŠKOVÁ, 2012).

Negativní příznaky jsou spojeny se sníženou dopaminergní aktivitou. Tyhle oproti normě naopak chybí. Vyvíjí se v čase a nebývají tak nápadné a stresující, jako pozitivní příznaky. Řadíme mezi ně snížení až vymizení motivace, ochuzení myšlení,

slovní zásoby, emotivity, vůle a sociálních kontaktů. Nemocný ztrácí zájem o přátele, nic se ho nedotýká a vše je mu jedno. Volný čas tráví nicneděláním (KUČEROVÁ, 2010), (ČEŠKOVÁ, 2012).

Mezi hlavní příznaky patří **poruchy vnímání – halucinace**. Vznikají bez reálného zevního podnětu. Jsou to falešné smyslové vjemy. Člověk vidí, cítí, slyší něco, co nikdo jiný nevnímá. Nejčastěji se jedná o sluchové halucinace, kdy slyší, jak se o něm ostatní lidé baví, jak k němu někdo mluví. Někdy jsou hlasy příjemné a jindy jsou až nebezpečné, zejména, když dávají nemocnému příkazy. Nemusí být ani tak složité, může to být jednoduchý zvuk jako štěkot psa, tikání. Existují i tzv. intrapsychické halucinace, kdy zvuky neslyší ušima, ale nejčastěji mozkiem – jako kdyby někdo mluvil přímo uvnitř hlavy. Hlasy mohou být známé, nebo úplně cizí. Halucinace jsou velmi individuální u každého jedince (KUČEROVÁ, 2010).

Poruchy myšlení – bludy – jsou také nedílnou součástí klinického obrazu schizofrenie. Nemocný je naprosto a nevývratně přesvědčen o nějaké skutečnosti, která není pravdivá a někdy není ani možná. Nejdříve ho napadne jen myšlenka, která postupem času stoupá na intenzitě a vzniká velmi propracovaný systém bludů. Je mnoho druhů bludů – paranoidní (vztahovačné), emulační (žárlivecké), hypochondrické, religiózní (s náboženským obsahem), originární (přesvědčení o vznešeném, šlechtickém původu nemocného). Může se stát, že má pacient blud určité skutečnosti a ta skutečnost se stane pravdivou (např. Pacient je naprosto přesvědčen, že je mu jeho žena nevěrná, a ona mu skutečně nevěrná je). V takovém případě je nutné postupovat velmi taktně a profesionálně. Pro diagnostiku bludu je důležitá jeho naprostá dominance v myšlení a také jeho vliv na ostatní psychické funkce (KUČEROVÁ, 2010).

Kognitivní příznaky – kognice = poznávání. Nejčastěji bývají postiženy pozornost, učení, paměť a exekutivní (řídící) funkce. Postupně vzniká kognitivní deficit, který může za selhávání v každodenních činnostech (v práci, s komunikací s ostatními, ve studiu). Špatně rozumí novým informacím, soustředit se, naplánovat si činnost a taky ji uskutečnit. Často se projevují současně s negativními příznaky (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014).

Afektivní – depresivní příznaky nebo- li poruchy nálady se mohou objevit kdykoliv v průběhu psychózy. Obvyklé jsou pocity zoufalství beznaděje, pokleslá

nálada – to je projevem deprese. Projevem úzkosti jsou stavy vnitřního napětí, neklidu, nejistoty, strachu a obav. Někdy se může objevit až mánie, což je nadměrně veselá nálada, vysoké sebevědomí a velmi zvýšená aktivita. Poruchy nálady mohou být prvotním příznakem psychózy, relapsu, či při odeznění ataky. Tyto příznaky je důležité nepodceňovat (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014).

Ostatní příznaky:

Paranoidita – vztahování různých situací na sebe. Když pacient cítí, že se něco děje a okolí se k němu chová jinak, má pocit, že za to může on.

Inkoherentní řeč – porucha větné stavby – tzv. slovní salát. Slova jsou srozumitelná, ale ve větě nedávají smysl.

Pseudofilozofování, plané mudrování – nemocný stále přemítá o smyslu života, co je dobro a co je zlo, či o náboženských věcech. Vše je plané, bez výsledku.

Vychudlé myšlení – odpovídání jednoslovně, nebo krátkými větami. Nemocný má omezenou slovní zásobu.

Úzkosti, anxieta – úzkosti bývají velmi časté, vnitřně prožívané, pro pozorovatele málo zřetelné a často vedou k sebevraždě.

Depresivní prožívání – na pacientovi je též málo viditelná, nemusí o ní mluvit a také může vést až k sebevraždě.

Emoční oploštělost, plochost – nemocný má oploštělý prožitek radosti, žalu, citu, schopnosti mít někoho rád, či mít silný vztah k něčemu, někomu. Jeví se laxe, chladně, bez zájmu.

Emoční ambivalence – nemocný v určitém okamžiku chce a zároveň nechce určitou věc. Je to porucha chtění a vůle.

Apatie – naprostý nezájem. Nemocnému je všechno jedno, sedí a neví co by měl dělat.

Emoční nepřiměřenost, nepřiléhavost – projevuje se tím, že nemocný radostně vypráví o věcech, které nejsou veselé, ale až morbidní. Často se u toho i směje. Např. o úmrtí v rodině, plánu spáchat sebevraždu nebo jiné nešťastné události.

Abulie, hypobulie – oslabená vůle, někdy až tak extrémně, že není schopen vstát z lůžka.

Automutilační a suicidiální aktivity – u schizofrenie velmi časté. Vznikají pod vlivem halucinací a bludů.

Porucha identity – Pacient cítí, že je někdo jiný, např. Bůh, nějaká slavná osobnost apod.

Psychomotorický neklid – nadměrná tělesná aktivita, pacient pobíhá bezúčelně sem a tam, nevydrží sedět (KUČEROVÁ, 2010).

Obvykle se dostávají k lékaři pacienti v akutní fázi, kdy je jejich osobnost silně narušena vlivem halucinací, bludů, dezorganizovaným myšlením a chováním. Nemocní jsou pod tímto vlivem mnohdy agitovaní, neklidní, agresivní a mívají suicidiální myšlení. Při takovém stavu je nutné, aby bylo přítomno více ošetřujícího personálu, který bude moci případný útok na sebe či okolí zvládnout a vyřešit. V akutním stavu bývají nutná fyzická omezení, kdy je převaha personálu oproti pacientovi alespoň 5:1. Fyzické omezení určuje lékař a platí u něj kontrola stavu pacienta v pravidelných intervalech, dle platných norem (ČEŠKOVÁ, 2012).

1.3 DIAGNOSTIKA

Přes velké pokroky v medicíně je i v dnešní době nejspolehlivější metodou pro diagnostiku schizofrenního onemocnění podrobné a pečlivé psychiatrické vyšetření. To se skládá z psychiatrické anamnézy a vyšetření psychického stavu. Laboratorní vyšetření a psychologické či neurofyzické metody slouží spíše k diferenciální diagnostice, nejsou však specifické pro jisté určení nemoci. V blízké době však můžeme očekávat nové možnosti diagnostiky pomocí zobrazovacích metod či zátěžových stimulačních testů (ČEŠKOVÁ, 2012).

V dnešní době existují dva systémy, které se nejvíce používají pro diagnostiku schizofrenie. První je 10. vydání mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Je nejrozsáhlejší a nejpoužívanější po celém světě. Druhým systémem je 5. vydání Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace (DSM-5) (PRAŠKO a kol., 2011).

Psychiatrická anamnéza je prvním vodítkem ke správné diagnostice onemocnění. Je vhodné připravit klidné a příjemné prostředí pro pacienta, protože v této části vyšetření má hlavní slovo on. Pacient může volně povídat o životních událostech, potížích, myšlenkách a pocitech tak, jak mu to vyhovuje. Kladou se spíše otevřené otázky, nebo věty pro povzbuzení. Výsledek anamnézy by měl obsahovat: identifikační údaje, současný problém, předchozí psychiatrickou anamnézu, léčbu a reakci na hospitalizaci (pokud byla), osobní anamnézu od dětství po současnost, somatickou a rodinou anamnézu (ČEŠKOVÁ, 2012).

Posouzení psychického stavu je již na lékaři a jeho umění sledovat a posoudit projev pacienta. Je to zhodnocení všech psychických funkcí a stanovení příznaků. Hodnotí se osm parametrů:

- 1) **vzhled a chování** – jestli je nemocný upravený, nebo na vzhled nedbá. Dále výraz obličeje, oční kontakt a pohybová aktivita.
- 2) **řeč** – srozumitelnost a rychlost
- 3) **vědomí a orientaci** – hodnocení stavu vědomí a orientace osobou, časem místem
- 4) **emotivita** – hodnocení nálady a afektivity – projev citů
- 5) **myšlení** – hodnocení formy (způsob řazení myšlenek) a obsahu (přítomnost bludů).
- 6) **vnímání** – iluze a halucinace – hodnocení, jak moc je jimi pacient ovlivněn.
- 7) **intelekt** – hodnocení způsobu vyjadřování, slovní zásoby, schopnosti abstraktního myšlení.
- 8) **paměť** – hodnocení krátkodobé a dlouhodobé paměti.

Ostatní součástí diagnostiky je somatické vyšetření pacienta, včetně neurologického. Na základě anamnézy a somatického vyšetření provádíme laboratorní testy, které dále slouží k monitorování léčiv v krvi. Psychologické vyšetření se zaměřuje na diferenciální diagnostiku osobnost versus psychóza. Slouží k tomu projektivní osobnostní testy (např. Rorschachův test). Dále se zjišťuje hloubka kognitivního deficitu pomocí standardizovaných neuropsychologických testů (ČEŠKOVÁ, 2012).

1.4 PRŮBĚH ONEMOCNĚNÍ

Jako samotné onemocnění i jeho průběh je velmi různorodý. Obvykle začíná v dospívání a časně dospělosti. Může začít dlouhým **prodromálním obdobím** (3-5 let), kde pozorujeme povahové změny, změny zájmu, sociální stažení, vztahovačnost a podobně. Tohle může rodina zpočátku chápat jako součást dospívání. Ze somatického hlediska se projevují neurčité bolesti hlav, zad a svalů, celková slabost a trávící potíže. Tyto potíže se postupně prohlubují, než dojde k propuknutí akutních příznaků – **ataka** (přítomnost pozitivních, negativních i kognitivních příznaků). Může začít jedinou epizodou a tou také skončit, při zavedení terapie. Bývá také akutní z plného zdraví, nebo jsou to opakující se ataky s různým stupněm funkčního postižení mezi **relapsy** (až 84 %). Pokud se nemocný chová tak, že by mohl ohrozit sebe či okolí, je nutná hospitalizace. Prvních 5–10 let je variabilita největší, další průběh bývá stabilnější (SEIFERTOVÁ a kol., 2008), (PRAŠKO a kol., 2011).

Často jsou kladeny otázky, jestli je nemoc vyléčitelná. Podobně jako hypertenzi, nebo diabetes mellitus lze úspěšně korigovat i schizofrenii. Záleží však na motivaci a spolupráci pacienta s lékařem. Ukazatelem nepříznivého průběhu mohou být genetické faktory, kognitivní poruchy, strukturální abnormity mozku, mužské pohlaví, mladší věk při začátku nemoci, pomalý rozvoj choroby, užívání návykových látek či nízká socioekonomická úroveň (SEIFERTOVÁ a kol., 2008), (PRAŠKO a kol., 2011).

Během nemoci se mění kontakt s nejbližšími, pacient ztrácí spoustu přátel, okolí na něj pohlíží jinak. Budoucnost vidí nejistě, cítí, že má nálepkou duševně nemocného – až 10 % nemocných nakonec spáchá sebevraždu. Po proběhlé atace je důležitá spolupráce a podpora od rodiny a pravidelné kontrolování nemocného lékařem, jako prevence relapsů.

1.5 TERAPIE

Pro léčbu schizofrenie se využívá účinků psychofarmak. Z velké části jsou to konkrétně antipsychotika I. a II. generace. Dnešní doba disponuje velký množstvím těchto preparátů s různým mechanismem účinku. Dokáží působit proti halucinacím a bludům, oživují nebo zklidňují motoriku, působí proti depresím, mániím i úzkosti. Často používané jsou i depotní formy těchto léčiv, které se podávají injekčně jen jednou za několik týdnů a mají tak dlouhodobý efekt. Doplňujícími metodami léčby je

psychoterapie, rehabilitační aktivity, v některých případech i elektrokonvulzivní terapie. Cílem léčby je dosáhnout vymizení příznaků – remise a uzdravení bez znovuvzplanutí onemocnění – relapsu (PRAŠKO a kol., 2011).

1.5.1 FARMACEUTICKÁ LÉČBA

Včasné zahájení terapie, pokud možno již ve fázi prodromálních příznaků, je klíčové pro prevenci propuknutí nemoci a manifestaci psychotických projevů. Od první ataky by měla léčba probíhat dva roky. Před vysazením léčby je nutno zhodnotit psychickou odolnost pacienta a jeho plány do budoucna. Riziko relapsu je největší v prvních týdnech a měsících od vysazení léčby. Velkou revolucí v psychiatrii v padesátých letech 20. století, znamenalo zavedení antipsychotik do léčby psychóz. Nemocnému přinášejí rychlou úlevu od příznaků nemoci a nepříjemných stavů s ní spojených. Pomáhají udržet dobrý funkční stav a bránit návratu nemoci, přičemž neovládají nemocného a nemění jeho osobnost. Kromě antipsychotik se jako přídatná medikace používají antidepressiva, anxiolytika, hypnotika, stabilizátory nálady, nebo také antiparkinsonika (PRAŠKO a kol., 2011).

Již zmiňovaná antipsychotika, jsou základem léčby a jsou považována za psychofarmaka první volby. Jejich mechanismem účinků je blokáda dopaminových receptorů D2 v určitých oblastech mozku. V akutní fázi je cílem odstranění především pozitivních příznaků (bludy, halucinace, nepřiměřené chování) a stabilizovat stav. V této fázi používáme tzv. Titrování dávky – postup, při kterém se nasazuje pacientovi nízká a dobře tolerovatelná dávka, která se postupně zvyšuje na doporučenou dávku tak, aby pacient nebyl dlouhodobě vystaven nežádoucím účinkům. Hlavními komplikacemi léčby může být vznik extrapyramidových příznaků, vzájemné působení psychofarmak a ostatních léků či kardiovaskulární problémy jako komorová fibrilace. Akatizie – syndrom neklidných nohou, je dalším z nežádoucích a velmi častých účinků (PRAŠKO a kol., 2011).

Antipsychotika I. generace (A1G) jsou účinná, spolehlivá v redukci pozitivních příznaků a zkracují délku psychotické epizody. Tlumící a pacifikující efekt mají sedativní A1G. Jsou výhodná také pro jejich dostupnost ve více lékových formách, jako jsou tablety, injekce, kapky. Účinkují rychle u agitovaných pacientů, nebo dlouhodobě při podání depotní injekce. Tato antipsychotika však nemají pozitivní vliv na negativní příznaky, naopak mohou zhoršit jejich projev – až 50 % nemocných trpí

reziduálními příznaky. Právě ony jsou příčinou vzniku extrapyramidového syndromu. Mezi zástupce patří: *Plegomazin, Tisercin, Chlorprothixien, Cisrdinol (akutard i depot), Moditen depot, Haloperidol (i jako decanoat)* (PRAŠKO a kol., 2011).

Antipsychotika II. generace (A2G), nebo-li atypická antipsychotika se oproti A1G vymezují především dobrou snášenlivostí a používají se k udržovací léčbě. Jsou účinná i na negativní, afektivní a kognitivní příznaky. Mohou však vyvolávat poruchy glycidového a lipidového metabolismu, poruchy srdečního rytmu nebo zvýšení hmotnosti. Nejstarší A2G je Clozapin, který však může tvořit změny v krevním obrazu, jiné antipsychotikum II. generace jako např. Risperidon může zvyšovat hladinu prolaktinu. Proto jsou vhodné pravidelné laboratorní odběry. I u těchto antipsychotik nacházíme více forem užití, a to jak tablety, tak i injekce akutní, depotní, kapky, nebo rychle rozpustné tablety v ústech. Zástupci antipsychotik II. generace jsou: *Leponex, Abilify, Solian, Zyprexa, Invega, Quetiapin, Risperdal, Serdolect, Dogmatil, Zeldox, Zoleptil* (PRAŠKO a kol., 2011).

Pokud jsou v klinickém obraze přítomny depresivní příznaky, tak se jako přídatná farmaka používají **antidepresiva**. Ty mají široké využití při současně probíhající depresi či úzkosti. Zde je nutné zohlednit možnost vzájemného působení s antipsychotiky, kdy mohou zvyšovat plazmatické koncentrace jedné, nebo druhé látky. Dalším typem léčiv jsou **benzodiazepiny**, které v kombinaci s antipsychotiky potencují jejich účinek. Podávají se často v počátcích léčby pro úzkost, psychotický neklid, či nespavost. **Stabilizátory nálady** mohou také v kombinaci s antipsychotiky příznivě ovlivňovat průběh onemocnění, a to zejména při agresivním, impulsivním a manickém jednání (Lithium, Valproát). **Anticholinergika** (antiparkinsonika) se používají ke kontrole extrapyramidového syndromu, zejména při podávání A1G (PRAŠKO a kol., 2011).

1.5.2 PSYCHOTERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY

Do dlouhodobého terapeutického plánu řadíme také plán psychoterapeutický a psychosociální. Cílem těchto plánů je předejít relapsu a vrátit sociální jednání jedince, pokud možno na premorbidní úroveň.

Psychoedukace je technika, která má usnadnit adaptaci na nemoc. Důkladně informuje pacienta a jeho příbuzné o povaze nemoci, její léčbě a učí je dovednostem pro zvládání schizofrenie. Deficit těchto informací je mezi pacienty a jeho blízkými

zpočátku obrovský. Klinické studie však prokazují, že psychoedukační programy znatelně snižují počty relapsů u nemocných. Psychoedukace je nejefektivnější po propuštění, protože nejsou přítomny příznaky nemoci, a tak se na ni mohou pacienti plně soustředit. V ČR vznikl pod názvem PREDUKA – PREventivně EDUKAční program proti relapsu psychózy. Program trvá šest hodin a je určen pacientům a jejich blízkým. Provádí se formou školení, přednášky o nemoci. Často používaným je i program ITAREPS – Information Technology Aided Relapse Prevention Program. Pomocí mobilního telefonu se týdně zasílá desetibodový dotazník vyplněný pacientem a jeho blízkými. Pokud ve vyskytnou prodromy, ITAREPS zasílá automatickou varovnou sms psychiatrovi pacienta, který dál kontaktuje nemocného a eventuálně mění medikaci (SEIFERTOVÁ a kol., 2008).

Podpůrná psychoterapie je nezanedbatelnou součástí terapie a jejím cílem je navázání terapeutického vztahu, vytvoření rovnováhy v duševním životě, vstřebání psychotického prožitku a obnovuje kontakt s realitou. V akutní fázi je zaměřeno na reálné okolí pacienta a obnovu kontaktů s jeho rodinou a blízkými. V dlouhodobější terapii se pacient učí mít kontrolu nad svým vnímáním, představami, myšlenkami, emocemi a chováním. Terapeutem je většinou ošetřující psychiatr nebo psycholog. Provádí se buď mezi čtyřma očima nebo ve skupině, což má své výhody i nevýhody, a proto by si měl pacient sám vybrat (SEIFERTOVÁ a kol., 2008), (PRAŠKO a kol., 2011).

Kognitivně behaviorální terapie se provádí při dlouhodobém přetrvávání psychotických příznaků jako jsou halucinace a bludy, a také u farmakorezistentních pacientů. Spolupráci při tomto druhu terapie může ovšem komplikovat nedostatek pacientova náhledu, a špatná spolupráce. Cílem je snížit míru nepohody a snížit také vliv na jednání. Pacient se učí odvádět pozornost pomocí vlastních komentářů, nebo jiné techniky odvedení pozornosti (SEIFERTOVÁ a kol., 2008), (PRAŠKO a kol., 2011).

Kognitivní rehabilitace se zaměřuje na trénink řízení a koordinace poznávacích funkcí jako je paměť, učení, pozornost a vybavování. U schizofrenního onemocnění se objevují problémy s plánováním, zahájením a načasováním všelijakých činností a přizpůsobením se různým situacím. Hlavní složkou rehabilitace je rozčlenění složitých úloh a problémů na dílčí a jejich postupné řešení. Příkladem je IPT

– Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty. Skládá se z pěti modulů a postupuje se od nejjednodušších po nejsložitější. Trénink probíhá ve skupinách a členové si navzájem pomáhají. Využívá se také rehabilitace pomocí počítačových programů (SEIFERTO VÁ a kol., 2008), (PRAŠKO a kol., 2011).

Nácvik sociálních dovedností se zaměřuje na pomoc pacientům správně interpretovat a reagovat na dění v sociálním poli. Pro mnoho nemocných může být těžké řešit mezilidské problémy všedního dne, jako třeba nesouhlasit s názorem jiných, pozvat blízkého člověka „na rande“, nebo odmítnout alkohol. Důsledkem může být prohlubování sociální izolace (SEIFERTO VÁ a kol., 2008), (PRAŠKO a kol., 2011).

Sociální rehabilitaci pacienti využívají v přechodu mezi hospitalizací a ambulantní péčí. Jsou to např. denní stacionáře, kde se navazuje na plán zformovaný při hospitalizaci. Dále jsou to podpůrné organizace, kluby, chráněná bydlení a dílny. V pracovní terapii získávají kreativní a jiné dovednosti. Zajímavé jsou i arteterapie a muzikoterapie (SEIFERTO VÁ a kol., 2008), (PRAŠKO a kol., 2011).

Zaměstnání s podporou a chráněné bydlení jsou komunitní služby. Jejich cílem je umožnit nemocným se schizofrenií žít mimo nemocnici, v jejich vlastním prostředí. Osobní asistent se stará o psychiatrické a sociální služby jako je např. přechod z lůžka do domácího prostředí, účast pacienta v komunitních programech v místě bydliště a dohled nad kvalitou služeb. **Zaměstnání s podporou** preferuje „nejdříve zaměstnat a potom trénovat“, oproti standardu „trénovat a poté zaměstnat“. Zjistilo se, že tahle metoda klade nižší nároky na pacienta, podporuje ho a přítomnost osobního asistenta při tréninku, zlehčuje adaptaci na zaměstnání. Díky tomu jsou schopni v zaměstnání také setrvat. **Chráněná bydlení** zajišťují důstojné a cenově dostupné ubytování. V současné době se preferuje model, který je založen na spolupráci mezi osobním asistentem a provozovatelem „normálního“ bydlení. Nalézají pro pacienta bydlení odpovídající jeho potřebám, tím se zvyšuje kvalita jeho života a zkracuje doba hospitalizace (SEIFERTO VÁ a kol., 2008).

1.5.3 JINÉ LÉČEBNÉ METODY

Elektrokonvulzivní terapie (EKT) spočívá v průchodu elektrického proudu mozkem a podstatou je vyvolání stavu, připomínající epileptický záchvat (viz. příloha A). Má širokou indikaci a nejúčinnější je u deprese, psychózy a u rizika sebevražedného jednání. Její účinky jsou časově omezené. Obvykle se aplikuje 6-12

zámkrořů, 2-3x třdně. Mezi její nežádoucí účinky patří dezorientace, která po chvíli odezní, anterográní amnézii (neschopnost utvářet nové vzpomínky, starší vzpomínky jsou zachovány), která odezní po léčbě. Nežádoucí účinky se mohou eliminovat typem proudu, nejnížším množstvím energie, frekvencí podávání a umístěním elektrod. Je účinná u nemocných, kteří nereagují na jinou léčbu, u lidí s vysokým rizikem sebevraždy, nebo u gravidních pacientek (PRAŠKO a kol., 2011), (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014).

Pro kvalitní léčbu schizofrenie je v neposlední řadě důležitá compliance (spolupráce) nemocného s radou lékaře nebo zdravotnického profesionála. Spolupráce je velmi těžko měřitelná. Nejsnažší je pravidelný kontakt s pacientem a jeho rodinou, kdy zjišťujeme jeho změny v chování a jestli dodržuje léčebný režim včetně užívání léků. K měření míry compliance existují specifické škály: MARS – Medication Adherence Rating Scales, BARS – Brief Adherence Rating Scale, DAI – Drug Attitude Inventory. Další možností je laboratorní kontrola lékových hladin. Pro dobrou spolupráci ve vztahu lékař - pacient je důležitá erudovanost lékaře a také ohled na ekonomickou situaci pacienta. Ne všechny léky jsou finančně dostupné pro všechny pacienty (ČEŠKOVÁ, 2012).

1.6 INCIDENCE, PREVALENCE, PROGNÓZA

Počer nových případů onemocnění, tedy incidenci, je velmi obtížné určit. Často má velmi plíživý začátek. Proto se nový případ definuje první návštěvou psychiatra pro schizofrenní příznaky. U obou pohlaví je stejná, tj. 2–4 případy na 10 000 obyvatel ročně (PRAŠKO a kol., 2011).

Prevalence je udávána v rozmezí 1–1,5 %, takže diagnostická kritéria splňuje přibližně jeden člověk ze sta. Vyskytuje se u obou pohlaví stejně, jen u mužů dříve (15–25 let) a u žen později (25–35 let). Nejspíše vlivem hormonu estrogenu na dopaminergní systém, jsou ženy méně často hospitalizovány a lépe fungují v sociální oblasti (SEIFERTOVÁ a kol., 2008).

U schizofrenního onemocnění je mnohem vyšší mortalita a riziko sebevražděného jednání. Až polovina nemocných se během života pokusí o sebevraždu. Z toho 10–13 % zemře pro dokonané suicidium. Největší počet schizofreniků se nachází v nejnížších sociálních a ekonomických třídách. Pro příznivou

prognózu je důležité včasné odhalení nemoci a spolupráce nemocného i blízkých s odborníky. Náhlý začátek a přítomnost pozitivních příznaků je také faktorem pro úspěšnou léčbu. Také větší osvěta společnosti a vymizení stigmat o onemocnění mohou přispět k úspěšnější léčbě (PRAŠKO a kol., 2011).

Méně příznivou prognózu mají pacienti, kteří současně zneužívají některou návykovou látku. Z údajů vyplývá, že asi polovina schizofreniků zneužívá alkohol. Kuřáctví ovlivňuje metabolismus antipsychotik a užívá si ho cca $\frac{3}{4}$ nemocných. Ani plíživý začátek a přítomnost spíše negativních příznaků léčbě nepřispívá (PRAŠKO a kol., 2011).

1.7 RIZIKOVÉ FAKTORY A PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ

Mezi negenetické rizikové faktory řadíme: migrační status, přítomnost protilátek proti toxoplasmóze, starší otcové, život ve městě, narození v ročním období jaro/zima, období dospívání, dlouhodobé užívání kanabisu a hladovění v období gravidity (ČEŠKOVÁ, 2012).

Důležitou roli hrají hlavně sociální faktory. Lidé žijící v industrializovaných zemích, ale v nízkých sociálně ekonomických třídách jsou častěji hospitalizováni pro rozvoj schizofrenie než lidé žijící na vesnicích. Příčinou může být právě socioekonomická deprivace. Zvýšený stres imigrantů při začlenění se do nové kultury a života v cizí zemi je také silným rizikovým faktorem pro rozvoj schizofrenie. To bylo zpozorováno především u afrokaribských imigrantů do Velké Británie (ČEŠKOVÁ, 2012).

Primární prevence dosud není známá, zkoumá se však včasný farmakoterapeutický zásah u rizikových jedinců (např. s vysokou genetickou zátěží) již ve fázi prodromů, nebo před první manifestací psychotických projevů. Cílem je snížit trvání neléčené psychózy, zmírnit nebo odbourat prodromální příznaky a tím oddálit psychotické projevy a propuknutí schizofrenie se všemi důsledky (ČEŠKOVÁ, 2012).

Sekundární prevence je velmi důležitá. Označujeme ji jako prevenci relapsu. Tu zajišťuje dlouhodobá léčba antipsychotiky a psychoterapeutický přístup v různých formách, individuálně pro pacienta. Depotně se používají antipsychotika I. Generace a perorálně antipsychotika II. generace. Ne vždy se řeší relaps hospitalizací pacienta

(zejména při jeho včasném rozpoznání), pokud však propukne v exacerbaci, rehospitalizace je nutná. Sekundární prevence je ze sociálního pohledu zaměřena na vyjádřené emoce nemocnému od jeho nejbližších. Nadměrně vyjádřené emoce v pozitivním i negativním smyslu mají špatný vliv na efekt antipsychotické léčby a objevuje se vyšší výskyt relapsů (ČEŠKOVÁ, 2012).

Nejčastější varovné příznaky relapsu jsou: pocit nepohody, nervozity a napětí; nadměrné vzrušení, předrážděnost a popudivost; nespavost či příliš mnoho spánku; sociální stažení a uzavírání se do sebe; úzkost; deprese; pocit neschopnosti; zhoršení paměti; váhavost při rozhodování se v maličkostech; pseudofylosofování, až přítomnost pozitivních příznaků (PRAŠKO a kol., 2011).

2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA SE SCHIZOFRENIÍ

Pro ošetrovatelskou péči u schizofrenie je nutný individuální přístup, protože každá psychóza a její projevy jsou velmi rozmanité. Navázání terapeutického vztahu je základním předpokladem pro úspěšnou péči. V akutní fázi to může být nelehký úkol, avšak v dlouhodobé péči je tento pozitivní vztah nezbytný k úspěšnosti poskytovaných intervencí. Sestra musí pochopit pacientovo vnímání světa a přizpůsobit se mu (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014).

Mezi základní prvky terapeutického vztahu patří:

Akceptování – sestra přijímá pacientovo chování a vnímání světa, přitom reaguje na pacienta tak, aby si zachovala objektivitu.

Autentičnost – působení na pacienta musí být orientováno na realitu a zároveň má být upřímné a otevřené. Sestra se vyhýbá neupřímnosti, dvojsmyslům a vynechává emoční podtón v komunikaci, protože na tohle jsou pacienti zvýšeně citliví.

Uvědomění – chování pacienta vychází z chorobného podkladu a toho si musí být sestra vědoma. Jeho chování tedy nemůže chápat jako provokaci, lenost či neochotu (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014).

Při ošetřování nemocných v akutním stavu, nebo remisi, kdy je přítomna bludná produkce, halucinace a inkoherentní myšlení, jsou na zdravotnický personál kladeny nároky na profesionalitu a komunikační dovednosti. Z ošetrovatelského pohledu je dále popsán přístup v různých situacích s psychotickým pacientem (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014).

2.1 ZÁSADY PŘÍSTUPU K AGRESIVNÍMU PACIENTOVI

Agresivní pacienti nemají náhled na nemoc, odmítají pomoc personálu a brání se jí. Pod vlivem bludné produkce může dojít k napadení sebe nebo ostatních včetně personálu. Proto by měl zdravotnický personál rozpoznat signály, které vedou k agresi a učinit preventivní opatření (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014).

Neklid se označuje jako stav zvýšené pohybové aktivity, která se postupně zvětšuje od přešlapování, podupávání, zvýšené gestikulace až po celkový výrazný neklid. Pokud se

tento stav opakuje, nebo trvá dlouho, mluvíme o agresi. Nemocný se snaží někoho zastrašit, něčeho se zmocnit, nebo získat požadovanou věc. Autoagrese je zaměřená vůči sobě samému. Heteroagrese je zaměřena na vše ostatní. Agrese se dělí tři stupně:

1. *Nepřátelství* (hostilita) - nejnižší stupeň agrese. Pozorujeme zatím jen jeho antipatie, které dává zřetelně najevo.
2. *Verbální agrese* – druhý stupeň agrese. Může být přímá, kdy je pacient vulgární, nadává sestře a uráží ji. Při nepřímé agresi pacient telefonuje a nebo píše dopisy. Může si také jen představovat, že někomu nadává a tím způsobem zároveň ventiluje své pocity.
3. *Brachiální agrese* – třetí stupeň agrese. Je to fyzická agrese zaměřena na věci nebo živé tvory (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014).

Hlavním úkolem pro všeobecnou sestru při zvládnání neklidného, agresivního pacienta je toto chování rozpoznat, předcházet jeho rozvoji a zajistit bezpečnost po pacienta i jeho okolí. Pro zklidnění nemocného během akutní fáze se často využívá fyzického omezení dle zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách.

Fyzicky omezit lze jako:

- umístění pacienta do místnosti určené k bezpečnému pohybu
- omezení pohybu ochrannými pásy nebo kurty
- ochranný kabátek nebo vesta zamezující pohybu horních končetin
- psychofarmaka
- kombinace výše uvedených (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014).

2.2 ZÁSADY PŘÍSTUPU K PACIENTOVI S HALUCINACEMI

Vnímání neverbálních projevů pacienta pomáhá sestře reagovat na pacientovi potřeby. Nemocný se může projevovat hlasitým smíchem, grimasováním, samomluvou, může si zacpávat uši, používat různá gesta a podobně. Podle tohoto chování sestra přizpůsobuje svou neverbální komunikaci (tón hlasu, vzdálenost od pacienta, gesta) aby se minimalizovala bariéra mezi pacientovým a reálným světem (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014).

Vytvoření vztahu důvěry následně zjednodušuje zvládnání situací, kdy nad sebou pacient ztrácí kontrolu. Schizofrenici mohou být podezřívaví a nedůvěřiví, proto se

podávají informace jednoduše a srozumitelně s profesionálním chováním, čímž se zároveň sestra snaží získat pacientovu důvěru (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014).

Sestra zaujímá k pacientově vnímání reality postoj takový, že ho chápe, jeho psychotické prožitky mu věří, ale nesdílí je a realitu vnímá jinak. Tím posiluje vědomí reality. K tomu mohou také přispět: dobře zvolený dotek, vhodný tón hlasu a řeči, podpora v činnostech spojených s realitou a rozhovory o jeho pocitech (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014).

2.3 ZÁSADY PŘÍSTUPU K PACIENTOVI S BLUDNOU

PRODUKCI

Naslouchání a vhodná komunikace je nezbytná pro zachování si pozitivního terapeutického vztahu s pacientem. Sestra naslouchá a reflektuje to, co pacient říká, čímž nepotvrzuje pravdivost jeho myšlenek. Dává mu tím pouze najevo, že ho bere vážně a snaží se mu pomoci vrátit ho do reality. Pacient s bludnou produkcí je citlivý na úškleby, nevhodná gesta a dvojsmysly. Může je špatně interpretovat a tím ztratit důvěru k sestře. Pacientovo přesvědčení nevyvrací ani nepotvrzuje, ale soustředí se na jeho pocity. Podaří – li se sestře získat pacientovu důvěru, může přesměřovat jeho pozornost k jeho koníčkům, zájmům a tím napomoci k návratu do reality (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014).

Pacienta uzavřeného do sebe sestra aktivizuje k vykonávání denních aktivit a sebeképi (hygiena, stravování). Při výkonu jakékoliv činnosti je vhodné pacienta pochválit, nebo povzbudit, může to být pro něj motivace k dalším činnostem (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014).

Mutismus je ztráta řeči po duševním úrazu, může to být forma útěku. Při kontaktu s takovým pacientem nesmí personál rezignovat na kontakt s nemocným. Vhodnou metodou kontaktu je tzv. preterapie. Vychází z Rogersova přístupu a je založena na zrcadlení. Smyslem je, že personál pro navázání komunikace používá to, co na pacientovi vidí. Např. „Vidím, že jste se dneska dobře vyspala, máte růžové tváře. Díváte se z okna, dnes tam hodně fouká vítr“. Důležitá je trpělivost a pozitivní, optimistický přístup k nemocnému (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014).

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S PARANOIDNÍ SCHIZOFRENIÍ

Ošetrovatelský proces je cyklický, stále se opakující děj, zaměřený na potřeby člověka s cílem zmírnění problémů. Je to systematická a racionální metoda využívaná všeobecnými sestrami a ostatními členy zdravotnického týmu pro plánování a poskytování ošetrovatelské péče.

Skládá se z pěti kroků, které se neustále přizpůsobují aktuálnímu zdravotnímu stavu nemocného. Prvním krokem je posuzování – zahrnuje sběr informací a třídění údajů o pacientovi. Druhým krokem je diagnostika, kde se vyhodnocují pacientovy potřeby a formulují se ošetrovatelské diagnózy. Plánování je třetí krok ošetrovatelského procesu. Zde se formuluje cíl, stanovují se výsledná kritéria a zapisují se ošetrovatelské intervence. Ve čtvrtém kroku – realizace – se vykonávají naplánované ošetrovatelské intervence a výkony se zaznamenávají do dokumentace. Pátým a posledním krokem je hodnocení. Jeho cílem je vyhodnotit rozsah dosažení stanovených cílů (SYSEL a kol., 2011).

Ošetrovatelský proces byl vypracován u pacientky s diagnózou paranoidní schizofrenie, hospitalizované v Psychiatrické nemocnici Kroměříž na ženském uzavřeném oddělení.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Tabulka 1 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: A.M.	Datum přijetí: 11. 09. 2016
Rodné číslo: -----	Oddělení: uzavřené ženské
Datum narození: 0. 0. 1952	Typ přijetí: akutní
Věk: 65 let	Účel příjmu: terapeutický
Pohlaví: žena	Ošetřující lékař: MUDr. K.D.
Stav: rozvedená	Psychiatrická ambulance: MUDr. J.N.
Adresa: Hodonín	Praktický lékař: MUDr. L.M.
Svéprávnost: omezena	Číslo pojišťovny: 111
Státní příslušnost: ČR	Příbuzný: dcera T.M.
Zaměstnání: invalidní důchodkyně	Adresa příbuzných: Hodonín
Vzdělání: odborné učiliště - vyučena	Kontakt: -----

Zdroj: autor

Důvod přijetí udávaný pacientem:

Čeká dvacerčátka. Neví, proč byla na operaci. „Kristýnko, mohla bys mi dát ty normální vložky? Já nemám." Je v Kroměříži a má spoustu dětí. Všichni zaměstnanci jsou její děti a ona platí léčebně multaextratrilion denně, na útratu. Přála by si 500 korun českých každý den.

Medicínská diagnóza hlavní:

F200 Paranoidní schizofrenie

Medicínské diagnózy vedlejší:

Hypertenze, Chronická ICHS comp., Diabetes mellitus 2.typu kompenzován dietou, Hypothyreosis v substituční léčbě, Chronická obstrukční choroba plicní, Cholecystolithiasa, St.p. Konizaci pro Ca in situ 9/2012, Vertebrogenní algický syndrom lumbální páteře.

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ 11. 9. 2016

Tabulka 2 Vitální funkce při přijetí

TK: 128/93 torrů	Výška: 158 cm
P: 85/min	Hmotnost: 68 kg
D: 20/min	BMI: 27,24 - nadváha
TT: 36,6 °C	Pohybivost: mobilní
Krevní skupina: A+	Stav vědomí: lucidní

Zdroj: autor

Nynější onemocnění:

Pacientka opakovaně přijata do Psychiatrické nemocnice z gynekologického oddělení nemocnice Kroměříž, kde byla hospitalizována pro zákrok na děložním čípku – konizace. Při přijetí lucidní, orientovaná místem a osobou, časem nepřesně, nálada lehce elevovaná, emotivita aplanovaná, myšlení přací, stereotypní, bludné obsahy, zejména megalomaničké, extrapotenční, originární bludy, blud gravidity, vnímání zkreslené audio–vizuálními halucinacemi, asuicidiální, osobnost s psychotickým defektem, reziduum, farmakorezistence. Při vyšetření odbržděná, logoroická, prakticky neusměrnitelná.

Informační zdroje:

Pacientka, ošetrovatelská a lékařská zdravotnická dokumentace, nemocniční informační systém, vlastní pozorování.

ANAMNÉZA**Rodinná anamnéza:**

Matka: zemřela v 72 letech na karcinom ledvin

Otec: zemřel v 56 letech na infarkt myokardu

Sourozenci: nemá

Děti: 3 děti

Osobní anamnéza:**Překonané a chronické onemocnění:**

Hypertenze st. III dle WHO, Chronická ICHS, Diabetes mellitus 2. typu na dietě, Chronická obstrukční plicní nemoc

Hospitalizace a operace:

30. hospitalizace v PNKM, st.p. operaci štítné žlázy pro nádor 3/1979, st.p. Konizaci pro Ca in situ 9/2012

Úrazy:

St.p. zlomenině III. a IV. žebra vlevo

Transfuze:

doposud žádné

Očkování:

běžná povinná

Léková anamnéza:**Tabulka 3** Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Euthyrox 50 µg	Tbl.	50 µg	1 tbl. v 6 hod.	Hormon štítné žlázy
Lokren 20 mg	Tbl.	20 mg	½-0-0	betablokátor
Detralex	Tbl.	500 mg	2-0-0	venofarmakum
Helicid 20 mg	Tbl.	20 mg	1-0-0	Inhibitor protonové pumpy
Jovesto 5 mg	Tbl.	5 mg	1-1-0	antihistaminikum
Cisordinol 25 mg	Tbl.	25 mg	1-1-1	antipsychotikum
Leponex 100	Tbl.	100 mg	1-1-2	antipsychotikum

mg				
Tisercin	Tbl.	25 mg	2-2-2	antipsychotikum
Muconasal Plus	nosní sprej	1,18 mg/ml	1-1-1 vstřík do každé nosní dírky	otorhinolaryngologika
Tisercin	Inj. sol.	25 mg/ml	Při neklidu, halucinacích	antipsychotikum
Fluanxol depot	Inj. sol.	20 mg/ml	1x/3 týdny	Depotní antipsychotikum
Nimesil	Gra. sus.	100 mg	Při bolesti zad	Nesteroidní antirevmatikum
Paralen	Tbl.	500 mg	Při TT nad 37,5 °C	antipyretikum
Protifar	Plv. sol.	225 g	2-2-2	Potravina pro zvláštní lékařské účely

Zdroj: autor

Alergologická anamnéza:

Léky: neguje

Potraviny: nic ostré, kyselé, bez citrusů

Chemické látky: neguje

Abúzy:

Alkohol: nepije vůbec

Kouření: ano 5-10 cigaret/den

Káva: 1x/den (podle režimu oddělení)

Jiné návykové látky: drogy či jiné omamné látky neužívá

Gynekologická anamnéza:

Menarche: ve 14 letech

Porod: 3 porody

UPT: žádné

Menopauza: v 51 letech

Potíže klimakteria: v té době měla návaly. V roce 2012 operace – konizace Ca in situ

Samovyšetřování prsou: neprovádí

Mamografie: Leden 2017 (bez patologického nálezu)

Poslední gynekologická prohlídka: Únor 2017

Sociální anamnéza:

Stav: rozvedená

Bytové podmínky: Dlouhodobě hospitalizovaná v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži.

Vztahy, role a interakce v rodině:

Pacientka má 3 dcery, které s ní jsou v kontaktu. Je rozvedená, bývalý manžel a tchýně ji fyzicky a psychicky týrali.

Vztahy, role a interakce mimo rodinu:

Z důvodu dlouhodobé hospitalizace v PNKM má pacientka přátele jen v rámci nemocnice. Navštěvuje klub, kde mohou pacienti trávit volný čas četbou, malováním, hraním na nástroje, nebo zpěvem.

Záliby:

Nemocná nejraději tráví čas vymalováváním mandal či obkreslováním obrázků podle šablony (viz. příloha B). Ráda píše osudy, rady, sepisuje své hrdinské činy a proměňuje různé předměty.

Volnočasové aktivity:

Volný čas vyplňuje svými zálibami, chodí na procházky po areálu, jednou za týden si jde nakoupit do bufetu a po zbytek dne sedí u stolu a maluje si. Je samotářská.

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: vyučena

Pracovní zařazení: invalidní důchodce

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: nelze zjistit, nyní má ID/III.

Ekonomické podmínky: Pacientce chodí každý měsíc invalidní důchod. Opatrovník povolil 500,- Kč na týden. Z toho si nakupuje toaletní papír, kapesníky, pochutiny a cigarety.

Spirituální anamnéza:

Pacientka není duchovně založena. Životními hodnotami jsou pro ni spravedlnost a čestnost. Má svoje pravdy, o kterých je přesvědčena.

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 7. 2. 2017

Tabulka 4 Popis fyzického stavu

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM:	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:
Hlava a krk:	„Dáš mi prosím kapesníčky? Skalpovali mě a kostili mě. Hlavu a krk mi nechali.“	Lebka: Hlava poklepově nebolestivá, ameningeální, normocefalická. Oči: Ve středním postavení, zornice izokorické, spojivky růžové, bez zánětu, skléry bílé, anikterické. Uši a nos: Zvýšená sekrece z nosu, zarudnutí pod nosem. Uši bez výtoku. Naslouchadlo nepoužívá. Kůže na tváři bledá, rty souměrné bez ragád. Dutina ústní: Jazyk plazí středem, bez povlaku. Přítomný zápach z úst, sliznice dostatečně hydratovaná. Chrup po několika extrakcích. Krk: Na krku zhojená jizva po operaci štítné žlázy, ta nezvětšena. Bez zvýšené náplně krčních žil, kvalitní pulzace karotid na obou stranách.
Hrudník a dýchací systém:	„Trochu kašlu Lukinko, na vycházce jsem se obětovala a 10x skákala pod vlak.“	Hrudník: Symetrický bez deformit s ohraničenými zarudlými kožními ložisky. Prsa bez patologických změn. Dýchání: Ztížené dýchání, 24 dechů/minutu, slyšitelné chrapoty, místy kašel s expektorací. SpO ₂ 94 %.

		Pacientka je kuřačka – 5 cigaret/den
Srdečně cévní systém:	„Občas mě bolí srdíčko, Táníčka se dlouho neozvala.“	Srdeční akce: Pravidelná, frekvence 78/minutu. TK 138/76 torrů. Puls je snadno hmatatelný na horních i dolních končetinách. HKK: Jsou bez otoků, kůže je suchá, prsty jsou chladné. DKK: Jsou bez otoků, chladné, suché s velmi slabým ochlupením.
Břicho a GIT:	„Ano, v noci mě trávili savolem, oslepolem a oblbolem, proto mě bolí břicho. Já jim říkala ať to nedělají. Dáš mi ten sladkej sirup?“	Břicho: Souměrné, prohmatné, palpačně mírně bolestivé na levé straně, peristaltika přítomna. Játra, slezina a pankreas nezvětšené. Defekace: Stolice nepravidelná, poslední před čtyřmi dny.
Močový a pohlavní systém:	„Mám nárok na sladký sirup a nebolí mě čurání. Dáš mi deset vložek?“	Ledviny: Tapotement oboustranně negativní. Moč slámově žlutá, bez makroskopické hematurie a jiných příměsí. Při bakteriologickém vyšetření moče zjištěna přítomnost Escherichia coli. Genitál ženský.
Kosterní a svalový systém:	„Dnes mě bolí klouby, to je z toho jak mě v noci skalpovali. Opékali mě nohu jak špekáček jednu i druhou, vložkama s benzínem a lihem až po kolena.“	Pohyb aktivní, omezený vertebrogenním algickým syndromem lumbální páteře. Záda shrbená, přítomnost drobných deformit přiměřených věku. Svalový aparát – normotonus. Přítomna bolestivost kloubů.
Nervový systém a smysly:	„Za moje obětování mám nárok na 500,- Kč na den a to multaexvadrilionkrát.“	Při vědomí. Orientovaná místem a osobou, časem nepřesně. Čich a sluch bez patologie. Zrak

		kvalitní, brýle nepoužívá. Porucha krátkodobé i dlouhodobé paměti. Realitu postihuje částečně.
Endokrinní systém:	„Ne Lukinko, žádnou cukrovku nemám, můj obrovský rod je čistý jak dušička té osoby, jak nejčistší psychiatrické pracovní prádlo.“	Polynodózní struma (nález USG vyšetření z 23.1.2017). V r.1979 operace štítné žlázy pro nádor. Diabetes Mellitus II.typu kompenzován dietou. Dne 7.2.2017 v 6,00 hod. glykemie 14,1 mmol/l.
Imunologický systém:	„Oni tady pořád kašlou, za to můžou oni, že kašlu.“	Lymfatické uzliny mírně zvětšeny. Časté infekty horních dýchacích cest. Alergie neguje. TT v 6,00 hod. 37,4 °C.
Kůže a její adnexa:	„Ne nebolí mě to, už se to hojí, včera mi to dělala Janička.“	Kůže bledá, na akrech chladná, okolo rtů mírně cyanotická, turgor snížený. Bez otoků. Na kůži v oblasti hrudníku, zad a stehen kruhová, suchá, narůžovělá ložiska. Defekt na levé dolní končetině v oblasti kotníku 2x3 cm. Mírně povleklý, okolí rány lividní, suché. Ochlupení přiměřené ženskému pohlaví, na dolních končetinách velmi slabé ochlupení. Vlasy krátké, čisté. Nehty čisté upravené. Jizva v oblasti štítné žlázy- st.p. operaci.

Zdroj: manuál školy

Poznámky z tělesné prohlídky: Během tělesné prohlídky a sběru dat nemocná odpovídá neadekvátně. Při měření fyziologických funkcí spolupracuje.

Tabulka 5 Aktivity denního života

Aktivity denního života			
OBLAST:		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:
Stravování:	doma	nelze hodnotit	nelze hodnotit
	v nemocnici	„Můžu jíst co chci, žádnou cukrovku nemám, můj rod je čistý. Na svačinku mi dej tu anglickou a škvarkovou pomazánku co mám v lednici.“	Dieta 9 – diabetická. Váha: 74 kg, BMI: 29,6 - nadváha. Pacientka vybírává v jídlu, z podané stravy sní jen něco, nebo celou porci vyhodí do koše. Argumentuje tím, že nebude jíst otrávené jídlo. Kupuje si sladké sirupy, sladkosti a uzeniny. Nedodrží dietní opatření. Odmítá užít podané léky, protože jí dáváme „oblboly a oslepolý“. Snaží se je schovávat, plive je za sebe. Z anamnézy nesmí přijímat citrusy, nic ostrého a kyselého.
Příjem tekutin:	doma	nelze hodnotit	nelze hodnotit
	v nemocnici	„však víš, že mám ráda ty sirupy co mi pořád zakazujete. Piju dost, ten hořkej čaj mi nechutná.“	Denně vypije asi 2 litry tekutin. Každý den 1x káva. Pacientka vyžaduje sladké tekutiny, kupuje si sirupy nebo limonády.
Vylučování moče:	doma	nelze hodnotit	nelze hodnotit
	v nemocnici	„Holky mě budí v noci, jinak bych se počůrala. Mám nárok na 10 vložek denně za své obětavé činy.“	Močí spontánně na WC. Moč slámově žlutá, bez makroskopické hematurie. Dysurie nejuje. V noci inkontinentní – buzena na

			močení.
Vylučování stolice:	doma	nelze hodnotit	nelze hodnotit
	v nemocnici	„Na velkou se mi chodí špatně, asi jednou za 3 dny, vše pak proměňuji ve zlato. Napsala jsem i radu na kvalitní s*aní.“	Nepravidelná. Poslední stolice 4.2.2017. Podávána Lactulosa sirup pro snížení námahy při defekaci. Před vyprazdňováním jak moče tak i stolice pacientka čistí WC mísu a poté i umyvadlo zubním kartáčkem a pastou.
Spánek a bdění:	doma	nelze hodnotit	nelze hodnotit
	v nemocnici	„Doma mě kostili jen tak 200 krát, prsa, břicho a kačulku mě nechali. V čekárně mě ubližovali tak jak tady a byla jsem nucena skákat pod vlak a moje odměna činí multaexvadrilionkrát. Nepočurávám se.“	Pacientka během noci několikrát rozsvítila světlo v pokoji a psala své rady a pravdy. Opakovaně edukována o nutnosti spánku, přesto je přesvědčena, že právě nyní musí psát. Jedenkrát za noc je buzena na močení.
Aktivita a odpočinek	doma	nelze hodnotit	nelze hodnotit
	v nemocnici	„Jo, musím psát rady pro dušičku, můžeš mi dát ten bloček co mám ve skříňce?“	Pacientka se pohybuje bez omezení. Někdy má problém s režimovými opatřeními uzavřeného oddělení. Během dne si maluje a sepisuje rady. Od 14 do 15 hod. chodí na vycházku po areálu.
Hygiena:	doma	nelze hodnotit	nelze hodnotit
	v nemocnici	„Lukinko já nechci tento světr, musím mít s kapsama na bloček, dej mi ten zelenej.“	Hygienická péče je zabezpečována pod dohledem ošetřujícího personálu, přičemž je

		„Jo, včera jsem se koupala a jsem šikovná, vždyť to víš.“	nemocná vedena k co největší soběstačnosti. Projevují se tendence zneužívání personálu, aby ji oblékal, i když to bez potíží zvládne sama. Vybírává v oblečení. Lůžko si pravidelně upravuje sama (pod dohledem personálu).
Soběstačnost:	doma	nelze hodnotit	nelze hodnotit
	v nemocnici	„Všechno si udělám sama. Dáš mi už tu cigaretu?“	Podle testu Barthelové – základních denních činností má momentálně pacientka lehký stupeň závislosti /90 bodů/. Nutný dohled nad všemi činnostmi.

Zdroj: Manuál školy

Tabulka 6 Posouzení psychického a sociálního stavu

Posouzení psychického stavu		
	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:
Vědomí:	„Jsem A. M. rozena G. a jsem v Psychiatrické léčebně Kroměříž.“	Pacientka je lucidní.
Orientace:	„Dnes je 6. 2. 2017, no na jedenáctce.“	Pacientka je orientovaná místem, osobou a časem nepřesně.
Nálada:	„Mám nárok na krabičku cigaret denně, tak mě jednu dej.“	Nálada je lehce elevovaná. Pacientka je mnohomluvná, odbržděná, logoroická, emotivita aplánovaná.

Paměť:	Staropaměť	„Pamatuju si všechno. Jsem vyučena železničářka, byla jsem v ústředně, kde jsem obsluhovala dálhopis a ústřednu tater a byla jsem i ústřední operátorka. Poprvé jsem skákala pod vlak v Blatnici ve Veselí nad Moravou.“	Staropaměť výbavná s obsahem bludů.
	Novopaměť	„Včera nechali po večeři zaplý plyn v kuchyňce, Lukinko běž se podívat, jestli už je vypelej.“ „Na večeři bylo nějaký maso a rýže.“	Novopaměť výbavná s obsahem bludů, paralogií.
Myšlení:	„Svoje rady si nechávám patentovat a zveřejnit do televize a kazet, knih a to do všech řečí a nářečí, všech států, zemí a království. Do rádia, rozhlasu, do gramofonů a desek, knih, gramorádií a desek k nim, do kronik a novin, světelných novin, do ostrovů, kde je nejméně tisíc osob.“	Myšlení je nesouvislé, nepřiléhavé, roztržité, megalomaničké, bez logického systému a řádu – slovní salát.	
Temperament:	„Nevím co jsem (smích), nerozumím tomu.“	Pacientka má temperamentnější povahu, ráda se dožaduje svého a stojí si za svým názorem a pravdou. Často obtížně usměrnitelná.	
Sebehodnocení:	„Celkem těch mojich skoků, mých obětí bylo jontá a 700 krát.“	Osobnost s postpsychotickým defektem.	
Vnímání zdraví:	„Jsem zdravá, i můj rod je zdravý.“	Cítí se zdravá a popírá všechny nemoci – bez	

		náhledu.
Vnímání zdravotního stavu:	„Nejsem nemocná, jenom občas trošku blbnu (smích).“	Pacientka je seznámena s povahou svého onemocnění, ale její současný psychický stav jí neumožňuje tomuto poučení porozumět.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění:	„Všichni zaměstnanci jsou moje děti, já Vás mám ráda. Je mi tady dobře s Váma.“	Bez adekvátního náhledu na onemocnění.
Reakce na hospitalizaci:	„A kde jinde bych byla.“	Souhlasí s hospitalizací, smířena.
Adaptace na onemocnění:	„Kolikrát ti mám říkat Lukinko, že mi nic není. Já i můj obrovský rod jsme zdraví, a proto se obětuji a sepisuji rady, které slouží i ostatním rodům.“	Pacientka si nepřipouští žádné onemocnění. Vnímání onemocnění je zkreslené extrapotenčními a originárními bludy.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres):	„Bojím se, že mě budou zase opalovat a trávit oblbolem. To nevadí, musím se pro můj rod obětovat.“ „Mám nárok na 500,- korun denně a krabičku cigaret, jestli mi to staniční nedovolí, tak budu muset zase skákat pod vlak a řeknu to primáři.“	Nemocná projevuje nejistotu a stres při nevyhovění jejich požadavků. V takové situaci je těžce usměrnitelná. Obavy o své zdraví neprojevuje. Strach prožívá, když na ni působí bludy a halucinace.
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie):	„Bydlím tady dlouho, nejradši mám Milušku.“	Pacientka má pozitivní zkušenosti s hospitalizací na našem oddělení. Je zde hospitalizovaná

			dlouhodobě.
Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:
Komunikace:	verbální:	„No někdy mluvím asi moc (smích).“	Pacientka využívá bez potíží verbální komunikaci. Projevuje se dysartrie z důvodu chybějících zubů.
	neverbální:	Krčí rameny	Neverbální komunikaci využívá zejména v oblasti mimiky. Při hněvu i radosti neprojevuje změny posturiky, gestiky či kineziky.
Informovanost:	o onemocnění:	„Furt mi tvrdíte, že mám cukrovku, to je nesmysl. Dietu nebudu dodržovat. Asi mě brzo dají k důchodcům.“	Pacientka je informovaná o povaze svého onemocnění, ale její současný psychický stav jí neumožňuje tomuto poučení porozumět. Diagnostická vyšetření odmítá i přes důkladné vysvětlení jejich důležitosti. Léky užívá pod dohledem personálu (přesto se snaží šidit) a dietu stále porušuje i přes opakovanou edukaci.
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací	primární role (související s věkem a pohlavím):	„Jmenuji se A.M. rozena G.“	69 letá žena – bez patologií

a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace:	sekundární role (související s rodinou a společenskými funkcemi):	„Mám 3 dcery: Táňu, Marušku a Aničku.“	Matka, babička – role naplňuje jen částečně při telefonátu s dcerami.
	terciální role (související s volným časem a zálibami):	„Už je moc hodin, musím jít sepsovat, nebo to nestihnou, to ti zatím stačí.“	Nechápe svoji situaci a nesnaží se zadaptovat.

Zdroj: manuál školy

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT:

Ordinovaná vyšetření:

- glykemie na glukometru 3xD
- odběry krve – 0
- měření TK, P, TT 3x/D

Výsledky:

6,00 - glykemie na glukometru 14,1 mmol/l

Konzervativní léčba:

Dieta: 9 - diabetická

Pohybový režim: mobilní, vycházky po areálu 14–15 hodin

Medikamentózní léčba:

1. per os:

Euthyrox 50 µg tbl.	½ tbl. V 6 hod.	hormon štítné žlázy
Lokren 20 mg tbl.	½ -0-0	beta-blokátor
Detralex 500 mg tbl.	2-0-0	venofarmakum
Helicid 20 mg tbl.	1-0-0	inhibitor protonové pumpy
Jovesto 5 mg tbl.	1-1-0	antihistaminikum
Cisordinol 25 mg tbl.	1-1-1	antipsychotikum
Leponex 100 mg tbl.	1-1-2	antipsychotikum
Tisercin 25 mg tbl	2-2-2	antipsychotikum
Muconasal plus 1,18 mg/ml	1-1-1	otorhinolaryngologikum

2. Intramuskulární:

Fluanxol inj. 1 amp. i.m. á 3 týdny (následující: 15.2.2017) depotní antipsychotikum

3. Ošetření kůže:

Basic 30 – promazávat suchá ložiska na kůži

Atrauman Ag - převaz 1x/3 dny na bércový vřed + sekundární krytí.

SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 7. 2. 2017

65-letá žena opakovaně přijata dne 11. 9. 2016 do Psychiatrické nemocnice Kroměříž na akutní, ženské uzavřené oddělení. Zde je dlouhodobě léčena pro Dg. F200 – Paranoidní schizofrenie. Lucidní, spolupracující v rámci možností. Orientovaná místem, osobou a časem nepřesně. Při vyšetření dne 7.2.2017 je pacientka odbržděná, logoroická s megalomanickými a extrapotenčními bludy, neologismy, asuicidiální, osobnost s postpsychotickým defektem, reziduum, farmakorezistence. Paměť výbavná s obsahem bludů a paralogií. Myšlení je nesouvislé, nepřiléhavé, roztržité, bez logického systému a řádu – slovní salát. Nemá adekvátní náhled na onemocnění. Při nevyhovění jejich požadavků je těžce usměrnitelná. Při působení bludů a halucinací prožívá strach. Na oddělení nesamostatná, nutný dohled při všech denních činnostech, zejména dohled nad užitím léků a dodržováním dietních opatření.

Z fyzického hlediska má objektivně TT: 37,4 °C, D: 24 dechů/minutu, TK: 138/76 torrů, P: 78/minutu. Má mírně zvětšené uzliny, zápach z dutiny ústní, zvýšenou sekreci z nosu a místy kašel s expektorací. Na kůži v oblasti hrudníku, zad a stehů mírně zarudlá, suchá, kruhová ložiska. Defekt na levé dolní končetině v oblasti kotníku 2x3 cm. Mírně povleklý, okolí rány lividní, suché. Močí bez potíží, v noci buzena na močení. V noci nespí, píše si v lůžku své rady a pravdy. Vyprazdňování stolice je nepravidelné, zácpovité, naposled byla 4. 2. 2017. Před vylučováním moče i stolice čistí WC mísu a někdy i umyvadlo kartáčkem na zuby a pastou. Nedodržuje dietní opatření pro Diabetes mellitus, kupuje si sladkosti a uzeniny. Podanou stravu, která se jí nelíbí vyhazuje do koše. Za 5 měsíců nárůst hmotnosti o 7 kg. V 6,00 hod. Naměřena glykémie 14,1 mmol/l.

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT:

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

•Noncompliance (00079)

Doména 1: Podpora zdraví

Třída 2. Management zdraví

• **Nadváha (00232)**

Doména 2: Výživa

Třída 1. Příjem potravy

• **Zhoršené vyučování moči (00016)**

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 1. Funkce močového systému

• **Nespavost (00095)**

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 1. Spánek/odpočinek

• **Neefektivní kontrola impulzů (00222)**

Doména 5: Percepce/kognice

Třída 4. Kognice

• **Narušená osobní identita (00121)**

Doména 6: Sebepercepce

Třída 1. Sebepojetí

• **Neefektivní plnění rolí (00055)**

Doména 7: Vztahy mezi rolemi

Třída 3. Plnění rolí

• **Obranné zvládnání zátěže (00071)**

Doména 9: Zvládnání/tolerance zátěže

Třída 2. Reakce na zvládnání zátěže

• **Neefektivní popírání (00072)**

Doména 9: Zvládnání/tolerance zátěže

Třída 2. Reakce na zvládnání zátěže

• **Poškozená dentice (00048)**

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2. Tělesné poškození

• **Narušená integrita kůže (00046)**

Doména 11: Bezpečnost/ ochrana

Třída 2. Tělesné poškození

Rizikové ošetřovatelské diagnózy:

• **Riziko nestabilní glykémie (00179)**

Doména 2: Výživa

Třída 4. Metabolismus

• **Riziko zácpy (00015)**

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 2. Funkce gastrointestinálního systému

• **Riziko neefektivního plánování aktivit (00226)**

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2. Reakce na zvládání zátěže

ROZPRACOVÁNÍ VYBRANÝCH OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ:

Noncompliance z důvodu základního onemocnění projevující se nedodržováním léčebného režimu.

Kód: 00079

Doména 1. Podpora zdraví

Třída 2. Management zdraví

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

Určující znaky:

- zhoršení příznaků
- nedosažení očekávaných výsledků
- chování svědčící o nedodržování léčebného režimu
- rozvoj komplikací

Související faktory:

- přesvědčení ohledně zdraví v nesouladu s plánem péče
- nedostatečné znalosti o léčebném režimu

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý:

Chování pacientky je v souladu s léčebným plánem po propuštění z nemocnice.

Cíl krátkodobý:

Pacientka je ochotná spolupracovat a vyhovět léčebnému režimu (bude dodržovat dietní omezení a užívat léky dle ordinace).

Očekávané výsledky:

- pacientka dodržuje léčebný režim do dvou dnů.
- pacientka bude přijímat podanou stravu do dvou dnů.
- pacientka nebude porušovat dietní opatření do dvou dnů.
- pacientka dodržuje farmakologický režim do 12 hodin.
- pacientka zná a umí reprodukovat závažnost rizik spojených s nedodržováním léčebného režimu do 12 hodin.
- pacientce se sníží hladina glykemie minimálně na 8,5 mmol/l do dvou dnů.

Ošetřovatelské intervence:

1. Edukuj nemocnou o léčebném režimu a nutnosti jej dodržovat /sestra/.
2. Podávej pacientce dietu č.9 a veď s ní rozhovor o složkách jídla, které se jí zdají otrávené a snaž se vysvětlit nezávadnost těchto potravin /sestra/.
3. Nabídní pacientce možnost zakoupit si sladkosti a lahůdky pro diabetiky /sestra, nzp/.
4. Zjistí zpětnou vazbu, zda-li pacientka rozumí nutnosti dietního opatření /sestra/.
5. Sleduj, jak se pacientka stravuje ve volném čase /sestra, nzp/.
6. Dbej aby lékař edukoval pacientku o významu podávaných léků a jejich příznivému efektu na psychiku nemocné.
7. Zajisti důslednou kontrolu při podávání léků pacientce. Podávej léky na lžici a dbej aby byly zapíjeny čistou tekutinou (nejlépe vodou) /sestra/.
8. Motivuj nemocnou zlepšením somatického i psychického stavu při pravidelném užívání léků a tím i možností překladu na lehčí oddělení /sestra/.
9. Pravidelně zaznamenávej do dokumentace chování, farmaceutický a léčebný režim nemocné včetně podrobného popisu přijaté stravy /sestra/.
10. Vykonávej ordinace lékaře včetně odběrů krve pro kontrolu glykemie a vše zaznamenávej do dokumentace /sestra/.

Realizace 7.2.2017 během denní služby (7-19 hod.)

08:00 - podání ranní medikace nemocné. Nemocná užila léky na lžici a zapila je čistou tekutinou. Poté kontrola hrníčku a dutiny ústní. Při takovém postupu užila léky bez potíží. Poté provedeno ošetření kůže dle ordinace.

09:00 - pacientka je edukována sestrou o nutnosti dodržování léčebného režimu a konkrétně seznámena s dietními omezeními, včetně možnosti nákupu sladkostí a lahůdek pro diabetiky.

09:25 - probíhá vizita s ošetřujícím lékařem, který ji vysvětluje význam podávání konkrétních léků a jejich příznivý efekt na psychiku nemocné.

09:40 - kontrola zpětné vazby sestrou, pacientka slibuje zakoupení dia produktů a dodržování dietních opatření.

09:45 - podávání kávy bez cukru /nzp/.

10:00 - odchází nemocná na vycházku, jejíž součástí je i nákup lahůdek za týdenní kapesné.

11:00 - pacientka se vrací z vycházky. Okamžitě vyžaduje dávku právě zakoupeného sirupu s vysokým obsahem cukrů. Odbřžděná, tvrdí, že na to má nárok a nemá žádnou cukrovku. Popírá svou nemoc. Dále si zakoupila 5x oplatky, 2x křupky, 20 dkg anglické slaniny, 3x řízek, 2x škvarková pomazánka. Na povolení lékaře podán jeden hrnek šťávy se sirupem a oplatek. Opět edukována sestrou o dietních opatřeních.

12:00 - podání obědu s dietou č.9 - diabetická. Pacientka snědla jen maso, rýži celou vyhodila s tvrzením, že je „prolezlá myšima“.

12:30 - podání polední medikace. Polední léky užila na lžici a zapila je vodou. Opět užila léky bez potíží.

13:00 - odběr glykemie - 10,6 mmol/l . Měření FF. TK - 125/65 torrů, P – 68/min, TT - 36,9 °C /sestra/.

14:00 - odešla na vycházku do 15 hodin.

15:00 - podání svačiny - podán chleba a čaj. Nemocná je nespokojená, protože chtěla řízek.

17:00 - podání večeře - večeři snědla již celou, tvrdí, že měla hlad.

18:00 - odběr glykemie - 9,8 mmol/l /sestrou/. Měření FF. TK - 130/70 torrů, P - 72/min, TT - 37,0°C /sestra/.

8.2.2017

- při každé příležitosti je nemocná edukována o dietních opatřeních. Motivována lehčím oddělením a možností častějších vycházek při dodržování léčebného režimu.
- při podávání léků stále trvá kontrola, pacientka již nemá problém užít léky.
- u jídla jsou stále tendence vyhýbat se určitým složkám jídla. Proto pacientce dopodrobna vysvětleno co je to za potravinu a odkud pochází.
- lahůdky a sladkosti jsou vydávány v menším množství i přes nelibost pacientky.
- personálem nakoupeny dia produkty pro pacientku, aby měla možnost vyzkoušet a získat důvěru k těmto produktům.
- v průběhu dne nedošlo k vyhazování podaného jídla.
- glykemie v 06,00 hod. - 8,2 mmol/l.
- glykemie v 13,00 hod. - 8,0 mmol/l.
- glykemie v 18,00 hod. - 7,8 mmol/l.

Hodnocení

Efekt: Krátkodobý cíl byl částečně splněn.

Pacientka po opakované edukaci začíná chápat podstatu dietního omezení a nutnost užívání naordinovaných léků. Stále se projevují tendence nedůvěry k jídlu a odmítání přijímat podané jídlo. Po dohodě s lékařem i s pacientkou vydávány stále menší množství sladkostí a lahůdek, které jsou postupně nahrazovány dia produkty. Hladina glykemie se během dvou dnů snížila na 7,8 mmol/l.

Dlouhodobý cíl zatím nebyl splněn. pacientka je stále hospitalizovaná.

Pokračují intervence: 1, 2, 3, 5, 7,10.

U pacientky je nutno dále opakovaně edukovat a připomínat nutnost dodržování léčebného režimu. Kontrolovat užití léků pro stabilizaci psychického stavu. Dohlížet a motivovat k dodržování dietních opatření. Pravidelně kontrolovat hladinu glykemie jako prevenci dekompenzace dieabetu mellitu.

Neefektivní popírání z důvodu základního onemocnění projevující se popíráním reality vlastního zdraví.

Kód: 00072

Doména 9. Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2. Reakce na zvládání zátěže

Definice: *Vědomý nebo nevědomý pokus popřít znalost či význam události za účelem snížení úzkosti nebo strachu, vedoucí ke zhoršení zdraví.*

Určující znaky:

- popírá strach ze smrti
- vytěsňuje strach z dopadu svého zdravotního stavu
- vytěsňuje zdroj symptomů
- není schopen přiznat si dopad onemocnění na život
- nevnímá relevantnost nebezpečí
- nepřiměřený afekt

Související faktory:

- neefektivní strategie zvládání zátěže
- nedostatečný smysl pro kontrolu

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka udrží reálné vnímání vlastního zdraví do konce hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Pacientka chápe realitu vlastního zdraví.

Očekávané výsledky:

- pacientka pochopí realitu vlastního zdravotního stavu do jednoho dne.
- pacientka nebude popírat svá onemocnění do jednoho dne.
- pacientka pochopí relevantnost nebezpečí, které vyplývá z popírání vlastního zdravotního stavu do jednoho dne.
- pacientka reaguje přiměřeně do jednoho dne.
- pacientka chápe spojitost mezi symptomy a onemocněními do jednoho dne.

Ošetřovatelské intervence:

1. Připrav klidné, čisté, vlidné a bezpečné prostředí pro rozhovor s pacientkou /sestra, nzp/.
2. Navaž a udržuj důvěryhodný vztah mezi sestrou a pacientem.
3. Sestra se vyvaruje nevhodným gestům, úšklebkům, bagatelizováním a dvojsmyslům pro získání důvěry pacientky.

4. Sestra zahájí rozhovor o vnímání zdravotního stavu pacientkou. Nechá pacientku vyjádřit své pocity, přičemž nevyvrací jejich pravdivost.
5. Zjistí problém a způsob, kterým nemocná vnímá situaci /sestra/.
6. Zaznamenej do dokumentace poznámky o tom, jak pacientka vnímá své zdraví a informace předej ošetřujícímu lékaři /sestra/.
7. Seznam pacientku s příznaky, které jsou objektivní a mají reálnou spojitost s nemocí, kterou pacientka trpí /sestra/.
8. Vysvětlí nemocné relevantnost nebezpečí, která vyplývá z popírání vlastního zdravotního stavu /sestra/.
9. Zjistí zpětnou vazbu, zda-li nemocná pochopila důležitost správného vnímání zdravotního stavu /sestra/.
10. Nabídni kontaktování rodiny pro podporu pochopení reality /sestra/.
11. Podávej léky dle ordinace lékaře a dohlížej nad jejich užitím /sestra/.

Realizace 10.2.2017 během denní služby 7-19 hodin

8:50 - příprava čistého, klidného a bezpečného prostředí pro rozhovor s pacientkou.

9:00 - pozvání pacientky k rozhovoru, nabídnutí tekutin a navázání důvěryhodného vztahu mezi sestrou a nemocnou.

9:05 - 9:30 - prostor, kdy se pacientka vyjadřuje ke svému zdravotnímu stavu. Nemocná sděluje, že netrpí žádnou nemocí, je majitelkou Psychiatrické léčebny a všichni zaměstnanci jsou její děti. Její rod je čistý jako nejčistší prádlo psychiatrické léčebny a její dušička jí říká, že jsou všichni zdraví. Je zde proto aby poskytla všem živoucím bytostem její cenné rady, které multaeextratrilionkrát otiskne do všech jazyků. Má nárok na 500,- korun denně. Několikrát odbíhá od tématu a mluví o tom, co je pro ni důležité. Těžce usměrnitelná pro vyjádření hlubšího vnímání zdravotního stavu.

9:30 - záznam získaných informací do dokumentace. Během toho pacientka diktuje, co všechno má sestra do záznamu napsat.

9:40 - seznámení a vysvětlení nemocné o vztahu mezi objektivními symptomy a jejími diagnózami. Nemocná je seznámena s relevantností nebezpečí, která vyplývá z popírání reality zdravotního stavu.

9:55 - Zjištění zpětné vazby. Nemocná uznává, že je dle jejich slov „trochu na hlavu“, proto je hospitalizovaná. Chápe, že zvýšený cukr v krvi jsme si nevymysleli a ví, že bércový vřed může mít spojitost s cukrovkou „to jsi mi už říkala Lukinko“.

10:00 - Nabídnuo kontaktování jejich tří dcer, aby přišly na návštěvu. Pacientka s návrhem souhlasí a s úsměvem se těší.

12:00 - podání obědu - dieta č. 9. Poté podání polední medikace na lžici a zapito vodou.

15:00 - při svačině pacientka vyžaduje sladké oplatky a bonbóny, které si koupila na začátku týdne. Tvrdí, že má nárok si sníst to, co si nakoupila za její peníze. Opět edukována. Poté souhlasí s vydáním menšího množství, než požadovala.

Hodnocení

Efekt: Krátkodobý cíl byl částečně splněn.

Pacientka při důsledné edukaci připouští, že je nemocná a musí dodržovat režim pro zmírnění příznaků a vyloučení rizika zhoršování zdravotního stavu. Nemocná po seznámení s realitou reaguje přiměřeně a má radost, že oslovíme dcery k návštěvě. Polední léky užila dle ordinace. V době svačiny již nebere v potaz rozhovor, který byl veden a opět si stojí na svém. Nutná opětovná edukace, poté souhlasí s kompromisem.

Dlouhodobý cíl zatím nebyl splněn. pacientka je stále hospitalizovaná.

Pokračující intervence: 2, 3, 6, 7, 8, 9, 11,

U pacientky je nutné nadále udržovat důvěryhodný vztah a vyvarovat se nevhodným gestům, úšklebkům, bagatelizováním a dvojsmyslům. Dále je třeba dělat časté pohovory s nemocnou a zaznamenávat do dokumentace jak se vyvíjí její vnímání vlastního zdraví. Důležitá je opakovaná edukace a vysvětlování nemocné možnosti vzniku závažných komplikací nebo zhoršení zdravotního stavu při popírání onemocnění.

Narušená integrita kůže z důvodu mechanického poškození projevující se defektem na kůži.

Kód: 00046

Doména 9. Bezpečnost/ochrana

Třída 2. Tělesné poškození

Definice: *Změna v epidermis a dermis.*

Určující znaky:

- změny integrity

Související faktory:

Vnější: - mechanické faktory

Vnitřní: - změny metabolismu

- změny citlivosti (následkem diabetes mellitus)

- zhoršená perfuze

- nevyvážená výživa

Priorita: nízká

Cíl dlouhodobý: Pacientka nebude mít narušenou integritu kůže do měsíce.

Cíl krátkodobý: Defekt na kůži se zmenší nebo dojde ke zhojení.

Očekávané výsledky:

- pacientka je poučena o prevenci vzniku dalších defektů v rámci onemocnění do 24 hodin.

- pacientka spolupracuje při léčbě defektu v rámci preventivních i léčebných opatření do jednoho dne.

- pacientka má ošetřený defekt jednou za tři dny dle ordinace.

- pacientka nenosí přiléhavé oděvy v okolí defektu.

- defekt se zmenší o 0,5 cm během jednoho týdne.

Ošetřovatelské intervence:

1. pouč pacientku o možnosti vzniku dalšího defektu a vysvětlí zásady prevence poškození dolních končetin /sestra/.

2. motivuj pacientku ke spolupráci při léčbě defektu /sestra, nzp/.

3. dohlížej na dodržování preventivních a léčebných opatření /sestra, nzp/.

4. ošetřuj defekt dle ordinace lékaře a dbej aby byla postižená končetina dostatečně prokrvená /sestra/.

5. dbej na to, aby měla pacientka vhodnou obuv a ponožky /sestra/.

6. zaznamenávej do dokumentace velikost, barvu, zápach a konzistenci léze při každém ošetření /sestra/.

7. dbej na kvalitní hygienickou péči dolních končetin /sestra, nzp/.
8. dbej na příjem kvalitní stravy s dostatečným příjmem bílkovin /sestra/.
9. při převazu rány postupuj přísně asepticky /sestra/.

Realizace 9.2.2017

9:00 - edukace pacientky o povaze rány, o příčině jejího vzniku, o zásadách prevence vzniku lézí u diabetických pacientů.

9:20 - motivace nemocné ke spolupráci objasněním výhod zdravých končetin bez defektu a možnosti volného pohybu bez omezení a bolesti.

9:30 - převaz rány - odstranění původního krytí, dezinfekce Prontosanem a očista okolí. Popis rozměrů, barvy, zápachu a konzistence léze. Velikost: 2x2,5 cm, barva: růžová, místy žlutá, bez zápachu, okraje se stahují. Okolí rány ošetřeno zinkovou pastou, na ránu přiložen Atrauman Ag + sekundární krytí. Při převazu nedošlo k porušení aseptických podmínek.

9:40 - zápis do dokumentace.

9:45 - pacientce obuta vhodná obuv a ponožky.

12:00 - k obědu přidány 3 odměrky Protifarů.

Během tohoto dne i dalších dnů dohlíženo na dodržování léčebných a preventivních opatření a na dostatečnou hygienu dolních končetin.

Hodnocení

Efekt: Krátkodobý cíl byl splněn.

Během týdne proběhl další převaz při kterém byla naměřena velikost léze 1,5 x 2 cm, s růžovou spodinou, bez zápachu se stahujícími se okraji. Pacientka rozumí nutnosti péče o dolní končetinu, přesto opakovaně edukována o preventivních opatřeních.

Dlouhodobý cíl byl částečně splněn.

Po měsíci je defekt téměř zhojen, je však nutné ho nadále ošetřovat do úplného zhojení.

Pokračující intervence: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9

Přesto, že je defekt téměř zhojen, je nutné nadále pokračovat ve všech intervencích, neboť tkáň v místě léze je velmi citlivá a náchylná k poranění. Pacientka se snaží spolupracovat v rámci léčby rány.

3.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro všeobecné sestry:

- snaha o uspokojení pacientových potřeb a zároveň nasměrování pacienta k cestě za lepším zdravím.
- velká trpělivost a ochota pomoci pacientovi s bludnou produkcí.
- individuálně přistupovat ke každému pacientovi s psychózou.
- vést časté pohovory a aktivně vyhledávat potřeby nemocného.
- neustále pacienta edukovat a motivovat při všech denních činnostech.
- podporovat kontakt s rodinou - nabídnout edukační programy, poskytovány zařízením.

Doporučení pro pacienty:

- nebát se zeptat, nebo sdělit personálu problém, který pacient pociťuje.
- dbát na rady zkušeného personálu.
- dodržovat léčebný režim včetně pravidelného užívání naordinované medikace.
- pravidelně chodit na kontroly do psychiatrické ambulance.
- dodržovat preventivní opatření

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala problematikou schizofrenie. V teoretické části bylo prvním cílem popsat schizofrenii jako celek pro vytvoření komplexního obrazu o nemoci. Tento cíl byl splněn. Byla zde popsána etiopatogeneze, klinický obraz, diagnostika, průběh onemocnění, terapie, incidence, prevalence, prognóza a také rizikové faktory a preventivní opatření. Druhým cílem teoretické části bylo specifikovat ošetrovatelskou péči u pacienta se schizofrenií. Tento cíl byl rovněž splněn, protože jsou zde popsány zásady přístupu k agresivnímu pacientovi, k pacientovi s halucinacemi a bludnou produkcí, které jsou častým projevem tohoto onemocnění. Bakalářská práce může sloužit nelékařským zdravotním pracovníkům, kteří se tak často nesetkávají s tímto typem pacientů. Dále může sloužit jako informační nebo studijní materiál komukoliv, kdo má zájem vědět o této nemoci více.

Praktická část byla zpracována s cílem navrhnout a realizovat ošetrovatelský proces u konkrétní pacientky s paranoidní schizofrenií. Cíl byl splněn. Prioritou naší péče bylo plnit pacientčiny potřeby s ohledem na její zdravotní stav a vést nemocnou k dodržování léčebného režimu. Vytyčené cíle ošetrovatelského procesu se nám podařilo částečně splnit, neboť pacientčin psychický stav nedovoluje náhlé zlepšení chování. Proto je nutné nadále pokračovat v usměrňování a neustálé edukaci nemocné při všech denních činnostech.

Práce s psychicky nemocnými je náročná jak pro ošetřující personál, tak pro rodinné příslušníky a pro samotné nemocné. Pro práci s lidmi, kteří trpí schizofrenní poruchou je nutné mít ohromnou míru trpělivosti. Léčba tohoto onemocnění je zdlouhavá a je nutné sledovat jakýkoliv výkyv v chování pro prevenci relapsu. Z praxe lze vidět, že čím více relapsů, tím hůře se daný pacient léčí a obtížněji se vrací do původního života. Samotný schizofrenik si těžko uvědomuje, že se chová neadekvátně. Proto je důležitá osvěta společnosti o schizofrenii.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BARTOLOTE, J. M., 2007. *Prevenca samovrážd - príručka pre praktických lekárov : psychické poruchy a poruchy správania*. 1. slov. vyd. Trenčín: Vydavateľstvo F. ISBN 978-80-88952-46-6.
- ČEŠKOVÁ, E., 2012. *Schizofrenie a její léčba*. 3. rozšíř. vyd. Praha 4: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-266-7.
- ČEŠKOVÁ, E. a R. PŘIKRYL, 2013. *Praktická psychiatrie*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-316-9.
- FAIXOVÁ, K., 2014. Rogersovská psychoterapie a preterapie – možnosti využití v psychiatrii. *Psychiatrie pro praxi*. **15** (1), 35-38. ISSN 1213-0508.
- HARTOVÁ, P., 2011. Schizofrenie zblízka. *Psychiatrie pro praxi*. **12** (4), 159-160. ISSN 1213-0508.
- KALIŠOVÁ, L., 2016. *Elektrokonvulzivní terapie a její vliv na kognitivní funkce*. Česká a slovenská psychiatrie [online]. 112 (1) [cit. 2016-13-10]. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1064>.
- KOURKOVÁ, M., 2009. Pacient se schizofrenií. *Sestra : odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. **19** (11), 37-38. ISSN 1210-0404.
- KUČEROVÁ, H., 2010. *Schizofrenie v kazuistikách*. 1.vyd. Praha 7: Grada. ISBN 978-80-247-2045-6.
- KUČEROVÁ, H., 2013. *Psychiatrické minimum*. 1. vyd. Praha 7: Grada. ISBN 978-80-247-2733-0.
- LÁTALOVÁ, K., 2013. *Agresivita v psychiatrii*. 1. vyd. Praha 7: Grada. ISBN 978-80-247-4454-4.
- MALÁ, E. a P. PAVLOVSKÝ, 2010. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-723-7.
- MARŠÁLEK, M., 2007. *Deprese u schizofrenie*. Praha 4: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-116-5.

NANDA INTERNATIONAL, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017*. 10. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

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

PEČ, O. a V. PROBSTOVÁ, 2009. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 1. vyd. Praha 10: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3.

PETR, T., MARKOVÁ, E. a kol., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1.vyd. Praha 7: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.

PRAŠKO, J., LÁTALOVÁ, K., TICHÁČKOVÁ, A. a STÁRKOVÁ, L., 2011. *Klinická psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris. ISBN 978-80-87323-00-7.

PRAŠKO, J., 2013. Spolupráce v léčbě a schizofrenie – editorial. *Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii*. **17** (suppl.1), P1-P2. ISSN 1211-7579.

PROBSTOVÁ, V. a O. PEČ, 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0731-3.

SEIFERTOVÁ, D., PRAŠKO, J., HORÁČEK, J. a HÖSCHL, C., 2008. *Postupy v léčbě psychických poruch*. 2. revid. vyd.. Praha 2: Academia Medica Pragensis. ISBN 80-86694-07-0.

3.0 ČESKO. SCS.ABZ.CZ. *Slovník cizích slov* [online]. 2017 [cit. 2017-01-03]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/>

SYSEL, D., BELEJOVÁ H. a MASÁR O., 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. 1. vyd. Brno: Tibun EU. ISBN 978-80-7399-289-7.

ŠILHÁN, P. a kol., 2016. *Terapeutické monitorování hladin léčiv v psychiatrii – možnosti a využití v praxi*. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 17 (1) [cit. 2016-12-10]. Dostupné z:http://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy2016010003_Terapeuticke_monitorovani_hladin_leciv_v_psychiatrii_8211_moznosti_a_vyuziti_v_praxi.php

TÓTHOVÁ, V., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Triton, ISBN 978-807-3877-859.

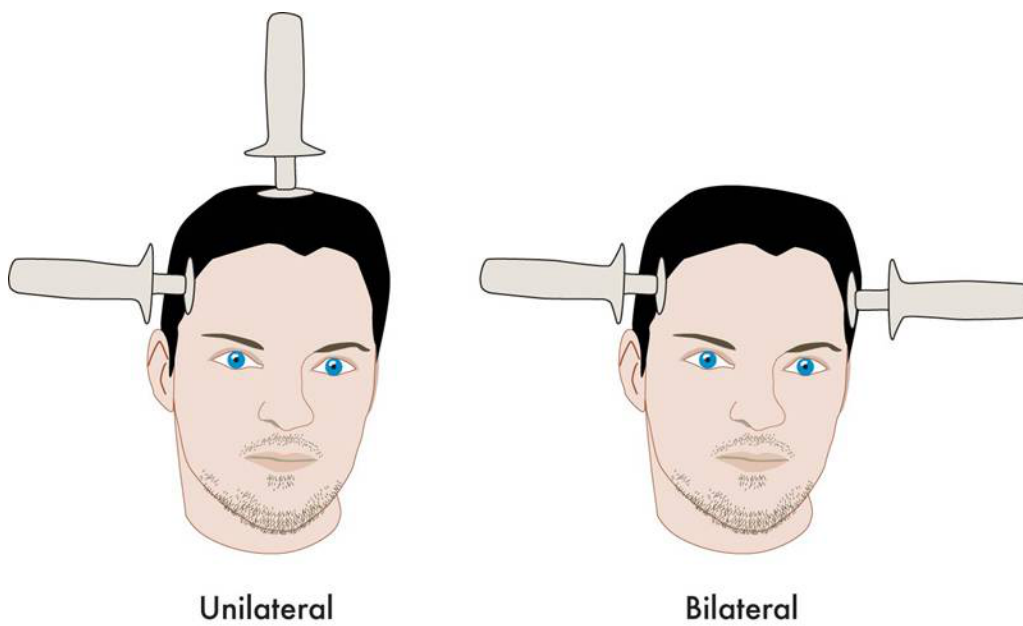
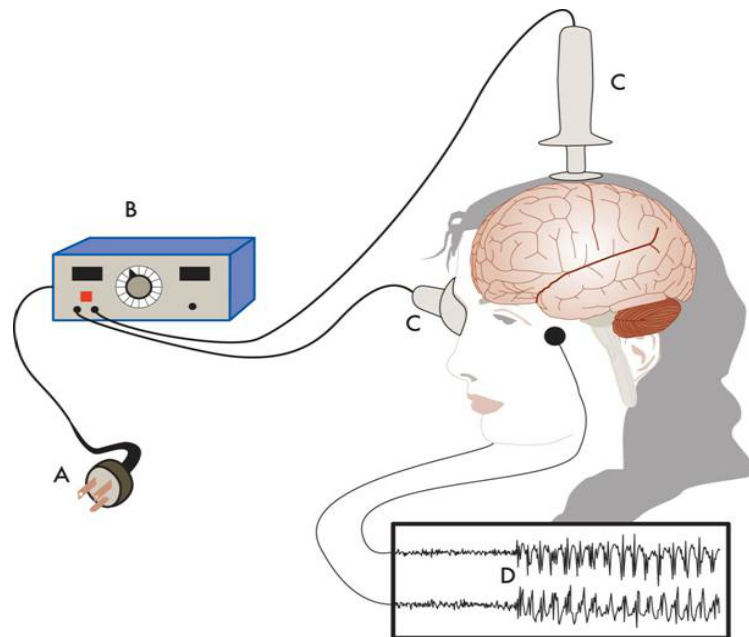
VESELSKÁ, I., 2010. Péče o pacienta s dg. Paranoidní schizofrenie. *Florence: časopis moderního ošetrovatelství*. 6 (2), 17-18. ISSN 1801-464X.

VOKURKA, M., J. HUGO a kol., 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.

PŘÍLOHY

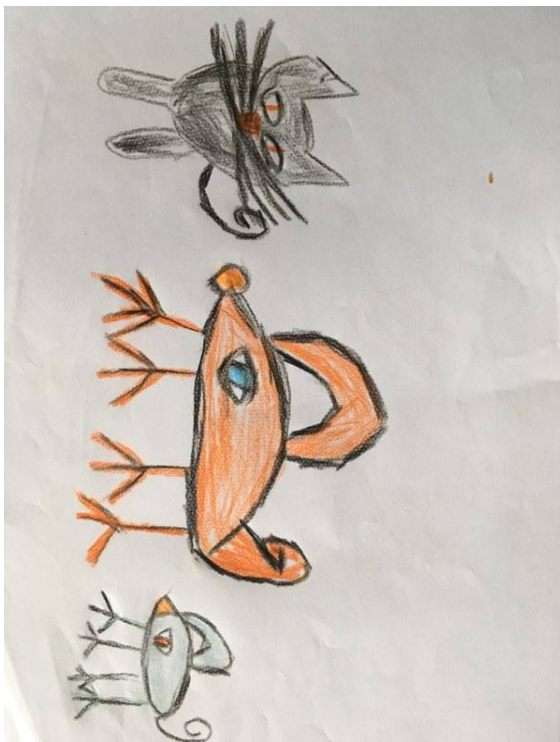
Příloha A - Elektrokonvulzivní terapie.....	I
Příloha B - Kresby nemocné.....	II
Příloha C - Protokol k provádění sběru podkladů.....	III
Příloha D - Rešeršní protokol.....	IV
Příloha E - Čestné prohášení studenta k získání podkladů.....	V

Příloha A – elektrokonvulzivní terapie



Zdroj: MUSC, [online] © 2016 [vid. 2016-11-13]. Dostupné z:
<http://academicdepartments.musc.edu/psychiatry/research/bsl/ect.htm>

Příloha B - Kresby nemocné



Příloha C - Protokol k provádění sběru podkladů

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Dušškova 7, 150 00 Praha 5

**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ
ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku
bude respondentům distribuován)



Příjmení a jméno studenta	Chramostová Lucie	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3VS2
Téma práce	Ošetrovatelský proces u pacientky s paranoidní schizofrenií	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Psychiatrická nemocnice Kroměříž	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Hana Belejová, PhD.	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	Bely podpis
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE V KROMĚŘÍŽI podpis 767 40 Kroměříž, Havlíčkova 1235

v. PRAZE dne 31.1.2017

[Handwritten signature]
podpis studenta

PRŮVODNÍ LIST K REŠERŠI

Jméno: Lucie Chramostová

Název práce: Ošetrovatelský proces u pacienta s paranoidní schizofrenií

Jazykové vymezení:

čeština, angličtina

Klíčová slova:

paranoidní schizofrenie – ošetrovatelský proces - ošetrovatelská péče - duševní poruchy

Klíčová slova angličtina:

Paranoid Schizophrenia - Schizophrenia Nursing - Paranoid Disorders Nursing

Rešeršní strategie

je kombinací různých způsobů hledání - neváže se pouze na klíčová slova, klíčová slova (= deskriptory MeSH) u jednotlivých citací naleznete v kolonce „DE“, případně Termíny MeSH

Časové vymezení:

U českých zdrojů: 2005-2016

U zahraničních zdrojů: 2006-2016

Počet záznamů:

číslo poslední citace je počet záznamů v souboru, každý soubor má vlastní číselnou řadu

tuzemské zdroje - (KNIHY A ČLÁNKY jsou vždy ve vlastním souboru)

České zdroje: záznamů: 44 (knihy: 4; články, kapitoly: 40)

Zahraniční zdroje: záznamů: 57

Použitý citační styl:

Bibliografický záznam v portálu MEDVIK

Citace databázového centra EBSCOhost pro databáze CINAHL a MEDLINE

Zdroje:

Katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz) a databáze BMČ

Specializované databáze (CINAHL a MEDLINE)

Zpracoval:

PhDr. Ondřej Burský

Národní lékařská knihovna, oddělení informačních a speciálních služeb

Sokolská 54

121 32 Praha 2

E-mail: bursky@nlk.cz

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

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

V Praze dne 31.5.2017

.....
Lucie Chramostová, DiS.