

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA SE
SCHIZOFRENIÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LUCIE KAVALOVÁ, DiS.

Praha 2016

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
SE SCHIZOFRENIÍ**

Bakalářská práce

LUCIE KAVALOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: Bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Jana Tichá

Praha 2016



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

Kavalová Lucie
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

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

Ošetřovatelský proces u pacienta se schizofrenií

Nursing Process for Patients with Schizophrenia

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Jana Tichá

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

V Praze dne: 11. 11. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Na prvním místě bych chtěla poděkovat mé vedoucí bakalářské práce MUDr. Janě Tiché za její cenné rady a konzultace. Druhé osobě, které bych ráda poděkovala je můj konzultant PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH , který si také našel čas pro konzultace k mé bakalářské práci.

ABSTRAKT

KAVALOVÁ, Lucie. *Ošetrovatelský proces u pacienta se schizofrenií*. Vysoká škola zdravotnická o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Jana Tichá. Praha 2015. 65 stran.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta se schizofrenií. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsme se zaměřili na základní informace o onemocnění. Zmiňujeme se zde o příčinách, diagnostice, typech schizofrenie, léčbě a prognóze onemocnění. Důležitou částí práce je také popis specifik ošetrovatelské péče u pacientů trpících psychiatrickým onemocněním. Dále informujeme o kompetencích sester, právní problematice věnující se hospitalizaci, omezovacím prostředkům, právům pacientů, ochranné léčbě a uvádíme jak správně komunikovat s lidmi se schizofrenií. Praktická část práce se věnuje zpracování ošetrovatelského procesu u pacienta s diagnostikovanou schizofrenií. Součástí ošetrovatelského procesu bylo odebrání anamnézy a stanovení ošetrovatelských diagnóz zpracovaných podle priority. Následuje zpracování ošetrovatelského plánu spolu s realizací a hodnocením.

Klíčová slova

Hospitalizace, komunikace, nemocný, ošetrovatelský proces, pacient, péče, právo, schizofrenie.

ABSTRACT

KAVALOVÁ, Lucie. Nursing process in patients with schizophrenia. College of Nursing o.p.s. Degree qualifications: Bachelor (Bc.). Supervisor: MUDr. Jana Ticha. Prague 2015. 65 pages.

The theme of the thesis is the nursing process in patients with schizophrenia. The work is divided into a theoretical and practical part. In the theoretical part we focused on basic information about the disease. Causes, diagnostic process, types of schizophrenia, treatment and prognosis of the disease are all mentioned here. An important part of the thesis is also a description of the specifics of nursing care for patients suffering from psychiatric illness. We furthermore introduce and inform about the competencies of nurses, legal issues dealing with hospitalization, restrictive means, patient rights, protective treatment and how to communicate with people with schizophrenia. The practical part deals with the nursing process in patients diagnosed with schizophrenia. Part of the nursing process was taking medical history, to determine the nursing diagnoses processed by their priority. The practical part also includes nursing treatment plan, along with him implementation and evaluation.

Keywords: Hospitalization, communication, ill, nursing care, patient, care, law, schizophrenia.

PŘEDMLUVA

Psychicky nemocní lidé se zcela běžně vyskytují mezi námi. Potkáváme je v obchodech, autobusech, kavárnách i na mnoha jiných místech, aniž bychom měli tušení, o koho se jedná. Jakým způsobem se ale zachováme, až zjistíme, jakým onemocněním trpí? V mnoha případech se okolí takovému pacientovi vyhýbá, aniž by k tomu mělo skutečný důvod.

Tato práce byla napsána proto, že si myslím, že je příliš mnoho lidí, kteří jsou ovlivněni svým strachem. Předpokládám však, že tento strach pramení z nedostatku informací. I když víme, že existují skutečně hrůzostrašné činy spáchané duševně nemocnými lidmi, nemůžeme považovat všechny psychicky nemocné za agresivní a nebezpečné zločince, lidově řečeno „házet všechny do jednoho pytle“. Nebezpečí nám přece může hrozit kdekoliv. Každý den v médiích slyšíme, jak jeden člověk zabil druhého, ale v kolika případech se jednalo o schizofrenii? Většina schizofreniků se řádně léčí a pohybuje se mezi námi.

Dále jsem si schizofrenii vybrala jako téma bakalářské práce proto, že mi uvedené onemocnění jako takové přijde zajímavé.

Práce je určena především pro veřejnost, ale také pro zdravotnický personál, pacienty a jejich příbuzné. Zdroje byly čerpány z dokumentace, knižních a internetových zdrojů.

Na tomto místě bych chtěla opět poděkovat MUDr. Janě Tiché za její čas a cenné rady při vedení mé bakalářské práce.

OBSAH

OBSAH	- 1 -
SEZNAM TABULEK.....	- 16 -
ÚVOD.....	- 14 -
1 PROBLEMATIKA SCHIZOFRENIE	- 15 -
1.1 PŘÍČINY A RIZKOVÉ FAKTORY SCHIZOFRENIE	- 15 -
1.2 ROZDĚLENÍ SCHIZOFRENIE	- 16 -
1.3 OBECNÉ PŘÍZNAKY.....	- 16 -
1.3.1 POZITIVNÍ PŘÍZNAKY SCHIZOFRENIE	- 16 -
1.3.2 NEGATIVNÍ PŘÍZNAKY SCHIZOFRENIE.....	- 17 -
1.3.3 DALŠÍ PŘÍZNAKY A ZMĚNY SCHIZOFRENIE.....	- 17 -
1.4 DIAGNOSTIKA SCHIZOFRENIE.....	- 18 -
1.5 LÉČBA SCHIZOFRENIE	- 19 -
1.6 PROGNOZA A PREVENCE	- 20 -
2 PRÁVNÍ PROBLEMATIKA VE VZTAHU K PSYCHIATRII.....	- 21 -
2.1 HOSPITALIZACE SE SOUHLASEM PACIENTA.....	- 21 -
2.2 HOSPITALIZACE BEZ SOUHLASU PACIENTA	- 22 -
2.3 POUŽÍVÁNÍ OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ	- 23 -
2.4 PRÁVA PACIENTŮ	- 24 -
2.5 OCHRANNÁ LÉČBA	- 24 -
2.5.1 OCHRANNÉ LÉČENÍ.....	- 25 -
2.5.2 OCHRANNÁ VÝCHOVA.....	- 26 -
2.5.3 ZABRÁNÍ VĚCÍ	- 26 -
3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V PSYCHIATRII.....	- 27 -
3.1 KOMPETENCE SESTER A SPECIFIKA PRÁCE SESTER NA PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ.....	- 27 -
3.2 PRAVIDLA KOMUNIKACE SE SCHIZOFRENNÍM PACIENTEM	- 28 -
3.3 ZDRAVOTNÍ PÉČE POSKYTOVÁNA PSYCHIATRICKÝM PACIENTŮM - 29 -	
3.3.1 AMBULANTÍ PÉČE.....	- 29 -
3.3.2 INTERMEDIÁLNÍ PÉČE	- 30 -

3.3.3	LŮŽKOVÁ PÉČE	- 30 -
4	ORGANIZACE VĚNUJÍCÍ SE PSYCHIATRICKÉ PÉČI.....	- 31 -
5	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	32
5.1	POSUZOVÁNÍ.....	32
5.2	DIAGNOSTIKA	32
5.3	PLÁNOVÁNÍ	33
5.4	REALIZACE.....	34
5.5	HODNOCENÍ.....	34
6	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA SE SCHIZOFRENIÍ.....	35
	CELKOVÉ HODNOCENÍ	- 75 -
	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	- 76 -
	ZÁVĚR	- 78 -
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	- 79 -
	PŘÍLOHY.....	- 81 -

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

MKN 10	Mezinárodní klasifikace nemocí
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
TK	Tlak krve
P	Pulz
D	Dech
TT	Tělesná teplota
Tbl	Tableta
Sol	Roztok
Gtt	Kapky
EKG	Elektrokardiograf
RZS	Rychlá záchranná služba

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Abulie – Ztráta vůle a iniciativy, neschopnost zahájit činnost.

Adhedonie – Neschopnost prožívat kladné emoce a city, těšit se z příjemností, radovat se.

Apatie – Snížení citové reaktivity, minimální nebo žádná citová reakce na zevní podněty.

Benigní onemocnění – Nezhoubné. Užívá se k označení takového onemocnění nebo jeho průběhu, které nevede k těžšímu poškození organismu a které má popř. tendenci k vyléčení.

Dekurs – Zdravotnická dokumentace pacienta v nemocnici.

Intoxikace – Otrava.

Insomnie – Nespavost.

Invazivní vstup – Pronikající, vnikající.

Lucidní vědomí – Jasný, přeneseně s jasným vědomím.

OAT syndrom – Stav chrupu charakterizovaný oligoatenorpermií a tetrazoospermií.

Prevalence – Počet existujících nemocí či zdravotních problémů ve vybrané populaci k určitému datu.

Tenze – Napětí.

Reedukace – Opětovná výchova, výcvik k opětovnému nabytí určitých funkcí.

Resocializace – Obnovení společenských vazeb a zapojení do společnosti.

Selektivní pozornost – Výběrová, vybraná pozornost.

Stimulace – Povzbuzení, dráždění.

Subjektivní – Osobní, existující jen ve vědomí konkrétní osoby.

SEZNAM TABULEK

<u>Tabulka 1 Identifikační údaje</u>	<u>37</u>
<u>Tabulka 2 Vitální funkce zjišťované při příjmu ze dne 11. 4. 2016.....</u>	<u>38</u>
<u>Tabulka 3 Farmakologická anamnéza.....</u>	<u>15</u>
<u>Tabulka 4 Posouzení současného stavu pacienta ze dne 25. 4. 2016.....</u>	<u>42</u>
<u>Tabulka 5 Popis aktivit denních činností.....</u>	<u>47</u>
<u>Tabulka 6 Posouzení psychického stavu.....</u>	<u>50</u>
<u>Tabulka 7 Posouzení sociálního stavu.....</u>	<u>54</u>
<u>Tabulka 8 Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního...56</u>	<u>56</u>
<u>Tabulka 9 Výsledky krevních odběrů ze dne 25. 4. 2016 v 6:00 hodin.....</u>	<u>57</u>
<u>Tabulka 10 Výsledky odběrů moče ze dne 25. 4. 2016 v 6:00 hodin.....</u>	<u>58</u>
<u>Tabulka 11 Medikamentózní léčba.....</u>	<u>59</u>

ÚVOD

Pro velké množství nemocí, patřících mezi tzv. duševní choroby, jsme zúžili výběr na onemocnění zvané schizofrenie. Schizofrenie se řadí mezi psychotická onemocnění. Jedná se o chronické onemocnění, vyskytující se u 1% obyvatel. Byť se schizofrenie vyskytuje pouze v tomto relativně malém množství populace, je obecné povědomí o její existenci velmi rozšířené i v laické společnosti. To ostře kontrastuje s faktem, že jen velmi málo lidí má aspoň základní představu o skutečné povaze nemoci a jejich projevu. Existuje mnoho hrůzostrašných příběhů šířených masmédií, které zapříčinily to, že většina lidí se při kontaktu s někdy poněkud zvláště se chovajícími schizofreniky necítí dobře. Jedná se ale skutečně o nebezpečné jedince?

Jsou různé typy schizofrenie a každý typ má své vlastní příznaky. Ve většině případů se příznaky prolínají. To má za následek fakt, že i když se diagnostikují dva schizofrenici (se stejným typem), každý z nich může být nakonec zcela osobnostně rozdílný, originální a neopakovatelný.

Stanovit diagnózu schizofrenie není lehké. Existuje mnoho druhů, a jak již bylo zmíněno, příznaky se často kombinují. Dalším problémem bývá fakt, že schizofrenici považují svůj stav za normální. Ve většině případů si nemocní neuvědomují, že slyšet hlasy v hlavě, nebo cítit doteky něčeho neviditelného, není běžné. Okolí schizofrenika sice tuší, že není něco v pořádku, ale protože nemocného považují za „divného“, radši se mu vyhýbají. Tak je schizofrenik ponecháván svým představám, bludům a halucinacím bez velkého povšimnutí.

Při diagnostikované schizofrenii je důležité, aby pacient pochopil příznaky a byl ochoten spolupracovat s léčebným týmem. Tímto má ošetřující tým před sebou nelehký úkol, kdy je vystaven před cíl edukovat pacienta o onemocnění, jeho příznacích a léčbě. Dále má za úkol přesvědčit pacienta, o tom jak je důležité dodržovat léčebný režim, užívat léky, komunikovat s personálem ale i okolím apod. Zdravotnický personál musí také umět zpozorovat veškeré příznaky svědčící o progresi nemoci a informovat pacienta o nutnosti podat informace svědčící o jakékoliv změně, negativní emoci, nebo přítomnosti bludů a halucinací. Schizofrenie jakožto nemoc má tudíž mnoho zajímavých specifik.

1 PROBLEMATIKA SCHIZOFRENIE

Obor psychiatrie řadíme mezi lékařský obor zkoumající diagnostiku, prevenci a léčbu duševních onemocnění. Z důvodu velmi obsáhlých chorob postihujících duševní zdraví bylo vybráno a popsáno pouze vybrané onemocnění – schizofrenie. Duševní zdraví je považováno za stav, kdy celá osobnost je v dobré kondici a není to jen nepřítomnost duševní poruchy. Duševně zdravý člověk by měl být schopen přizpůsobit se dané situaci, vytvářet nové věci, aktivně se začleňovat do dění v jeho okolí a v neposlední řadě se i přizpůsobit okolí a novým věcem. (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007), (PETR, MARKOVÁ, 2014).

Schizofrenie se řadí mezi psychotická onemocnění, tj. „duševní onemocnění charakterizované zásadní poruchou myšlení a vnímání, oploštělou nebo neadekvátní emotivitou a narušenou schopností srozumitelného chování a jednání“ (ČEŠKOVÁ, 2005, s. 15). Schizofrenii lze chápat jako chronické onemocnění charakteristické ztrátou kontaktu s okolím. Dochází zde k narušení myšlení a nálady spojené se špatným pochopením stimulů vnějšího prostředí (ČEŠKOVÁ, 2005), (VEAGUE, 2007), (PETERKOVÁ, 2016).

Toto psychické onemocnění se vyskytuje u obou pohlaví. Jedná se o celoživotní prevalenci pohybující se přibližně okolo 1%. Diagnostikováno je cca 25% psychiatrických pacientů. Schizofrenie se u žen vyskytuje především ve věku 25 až 35 let a je benigního charakteru. U mužů je výskyt onemocnění nejčastěji ve věku od 15 do 25 let. Schizofrenie má chronický průběh a často vede k úplné invaliditě (ČEŠKOVÁ, 2005), (ČEŠKOVÁ, 2012).

1.1 PŘÍČINY A RIZKOVÉ FAKTORY SCHIZOFRENIE

Příčina onemocnění není zcela známa, na vzniku onemocnění se pravděpodobně podílí dědičné, sociální, psychologické faktory a další podněty vedoucí ke vzniku onemocnění. V současnosti momentálně není známa žádná laboratorní metoda, která by ověřila diagnosu schizofrenie. Mezi rizikové faktory patří především genetika. Studie genetiky prokázala zvýšený výskyt u dětí se schizofrenními rodiči. Studie, které byly provedeny u dvojčat a adoptivních dětí poukázaly na fakt, že se genetická predispozice velmi podílí na výskytu onemocnění. Častější výskyt se také prokázal

u jednovaječných dvojčat. Vysoký výskyt onemocnění je v zemích a městech s vyšší hustotou obyvatelstva, u imigrantů, u lidí s nižším sociálně ekonomickým statutem a u zevních faktorů zahrnující návykové látky nebo vývojový stres (PROBSTOVÁ, PEČ, 2014).

Dalšími rizikovými faktory jsou onemocnění centrální nervové soustavy (dále CNS), virová onemocnění a podle některých autorů přítomnost protilátek proti toxoplasmóze, nitroděložní komplikace, komplikace při porodu, hladovka u gravidní ženy, otcové staršího věku a lidé žijící ve městech od narození, nebo období jara a zimy (ČEŠKOVÁ, 2005), (ČEŠKOVÁ, 2012).

1.2 ROZDĚLENÍ SCHIZOFRENIE

Jelikož jsou příznaky schizofrenie velmi pestré a velmi se od sebe liší u různých osob nebo dokonce i u stejné osoby v jiném období nemoci, vznikla potřeba schizofrenii rozdělit do více typů podle převažujících příznaků. Schizofrenii lze rozlišit jako schizofrenii paranoidní, herbefrenní, katatonní, nediferencovanou, postschizofrenní, reziduální a schizofrenii simplex (KUČEROVÁ, 2010), (ČEŠKOVÁ, 2005).

1.3 OBECNÉ PŘÍZNAKY

Příznaky schizofrenie lze rozdělit do tří skupin. Jedná se o příznaky pozitivní, negativní a další příznaky či změny u schizofrenie. Avšak mezi charakteristické symptomy schizofrenie patří porucha jednání a myšlení (RABOCH, 2006), (PETERKOVÁ, 2016).

1.3.1 POZITIVNÍ PŘÍZNAKY SCHIZOFRENIE

Pod pozitivními příznaky si lze představit znaky, které jsou nejčastější příčinou k hospitalizaci. Nejčastěji se vyskytují halucinace (tzn. poruchy vnímání v realitě) a bludy (tzn. porucha myšlení, kdy je pacient neoblomně přesvědčen o skutečnosti, která někdy ani nemůže být reálná). Další pozitivní příznaky mohou obsahovat dezorganizovanou řeč a neúčelné chování (ČEŠKOVÁ, 2005), (TSUANG et al, 2011), (PETERKOVÁ, 2016).

1.3.2 NEGATIVNÍ PŘÍZNAKY SCHIZOFRENIE

Negativní příznaky odkazují na skutečnost, že je něčeho nedostatek. Jedná se o chudý projev emocí, oploštělé prožívání, abulii a anhedonii. To vede dříve či později u každého schizofrenika k problémům v sociální oblasti. Schizofrenik, zejména není-li dostatečně dobře léčen, často postrádá schopnost empatie, obtížně navazuje kontakty s okolím a není schopen udržet dlouhodobé přátelské či pracovní vztahy.

Schopnost soustavné práce bývá narušena, schopnost dlouhodobé koncentrace rovněž. Negativní příznaky jsou horší než příznaky pozitivní z pohledu léčby (PETERKOVÁ, 2016).

1.3.3 DALŠÍ PŘÍZNAKY A ZMĚNY SCHIZOFRENIE

K dalším příznakům schizofrenie patří změny osobnosti, emocí, myšlení, řeči a ve společenské oblasti. Lidé, kteří onemocněli schizofrenií, často prochází změnou osobnosti, začnou hledět na okolí podezřívavě nebo se např. zcela přestanou o sebe starat po stránce výživy, hygieny apod. Může dojít a často i dochází k poruše paměti, pozornosti a celkové mentální výkonnosti.

Po emoční stránce jsou nemocní často depresivní, nepředvídatelní, reakce na různé podněty jsou někdy nadměrné, neodpovídající situaci, může dojít až k rozpolcení osoby. Lidé se schizofrenií myslí stereotypně a mají svá pravidla, aby se lépe orientovali ve světě zdravých lidí. Myšlení schizofrenika se liší od zdravých jedinců tím, že tito lidé potřebují ke každé věci a činnosti přiřadit význam. Pokud jim například spadne pod nohy větvička, hledají vysvětlení, proč se tak stalo. To, že se jedná o náhodný, zcela bezvýznamný jev, nejsou schopni pochopit. Proto vyvozují závěry pro ostatní, „zdravé“ lidi nepochopitelné. Dokáží např. sami sebe přesvědčit, že takovýto bezvýznamný jev např. znamená o pronásledování jejich osoby. Protože se ve vlastních myšlenkách neorientují, mají pocit, že jim myšlenky někdo vkládá nebo naopak krade. Občas dochází i k tzv. zárazům myšlení (tzn., že nemocný není schopen pokračovat v přemýšlení). Řeč je někdy nesouvislá a ve větách používá novotvary. Občas nemluví vůbec (PETERKOVÁ, 2016).

1.4 DIAGNOSTIKA SCHIZOFRENIE

Při diagnostice je nejdůležitější psychiatrické vyšetření skládající se z anamnézy a vyšetření psychického stavu. Anamnézu odebíráme od pacienta, ale i od rodiny pro objektivní vyhodnocení. Sběrem informací se snažíme určit, zda se vůbec jedná o schizofrenii nebo jiné psychotické onemocnění a poté se snažíme určit typ schizofrenie pro efektivní léčbu. Nemocného se snažíme uklidnit, pomoci mu vyznat se ve svých potížích, volíme citlivou komunikaci napomáhající vyjádřit nemocnému své pocity. Může se jednat o strukturované otázky, otevřené otázky, shrnutí odpovědí, nebo mu ponechat dostatek času a soukromí pro samovolné vyjádření pocitů. Další nedílnou součástí při diagnostice je posouzení psychického stavu. Jedná se o zhodnocení všech psychických funkcí a stanovení příznaků, kdy u nemocného sledujeme vzhled a chování pacienta, řeč, vědomí, orientaci, emotivitu, myšlení, přítomnost halucinací a bludů, intelekt a v neposlední řadě i paměť (BANKOVSKÁ MOTLOCHOVÁ, ŠPANIEL, 2013), (ČEŠKOVÁ, 2005).

Nemocného lze vyšetřit pomocí Mezinárodní klasifikace nemocí tzv. MKN 10 (viz Příloha C). Další možností pro stanovení diagnózy je postupné sledování příznaků:

1. Progredující ubývání sociálních kontaktů a péče o vlastní osobu.
2. „Rozdvojené“ a zpomalené myšlením. Často nemocný neudrží myšlenku a zabíhá při hovoru z jednoho tématu na druhý.
3. Autistické chování v podobě zaobírání se ve vlastních myšlenkách, zaměření a upnutí se na jednu myšlenku, jako jsou například sexuální nebo náboženské myšlenky.
4. Sluchové halucinace, které většinou mají naléhavou a navádějící povahu.
5. Dalším příznakem je přítomnost bludů nejčastěji spojené s pocitem pronásledování. Tyto příznaky by měly být přítomny minimálně po dobu 6 měsíců (RABOCH, 2006), (MALÁ, 2005), (HAY, 2014).

1.5 LÉČBA SCHIZOFRENIE

Schizofrenie se léčí komplexně. Zaměřujeme se na výběr vhodných léků a jejich správné užití, komunikaci a rehabilitační aktivity. Vždy se jedná o individuální léčbu, kdy zapojujeme do léčebného procesu psychiatry, sestry, sociální pracovníky i pracovní terapeutů. Léčba může probíhat v rámci hospitalizace na psychiatrických odděleních, klinice nebo ambulantní formou. O způsobu léčby rozhoduje stav pacienta a rizika plynoucí z psychopatologie. Cílem je pacienta vždy co nejméně omezovat. Podle M. Bleuera rozdělujeme zásady léčby na zmírnění úzkosti, zapojení do malé skupiny a zatížení přiměřenou dávkou odpovědnosti (KUČEROVÁ, 2010), (MARKOVÁ a kol., 2006).

Nezbytnou součástí je farmakologická léčba sloužící k odstranění psychotické tenze a pro kontrolu příznaků. Léky se určují podle stádia a průběhu onemocnění. Důležité je pacientovi důkladně vysvětlit důvod léčby, jak se lék užívá a jeho účinky. Tyto informace by měly napomoci ke spolupráci pacienta při léčbě. V současné době se nejčastěji používají antipsychotika 2. generace (např. Risperdal, Zeldox, Quetiapin apod.), které mají méně nežádoucích účinků. Při užívání antipsychotik je důležité vědět, že nepůsobí ihned. Žádoucí účinek nastupuje za dva dny až týdny. V akutní fázi onemocnění nebo při nespolupráci pacienta při léčbě, je vhodnější zvolit injekční formu léčby. U psychofarmak platí pravidlo, že po první atace by pacienti měli pravidelně užívat léky po dobu 2 let. U chronických forem se často volí celoživotní farmakologická léčba. V některých případech je nutné podávání antipsychotických léčiv v depotních formách (injekcích), které mají účinek po dobu několika týdnů. Tato léčba se užívá především u nemocných, kteří sami opakovaně vysazují léky, protože se cítí zcela zdraví (MARKOVÁ a kol., 2006), (BANKOVSKÁ-MOTLOCHOVÁ, ŠPANIEL, 2012).

Dalším způsobem léčby je psychoedukace, která slouží pro lepší spolupráci s pacientem. Ale může se jednat také např. o práci s rodinou, nebo pracovní terapii, která pro změnu slouží k aktivaci koníčků podporujících dovednosti a schopnosti pacienta. Mezi další možnost léčby lze zařadit nácvik sociálních dovedností, kognitivně behaviorální terapie a v neposlední řadě individuální nebo skupinovou terapii (MARKOVÁ a kol., 2006).

1.6 PROGNÓZA A PREVENCE

Prognóza se odvíjí od toho, kdy se diagnostikuje schizofrenie a zahájí léčba. Čím později se léčba zahájí, tím je prognóza horší. Tehdy nemocný většinou nedosáhne adekvátního vzdělání, zaměstnání a má problémy v interpersonálních vztazích (PETR, MARKOVÁ, 2014).

Možnosti prevence schizofrenie lze rozdělit na primární a sekundární. Primární prevence momentálně není známa. V současné době se provádí průzkum v oblasti farmakoterapeutického zásahu u rizikových jedinců s nespecifickými příznaky, které by mohly zabránit manifestaci projevů. U sekundární prevence je podstatné předejít dalšímu návratu onemocnění pomocí dlouhodobého a nepřetržitého užívání antipsychotik (ČEŠKOVÁ, 2005).

2 PRÁVNÍ PROBLEMATIKA VE VZTAHU K PSYCHIATRII

V psychiatrii se vyskytuje mnoho problémů, kdy pacienti musí být omezeni na svobodě, jsou např. hospitalizováni na lůžkovém oddělení bez svého souhlasu apod. Proto se tato kapitola bude věnovat informacím důležitým pro pacienty, a především pro ošetřující personál. Tyto situace jsou právně ošetřeny Listinou základních práv a svobod (MARKOVÁ a kol., 2006), (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015).

2.1 HOSPITALIZACE SE SOUHLASEM PACIENTA

Hospitalizace pacienta probíhá nejčastěji na otevřeném psychiatrickém oddělení v oblasti lůžkového zařízení. Lidé, kteří mají zájem o léčbu v tomto zařízení, musí být posouzeni lékařem. Praktický lékař posoudí jeho zdravotní stav, a určí jestli nemocný splňuje indikace pro hospitalizaci. Nemocný si musí vyžádat doporučení od psychiatra, praktického nebo závodního lékaře, aby mohl být hospitalizován na psychiatrickém oddělení. Při příchodu pacienta na oddělení podepisuje prohlášení o dobrovolném vstupu, kterým pacient potvrdí, že s hospitalizací souhlasí. Tento tiskopis podepisují další dva svědci. Při hospitalizaci se všichni lidé musí řídit domácím řádem daného oddělení. Pokud se daný jedinec rozhodne, že v tomto zařízení již nadále nechce zůstat, má právo hospitalizaci ukončit. V případě, že ošetřující lékař s ukončením hospitalizace nesouhlasí, snažíme se nemocného přesvědčit o nutnosti zdržení se na oddělení. Pokud pacient stále nesouhlasí, dáváme pacientovi podepsat negativní revers. Pokud se zdravotní nebo psychický stav zhorší natolik, že je hospitalizovaný nebezpečný sobě nebo svému okolí, změní lékař dobrovolný vstup na nedobrovolný. Tuto situaci je nutno nahlásit do 24 hodin soudu a pacient zůstává na oddělení, aniž by s hospitalizací souhlasil (MARKOVÁ a kol., 2006).

2.2 HOSPITALIZACE BEZ SOUHLASU PACIENTA

Od roku 1992 rozhodují o nedobrovolné hospitalizaci pacienta na psychiatrickém oddělení soudy neboli tzv. občanské soudní řízení a občanské právo. Tyto soudy by měly ustanovit výrok nejpozději do 30 dnů na základě hlášení daného oddělení podaného nejpozději do 48 hodin od umístění nemocného na psychiatrii. Každý občan může ztratit právo na osobní svobodu. Stává se tak v případě spáchání trestného činu, při některých infekčních onemocněních a v neposlední řadě i duševních onemocněních. Zadržení duševně nemocného jedince je dáno třemi právními normami. Jedná se o listinu základních práv a svobod, zákon č. 99/1963 Sb. V platném znění, občanský soudní řád a zákon č. 20/1966 Sb., o péči zdraví lidu (MARKOVÁ a kol., 2006).

Hospitalizace člověka je možná ve třech případech: Zaprvé se jedná o hospitalizaci, kdy je nemoc stanovena zvláštním předpisem a jedná se o povinné léčení (například infekční, parazitární a pohlavní nemoci). Zadruhé je povolena hospitalizace u osob s projevujícími se známkami duševních poruch nebo intoxikací ohrožující pacienta nebo jeho okolí. Jako poslední možný důvod nedobrovolné hospitalizace může být stav, kdy nemocný není schopen podat souhlas kvůli svému zdravotnímu stavu. Jedná se o neodkladné výkony nutné k záchraně života a zdraví nemocného (MARKOVÁ a kol., 2006).

Postup při hospitalizaci bez souhlasu nemocného je stanoven ve 3 krocích. Jako první je oznamovací povinnost, dále řízení o přípustnosti převzetí do ústavu zdravotnické péče a jako poslední je řízení o dalším držení v ústavu zdravotnické péče (PETR, MARKOVÁ, 2014).

Prvním povinným krokem je oznamovací povinnost. Pokud někdo přijde do nemocnice a odmítne hospitalizaci, lékař posoudí momentální zdravotní stav a nemocného propustí domů, nebo pacienta hospitalizuje bez jeho souhlasu. Pokud dojde k nedobrovolnému držení, musí to ošetřující personál soudu oznámit do 24 hodin od přijetí. Jestliže pacient do 24 hodin s hospitalizací dodatečně souhlasí, soudu se nic neoznamuje. V případě, že s předchozí hospitalizací nemocný souhlasil, ale ústavní péči po delší době odmítá, zhodnotí lékař zdravotní a psychický stav. Pokud lékař usoudí, že se zdravotní stav zhoršil, dochází k zadržení pacienta a toto rozhodnutí se opět oznamuje do 24 hodin soudu (PETR, MARKOVÁ, 2014).

Druhým krokem je řízení o přípustnosti do ústavu zdravotnické péče. Jakmile soudu dorazí oznámení o nedobrovolné hospitalizaci pacienta, zahajuje se řízení, zda k tomuto zadržení došlo právem. O případu rozhoduje samosoudce. Účastníkem řízení může být pacient, který je právně zastoupen advokátem (pokud pacient nerozhodne jinak). Rozhodnutí musí soud podat nejpozději do 7 dnů od zbavení svobody pacienta. V potaz musí být brány veškeré aspekty stanovené českým právem, judikaturou a mezinárodními normami. Soud vždy rozhoduje pouze o nutnosti pobytu ve zdravotnickém zařízení, o naléhavosti léčby a její vhodnosti soud nerozhoduje. Rozhodnutí soudu je zasláno pacientovi, nebo jeho zákonnému zástupci a zdravotnickému zařízení. V tomto spisu jsou informace pro nemocného i vysvětlení postupu pro možnost odvolání (PETR, MARKOVÁ, 2014).

Posledním krokem je řízení o dalším držení v ústavu zdravotnické péče. Tato část nastává tehdy, rozhodne-li soud o převzetí pacienta do ústavní péče v souladu se zákonnými pravidly. Řízení pokračuje vyjádřením o přípustnosti dalšího držení pacienta ve zdravotnickém zařízení. Zjištění zdravotního stavu posuzuje znalec v oboru. Jedná se většinou o psychiatra, který nebyl a nepracuje v příslušném zařízení. Tento znalec rozhodne o dalším přípustném držení nemocného přesným stanovením doby maximálního držení. Může se vždy jednat maximálně o jeden rok. Toto rozhodnutí musí být učiněno nejpozději do 3 měsíců od vyjádření převzetí do zdravotnického ústavu. Delší časový úsek pro určení rozhodnutí napomáhá soudu vykonat rozsáhlejší dokazování, včetně vyžádání znaleckého posudku. V této fázi již nemá nemocný možnost účastnit se jednání (PETR, MARKOVÁ, 2014).

2.3 POUŽÍVÁNÍ OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ

Pravidla pro používání omezovacích prostředků jsou určena zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách v platném znění. Omezit volný pohyb k poskytnutí zdravotních služeb můžeme pomocí úchopu neklidného jedince zdravotnickými pracovníky, nebo jinými osobami určenými poskytovatelem. Dále lze zamezit pohybu pomocí ochranných pásů, kurtů, ochranných kabátků omezujících horní končetiny, psychofarmak a uložení pacienta v síťovém lůžku nebo speciální místnosti určené k bezpečnému pobytu. Využití těchto prostředků je povoleno při nutnosti odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta a jeho okolí po dobu nezbytně nutnou. Při využití omezovacích prostředků je nutné tuto skutečnost uvést

do dokumentace (viz Příloha A) (PETR, MARKOVÁ, 2014), (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015).

2.4 PRÁVA PACIENTŮ

Každý pacient má právo hájit se před soudem, zvolit si právního zástupce a odvolat se proti veškerým rozhodnutím soudu. Odvolání je možné podat do 15 dní od jeho doručení. Odvolání proti rozhodnutí soudu má speciální pravidla, kdy nemocný nemůže být propuštěn pouze na podkladě jeho odvolání. Pacient, pro svou obhajobu může usnést jakoukoliv osobu, které poskytne plnou moc, aniž by se jednalo o advokáta. V případě, že duševně nemocný žádného advokáta nezvolí, bude mu přidělen právník soudem. V tomto případě veškeré soudní výdaje platí stát. V případě zlepšení zdravotního stavu, smí ošetřující lékař dle vlastního uvážení pacienta propustit dříve, ačkoliv soud rozhodl o zadržení ve zdravotnickém zařízení na určitou dobu (PETR, MARKOVÁ, 2014).

2.5 OCHRANNÁ LÉČBA

Ochrannou léčbu umožňuje a zabezpečuje institut ochranného léčení, kterou určuje soud po doporučení odborníka a jeho znaleckého posudku. Jedná se většinou o situace, kdy pacient spáchá trestní čin a samotným trestem nelze zcela získat požadovaný účel. Ochranné léčení je buď spojeno s trestem, nebo může být od trestu upuštěno a nařízena jen ochranná léčba. Léčba je především zaměřena na prevenci před spácháním trestného činu. Může se jednat o trestné činy jako je například sexuální napadení, užívání návykových drog apod. Při nařízení ochranné léčby se většinou očekává od zdravotního personálu příliš velká zodpovědnost. Laici předpokládají, že zdravotníci zajistí léčbu i izolaci nebezpečného pacienta a především včas rozpoznají možné projevy nemoci vedoucí k nebezpečným situacím. Zde často vzniká velký problém. Pacienti jsou často přijati bez jejich souhlasu s hospitalizací z důvodu možného rizika pro okolí, nebo pro neschopnost podat souhlas (tzv. detence). Pacienti z tohoto důvodu často nespolupracují a léčba je proto náročnější (MARKOVÁ a kol., 2006).

Indikace pro ochranu léčbu jsou případy, kdy nemocný spáchal trestný čin, ale není za něj odpovědný pro svou nepřítomnost. Musí se ale jednat o situaci, kdy

je pacient na svobodě i nadále nebezpečný. Jako druhý případ může soud udělit ochranné léčení, když pacient spáchal trestný čin ve stavu zmenšené přičetnosti (opět je tento jedinec na svobodě nebezpečný). Poslední možností je spáchání trestného činu, kdy je nemocný pod vlivem omamné návykové látky, nebo omamnou látku zneužil. Soud může nařídit psychiatrickou, sexuologickou, protitoxikománickou, protialkoholní anebo kombinovanou ochrannou léčbu. Ochranné léčení trvá vždy po dobu nezbytně nutnou, kdy to vyžaduje jeho účel, nebo je během této doby zjištěno, že jeho účelu nelze dosáhnout. O ukončení rozhoduje soud (MARKOVÁ a kol., 2006), (PETR, MARKOVÁ, 2014).

V současné době rozeznáváme 3 druhy ochranné léčby: ochranné léčení, ochranná výchova a zabránění věcí (MARKOVÁ a kol., 2006).

2.5.1 OCHRANNÉ LÉČENÍ

Zde rozdělujeme ústavní a ambulanční formu léčby. Během ústavní ochranné léčby jsou zdravotníci povinni hlásit veškeré informace soudu, ale nejedná se o zadržení nemocného bez jeho souhlasu. Tento typ léčby lze provést v nápravném ochranném zařízení spolu s výkonem trestu. Tento způsob léčby je nařízen především u protialkoholní a protitoxikománické léčbě a není určena jeho délka.

Po ukončení ochranné ústavní léčby soudem je pacient propuštěn domů a vše je zaznamenáno do zdravotnické dokumentace. Jako druhá možnost je ambulantní ochranná léčba, která je určena soudem podle místa bydliště pacienta. V případě změny místa bydliště je léčená osoba povinna hlásit změnu bydliště a soud uloží léčbu v novém místě bydliště a odešle dokumentaci do nového ústavu. Nové ambulantní zařízení je povinno nahlásit, zda pacient nadále spolupracuje a účastní se léčebného procesu. Nemocný nadále musí docházet do nového nejbližšího ústavu nařízeného soudem. V případě, že léčba není dostatečná, nesplňuje svůj účel (nebo pacient nedodrží léčebný proces), navrhuje příslušné zařízení soudu změnu léčení z ambulantní na ústavní (MARKOVÁ a kol., 2006).

2.5.2 OCHRANNÁ VÝCHOVA

Tento typ léčby je přípustný u mladistvých osob, které spáchaly trestný čin. Soud uleví od trestu a místo toho nařídí ochrannou výchovu. Většinou se jedná o výchovu v sociálních a pedagogických zařízeních (popřípadě ve zdravotnických zařízeních) za účelem vytvořit a dokončit vývoj mladistvého. Pokud pacient duševně onemocní v daném zařízení nebo při výkonu trestu, soud vydá nařízení o pozastavení ochranné výchovy, nebo se přeruší trest léčeni osoby. V případě nevyléčitelné nemoci se od trestu upouští úplně (MARKOVÁ a kol., 2006).

2.5.3 ZABRÁNÍ VĚCÍ

Zabrání věcí je možné v několika případech. Jednou z možností, kdy lze zabrat věci jsou případy, kdy pachatel vlastní nebezpečnou věc a nelze jej stíhat nebo soudit. Druhou možností je, vlastní-li člověk nebezpečnou věc a soud od trestu upustil. Třetí možností je stav, kdy nemocný ohrožuje své okolí nebo jeho majetek. Dále se zabavují věci, když daná věc může sloužit jako prostředek ke spáchání závažných trestních činů. Poslední možnost, jak lze právně zabavit věc, je v případě, byla-li získána pomocí trestního činu, nebo byla získána jako odměna za spáchání trestního činu (HAVIT, 2016).

3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V PSYCHIATRII

Péče o psychicky nemocné je v mnoha ohledech odlišná od běžné péče psychicky zdravých jedinců. Proto se v této kapitole budeme zabírat kompetencemi a specifikací sester na psychiatrickém oddělení, pravidly komunikace se schizofrenním pacientem a právní problematikou ve vztahu k psychiatrii (PETR, MARKOVÁ, 2014).

3.1 KOMPETENCE SESTER A SPECIFIKA PRÁCE SESTER NA PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ

Kompetence lze chápat jako odborné způsobilosti a dovednosti získané vzděláváním a rozvíjením praxe, které jsou vymezeny zákonem a oprávněním k provedení daného výkonu (viz. Příloha B). Nyní legislativa rozděluje ošetřující personál na nelékařské zdravotnické pracovníky a zdravotnické pracovníky s odbornou způsobilostí (např. všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ergoterapeut atd.) a na specializované zdravotnické pracovníky (PETR, MARKOVÁ, 2014).

Specifika práce sester se často příliš neliší od kompetencí sester na psychiatrických odděleních. Na těchto odděleních je velice důležité navázání blízkého vztahu s pacientem a provázení úskalími vzniklých při hospitalizaci. Důležitým faktorem je rozpoznání příznaků u daného onemocnění, aby nedocházelo k závažným chybám například u pacientů, kde je symptomem onemocnění například agresivita. Dále jsou zde důležité předpoklady sestry umět zachovat správný postoj při jakékoli situaci a dovednost ovládat způsoby k získání potřebných údajů. Sestry dále musí mít dostatečné znalosti v oblasti účinků psychofarmak, délky působení léčiv, nebo schopnost ovládnutí techniky psychoterapie (např. relaxace, vedení skupinové terapie apod.) (PETR, MARKOVÁ, 2014).

3.2 PRAVIDLA KOMUNIKACE SE SCHIZOFRENNÍM PACIENTEM

Základem je volit při komunikaci se schizofreniky postup přiměřený osobnosti nemocného a jeho stavu. Při komunikaci dodržujeme především dvě zásady: Zaprvé se snažíme pacientovi nedat najevo strach z jeho přítomnosti a rizika, které by to mohlo obnášet. Zadruhé nikdy nedáváme nemocnému najevo, že jeho chování nebo řeč je abnormální (KUČEROVÁ, 2014).

Někdy se i lékaři a ošetřující personál schizofreniků bojí. Tento pud je hluboko zakořeněn v podvědomí všech lidí, kdy jsou tzv. blázni nebezpeční. Tato pověra vznikla na základě mnoha příkladů, kdy psychicky nemocní lidé napadli své blízké, ošetřující personál i cizí osoby. Tyto příklady napomohly k všeobecnému strachu ze psychicky nemocných lidí a tedy i schizofreniků. Bohužel strach je nejhorší možný činitel, který brání při komunikaci. Ačkoli se ošetřující personál snaží své pocity skrývat, nemocní to vždy vycítí a poté odmítají spolupracovat, jsou lhostejní nebo naopak mohou být agresivní (KUČEROVÁ, 2014).

Druhou chybou při vedení rozhovoru s nemocným, je projev nedůvěry ohledně sdělených informací. Často zdravotníci nevědomky zaujmou postoj verbálními nebo neverbálními způsoby, kdy pacientům dávají najevo, že informacím které jim sdělují, nevěří. Může se jednat jen o odsouhlasení těchto bludů, přičemž sdělené informaci nevěříme. Pacient v tomto případě vždy vycítí nedůvěru. V této chvíli nastává problém. Jak máme pacientovi dát najevo, že to co vidí, slyší, nebo prožívá, není skutečné a zároveň v nich nevyvolat agresivitu? Odpovědí je snaha porozumět světu, ve kterém nemocný žije. Musíme se pokusit vžít do role pacienta a snažit se mu porozumět, navodit pocit, že nám může důvěřovat. Důležité je dát pacientovi najevo, že ačkoliv nerozumíme tomu, co nám říká, snažíme se to pochopit. Cílem je snaha o nalezení společné řeči, která nám pomůže podrobněji vysvětlit problémy, s nimiž se tito lidé potýkají. Vždy volíme takovou formu, která vyhovuje pacientovi. Může se jednat o ujištění o bezpečnosti nemocného. Dále může být použita metoda, kdy volíme vřelé jednání s pacientem navozující pocit, že je zde vítaný. Po navození této přátelské atmosféry můžeme pomalu a opatrně nabízet možnosti léčby. Měli bychom mít na paměti, že tato metoda nemusí pokaždé působit. Může naopak vyvolat pocit agrese, kdy je zapotřebí přivolat první pomoc (KUČEROVÁ, 2010), (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015).

3.3 ZDRAVOTNÍ PÉČE POSKYTOVÁNA PSYCHIATRICKÝM PACIENTŮM

Péče o duševní zdraví je v současnosti v České republice poskytována v různé podobě. Zdravotní péči poskytujeme lidem s duševní poruchou. V současnosti lze rozdělit péči o duševně nemocné na intramurální (kde zařazujeme institucionální zařízení, jako je například psychiatrická léčebna, psychiatrická klinika apod.), dále rozdělujeme péči na semimurální (kdy jsou pacienti léčeni pomocí ambulance, popř. krizových center). Jako poslední do systému psychiatrické péče lze zařadit extramurální péči (tzn. mimo institucionální zařízení, jako je například chráněné bydlení a denní centra). Zde se již však nejedná o přímou zdravotnickou péči (MARKOVÁ a kol., 2006).

3.3.1 AMBULANTNÍ PÉČE

Ambulantní péče je považována za jednu z nejčastěji využívaných metod psychiatrické péče. Do ambulance docházejí především osoby s psychickými potížemi. Lidé léčení ambulantně často dochází dlouhodobě a kontinuálně. Úkolem ambulantní léčby je diagnostika onemocnění, léčba, rehabilitace a prevence duševních poruch. Součástí ambulantní péče je i návštěvní služba. V současnosti existují ambulance veřejné psychiatrické péče, ordinace pro alkoholismus a (jiné) toxikománie (OAT), substituční centra, psychiatrické ambulance pro děti a dorost, ambulance psychiatrické sexuologie, ambulance pro poruchy příjmu potravy, ambulance gerontopsychiatrické, ambulance pro léčbu poruch paměti a ambulance klinického psychiatra (MARKOVÁ a kol., 2006), (PETR, MARKOVÁ, 2014), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007).

3.3.2 INTERMEDIÁLNÍ PÉČE

Intermediální forma je považována zdravotníky za nejlepší volbu psychiatrické péče. Tato péče je na pomezí mezi lůžkovým a ambulantním ošetřováním. Do intermediální péče zařazujeme denní stacionáře, centra denních aktivit, krizová centra, chráněné bydlení, chráněné dílny a zařízení pro podporu zaměstnání, telefonická pomoc (známá také jako linka důvěry), on-line pomoc, case management (tzv. případové vedení), domácí léčba a péče. Poslední z možností intermediální péče je péče lázeňská (MARKOVÁ a kol., 2006), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007).

3.3.3 LŮŽKOVÁ PÉČE

Lůžková péče v psychiatrii se momentálně rozděluje na akutní a následnou lůžkovou péči. K těmto rozdělením se ale často připisuje i lůžková specializovaná péče. Akutní lůžková péče je poskytována především na psychiatrických odděleních v nemocnicích všeobecně. Jedná se o typ péče, která musí být neodkladně schopná přijmout pacienta při jeho zhoršeném stavu a mít okamžitý přístup ke všem možným vyšetřením různého zaměření. Cílem je co nejrychleji podchytit nemoc tím, že se zajistí potřebná vyšetření, diagnostikuje se onemocnění a zahájí se jeho léčba. Následná lůžková péče je poskytována v psychiatrických nemocnicích. Tato léčba je určena pacientům, kteří mají již určenou diagnózu a nastavenou její léčbu, ale nejsou schopni léčení v domácím prostředí. Třetí možností je lůžková specializovaná péče. Tato péče se vždy zaměřuje na konkrétní onemocnění, věk nebo způsob léčby. Může se jednat například o péči s poruchou příjmu potravy, léčbu závislostí apod. (PETR, MARKOVÁ, 2014).

Zdravotnická lůžková zařízení poskytující psychiatrickou léčbu jsou psychiatrické nemocnice (známé také jako psychiatrické léčebny) psychiatrická oddělení, psychiatrické kliniky, oddělení pro poruchy paměti, gerontopsychiatrická oddělení (a) oborová výzkumná zařízení (MARKOVÁ a kol., 2006), (PETR, MARKOVÁ, 2014).

4 ORGANIZACE VĚNUJÍCÍ SE PSYCHIATRICKÉ PÉČI

Cílem těchto organizací je poskytování kvalitní péče zaměřené na ošetrovatelskou, psychiatrickou, psychologickou a sociální oblast osobám s duševním onemocněním. V současnosti můžeme rozdělit psychiatrickou péči na komunitní péči, meziresortní zařízení a zařízení mimo resort zdravotnictví (MARKOVÁ a kol., 2006), (PETR, MARKOVÁ, 2014), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007).

KOMUNITNÍ PÉČE má široké zaměření, jedná se o služby, programy a zařízení napomáhající lidem s duševním onemocněním pro co nejlepší zdravotní, psychologické a sociální podmínky. Nedílnou součástí této péče jsou tzv. komunitní sestry, které se zaměří na konkrétního pacienta a jeho rehabilitaci v jeho vlastním prostředí. Patří zde i služby pro podporu bydlení, služby na podporu práce a zaměstnání, služby na podporu volného času a sociálních kontaktů, případová vedení jejich poradenství. V současnosti existuje 5 komunitních center v ČR (PETR, MARKOVÁ, 2014).

MEZIRESORTNÍ ZAŘÍZENÍ jsou zaměřena na poskytnutí zdravotnické, sociální, právní a jiné pomoci, napomáhající lidem využít vhodně svůj volný čas, zdokonalovat vlastnosti k navázání společenských, pracovních, praktických a sociálních schopností. Zařazujeme zde protidrogová kontaktní, krizová centra, terapeutické komunity, chráněná bydlení a přípravu na samotné bydlení, zařízení pro podporu práce a zaměstnání, rehabilitační a chráněné dílny, sociální formy a sociální družstva, přechodná zaměstnání a také podporovaná zaměstnání (MARKOVÁ a kol., 2006).

ZAŘÍZENÍ MIMO RESORT ZDRAVOTNICTVÍ jsou organizace, kde řadíme specializované ústavy sociální péče, detenční ústavy, střediska ochranných léčeb v době výkonu trestu odnětí svobody, diagnostické ústavy pro děti a mladistvé, diagnostická pracoviště, sociální služby, výchovně vzdělávací a záchytné služby, pedagogicko-psychologické poradny, poradny pro rodinu, manželské a předmanželské poradny. (MARKOVÁ a kol., 2006).

5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetrovatelský proces je v současné době známá systematická a racionální metoda, kdy můžeme plánovat a realizovat ošetrovatelskou péči. Cílem této metody je zhodnotit zdravotní stav posuzovaného, určit jaké problémy se mohou vyskytnout (popřípadě se již vyskytly), naplánovat cíle k zlepšení celkového stavu pacienta, aplikovat naplánované intervence a zhodnotit zda byly účinné. Pomocí ošetrovatelského procesu lze poskytnout péči především pacientovi (tj. jednotlivci), ale také rodině a komunitě a poskytovaná péče by se měla neustále přehodnocovat na základě aktuálního stavu pacienta. Proces se skládá z 5 kroků, které by se měly neustále přizpůsobovat momentálnímu stavu pacienta. Kroky se skládají z posuzování, diagnostiky, plánování, realizace a vyhodnocení (PLEVOVÁ a kol., 2011), (SYSEL a kol., 2011).

5.1 POSUZOVÁNÍ

První část ošetrovatelského procesu je posuzování, které má za úkol získat informace o pacientovi pro následné určení ošetrovatelských problémů. Jedná se o bio-psycho-sociální problémy zahrnující ověřování a třídění získaných informací o zdravotním stavu pacienta. Informace jsou sbírány při prvním kontaktu s pacientem, ale zároveň jsou v průběhu léčeni rozšiřovány. Jedná se především o sběr informací o tělesném, intelektovém, emocionálním, vývojovém, společenském, kulturním, duševním a spirituálním stavu pacienta. Informace je možno získat z různých zdrojů. V případě schizofrenie se sestra musí zaměřit především na posouzení psychického stavu. Jedná se o zhodnocení všech psychických funkcí a stanovení příznaků, kdy u nemocného sledujeme vzhled a chování pacienta. Může se objevit například agrese, vykřikování a obranná gesta. Dále pátráme po genetické predispozici, snažíme se posoudit intelekt, výskyt bludů i halucinací. V neposlední řadě také sledujeme paměť pacienta (ŠPIRUDOVÁ, 2006), (SYSEL a kol., 2011), (PLEVOVÁ a kol., 2011).

5.2 DIAGNOSTIKA

Diagnostika spadá pod druhý krok ošetrovatelského procesu, který má za cíl zhodnotit pacientovy problémy a potřeby. Tyto potřeby slouží k určení ošetrovatelské diagnózy neboli

tzv. ošetrovateľské sesterské diagnózy. Rozdíl mezi ošetrovateľskou a medicínskou diagnózou je v tom, že ošetrovateľská diagnóza je sestavený a popsany ošetrovateľský závěr o stavu pacienta, který se v průběhu nemoci může změnit. Sesterská diagnóza je zaměřena na fyzické, psychické, sociální a duševní problémy pacienta. Medicínská diagnóza se zaměřuje na nemoc samotnou, v průběhu nemoci se nemění a doplňuje sesterskou diagnózu. V současnosti rozeznáváme aktuální (třísložkové) diagnózy a potencionální (dvousložkové) diagnózy. Aktuální diagnóza je charakteristická problémem, který existuje. Diagnóza je vytvořena pomocí tzv. PES, přičemž (P) znamená problém, (E) etiologii (S) symptomy. Potencionální diagnóza se zakládá na rizikových faktorech, které mohou vzniknout v budoucnosti, a skládá se z dvousložkové formulace PE. V tomto případě (P) znamená problém a (E) znamená etiologii. Diagnostika je charakteristická svou specifikou zaměřenou na pacienta, je jasná, stručná a přesná, vychází ze získaných údajů a vztahuje se na jeden problém. Diagnózy lze sestavit pomocí NANDA taxonomie I a II (SYSEL a kol., 2011), (PLEVOVÁ a kol., 2011).

U schizofrenie lze všeobecně učit následující diagnózy: porušená osobní identita (00121), akutní zmatenost (00128), porušené myšlení (00130), poškozená paměť (00131), sociální izolace (00053), strach (00148), zhoršená verbální komunikace (00051), riziko bezmocnosti (00152), riziko intolerance aktivity (00094), riziko násilí vůči jiným (00138), riziko násilí vůči sobě (00140), riziko sebepoškození (00139), riziko sebevraždy (00150) (NANDA, 2016).

5.3 PLÁNOVÁNÍ

Proces plánování může započít po sestavení ošetrovateľské diagnózy, pomocí které sestra sestavuje individuální plán péče. V tomto kroku sestra za pomoci pacienta sestavuje priority, formuluje cíle, kterých chtějí společně dosáhnout a vše sepíšu v podobě intervencí. Cílem plánování je redukce, prevence, eliminace pacientových problémů, které byly sestaveny v předchozím kroku (v ošetrovateľských diagnózách). Tato fáze je velmi důležitá pro kvalitní ošetrovateľskou péči. Proces plánování rozdělujeme do 6-ti kroků: stanovení priorit stanovení pacientových cílů, určení výsledných kritérií, plánování ošetrovateľských intervencí, soupis plánu ošetrovateľských intervencí a jejich konzultování (SYSEL a kol., 2011), (PLEVOVÁ a kol., 2011).

5.4 REALIZACE

Realizace je provedení ošetrovatelských intervencí, které jsme si stanovili v předchozím kroku do ošetrovatelského plánu. Realizace naplánovaných intervencí se snaží dosáhnout námi stanovených cílů, za pomoci využití ošetrovatelských a medicínských ordinací. Zdravotničtí pracovníci mohou vykonávat 3 druhy ošetrovatelských činností. Jedná se o nezávisle ošetrovatelskou činnost, závisle ošetrovatelskou činnost a součinné ošetrovatelské činnosti. Proces realizace se provádí v postupném navazování kroků. Jako první se provádí opětovné posouzení pacienta, dále se aplikuje ověření platnosti plánu ošetrovatelské péče, posouzení potřeby asistence při intervencích a jako poslední krok následuje záznam a hlášení o ošetrovatelských intervencích (SYSEL a kol., 2011), (PLEVOVÁ a kol., 2011).

5.5 HODNOCENÍ

Hodnocení spadá mezi poslední krok ošetrovatelského procesu. Hodnocení lze popsat jako posouzení změn zdravotního stavu pacienta. Může se jednat o jeho chování, jednání a reakce způsobené aktivitou sestry v péči o jeho zdravotní stav. Hodnocení je stavem terminálním, kdy nejen kompletně zhodnotíme celkový stav pacienta, ale také provádíme průběžné hodnocení. Hodnotíme jednotlivé kroky z ošetrovatelského plánu. Proces vyhodnocení probíhá v následujících postupech: Nejprve se sestra snaží získat informace přihlížející k výsledným kritériím (ve třetím kroku ošetrovatelského procesu), dále porovnává zjištěné informace s výslednými kritérii a odhaduje, jestli byl dosažen cíl. Třetím krokem je nutnost srovnat ošetrovatelské intervence s výsledky nemocného a popsat vyhodnocení daného problému. Poslední krok spočívá ve zdůvodnění nedosažených cílů, revizí a modifikací dosavadního plánu ošetrovatelské péče (SYSEL a kol., 2011), (PLEVOVÁ a kol., 2011).

6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA SE SCHIZOFRENIÍ

Praktická část bakalářské práce se zabývá ošetrovatelským procesem, pomocí kterého bylo provedeno kompletní posouzení pacienta. Podrobné posouzení pacienta bylo vypracováno podle interního materiálu školy Vysoká škola zdravotnická o. p. s. v Praze. Dále zde byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy dle *taxonomie II NANDA International 2015–2017* na základě získaných informací. Uvedené informace byly získány od pacienta, rodinných příslušníků, zdravotnického personálu, z dekursu, vlastním pozorováním a z lékařských zpráv. Pro zajištění ochrany osobních údajů nebyly v praktické části uvedeny identifikační údaje. Ošetrovatelský proces byl vypracován v Psychiatrické nemocnici Bohnice na uzavřeném oddělení číslo 23.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Tabulka 1 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: D. A.	Vzdělání: Střední odborné s maturitou
Pohlaví: muž	Stav: svobodný
Datum narození: X. X. 1980	Státní příslušnost: ČR
RČ: 800000/1000	Datum přijetí: 11. 4. 2016
Věk: 35	Zaměstnání: nezaměstnaný
Adresa trvalého bydliště: Praha	Adresa příbuzných: Praha
Datum přijetí: 11. 4. 2016	Oddělení: uzavřené psychiatrické oddělení 23
Typ přijetí: dobrovolné	Ošetřující lékař: MUDr. Klára Zídková

Zdroj: Vlastní šetření

Důvod přijetí udávaný pacientem:

„Narodil jsem se tu a proto tu bydlím. Teď mě ale nepouští ven, protože mám nařízenou ochrannou léčbu, aby mě nenašli.“

Medicínská diagnóza hlavní:

Paranoidní schizofrenie.

Medicínské diagnózy vedlejší:

Žloutenka typu C.

VITÁLNÍ FUNKCE ZJIŠTOVANÉ PŘI PŘÍJMU ZE DNE 11. 4. 2016

Tabulka 2 Vitální funkce zjišťované při příjmu ze dne 11. 4. 2016

TK: 125/85 mmHg	Výška: 177 cm
P: 84/min	Hmotnost: 74 kg
D: 12/min	BMI: 22,62
TT: 36,6	Pohyblivost: bez omezení
Stav vědomí: lucidní, při vědomí	Krevní skupina: nezjištěna

Zdroj: Vlastní šetření

Nynější onemocnění:

Pacient je přijatý na uzavřené psychiatrické oddělení v Bohnicích z důvodu obtěžování žen na letišti, vyhrožování policistovi kuličkovou pistolí a obvinění cestujících na letišti z podezření pro možné provedení teroristického útoku. Vstup na psychiatrické oddělení pacient neodmítal a snaží se spolupracovat. Při příjmu bylo provedeno základní vyšetření pro stanovení další léčby. Během léčby na psychiatrickém oddělení 23 je pacient střídavě agresivní a neklidný při přítomnosti halucinací. V průběhu léčby jsou tyto příznaky zavčasu rozpoznány a pacient zklidněn pomocí medikace. V současné době je částečně orientovaný osobou, místem a časem. Orientace situací je v dohledné době mimo kontrolu, avšak v případě obtěžování okolí je pacient lehce usměrnitelný.

Informační zdroje:

Pacient, rodinní příslušníci, zdravotnický personál, dekurs, lékařské zprávy a vlastní pozorování.

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

- **Matka:** 59 let, povolání zdravotní sestra v předčasném důchodu, po operaci totální endoprotézy.
- **Otec:** 63 let, povoláním řidič autobusu, nyní v důchodu, bez závažných zdravotních potíží.
- **Sourozenci:** Sestra, 33 let, povolání neznámo, zdráva.
- **Děti:** Nemá.

Osobní anamnéza:

- **Chronické onemocnění:** Žloutenka typu C.
- **Překonané onemocnění:** Pacient žádné neudává.
- **Hospitalizace a operace:** Pacient udává 8 hospitalizací ve státní nemocnici (včetně psychiatrie), operace neudává žádné.
- **Úrazy:** Zlomenina kotníku, zlomenina lebky včetně úrazu oka a nosu.
- **Transfúze:** Podávání transfuzního přípravku nebylo dohledáno, pacient udává, že dostal transfuzní přípravek v roce 2010.

- **Očkování:** Nelze zjistit.

Farmakologická anamnéza:

Tabulka 3 Farmakologická anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Zyprexa	Tbl.	10mg	1-0-2	Antipsychotikum
Rivotril	Tbl	2mg	1,5-0-1	Antiepileptikum
Haloperidol-richter	Sol, Gtt	2mg/ml		Neuroleptikum
Leponex	Tbl	25mg	0-0-3	Antipsychotika
Tisercin	Tbl	25mg	0-0-0-1 (při nespavosti)	Neuroleptikum

Zdroj: Vlastní šetření

Alergologická anamnéza:

- **Léky:** Biseptol, haloperidol.
- **Potraviny:** Pacient udává alergii na maso, v dokumentaci, od rodinných příslušníků a ošetřujícího personálu žádná alergie udávaná nebyla.
- **Chemické látky:** Neguje.
- **Jiné:** Neguje.

Abúzy:

- **Alkohol:** Příležitostně.
- **Kouření:** 30 a více cigaret denně.
- **Léky:** Neguje.
- **Káva:** 3-5x denně.
- **Jiné drogy:** Dříve užívání marihuany, pervitinu, heroinu a subutexu, v současné době abstinuje.

Sociální anamnéza:

- **Stav:** Svobodný.
- **Bytové podmínky:** Trvalé bydliště u matky v panelovém bytě, v současné době popisuje neshody s matkou, z tohoto důvodu bydlí v autě popřípadě na ulici.
- **Vztahy, role a interakce v rodině:** Vztah k matce je střídavě harmonický a občasně nevraživý, matka syna pravidelně navštěvuje; s otcem a sestrou panují momentálně nepřátelské vztahy z důvodu dřívějšího užívání drog, otec i sestra po dobu hospitalizace nemocného nenavštívili.
- **Vztahy, role a interakce mimo rodinu:** Pacient působí roztěkaně až rozpolceně, popisuje se jako samotář ale zároveň i jako typ společenský, veselý a komunikativní, při neshodách s okolím často volí odchod do ústraní.
- **Záliby:** Hudba, hra na akustickou kytaru.
- **Volnočasové aktivity:** Profesionální hráč fotbalu v roce 2002, v současné době kytarista kapely Nirvana, při rozhovoru s matkou byly aktivity zmiňované pacientem vyvráceny, žádné skutečné volnočasové aktivity nebyly zjištěny.

Pracovní anamnéza:

- **Vzdělání:** ZŠ, SPSS - Střední průmyslová škola Znojmo.
- **Pracovní zařazení:** Nezaměstnaný; dříve nemocný udává pracovní zařazení jako sanitář v Ústřední vojenské nemocnici v Praze roku 2005; matka informaci vyvrátila, ale potvrdila úspěšné absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu sanitář.
- **Vztahy na pracovišti:** Pacient udává špatné vztahy na pracovišti, udává neshody s kolegy z důvodu rozdílnosti povah, tyto potíže ho mrzí a chtěl by do budoucna své chování zlepšit, při vystupňování agrese pacienta a následného zklidnění (např. po podání medikace) se většinou přijde sám omluvit.
- **Ekonomické podmínky:** Špatné.

Spirituální anamnéza:

Neví, věnuje se buddhismu.

Tabulka 4 Posouzení současného stavu pacienta ze dne 25. 4. 2016

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU SESTROU ZE DNE 25. 4. 2016 NA PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ		
VYŠETŘENÍ SYSTÉMU	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava	<i>„Měl jsem bolesti, ale paní doktorka mi to spravila, protože mi dává aspirin a ten mi pomohl, abych nefetoval.“</i>	Hlava: normofalická, pokleповě nebolestivá, bez známek traumatu. Oči: oční bulby ve středním postavení, bez nystagmu, zornice izokorické, spojivky růžové, skléry bílé, nosí brýle na dálku. Uši a nos: bez výtoků a deformit. Rty: mírně suché, bez popraskání, barva růžová. Dutina ústní: zuby vlastní, chrup sanován, hrdlo a tonsily klidné, jazyk plazí středem, růžové sliznice i barva jazyka.
Krk:	<i>„Občas mě bolel, ale momentálně už ne.“</i>	Souměrný, bez výrazných deformit, náplň krčních žil nezvětšena, krční uzliny nehmatné a nebolestivé.
Hrudník a dýchací systém	<i>„No hrozně se mi dýchá, vždy si dám ruku před pusou“</i>	Hrudník: symetrický, bez deformit.

	<i>a halucinace přestanou. To mi totiž poradila moje babička.“</i>	<p>Plíce: bez dýchacích deformit, sklípkovité.</p> <p>Dech: při výskytu halucinací zrychlený, v klidu dech čistý, frekvence při klidu 12D/min, bez projevů dušnosti.</p>
Srdcově cévní systém	<i>„Jo bolí mě srdce, CT bych potřeboval, musím se domluvit s paní doktorkou.“</i>	<p>Srdce: bez šelestu, ozvy ohraničené, srdeční rytmus pravidelný, TK normotenzní (125/85 torr).</p> <p>Cévy: puls hmatný, pravidelný (84 tepů/min).</p> <p>HK a DK: na obou HK a DK dobře hmatná pulsace, končetiny bez otoků a křečových žil, přítomnost patologických změn nezjištěna, bez invazivních vstupů.</p>
Břicho a gastrointestinální trakt	<i>„Měl jsem zácpu, ale teď v pohodě.“</i>	<p>Břicho: měkké, palpačně nebolestivé, prohmatné, poslechově přítomná peristaltika, bez projevů nauzey a zvracení.</p> <p>Játra a slezina: játra v oblouku, slezina nehmatná.</p> <p>Stolice: pravidelná, bez patologických příměsí.</p>

Močově pohlavní systém	„ <i>Jo s tím mám pořád problémy, když jsem byl malý tak jsem se počůrával.</i> “	<p>Ledviny: palpačně nebolestivé.</p> <p>Močový systém: moč čirá bez patologické příměsi</p> <p>Pohlavní orgány: genitál mužský, pohlavní ústrojí bez patologického nálezu, pohlavní choroba nezjištěna.</p>
Kostrově svalový systém	„ <i>Nemám problémy.</i> “	<p>Postoj: vzpřímený.</p> <p>Poloha: aktivní.</p> <p>DK a HK: bez deformit a otoků.</p> <p>Klouby: bez patologických znění, bez bolesti.</p> <p>Svalová síla: chodící bez nutnosti opory, soběstačný ve všech úkonech sebezpěče.</p>
Nervově smyslový systém	<p>„<i>Už jsem orientovaný v čase i prostoru. Je rok 2016, jmenuju se Cobein a jsem v Bohnicích.</i>“</p> <p>„<i>Vím všechno, mám i brejle jedničky, takže vidím dobře.</i>“</p>	<p>Vědomí: lucidní.</p> <p>Orientace osobou: během přítomnosti bludů a halucinací se považuje za jinou osobu, během klidné fáze orientovaný.</p> <p>Orientace místem: plně orientovaný.</p> <p>Orientace časem: nyní plně orientovaný.</p> <p>Orientace situací: opakovaná přítomnost bludů a halucinací, občasně orientovaný, ve většině</p>

		<p>případů zcela dezorientovaný.</p> <p>Reflexy: zachovalé.</p> <p>Zrak: nosí brýle na dálku.</p> <p>Sluch: normální, bez projevů patologie.</p>
Endokrinní systém	„Nemám nic.“	Bez endokrinních poruch a patologického nálezu, štítná žláza nebolestivá, nezvětšena.
Imunologický systém	„Jsem říkal paní doktorce že jsem alergický na biseptol.“	<p>Alergická anamnéza: alergie na Biseptol, Haloperidol.</p> <p>TT: 36,6 °C(normotermie).</p> <p>Lymfatické uzliny nebolestivé, nezvětšeny.</p>
Kůže a její adnexa	„Mám vyléčenou lupénku.“	<p>Kůže: suchá, kožní turgor v normě, částečně zahojeny jizvy po užívání drog, popáleniny na rukou z cigaret, modřiny po celém těle.</p> <p>Sliznice: vlhké, růžové.</p> <p>Nehty: neupravené, zanedbané.</p> <p>Vlasy: neupravené, pacient se snažil o samostatné ostříhání, při výskytu bludů a halucinací nosí paruku.</p>

Zdroj: Vysoká škola zdravotnická o.p.s. 2016

Tabulka 5 Popis aktivit denních činností

AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA			
	Doma	V nemocnici	Objektivně
Stravování	<i>„Doma jsem snědl vše, co mi maminka navařila.“</i>	<i>„Tady je to perfektní. Snídani mám nejradši, je to něco pro vegetariány.“</i>	Pacient doma jedl nepravidelně, snědl všechnu domácí stravu. V nemocnici chuť k jídlu snižená, příjem per os, pod dohledem personálu příjem dostatečný. Bez dietního omezení. Má rád sladkosti.
Příjem tekutin	<i>„Pil jsem hodně coca-colu a sprite.“</i>	<i>„Snažím se dodržovat životosprávu, dost těch vitamínů mít.“</i>	Pacient vyžaduje sladké pití, hydratace dostatečná, kožní turgor v normě. Monitoring příjmu tekutin za 24 hod/2300 litrů.
Vylučování moče	<i>„Bál jsem se výtahů, takže jsem se občas počůrával nebo čůral do křoví.“</i>	<i>„Potíže nemám, tady samozřejmě na WC vždycky chodím.“</i>	Kontinentní, bez nutnosti využití inkontinentních pomůcek. Moč čirá, bez příměsí.

Vylučování stolice	<i>„Doma jsem měl zácpu, protože jsem byl hladovej.“</i>	<i>„Ted' už je to dobrý.“</i>	Při příjmu zácpa, v současné době stolice pravidelná, poslední stolice dne 24. 4. 2016
Spánek a bdění	<i>„Doma to bylo šílený, když jsem si vzal větší dávku, usnul jsem na 3 dny a pak jsem už nespál.“</i>	<i>„Protože jsem se tu narodil, tak se tu jakože cejtím dobře a tak spím.“</i>	Spánek je narušený, má potíže s usínáním, spánek přerušovaný. Předčasně se probouzí, po probuzení často nervózně pochoduje po oddělení. Přes den se cítí unaveně.
Aktivita a odpočinek	<i>„Cvičil jsem hodně. Dělal jsem totiž karate a pak jsem přešel na judo.“</i>	<i>„To cvičení je prostě super, protáhlo mi to záda.“</i>	Chodící, aktivní, volně chodí po oddělení, vycházky nemá povoleny. Chodí na rehabilitace, nedokáže se na aktivitu dlouho soustředit. Během dne si plánuje aktivitu sám.
Hygiena	<i>„Staral jsem se špatně o zuby, takže mě ted' bolí.“</i>	<i>„Starám se, a snažím se ted' hlavně starat o ty druhý lidi.“</i>	Pacient se snaží o samostatnost, osobní hygienu zvládá částečně. Od ošetřujícího

			<p>personálu si nenechá pomoci, dopomoc přijme pouze od matky.</p>
Samostatnost	<p><i>„Všechno jsem vždycky zvládal sám.“</i></p>	<p><i>„Jsem v pohodě, snažím se pomáhat spíš ostatním a tím si splnit sen.“</i></p>	<p>Pacient je soběstačný, je zapotřebí pouze občasná výpomoc od ošetřujícího personálu, ale jakoukoliv pomoc pacient odmítá se slovy, že to zvládá.</p>

Zdroj: Vysoká škola zdravotnická o.p.s. 2016

Tabulka 6 Posouzení psychického stavu

POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU		
Vědomí	<i>„Ted' si myslím, že nemám žádné problémy.“</i>	Pacient je při vědomí, lucidní.
Orientace	<i>„Už jsem orientovaný v čase i prostoru. Je rok 2016, jmenuju se Cobein a jsem v Bohnicích.“</i>	Orientace osobou: během přítomnosti bludů a halucinací se považuje za jinou osobu, během klidné fáze orientovaný. Orientace místem: plně orientovaný Orientace časem: v současné době plně orientovaný Orientace situací: opakovaná přítomnost bludů a halucinací, občasně orientovaný, ve většině případů zcela dezorientovaný.
Nálada	<i>„Mám dobrou náladu, vše je v pořádku.“</i>	Nálada nepřiměřená situaci, střídavě optimistický a úzkostlivý.
Dlouhodobá paměť	<i>„Pamatuju si úplně všechno a to je právě ten problém - vrací se mi vzpomínky.“</i>	Výbavnost z minulosti neodpovídá realitě, paměť narušená přítomností bludů a halucinací.

Krátkodobá paměť	<p><i>„Už jsem říkal, pamatuju si všechno.“</i></p> <p><i>„Tak schválně, pamatuju si, že jsem měl na oběd nějakou omáčku s masem, které jsem nejedl, protože jsem přísný vegetarián.“</i></p>	Krátkodobá paměť v pořádku, narušená pouze výskytem bludů a halucinací.
Myšlení	<p><i>„Jo oni říkají, že mi to myslí, jinak by mě tam nevzali.“</i></p>	Myšlení je zrychlené, nedokáže se dlouhodobě soustředit na téma, odbíhá od tématu, řeč přerušovaná.
Temperament	<p><i>„Já jsem veselý a společenský, jenže se musím kvůli tomu pořád převlíkat. Nemám rád žádné značky.“</i></p>	Pacient je introvert, temperamentní typ.
Sebehodnocení	<p><i>„V pohodě. Věřím si, že ty věci zvládnou.“</i></p>	Pacient působí nevyrovnaně, neklidně následkem přítomnosti bludů a halucinací.
Vnímání zdraví	<p><i>„Teď nejvíc pomáhám tady těm lidem, aby tu nemuseli být tak dlouho jako já. Zdraví je totiž pro všechny moc důležité.“</i></p>	Pacient své zdraví považuje za důležité, ohlíží se na ostatní nemocné a snaží se jim pomáhat.

Vnímání zdravotního stavu	<p>„No nebyl jsem zdravý že, ale tentokrát jsem fyzicky úplně zdravý.“</p> <p>„A jakože já vím, že ta psychika je narušená“.</p>	Pacient si uvědomuje přítomnost poruchy v oblasti psychiky, ale není schopen rozpoznat co je realita a co jsou bludy nebo halucinace.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	<p>„Já jsem si stejně myslel, že jsem to měl už od narození.“</p>	Pacient byl s onemocněním srozuměn. Náhled na onemocnění je pouze částečný, s přítomnosti onemocnění je pacient seznámen, ale není schopen rozpoznat příznaky nemoci.
Reakce na hospitalizaci	<p>„Já jsem byl šťastný, že jsem tady, protože jsem to tu poznal, když jsem se tu narodil.“</p>	Při přijetí byl pacient agresivní, po adaptaci na oddělení nemocný považuje nemocnici za svůj domov.
Adaptace na onemocnění	<p>„Někdy to nezvládám a řvu a kopu kolem sebe. Jenže mě to pak mrzí.“</p>	Pacient si své onemocnění uvědomuje pouze částečně, adaptace na onemocnění je nepřiměřená a proměnlivá.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)	<p>„Já když si nejsem jistý, tak zpívám. Ono mě to pak přejde.“</p>	Pacient má často příznaky úzkosti, pochoduje po oddělení a otevřeně mluví s personálem o nepříjemných pocitech, spojené s halucinacemi.

Zkušenosti z předcházejících hospitalizací	<i>„To se ani neptejte (smích). To je určitě někde i v dokumentaci, ale už často jsem tu byl.“</i>	Pacient byl opakovaně hospitalizovaný, počet dřívějších hospitalizací nelze dohledat. Pocity pacienta z hospitalizací nelze určit pro nedůvěryhodnost sdělených informací.
---	--	--

Zdroj: Vysoká škola zdravotnická o.p.s. 2016

Tabulka 7 Posouzení sociálního stavu

POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU		
Komunikace verbální	<i>„Jo já jsem byl prostě vždy komunikativní.“</i>	Pacient má dobrou slovní zásobu, ale mluví překotně. Odbíhá od tématu a jeho slovní projev je zrychlený.
Komunikace neverbální	<i>„Často dělám grimasy a lidi to pak asi dost šve (smích).“</i>	Pacient často využívá mimických výrazů. Při komunikaci s cizí osobou se třese po celém těle, mne si ruce, těká očima do stran a zaujímá střídavě přátelský postoj s odmítavým.
Informovanost o onemocnění	<i>„No tak vím, co mám. Ale už to vím od narození. Řekla mi to maminka.“</i> <i>„Maminka mi říkala, že to jsou dvě osoby v jedné.“</i>	Pacient má pouze částečný náhled na onemocnění. Je si je vědom přítomnosti nemoci, zná přibližně příznaky choroby, ale projevy na své osobě sám neumí rozpoznat.
Informovanost o diagnostických metodách	<i>„Takhle jsem teď v klidu, protože mám vše, co potřebuju. Žádnou léčbu teď nepotřebuju a tak se ani o ni nezajímám.“</i>	Pacient nemá žádný přehled o diagnostických metodách.

<p>Informovanost o léčbě a dietě</p>	<p><i>„Já vím všechno, proto jsem byl vždy vegetarián.“</i></p>	<p>Pacient byl seznámen o způsobu léčby od ošetřujícího personálu. Získané informace bere na lehkou váhu. Předané údaje nepovažuje za důležité. Dietní opatření v současné době nejsou.</p>
<p>Informovanost o délce hospitalizace</p>	<p><i>„Když jsem došel z Vietnamu, tak mi doktorka řekla, že tu budu 3 měsíce.“</i></p>	<p>Nemocný byl informován o předpokládané délce hospitalizace ošetřujícím lékařem. Skutečnou délku hospitalizace si pacient neuvědomuje. Délku hospitalizace nelze přesně určit z důvodu pacientova zdravotního a psychického stavu.</p>

Zdroj: Vysoká škola zdravotnická o.p.s. 2016

Tabulka 8 Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace

SOCIÁLNÍ ROLE A JEJICH OVLIVNĚNÍ NEMOCÍ, HOSPITALIZACÍ A ZMĚNOU ŽIVOTNÍHO STYLU V PRŮBĚHU NEMOCI A HOSPITALIZACE		
	Subjektivně	Objektivně
Primární role (role související s věkem a pohlavím)	<i>„Můj tatka říkal, že si mám najít holku, která má větší IQ než mám já, aby semnou vydržela, ale prý nesmí být Slovenka, což je vtipné protože já jsem Slovák (smích).“</i>	Muž, 36 let. Primární role není ovlivněna hospitalizací.
Sekundární role (role související s rodinou a společenskými funkcemi)	Pacient nedokázal i po vysvětlení otázky odpovědět.	Bratr, syn, spolužák. Terciální role jsou z důvodu hospitalizace částečně ovlivněny.
Terciální role (související s volným časem a zálibami)	Pacient opět nedokázal otázku pochopit.	Terciální role ani po rozhovoru s matkou nebyla zjištěna.

Zdroj: Vysoká škola zdravotnická o.p.s. 2016

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření ze dne 25. 4. 2016

- **Anamnestické údaje:** Viz Anamnéza.
- **Fyzikální vyšetření:** Vyšetření poslechem, poklepem, pohmatem a pohledem, vyšetření fyziologických funkcí nemocného.
- **Laboratorní vyšetření:**
 - **Krev:** Biochemie, krevní obraz.
 - **Moč:** Chemicky.

Tabulka 9 Výsledky krevních odběrů ze dne 25. 4. 2016 v 6:00 hodin

Biochemie		Norma	Biochemie		Norma
Glukóza	5,0 mmol/l	3,3-5,6 mmol/l	GMT	0,25	0,00-1,25 μkat/l
Urea	3,8 mmol/l	3,2-8,2 mmol/l	ALT	0,59	0,12-0,68 μkat/l
Kreatinin	71	53-97 μmol/l	AST	0,71	0,22-0,68 μkat/l
Sodík	144 mmol/l	132-146 mmol/l	Celková bílkovina	12,3	2,0-21,0 μmol/l
Draslík	4,3 mmol/l	3,5-5,5 mmol/l	Albumin	42,9	32,0-48,0 g/l
Vápník	2,27 mmol/l	2,18-2,60 mmol/l	CKD-EPI	1,93 ml/s	1,50-2,30 ml/s

Krevní obraz		Norma	Krevní obraz		Norma
Erytrocyty	5,24	4,0-5,8 x 10 ¹² /l	Hemoglobin	137g/l	135-172 g/l
Leukocyty	7,38	4,0-10,0 x 10 ⁹ /l	Hematokrit	0,409	0,400-0,500 l/l
Trombocyty (PLT)	334	150-400 x 10 ⁹ /l	Lymfocyty	0,27	0,20- 0,45

Zdroj: Vlastní šetření

Tabulka 10 výsledky odběrů moče ze dne 25. 4. 2016 v 6:00 hodin

Moč chemicky		Norma	Moč chemicky		Norma
Specifická hustota moče	1010 kg/m ³	1,016 - 1,022 kg/m ³	Bilirubin	Negativní	–
Bílkovina	Negativní	0,0 - 0,30 g/l	Erytrocyty	2,0	0,0 - 10,0 počet buněk v µl
Glukóza	Negativní	0,0 - 0,0 mmol/l	Leukocyty	2,0	0,0 - 15,0 počet buněk v µl
Krev	Negativní	–			

Zdroj: Vlastí šetření

- **Jiné:** EKG bez patologického nálezu.
- **Psychiatrické vyšetření:** Pravidelné psychologické konsilium jednou týdně.
- **Konzervativní léčba:**
 - **Dieta:** 3.
 - **Výživa:** Perorální.
 - **Režim:** Zákaz vycházek.
 - **Rehabilitace:** Každé PO, ST, PÁ.

Medikamentózní léčba:

Tabulka 11 Medikamentózní léčba

NÁZEV LÉKU	FORMA	SÍLA	DÁVKOVÁNÍ	SKUPINA
Zyprexa	Tbl	10 mg	1-0-2	Antipsychotikum
Rivotril	Tbl	2 mg	1-1,5- 1	Antiepileptikum
Haloperidol- richter	Gtt, sol	10ml /20ml	1-1-2	Neuroleptikum
Leponex	Tbl	25 mg	0-0-3	Antipsychotikum
Tisercin	Tbl	25 mg	při nespavosti	Neuroleptikum
Rivotril	Inj	0,5 mg	při úzkosti, max. 3x denně	Antiepileptikum
Tisercin	Inj. Sol.	1 ml	při masivní tenzi, agitovanosti, max. 2x denně	Neuroleptikum

Zdroj: Vlastní šetření

SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 25. 4. 2016

Pacient D. A. byl dobrovolně hospitalizován na oddělení psychiatrie dne 11. 4. 2016 v ranních hodinách. Pacient byl přivezen na příjmovou ambulanci z důvodu obtěžování žen na letišti, dále z důvodu vyhrožování policistovi kuličkovou pistolí a obviňování pasažérů letiště z terorismu. Důvod přijetí na psychiatrické oddělení byl pacientovi sdělen, ale i po opakovaném sdělení informací, pacient důvod přijetí na oddělení nechápe. Jako důvod hospitalizace udává ochrannou léčbu. Při přijetí byl pacient dezorientovaný osobou a situací. Dále částečně orientovaný místem a časem. Pacientova verbální komunikace je výrazně zrychlena a myšlenkové pochody jsou překotné. Během příjezdu pacienta byla provedena základní vstupní vyšetření, odebrána anamnéza a sepsán informovaný souhlas s hospitalizací. Dále byl pacient seznámen s řádem daného oddělení, pohybovým režimem, právy pacientů, užíváním medikamentů, nutnosti identifikace, návštěvní dobou apod.

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT PACIENTA

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny podle NANDA I – Taxonomie II dle pomůcky: NANDA INTERNATIONAL, 2015. Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2015-2017. 10. české vydání. Praha Publishing, 2015. ISBN 978-80-271-9009-6.

1. Noncompliance 00079
2. Úzkost 00146
3. Nedostatek spánku 00096
4. Zhoršená verbální komunikace 00051
5. Sociální izolace 00053
6. Narušená osobní identita 00121
7. Riziko násilí vůči druhým 00138

1. OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA – NONCOMPLIANCE

Doména: Podpora zdraví.

Třída 2: Management zdraví.

Definice: Chování osoby a/nebo pečovatele, 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 léčebného plánu je chování osoby nebo pečovatele plně nebo částečně v nesouladu a může vést ke klinicky neefektivnímu nebo částečně neefektivním výsledkům.

Určující znaky: Zhoršení příznaků, chování svědčící o nedodržování léčebného plánu.

Související faktory: Přesvědčení ohledně zdraví v nesouladu s plánem péče, nedostatečná motivace.

Priorita: Vysoká.

- **Cíl krátkodobý:** Pacient bude mít částečný náhled na svůj zdravotní stav – během 1. týdne hospitalizace.
- **Cíl dlouhodobý:** Pacient bude spolupracovat a dodržovat léčebný plán – během 2. týdne hospitalizace.

Výsledná kritéria:

- Pacient zná svůj zdravotní a psychický stav – do 1. týdne hospitalizace.
- Pacient spolupracuje s ošetřujícím personálem a nebojí se využít služeb zdravotníků sloužících k podpoře a udržení zdraví – do 2. týdne hospitalizace.
- Pacient dokáže rozpoznat rozdíl mezi reálnými a halucinogenními příznaky – do 2. týdne hospitalizace.
- Pacient ví, jaké jsou faktory podporující udržení nebo zlepšení zdravotního a psychického stavu – do 1. týdne hospitalizace.

- Pacient dobrovolně spolupracuje při dodržování léčebného režimu a přijímá perorální medikaci – do 1. týdne hospitalizace.
- Pacient samovolně usiluje o zlepšení zdravotního stavu a aktivně se zajímá o informace – do 2. týdne hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence

1. Edukuj pacienta dle svých kompetencí o zdravotním stavu a jeho projevech – všeobecná sestra, denně.
2. Komunikuj s pacientem a navazuj kontakt pro vytvoření důvěry mezi pacientem a zdravotnickým pracovníkem vedoucí k lepší spolupráci – všeobecná sestra, denně.
3. Informuj pacienta o výskytu halucinogenních příznaků v době jejich výskytu – všeobecná sestra, vždy.
4. Seznam pacienta s léčebným režimem a fakty, jak může dodržování režimu přispívat ke zlepšení zdraví – všeobecná sestra, od 1. dne hospitalizace.
5. Podávej léky dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinky – všeobecná sestra, od 1. dne hospitalizace.
6. Sleduj psychický stav pacienta a zaznamenávej do dokumentace – všeobecná sestra, průběžně.

Realizace:

25. - 26. 4. 2016

- Pacient byl edukován o svém zdravotním stavu a možných psychotických projevech souvisejících s onemocněním, o edukaci byl proveden záznam do dokumentace.
- Pacientovi byl ponochán dostatek prostoru pro vyjádření pocitů a otázek. Projevuj zájem o pacienta, trpělivě naslouchej, komunikuj s pacientem.
- Pacient je v případě výskytu halucinací a bludů informován o jejich výskytu.
- Pacient je seznámen s možností využití služeb napomáhající ke zlepšení zdravotního stavu a je připraven plán ke zvládnutí osobní péče za přítomnosti a spolupráce pacienta.
- Medikace je podávána pacientovi dle ordinace lékaře.

- Pacient je povzbuzován k péči o sebe sama a dle potřeby je poskytnuta pomoc při úkonech napomáhající ke zlepšení zdraví.
- Snaha pacienta v péči o zlepšení jeho zdraví, popř. změna psychického stavu je zaznamenána do dokumentace.

Hodnocení:

Pacient byl opakovaně edukován o svém zdravotním stavu a o tom, jak se může daná nemoc projevat. Dále je pacientovi připomínána nutnost spolupráce s ošetřujícím personálem, kdy personál ponechává nemocnému dostatek prostoru k vyjádření svých pocitů a snaží se najít alternativy k řešení daných problémů. Sestra musí nadále sledovat projevy související s bludy a halucinacemi, z důvodu neschopnosti pacienta rozpoznat realitu od bludů a halucinací. Tyto příznaky jsou vždy zavčas podchyceny pomocí medikace. Pacient je následně o přítomnosti těchto příznaků informován. Ačkoli je pacient soběstačný, sestra nemocnému napomáhá a povzbuzuje ho k péči o vlastní osobu. Jakákoliv snaha pacienta v péči o své zdraví je zhodnocena všeobecnou sestrou pomocí pochvaly a následně je proveden záznam do dokumentace. Medikaci dle ordinace lékaře pacient užívá.

Celkové hodnocení:

Cíl nebyl splněn. Pacient má pouze chvilkový náhled na svůj zdravotní stav. Trvalý výskyt bludů a halucinací brání pacientovi ve zdravém náhledu na svůj zdravotní stav. Spolupráce s pacientem je náročnější do doby podání medikace, pacient je lehce usměrnitelný, ale nebere ohledy na sestavený léčebný plán.

2. OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA – ÚZKOST

Doména: Zvládnání / tolerance zátěže.

Třída 2: Reakce na zvládnání zátěže.

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

Určující znaky:

- **Behaviorální:** Roztěkanost, nadměrná ostražitost, insomnie, neklid.
- **Emoční:** Úzkostlivost, zvýšená ostražitost, nervozita.
- **Nervus sympatikus:** Změna vzorce spánku, únava.
- **Kognitivní:** Změny koncentrace.

Související faktory: Významná změna (zdravotní stav).

Priorita: Vysoká.

- **Cíl krátkodobý:** Pacient rozpozná příznaky úzkosti a projevy úzkosti jsou sníženy na únosnou míru – do 1. týdne hospitalizace.
- **Cíl dlouhodobý:** Pacient nepociťuje úzkost – od 2. týdne hospitalizace.

Výsledná kritéria:

- Pacient umí vyjádřit a blíže definovat své projevy úzkosti – do 1. týdne hospitalizace.
- Pacient zná léčbu úzkosti, její efektivní možnosti podpory a pomoci při výskytu úzkosti – do 1. týdne hospitalizace.
- Pacient vyhledá pomoc zdravotnického personálu při přítomnosti úzkostného stavu – do 1. týdne hospitalizace.
- Pacienta nenarušuje přítomnost úzkosti v běžných úkonech sebezpečí a usíná před půlnocí – do 2. týdne hospitalizace.

- Pacient nepocit'uje úzkost – do 2. týdne hospitalizace.

Intervence:

1. Edukuj pacienta o tom, jak lze vyjádřit a blíže konkretizovat projevy úzkosti a proved' zápis do dokumentace – všeobecná sestra, od 1. dne hospitalizace, dále dle potřeby.
2. Seznam pacienta o možnostech léčby při výskytu úzkosti – všeobecná sestra, ihned a dále dle potřeby.
3. Spolupracuj s pacientem na sestavení léčebného režimu pro zvládnutí úzkosti – všeobecná sestra, denně.
4. Věnuj pacientovi pozornost, naslouchej jeho potížím se zájmem, respektuj ho – všeobecná sestra, vždy.
5. Napomáhej pacientovi se zvládnutím úzkosti – všeobecná sestra, vždy.
6. Podávej léky dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek – všeobecná sestra, denně.
7. Sleduj pacientův psychický stav a projevy úzkosti, všechny změny zaznamenej do dokumentace – všeobecná sestra, denně.

Realizace:

25. 4. 2016

- Pacientovi jsou poskytnuty informace o způsobech, jak vyjádřit svou úzkost a jak projevům úzkosti čelit, o edukaci pacienta je proveden záznam do dokumentace.
- Pacient je seznámen o možnosti pomoci od zdravotnického personálu při projevech úzkosti.
- 9:10 – z důvodu úzkosti je pacientovi podán p.o. Rivotril 0,5 mg 1 tbl, s efektem. Pacient se po 30 minutách uklidnil, o podání medikace a přítomnosti úzkosti byl proveden záznam do dokumentace – všeobecná sestra.
- 17:10 – pro opakující projevy úzkosti opakovaně podán p.o. Rivotril 0,5 mg, 1 tbl, s efektem. Pacient byl po 20 minutách zklidněn. Byl proveden zápis do dokumentace.
- Medikamentózní léčba je podávána dle ordinace lékaře.

- Pacientovi je průběžně nabízena a zdůrazňována nabídka pomoci při projevu úzkosti a je proveden záznam do dokumentace.
- Při rozhovoru se zdravotnickým pracovníkem je pacientovi poskytnut dostatečný prostor pro vyjádření svých pocitů, je projevován zájem a respekt k pacientovi.
- Pacientův zdravotní stav a projevy úzkosti jsou průběžně sledovány a zaznamenány do dokumentace.
- 23:30 – pro nespavost podán perorálně Tisercin 25mg, 1tbl s efektem – pacient usnul do 45 minut a spal až do rána.

26. 4. 2016

- 10:40 – pro úzkostné projevy zpozorované všeobecnou sestrou podán pacientovi p.o. Rivotril 0,5 mg, 1tbl s efektem, pacient byl po 20 minutách zklidněn, podání medikace a přítomnost úzkosti bylo zapsáno do dokumentace všeobecnou sestrou.
- 11:10 – pacient je znovu reedukován o možnosti pomoci při výskytu úzkosti, spolu s pacientem jsou probrány možnosti ošetrovatelského léčebného plánu pro léčbu úzkosti.
- Pacient je srozuměn s neustálou přítomností sester v případě potřeby, při rozhovoru sestra nemocnému poskytuje dostatek prostoru k vyjádření pocitů, pacientovi vždy naslouchá, projevuje zájem a respekt k pacientovi.
- Jsou podávány medikace dle ordinace lékaře a je sledován jejich účinek – všeobecná sestra, denně.
- Pacientův zdravotní a psychický stav je průběžně kontrolován a zaznamenáván do dokumentace.

Hodnocení:

Pacient byl edukován o možnosti pomoci ošetřujícího personálu při úzkosti a jak jí může čelit. Při rozhovoru je pacientovi poskytnut dostatek času i prostoru k vyjádření svých pocitů. Jeho potíží sestra pečlivě naslouchá a spolu s pacientem vyhledává způsob pomoci. Opakovaně je nabízena pomoc pacientovi pro zvládnutí úzkosti, je sledován jeho psychický a zdravotní stav. Medikace je podávána dle ordinace lékaře. Veškeré informace jsou zaznamenány do dokumentace.

Celkové hodnocení:

Cíl byl splněn částečně. Pacient si uvědomuje přítomnost úzkosti, ale není schopen rozpoznat příčiny vedoucí ke vzniku úzkosti. Projevy úzkosti jsou vždy zmírněny pomocí medikace podané dle ordinace lékaře. Ve většině případů pacient aktivně nevyhledává pomoc, ale nabídnutou pomoc neodmítá.

3. OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA – NEDOSTATEK SPÁNKU

Doména: Aktivita / odpočinek.

Třída 1: Spánek / odpočinek.

Definice: Delší období bez spánku (přetrvávající přirozená, periodická narušení relativního vědomí).

Určující znaky: Změny koncentrace, úzkost, únava, halucinace, přechodná paranoia.

Související faktory: Dlouhodobý diskomfort (např. psychický).

Priorita: Střední.

- **Cíl krátkodobý:** Pacient bude lépe usínat a bude se cítit odpočatě – do 1. týdne hospitalizace.
- **Cíl dlouhodobý:** Pacient spí nepřerušovaně minimálně 6 hodin – do 2. týdne hospitalizace.

Výsledná kritéria:

- Pacient zná zásady spánkové hygieny – do 1. týdne hospitalizace.
- Pacient eliminuje příznaky vedoucí k nekvalitnímu spánku – do 2. týdne hospitalizace.
- Pacient usíná okolo 22. - 23. hodiny a během noci se neprobouzí. – do 1. týdne hospitalizace.
- Pacient se po probuzení cítí odpočatě – do 2. týdne hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence:

1. Edukuj pacienta o zásadách správné spánkové hygieny a proved' záznam do dokumentace – všeobecná sestra, od 1. dne hospitalizace a dále dle potřeby.
2. Sleduj psychický stav pacienta a jeho projevy v oblasti spánku, vše zaznamenávej do dokumentace – všeobecná sestra, průběžně.
3. Eliminuj podněty narušující spánek – všeobecná sestra, denně.
4. Zajímej se o subjektivní pocity nemocného, vyptávej se na okolnosti rušící spánek a zaznamenávej do dokumentace – všeobecná sestra, denně.
5. Naplánuj a realizuj s pacientem pravidelné rituály spánku – všeobecná sestra, denně.
6. Podávej medikaci dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek, vše zaznamenej do dokumentace – všeobecná sestra, denně.
7. Monitoruj průběh spánku, jeho kvalitu a prováděj zápis do dokumentace – všeobecná sestra, denně.

Realizace:

25. 4. 2016

- 10:00 – Pacient je edukován o správných zásadách spánkové hygieny – sestra.
- Pacientův psychický stav je průběžně sledován a zaznamenán do dokumentace.
- Medikace je podávána dle ordinace lékaře a je sledován jejich účinek.
- 15:00 – Pacient je edukován o možnosti sdílení subjektivních pocitů a možnost upozornění na podněty vedoucí k narušení jeho spánku.
- 15:10 – Pacient napomáhá sestavit rituály spánku, které napomáhají k udržení správné spánkové hygieny.
- 19:00 – Sestra sleduje a eliminuje vnější podněty vedoucí k narušení spánku.
- 19:45 – Pacientovi je z důvodu přítomnosti bludů a halucinací vedoucí k narušení zdravého a plnohodnotného spánku, podán p.o. Rivotril 0,5mg 1tbl, s částečným efektem.
- 23:00 – Pro nespavost podán p.o. Tisercin 25 mg 1tbl, s částečným efektem, pacient usnul po 35 minutách, ale spal jen do 4:50 hodin, byl proveden záznam do dokumentace.

26. 4. 2016

- 9:00 – Pacient opětovně reedukován o spánkové hygieně a jak předcházet poruše spánku, byl proveden záznam do dokumentace.
- Sestra v průběhu dne eliminuje podněty vedoucí k narušení spánku, o provedených úkonech provede zápis do dokumentace.
- Zdravotnický personál průběžně sleduje pacientův psychický stav a provádí záznam do dokumentace.
- Medikace byla podávána dle ordinace lékaře, byly sledovány její účinky.
- 22:30 – Pro nespavost podán p.o. Tisercin 25mg, 1tbl s efektem, pacient spal od 23:10 - 7:15 hodin.
- V průběhu noční směny byl monitorován pacientův spánek a jeho průběh byl zaznamenán do dokumentace.
- Po probuzení pacienta bylo sestrou zjištěno subjektivní hodnocení kvality a průběhu spánu, byl proveden záznam do dokumentace.

Hodnocení:

Pacient je edukovaný o správné spánkové hygieně. Nemocnému je při komunikaci poskytnut dostatečný prostor pro sdílení subjektivních potíží vedoucích k poruše spánku. Spolu s pacientem je sestaven program a spánkové rituály napomáhající k nerušenému a plnohodnotnému spánku a zároveň eliminovány podněty narušující spánek. Sestra monitoruje a zaznamenává kvalitu spánku, podává medikaci dle ordinace lékaře při nespavosti nebo častém probouzení s efektem. Ráno sestra zhodnotí průběh spánku a pacientův subjektivní názor. Vše se zaznamenává do dokumentace.

Celkové hodnocení:

Cíl byl splněn částečně. Pacient lépe usíná, ale často se během noci probouzí. Po probuzení se pacient cítí odpočatě, ale v odpoledních hodinách je již unavený. Kvalita spánku kolísá podle programu celého dne a celkového psychického stavu pacienta. Ve většině případů je spánek po podání medikace nepřerušován alespoň po dobu 6 hodin. Medikace je podávána dle ordinace lékaře.

4. OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA – ZHORŠENÁ VERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Doména: Percepce / kognice.

Třída 1: Komunikace.

Definice: Snížená, zpožděná či neexistující schopnost přijímat, zpracovat, vysílat nebo využívat systém symbolů.

Určující znaky: Absence očního kontaktu, potíže se selektivní pozorností, dezorientace osobou, časem.

Související faktory: Psychotická porucha, změny sebepojetí.

Priorita: Střední.

- **Cíl krátkodobý:** Pacient má snahu udržovat oční kontakt a snaží se komunikovat bez latencí – do 1. týdne hospitalizace.
- **Cíl dlouhodobý:** Pacient je schopen komunikovat bez latencí a dokáže udržet oční kontakt – do 2. týdne hospitalizace.

Výsledná kritéria:

- Pacient samovolně rozpoutá rozhovor se zdravotnickým personálem i spolupacienty – do 1. týdne hospitalizace.
- Pacient odpovídá na zadanou otázku – do 1. týdne hospitalizace.
- Pacient při rozhovoru udržuje oční kontakt – do 1. týdne hospitalizace.
- Pacient komunikuje bez latencí, tempo řeči se postupně zrychluje – do 2. týdne hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence:

- Vytvoř si přátelský vztah s pacientem, pečlivě mu naslouchej a ponechej dostatečný prostor k vyjádření – všeobecná sestra, vždy.
- Podporuj pacienta při snaze v komunikaci – všeobecná sestra, denně.
- Ved' pacienta k správné odpovědi – všeobecná sestra, vždy.
- Udržuj oční kontakt s pacientem nejlépe v úrovni očí pacienta – zdravotnický personál, vždy.
- Sleduj psychomotorické tempo pacienta a proved' záznam do dokumentace – všeobecná sestra, denně.
- Posud' faktory prostředí i nemoci pacienta, které mohou mít vliv na schopnost komunikace – všeobecná sestra, od 1. dne hospitalizace, dále dle potřeby.
- Podávej medikace dle ordinace lékaře – všeobecná sestra, od 1. dne hospitalizace.

Realizace:

25. – 26. 4. 2016

- Pacient je sestrou průběžně podporován při snaze komunikovat.
- Sestra eliminuje faktory vedoucí k odvrácení pozornosti, poruše komunikace.
- Pacientovi je při komunikaci poskytnut dostatek prostoru a času pro možnost vyjádřit se, sestra mu pečlivě naslouchá a respektuje ho.
- Během komunikace se zdravotnický personál vždy snaží o navázání očního kontaktu.
- Pacient je veden a usměrňován při komunikaci všeobecnou sestrou.
- Všeobecná sestra průběžně hodnotí a sleduje pacientovo psychomotorické tempo a provádí záznam do dokumentace.
- Medikace byla podávána dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.

Hodnocení:

Pacient je sestrou podporován a veden ke komunikaci. Sestra eliminuje veškeré rušivé podněty odvádějící pozornost a zároveň mu ponechává dostatek prostoru a času pro vyjádření subjektivních potíží. Během komunikace se ošetřující personál snaží o navázání očního kontaktu a usměrnění odpovědi na zadanou otázku s částečným efektem. Psychomotorické tempo je průběžně sledováno ošetřujícím personálem. Medikace je podávána dle ordinace lékaře.

Celkové hodnocení:

Cíl byl splněn částečně. Pacient má snahu udržet oční kontakt a komunikovat bez latencí, ale stále není schopen těchto cílů dosáhnout.

5. OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA – SOCIÁLNÍ IZOLACE

Doména: Komfort.

Třída 3: Sociální komfort.

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

Určující znaky: Osamělost, vyhýbání se očnímu kontaktu, zaobírání se vlastními myšlenkami.

Související faktory: Změny duševního stavu, společenské chování neslučitelné s normami.

Priorita: Střední.

- **Cíl krátkodobý:** Pacient si uvědomuje faktory, které způsobují nebo zvýrazňují zhoršené společenské interakce – do 1. týdne hospitalizace.
- **Cíl dlouhodobý:** Pacient se snaží projevit vůli a aktivní snahu pro dosažení pozitivních změn ve společenském chování a interpersonálních vztazích – do 2. týdne hospitalizace.

Výsledná kritéria:

- Pacient je schopen rozpoznat funkční a disfunkční sociální interakci – do 1. týdne hospitalizace.
- Pacient si uvědomuje faktory, které zapříčiňují nebo zvýrazňují zhoršené společenské interakce – do 1. týdne hospitalizace.
- Pacient dosáhne zlepšení v oblasti mezilidských vztahů – do 1. týdne hospitalizace.
- Pacient je schopen komunikovat bez konfliktu s osobami v jeho okolí – do 2. týdne hospitalizace.

- Pacient se aktivně zapojuje do aktivit a chodu oddělení a vyvíjí aktivní snahu o zlepšení společenské interakce – do 2. týdne hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence:

1. Edukuj pacienta o funkční a dysfunkční sociální interakci a jak tomu zabránit – všeobecná sestra, od 1. dne hospitalizace, dále dle potřeby.
2. Edukuj pacienta o faktorech zapříčiňujících nebo zvýrazňujících potíže v oblasti společenské interakce, vše zaznamenej do dokumentace – všeobecná sestra, od 1. dne hospitalizace, dále dle potřeby.
3. Sleduj pacientovo chování a jednání během společenské interakce s okolím a prováděj zápis do dokumentace – všeobecná sestra, průběžně.
4. Pozoruj, jakými způsoby se pacient vyrovnává s potížemi a do jaké míry zapojuje své obranné mechanismy – všeobecná sestra, vždy.
5. Začleňuj pacienta do běžného režimu oddělení – zdravotnický personál, od 1. dne hospitalizace.
6. Navazuj s pacientem co nejužší terapeutický vztah, poskytni mu dostatek prostoru pro vyjádření pacientových stížností a připomínek, trpělivě naslouchej a respektuj ho – všeobecná sestra, vždy.
7. Spolupracuj s pacientem na zlepšení celkové sociální interakce – všeobecná sestra, vždy.
8. Sleduj pacienta při rozhovoru s okolím a zakroč v případě možného vzniknutí konfliktu, vše zaznamenej do dokumentace – všeobecná sestra denně.
9. Podávej léky dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinky – všeobecná sestra, denně.

Realizace:

25. 4. 2016

- Pacient je edukován o funkční a dysfunkční sociální izolaci, je proveden záznam do dokumentace – všeobecná sestra.
- Pacientovo chování a jednání během sociální interakce je sledováno a zaznamenáváno do dokumentace – všeobecná sestra.
- Pacient je postupně začleňován do režimu oddělení.

- Při rozvoru je pacientovi poskytnut dostatečný prostor ke komunikaci a sdělení informací tížících pacienta, sestra pacientovi naslouchá a respektuje ho.
- Sestra sleduje, jak pacient řeší vzniklé potíže, jak se s nimi vyrovnává a zda zapojuje obranné mechanismy, vše zapíše do dokumentace.
- Sestra informuje pacienta o příčinách způsobujících potíže při sociální interakci a napíše záznam do dokumentaci o edukaci pacienta.
- Sestra s pacientem spolupracuje na plánu ke zlepšení chování a jednání při sociální interakci.
- Při rozhovoru pacienta s okolními lidmi sestra sleduje jejich rozhovor a zamezí možným vzniklým konfliktům, provede záznam do dokumentace.
- Podává medikaci dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.

Hodnocení:

Pacient se aktivně účastnil činností zahrnující režim oddělení. V případě většiny aktivit byl schopen zůstat po celou dobu. V případě psychiatrického sezení, kdy spolu pacienti sedí v jedné místnosti do kruhu, se nemocný rozhněval bez jakékoliv příčiny a odešel do svého pokoje. S personálem rád komunikuje, ale vyhýbá se ostatním pacientům. Při komunikaci je nemocnému ponechán dostatek času a prostoru k vyjádření svých potíží a je zároveň s pacientem hledána alternativa k již vzniklému problému. Pacient je průběžně monitorován při sociální interakci a je předcházeno konfliktům. Medikace je podávána dle ordinace lékaře. Sestra vše pravidelně zaznamenává do dokumentace.

Celkové hodnocení:

Cíl byl splněn částečně. Pacient si uvědomuje faktory vedoucí ke zhoršení společenské interakce, ale nedokáže je usměrnit. Po domluvě sestrou pacient projevuje vůli a aktivní snahu dosáhnout pozitivnějších změn ve svém chování pro podporu interpersonálních vztahů.

CELKOVÉ HODNOCENÍ

Pacient byl přijat na uzavřené psychiatrické oddělení pro obtěžování žen na letišti, vyhrožování policistům kuličkovou pistolí a napadání cestujících se slovy, že jsou teroristé. Pacient byl přivezen RZS a policií ČR. Na oddělení byl přijat dobrovolně, po kontaktu s psychologem. Pacient podepsal informovaný souhlas, ale i když byl se skutečným důvodem hospitalizace seznámen, pravý důvod hospitalizace si neuvědomuje. V současnosti udává důvod hospitalizace jako nařízenou ochranu svědků.

U pacienta je péče každý den individuální a specifická. Nemocný se již od prvního dne snaží spolupracovat, ale z důvodu přítomnosti bludů a halucinací není schopen dodržovat léčebný plán. Během osobního šetření byl pacient střídavě orientovaný osobou. V uplynulých dvou dnech říkal své pravé křestní jméno i příjmení, ale zároveň se ztotožňoval s jinou osobou. Během přítomnosti bludů a halucinací se ztotožňoval se jménem Curt Cobein. Pacient byl plně orientovaný místem a časem. Orientace situací byla narušena i v případě, že pacient řádně užíval medikaci.

První den hospitalizace bylo provedeno psychiatrické vyšetření, odebrána pacientova krev a moč, změřeny fyziologické funkce a provedena preventivní opatření zahrnující izolaci pacienta. V současné době se pacient léčí ze závislosti na drogách a z výsledků krve byla zjištěna pozitivní žloutenka typu C. Přítomnost drog v krvi, nebo moči při přijetí pacienta na oddělení nebyly zjištěny.

Abstinenční příznaky se u pacienta neprojeví, léčbu závislosti udává již před hospitalizací. Matka pacienta udává, že se snažil o samovolné vyléčení ze závislosti. Během pokračující hospitalizace byl pacient přestěhován z izolačního pokoje do pokoje se spolupacienty. Reakce na přestěhování byla přiměřená. Soužití s pacienty zvládá dobře, ale odmítá jakoukoliv sociální interakci s dalšími spolupacienty. Komunikuje pomocí ošetřujícího personálu a v případě konfliktu samovolně odchází do jiné místnosti.

Při komunikaci s pacientem prokazuje nemocný dobrou slovní zásobu, ale slovní projev je zrychlený, řeč odbíhavá a překotná. S ošetřujícím personálem pacient samovolně navazuje komunikaci, ale při komunikaci s cizí osobou se třese po celém těle a mne si ruce. Oční kontakt nedokáže navazovat ani po upozornění na daný problém. S vylučováním, příjmem potravy apod. potíže neudává a nebyly zjištěny zásadní potíže.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Schizofrenie je onemocnění, které nemocného často omezuje a ovlivňuje v mnoha ohledech. Zjištění, že je člověk postižen schizofrenií může být zdrcující. To však neznamená, že nemůže žít plnohodnotný život. V případě včasné diagnózy se může předejít komplikacím a zvýšit šance na uzdravení. Všeobecně vzato se míní, že je nemoc neléčitelná. To ovšem neznamená, že léčba neexistuje. V případě zvolení správné a hlavně včasné léčby můžeme docílit snížení příznaků a pacient může žít spokojený a plnohodnotný život. Důležité je pacientovi dokázat, že se jedná o chronickou chorobu, kterou je nutné přijmout jako je třeba diabetes. Diabetici přeci také dokáží žít svůj život plnohodnotně, i když se jejich nemoc nedá vyléčit. Následující doporučení byla sestavena především pro pacienty a jejich rodinné příslušníky, ale také pro zdravotnický personál a laickou veřejnost.

Doporučení pro pacienta:

- Dodržovat doporučení lékaře a zdravotnického personálu, tzn. užívat medikaci, dodržovat léčebný režim a chodit na pravidelné kontroly.
- Nebát se říci své obavy a potíže, dodržovat správnou životosprávu (tj. zvládání stresu, dostatek spánku, abstinence alkoholu a drog, pravidelné cvičení).
- V případě potřeby vyhledat odbornou pomoc.
- Aktivně spolupracovat a napomáhat vytvářet léčebný ošetřovatelský plán, nevyhýbat se sociálnímu kontaktu.
- Nestagnovat, určit si pracovní a životní cíle.

Doporučení pro rodinné příslušníky:

- V případě podezření výskytu schizofrenie u svých známých, ihned nemocného zaslat k lékaři.
- Podporovat a pomáhat nemocnému zvládat vzniklé překážky.
- Komunikovat s pacientem, aktivně se zajímat o jeho potíže a v případě potřeby řešit s ošetřujícím.

Doporučení pro zdravotnický personál:

- Edukovat pacienta o jeho zdravotním a psychickém stavu.
- Informovat pacienta o nutnosti dodržování léčebného režimu, užívání předepsaných léků, nutnosti komunikace s personálem ale i okolím, dodržování zdravého životního stylu a vytvoření silného podpůrného systému.
- Poskytnout dostatek informací o onemocnění, jeho léčbě, prevenci a prognóze pacientovi, rodinným příslušníkům, ale i laické veřejnosti.
- Poskytnout pacientovi dostatečnou oporu, být empatický, podporovat jej při všech aktivitách.
- Správně motivovat pacienta a vzbuzovat zájem o způsob léčby.
- Spolupracovat s odborníky, kteří se podílejí na celkové péči o nemocného.

Doporučení pro veřejnost:

- Zjistit si dostatek informací o onemocnění a nestránit se pacientů se schizofrenií.
- Při komunikaci s nemocným se příliš nesnažit přistoupit na jeho pravidla, ale naopak se snažit na ně upozornit, tzn. upozornit pacienta o přítomnosti bludů a halucinací.
- Znat zásady komunikace se schizofrenními pacienty.

ZÁVĚR

Diagnóza schizofrenie je neustále diskutované téma, které bylo již v mnoha publikacích blíže popisováno, ale stále není zdaleka vyčerpáno. Opakovaně se v knihách dozvídáme, jak se schizofrenie dělí, jaké má příznaky, jak se léčí a jak jí můžeme předcházet. Průběh nemoci může být u všech typů schizofrenie podobný, ale s jistotou lze říct, že se jen velmi zřídka najde osoba, u které by nemoc probíhala stejně. Pro širokou škálu příznaků je pro pacienta, jeho rodinu, ale i ošetřující personál diagnostika i léčba velmi náročná. Ošetřující personál má těžký úkol přesvědčit pacienta o nutnosti spolupráce. U pacienta jsou často přítomny různé bludy a halucinace, které tvoří bariéru v navázání kontaktu, někdy má nemocný dokonce pocit, že spolupráce s ošetřujícím personálem je pro něj „nebezpečná“.

Jedním z cílů této práce bylo popsat ošetrovatelský proces u pacienta se schizofrenií. Během tvorby této práce je zapojen kvalifikovaný a zkušený ošetřující personál vyvíjecí veškeré úsilí pomáhající ke zlepšení pacientova zdravotního a psychického stavu. Pacient se snažil spolupracovat v rámci svých možností, ale výrazného zlepšení psychického zdraví prozatím nebylo dosaženo. Nedílnou součástí je podpora rodiny a blízkých osob, osobní motivace pacienta a především vhodná edukace ze strany zdravotnického týmu. Ve všech směrech byl pacientovi poskytován dostatek podpory a pomoci, kterou pacient neodmítal. Ale jak již víme z vlastní zkušenosti, pacienti i jejich okolí od personálu očekávají nereálné. Z toho důvodu je práce určena všem laikům, ale i zdravotnickému personálu pro lepší představu o náročnosti a zdlouhavosti léčby.

Stěžejním cílem bakalářské práce bylo popsat ošetrovatelský proces u pacienta se schizofrenií a poukázat na závažnou a zbytečně tabuizovanou problematiku onemocnění, informovat pacienty, rodinné příslušníky i zdravotnický personál o právní problematice. Dalším záměrem bylo podat informace o specifikách péče, tj. například jaké jsou kompetence sestry na psychiatrickém oddělení, jak komunikovat se schizofrenikem, jaké jsou organizace pomáhající schizofrenikům atd.

Cíle bakalářské práce byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Tištěné knihy:

BEER, M., S. M. PEREIRA a C. PATON, 2005. *Intenzivní péče v psychiatrii*. Praha: Grada, ISBN 80-247-0363-7.

BANKOVSKÁ–MOTLOVÁ, L., 2012. *Psychoedukace u schizofrenie*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, ISBN 978-80-87142-16-5.

BANKOVSKÁ–MOTLOVÁ, L., F. ŠPANIEL., 2013. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století*. Druhé vydání. Praha: Mladá fronta, Aeskulap. ISBN 978 - 80-204-2993-3.

BUŽGOVÁ, R., E. JANÍKOVÁ, a D. JAROŠOVÁ, et all. *Ošetrovatelství I: historie – vzdělávání - současné ošetrovatelství - role sestry a nemocného – ošetrovatelský proces - konceptuální modely a teorie - klasifikační systémy - výzkum - praxe založená na důkazech*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-3557-3.

ČEŠKOVÁ, E., 2005. *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetrojícího lékaře*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-056-9.

ČEŠKOVÁ, E., 2012. *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetrojícího lékaře*. Třetí rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, Jessenius. ISBN 978-80-7345-266-7.

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

HERDMAN, T. H. a S. KAMITSURU. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. 10. vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-271-9009-6.

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

MALÁ, E., 2005. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 80-247-0737-3.

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

MIKŠOVÁ, Z., M. FRONKOVÁ a M. ZAJÍČKOVÁ, 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. 2. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, ISBN 80-247-1443-4.

PETR, T., E. MARKOVÁ., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.

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

RABOCH, J., P. PAVLOVSKÝ a D. JANOTOVÁ, 2006. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. Vyd. 4., rozšířené. Praha: Triton. ISBN 80-7254-746-1.

SLEZÁKOVÁ, L., 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-2270-2.

SYSEL, D., H. BELEJOVÁ a O. MASÁR, 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. Brno: Tribun EU s.r.o. ISBN 978-80-263-0001-4.

ŠPIRUDOVÁ, L., 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 80-247-1213-X.

Cizojazyčná literatura:

HAY, W., 2014. *Current diagnosis & treatment pediatrics: a lange medical book*. 22nd ed. New York: McGraw-Hill Education Medical. ISBN 978-1-25-925146-7.

VEAGUE, H. B., 2007. *Schizophrenia*. New York, NY: Chelsea House Publishers, Psychological disorders (Chelsea House Publishers). ISBN 0791085449.

TSUANG, M., at all, 2011. *Schizophrenia*. 3rd ed. New York: Oxford University Press, ISBN 9780199600915.

Online:

NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci* [online]. 3. vyd. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. [cit. 2016-03-04]. Dostupné z: https://sharepoint.vszdrav.cz/stud_mat/skripta/Skripta_tvorba_BP.pdf

PETERKOVÁ, M., 2008-2016. Schizofrenie. In: *Vše o schizofrenii – podrobně a srozumitelně pro každého*. [online]. [cit. 2015-12-12]. Dostupné z: <http://www.schizofrenie.psychoweb.cz>

HAVIT s.r.o., 1998 – 2016. Business center.cz. In: trestní zákon: zákon č. 140/1961Sb., trestní zákon [online]. [cit. 2001-04-17]. ISSN 1213-7235. Dostupné z: http://business.center.cz/business/pravo/zakony/trestni_zakon/cast1h6.aspx

VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, 2016 [online]. Hradec Králové [cit. 2016-01-12]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/info/uvod.aspx>

Velký lékařský slovník [online]. Praha: Maxdorf, 2008- [cit. 2016-04-04]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/>

PŘÍLOHY

Příloha A – Informace, které musí sestra uvést do dokumentace při využití omezovacích prostředků	86
Příloha B – Specifika práce sester na psychiatrickém oddělení	87
Příloha C – Diagnostika schizofrenie pomocí MNK 10.....	88
Příloha D – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce	89
Příloha E – Vyjádření Etické Komise.....	90
Příloha F – Rešeršní protokol	91

Příloha A – Informace které musí sestra uvést do dokumentace při využití omezovacích prostředku.

V této dokumentaci musíme uvést:

- Záznam o indikaci omezení, včetně specifikace druhu, důvodu a účelu omezení a stanovení intervalů kontrol a jejich rozsahu;
- čas zahájení a ukončení použití omezovacího prostředku;
- záznamy o průběžném hodnocení trvání důvodů použití omezovacího prostředku;
- záznamy o průběžném hodnocení zdravotního stavu pacienta v průběhu omezení;
- v případě výskytu komplikací jejich popis;
- jméno, popřípadě jména, a příjmení zdravotnického pracovníka, který použití omezovacího prostředku indikoval; v případě, že použití omezovacího prostředku neindikoval lékař, také jméno, popřípadě jména, a příjmení lékaře, který byl o použití omezovacího prostředku dodatečně informován;
- v případě, že použití omezovacího prostředku neindikoval lékař, záznam lékaře o vyhodnocení odůvodněnosti omezení, času kdy ji potvrdil;
- informace o tom, že byl zákonný zástupce pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo nezletilého pacienta informován o použití omezovacích prostředků " (PETR, MARKOVÁ, 2014, s. 73-74).

– **Příloha B – Specifika práce sester na psychiatrickém oddělení.**

Sestra, která je specializovaná pro práci na psychiatrickém oddělení je oprávněna (ale i odborně připravena) na následující výkony:

- Sestra je schopna spolu s pacientem vyhodnotit jeho potřeby, rozpoznat zhoršení stavu pacienta, riziko nebezpečí hrozící pacientovi i okolí.
- Podpora a rehabilitace při adaptaci a změně životního stylu.
- Schopnost rozpoznat situaci, zda je zapotřebí použít omezovací prostředky a ošetrovatelská péče u těchto pacientů.
- Při hospitalizaci se zaměřit na vytvoření podmínek pro začlenění zpět do vlastního sociálního prostředí.
- Schopnost poradit duševně nemocnému v oblasti prevence a resocializace.
- Sestra dokáže efektivně komunikovat s pacientem, má schopnost komunikaci usměrňovat a zohledňovat k momentálnímu stavu nemocného.
- Schopnost pozorovat, správně zapsat a formulovat jakékoliv změny u nemocného. Může se jednat např. o změny chování a nálad. Dále se mohou vyskytnout změny vědomí, orientace, řeči, nebo další nežádoucí účinky projevující se u daného onemocnění.
- Znalost správného chování a přístupu k pacientovi, který by měl vést k důvěryhodnosti u pacienta k sestře.
- Schopnost sebereflexe, kdy by si sestra měla uvědomit jaká je osobnost a správně využívat své schopnosti a dovednosti. Měla by si uvědomit to, jak o sebe pečuje, jak je otevřená, jestli si umí přiznat chybu a jakým způsobem se to odráží na péči o pacienty (PETR, MARKOVÁ, 2014).

Příloha C – Diagnostika schizofrenie pomocí KKN 10.

V testu pomocí MKN 10 je zapotřebí stanovit alespoň jeden z následujících symptomů, projevující se alespoň po dobu 1 měsíce:

- sluchové a intrapsychické halucinace;
- bludy o ovlivňování a kontrolovatelnosti; popřípadě pocit ovládnutí psychotickými prožitky;
- hlasové halucinace rozmlouvající chování jedince, či komentující jednání nemocného
- bludná přesvědčení vykoledující se určité skupině a kultuře. (RABOCH, 2006).

V případě neprojevení se žádného z těchto příznaků, musí být k diagnostice schizofrenie přítomny minimálně dva následující symptomy:

- přetrvávající halucinace;
- katatonii projevy
- apatie, ochuzená řeč (tzv. alogie), autismus, oploštění až vyhasnutí
- inkoherence (tzn. nedostatečná schopnost pochopit souvislosti), zárazy, neologismy (tzn. vytváření nových slov)
- nápadné změny v chování jako je například ztráta zájmů, sociálního stažení, bezcílnost (RABOCH, 2006).

Příloha D – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce.

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Dušková 7, 150 00 Praha 5



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

Příjmení a jméno studenta	Lucie Kavalová	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3
Téma práce	Ošetrovatelský proces u pacienta se schizofrenií	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Oddělení 23, Psychiatrická nemocnice Bohnice	
Jméno vedoucího práce	MUDr. Jana Tichá	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis <i>Jana Tichá</i>
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis <i>[Signature]</i>

V..... *Praze* dne *4.7.2016*

[Signature]
podpis ~~studenta~~

08	PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE BOHNICE
005	Plzeňská 91, 1B 02 PRAHA 5
002	tel. číslo 284 016 223
	odbornost 305

Příloha E – Vyjádření Etické komise.

|| B || PSYCHIATRICKÁ
NEMOCNICE
BOHNICE

Etická komise

ekomise@bohnice.cz

Lucie Kavalová, Dis.
Bedřicha Václavka 982/11,
700 30 Ostrava
luciekavalova@seznam.cz
737 026 125

Naše značka:

Vyřizuje/linka: **420284016141**

V Praze dne **5. 4. 2016**

Věc: **žádost o umožnění sběru informací**, tj. 3-4 denního sledování pacienta se schizofrenií z důvodu vypracování ošetřovatelského procesu.

Etická komise Psychiatrické nemocnice Bohnice žádost posoudila, sběr informací je součástí bakalářské práce na téma „*Ošetřovatelský proces u pacienta se schizofrenií*“, na Vysoké škole zdravotnické v Praze, vedoucí bakalářské práce je MUDr. Jana Tichá a bude probíhat na pav. 23, garantem je MUDr. Marek Páv, PhD.

Etická komise žádost schválila bez výhrad.

MUDr. Richard Krombholz
Předseda etické komise PL Bohnice


Mgr. Jan Pomykáčz v.z.
tajemník etické komise

Psychiatrická nemocnice Bohnice
Ústavní 91
181 02 Praha 8 – Bohnice

Psychiatrická nemocnice Bohnice Ústavní 91 181 02 Praha 8

Tel.: +420 284 016 111 Fax: +420 284 016 595 www.bohnice.cz

Bankovní spojení: Komerční banka a.s. 16434081/0100 IČ: 00064220 DIČ: CZ00064220

Příloha F – Rešeršní protokol.



Moravskoslezská vědecká knihovna v Ostravě, příspěvková organizace

Číslo rešerše: III-7851
Název rešerše: Schizofrenie
Jazykové omezení: čeština, slovenština, angličtina
Časové omezení: 2005-2015

Příspěvková organizace
Moravskoslezského kraje



U knih, které jsou k vypůjčení v MSVK v Ostravě, je uvedena signatura. Knihy bez signatury jsou k dispozici v jiných knihovnách ČR (viz http://aleph.nkp.cz/F/CA5I79II3RXK8Q16H9VKA5QU532X3FRTG9214CXE8FI5M2HDAI-18714?func=file&file_name=find-b&local_base=SKC Tyto knihy je možno objednat prostřednictvím meziknihovní vypůjční služby v naší knihovně).
U článků je nutné vyhledat celý časopis.

Knihy

1

Bankovská Motlová, Lucie a kol. *Psychoedukace u schizofrenie*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2012. 71 s. ISBN 978-80-87142-16-5.

2

Bankovská Motlová, Lucie a Španiel, Filip. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. 110 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2993-3.

3

Češková, Eva. *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. 3., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, ©2012. 117 s. Jessenius. Farmakoterapie pro praxi; sv. 49. ISBN 978-80-7345-266-7.

4

Dragomirecký, Andrej. *Schizofrenie, její příčiny a léčba*. Praha: Stratos, ©2013. 16 s. ISBN 978-80-85962-26-0.

5

Faulkner, Guy E. J., Adámková Ségard, Milena, ed. a Hátlová, Běla, ed. *Psychomotorická terapie v léčbě schizofrenie*. V Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, ©2013. 278 s. Monografie. ISBN 978-80-7414-684-8.

6

Kučerová, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. 106 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2045-6.

7

Malá, Eva. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. 194 s. Psyché. ISBN 80-247-0737-3.

8

Marder, Stephen R. *Schizophrenia*. New York: Oxford University Press, ©2014. 92 s. Oxford American psychiatry library. ISBN 978-0-19-996465-9.