

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTKU
S REZIDUÁLNÍ SCHIZOFRENIÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

JITKA STŮJOVÁ

Praha 2018

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTKU
S REZIDUÁLNÍ SCHIZOFRENIÍ**

Bakalářská práce

JITKA STŮJOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

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

Praha 2018



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

STŮJOVÁ Jitka

3BVS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská péče o pacientku s reziduální schizofrenií

Nursing Care of a Patient with Residual Schizophrenia

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

V Praze dne 1. listopadu 2017

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze 20. dubna 2018

Jitka Stůjová

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucí práce Mgr. Evě Markové, Ph.D. za ochotu, vstřícnost cenné rady, připomínky a odborné vedení při zpracování bakalářské práce.

V Praze dne 20. dubna 2018

ABSTRAKT

STŮJOVÁ, Jitka. *Ošetrovatelská péče o pacientku s reziduální schizofrenií*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D. Praha. 2018. 62 s.

Bakalářská práce zahrnuje celkový popis ošetrovatelské péče o pacientku s reziduální schizofrenií. Uvádí základní informace o etiopatogenezi, klinickém obraze, diagnostice a terapii schizofrenie. Dále popisuje specifika ošetrovatelské péče o pacienta se schizofrenií, jak ve spolupráci celého ošetrovatelského týmu připravit pacienta na přechod do běžného života a důležitost spolupráce s komunitní službou. Cílem bakalářské práce je popsat ošetrovatelský proces u 63leté pacientky s diagnózou reziduální schizofrenie a zlepšení sebepéče v oblasti osobní hygieny a sociálních vztahů pacientky. Na základě zhodnocení zdravotního stavu pacientky, s využitím koncepčního modelu D. E. Orem, byly sestaveny ošetrovatelské diagnózy dle Taxonomie II NANDA International 2015-2017, stanoven plán ošetrovatelské péče, popsána realizace ošetrovatelských intervencí a provedeno jejich hodnocení. Závěrem bylo pro pacientku vypracováno doporučení, jak nadále upevňovat a posilovat nabitě dovednosti.

Klíčová slova

Ošetrovatelská péče v psychiatrii. Ošetrovatelský proces. Psychosociální rehabilitace. Reziduální schizofrenie.

ABSTRACT

STUJOVA, Jitka. *Nursing Care of a Patient with Residual Schizophrenia*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Eva Markova, Ph.D. Prague. 2018. 62 pages.

The bachelor thesis involves a complete description of a nursing care in a female patient with a residual schizophrenia. It brings basic information about etiopathogenesis, clinical picture, diagnostics and schizophrenia therapy. Furthermore it describes the special characteristics of a nursing care in a schizophrenic patient how – in a complete nursing staff care – to prepare the patient to the normal life and his collaboration with a communal service. The aim of the bachelor thesis is to describe a nursing process in a 63-years-old female patient with the diagnosis of residual schizophrenia and to improve the patient's hygienic habits and her social relations. Nursing diagnoses using the concept model of D. E. Orem were determined according to Taxonomy II NANDA International 2015-2017 on the basis of the evaluation of the patient's health condition, a nursing care plan was set, the execution of nursing interventions was described and the evaluation performed at the end, a recommendation for the patient was developed, how to consolidate and reinforce acquired competences.

Keywords

Nursing care in psychiatry. Nursing process. Psychosocial rehabilitation. Residual Schizophrenia.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	9
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ.....	1
SEZNAM TABULEK.....	3
ÚVOD.....	12
1 SCHIZOFRENIE.....	14
1.1 ETIOPATOGENEZE.....	15
1.2 KLINICKÝ OBRAZ – SYMPTOMY	16
1.3 DIAGNOSTIKA	19
1.4 PRŮBĚH a PROGNOZA ONEMOCNĚNÍ.....	21
1.5 TERAPIE	22
1.6 KOMUNITNÍ PÉČE.....	29
1.7 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	29
2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	31
3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S REZIDUÁLNÍ SCHIZOFRENIÍ.....	33
3.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE	33
3.2 ANAMNÉZA.....	35
3.3 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU	37
3.4 UTRŘIDĚNÍ INFORMACÍ	45
3.5 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT.....	47
3.6 SITUAČNÍ ANALÝZA DNE 08. 08. 2017.....	48
3.7 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT.....	49
ZÁVĚR	58
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	59
SEZNAM PŘÍLOH.....	62

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADL	Activities of Daily Living
APPE	Appendektomie
BMI	Body-mass index
cm	centimetr
CT	Počítačová tomografie
EEG	Elektroencefalografie
ID	Invalidní důchod
inj.	Injekce
IPT	Integrovaný psychoterapeutický program
Kg	Kilogram
min.	Minuta
mmol/l	Milimol na litr
MRI	Magnetická rezonance
např.	Například
sir.	Sirup
st. p.	Stav po
tbl.	Tableta
TT	Tělesná teplota
torr	Tlak krve

(VOKURKA a kol., 2010), (Velký lékařský slovník [online], 2018)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Abúzus	nadměrné užívání
Amenorea	vynechání menstruačního krvácení
Apatie	snížení citové reaktivity, minimální nebo žádná citová reakce na zevní podněty
Agonista	souhlasně působící např. lék nebo sval
Antagonista:	opačně působící např. lék nebo sval
Adherence:	přilnutí
Bazální ganglie	jádra šedé hmoty ve spodní části velkého mozku obklopená bílou hmotou
Bradypsychismus	duševní zpomalení s nízkým psychomotorickým tempem
Dopamin	látka hrající důležitou roli v nervovém systému neurotransmitter
Dysfagie	porucha polykání, ztížené polykání
Dysartrie	porucha řeči, při níž je porušena výslovnost z nervových příčin
Delirium	kvalitativní porucha vědomí, pozornosti, vnímání, myšlení a paměti
Deja vu	francouzsky iluze viděného
Extrapyramidové	vztahující se k části nervového systému zodpovědné za udržení svalového napětí a za koordinaci pohybu
Farmakorezistentní	odolný vůči léčbě
Floridní	aktivní průběh nemoci
Frontální lalok	čelní lalok
Galaktorea	tvorba a vylučování mléka mléčnou žlázou mimo období kojení
Glutamát:	sůl glutamové kyseliny, významný budivý přenašeč v nervovém systému
Hypoxie	nedostatek kyslíku v tkáních či v celém organismu
Hyperprolaktemie	vyšší koncentrace prolaktinu v krvi
Hypertermie:	zvýšení vnitřní teploty nad normální rozmezí
Idiosynkratický:	nadměrně citlivý

Kognitivní	rozpoznávací, týkající se vnímání a myšlení.
Kreatinfosfokináza	enzym přenášející fosfátovou skupinu na kreatin
Limbický systém:	část mozku, která má vztah k instinktům sloužícím zachování jedince i rodu, citové a náladové složce osobnosti a paměti
Metabolická acidóza	hromadění kyselých látek
Mikce	močení
Neurotransmitter	chemická látka uvolňovaná z nervového zakončení na synapsi
Obstipace	zácpa
Prefrontální	před čelním
Premorbidní	před onemocněním
Prodromální	upozorňující na blížící se onemocnění
Psychóza	těžké duševní onemocnění
Rigidita svalová	ztuhlost svalů
Serotonin	biologicky aktivní látka vznikající z aminokyseliny tryptofanu, jeden z biogenních aminů, má význam též jako neurotransmitter v mozku, je obsažen v krevních destičkách a v dalších tkáních
Simplexní	jednoduchý
Suicidium	sebevražda
Tachykardie	zrychlení srdeční frekvence nad 90/min
Tachypnoe	zrychlené dýchání
Temporální lalok	spánkový
Thalamus	část mozku v níž se přepojují smyslové

(VOKURKA a kol., 2010), (Velký lékařský slovník [online], 2018)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Medikamentózní léčba	48
--------------------------------------	----

ÚVOD

Přístup k nemocným se schizofrenií prošel v posledních dvaceti letech dynamickým vývojem. Přesto schizofrenie sebou nese cejch-stigma a do dnešních dnů vyvolává strach z opravdového šílenství. Nemocní a jejich blízcí se potýkají s nepochopením, s nedostatkem informací, ale hlavně s obrovskou bezmocí a vyčerpávající emoční zátěží. V dnešní době je kladen důraz nejen na léčbu akutních příznaků, ale i na destigmatizaci, kvalitu života a resocializaci pacienta. Zvyšuje se význam ošetrovatelského procesu v rámci komplexní psychiatrické péče.

Schizofrenie je diagnóza náročná závažností symptomů, pestrostí průběhových variant, dlouhodobým průběhem i prognostickou nejistotou. Schizofrenií onemocní asi 1 až 1,5 % populace. Výskyt je stejný u různých ras, kultur i na jednotlivých kontinentech. Je stejný jak u mužů, tak i u žen. Pouze rozdíl je ve vzniku onemocnění. U mužů nejčastěji vzniká mezi 16 a 25 lety, u žen mezi 25 a 35 lety. Schizofrenie může být diagnostikována i v dětském věku, je to spíše vzácný nález. Výjimečně se můžeme setkat i s propuknutím onemocnění po 40. roce věku (DOUBEK, 2010).

Pro svoji práci jsem si vybrala pacientku s reziduální schizofrenií, se kterou se setkávám během jejích hospitalizací na našem oddělení již více než 20 let. Právě díky tomu, že její onemocnění trvá tak dlouho a je závažné, lze na jejím případě demonstrovat důležitost ošetrovatelské péče směřující k opětovnému zařazení do společnosti. Na jedné straně je její diagnóza a na druhé je ovlivnění mého života jejím příběhem. Na tomto místě bych ji chtěla poděkovat, že se mnou spolupracovala, byla ochotna věnovat mi čas, odpovědět i na méně časté otázky a tím mi vlastně umožnila napsat tuto práci.

V teoretické části je stručně shrnuta charakteristika onemocnění, typy schizofrenie, příčiny vzniku, klinický obraz onemocnění, diagnostika, možnosti terapie a speciální ošetrovatelská péče o pacienty se schizofrenií. Dále je popsán ošetrovatelský proces.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Popsat onemocnění schizofrenie na základě odborné literatury.

Cíl 2: Uvést specifika ošetrovatelské péče o pacienta se schizofrenií.

V praktické části je uvedena kazuistika 63leté pacientky s reziduální schizofrenií, která byla přijata na psychiatrické oddělení následné péče. V ošetrovatelském procesu je využit ošetrovatelský koncepční model D. E. Orem.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Navrhnout a realizovat ošetrovatelský proces u hospitalizované 63leté pacientky s reziduální schizofrenií.

Cíl 2: Zhodnotit ošetrovatelskou péči a zvolit vhodné intervence, které povedou ke zlepšení sebezpečí v oblasti osobní hygieny a sociálních vztahů pacientky.

Vstupní literatura

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

SEIFERTOVÁ, D., J. PRAŠKO, J. HORÁČEK a C. HÖSCHL, 2008. *Postupy v léčbě psychických poruch*. 2. revidované vyd. Praha: ACADEMIA MEDICA PRAGENSIS. ISBN: 80-86694-07-0

TÓTHOVÁ, V. a kol., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. aktualit. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.

Popis rešeršní strategie

Vyhledáváním odborných publikací, které byly následně využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Ošetrovatelská péče o pacientku s reziduální schizofrenií, proběhlo v časovém období od října 2017 do února 2018. Pro vyhledávání bylo použito elektronických databází katalogu Národní lékařské knihovny, Internetový vyhledávač Google Scholar, Google Books, volný internet a v rámci sekundárních zdrojů z odborných publikací. Klíčová slova: Ošetrovatelská péče v psychiatrii. Ošetrovatelský proces. Psychosociální rehabilitace Reziduální schizofrenie. V anglickém jazyce byly těmito slovy: Nursing care in psychiatry. Nursing process. Psychosocial rehabilitation. Residual Schizophrenia.

1 SCHIZOFRENIE

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, ze skupiny psychóz, které se projevuje chronickým průběhem s významně sníženou kvalitou života, zvýšenou mírou pracovní neschopnosti a invalidizace. Je to onemocnění, které má velký dopad nejen na pacienta, ale i na jeho rodinu a celou společnost (SEIFERTO VÁ a kol., 2008). Symptomy jsou velice mnohotvárné: narušené myšlení, vnímání, emotivita, chování a kognitivní funkce. Psychóza může hluboce narušit kontakt nemocného s realitou, může dojít i ke změně osobnosti. Průběh je většinou celoživotní a přináší závažné postižení i v oblasti sociální a profesní (PRAŠKO a kol., 2011).

Dle diagnostických kritérií MKN-10 rozlišujeme:

F20.0 Paranoidní schizofrenie – charakteristické jsou hlavně paranoidní (vztahovačné), perzekuční (pronásledující) a velikášské bludy, symbolické myšlení, magické myšlení a halucinace, nejčastěji sluchové (PRAŠKO a kol., 2011).

F20.1 Hebefrenní schizofrenie – propuká cca do 20 let věku pacienta. Charakterizována je vrtkavostí, zvláštním myšlením, celkovým podivínstvím a rozporuplným chováním (PRAŠKO a kol., 2011).

F20.2 Katatonní schizofrenie – je vzácný typ, tvořící asi setinu všech schizofrenií. Charakteristické je narušení psychomotoriky – automatismy, napodobování, nadměrná vzrušivost, výrazná dezorganizovaná fyzická aktivita nebo naopak katatonním stuporem (útlumem motoriky), zaujímáním nepřirozených pozic a katalepsií (strnulost končetin s voskovou ohebností – *flexibilitas cerea*) (PRAŠKO a kol., 2011).

F20.3 Nediferencovaná schizofrenie – jde o schizofrenii, kterou nelze jednoznačně zařadit do jiné skupiny z důvodu vyskytujících se symptomů ze všech psychopatologických okruhů (PRAŠKO a kol., 2011).

F20.4 Postschizofrenní deprese – je depresivní epizoda vznikající po odeznění schizofrenní ataky, kde se ještě vyskytují některé pozitivní nebo negativní příznaky, ale již nepřevládají (PRAŠKO a kol., 2011).

F20.5 **Reziduální schizofrenie** – je to stav následující po odeznění akutních příznaků. Označuje se za chronickou formu schizofrenie, nepříliš dobře reagující na léčbu s převahou negativních symptomů (PRAŠKO a kol., 2011).

F20.6 **Simplexní schizofrenie** – výskyt je málo častý, může se objevit již kolem 15. roku věku a přechází do chronicity. V popředí jsou negativní symptomy, mezi které ředíme citovou otupělost, abulii a anhedonii (PRAŠKO a kol., 2011).

1.1 ETIOPATOGENEZE

Přesnou příčinu vzniku schizofrenie nelze jednoznačně určit. Vznik ovlivňuje mnoho faktorů, které se mohou vzájemně prolínat z oblasti genetických dispozic, vývojově podmíněných změn, specifických zkušeností a vyvolávajících spouštěčů (VÁGNEROVÁ, 2012).

V posledních letech přibývá výzkumů, které argumentují pro přítomnost autoimunitní složky v patofyziologii schizofrenie (HAMPL a kol. [online], 2011).

Ve vztahu ke genetické zátěži bylo prozatím identifikováno několik genů, které vykazují asociaci ze schizofrenií. Jsou to geny spojené se synaptickou strukturou – dysbindin a neuregulin 1. Dále geny pro glutamatergní transmissi, monoaminergní transmissi (tedy dopamin a serotonin) a geny regulující vývoj mozku – dělení neuronů, myelinizaci a tvorbu nových nervových vláken (VEREBOVÁ [online], 2010). Studie monozygotních dvojčat i další genetické výzkumy dokazují, že dědičnost schizofrenie je mezi 60-80 % a pravděpodobnost se ještě zvyšuje u jedinců zneužívajících kanabioidy a metamfetamin. U příbuzných prvního stupně – děti a sourozenci nemocného, je riziko propuknutí onemocnění 6-13%. U příbuzných druhého stupně – neteře, synovci, vnoučata, je riziko 4-6 % (HOSÁK a kol., 2015).

Organicky můžeme sledovat změny ve struktuře mozku vedoucí k narušení jeho funkcí. Zmenšení objemu korové tkáně, především v oblasti prefrontální, která řídí koordinaci a integrovanost různých funkcí. Typické pro schizofrenii je i rozšíření mozkových komor. Změny struktury byly zjištěny ve frontálním a temporálním laloku, bazálních gangliích, hippokampu a limbickém systému. Předpokládá se, že jde o vývojovou poruchu, kdy v průběhu embryonálního vývoje dojde k narušení migrace nebo finální diferenciaci neuronů. Není zcela jasné, zda tyto odchylky jsou typické jen

pro schizofrenii, nebo je můžeme chápat jako rizikové znaky i pro jiné psychické poruchy (VÁGNEROVÁ, 2012).

Thalamus má důležitou funkci, z hlediska vstupu podnětů, jestliže je tato funkce narušena dojde k nadměrné a neselektivní stimulaci a tím i k desynchronizaci činnosti mozkové kůry. K této poruše může dojít změnou funkce neurotransmiterového dopaminového, glukamátového nebo serotoninového systému, která vede k narušení informačního přenosu, jak ve funkci propojení, tak i rozpojení oblastí. Dochází k narušení rovnováhy stimulačního a inhibičního působení v určitých částech mozku. U některých nemocných byla zjištěna i degenerativní poškození mozku (VÁGNEROVÁ, 2012).

Jak je vidět, tak neexistuje jeden jasný ukazatel, který by s jistotou mohl být použit pro diagnostiku schizofrenie. Navíc genetická diagnostika a funkční zobrazování nejsou metody využitelné během běžné klinické praxe, proto probíhá nyní intenzivní výzkum cílený na hledání více použitelných biomarkerů, např. metabolických, imunologických a elektrofyziologických (EEG) (HOSÁK [online], 2016).

Kromě vnitřních faktorů jsou e etiologii schizofrenie významné i vnější vlivy. Riziko vzniku schizofrenie zvyšuje např. prenatálně působící podvýživa, hypoxie nebo virová infekce matky, které přispívají k poškození mozku. Jedinec se rodí s jistou predispozicí, tato však sama o sobě onemocnění nezpůsobuje, vytváří jenom prostor pro vnější vlivy psychosociálního nebo biologického charakteru, které nepříznivě disponovaný jedinec nedokáže adekvátně zpracovat. Až tato situace spustí první psychotickou epizodu. Toto nazýváme konceptem vulnerability (VÁGNEROVÁ, 2012).

1.2 KLINICKÝ OBRAZ – SYMPTOMY

Schizofrenie se projevuje celou řadou specifických symptomů. Určující kritéria, které symptomy musí nebo nemusí být přítomny a délku jejich trvání najdeme v diagnostických kritériích pro schizofrenii podle Mezinárodní klasifikace nemocí 10 (MKN-10). Specifické symptomy můžeme rozdělit do čtyř skupin: pozitivní, negativní, kognitivní a afektivní. Onemocnění může být doprovázeno i nespecifickými symptomy, jako jsou změny chuti k jídlu, poruchy spánku, úzkost a pocity napětí (MOTLOVÁ, ŠPANIEL, 2017).

Pozitivní symptomy:

Pozitivní neboli psychotické symptomy typické pro schizofrenii jsou **ozvučování, vkládání, odnímání a vysílání myšlenek.**

Bludy – mylná přesvědčení vznikající při mylné interpretaci vjemů či prožitků, vznikají postupně a jsou nevývratné, **bludy vztahovačnosti** (pacient si myslí, že o něm ostatní všechno vědí, mluví o něm, písničky v rádiu hrají jen pro něho), **bludy paranoidně-perzekuční** (pacient se cítí pronásledovaný, ohrožený a ochraňuje se nepřiměřeným jednáním), **bludy zevní kontroly** (pacient je přesvědčen, že mu někdo na dálku přemístil vnitřní orgány, nebo mu způsobil mnoho mrtvic a infarktů), **bludy inventorní** (pacient představuje obranný přístroj sestavený k ničení vln, kterými mu mimozemšťané na dálku ruší myšlení a spání) (MOTLOVÁ, ŠPANIÉL, 2017).

Halucinace – halucinovat může pacient všemi smysly. **Sluchové halucinace** (slyšení jednoho nebo více ženských či mužských hlasů, většinou nepříjemného obsahu, charakteristické jsou hlasy nepřetržitě komentující pacientovy myšlenky či chování). **Zrakové halucinace** (velikost halucinovaného objektu může být menší – mikropsie, větší – makropsie, nebo normální, objekt může být více či méně známý a reálný – deja vu, derealizace, nebo bizardní). **Taktilní halucinace** (pacient popisuje doteky, často v kontextu s bludy zevní kontroly). **Čichové a chuťové halucinace** (pacient cítí příjemné a nepříjemné pachy. Pocit otravy je často spjatý s paranoidně-perzekučním bludem). **Intrapsychické halucinace** (pacient je přesvědčen, že mu jsou do hlavy vkládány cizí myšlenky, nebo vlastní myšlenky jsou odebírány). **Verbálně motorické** neboli Séglasovy halucinace (pacient je přesvědčen, že někdo cizí hovoří jeho ústy a vkládá mu do úst slova, která by sám neřekl) (MOTLOVÁ, ŠPANIÉL, 2017).

Dezorganizace – dezorganizace řeči a chování projevující se zanedbáním péče o zevnějšek včetně výstředností v oblékání, touláním se, neadekvátním afektem jako chichotání, nezbednost, nepředvídatelná agitovanost. **Neologismy** (pojmy vymyšlené pacientem, jimž nikdo jiný nerozumí). **Ztráta asociací a tangencialita** (pacient není schopen udržet téma konverzace za současného zaobírání se idiosynkratickými aspekty slov nebo frází). **Inkoherence** (projev pacienta nemá „hlavu ani patu“, věta postrádá gramatické vazby). **Zárazy** (myšlení se zastaví a další myšlenka nenavazuje). **Echolálie** (pacient opakuje to, co říká terapeut). **Mutismus** (pacient nemluví). **Verbigerace** (pacient opakuje určitá slova beze smyslu) (MOTLOVÁ, ŠPANIÉL, 2017).

Poruchy motoriky – motorická aktivita může být výrazně zvýšená (excitace, raptus), nebo vymizí úplně při zachování plného vědomí (stupor). **Manýrování** (běžné jednání nedoplněno nepřiměřenými bizarními projevy, výsledkem je nepřirozenost). **Stereotypie** (opakující se pohyby některých částí těla, bez souvislosti s celkovou motorickou aktivitou). **Povelový automatismus** (pacient reaguje pouze na povel). **Katalepsie** (pacient zaujímá a udržuje nevhodné nebo neobvyklé polohy těla nebo končetin). **Flexibilitas cerea** (vosková ztuhlost). **Grimasování** (opakující se výrazy v obličeji). **Negativismus** (pacient na výzvu reaguje pasivně nebo dělá pravý opak). **Echomatismy** (automatické opakování projevů druhého člověka) (MOTLOVÁ, ŠPANIEL, 2017).

Negativní symptomy:

Negativní symptomy jsou poruchy iniciativy a motivace doprovázené sociálním stažením. Také jsou paralelně přítomné s pozitivními příznaky a naplno se rozvinou až po odeznění akutních psychotických příznaků. Mezi hlavní negativní příznaky patří **abulie** (pacient se cítí neschopný, zpomalený, nemá nápady, motivaci ani chuť něco dělat, vyhýbá se ostatním, nedokáže se radovat ani plakat, je apatický a bez zájmu o cokoli), **afektivní oploštění** nebo **otupění** (neměnný výraz v obličeji, absence očního kontaktu a expresivních gest), **alogie** (chudost řeči a obsahu řeči, zárazy, latence při odpovědi), **apatie** (nedostatek energie, nedostatečná péče o zevnějšek) a **anhedonie a sociální stažení** (neschopnost prožívat radost, nezájem o sociální aktivity) (MOTLOVÁ, ŠPANIEL, 2017).

Kognitivní symptomy:

Poruchy paměti pracovní i dlouhodobé. Poruchy pozornosti, schopnosti plánovat, řešit konstruktivně problémy, pružně reagovat na změnu, v rychlosti zpracování informace, abstraktního myšlení a poruchy sociální kognice. Zhoršení kognitivních funkcí je při všech fázích onemocnění – prodromální, floridní i chronické (MOTLOVÁ, ŠPANIEL, 2017).

Afektivní symptomy:

Patří mezi ně **depresivní** nebo **manický** symptom, **úzkost**, **celkové vnitřní napětí**, **podrážděnost** a **paratymie** (nepřiměřené emoce k dané situaci, kdy tragická situace může vyvolat smích nebo naopak veselá situace pláč, projevit se může

i mimickou inadekvátností – paramimií). V období získávání náhledu na onemocnění se může objevit i depresivní nálada s pocity méněcennosti, sebevýchýtkami, bilancováním, beznadějí a sebevražednými myšlenkami. Poruchy nálady velice často doprovázejí schizofrenii (MOTLOVÁ, ŠPANIEL, 2017).

Mimo typických příznaků akutní nebo chronifikované psychózy jsou i hodně diskutovány symptomy prodromální. Tyto symptomy se objevují několik let před začátkem onemocnění, jsou nespecifické, tedy nelze podle nich stanovit ještě diagnózu, ale mají funkci jakýchsi varovných signálů a diagnostikují se obvykle až zpětně. Mohou to být např. diskrétní poruchy spánku, deprese a stažení, poruchy pozornosti, které vedou ke zhoršení výkonu ve škole, sklon k sociální izolaci, náhlá změna profilu zájmů (zájem o esoteriku, filozofii, náboženství), přičemž pacient opouští své dosavadní zájmy, nespecifická nervozita, zvýšená tenze a změny chuti k jídlu. Těmto symptomům se věnuje poměrně málo studií, jsou však velmi důležité, protože stejné symptomy jsou zároveň včasnými varovnými příznaky, které poukazují na hrozící relaps u zaléčeného pacienta. (MOHR a kol., [online], 2012).

1.3 DIAGNOSTIKA

K diagnostice schizofrenie se používají převážně dva systémy. Prvním z nich je Mezinárodní klasifikace nemocí 10. vydání (MKN-10), které se hlavně používá v České republice. Druhým systémem je Diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické asociace DSM-IV, nebo nová verze platná od roku 2013 DSM-5 (MOTLOVÁ, ŠPANIEL, 2017).

Základem diagnostiky je komplexní vyšetření psychiatrem, které zhodnocuje nejen aktuální stav pacienta, ale i průběh symptomů v čase k němuž je nezbytná i informace od členů rodiny nebo blízkých osob. Nedílnou součástí diagnostiky je psychologické vyšetření pomocí psychodiagnostických testů.

KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ PSYCHIATREM

Při psychiatrickém vyšetření je důležité pozorování verbálních a neverbálních projevů pacienta, navození důvěry a pocitu bezpečí, chovat se empaticky a projevovat zájem. Psychiatrické vyšetření probíhá formou terapeutického rozhovoru, který je rozdělen na části:

- a) základní identifikační údaje,
- b) anamnéza – rodinná, osobní (dětství, somatická onemocnění, sociální anamnéza, sexuální a partnerská anamnéza, osobnost a sebehodnocení, užívání návykových látek a plány do budoucna) a psychiatrická,
- c) nynější onemocnění – podle pacienta a podle „objektivního zdroje“ (doprovod, příbuzní, přátelé),
- d) přítomný stav psychický (status psychicus praesens – SPP) – je to nejdůležitější část vyšetření a je specifikem psychiatrie. Popisuje se: vědomí a orientace, celkové vzezření, postoj k vyšetření, psychomotorické tempo, volní aktivita, řeč, emoce a efektivita, vnímání, myšlení (forma, obsah), soustředění, intelekt, paměť, náhled, hodnověrnost, kontrola impulzů, suicidální úvahy nebo konání, osobnost, připravenost na léčbu a ochota spolupracovat,
- e) přítomný stav somatický (status somaticus praesens – SSP) – patří sem základní fyzikální a laboratorní vyšetření a orientační neurologické vyšetření,
- f) psychodynamický rozbor – okolnosti podílející se na vzniku nebo relapsu onemocnění (charakteristika pacientovy osobnosti, psychologické konflikty a adaptační mechanismy),
- g) diferenciálně-diagnostická rozvaha – k provedení se používá psychopatologický rozbor, kdy se psychopatologické symptomy zařazují do jednotlivých syndromů a stanoví se nejpravděpodobnější diagnóza,
- h) diagnostický a terapeutický plán,
- i) souhrn – slouží ke shrnutí a k zpřehlednění informací, které vedly k diagnóze a léčbě (PRAŠKO a kol., 2011).

POMOCNÉ VYŠETŘOVACÍ METODY

Užíváme k doplnění diagnostiky na základě klinických projevů, jejich nástupu a osobní anamnézy pacienta. Můžeme je rozdělit do tří základních skupin:

Laboratorní vyšetření (např. krevní obraz a sedimentace, endokrinologie, jaterní testy, hladiny léků, toxikologie) – slouží k vyloučení nebo nalezení somatického

podkladu potíží, zejména rozlišení neuroinfekce, endokrinních poruch nebo metabolických poruch.

Zobrazovací metody (např. EEG, CT, MRI) – pomocí těchto metod můžeme diagnostikovat např. nádory mozku, neurotrauma nebo myxedém. Důležité je také zachytit epilepsii, nebo roztroušenou sklerózu, které mohou mít projevy podobné psychóze, ale léčba je zcela odlišná.

Psychologické vyšetření - neuropsychologické testy a projektivní testy (nejčastěji Rorschachův test), které ač patří mezi pomocné metody jsou v diagnostice schizofrenie nepostradatelné. Největším přínosem jsou v diagnostice nejasných psychotických stavů, kde klinický obraz není jednoznačný, citlivě zachycují dezorganizaci nebo bludy, které nejsou v běžném rozhovoru patrné. Těmito testy lze zhodnotit i kognitivní funkce a konkrétní dysfunkční oblasti, což je velmi důležité při plánování rehabilitace (PRAŠKO a kol., 2011).

1.4 PRŮBĚH a PROGNOZA ONEMOCNĚNÍ

Začátek onemocnění může být náhlý nebo plíživý. U některých pacientů můžeme pozorovat snížený výkon v neuropsychologických testech již v premorbidním období. V prodromálním období, které má různou intenzitu (povahové změny, hloubavost, vztahovačnost, změny zájmů, úzkostnost, nespavost) a délku symptomů, někdy dochází k nerozpoznání symptomů z důvodu komplikovaného dospívání.

Poté přichází ataka (akutní fáze) s plně rozvinutými symptomy. Po první atace různě dlouho trvající, může dojít k úplné úzdavě, je to přibližně u 16 % pacientů. U ostatních pacientů se ataky střídají s relativně stabilními obdobími, kdy u jedné části pacientů je mezidobí bez defektu a u druhé části pacientů dochází ke stabilnímu nebo prohlubujícímu defektu. V prvních 5-10 letech je různorodost průběhu největší, poté je průběh již více uniformní (SEIFERTOVÁ a kol., 2008) (PRAŠKO a kol., 2011).

Po odeznění akutní fáze onemocnění, kdy pacient je „zranitelný“, uvědomuje si své kognitivní a funkční problémy, může být ještě pod vlivem bludů a halucinací (hlavně sluchových, frekvence uposlechnutí příkazu se pohybuje mezi 40 až 88 %), cítí beznaděj a obává se negativní prognózy, může dojít i k sebevraždě v rámci

postpsychotické deprese. Pacienti se schizofrenií se dopouští sebevraždy 8x častěji než běžná populace (MOTLOVÁ, ŠPANIEL, 2017).

Prognózu onemocnění ovlivňuje souhra biologických, psychických a sociálních faktorů. Tyto faktory můžeme rozdělit na příznivé a nepříznivé:

Příznivé - závažnost a průběh onemocnění – náhlý a bouřlivý začátek onemocnění má lepší prognózu, také rychlá remise jako odpověď na léčbu, stabilnější průběh relapsů, a délka neléčeného onemocnění kratší tří měsíců.

Nepříznivé - změna struktury mozku – pokud je progresivní zvětšování postranních komor při zobrazování a progresivní úbytek objemu šedé hmoty zejména ve frontálním, levém temporálním laloku a thalamu, nedostatečná premorbidní sociální adaptace, abúzus návykových látek a nespolupracující pacient, plíživý začátek onemocnění a vznikající v raném věku (spojitost je s rozvíjející osobností a jejími adaptačními mechanismy) (MOTLOVÁ, ŠPANIEL, 2017).

Prognózu dále ovlivňuje:

Pohlaví – je předpoklad, že ženy mají lepší prognózu, z důvodu pozdějšího období vzniku onemocnění než muži.

Osobnost – odchylky a nápadnosti premorbidní osobnosti lze posuzovat jako stupeň vulnerability (zranitelnosti) pacienta (VÁGNEROVÁ, 2012).

1.5 TERAPIE

Základní terapie u schizofrenie je farmakologická, nejvíce zastoupena skupinou antipsychotik, která je využívána jak v akutní fázi, tak i jako udržovací terapie. Po odeznění první akutní fáze by terapie antipsychotiky měla trvat ještě dva roky. Dle dlouhodobého sledování, se ukázalo, že u pacientů, kteří užívají antipsychotika ještě 12 měsíců po prodělání akutní ataky, mají riziko relapsu 12-16 %. U pacientů, jenž byla antipsychotika vysazena po odeznění akutní fáze je riziko relapsu 50-80 %. Elektrokonvulzivní terapie je využívána u katatoní schizofrenie, agitovanosti nebo při suicidálních tendencích. Psychologická a sociální terapie zabraňuje následkům onemocnění na všech úrovních a je nedílnou součástí terapie schizofrenie (PRAŠKO a kol., 2011).

FARMAKOLOGICKÁ TERAPIE

Antipsychotika velice dobře ovlivňují blokování dopaminových a serotoninových receptorů, které jsou zodpovědné za pozitivní a negativní symptomy schizofrenie. Cílem léčby je odstranit nebo zmírnit psychotické vnímání reality a tím i následné poruchy chování. Především je nutno ovlivnit pozitivní symptomy jako bludy a halucinace, které nejvíce zkreslují vnímání skutečnosti (PRAŠKO a kol.,2011).

Léky se v počátečních fázích podávají často i injekční formou. Nejběžnější je podání formou tablet či kapslí, tablet rozpustných přímo v ústech nebo kapek. Důležitá role sestry je v edukaci, dohledu a kontroly užívání medikace a monitorování nežádoucích účinků. (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014). Zvláště citlivé období je léčba první epizody schizofrenie, kdy negativní účinky léků, zejména extrapyramidové příznaky mohou negativně ovlivnit celkový výsledek léčby a vztah pacienta k léčbě jako takové (PRAŠKO a kol.,2011).

a) Antipsychotika první generace (AG1), klasická – **dělíme na sedativní a incizivní:**

Sedativní, mají výrazný tlumící a pacifikující efekt, extrapyramidové symptomy jsou mírnější. Nejdůležitější zástupci: chlorpromazin, levopromazin, chlorprothixen a zuclopentixol.

Incizivní, účinně redukuje pozitivní symptomatiku, neklid a agresivitu. Působí méně sedativně, ale mají více extrapyramidových symptomů a mohou zvyšovat hladinu prolaktinu. Nemají, však téměř žádný vliv na negativní příznaky a pravděpodobně zhoršují kognitivní funkce. Dle Lieberman, 2005, „Terapeutické okno AG1 je velmi úzké. Antipsychotického účinku je často dosaženo až při dávkách, které vyvolávají nežádoucí účinky.“ (PRAŠKO a kol., 2011, s. 224). Nejdůležitější zástupci: haloperidol, flufenazin, perfenazin (PRAŠKO a kol., 2011).

Depotní forma antipsychotik první generace je upřednostňována u obtížně spolupracujících pacientů. Podává se intramuskulárně, kdy se léčivá látka postupně uvolňuje do organismu, zajišťuje tak stálou hladinu farmaka a oddálení relapsů a rehospitalizaci pacienta. S nasazením depotní formy se začíná postupně, je nasazována v kombinaci k perorální léčbě, a postupně se dávka navyšuje, až do té doby, kdy

perorální medikace je snížena a může být i vysazena. Zástupci: haloperidol, flufenazin, flupentixol, zuclopentixol (PRAŠKO a kol., 2011).

- b) **Antipsychotika druhé generace (AG2), atypická** – patří mezi léky 1. volby u prvních atak a často jsou využívána u farmakorezistentních pacientů. Působí na pozitivní, negativní, afektivní a kognitivní symptomatiku. Extrapyramidové symptomy jsou mírnější než u AG1. Rozdělení AG2 podle mechanismu účinku:

Selektivní antagonisté dopaminových receptorů D2/D3 – ovlivňují negativní symptomy, vigilitu (bdělost), pozornost, částečně i depresivní nálady a ve vyšších dávkách také pozitivní symptomy. Zástupci: sulpirid, amisulprid,

Antagonisté serotoninových a dopaminových receptorů (SDA) – blokují serotoninové, dopaminové i adrenalinové receptory. Zástupci: risperidon, ziprasidon, sertidol, paliperidon,

Multireceptoroví antagonisté (MARTA) – působí na řadu neurotransmiterových systémů a ovlivňují pozitivní, negativní, depresivní, manické a kognitivní symptomy schizofrenie. Jsou velice účinné u farmakorezistentních forem. Zástupci: klozapin, olanzapin, quetiapin, zotepin,

Parciální agonisté dopaminových receptorů – jediným zástupce je aripiprazol, jeho unikátní účinek spočívá v tom, že působí podle koncentrace endogenně produkovaného dopaminu. Při vyšších koncentracích dopaminu působí jako agonista a při nižších jako antagonist, dále ovlivňuje i serotoninové receptory ve smyslu agonismu i antagonismu (SEIFERTOVIČOVÁ a kol., 2008).

Depotní forma antipsychotik druhé generace jsou to nejnovější depotní preparáty - risperidon, olanzapin, aripiprazol a paliperidon, a vyznačují se zajištěním stálé plazmatické hladiny léčiva. Mechanismus uvolňování látky je jiný než u depotních antipsychotik první generace a mají minimum negativních účinků, dokonce méně než jejich perorální formy. Proto zajišťují u pacientů vůbec nejlepší adherenci k léčbě, vzhledem k vysoké ceně jsou rezervovány pro mladší pacienty s lepší prognózou (MOTLOVÁ, ŠPANIEL, 2017).

Nežádoucí účinky antipsychotik negativně ovlivňují život pacienta, většinou se dostavují dříve než terapeutický účinek, proto mnohdy dochází k tomu, že pacient léčbu

sám předčasně ukončí, nebo lékař léčbu změní. Mezi hlavní nežádoucí účinky antipsychotik patří:

Neuroleptický maligní syndrom - život ohrožující stav projevující se poruchami vědomí, negativismem, mutismem, svalovou ztuhlostí provázenou extrapyramidovou symptomatologií, dysfagií, dysartrií, opistotonem, hypertermií, pocením, sliněním, tachykardií, tachypnoí, hyper- či hypotenzí, elevací kreatinfosfokinázy nebo myoglobulií, a metabolickou acidózou.

Extrapyramidové symptomy:

Parkinsonský syndrom – snížení pozornosti, bradypsychismus, apatie, svalová rigidita.

Akutní dyskineze – mimovolní kontrakce svalů, především v oblasti šíje, orofaciálně (okolí úst), okulogyrní krize (stáčení bulbů vzhůru), protruze (vytlačení) jazyka, tortikolis (stočení hlavy k jedné straně).

Akatizie – neschopnost stát či sedět v klidu, přešlapování, syndrom neklidných nohou, vnitřní tenze, úzkost.

Tardivní dyskineze – opakující se mimovolní pohyby v oblasti obličeje, grimasování, přežvykování, špulící pohyby rtů, rychlý třes horního rtu (rabbit syndrome), rytmické vyplazování jazyka.

Tardivní dystonie – mimovolní, bolestivé, pomalé tonické stahy svalů, projevující se jako tortikolis, retrokolis (stočení krku dozadu), opistotonus (obloukovité prohnutí těla dozadu).

Anticholinergní symptomy: delirium, poruchy paměti a kognitivních funkcí, sucho v ústech, rozostřené vidění, obstipace, poruchy mikce.

Antihistaminové účinky: ospalost, zvýšená chuť k jídlu, sedativní účinky.

Adrenolytické působení: závratě, pády, psycholepie (apatie a distancovanost od problémů), poruchy erekce, ztráta libida.

Hyperprolaktinemie: galaktorea, amenorea, sexuální dysfunkce.

Nežádoucí účinky antipsychotik mohou vyvolat epileptický záchvat, kardiovaskulární a hematologické komplikace, poškození jater a dermatologické nežádoucí účinky (MOTLOVÁ, ŠPANIEL, 2017).

U schizofrenie je využívána i přídatná medikace antidepresivy ke zvládnutí depresivních a úzkostných symptomů. Běžně se podávají tricyklická antidepresiva nebo selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI).

Benzodiazepiny v kombinaci potencují zklidňující účinek antipsychotik a používají se při psychotickém neklidu, úzkosti a nespavosti. Zástupci: diazepam, bromazepam, alprazolam a clonazepam jsou nejčastěji využívány.

Stabilizátory nálady mohou posilovat účinnost antipsychotik u rezistentních pacientů, zlepšovat afektivní symptomy (mánie), zmírňovat impulzivitu nebo agresivitu. Mezi zástupce řadíme lithii carbonans, karbamazepin, lamotrigin a kyselinu valproovou. Nezbytnou součástí léčby je kontrola plazmatické hladiny těchto léků pro jejich toxicitu.

Anticholinergika (antiparkinsonika) jsou podávána při nežádoucích účincích antipsychotik (SEIFERTOVIÁ a kol., 2008).

NEFARMAKOLOGICKÁ TERAPIE

Elektrokonvulzivní terapie (ECT) je využívána u schizofrenie se závažnějšími projevy úzkosti, imperativními (silně nutícími) halucinacemi, katatonii, nezvládnutelnou agitací s agresí, při suicidálním riziku nebo při farmakorezistenci. Podstatou terapie je vyvolání stavu podobnému epileptickému záchvatu pomocí stimulace mozkové tkáně elektrickým proudem. Před zahájením terapie se pacient dostatečně informuje a vyšetří se stejně jako před výkonem v celkové anestezii. Obvykle se terapie provádí 2-3x týdně v celkovém počtu 6-12 konvulzí a může se pokračovat i v udržovací dávce 1x měsíčně (SEIFERTOVIÁ a kol., 2008) (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014).

Transkraniální magnetická stimulace je lokální bezelektroková stimulace mozkové tkáně, bez nutnosti vyvolání epileptického záchvatu, pomocí využití střídavého magnetického pole (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014).

PSYCHOEDUKACE

Psychoedukace je nedílnou součástí terapie nejen pro pacienta, ale i pro jeho rodinu a blízké. Jsou to informace o symptomech (využití stupnice PANSS [Positive and Negative Syndrome Scale]), vzniku a vývoji psychotických prožitků, rozpoznání časných varovných příznaků (využití programů ITAREPS [Information Technology Aided Relaps Prevention in Schizophrenia], PREDUKA - PREeventivně EDUKAční program proti relapsu psychózy a PRELAPSE - PSYCHOEDUKAČNÍ PROGRAM), o průběhu onemocnění, nutnosti medikace, terapii, rehabilitaci, komunikaci a jak si zachovat vlastní duševní rovnováhu. Důležitou součástí jsou i informace o zdravém životním stylu, rehabilitačních zařízeních a socioterapeutických klubech (MOTLOVÁ a kol., 2012).

PSYCHOTERAPIE a REHABILITACE

Psychoterapie a rehabilitace je nedílnou součástí terapie schizofrenie, začíná již za hospitalizace po odeznění akutní fáze a pokračuje v domácím prostředí.

Plán péče je zcela individuální a je založen na silných stránkách pacienta, mapují se potřeby, přání, osobní preference a cíle podle pacienta. Na tvorbě a uskutečnění plánu se podílí lékař, ošetřující personál, psychoterapeut, sociální pracovník, rehabilitační pracovníci, peer konzultant (osoba s vlastní zkušeností), pracovníci komunitní a ambulantní péče (PÁV a kol., 2017).

PSYCHOTERAPIE se soustředí na podporu zdravých částí osobnosti, pomáhá obnovit přirozený pocit jistoty a kontroly. Rozlišujeme individuální, skupinovou a rodinou psychoterapii a rehabilitaci (DOUBEK a kol., 2010).

- a) Individuální psychoterapie pomáhá obnovit důvěru v sebe sama, v okolní svět a vytvořit si vztah k osobě, které můžeme důvěřovat v krizových situacích (PRAŠKO a kol., 2011).
- b) Podpůrná (suportivní) terapie je především zaměřena na podporu zdravých částí osobnosti. Je to prostředek k navázání vztahu s terapeutem, pomáhá obnovit kontakt s realitou a pocit kontroly nad svými emocemi, představami, myšlenkami, vnímáním a chováním. V akutním stádiu onemocnění pomáhá udržovat kontakt s okolím a rodinou (PRAŠKO a kol., 2011).

- c) Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) se soustředí na pacienty s dlouhodobým postižením, pomáhá odstranit úzkostný způsob myšlení porozumět onemocnění, naučit se technikám, které pomáhají bránit se symptomům a trénuje dovednosti ke zlepšení sociální adaptace (PRAŠKO a kol., 2011).
- d) Expresní terapie (kreativní terapie) uvolňuje kreativní potenciál, ztvárňuje a posiluje vlastní pacientovo já. Posiluje svobodu pacienta, jeho integritu a má stabilizující a motivující účinek. Hlavní oblasti kreativní terapie jsou: arteterapie (výtvarné umění), dramaterapie (divadlo), muzikoterapie (hudba) a taneční pohybová terapie (tanec) (PEČ, PROBSTOVÁ, 2009).
- e) Skupinová psychoterapie je především zaměřena na podporu zdravých částí osobnosti, její výhodou je právě podpora ve skupině, kde pacient vidí, že není se svým problémem sám a má možnost vzájemně sdílet své zkušenosti s ostatními (PRAŠKO a kol., 2011).
- f) Rodinná psychoterapie se zaměřuje na práci s příbuznými pacienta, podporuje zdravé vztahové vzorce v rodině a pomáhá pojmenovat a redukovat ty nezdravé. Významnou součástí je edukace příbuzných, která vede ke zlepšení spolupráce a také ke zmírnění pocitu viny a zahanbení v rodině (PRAŠKO a kol., 2011).

REHABILITACÍ v psychiatrii rozumíme především obnovu základního psychosociálního fungování pacienta v režimu dne, hygienických úkonech, obnově soustředění a pracovních návyků a schopnosti komunikace (PRAŠKO a kol., 2011).

- a) Kognitivní rehabilitace se zaměřuje na zlepšení kognitivních dovedností v oblasti zlepšení kapacity paměti, pozornosti, zvýšení úrovně řešení problémů a znovuoobnovení odpovědnosti a vůle. Komplexní využívaný počítačový program k rozvíjení kognitivních a sociálních dovedností, až po interpersonální řešení problémů se nazývá Integrovaný psychoterapeutický program (IPT) autorů Roder a kol.. Dalším používaným programem je Hogartyho terapie Cognitive Enhancement Therapy (CET) (PRAŠKO a kol., 2011) (PEČ, PROBSTOVÁ, 2009).

- b) Sociální rehabilitace klade důraz na nácvik sociálních dovedností, které začínají již za hospitalizace a pokračují v ambulantní péči při využití specializovaných denních stacionářů, podpůrných rodinných organizací a klubech, v chráněných dílnách a chráněném bydlení. Nácvik je systematický, postupuje od nejjednoduššího ke složitějšímu a procvičují se dovednosti příjemce (např. aktivní naslouchání, vnímání sociální situace), pozitivní aserce (kompliment, pochvala), krátké rozhovory, sebeprosazení, nácvik řešení problémů a najít kompromisní řešení (PRAŠKO a kol., 2011).

1.6 KOMUNITNÍ PÉČE

„Komunitní péče je soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života tak, aby mohly být co nejvíce uspokojeny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby. Mezi postupy komunitní péče patří kromě léčby i podpora sociálních rolí, zejména v oblasti práce, bydlení, sociálních kontaktů, podpora vztahů s rodinou přáteli a dalšími lidmi.“ (Psychiatrická společnost ČLS J. E. P., [online] 2008, s. 12).

V rámci reformy péče o duševní zdraví se klade důraz na minimalizování počtu psychiatrických lůžek a rozvinutí komunitní péče, která se skládá ze služeb zdravotních a sociálních. Důležitá je návaznost a provázanost těchto služeb s lůžkovou péčí. V dnešní době dostupnost této péče není všude stejná, v některých regionech téměř chybí. Snaha o realizaci Center duševního zdraví snad vyřeší pokrytí služeb ve všech regionech (PÁV a kol, 2017).

1.7 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Pacient s psychózou má odlišné vnímání sama sebe a okolního světa a má pocit, že je izolován. Proto je potřeba k těmto pacientům přistupovat individuálně, respektovat jejich autonomii a používat vhodnou komunikaci, kterou přizpůsobujeme aktuálnímu stavu pacienta.

Základem úspěšného péče je navázání terapeutického vztahu, který zahrnuje:

- a) **akceptování** – personál přistupuje k pacientovi jako takovému, ale musí si zachovat objektivitu

- b) **autentičnost** – vzájemné působení personálu na pacienta musí být upřímné a orientované na realitu. Je důležité zvolit a správný tón v komunikaci.
- c) **uvědomění** – personál vychází z pacientova zdravotního stavu, přičemž zohledňuje případné výkyvy náklad jako je provokace či neochota k práci.

V praxi nastávají následující situace, v kterých je třeba přizpůsobit přístup k pacientovi:

- a) Potenciálně nespolupracující a psychomotorický neklidný pacient – je důležité umění rozpoznávat signály u nepřítčných a agresivních pacientů a volit opatření, kterými personál zajistí bezpečnost pacienta i jeho okolí.
- b) Pacient pod vlivem halucinací – neverbálních projevů, naznačují, co pacient pociťuje. Podle jeho projevů, personál přizpůsobuje postoj či tón hlasu. Neméně důležité je vybudování důvěry s pacientem a posilování jeho vědomí reality.
- c) Pacient pod vlivem bludné produkce – psychotickému pacientovi je podstatné naslouchat, nevyvracet ani nepotvrzovat jeho bludy a volit srozumitelnou a strukturovanou komunikaci.
- d) Pacient uzavřený do sebe – v tomto případně personál povzbuzuje a oceňuje pacienta i v každodenních aktivitách.
- e) Mutistický pacient – personál se snaží dle pacientových neverbálních projevů zvolit jasnou a vhodnou komunikaci.
- f) Podezřívavý pacient – klíčové je vyvarovat se podmětům, které by u pacienta vyvolávali nejistotu, která posiluje pacientovu podezřívavost.
- g) Sociálně izolovaný pacient – k navození schopnosti komunikovat s ostatními dopomůže nácvik sociálních dovedností a podpora k udržování sebepečce (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014).

2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetřovatelský proces jsou systematicky plánované a poskytované činnosti, jejichž úkolem je uspokojování individuálních potřeb pacienta za účelem udržení psychosomatického stavu a zlepšení kvality jeho života. Ošetřovatelský proces je interaktivní a je důležité, aby všeobecná sestra ovládala dovednosti, které ji pomohou navázat důvěru pacienta a přistupovala holisticky. Všeobecná sestra v ošetřovatelském procesu postupuje systematicky v pěti fázích, jednotlivé fáze následují v logickém pořadí, ale mohou i v jednu čas probíhat současně (NĚMCOVÁ, BOROŇOVÁ, 2011).

Fáze ošetřovatelského procesu:

Zhodnocení zdravotního stavu pacienta – cílem je provést sběr, uspořádání a zaznamenání objektivních a subjektivních údajů z anamnézy pacienta pomocí pozorování, rozhovoru, fyzikálního vyšetření, měřících technik, ošetřovatelských modelů a dokumentace. Zhodnocení musí být kompletní, přesné a důkladné, aby mohlo být základem pro další fáze.

Diagnostika – tato fáze zahrnuje vytvoření ošetřovatelské diagnózy, která může být dvousložková nebo tříložková, na základě posouzení získaných údajů. Ošetřovatelské diagnózy se určují pomocí odborné terminologie a cílem je vyjádřit potřeby pacienta.

Plánování – plán ošetřovatelské péče pro konkrétní potřeby pacienta se sestavuje podle vytyčených priorit a obsahuje ošetřovatelské činnosti, hodnotící kritéria a stanovuje očekávané výsledky - cíle, kterých chceme dosáhnout.

Realizace – realizace propojuje všechny fáze ošetřovatelského procesu, zde se uskutečňují ošetřovatelské činnosti. V této fázi dochází k opětovnému posouzení pacienta a podle potřeby se přehodnocuje plán ošetřovatelské péče.

Vyhodnocení – v této poslední fázi všeobecná sestra provádí hodnocení účinnosti ošetřovatelské péče podle individuálního plánu pacienta. Hodnotí se do jaké míry byly pacientovy cíle splněny. Rozlišujeme tři typy hodnocení. Termínované hodnocení by měla provádět všeobecná sestra, která provedla první zhodnocení

zdravotního stavu pacienta. Průběžné hodnocení je prováděno při každé fázi ošetrovatelského procesu. Závěrečné hodnocení je prováděno pokud pacient bude předán k další péči do jiné instituce nebo jiné osobě ještě před ukončením hospitalizace (TÓTHOVÁ a kol., 2014).

Teoretické modely ošetrovatelství se využívají v první fázi ošetrovatelského procesu při sběru komplexních informací o pacientovi a k sestavení ošetrovatelské anamnézy. Zvolený model ovlivňuje i další fáze ošetrovatelského procesu (TÓTHOVÁ a kol., 2014).

Ošetrovatelský koncepční model D. E. Orem

D. E. Orem začala pracovat na vývoji koncepčního modelu, v padesátých letech minulého století. V letech sedmdesátých se stává nejvíce využívaným koncepčním modelem v rámci vzdělávání v ošetrovatelských programech. Koncepce D. E. Orem se zaměřuje na sebepéči jedince, která vychází z požadavků univerzálních, vývojových a odchylovajících se od zdraví. Tato koncepce je tvořena třemi teoriemi:

Teorie sebepéče - Vychází z toho, že každý jedinec je schopen během svého života pečovat sám o sebe v rámci zachování života, zdraví a pohody.

Teorie deficitu sebepéče - Ošetrovatelská péče je potřebná v okamžiku kdy jedince je omezen nebo není schopen se o sebe postarat. Deficit sebepéče může být již přítomen anebo se může projevit v budoucnu.

Teorie ošetrovatelských systémů - Deficit sebepéče je důvodem k zahájení ošetrovatelských činností všeobecné sestry, které jsou potřebné k eliminaci deficitu. Tyto činnosti představují ošetrovatelský systém.

D. E. Orem rozlišuje tři ošetrovatelské systémy:

Plně kompenzující – pacient není schopen vykonávat sebepéči a je zcela závislý na všeobecné sestře, která vykonává ošetrovatelskou péči.

Částečně kompenzující – pacient vykonává sebepéči s pomocí, nebo společně se všeobecnou sestrou.

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S REZIDUÁLNÍ SCHIZOFRENIÍ

Dle obecného nařízení o ochraně osobních údajů nařízení Evropského Parlamentu a Rady č. 2016/679 se v praktické části bakalářské práce nevyskytují osobní údaje, které by mohli vést k identifikaci pacientky. Dostupné z: <http://www.zakony.cz/gdpr/>

Ke zpracování ošetřovatelské dokumentace bylo čerpáno ze studijních materiálů Vysoké školy zdravotnické, o. p. s. Dostupné z: <https://sharepoint.vszdrav.cz>

3.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: X. X.	Datum narození: 00. 00. 1954
Rodné číslo: 540000/0000	Věk: 63 let
Číslo pojišťovny: Všeobecná zdravotní pojišťovna 111	
Pohlaví: žena	Stav: svobodná
Státní příslušnost: ČR	Národnost: česká
Zaměstnání: invalidní důchodkyně	Vzdělání: úplné střední s maturitou
Adresa trvalého bydliště: X.	
Jméno příbuzného: X. X.	
Bydliště příbuzného: dříve X., nyní neví	
Kontakt s rodinou neudrzuje, možno kontaktovat spádovou sociální pracovníci Městského Úřadu v X..	
Psychiatrická ambulance: MUDr. X. X.	Praktický lékař: MUDr. X. X.
Datum příjmu: 04. 08. 2017	Čas příjmu: 10.15 hodin
Účel příjmu: terapeutický	Typ přijetí: plánovaný
Oddělení: psychiatrické – následná péče	Ošetřující lékař: MUDr. X.X.

Svéprávnost: bez omezení

Poučení a souhlas s hospitalizací: pacientka podepsala, ale nepřeje si nikomu podávat informace o jejím zdravotním stavu.

Souhlas s poskytnutím zdravotních služeb a zdravotních výkonů: pacientka podepsala

Medicínská diagnóza hlavní: F20.5 Reziduální schizofrenie

Medicínské diagnózy vedlejší: Esenciální (primární) hypertenze; St.p. resekci žaludku;1998 Anemie NS

Nynější onemocnění:

Pacientka přeložena z akutního psychiatrického oddělení, kde byla hospitalizována 14 dní a kam byla přivezena Rychlou záchranou službou pro dekompenzaci psychického stavu. Verbální agresivita vůči hostům v restauračním zařízení.

Důvod přijetí udávaný pacientkou: „Mám to čtení do hlavy a uší, vy to tady nemůžete pochopit, pořád se mě ptáte, ale mě nenachytáte, to na cvokaturu není, léky jsem doma nebrala, protože mi to řeklo to čtení rovnou v hlavě, nic mě není, pan primář mě léčí na dálku, jsem naprosto v pořádku dejte mě termín propuštění“

Vitální funkce při příjmu: 04. 08. 2017

TK: 130/80 torrů

Výška: 164 cm

P: 92/min., pravidelný

Hmotnost: 59 kg

D: 24/min.

BMI: 20,82

TT: 36,3 °C

Krevní skupina: nezjišťována

Stav vědomí: při vědomí, orientovaná

Pohyblivost: bez omezení

Zdroje informací:

Rozhovor s pacientkou, lékařská, ošetrovatelská a zdravotnická dokumentace. Nemocniční informační systém, fyzikální vyšetření sestrou, pozorování.

3.2 ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Otec se léčil na psychiatrii, zemřel, když pacientce bylo 14 let. Matka se léčila se žlučníkem, možná žije s bratrem a jeho rodinou, neví, kde žijí, nestýkají se. Druhý bratr zemřel v kojeneckém věku, děti nemá.

Osobní anamnéza:

Prodělala běžná dětská onemocnění, v dětství měla časté angíny. Od roku 1997 léčena pro vředovou chorobu žaludku. V roce 2016 zjištěna anemie a léčí se doposud. Časté cystitidy, většinou zjištěny při hospitalizaci, občasné infekce horních cest dýchacích. Hospitalizace a operace: St.p. APPE v dětství, st.p. resekci žaludku 1998 pro vředovou chorobu. Úrazy: jen drobné. Transfuze: 0. Očkování: neví. Není držitelem řidičského průkazu.

Psychologická anamnéza:

V minulosti vyšetřována, nejde získat bližší informace, závěr vyšetření – postpsychotický defekt.

Psychiatrická anamnéza:

První hospitalizace na psychiatrii v roce 1992 diagnostikována jako paranoidní schizofrenie, od té doby celkem 29 hospitalizací na našem oddělení a několik hospitalizací v psychiatrických léčebnách. V roce 1997 diagnóza změněna na reziduální schizofrenii. Důvodem k hospitalizacím bylo většinou vysazení medikace a následná dekompenzace stavu. Několikrát léčena ECT. Suicidální pokus: povrchové bodné rány na hrudníku v roce 1990.

Léková anamnéza:

Atyzyo 10 mg, Rivotril 0,5 mg, Tisercin, Sorbifer durules, Prothazin, Haloperidol decanoat.

Alergologická anamnéza:

Léky: 0. Potraviny: 0. Chemické látky: 0. Jiné: 0.

Abúzy:

Abúzus alkoholu v minulosti, nyní neguje. Kouří od 20 let, nyní 20 cigaret denně – dle pacientky. Káva černá 2 x denně s cukrem. Léky – žádná závislost. Drogy neguje.

Gynekologická anamnéza:

Menarche ve 14 letech, poslední menstruace – neví. Porod: 0. Abort: 0. Klimakterium - neví od kdy, bez problémů. Samovyšetřování prsou neprovádí. Na gynekologické prohlídky nechodí a žádné obtíže nemá.

Sociální anamnéza:

Pacientka je svobodná, měla druha 10 let, který zemřel v roce 2000. Bydlí sama v družstevním bytě 1 + 1 v osobním vlastnictví, kde má odpojenou elektřinu, topení a teplou vodu. S rodinou se již několik let nestýká, neví, zda ještě žijí. Vztahy žádné nenavazuje, je samotářská. Ráda plete a chodí na kávu do restaurace – má tam své místo, vždy sedí sama.

Pracovní anamnéza:

Pacientka vystudovala střední školu ukončenou maturitou. Po škole pracovala dva roky jako administrativní síla v hotelu, později jako servírka. Od roku 1995 pobírá ID/III stupeň. Každý měsíc dostává invalidní důchod, inkasem zaplatí bydlení s pomocí sociální pracovnice z Městského Úřadu v. X.. Ke konci měsíce ji zbývají peníze jen na cigarety. Pacientka s penězi hospodaří sama.

Spirituální anamnéza:

Dříve katolička. Nyní věří jen v pravdu a podle ní se chová, ale s Bohem někdy rozmlouvá.

3.3 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU

ZE DNE 08. 08. 2017 V 10.00 HODIN

HLAVA A KRK

Subjektivně: „Dostávám šoky do hlavy, je to ve vnitř, mám brýle 3 dioptrie, vím to.“

Objektivně: Hlava normocefalická, bez deformit, poklepově nebolestivá. Bulby ve středním postavení, bez nystagmu, skléry bez ikteru, brýle nepoužívá. Kůže na tváři bledá, rty souměrné bez cyanozy, oči, nos, uši bez výtoku, sluch v pořádku. Jazyk růžový bez povlaku, plazící se středem, chrup kariézni, přítomen zápach z úst, polykání bez obtíží. Čítí na obličejí bez poruch, krk souměrný, bez deformit, náplň krčních žil nezvětšena, krční uzliny nehmatné, nebolestivé.

HRUDNÍK A DÝCHACÍ SYSTÉM

Subjektivně: „Dobře dýchám, žádné obtíže nemám.“

Objektivně: Hrudník symetrický bez deformit, prsa souměrná bez patologických změn. Dýchání čisté, sklípkové. Počet dechů 20/min.. SpO₂ 96 %. Pacientka na oddělení kouří 10 cigaret denně, které jí jsou vydávány personálem.

SRDEČNÍ A CÉVNÍ SYSTÉM

Subjektivně: „Když mám strach, tak tlukot srdce je silný.“

Objektivně: Srdeční rytmus je pravidelný, TK 125/80 torrů, puls 78/min. je snadno hmatatelný, horní končetiny bez otoků. Dolní končetiny bez otoků a varixů, na pohmat nebolestivé.

BŘICHO A GASTROINTESTINÁLNÍ TRAKT

Subjektivně: „Mám jen třetinu žaludku, žaludeční vředy a špatné trávení. Musím jíst malé porce a dojídat se sladkostma. Zácpu mám od mala, je dědičná, máma taky těžko šla.“

Objektivně: Břicho prohmatné, nebolestivé. Peristaltika lehce slyšitelná, bez hmatné rezistence. Játra a slinivka nezvětšeny. Tapotement bilaterálně negativní. Právě

hypogastrium – jizva po APPE, epigastrium – jizva po resekci žaludku. Poslední stolice před třemi dny, nepravidelná, tužší konzistence.

MOČOVÝ A POHLAVNÍ SYSTÉM

Subjektivně: „Často chodím močit, jinak obtíže nemám.“

Objektivně: Tapotement ledvin oboustranně negativní. Moč žlutá, čirá bez příměsí, chemické vyšetření moče při přijetí bez patologických změn, pacientka kontinentní během noci jde 2x na toaletu, pacientka neudává pálení ani řezání při močení. Genitál bez výtoků.

KOSTERNÍ A SVALOVÝ SYSTÉM

Subjektivně: „Mám unavené pažní svaly, z práce servírky, 18 let jsem to dělala. Když mám ty elektrické šoky, tak nesmím chodit.“

Objektivně: Pohyblivost bez omezení, často přechází po pokoji drobnými krůčky. Páteř bez patologických změn. Svalový aparát je normotonický. Klouby bez patologie, není přítomna bolestivost kloubů. Kosterní aparát bez deformit. Mírný třes HKK.

NERVOVÝ SYSTÉM A SMYSLY

Subjektivně: „Nervy mám, ta primárka mě naštvála. Vidím dobře a slyším úplně všechno.“

Objektivně: při vědomí, orientována situací, osobou, místem, časem. Slyší dobře, vidí dobře, brýle nepoužívá. Při vyšetření pacientka spolupracuje velice dobře.

ENDOKRINNÍ SYSTÉM

Subjektivně: „Žádné potíže nemám.“

Objektivně: Štítná žláza je nezvětšená, patologické projevy poruch endokrinního systému nejsou patrné, glykémie při příjmu 4,38 mmol/l.

IMUNOLOGICKÝ SYSTÉM

Subjektivně: „Celoroční rýmu nemám.“

Objektivně: Lymfatické uzliny nezvětšené, nebolestivé, občasné infekce horních dýchacích cest. TT 36,5 °C. Alergie neguje.

KŮŽE A JEJÍ ADNEXA

Subjektivně: „Mám vysoký cholesterol, je to znát na kůži, je tvrdší a není zdravá, hlavně na rukách, je to dědičné, měl to děda.“

Objektivně: Kůže bledá, na akrech chladná, bez cyanozy, na horních a dolních končetinách je kůže suchá, na dlaních zarudlá, bez otoků, kožní turgor v normě, bez defektů. Jizva po APPE v pravém hypogastriu a jizva v epigastriu po resekci žaludku. Ochlupení přiměřené ženskému pohlaví. Vlasy neupravené, mastné. Nehty polodlouhé, čisté, neupravené.

AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA

• STRAVOVÁNÍ

Doma: „Občas si něco uvařím na plynovém sporáčku. Koupím si salám a housky, mám ráda tatranky a oplatky, ty jím nejvíc, taky si dám guláš v hospodě. Když mám peníze tak jím.“

V nemocnici: „Tady musím jíst jenom málo. Tělo nemám na velký porce přizpůsobený, polévky moc nejím. Tatranek mám dost, koupila mi je jedna paní.“

Objektivně: Dieta 3 – racionální. BMI 21,94 – normální hodnota. Pacientka je ve stravě vybíravá, jí poloviční porce polévky, hlavní jídlo sní celou porci, občas se dojídá sladkostmi, nechala si koupit i ovoce. Za dobu čtyř dnů od příjmu pouze jednou odmítla sníst celou porci večeře. Stravuje se na jídelně.

• PŘÍJEM TEKUTIN

Doma: „Piju jen vodu nebo si koupím džus a kafe, pivo už nepiju. Nevím kolik vypiju, když pan primář řekne tak nepiju.“

V nemocnici: „Furt mě nutíte, pan primář řekl, ať piju málo nebo tady budu dýl.“

Objektivně: Denně pacientka vypije litr a půl tekutin, pije čaj, a dvě kávy. Tekutiny musí být aktivně nabízeny, pacientka je schopna si po domluvě s personálem sama zaznamenat kolik vypila hrnečků. Kávu si dojde uvařit sama.

- VYLUČOVÁNÍ MOČE A STOLICE

Doma: „Často chodím na malou. Zácpu mám, nic na to neberu, vždycky jdu těžko.“

V nemocnici: „Chodím na malou i v noci a to se nevyspím. Tady jsem na stolici byla, břicho mě nebolí.“

Objektivně: Sama si dojde na toaletu. Poslední stolice před třemi dny, nepravidelná, tužší konzistence. Laxativa odmítá. Moč žlutá, čirá bez příměsí, chemické vyšetření moče při přijetí bez patologických změn, je plně kontinentní, během noci jde dvakrát na toaletu. Při napětí, chodí pacientka častěji na toaletu.

- SPÁNEK A BDĚNÍ

Doma: „Spím méně, protože spím ráda míň.“

V nemocnici: „Spím málo, musím chodit kouřit, když si zakouřím tak hned usnu. Po obědě musím ležet, abych si odpočinula.“

Objektivně: Pacientka po obědě polehává na lůžku, ale nespí, usíná po 21 hodině a probouzí se okolo 4 hodiny ranní. Během noci jde dvakrát na toaletu a poté si jde zakouřit, ulehne do lůžka a opět hned usíná. Spí oblečena v několika vrstvách oděvu, odmítá se přikrýt. Přikryje si pouze chodidla.

- AKTIVITA A ODPOČINEK

Doma: „Dojdu si pro jídlo a cigarety, když neprší tak jdu na kafe.“

V nemocnici: „Musím tady chodit po schodech a potom jsem unavená, to cvičení mě taky unavuje, na vycházku do kantýny dojde, tam si dám kafe a je to dobrý.“

Objektivně: Pacientka se pohybuje bez omezení po oddělení. Dojde do kantýny, pouze odmítá dojit na pracovní terapii, na rozcvičku dojde, ale necvičí. Většinu času tráví na pokoji, posedává na lůžku a plete. Televizi nesleduje a jiné aktivity odmítá.

- HYGIENA

Doma: „Doma jsem si ohřála vodu a umyla jsem se. Jak často? Dvakrát týdně.“

V nemocnici: „Potřebuji židli do sprchy, mám strach, abych neupadla. Zuby si nečistím, to mám pak vakuum. Mýt se moc nemůžu, je tady tvrdá voda a pak mám suchou kůži.“

Objektivně: Pacientka odmítá péči o dutinu ústní, večerní toaletu a převlečení do nočního prádla. Po převlečení do nočního prádla se opět dooblékne nebo převlékne. Hygienická péče je poskytována pod dohledem ošetřujícího personálu. Pacientka včera osprchována, má čisté oblečení, odmítla si umýt vlasy, které jsou mastné. Přítomen zápach z úst. Péči o osobní prádlo nezvládá, není schopna si přeprat prádlo a odmítá si měnit osobní prádlo. Lůžko je schopna si upravit sama.

- SAMOSTATNOST

Doma: „Já si poradím, zvládnou se postarat o všechno, jenom sousedí mají problémy a nejvíc ta z přízemí, já nic nedělám a ona hned volá policajty.“

V nemocnici: „Jarka mi pomůže s koupáním a převlečením postele, prádlo mě vyperou v prádelně.“

Objektivně: Barthelové test základních denních činností má pacientka 90 bodů – lehký stupeň závislosti, nutná dopomoc a dohled při hygieně a oblékání, dohled při příjmu tekutin. Pacientka se orientuje v režimu oddělení, s doprovodem dojde do kantýny. Je schopna si zajistit po domluvě s personálem zakoupení cigaret mimo areál léčebny a domluvit si přeposlání invalidního důchodu a zaplacení inkasa se sociální sestrou.

POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU

- VĚDOMÍ

Subjektivně: „Jmenuji se X. X., chápu co se děje, může za to primár“

Objektivně: Pacientka je lucidní.

- ORIENTACE

Subjektivně: „Dnes je úterý 8. srpna 2017, jsem v Žamberku, je mi 63 let.“

Objektivně: Pacientka je orientována osobou, místem a časem.

- NÁLADA

Subjektivně: „Nic mě nebaví, jenom to pletení, nejsem si sama sebou jistá, jako dítě jsem byla i veselá.“

Objektivně: Pacientka pocítuje napětí, je hypohedoní.

- PAMĚŤ

Staropaměť

Subjektivně: „Už jsem všechno řekla, vždyť mě znáte, primáře, doktora a druha taky, tak víte co se mnou dělají.“

Objektivně: Staropaměť výbavná s obsahem bludů.

Novopaměť

Subjektivně: „Včera byla k večeři paštika, nemám ji ráda, tak jsem snědla dvě tatranky, to mi stačilo.“

Objektivně: Novopaměť výbavná

- MYŠLENÍ

Subjektivně: „Když mám to vakuum nemůžu myslet, někdy raději na nic nemyslím, protože si to přečtou a všechno hned vědí.“

Objektivně: Myšlení strukturálně narušené s vkládání a odnímání myšlenek. Všechny bludné produkce se týkají bývalých lékařů a druha.

- TEMPERAMENT

Subjektivně: „Jsem klidná, ale někdy se i rozčílím.“

Objektivně: Pacientka je klidnější povahy. Při zhoršení bludné symptomatiky je zlostná.

- SEBEHODNOCENÍ

Subjektivně: „Teď už toho moc neudělám, nejde mi to.“

Objektivně: Osobnost s postpsychotickým defetem, samotářská, občas morózně laděná.

- VNÍMÁNÍ VLASTNÍHO ZDRAVÍ

Subjektivně: „Už mám věk, tak to zdraví taky občas zlobí a kouřím už hodně dlouho.“

Objektivně: Pacientka s částečným náhledem na své zdraví, na oddělení kouří 10 cigaret denně.

- VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU

Subjektivně: „Nemůžu dojít občas ani do kuřárny a na záchod, do dílny to bych nedošla vůbec, primář řekl, že vám to nemám říkat.“

Objektivně: Pacientka zná své onemocnění, je ambivalentní, nyní je ovlivněna bludným systémem.

- REAKCE NA ONEMOCNĚNÍ a PROŽÍVÁNÍ ONEMOCNĚNÍ

Subjektivně: „Vím, že léky musím užívat, na tomhle pokoji jsem spokojená, mám strach, jak to zvládnu doma.“

Objektivně: Pacientka má částečný náhled na onemocnění, s hospitalizací souhlasí, má obavy z budoucnosti.

ADAPTACE NA ONEMOCNĚNÍ

- PROJEVY JISTOTY a NEJISTOTY

Subjektivně: „Mám strach, jak to zvládnu doma.“

Objektivně: Pacientka projevuje obavy o budoucnost, je úzkostná a nejistá. Sama si částečně uvědomuje, že nezvládá sebezpečí, která je zhoršena nynějším relapsem onemocnění.

- ZKUŠENOSTI Z PŘEDCHÁZEJÍCÍCH HOSPITALIZACÍ

Objektivně: „Jsem ráda, že už tady není primář a neděláte tady šoky, v Chocni jsem jich dostala nejvíc.“

Subjektivně: Pacientka nemá kladné zkušenosti z hospitalizací v souvislosti s ETC, jinak na našem oddělení spokojena.

POPIS SOCIÁLNÍHO STAVU

- KOMUNIKACE verbální a neverbální

Subjektivně: „Teď toho moc nenamluvím.“

Objektivně: Pacientka je hypomimická, má sníženou gestikulaci, mimika s úzkostnými projevy. Komunikaci s ostatními pacienty se vyhýbá. Kontakt s personálem udržuje.

- SOCIÁLNÍ ROLE a JEJICH OVLIVNĚNÍ ONEMOCNĚNÍM A HOSPITALIZACÍ

Primární role – související s věkem a pohlavím

Subjektivně: „Jmenuji se X.X. je mi 63 let a jsem svobodná.“

Objektivně: Primární role není ovlivněna onemocněním.

Sekundární role – související s rodinou a společenskými tradicemi

Subjektivně: „Jsem svobodná, chlapa žádného nechci, s rodinou se nestýkám, občas mluvím se sociální pracovníci.“

Objektivně: Pacientka je svobodná, bezdětná, udržuje občas styk se sociální pracovníci. Na oddělení se straní kolektivu, tráví hodně času na pokoji, styky nenavazuje. Role je ovlivněna postpsychotickým defektem a nynějším zdravotním stavem z důvodu základního onemocnění.

Terciální role – související s volným časem a aktivitami

Subjektivně: „Ráda pletu, až upletu tu šálu, tak si ještě udělám čepici na zimu.“

Objektivně: Pacientka preferuje pasivní odpočinek.

- **INFORMOVÁNÍ PACIENTA O ONEMOCNĚNÍ**

Subjektivně: „Vím, že mám schizofrenii, tady léky беру to přeci víte a injekce mám taky. Do dílny ještě nedojdu, ale hodně pletu na pokoji.“

Objektivně: Pacientka je informována o svém onemocnění, léčbě a režimu na oddělení.

- **POSKYTNUTÍ PÉČE PO PROPUŠTĚNÍ**

Subjektivně: „Asi bych potřebovala pomoc, nevím, jestli to zvládnou.“

Objektivně: Pacientka je nevhodná k samostatnému bydlení, nutný dohled a asistence v ADL.

3.4 UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ

DLE TEORIE DEFICITU SEBEPÉČE – D. E. OREM

UNIVERZÁLNÍ POŽADAVKY SEBEPÉČE

Udržování a dostatečný příjem vzduchu: Dýchání čisté, sklípkové, bez dušnosti. Dechy 20/min.. Saturace v normě. V minulosti občasné infekce horních cest dýchacích. Nyní je zcela bez obtíží. Pacientka kouří od 20 let, na oddělení kouří 10 cigaret denně, více cigaret nevyžaduje. Deficit nepřítomný.

Udržování a dostatečný příjem potravy: Pacientka nedrží žádnou dietu. BMI 21,94. Pacientka je ve stravě vybíravá, pokud ji strava nechutná sní poloviční porci a dojídá se sladkostmi. Stravuje se 3x denně, jí poloviční porce polévky, hlavní jídlo sní celou porci. St.p.resekcí žaludku. Pacientka se stravuje sama na jídelně. Deficit nepřítomný.

Udržování a dostatečný příjem tekutin: Denně pacientka přijímá litr a půl tekutin, pije hlavně čaj. Tekutiny musí být aktivně nabízeny – postačuje pouze upozornění. Pacientka je schopna si po domluvě s personálem sama zaznamenat kolik vypila hrnečků čaje. Každý den si sama uvaří dvě kávy, které však do příjmu tekutin nezapisuje. Sliznice vlhké a růžové. Kožní turgor v normě. Aktuální deficit: psychická překážka zabraňující příjmu tekutin. Ošetrovatelský systém je podpurně-výchovný.

Vylučování: Pacientka si sama dojde na toaletu, je plně kontinentní. V minulosti infekce močových cest, nyní bez obtíží. Výsledky vyšetření moče bez nálezu. Pokud je pacientka v napětí, chodí častěji na toaletu. Vylučování moči 2x v noci, dyskomfort. Stolice nepravidelná, tužší konzistence. Poslední stolice před třemi dny. Aktuální deficit: vylučování moče 2x během noci –dyskomfort. Ošetrovatelský systém je podpůrně-výchovný. Potenciální deficit: riziko obstipace. Ošetrovatelský systém je podpůrně-výchovný.

Udržování rovnováhy mezi odpočinkem a činností: Pacientka usíná po 21 hodině a probouzí se okolo 4 hodiny ranní. Během noci se budí 2x, kdy musí jít na toaletu a při té příležitosti si zakouří, ale je schopna ihned usnout. Během dne se cítí unavená a po obědě na chvíli ulehne do lůžka, ale neusne. Většinu času tráví na pokoji, posedává na lůžku a plete. Rozcvičky se účastní pouze pasivně. Na pracovní terapii odmítá dojít – plete na pokoji. Do kantýny dojde s doprovodem. Pacientka je ovlivněna bludnou symptomatikou a pocity napětí. Aktuální deficit: problémy při každodenním fungování. Ošetrovatelský systém je částečně kompenzující a podpůrně-výchovný.

Udržování rovnováhy mezi samotou a společenskou interakcí: Pacientka je samotářská. S rodinou vztahy neudrhuje, žije sama. Z důvodu konfliktů ve svém bydlišti, vždy při zhoršení psychického stavu, neudrhuje žádné sociální vztahy. Na oddělení tráví většinu času na pokoji a žádné interakce s ostatními pacienty nenavazuje. Postpsychotický defekt osobnosti. Aktuální deficit: narušená schopnost navazovat sociální vztahy. Ošetrovatelský systém je částečně kompenzující a podpůrně-výchovný.

Udržování rovnováhy mezi bezpečím a jistotou: Pacientka má obavy jak to zvládne sama po propuštění. V nemocnici to zvládá s pomocí personálu. Pocity úzkosti při ovlivňování bludnou symptomatikou. Aktuální deficit: obavy a úzkost. Ošetrovatelský systém je částečně kompenzující a podpůrně-výchovný.

Podpora fyziologicky optimálního stavu: Barthelové test základních denních činností 90 bodů. Je potřeba dopomoci a dohledu při hygieně, dohled při převlékání a čistotě prádla. Cítí se unavena přes den. Aktuální deficit: narušená sebezpeč. Ošetrovatelský systém je částečně kompenzující a podpůrně-výchovný.

VÝVOJOVÉ POŽADAVKY SEBEPÉČE

Růst a vývoj organismu: Žena, 63 let, svobodná, hmotnost - 59 kg, výška - 164 cm, má anemii a reziduální schizofrenii, možnost závislosti při zhoršení psychického stavu.

Požadavky nynější životní fáze a přechod do následující: Pacientka pocítuje úzkost při ovlivňování bludnou symptomatickou a obavy, zda se dokáže doma o sebe postarat. Aktuální deficit: psychické pohody, obavy z fungování v domácím prostředí Ošetřovatelský systém je částečně kompenzující a podpůrně-výchovný.

Krizové situace, zátěžové situace a události: Pacientka má ambivalentní postoj k nynějšímu zdravotnímu stavu. Myšlení je struktuálně narušené s vkládáním a odjímáním myšlenek. Aktuální deficit: pacientka pocítuje úzkost. Ošetřovatelský systém je částečně kompenzující a podpůrně-výchovný.

TERAPEUTICKÉ POŽADAVKY SEBEPÉČE

Terapeutické a rehabilitační opatření: Pacientka nezvládá některé režimové aktivity na oddělení, hygienickou péči, je zde i deficit v oblasti převlékání a udržování čistoty oblečení. Aktuální deficit: nedostatečné zvládání hygienických úkonů a fungování v režimu dne. Ošetřovatelský systém je částečně kompenzující a podpůrně-výchovný.

3.5 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření 1 den hospitalizace: Hematologické vyšetření krve – krevní obraz a diferenciál. Biochemické vyšetření krve – urea, kreatinin, ionty, jaterní testy, glukóza, železo, ferritin, transferin, aktivní B12, kyselina listová, renální funkce. Biochemické vyšetření moči.

Výsledky: Výsledné hodnoty všech vyšetření jsou v normě.

Dieta: 3 – racionální.

Pohybový režim: Nemá zvýšený dohled, vycházky s doprovodem, zapojení do režimových aktivit na oddělení, ergoterapie.

Tabulka 1 Medikamentózní léčba

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Atyzyo	tbl.	10mg	1-0-1-1	Antipsychotika
Rivotril	tbl.	0,5mg	1-0-1-0	Antiepileptika, antikonvulziva
Sorbifer Dulures	tbl.	100mg	1-0-0-0	Různé jiné kombinace železa
Tisercin	tbl.	25mg	0-0-0-1	Antipsychotika
Haloperidol Decanoat- Richter	inj.	50mg	1 amp. i.m. á 3 týdny Poslední aplikace 26. 07.	Antipsychotika
Prothazin	tbl.	25mg	d.p. při vnitřním neklidu a úzkosti, 1 tbl., max. 3x/denně	Antihistaminika
Lactulosa Biomedica	sir.	50%	d. p. při obstipaci 15 ml dopoledne	Laxativa

Zdroj: Autor

3.6 SITUAČNÍ ANALÝZA DNE 08. 08. 2017

63letá pacientka přijata k hospitalizaci na psychiatrické oddělení následné péče, dne 4. 8. 2017 v 10.15 hod., překladem z akutního psychiatrického oddělení, kde byla hospitalizována 14 dní pro dekompenzaci psychického stavu v rámci základního onemocnění, z důvodu neužívání trvalé medikace. Dnes, čtvrtý den hospitalizace je pacientka lucidní a orientovaná. Při vyšetření spolupracuje, ale dominuje úzkost a obavy z budoucnosti. Pacientka je hypomimická, gestikulace je snížena, osobnost s postpsychotickým defektem. Paměť je výbavná s obsahem bludů. Myšlení je strukturálně narušené s vkládáním a odjímáním myšlenek. Náhled na onemocnění je pouze částečný. Pacientka se vyhýbá kolektivu a interakcím s ostatními pacienty. Většinu času tráví na pokoji. V režimu oddělení se orientuje, ale není schopna plně fungovat v režimových aktivitách. Pacientka potřebuje dohled a dopomoc při hygieně, odmítá se mýt a péči o dutinu ústní, též potřebuje dohled při převlékání do čistého oblečení, v noci spí oblečena v bundě a nepřikrývá se. Barthelové test je 90 bodů.

Dietu nedrží, stravuje se pravidelně. Tekutiny si sama zapisuje a potřebuje pouze mírný dohled. Pacientka je kontinentní, při úzkosti chodí na toaletu častěji a během noci jde dvakrát, což pociťuje jako diskomfort. Stolici má nepravidelnou, tužší konzistence, poslední stolice byla před třemi dny. V noci spí, kromě probuzení na močení, usíná po 21 hodině a probouzí se okolo 4 hodiny ránní.

3.7 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT

Ošetřovatelské diagnózy jsou stanoveny dle NANDA International taxonomie II 2015-2017, rozděleny na aktuální a potencionální diagnózy a řazeny dle priorit. Pro potřeby bakalářské práce jsou rozpracovány čtyři ošetřovatelské diagnózy.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

- Úzkost
- Sociální izolace
- Zanedbávání sebe sama
- Stresový syndrom z přemístění

Potencionální ošetřovatelské diagnózy:

- Riziko zácpy
- Riziko sníženého objemu tekutin

ÚZKOST – 00146

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání 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: snížená produktivita, insomnie, úzkostlivost, nejistota, napětí v obličeji, bušení srdce, četnost močení, zablokované myšlení

Související faktory: významná změna – zhoršení psychického stavu

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka zvládá úzkost - při propuštění z oddělení.

Cíl krátkodobý: Pacientka umí identifikovat úzkost – do 1. týdne hospitalizace.

Očekávané výsledky:

Pacientka je schopna reálně zvládat subjektivní pocity úzkosti – při propuštění z oddělení.

Pacientka je schopna verbalizovat příčiny své úzkosti do 1 týdne.

Pacientka dokáže při úzkosti využít nabízené druhy pomoci – vždy.

Pacientka má dostatek informací o léčebném a ošetrovatelském plánu – každý den.

Ošetrovatelské intervence:

1. Edukuj pacientku jak konkrétně vyjádřit své obavy – všeobecná sestra, okamžitě a dále dle potřeby.
2. Vyslechni pacientku se zájmem, úctou a respektem a umožni vyjádření emocí - všeobecná sestra, vždy.
3. Vyhledej tiché a klidné prostředí pro rozhovor – všeobecná sestra, vždy.
4. Popiš a nabídni pacientce možnou pomoc při úzkosti – všeobecná sestra,
5. Informuj dle svých kompetencí pacientku o léčebném a ošetrovatelském plánu a nutnosti spolupráce – všeobecná sestra, okamžitě a denně.
6. Podávej léky dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinky – všeobecná sestra od 1. dne hospitalizace.
7. Sleduj psychický stav pacientky a prováděj zápisy do dokumentace – všeobecná sestra, průběžně.

Realizace od 8. 8. – 14. 8. 2017:

Rozhovor probíhal vždy na pokoji pacientky bez přítomnosti ostatních spolupacientů, pacientce byl poskytnut dostatečný prostor k vyjádření pocitů a byl jí projevován zájem a respekt. Pacientku jsem edukovala o způsobech jak konkrétně vyjádřit své obavy. Pacientce jsem popsala možnosti pomoci při stavu úzkosti a zdůraznila jsem nabídku této pomoci. Pacientka si každý den vyžádala intervenci u všeobecné sestry, když ji úzkost omezovala při zvládání denních činností a režimových aktivit na oddělení. Po domluvě ji bylo nabídnuto alternativní řešení nebo oddálení aktivity po zmírnění úzkosti. Každý den byla pacientka informována o časovém plánu dne a aktivitách. Pacientce byla podávána trvalá medikace na zmírnění úzkost a sledován jejich účinek. O psychickém stavu pacientky, projevech úzkosti a intervencích byla vedena dokumentace a informován lékař.

Hodnocení:

Pacientka je schopna vyžádat si intervenci při zhoršení úzkosti a domluvit se na dalším řešení. Při zhoršení bludné symptomatiky, kterou je ovlivňována, se úzkost ještě objeví. Při intervencích na pokoji se cítila v bezpečí a dokázala mluvit o svých obtížích. Sama dokáže navrhnout řešení a dodržet ho. Pacientka již neudává obtíže s častým močením, během noci jde pouze jednou na toaletu a spí až do rána. Cíl krátkodobý splněn pouze částečně. Cíl dlouhodobý trvá.

Pokračující intervence: 1., 2., 3., 4., 5., 6., 7.

SOCIÁLNÍ IZOLACE – 00053

Doména 12: Komfort

Třída 3: Sociální komfort

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

Určující znaky: plochý afekt, zaobírání se vlastními myšlenkami, uzavřenost

Související faktory: změny duševního stavu

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Navazování interakcí a vztahů, které pacientce pomohou začlenit se do normálního života – při propuštění z hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Pacientka se zapojí do společenských programů, které vyhovují jejím možnostem a přáním do dvou týdnů.

Očekávané výsledky:

Pacientka se zapojí do společenských programů na oddělení – do 1. týdne.

Pacientka dokáže navázat vztah s ostatními pacienty na oddělení – do 2. týdne.

Pacientka se zapojí i do aktivit mimo areál léčebny – do ukončení hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence:

1. Zjistí příčiny a pomáhej pochopit důvody stavu – všeobecná sestra, okamžitě a dále dle potřeby.
2. Navrhni možná řešení programů, které pomohou pacientce navázat nový vztah k lidem – všeobecná sestra, okamžitě a dále dle potřeby.
3. Zajisti dostatek prostoru pro vyjádření pacientčinych myšlenek a ochotu personálu pacientce porozumět – všeobecná sestra, okamžitě a denně.
4. Podávej léky dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinky – všeobecná sestra od 1. dne hospitalizace.
5. Sleduj psychický stav pacientky a prováděj zápisy do dokumentace – všeobecná sestra, průběžně.

Realizace od 8. 8. – 14. 8. 2017:

Pacientka se cítila osamocena se svými problémy, již dlouho žije sama a obtížně navazuje vztahy z důvodu základního onemocnění. Byly provedeny intervence, které pacientce pomohly mluvit o svých problémech. Pacientka začala postupně docházet na pracovní terapii, kde má větší možnost sociálních interakcí, netráví již tolik času na pokoji pletenín. Navrženo trávit více času ve společných prostorách oddělení, toto pacientka respektuje a snaží se. Pacientka byla více zapojována do aktivit mimo oddělení jako společné vycházky po areálu, venkovní společenské hry a posezení.

Navržena i účast na výstavě v muzeu, kterou pacientka odmítla. Pacientce byla podávána trvalá medikace na zmírnění bludné symptomatiky a sledován jejich účinek. O psychickém stavu pacientky, zapojování do aktivit a navazování vztahů byla vedena dokumentace.

Hodnocení:

Pacientka se postupně začala zapojovat do společných aktivit na oddělení trávila méně času sama na pokoji. Ne všechny společenské aktivity akceptuje, zúčastní se, ale bývá občas pasivní. Mimo areál se programu zatím nechce účastnit. Pacientka navázala přátelský vztah s pacientkou, kterou znala z dřívější hospitalizace. Sama tento vztah hodnotí kladně. Cíl krátkodobý byl splněn částečně. Cíl dlouhodobý zatím nebyl naplněn.

Pokračující intervence: 2., 3., 4., 5.

ZANEDBÁVÁNÍ SEBE SAMA - 00193

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebepečce

Definice: Model kulturně ohraničených chování, zahrnujících jednu nebo více aktivit sebepečce, kde chybí udržování sociálně akceptovaného standardu zdraví a well-being [pohody] (Gibbons, Lauder, Ludwick, 2006).

Určující znaky: nedostatečná osobní hygiena, nedodržování aktivit vedoucích k podpoře zdraví

Související faktory: psychotická porucha

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka bude samostatně udržovat osobní hygienu a udržovat čistotu oblečení od druhého měsíce hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Pacientka spolupracuje při provádění osobní hygieny a udržování čistoty oblečení do dvou týdnů.

Očekávané výsledky:

Pacientka se každý den osprchuje a dvakrát týdně si umyje vlasy – od 1. dne hospitalizace.

Pacientka nosí čisté prádlo a převléká se na noc – od 1. dne hospitalizace.

Pacientka má provedenou hygienu dutiny ústní 2x denně – od 1. dne hospitalizace.

Pacientka má provedenou hygienu nehtů – okamžitě a dále dle potřeby.

Pacientka je vedena k samostatnosti v oblasti hygieny a nošení čistého prádla – od 1. dne hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence:

1. Edukuj pacientku o nutnosti dodržování osobní hygieny a nošení čistého prádla – všeobecná sestra, praktická sestra, okamžitě a dále dle potřeby.
2. Pomoz pacientce při sprchování – všeobecná sestra, praktická sestra, ošetrovatelka, denně.
3. Zajisti dohled při provádění hygieny dutiny ústní - všeobecná sestra, praktická sestra, ošetrovatelka, denně.
4. Proved' u pacientky hygienu nehtů rukou a nohou - všeobecná sestra, praktická sestra, ošetrovatelka, okamžitě a dále dle potřeby.
5. Zajisti pacientce čisté oblečení - všeobecná sestra, praktická sestra, ošetrovatelka, okamžitě a dále dle potřeby.
6. Dohlédni na každodenní převlékání do čistého prádla a nočního oblečení - všeobecná sestra, praktická sestra, ošetrovatelka, denně.
7. Podporuj pacientku k samostatné činnosti v oblasti osobní hygieny - všeobecná sestra, praktická sestra, ošetrovatelka, průběžně.
8. Prováděj zápisy do dokumentace – všeobecná sestra, denně.

Realizace od 8. 8. – 14. 8. 2017:

Pacientka byla edukována o dodržování osobní hygieny a nutnosti čistého prádla. Bylo zajištěno vyprání všeho oblečení. Pacientka za dohledu a s částečnou pomocí personálu provedla celkovou hygienu (sprcha, umytí vlasů,

ostříhání nehtů na rukou a nohou a hygienu dutiny ústní) a převlékla se do čistého oblečení. Další dny byla ochotna si vyčistit dutinu ústní pouze ráno.

Hodnocení:

Pacientka sama přichystala prádlo na vyprání. Sprchování provádí za přítomnosti ošetřovatelky obden, každý den ráno provádí hygienu dutiny ústí. Je ochotna se ochotna každý den převléknout do čistého prádla. V noci spí oblečena v denním prádle, převléknout se odmítá. Cíl krátkodobý splněn částečně. Cíl dlouhodobý nenaplněn. Intervence přetrvávají.

Pokračující intervence: 1., 2., 3., 4., 5., 6., 7.

STRESOVÝ SYNDROM Z PŘEMÍSTĚNÍ - 00114

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice: Fyziologické a/nebo psychosociální narušení po přesunu z jednoho prostředí do druhého.

Určující znaky: úzkost, obava z přemístění, nejistota

Související faktory: zhoršený zdravotní stav, narušené psychosociální fungování

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka nepocítuje obavu z přemístění do jiného zařízení ke konci hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Obavy pacientky jsou sníženy do 10. týdne hospitalizace.

Očekávané výsledky:

Pacientka má dostatek informací o novém zařízení – od 1. dne hospitalizace.

Pacientka dokáže spolupracovat při rozhodování o bydlení v jiném zařízení – od 2. týdne hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence:

1. Informuj pacientku o možnostech bydlení v jiného zařízení – všeobecná sestra ve spolupráci se sociální pracovníci – ihned a dále dle potřeby.
2. Podporuj pacientku v jejím rozhodování – všeobecná sestra – dle potřeby.
3. Zmírní obavy z propuštění do trvalého bydliště – všeobecná sestra, dle potřeby.
4. Zajisti klidné prostředí pro setkávání pacientky se sociálními pracovníky z jiného zařízení – všeobecná sestra, dle potřeby.
5. Prováděj zápisy do dokumentace – všeobecná sestra, dle potřeby.

Realizace od 8. 8. – 14. 8. 2017:

Pacientka byla informována o možnostech dalších zařízeních, kde by mohla bydlet a nemusela se vracet do svého bydliště. Každý den se pacientka přišla ujistit, že zatím zůstane na oddělení. Hodnocení: Pacientka se sama zajímá o možnosti bydlení v jiném zařízení, kde by mohla využít dopomoc při ADL, ale není schopna se zatím sama rozhodnout. Obavy z propuštění do jejího bydliště stále přetrvávají. Pacientku je potřeba průběžně informovat o řešení její situace. Cílů zatím nebylo dosaženo. Veškeré intervence přetrvávají.

Pokračující intervence: 1., 2., 3., 4., 5.

CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Pacientka byla přeložena z akutního psychiatrického oddělení na oddělení následné péče. Byly identifikovány čtyři ošetrovatelské problémy a dvě rizika spojené se zhoršeným zdravotním stavem pacientky. Byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy – úzkost, sociální izolace, zanedbávání sebe sama a stresový syndrom z přemístění, cíle, očekávané výsledky a intervence. Realizace individuální ošetrovatelské péče probíhala dle plánu péče. Efekt péče byl pouze částečný, dílčí očekávané výsledky byly také splněny pouze částečně. Vybrané ošetrovatelské intervence dále přetrvávají. Během hospitalizace v prvním týdnu se začal celkový stav pacientky zlepšovat.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro pacientku v rámci hospitalizace:

- Účastnit režimových aktivit na oddělení.
- Zapojit se do rehabilitačních programů nabízených oddělením – pracovní terapie, muzikoterapie, pohybová terapie a nácviku sociálních dovedností.
- Dále upevňovat a rozvíjet návyky spojené s hygienickou péčí.
- Navázat spolupráci s organizací CEDR poskytující sociální služby duševně nemocným.

Doporučení pro pacientku po hospitalizaci:

- Udržovat spolupráci s organizací CEDR nebo docházet do denního stacionáře s komplexní psychiatrickou rehabilitací.
- Docházet do psychiatrické ambulance.

ZÁVĚR

Tématem pro vypracování bakalářské práce byl ošetrovatelský proces u pacientky s reziduální schizofrenií. Teoretická část popisuje charakteristiku onemocnění, typy schizofrenie, příčiny vzniku, klinický obraz onemocnění, diagnostiku a terapii. Dále se zabývá specifiky ošetrovatelské péče u pacientů se schizofrenií a zvláštní kapitola je věnována ošetrovatelskému procesu. V praktické části je uvedena kazuistika 63leté pacientky s reziduální schizofrenií. V ošetrovatelském procesu bylo využito koncepčního modelu D. E. Orem ke stanovení ošetrovatelských diagnóz. Byly naplánovány ošetrovatelské intervence, které byly zaměřeny na zlepšení sebepéče v oblasti osobní hygieny a obnovení sociálních vztahů pacientky. Vytyčené cíle ošetrovatelského procesu se nám podařilo splnit částečně z důvodu hodnocení krátkého období. Pacientka byla hospitalizována na našem oddělení ještě další dva měsíce. Za tuto dobu došlo k výraznému zlepšení v oblasti sebepéče a sociálních vztahů. Po propuštění byla umístěna na sociální lůžka a začala postupně docházet do denního stacionáře. Onemocnění reziduální schizofrenie je náročné nejen pro samotného nemocného a jeho okolí, ale i pro ošetřující personál. Nemocní s touto diagnózou jsou oslabeni v prožívání radosti, mají sníženou sociální adaptabilitu a péči o sebe samu. Důležitou součástí léčby je navázání kvalitního terapeutického vztahu, znovu začlenění do společnosti a podpora v běžném životě. Cílem této práce bylo přiblížit čtenářům dané onemocnění z teoretického hlediska a nastínit pomocí skutečného pacienta problematiku této nemoci v praxi.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

DOUBEK, P., J.PRAŠKO, J.HONS a E.HERMAN, 2010. *Psychóza v životě – Život v psychóze: informace, rady a doporučení*. 2. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-231-5.

DOUBEK, P., J.PRAŠKO, J.HONS a E.HERMAN.2008. *Psychóza v životě - život v psychóze: příručka pro pacienty trpící psychózou a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-156-1.

HAMPL, R. a kol., Je možná včasná diagnóza schizofrenie na základě stanovení neurodteroidů a dalších laboratorních biochemických ukazatelů? *Psychiatrie*. [online]. 15, 3, 123-128 [1. září 2011]. ISSN 1212-6845. Dostupné z: http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2011/03/02_hampl_psych_3-11.pdf

HERDMAN, T. H. a S. KAMITSURU. 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

MOHR, P. a kol., Varovné příznaky relapsu schizofrenie a bipolární poruchy. *Česká a slovenská psychiatrie*. [online]. 2012, 108(3), 122-130. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=802>

HOSÁK, L. Biologické markery schozofreni – stručný přehled a některé a aktuální poznatky. *Psychiatrie pro praxi*. 2016, 2, 44-47. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/magno/psy/2016/mn3.php>

HOSÁK L., HRDLIČKA M. a LIBERG J. 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2998-8.

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

MOTLOVÁ, L. a F. ŠPANIEL, 2017. *Schizofrenie – Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. Století*. 3., přeprac a dopl. vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN: 978-80-204-4287-1.

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

NĚMCOVÁ, J. a J. BOROŇOVÁ. 2011. *Repetitorium ošetrovatelství: (programový text)*. Plzeň: Maurea, 2011. ISBN 978-80-902876-7-9.

PÁV M. a kol., 2017. *Metodika následné psychiatrické péče v lůžkových zařízeních*. Bohnice: Psychiatrická nemocnice Bohnice. ISBN 978-80-906574-1-0.

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

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

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

Psychiatrická společnost ČLS J. E. P., *Koncepce oboru psychiatrie. Psychiatrie*. 2008, Dostupné z: http://www.psychiatrie.cz/images/stories/revize_koncepce_2008.pdf

SEIFERTOVÁ, D., J. PRAŠKO, J. HORÁČEK a C. HÖSCHL, 2008. *Postupy v léčbě psychických poruc: algoritmy České neuropsychofarmakologické společnosti*. 2. rev. vyd. Praha: Academia Medica Pragensis. ISBN 80-86694-07-0.

TÓTHOVÁ, V. a kol., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.

VÁGNEROVÁ, M. 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0225-7.

Velký lékařský slovník [online]. Copyright © Maxdorf 1998-2018 [cit. 201803-14]. Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz/>

VERÉBOVÁ, K. a J. HORÁČEK, *Dysbindin – funkční kandidátní gen pro schizofrenii. Psychiatrie*. [online]. 2010, 4, 181-191. ISSN 1212-0383. Dostupné z: http://www.tigris.cz/images/stories/psychiatrie/2010/04/04_verebova_psych_4-10.pdf

VOKURKA, M. a J. HUGO. 2015. *Praktický slovník medicíny*. 11. aktualiz. vyd.. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-464-7.

Zákony.cz [online]. 2018. Dostupné z: <http://www.zakony.cz/gdpr/>

ŽIAKOVÁ, K. a J.ČÁP.2007. *Ošetrovateľské konceptuálne modely*. 1. slov. vyd.
Ostrava: Osveta. ISBN 8073680688.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A	Rešerše	I.
Příloha B	Čestné prohlášení	II.

Příloha A:

REŠERŠE

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTKU S REZIDUÁLNÍ SCHIZOFRENIÍ

Jazykové vymezení:	čeština, angličtina
Klíčová slova:	ošetřovatelská péče v psychiatrii – nursing care in psychiatry Ošetřovatelský proces – nursing proces Psychosociální rehabilitace – psychosocial rehabilitatiton Reziduální schizofrenie – residual Schizophrenia
Časové vymezení:	2008-2018
Druhy dokumentů:	knihy, články, příspěvky ve sborníku, vysokoškolské práce, elektronické zdroje
Počet zdrojů:	24
Základní prameny:	katalog národní lékařské knihovny (https://www.medvik.cz/bmc/) Internetový vyhledávač Google Scholar, Google Books volný internet sekundární zdroje z odborných publikací

Příloha B:

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelská péče o pacientku s reziduální schizofrenií v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze 20. dubna 2018

Jitka Stůjová

