

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

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S PARANOIDNÍ  
SCHIZOFRENIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

TEREZA SRPOVÁ

Praha 2019

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S PARANOIDNÍ  
SCHIZOFRENIÍ**

Bakalářská práce

TEREZA SRPOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Helena Vidovičová

Praha 2019



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

SRPOVÁ Tereza

3cvs

## Schválení tématu bakalářské práce

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

Ošetrovatelský proces u pacienta s paranoidní schizofrenií

Nursing Care in Patients with Paranoid Schizophrenia

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Helena Vidovičová

V Praze dne 1. listopadu 2018

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem řádně citovala a uvedla v seznamu literatury. Tato práce nebyla využita k získání stejného, nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

.....

Tereza Srpová

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji MUDr. Heleně Vidovičové za vedení bakalářské práce, cenné rady, připomínky a v neposlední řadě za její trpělivost. Dále děkuji svým blízkým, rodině, kteří mě podporovali ve studiu a během studia.

## ABSTRAKT

SRPOVÁ, Tereza. *Ošetrovatelský proces u pacienta s paranoidní schizofrenií*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Helena Vidovičová, Praha 2019.

Bakalářská práce se zabývá problematikou a charakteristikou paranoidní schizofrenie. Teoretická část je rozdělena do několika kapitol. V první části je zcela popsána obecně schizofrenie a dále je zkoumána podstata paranoidní schizofrenie a příčiny vzniku daného onemocnění. Ve druhé části jsou popisovány druhy schizofrenie a současně poskytuje užitečné informace o jednotlivých projevech schizofrenie.

V třetí části je popsána diagnostika, léčba a resocializace pacienta se schizofrenií. U pacienta s daným onemocněním jsem zjišťovala, v jakých podmínkách žije, jakou má péči od blízkých a spolupráci s psychiatrem. Dále dodržování kontrol u lékaře a aplikace depotních farmak.

KLÍČOVÁ SLOVA: Bludy. Depotní antipsychotika. Léčba. Ošetrovatelský proces. Paranoidní schizofrenie. Psychiatrie.

## ABSTRACT

SRPOVA, Tereza. *Nursing care in Patients with Paranoid Schizophrenia*. Vysoka skola zdravotnicka, o. p. s., Praha 5. Level of Qualification: Bachelor (Bc.). Supervisor: MUDr. Helena Vidovicova, Prague 2019.

My bachalory thesis deals with the problems and characterictics of paranoid schizophrenia. The theoretical part is dividend into several chapters. In the first part of the work the nature of paranoid schizophrenia and the causes of the disease are analyzed. In the second part I described the types of schizophrenia and at the same time I provided useful information about their manifestations.

In the third part the diagnosis and treatment are described. In patient with this kind of sickness I tried to investigace what environment he lives, what kind of care he has, how his relatives take care of him as well as cooperation with psychiatrist. I was also interested in futher compliance check – ups at the doctor and the application of the depot pharmaceuticals.

**KEYWORDS:** Delusions. Depot antipsychotic. Treatment. Nursing Care. Paranoid Schizophrenia. Psychiatry.

# OBSAH

ÚVOD .....	13
1 DEFINICE SCHIZOFRENIE .....	15
1.1 HISTORIE.....	16
1.2 EPIDEMIOLOGIE.....	17
1.3 ETIOLOGIE.....	17
1.4 PŘÍZNAKY.....	18
1.4.1 Halucinace .....	18
1.4.2 Bludy.....	18
1.4.3 Dezorganizace myšlení .....	19
1.4.4 Negativní příznaky.....	19
1.5 KLINICKÉ FORMY SCHIZOFRENIE .....	20
1.5.1 F 20. 0 Paranoidní schizofrenie .....	20
1.5.2 F 20. 1 Hebefrenní schizofrenie.....	20
1.5.3 F 20. 2 Katatonní schizofrenie .....	21
1.5.4 F 20. 3 Nediferencovaná schizofrenie .....	21
1.5.5 F 20. 4 Postschizofrenní deprese .....	21
1.5.6 F 20. 5 Reziduální schizofrenie .....	21
1.5.7 F 20. 6 Simplexní schizofrenie .....	21
2 PROGNOZA A PRŮBĚH SCHIZOFRENIE .....	22
2.1 DIAGNOSTIKA .....	22
2.2 VYŠETŘOVACÍ METODY V PSYCHATRII.....	23
2.3 LÉČBA PARANOIDNÍ SCHIZOFRENIE .....	23
2.3.1 Farmakologická léčba .....	23
2.3.2 Klasická antipsychotika (antipsychotika první generace) .....	23
2.3.3 Antipsychotika druhé generace.....	24
2.3.4 Depotní formy antipsychotik .....	25
2.3.5 Nefarmakologická léčba .....	25
2.3.6 Elektrokonvulzivní terapie (EKT) .....	26
2.3.7 Kontraindikace.....	26
2.3.8 Nežádoucí účinky .....	27
2.3.9 Příprava pacienta k EKT .....	27
2.3.10 Provedení EKT a péče po EKT.....	27
2.3.11 Psychoterapie .....	29
2.3.12 Krizová intervence .....	29



2.3.13	Rehabilitace v psychiatrii.....	29
2.3.14	Arteterapie .....	30
2.3.15	Kognitivně – behaviorální terapie.....	30
2.3.16	Komunitní péče.....	31
3	<b>OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S PARANOIDNÍ SCHIZOFRENIÍ .....</b>	<b>32</b>
3.1	Lékařský management .....	32
3.2	Identifikační údaje nemocného .....	32
3.3	Lékařská anamnéza .....	33
3.4	Osobní anamnéza .....	33
3.5	Rodinná anamnéza .....	33
3.6	Sociální anamnéza.....	33
3.7	Nynější onemocnění.....	33
3.8	Alergická anamnéza .....	34
3.9	Urologická anamnéza.....	34
3.10	Spirituální anamnéza.....	34
3.11	Farmakologická anamnéza.....	34
3.12	Psychiatrická anamnéza .....	34
3.13	Abúzus.....	34
3.14	Stav při přijetí.....	34
3.15	Terapie v rámci hospitalizace.....	35
3.16	Medikamentózní terapie .....	35
3.16.1	Abilify .....	35
3.16.2	Depakine chrono .....	36
3.16.3	Haloperidol – Richter.....	36
3.16.4	Olanzapin Apotex .....	36
3.16.5	Invega.....	37
3.16.6	Rivotril .....	37
3.16.7	Tisercin .....	37
4	<b>OŠETŘOVATELSKÝ MANAGEMENT.....</b>	<b>38</b>
4.1	Model funkčních vzorců zdraví Marjory Gordon .....	38
4.1.1	Vnímání zdraví – udržování zdraví .....	38
4.1.2	Výživa – metabolismus .....	38
4.1.3	Vylučování.....	39
4.1.4	Aktivita – cvičení.....	39

4.1.5	Spánek – odpočinek .....	39
4.1.6	Citlivost (vnímání) – poznávání .....	39
4.1.7	Sebepojetí – sebeúcta .....	40
4.1.8	Role – vztahy .....	40
4.1.9	Reprodukce – sexualita .....	40
4.1.10	Stres, zátěžové situace – zvládání, tolerance .....	40
4.1.11	Víra – životní hodnoty .....	41
4.1.12	Jiné .....	41
4.2	OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY .....	42
4.2.1	Aktuální ošetřovatelské diagnózy: .....	42
4.2.2	Potencionální ošetřovatelské diagnózy: .....	43
4.3	Ošetřovatelské diagnózy a jejich plán ošetřovatelské péče .....	43
4.3.1	Sebepoškození .....	43
4.3.2	Noncompliance .....	44
4.3.3	Akutní zmatenost .....	45
4.3.4	Strach .....	46
4.3.5	Nespavost .....	47
4.3.6	Deficit sebepéče při oblékání .....	48
4.3.7	Syndrom zhoršené interpretace okolí .....	49
4.3.8	Celkové zhodnocení ošetřovatelské péče: .....	50
4.3.9	Doporučení pro praxi: .....	51
4.3.10	Doporučení pro pacienty: .....	51
4.3.11	Doporučení pro zdravotníky: .....	51
5	ZÁVĚR .....	52

## SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ

Depotní farmaka (Obrázek č. 1) .....	25
Elektrokonvulzivní terapie (Obrázek č. 2) .....	26
Zařízení elektrokonvulzivní terapie (Obrázek č. 3) .....	28
Umístění elektrod při EKT (Obrázek č. 4) .....	28
Arteterapie (Obrázek č. 5) .....	30

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>apod.</b>	.....	a podobně
<b>BMI</b>	.....	body mass index
<b>CMP</b>	.....	cévní mozková příhoda
<b>CT</b>	.....	výpočetní tomografie
<b>EEG</b>	.....	elektroencefalograf
<b>EKG</b>	.....	elektrokardiograf
<b>EKT</b>	.....	elektrokonvulzivní terapie
<b>i. m.</b>	.....	intramuskulární
<b>Kg</b>	.....	kilogram
<b>MARTA</b>	.....	multireceptoroví antagonisti
<b>MRI</b>	.....	magnetická rezonance
<b>NANDA</b>	.....	North American for Nursing Diagnosis Assotiation
<b>např.</b>	.....	například
<b>p.o.</b>	.....	perorálně
<b>př. n. l.</b>	.....	před naším letopočtem
<b>RTG</b>	.....	rentgen
<b>s.c.</b>	.....	subkutánní
<b>SDA</b>	.....	antagonisté serotoninových a dopaminových receptorů
<b>SPECT</b>	.....	tomografická scintigrafie
<b>tbl</b>	.....	tableta
<b>tzv.</b>	.....	takzvaně

## SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

<b>Abulie</b> .....	nedostatek vůle
<b>Agitovanost</b> .....	typ hyperaktivity
<b>Alogie</b> .....	nelogičnost
<b>Aprosexie</b> .....	neschopnost soustředit myšlenky
<b>Bradykardie</b> .....	pomalá srdeční činnost
<b>Bradypsychismus</b> .....	zpomalení řeči a myšlení
<b>Delirium</b> .....	blouznění
<b>Fraktura</b> .....	zlomenina
<b>Incidence</b> .....	nemocnost
<b>Inkoherentní</b> .....	nesouvislé myšlení
<b>Inventorní</b> .....	vynálezecký
<b>Izokorické</b> .....	stejně velké zornice
<b>Kognice</b> .....	poznávání a uvědomování sebe samého
<b>Nervus vagus</b> .....	bloudivý nerv
<b>Percepce</b> .....	proces vnímání
<b>Prevalence</b> .....	převládání
<b>Rigidita</b> .....	ztuhlost
<b>Suicidium</b> .....	dobrovolné ukončení života
<b>Tachykardie</b> .....	zrychlená srdeční činnost

# ÚVOD

Téma bakalářské práce bylo zvoleno na základě subjektivní preference tohoto oboru v rámci své nastávající praxe. Tato práce přináší ucelené a logické informace o problematice paranoidní schizofrenie. Toto téma bylo zvoleno na základě detabuizace vědního a klinického oboru psychiatrie.

Cílem bakalářské práce bylo zpracovat teoretické poznatky o paranoidní schizofrenii, porozumět pacientům s touto diagnózou a v praktické části jsem se zaměřila na pacienta, u kterého byla diagnostikována paranoidní schizofrenie, na jeho léčbu, potřebnou lékařskou a ošetrovatelskou starostlivost.

V teoretické části se zaměřuji na definici onemocnění, její příznaky, klinický průběh, diagnostiku, léčbu a na závěr na rehabilitaci pacienta s touto nemocí. V praktické části prezentuji ošetrovatelský proces u 36letého pacienta s paranoidní schizofrenií. K jeho realizaci jsem využila model funkčních vzorců zdraví dle Marjory Gordon, kterým jsem se po celou dobu řídila. Dále na základě zjištěných ošetrovatelských problémů jsem sestavila ošetrovatelské diagnózy podle Taxonomie II. NANDA International 2015–2017.

Práce s nemocným mající diagnózu paranoidní schizofrenie má mnoho specifik a liší se od běžné celkové nemocniční péče. Vyžaduje jistý čas, toleranci, velkou trpělivost a v neposlední řadě také pochopení. Důležitá je komunikace všeobecné sestry s pacientem a navození důvěry. Léčba je ve většině případů dlouhodobá, vyžadující hospitalizaci. Psaní bakalářské práce na psychiatrické téma bylo pro mne velkou výzvou a zkušeností.

## **Vstupní literatura:**

RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana Janotová. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-582-4.

DUŠEK, Karel, Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ a. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4826-9.

**Popis rešeršní strategie:**

Vyhledávání odborných publikací, které byly použity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s paranoidní schizofrenií proběhlo v časovém vymezení od roku 2009.

Jako klíčová slova v českém jazyce byla zvolena slova bludy, depotní antipsychotika, léčba, ošetrovatelský proces, paranoidní schizofrenie a psychiatrie. V anglickém jazyce byla slova delusions, depot antipsychotic, treatment, nursing care, paranoid schizophrenia, psychiatry.

Pro zpracování rešerše jsem využila knihovnu Vysoké školy zdravotnické o. p. s., Praha 5. Celkem bylo nalezeno 41 záznamů a to 4 vysokoškolské práce, 18 knih, 19 článků a sborníků. Průvodní list k rešerši jsem zařadila do bakalářské práce, a to do příloh, která je pod písmenem B.

# 1 DEFINICE SCHIZOFRENIE

Schizofrenie je velmi závažné psychotické onemocnění. Jedná se o onemocnění, u kterého dochází k narušení schopnost nemocného rozumně jednat a chovat se. Pojem schizofrenie pochází z řeckého slova *schizó*, což v překladu znamená „rozdělení“ a *frén* „mysl, rozum“. Celý pojem znamená „rozdělení mysli“. V laické společnosti je proslulé, že nemocný člověk trpící schizofrenií má „rozdvojenou osobnost“. Jedná se o mylný fakt, pravdou je, že se jedná o rozštěp mezi osobností, myšlením a vnímáním, ne o různé osobnosti působících v jednom těle. Onemocnění se řadí mezi psychotické poruchy tzv. psychózy. Osoby mající psychózu se nedokážou orientovat v realitě. Jedná se o celou skupinu příznak, které bývají rozdílné. Nemoc je psychóza, která má dlouhodobé trvání (schizofrenní poruchy., 2010–2019).

Jak je známo, schizofrenie patří mezi významné psychické poruchy, které jsou charakterizované oploštělostí a poruchami myšlení. Často nemocní udávají poruchy vnímání, které se projevují halucinacemi a paranoidními bludy (DUŠEK a kol., 2015). Mezi příznaky patří například slyšení vlastních myšlenek, pocity ovlivňování a bludy (RABOCH a kol., 2012).

Prvotní průběh onemocnění může být plíživý a je doprovázen zastřeným vědomím, poruchami chování a někdy i halucinacemi. Nejčastěji se rozvíjí během dospívání, kdy jsou v tomto období na mladého člověka kladeny zvýšené nároky. Všechny příznaky spolu různě souvisejí a navzájem se ovlivňují. Obecně je známé, že schizofrenie je vývojovou poruchou založenou na změnách v neuroanatomii a neurochemii mozkové tkáně. Při samotném rozvoji onemocnění hrají roli tři oblasti a to: limbický systém, prefrontální kůra a bazální ganglia. Jedním z důležitých faktorů ovlivňujících vznik schizofrenie je i dědičnost. Nemoc postupuje řadu let kontinuálně nebo v relapsech (DUŠEK a kol., 2015).



## 1.1 HISTORIE

Zcela první zmínky schizofrenii pocházejí z období 2 000 př. n. l. Popis celkových příznaků, které se podobaly schizofrenii se objevily na části tzv. Eberského papýru. Tento fakt však vyvrátil švédský psychiatr Emil Kraepelin, který v roce 1911 zavedl pojem „schizofrenie“. Pojmem chtěl poukázat na charakteristické rozdvojení myšlení, chování a emocí (schizofrenní poruchy., 2010–2019).

Později Eugen Bleuler použil termín „schizofrenie“, do které zahrnul veškeré duševní projevy. Ty se projevovaly poruchou a rozštěpením psychických funkcí. Pojem byl zaveden doktorem Eugenem Bleulerem v roce 1908.

Vývoj schizofrenie se začíná objevovat v roce 1856, kdy francouzský psychiatr Benedikt-Augustin Morel popsal případ u 14letého chlapce s výbornými studijními předpoklady, u kterého se začaly objevovat jisté poruchy chování a intelektu. V roce 1896 Emil Kraepelin rozeznal podobnosti veškerých uvedených syndromů, a to pod pojmem „dementiapræcox“ neboli předčasná demence. V pozdější době bylo dokázáno, že u schizofrenie se nejedná o demenci, ale o rozpadu osobnosti. V roce 1911 profesor psychiatrie Eugen Bleuler vydal knihu „Dementiapræcox oder dieGruppe der Schizophrenien“. Na základě knihy se snažil najít příznaky, které by se mohly považovat za ty základní. Mezi ty příznaky zařadil čtyři „A“ a další dvě „A“ a to: aprosexie, abulie, autismus, afektivní oploštělost, asociace a ambivalence (DUŠEK a kol., 2015).

Schizofrenií trpěly i některé slavné osobnosti jako byl Isaac Newton, Johanka z Arku anebo Vincent van Gogh (schizofrenní poruchy., 2010–2019).

## **1.2 EPIDEMIOLOGIE**

Celoživotní prevalence bývá kolem 4 – 9,6 nemocných na 100 000 obyvatel. U nemocných žen je vyzorován mírnější průběh onemocnění, začíná později a to mezi 25. a 35. rokem. U mužů se začíná objevovat mnohem dříve to mezi 15. a 25. rokem (HOSÁK a kol., 2015). Výzkumy přišly na to, že ženy jsou mnohem méně hospitalizovány než muži a lépe sociálně spolupracují. Za to může vliv estrogenů na dopaminergní systém (zdravi.euro, 2019 Mladá fronta a. s.).

Výsledkem epidemiologických studií jsou údaje, které zahrnují incidence a prevalenci. Podle epidemiologických studií došlo k faktu, že schizofrenie se nejvíce vyskytuje mezi přistěhovalci a v rozvojových zemích. Obecné rozšíření onemocnění se pohybuje v rámci 1 – 1,5 % a to bez výrazného rozdílu kultur, kontinentů anebo ras (RABOCH a kol., 2012).

## **1.3 ETIOLOGIE**

Na nemoc schizofrenie se pohlíží jako na výsledek genetiky, stresu a rizikových faktorů. Do rizikových faktorů patří porodní komplikace, život ve městě, ale také dlouhodobé užívání marihuany, hormonální vlivy a infekce matky v průběhu těhotenství (zdravi.euro, 2019 Mladá fronta a. s.).

Mezi známá fakta patří, že narušení mozku je výsledkem jak genetické predispozice, tak poškozením, které vzniká na začátku vývoje těhotenství nebo na začátku dětství, což vede k menším změnám mozku. Schizofrenie nakonec vzniká na základě kombinací biologických, psychologických a sociálních faktorů (RABOCH a kol., 2012).

## **1.4 PŘÍZNAKY**

Nejtypičtější příznaky paranoidní schizofrenie se dělí na dvě skupiny, a to na pozitivní a negativní příznaky. Pozitivní příznaky představují bludy, halucinace, dezorganizovaná řeč, určitá ztráta kontaktu se skutečností, neúčelné chování nebo agitované chování, či projevy katatonního typu (PETR a kol., 2014).

### **1.4.1 Halucinace**

Jedná se o poruchu vnímání, u které nemocný vnímá vjemy, které ve skutečnosti neexistují, ale vznikají v mozku na základě onemocnění. Od pravé iluze se ve většině případů liší, že zcela úplně chybí zevní podnět. Vznikají na chorobném podkladu a ovlivňují často pacientovo chování (RABOCH a kol., 2012).

Halucinace rozdělujeme na elementární, které jsou charakteristické různými tóny nebo jiskrami, dále komplexní, kam se řadí scény a hovory a v neposlední řadě na kombinované, které zahrnují poruchy vnímání současně více smyslů. Jako dalším důležitým rozlišením jsou halucinace sluchové, kam řadíme hlasy a zvuky. Dále halucinace zrakové, u kterých mohou mít i sexuální podtext. Do zvláštní kategorie se řadí tzv. intrapsychické halucinace, u kterých je nemocný přesvědčen, že myšlenky jsou mu vkládány do mozku. Intrapsychické halucinace jsou typické pro schizofrenické onemocnění s přítomností verbálních halucinací (RABOCH a kol., 2012). Ve většině případů jsou to hlasy, které radí (teleologické halucinace) nebo přikazují, a to jsou potom imperativní halucinace (BANKOVSKÁ MOTLOVÁ a kol., 2017).

### **1.4.2 Bludy**

Jedná se o chorobné a mylné přesvědčení, které neodpovídá skutečnosti. Přesvědčení bývá pevné a nevyvratitelné. Vzniká na chorobném podkladě. Blud může mít několik forem. Nemocný může mít pocit, že ho někdo sleduje, mluví o něm, lidé ho pozorují, je přesvědčený o pravdě anebo že má nadpřirozené schopnosti (PETR a kol., 2014).

U schizofrenie se nejčastěji blud projevuje vztahovačností, nemocný začíná mít pocit, že se kolem něho svět zaměřil. Pro onemocnění schizofrenie jsou typické bizarní bludy. Jedná se o blud, který je zcela nepochopitelný z běžného života (BANKOVSKÁ MOTLOVÁ a kol., 2017).

Bludy rozdělujeme podle obsahu na megalomanické, mikromanické a paranoidní.

1. Megalomanické (Makromanické) – Patří sem bludy inventorní (často o vynálezech), originální (vznešený původ) anebo reformátorské.
2. Mikromanické – ve většině případů se jedná o hypochondrické, sebe ponižující a ruinační bludy.
3. Paranoidní – často se jedná o vztahovačnost. Paranoidní bludy mohou mít formu perzekuce, která je typická tím, že je nemocný pronásledován, ale kverulatořní, stěžovatelskou a emulační (žárliveckou).

#### **1.4.3 Dezorganizace myšlení**

Dezorganizace myšlení je charakteristické roztržitým chováním, pacient ztrácí kontrolu nad svým chováním, nad realitou a ztrácí náhled nad onemocněním (PETR a kol., 2014).

Projevuje se neologismy, která jsou typická pro poruchy myšlení. Jde o nová slova, vytvořená pacientem, chudostí řeči, inkoharentním myšlením a slovním salátem (KULAN 2013).

Inkoharentní myšlení je popisováno jako proud myšlenek, které nemají žádné logické souvislosti. Řeč nemocného je poskládána pouze z jednoduchých slov či vět (RABOCH a kol., 2012).

#### **1.4.4 Negativní příznaky**

Negativní příznaky patří mezi příznaky schizofrenie. Jedná se o značné ochuzení psychiky (DUŠEK a kol., 2015).

Mezi nejčastější projevy negativních příznaků spadá snížená emoční aktivita, chudost řeči, snížení zájmů o sociální aktivity a úplně vymizení iniciativy. Z udávaného pohledu pacienta po propuštění z nemocnice do domácího prostředí se negativní symptomy objevují po návratu z nemocnice (BANKOVSKÁ MOTLOVÁ a kol., 2017).

U většiny pacientů s těmito příznaky může docházet k celkovému zanedbávání péče, hygieny nebo k úplné sociální izolaci, u které jsou častými projevy suicidální sklony až agresivita ovlivněna halucinacemi a bludy (PETR a kol., 2014).

## **1.5 KLINICKÉ FORMY SCHIZOFRENIE**

Popis klinických forem schizofrenie jsou popsány podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN – 10).

### **1.5.1 F20. 0 Paranoidní schizofrenie**

Paranoidní schizofrenie patří k nejčastějším formám schizofrenie. Je charakterizována přítomností paranoidně halucinatorního syndromu. Onemocnění může začínat několika příznaky, a to bludným laděním, pocity ukřivděnosti, nedůvěřivostí anebo také podrážděností. Později se objevují i halucinace. Mezi nejčastější příznaky patří bludy megalomaničké a perzekuční. Co se týče halucinací, tak se objevují halucinace sluchové (DUŠEK a kol., 2015). Častá je přítomnost intrapsychické halucinace, které jsou charakteristické přesvědčením o vlastních telepatických schopnostech (RABOCH a kol., 2012).

*Nemocný je přesvědčený, že ho někdo sleduje, vkládá mu své myšlenky do hlavy. V závažnějších případech se může objevovat i agresivní, nebezpečné chování až potřebu někoho zabít či zranit. Nejčastější průběh paranoidní schizofrenie je epizodický – v jednotlivých epizodách. Po odeznění epizody se začínají objevovat postupně narůstající rezidua (DUŠEK a kol., 2015, s. 230).*

### **1.5.2 F20. 1 Hebefrenní schizofrenie**

Tato forma schizofrenie je typická pro pubertální a adolescentní věk a je těžké jí rozeznat od probíhající puberty. Velmi časté je dezorganizované myšlení, sklony k pseudofilozofování, grimasování anebo inadekvátní smíchy (RABOCH a kol., 2012). Nemocný má tendenci používat vulgární slova či pošklebování se při nevhodných situacích. Léčba u této formy je velmi komplikovaná (schizofrenní poruchy., 2010–2019).

### **1.5.3 F20. 2 Katatonní schizofrenie**

Forma katatonní je vzácná, a tak často se neobjevuje. Má dvě formy, a to produktivní a stuporózní. Ve formě produktivní se jedinec často vyznačuje dezorganizovanou fyzickou aktivitou anebo opakování určitých pohybů nebo slov. Druhá forma stuporózní je typická pro částečné nebo úplné vymizení hybnosti. Příčinou stuporu jsou halucinované hlasy, které jim zakazují pohnout se (schizofrenie.psychoweb, PhDr. Michaela Peterková, 2008–2019).

Některé těžké stavy vzrušenosti mohou vést k vzestupu tělesné teploty, které končí smrtí (RABOCH a kol., 2012).

### **1.5.4 F20. 3 Nediferencovaná schizofrenie**

Patří sem více kritérií pro schizofrenii, které nelze zařadit mezi předchozí tři formy (RABOCH a kol., 2012).

### **1.5.5 F20. 4 Postschizofrenní deprese**

Jedná se o depresivní ataku, která vzniká po vymizení schizofrenní ataky. Diagnostikuje se podle toho, zda měl nemocný v poslední době schizofrenní příznaky a projevy deprese. Často je spojena se zvýšeným rizikem sebevraždy (RABOCH a kol., 2012).

### **1.5.6 F20. 5 Reziduální schizofrenie**

Označení pro chronický průběh reziduální schizofrenie. Během onemocnění dochází k několika atakám. Mezi hlavní projevy patří snížená motivace, sociální odloučení a celkové zpomalení myšlení, řeči (schizofrenní poruchy., 2010–2019).

### **1.5.7 F20. 6 Simplexní schizofrenie**

U této formy převládá autismus, alogie a emoční otupělost. Nemocný odmítá veškerý kontakt s okolím, nejbližším, ztrácí zájem o činnosti a straní se společnosti (RABOCH a kol., 2012).

## 2 PROGNOZA A PRUBĚH SCHIZOFRENIE

Nemoc probíhá v periodických atakách. Schizofrenie zpravidla začíná akutním psychotickým stavem a afektivními příznaky (HOSÁK a kol., 2015). Průběh začíná již v období puberty. Nemocný prochází několika stádií, jako je samotářství nebo poruchy pozornosti. Později dochází k nápadnějším příznakům. Jedná se ve většině případů o vztahovačnost a nemluvnost nemocného ze dne na den. První epizoda je proslulá přítomností bludů či změn chování (schizofrenní – poruchy, 2010 MeDitorial).

Onemocnění má často sklony k chronickému průběhu a vede k trvalé invaliditě. Je známo, že celosvětově patří mezi deset hlavních příčin schizofrenie. Příznivou prognózu udává ženské pohlaví, stabilní partnerské vztahy a převaha pozitivních příznaků (zdravi.euro, 2019 Mladá fronta a. s.).

### 2.1 DIAGNOSTIKA

U diagnostiky existují tzv. diagnostická kritéria podle MKN – 10. Mezi základní vyšetřovací metody patří rozhovor a pozorování. U klinického vyšetření hledáme obsahové poruchy myšlení jako je inkoherence, bludy a neologismy. Nemocný se projevuje poruchami chování, jako je inadekvátní smích a citový chlad. V chování se projevují známky manýrování, grimasování, impulzivní jednání a nemotivovaná agresivita i proti sobě. Důležitá je objektivní anamnéza od rodinných příslušníků, kteří udávají genetickou zátěž a pozorují u nemocného změny povahy či chování. Do diagnostiky patří i ostatní pomocná vyšetření, která pomáhají k vyloučení onemocnění, která mohou schizofrenii napodobit. Je vhodné provést některá vyšetření jako je vyšetření očního pozadí, neurologické vyšetření, EEG, které nám pomáhá k vyloučení epilepsie či k upozornění na ložisko nádorové povahy, dále CT mozku, MRI, SPECT, laboratorní a toxikologické testy (RABOCH a kol., 2012).

## **2.2 VYŠETŘOVACÍ METODY V PSYCHATRII**

Pacient přijatý do psychiatrické nemocnice je podstoupen k několika vyšetřovacím metodám. Začíná se odebráním celkové anamnézy. Důležité je toxikologické vyšetření moči, při kterém se vyšetřuje přítomnost psychoaktivních látek. Mezi další vyšetřovací metody se řadí základní biochemické laboratorní vyšetření krve (glykémie, jaterní testy, testy na funkci ledvin, minerály a stanovení hormonů štítné žlázy). Do pomocných vyšetření se řadí CT mozku, EKG a EEG.

Podstatné je sestavení terapeutického plánu, u kterého napomáhá psychologické vyšetření. Do psychologického vyšetření se řadí vyšetření kognitivních funkcí a diferenciální diagnostika (HOSÁK a kol., 2015).

## **2.3 LÉČBA PARANOIDNÍ SCHIZOFRENIE**

### **2.3.1 Farmakologická léčba**

Do farmakologické léčby v první řadě patří antipsychotika (dříve neuroleptika), která jsou určena k léčbě psychotických příznaků, kdy nemocný ztrácí kontakt s realitou, a to vlivem halucinací nebo bludů. Antipsychotika se používají i k potlačení neklidu, agrese, a to nejen u schizofrenních nebo afektivních psychóz, ale i u organických psychotických poruch jako např. demence, mentální retardace.

Mezi první antipsychotika se řadí Chlorpromazin, který vznikl v roce 1950. Antipsychotika se dělí z klinického původu do dvou skupin a to klasická, dnes označována jako antipsychotika první generace, antipsychotika druhé generace a depotní formy (PETR a kol., 2014).

### **2.3.2 Klasická antipsychotika (antipsychotika první generace)**

Účinkují na blokádu postsynaptických dopaminových receptorů a snižují přenos synapsí v různých mozkových oblastech. Klasická antipsychotika dělíme na sedativní a incizivní. Sedativní antipsychotika jsou typická zklidňujícím účinkem a hypnosedativním účinkem s útlumem. Mezi nejčastější zástupce patří Levomepromazin (Tisercin) nebo Chlorpromazin (Plegomazin). Jako další dělení antipsychotika je incizivní, který mají vynikající účinek na neklid a agresivitu.



Působí méně sedativně, ale o to více vedou k extrapyramidovým nežádoucím reakcím, např. deregulace svalového tonu. Extrapyramidové příznaky jsou příznaky vznikající při poruše extrapyramidového systému. Jde o deregulaci svalového napětí tonu a pohybů kineze. Rozlišujeme hypertonicko – hypokinetický syndrom, který bývá charakterizován třesem, poruchami mimiky, chůze a držení těla. Dalším syndromem je hypotonicko – hyperkinetický, u kterého se objevují příznaky, jako jsou pomalé pohyby, nerovnováha a prudké mimovolné pohyby. Příčiny příznaků je několik, jako z hlavních příčin mohou být onemocnění příslušných oblastí anebo vliv některých léků či alkoholu (lekarskeslovníky, Maxdorf,1998–2019).

Do klasických antipsychotik lze uvést melperon (Buronil) nebo Haloperidol (PETR a kol., 2014).

### **2.3.3 Antipsychotika druhé generace**

Nejčastěji blokují D4 a S4 receptory, které mají díky nim antidepresivní účinek. Ve většině případů se dobře snášejí. Při dlouhodobém užívání se objevují projevy metabolického syndromu, jako vzestup hmotnosti, hyperglykémie nebo diabetu mellitus 2. typu. Do antipsychotik druhé generace patří nejčastěji Risperidon, který má minimum nežádoucích účinků (RABOCH a kol., 2012).

Antipsychotika druhé generace se rozdělují podle mechanismu účinku do čtyř skupin. Do první skupiny patří selektivní antagonisté dopaminových receptorů, které ovlivňují negativní schizofrenní příznaky, pozornost, a i depresivní nálady. Mezi nejznámější patří Tiapridal, který neúčinkuje antipsychoticky, ale bývá první volbou u poruch chování ve stáří a to demence. Do druhé skupiny řadíme antagonisty serotoninových a dopaminových receptorů (SDA), které blokují dopaminové, serotoninové a adrenalinové receptory. Často se využívají k léčbě schizofrenie a schizoafektivních poruch. Do hlavních zástupců patří např. Risperidon. Třetí skupinu tvoří multireceptoroví antagonisté (MARTA), které působí na kompletní řadu neurotransmitterových systémů. Do zástupců řadíme Klozapin, Olanzapin nebo Zotepin. Do poslední čtvrté skupiny patří tzv. dualista dopaminových receptorů a antagonisty serotoninových receptorů a to Aripiprazol, který je úspěšný, co se týče terapeutické účinnosti. Pacienti se schizofrenickým onemocněním udávají minimum nežádoucích účinků (PETR a kol., 2014).

### 2.3.4 Depotní formy antipsychotik

Depotní antipsychotika byla zavedena do klinické praxe v 60. letech 20. století, a to s cílem zlepšit výsledky dlouhodobé léčby schizofrenie. Depoty mají za úkol držet terapeutickou koncentraci léčiva jedné dávky zhruba 1–4 týdny (BANKOVSKÁ MOTLOVÁ a kol., 2017). Jejich úkolem je postupné uvolňování léčivé látky z depozita, které se aplikuje nejčastěji formou intramuskulární injekce. Účinek po podání je do 1 týdne, který prodlužuje interval mezi jednotlivými dávkami. Depotní antipsychotika (Obrázek 2) vytváří stálou hladinu farmaka, která se stabilizuje po několika podáních, tudíž je na začátku vhodná kombinace perorálních antipsychotik. U takového podávání je výhoda ve zlepšení efektu léčby u nemocných, kteří nespolupracují při užívání medikace perorálně. Významně mohou snížit počet relapsů a opakovaných hospitalizací. Mezi nejznámější depotní farmaka řadíme Haloperidol, Olanzapin (Zypadhera) nebo Flupentixol (PETR a kol., 2014).



(Obrázek č. 1)

**Zdroj:** Depotní antipsychotikum. In: *PirulaPatika*. [online]. [cit. 2019-03-09]. Dostupné z: <http://www.pirulapatika.hu/210013489/adatlap>

### 2.3.5 Nefarmakologická léčba

Do nefarmakologické léčby patří např. elektrokonvulzivní terapie, spánková deprivace, fototerapie, stimulace nervus vagus a také psychochirurgie. Důležitá je také resocializace a rehabilitace, která má nemocnému pomoci navrácení do běžného života (PETR a kol., 2014).

### 2.3.6 Elektrokonvulzivní terapie (EKT)

Elektrokonvulzivní terapie je nejúčinnější forma nefarmakologické léčby, u které je cílem vyvolat stav, který je podobný epileptickému záchvatu vznikající po průchodu elektrického proudu mozkovou tkání. Indikace terapie je ve většině případů pro deprese, u kterých se objevují sebevražedné jednání, mánie, schizofrenie se závažnějšími projevy jako jsou halucinace a nezvladatelný neklid. Elektrokonvulzivní terapie se většinou opakuje 2–3 x týdně (PETR a kol., 2014). Léčba EKT je zcela bezbolestná, probíhá v celkové anestezii spolu s použitím myorelaxantiv. Před provedením výkonu je každý pacient vyšetřen interním lékařem, který provede EKG, základní laboratorní vyšetření krve, EEG a vyšetření očního pozadí (plhb, 2012).



(Obrázek č. 2)

**Zdroj:** Elektrokonvulzivní terapie. In: *Knapovsky*. [online]. [cit. 2019-03-09]. Dostupné z: <https://www.knapovsky.com/elektrokonvulzivni-terapie/>

### 2.3.7 Kontraindikace

Mezi kontraindikace patří například zvýšení nitrolebního tlaku, přítomnost mozkového nádoru, akutní CMP, těžká hypertenze nebo glaukom (PETR a kol., 2014).

### **2.3.8 Nežádoucí účinky**

*Nejčastější nežádoucí účinky zahrnují bolest hlavy (zvažujeme, zda byla dostatečná hloubka anestezie), nevolnost od žaludku (může být typem zvoleného anestetika), nepříjemné vzpomínky na dušení (nedostatečná hloubka anestezie při příliš rychlé aplikaci myorelaxancia), pocit slabosti a někdy svalové bolesti (způsob provedení myorelaxace) (DUŠEK a kol., 2015, s. 579).*

Jiné, a to závažnější nežádoucí účinky je přesmyk do mánie, zlomeniny dlouhých kostí a páteře (psychiatriepropraxi, 2015).

### **2.3.9 Příprava pacienta k EKT**

Pacient je informovaný o průběhu terapie a přichází na lačno. Vyšetření je stejné jako před běžným výkonem v celkové anestezii. Provádí se laboratorní testy EKG, RTG hrudníku, interní a neurologické vyšetření a v neposlední řadě také vyšetření očního pozadí. Nemocný většinou 8 hodin před anestezií nejí a nepije. Sestra pacienta edukuje, aby si před výkonem nemazal obličej, a zavede intravenózní kanylu včetně vysoké bandáže dolních končetin jako prevenci proti tromboembolickým komplikacím (PETR a kol., 2014).

### **2.3.10 Provedení EKT a péče po EKT**

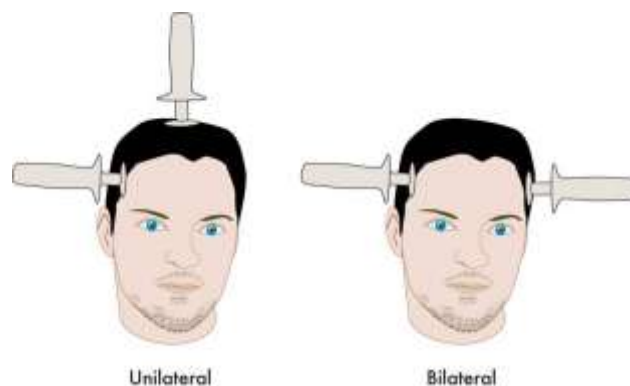
Elektrokonvulzivní terapii provádí lékař psychiatrie ve spolupráci s anesteziologem a anesteziologickou sestrou. Zdravotní sestra zkontroluje pacientův močový měchýř, a to, zda je zcela vyprázdněný, musí být odstraněn umělý chrup a kontaktní čočky. Sestra změří tlak, pulz, teplotu a předloží připravenou dokumentaci, pacienta uloží na lůžko a očistí spánky lihem. Jako premedikace se nejčastěji podává atropin, a to v dávce 0,5 – 1 mg s. c. nebo i. m. 30–60 minut před EKT. Nejčastěji používána anestezie v EKT je thiopental v dávce 4–7 mg/ kg. Po aplikaci anestetika je důležité 100 % proventilování pacienta (DUŠEK a kol., 2015).



(Obrázek č. 3)

**Zdroj:** Zařízení elektrokonvulzivní terapie. In: *Knapovsky*. [online]. [cit. 2019-03-09]. Dostupné z: <http://knapovsky.com/wp-content/uploads/2016/02/zarizeni.jpg>

Terapie je provedena buď bilaterálně, při čemž jsou elektrody umístěny na oba spánky anebo unilaterálně, kdy je pouze jedna elektroda umístěna na spánek a druhá na nedominantní stranu hlavy. Všechny elektrody musí být povinně zvlhčeny elektrovodným gelem. Během celého zákroku je snímáno pacientovo EKG a EEG. Po skončení zákroku je nemocný sledován a alespoň dvě hodiny je nutný dohled personálu (PETR a kol., 2014).



(Obrázek č. 4)

**Zdroj:** Umístění elektrod při EKT. In: *Knapovsky*. [online]. [cit. 2019-03-09]. Dostupné z: <http://knapovsky.com/wp-content/uploads/2016/02/head.jpg>

### **2.3.11 Psychoterapie**

Psychoterapie je samostatný obor. Je založena na rozhovorech nemocného s psychiatrem nebo psychologem. V průběhu rozhovoru má nemocný možnost hovořit o svém aktuálním trápení, nebo co momentálně prožívá. Terapie napomáhá k motivaci užívání léků, při úzkostných stavech, a hlavně při zvládnání zátěže (schizofrenní poruchy., 2010–2019). Mezi nejčastější psychoterapie, které se využívají je kognitivní a behaviorální terapie, skupinová terapie, rodinná terapie, ale i neverbální terapie, kam se řadí arteterapie, muzikoterapie a ergoterapie (DUŠEK a kol., 2015).

V neposlední řadě je důraz kladen na rodinnou psychoterapii za účelem lépe porozumět nemocnému a zlepšit vztahy v rodině. Do nejznámějších psychoterapeutických institucí se řadí např. FOKUS nebo ESET (RABOCH a kol., 2012).

### **2.3.12 Krizová intervence**

Jde o jistý zásah, zásah neboli zakročení v krizi. Můžeme ji nazvat jako specializovanou pomoc jedincům, kteří se ocitli v krizi, ve špatném období, které způsobuje stav ohrožení nebo stresu. Jde o různé formy pomoci, které mají za úkol vrátit nemocného do běžného života či navrácení psychické rovnováhy, která byla způsobena špatnou životní událostí.

Cílem krizové intervence není vyřešit danou situaci nemocného, ale stabilizovat a podpořit ho (ŠPATENKOVÁ a kol., 2017).

### **2.3.13 Rehabilitace v psychiatrii**

Rehabilitace v psychiatrii je označována jako rehabilitace, která se týká duševních poruch a navazuje na psychiatrickou léčbu spolu s biologickou nebo psychoterapeutickou léčbou. Jde o celkový přístup zařazující různé postupy a typy intervencí. Psychiatrická rehabilitace je zaměřena na jedince s vážným duševním onemocněním. *Je charakterizována tzv. třemi „D“ (disease, durativ, disability) neboli onemocněním schizofrenie, afektivní poruchy nebo poruchy osobnosti* (PEČ a kol., 2009, s. 97).

Postižení neboli „disability“ znamená stav, který omezuje aktivitu nebo fungování nemocného v běžném životě. Zaměření rehabilitace je primárně na zlepšení schopností, zlepšení chování v prostředí, které zná. V neposlední řadě v bydlení, ve vzdělávání a také práce jedinců s psychiatrickým onemocněním. Mezi nejdůležitější zařízení pro rehabilitaci pacientů patří Centrum duševního zdraví (CDZ), které se zaměřuje na pacienty se schizofrenickým onemocněním. (PEČ a kol., 2009).

### 2.3.14 Arteterapie

Zabývá se kreativním potenciálem člověka. Jde o zahrnutí veškerých výtvarných materiálů, jako je např. kámen, dřevo, hlína, barvy apod. Arteterapie má často rehabilitační efekt. Soustředí se na zručnost a soustředěnost (PEČ a kol., 2009).



(Obrázek č. 5)

**Zdroj:** Arteterapie. In: *Arteterapie*. [online]. [cit. 2019-03-09]. Dostupné z: <https://www.arteterapie.cz/aktuality>

### 2.3.15 Kognitivně – behaviorální terapie

Kognitivně – behaviorální terapie je krátkodobá a strukturovaná terapie, která vznikla v 2. pol. 20. století. Terapie je zaměřena na řešení konkrétních problémů a potíží, které nemocného trápí a přichází s daným trápením či problémem za psychoterapeutem. Kognitivně – behaviorální terapie je poměrně krátká a časově omezená. Orientace je na přítomnost a budoucnost nemocného.

Indikací k terapii jsou např. úzkostné poruchy, schizofrenie, bipolární afektivní porucha nebo poruchy příjmu potravy (psycholog – Praha, 2019).

### **2.3.16 Komunitní péče**

Základem komunitní péče je snaha o využití ambulantních služeb a omezit dlouhodobé hospitalizace pacientů v psychiatrických nemocnicích. Pozornost klade na prostředí, ve kterém pacient žije. Zaměřuje se na bydlení, zaměstnání, volný čas, seberealizaci, lékařskou péči, sociální a zdravotní služby. Hlavní prioritou komunitní péče je orientace na následnou péči po propuštění z lůžkové péče, zapojit nemocného zpět do společnosti a minimalizovat hospitalizaci (fokus labe, o. s.,2008–2013).

Principem komunitní péče je mobilita a propojenost služeb, péče ve vlastním prostředí pacientů a orientace na lidská práva a potřeby pacientů. Zastoupení komunitní péče v České republice jsou tzv. intermediární služby. Jde o služby, které pracují mezi lůžkovou a ambulantní péčí jako jsou denní stacionáře a krizová centra, poskytující psychiatrickou rehabilitaci. Jsou poskytovány nestátními neziskovými organizacemi a spadají do sociálních služeb (psychiatrie, 2019 Psychiatrie).

V dnešní době probíhá reforma psychiatrie, jejímž cílem je rozvoj komunitních služeb tak, aby bylo možné pacienty udržet doma v přirozeném sociálním prostředí a podporovat je v běžném fungování.



### **3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S PARANOIDNÍ SCHIZOFRENIÍ**

Časová data a identifikační údaje pacienta byly změněny z důvodu dodržení díkce platné národní a evropské legislativy vztahující se k ochraně osobních údajů.

#### **3.1 Lékařský management**

#### **3.2 Identifikační údaje nemocného**

Iniciály: X. Y.

Rok narození: 1982

Věk: 36

Státní příslušnost: česká

Rodinný stav: rozvedený

Pojišťovna: X. X. Y.

Bydliště: Praha

Kontaktní osoby: matka, přítelkyně

Povolání: OSVČ, řidič taxíku

Výška a váha: 170 cm, 70. 0 Kg

Datum přijetí: 14. 11. 2018

Typ přijetí: neodkladné

Oddělení: uzavřené psychiatrické

Důvod přijetí: Pacient udává „*Já nevím. Přivezla mě přítelkyně jen tak*“

Kriminalita: Pacient nebyl v minulosti trestně stíhán

Svéprávnost: Bez omezení

Diagnóza: F20.0, Paranoidní schizofrenie

### 3.3 Lékařská anamnéza

Lékařská anamnéza byla u pacienta odebrána dne 14.11.2018 ve 14:30 v Psychiatrické nemocnici Bohnice na pavilonu č. 21. Součástí anamnézy je anamnéza osobní, rodinná, sociální, farmakologická, alergická a psychiatrická, nynější onemocnění, stav k přijetí k hospitalizaci a plán terapie.

### 3.4 Osobní anamnéza

Jedná se o 36letého pacienta, rozvedený, dvě děti, žije s přítelkyní. V minulosti kouřil marihuanu a nitrožilně užíval pervitin, nyní jen pítí piva. Pacient v péči psychologa 5 let. Prodělal běžné dětské nemoci, jinak vážně nestonal. Tři roky je v péči psychiatra pro schizofrenní proces. Nyní přivezen zdravotnickou záchrannou službou přivolanou přítelkyní pro zhoršení stavu – silnější halucinace, pocit tenze, bludy, agrese.

### 3.5 Rodinná anamnéza

Matka žije, zdravá. Otec po smrti. V 65 letech zjištěna u otce rakovina plic. Psychiatrické onemocnění žádné.

### 3.6 Sociální anamnéza

Zaměstnaný, OSVČ (řidič taxíku), vystudoval Střední odborné učiliště, obor truhlář. V minulosti zkoušel mnoho prací, např. založit vlastní firmu na výrobu nábytku, ale kvůli halucinacím a bludům nikdy nezaložil. Byt prodal z psychotické motivace. Bydlel po motelech a nyní udává bydlení s přítelkyní.

### 3.7 Nynější onemocnění

Pacient s paranoidní schizofrenií byl dovezen zdravotnickou záchrannou službou pro zvýšenou agresi, halucinace, pocit tenze, bludy a stabilizace. Pacient udává, že je zde pouze proto, že si vzal prášek a šel spát, protože slyšel hlasy říkající, že je Bůh. O tom, že má paranoidní schizofrenii ví. Dále udává, že má určitě schopnosti, a to schopnost léčit *„je mi tu dobře, spolupacient mi tu hodně pomáhá a já jemu, přijde mu kaplan, tak jsme si vyměnili trochu energie. Jinému pacientovi jsem pomohl lépe vidět, má šedý zákal, tak jsem ho léčil“*. V plánu je elektrokonvulzivní terapie a zavedení depotní formy medikace. Pacient stále tvrdí, že je Bůh *„lidi říkali, že jsem Bůh...můžu Vám ukázat papír, jak jsem prosil Boha, aby nás ještě nezatracoval a nechal nás zde ještě aspoň 100 let, megalomanická bludná produkce, chce legalizovat prostituci „Sesbíral jsem hodně podkladů, byste se divil, kolik lidí chtělo legalizaci prostituce“*.

### 3.8 Alergická anamnéza

U pacienta nebyla prokázána žádná alergie.

### 3.9 Urologická anamnéza

Urologická anamnéza bezvýznamná.

### 3.10 Spirituální anamnéza

Pacient je věřící.

### 3.11 Farmakologická anamnéza

OlanzapinApotex 10 mg, Haloperidol – Richter 2 mg, Abilify 15 mg, Invega 6 mg, Depakinechrono 500 mg, Rivotril 2,5 mg, Tiserscin 25 mg.

### 3.12 Psychiatrická anamnéza

Pacient je 5 let v péči psychologa, ke kterému pravidelně dochází. Ambulantní léčba psychiatra pro schizofrenní proces. V minulosti opakovaně suicidium (13 let – plyn, 21 let – léky, 25 let – pořezání), jako důvod uvedl „*dohnali mě k tomu*“.

### 3.13 Abúzus

Pacient je kuřák, 15 cigaret denně, v minimální době pil pár piv denně. V minulosti užívání návykových látek jako marihuana a pervitin. Nyní rok abstinuje.

### 3.14 Stav při přijetí

Pacient je při vědomí, špatná spolupráce – silné halucinace, ale orientovaný.

**Hlava:** normocephalická, pokleповě nebolestivá, skléry bílé, zornice izokorické, jazyk plazí ve střední čáře, je vlhký a bez povlaku, hrdlo klidné.

**Hrudník:** souměrný, pokleповě plíc plný, jasný, dýchání sklípkové a čisté.

**Břicho:** měkké, dobře prohmatatelné, nebolestivé, dýchá volně, pokleповě bubínkový.

**Dolní končetiny:** bez otoků, stehenní tepny hmatné a bez šelestů.

**Stisk ruky:** pevný, oční kontakt udrží

**Držení těla:** vzpřímené

**Invazivní vstupy:** žádné

**Hmotnost:** 70 Kg

**Výška:** 170 cm

**BMI:** 22.86

**Krevní tlak:** 124/80

**Puls:** 80

**Tělesná teplota:** 36.5

**Dieta:** 3 - racionální

**Plán:** V plánu je elektrokonvulzivní terapie, úprava medikace a stabilizace stavu.

### **3.15 Terapie v rámci hospitalizace**

Nemocný přišel do Psychiatrické nemocnice Bohnice pro úpravu medikace a stabilizaci stavu. Během hospitalizace bylo podávání některých léků ukončeno a pacient byl převeden na jiná léčiva v rámci hospitalizace a stabilizaci stavu.

### **3.16 Medikamentózní terapie**

#### **3.16.1 Abilify 15 mg 2 – 0 – 0**

Účinné látky: Aripiprazol (Aripiprazolum)

Indikační skupina: Antipsychotikum

Způsob podání: Perorálně

Indikace: Léčba schizofrenie u dospělých a dospívajících ve věku 15 let a starších

Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivou látku

Nežádoucí účinky: nauzea, zácpa, rozmazané vidění, poruchy spánku, neklid, ospalost, třes (pribalove-letaky, 2019).

### **3.16.2 Depakine chrono 500 mg 1 – 0– 2**

Účinné látky: Valproát sodný

Indikační skupina: Antiepileptikum

Způsob podání: Perorálně

Indikace: Epilepsie, maniodepresivní psychóza

Kontraindikace: Hypersenzitivita

Nežádoucí účinky: Nechutenství, zvracení, průjemy, nadměrná chuť k jídlu, u těhotných žen zjištěny častější vývojové vrozené vady (sukl, 2010 SÚKL).

### **3.16.3 Haloperidol – Richter 2 mg 0 – 0 - 2**

Účinné látky: Haloperidol (Haloperidolum)

Indikační skupina: Antipsychotikum

Způsob podání: Perorálně

Indikace: Léčba schizofrenie a schizoafektivní poruchy

Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivou látku, komatózní stav, nekorigovaná hypokalemie, Parkinsonova choroba

Nežádoucí účinky: Zvracení, nauzea, sucho v ústech, dušnost, tachykardie, vyrážka (sukl, 2010 SÚKL).

### **3.16.4 Olanzapin Apotex 10 mg 1 – 0 - 2**

Účinné látky: Olanzapin (Olanzapinum)

Indikační skupina: Antipsychotikum

Způsob podání: Perorálně

Indikace: Léčba schizofrenie

Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivou látku.

Nežádoucí účinky: Závratě, únava, otok, horečka, bradykardie (sukl, 2010 SÚKL).

### **3.16.5 Invega 6 mg 1 – 0 - 0**

Účinné látky: Paliperidon (Paliperidonum)

Indikační skupina: Antipsychotikum

Způsob podání: Perorálně

Indikace: Léčba schizofrenie

Kontraindikace: Hypersenzitivita, anafylaktické reakce.

Nežádoucí účinky: Působí na centrální nervový systém – útlum, spavost, sucho v ústech, bolesti hlavy, zvracení a zácpa (sukl, 2010 SÚKL).

### **3.16.6 Rivotril 2,5 mg 5 – 5 – 10 – 10**

Účinné látky: Klonazepam

Indikační skupina: Benzodiazepin

Způsob podání: Perorálně

Indikace: Epileptické záchvaty, úzkostné poruchy, panické poruchy a fobie.

Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na pomocnou látku.

Nežádoucí účinky: Závislost, porucha vědomí při předávkování (sukl, 2010 SÚKL).

### **3.16.7 Tisercin 25 mg 1 tbl p. o.**

Účinné látky: Levomepromazin

Indikační skupina: Antipsychotikum

Způsob podání: Perorálně

Indikace: Akutní schizofrenická ataka, chronická schizofrenie

Kontraindikace: Retence moči, hypersenzitivita na léčivou látku, roztroušená skleróza.

Nežádoucí účinky: Sucho v ústech, bolesti hlavy, zvracení a zácpa (sukl, 2010 SÚKL).

## 4 OŠETŘOVATELSKÝ MANAGEMENT

Pacient byl 14. 11. 2018 ve 14:30 hodin hospitalizován v Psychiatrické nemocnici Bohnice na pavilonu č. 21 z důvodu zhoršeného stavu s intenzivnějšími halucinacemi a bludy se zvýšenou agresivitou. Ošetřovatelský proces jsem u pacienta vypracovávala v období 19. – 23. 11. 2018. Pacient dlouhodobě trpí paranoidní schizofrenií. U pacienta se plánuje úprava medikace a elektrokonvulzivní terapie. Během elektrokonvulzivní terapie jsem se na stáži už nevyskytovala. Pacient byl soběstačný a během hospitalizace spolupracoval.

### 4.1 Model funkčních vzorců zdraví Marjory Gordon

#### 4.1.1 Vnímání zdraví – udržování zdraví

Pacient v dětství trpěl běžnými dětskými onemocněními. Tři roky v péči psychiatrie pro diagnostikovanou paranoidní schizofrenii. Nyní je pacient hospitalizován z důvodu zhoršení stavu a úpravy medikace. Pacient udává halucinace a bludy se zvýšenou agresivitou. Alergie nebyla zjištěna. Klient je kuřák, vykouří 20 cigaret za den. Z alkoholu pije pouze pivo. O svůj zdravotní stav jeví zájem, chce si nechat pomoci, protože nechce, aby se ho báli nejbližší lidé. Jeho hlavním cílem je zlepšení zdravotního stavu a navrácení se do běžného života.

**Použitá měřicí technika:** Rozhovor

**Ošetřovatelský problém:**0

#### 4.1.2 Výživa – metabolismus

Klientovi jsem naměřila BMI 22.86. Váží 70. 0 Kg a měří 170 cm. Přes den vypije 2 l tekutin. Kůže hydratovaná. Chrup má v pořádku, na kontroly ke stomatologovi pravidelně nechodí.

**Použitá měřicí technika:** Body Mass Index - 22.86 (norma)

**Ošetřovatelský problém:**0

#### **4.1.3 Vylučování**

V oblasti vyprazdňování stolice a vylučování moče se nenacházejí žádné obtíže. Stolica je denně a bez příměsí. Močení je bez obtíží a pravidelná. Potí se jen při větší fyzické aktivitě.

**Použitá měřicí technika:** Pohled

**Ošetřovatelský problém:**0

#### **4.1.4 Aktivita – cvičení**

Pacient během dne pospává v křesle u televize nebo v lůžku, nevyvíjí žádnou aktivitu ke sportu.

**Použitá měřicí technika:**0

**Ošetřovatelský problém:**0

#### **4.1.5 Spánek – odpočinek**

Pacient má problémy se spánkem z důvodu halucinací. Budí se v důsledku různých hlasů v jeho hlavě, které ho navádí ke špatným věcem. Spí průměrně 8 hodin, ale spal by i déle.

**Použitá měřicí technika:** Pozorování

**Ošetřovatelský problém:** Nespavost

#### **4.1.6 Citlivost (vnímání) – poznávání**

Nemocný je při vědomí a je plně orientován časem, místem a osobou. Řeč je srozumitelná, vnímá okolí. Přes den posedává na společném oddělení nebo je v místnosti pro kuřáky. Smyslové orgány mají zachovanou svou funkci.

**Použitá měřicí technika:** Pozorování

**Ošetřovatelský problém:** Akutní zmatenost



#### **4.1.7 Sebepojetí – sebeúcta**

Nemocného nejvíce trápí jeho zdravotní stav, jeho životní situace a to, že se ho bojí jeho nejbližší. Lituje, jaký měl v minulosti postoj vůči svému zdraví a má snahu své chyby napravit.

**Použitá měřicí technika:** Rozhovor

**Ošetrovatelský problém:** Strach

#### **4.1.8 Role – vztahy**

Pacient je v současné době zadaný. Žije s přítelkyní v bytě. Rodina nemocného v průběhu hospitalizace navštívila pouze jednou. V rodině má s rodinnými příslušníky ne moc dobré vztahy právě kvůli jeho diagnóze. Během hospitalizace se někdy cítil osamoceny. Kamarády nemá. Pacient je velmi sdílný a ochotný ke komunikaci.

**Použitá měřicí technika:** Rozhovor

**Ošetrovatelský problém:**0

#### **4.1.9 Reprodukce – sexualita**

Pacient je se svým sexuálním životem spokojený. V reprodukčním systému se v jeho životě nevyskytly žádné problémy.

**Použitá měřicí technika:** Rozhovor

**Ošetrovatelský problém:**0

#### **4.1.10 Stres, zátěžové situace – zvládání, tolerance**

Klient udával, že stres a zátěžové situace zvládal s nadhledem do té doby, než začal mít sluchové halucinace. V průběhu hospitalizace začal pociťovat stres ze svého zdravotního stavu. Na změnu prostředí a okolí se příznivě adaptoval.

**Použitá měřicí technika:** Rozhovor

**Ošetrovatelský problém:** Sebepoškození

#### **4.1.11 Víra – životní hodnoty**

Pacient je věřící. Do kostela chodíval skoro každý den. Mezi své životní hodnoty zařadil především zlepšení jeho zdravotního stavu.

**Použitá měřicí technika:** Rozhovor

**Ošetrovatelský problém:**0

#### **4.1.12 Jiné**

Nemocnému jsou podávány léky ke zlepšení spánku, protože se často budí a stěžuje si, že je nevyspalý z důvodu úzkosti a halucinací.

**Použitá měřicí technika:** Rozhovor a pozorování

**Ošetrovatelský problém:**0

## 4.2 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Ke zpracování kazuistiky jsem si vybrala model funkčních vzorců zdraví Marjory Gordon. Ošetřovatelské diagnózy byly zpracovány dle NANDA Taxonomie II. a to podle závažnosti, určujících příznaků. Číselné kódy, tzv. NANDA taxonomie jsou kódy, které mají za úkol uspořádat ošetřovatelské diagnózy podle určitého principu (zdravi.euro, 2019 Mladá fronta a. s.). K vypracování praktické části jsem si na základě doporučení vybrala pacienta s paranoidní schizofrenií, kterého jsem poznala v rámci 14denní stáží v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Pacient byl mnou osobně předem obeznámen s faktem, že konkrétně jeho případ budu zpracovávat jako kazuistiku ve své bakalářské práci. Spolupráce s pacientem nebyla vždy úplně jednoduchá, má strach z hospitalizace. Některé dny byl ochotný vést dlouhé rozhovory o své nemoci, detailně popsat všechny své nálady a pocity. Jiné dny s ním nebylo možné komunikovat, protože mě jako studentku vulgárně napadal.

Ošetřovatelské diagnózy jsou sestaveny dle NANDA Taxonomie II., které jsou rozděleny na aktuální a potencionální diagnózy a zároveň řazeny podle daných priorit.

### 4.2.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

1. **Sebepoškození** z důvodu psychotického stavu projevující se sebevražednými myšlenkami.
2. **Noncompliance** z důvodu diagnózy paranoidní schizofrenie projevující se nespoluprací pacienta v léčebném režimu.
3. **Akutní zmatenost** z důvodu halucinací projevující se imaginárními osobami a neklidem.
4. **Strach** z důvodu hospitalizace pacienta projevující se strachem ze života.
5. **Nespavost** z důvodu zhoršeného psychického stavu projevující se nespavostí.
6. **Deficit sebeděče při oblékání** z důvodu neschopnosti udržet si vzhled na uspokojivé úrovni projevující se zanedbáním zevnějšku.
7. **Syndrom zhoršené interpretace okolí** z důvodu halucinace projevující se dezorientací.

#### 4.2.2 Potencionální ošetřovatelské diagnózy:

1. **Riziko násilí vůči druhým** z důvodu hrozby násilí v anamnéze.
2. **Riziko pádu** z důvodu farmakologického útlumu.

Ošetřovatelská diagnóza byla stanovena dle NANDA I taxonomie II – NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

### 4.3 Ošetřovatelské diagnózy a jejich plán ošetřovatelské péče

#### 4.3.1 Sebepoškození (00151)

Doména 11: Bezpečnost – ochrana

Třída 3: Násilí

**Definice:** *Úmyslné sebepoškozující chování způsobující poškození tkáně s úmyslem způsobit si zranění, které nekončí smrtí, pro úlevu od napětí* (NANDA INTERNATIONAL, 2015, st. 315).

**Určující znaky:** Škrábání do způsobených ran, řezné rány po těle, škrábance na těle.

**Související znaky:** Hraniční porucha osobnosti.

**Priorita:** Vysoká

**Cíl dlouhodobý:** U pacienta nedojde k sebepoškození do 1 měsíce.

**Cíl krátkodobý:** U pacienta nedojde k sebepoškození do 1 týdne.

**Očekávané výsledky:**

- Pacient nebude mít sebepoškozující myšlenky.
- Sestra bude pozorovat pacienta během dne.
- Sestra bude motivovat pacienta k léčbě.
- Sestra dohlédne na užívání předepsané medikace dle ordinace lékaře.

**Ošetřovatelská intervence:**

1. Sleduj chování nemocného.
2. Zjišťuj sklony k sebepoškozování v minulosti.
3. Motivuj pacienta k léčbě.

**Realizace:**

Pacient neměl suicidální myšlenky ani myšlenky si ublížit, ale měl halucinace a bludy, kterým věřil a poslouchal je. Musel být každodenně kontrolován včetně užívání léku, aby pod nátlakem hlasů a bludů se riziko sebepoškození neobjevilo. U nemocného se kontroloval především neklid a tenze projevující se nadměrnou psychomotorickou aktivitou, agresí, úzkostí a neporozumění různých situací. Pacient musel vždy po medikaci sedět 15 minut na sesterně a poté mu byla zkontrolována ústa, zda nedošlo ke kumulování léků, které by zhoršily psychický stav, a mohlo tím pádem dojít k riziku sebepoškození. Sledovala jsem nadále pacientovo chování.

**Hodnocení:**

Doposud nedošlo u pacienta k žádnému sebepoškození. Krátkodobý cíl byl splněn zcela úspěšně.

**4.3.2 Noncompliance (00079)**

Doména 1: Podpora zdraví

Třída 2: Management zdraví

**Definice:** *Chování osoby nebo pečovatele, které neodpovídá plánu podporujícímu zdraví či léčebnému plánu odsouhlasenému danou osobou (rodinou nebo komunitou) a zdravotnickým pracovníkem. V případě existence odsouhlaseného plánu podporujícího zdraví či léčebného plánu je chování osoby nebo pečovatele plně nebo částečně v nesouladu a může vést ke klinicky neefektivním nebo částečně neefektivním výsledkům (NANDA INTERNATIONAL, 2015, st. 129).*

**Určující znaky:** Nedodržování návštěv ošetřujícího lékaře, zhoršení příznaků nemoci.

**Související znaky:** Problémy vztahu mezi klientem a zdravotnickým personálem a nedostatečná motivace k léčbě.

**Priorita:** Střední

**Cíl dlouhodobý:** Pacient dá najevo znalost a zároveň pochopení léčebného režimu do 3 měsíců.

**Cíl krátkodobý:** Pacient vyvíjí zlepšení léčby do týdne.

**Očekávané výsledky:**

- Pacient bude spolupracovat s lékařem a ošetřujícím personálem.
- Pacient bude dodržovat léčebné postupy naordinované lékařem.

**Ošetrovatelská intervence**

1. Sleduj chování pacienta.
2. Naslouchej pacienta.
3. Sděl informace pacientovi.
4. Vytvoř důvěrný vztah zdravotní sestry s pacientem.

**Realizace:**

Klient před hospitalizací nedodržel psychiatrem předepsanou medikaci a nespolečoval jak s rodinou, tak ani s ambulantním psychiatrem, ke kterému nedocházel. V rámci hospitalizace se pacient snažil spolupracovat s ošetřujícím personálem a zároveň i komunikovat. V neposlední řadě proběhlo navození důvěry zdravotní sestry a psychiatra s pacientem.

**Hodnocení:**

Úspěšně byl splněn krátkodobý cíl. Co se týče dlouhodobého cíle, tak se na něm nadále pracuje během hospitalizace a s klientem se často mluví o jeho nemoci a léčebném režimu.

#### **4.3.3 Akutní zmatenost (00128)**

Doména 5: Percepce/kognice

Třída 4: Kognice

**Definice:** *Náhlý začátek reverzibilních poruch vědomí, pozornosti, kognice a percepce, které se vyvinou za krátké časové období (NANDA INTERNATIONAL, 2015, st. 225).*

**Určující znaky:** Neklid a halucinace.

**Související znaky:** Delirium a abúzus omamných látek.

**Priorita:** Střední

**Cíl dlouhodobý:** U pacienta se zmírní přítomnost bludů a halucinací do 1 měsíce.

**Cíl krátkodobý:** Pacient nebude po dobu hospitalizace zmatený déle než 2 týdny.

**Očekávané výsledky:**

- Pacient bude navštěvovat terapeutické skupiny.
- Pacient bude dodržovat léčbu.
- Pacient omezí spánek přes den.

**Ošetrovatelská intervence:**

1. Sleduj dobu spánku a jeho kvalitu.
2. Posuď rozsah poruchy orientace.
3. Zajisti bezpečnost pacienta.
4. Sleduj účinky předepsaných léků.
5. Podávej léky dle ordinace lékaře.

**Realizace:**

Pan XY byl při příjmu na pavilon č. 21 orientovaný, jen lehce zmatený na úkor halucinací, které trvale měl. Když jsem s pacientem zpracovávala ošetrovatelskou diagnózu, při rozhovoru mě přerušil se slovy „*slyším hlasy, je to žena, povídám si s ní, slyším jí všude, ale nedokážu s tím nic udělat, беру to jako normální věc, věc, která je součástí mě samotnou*“. Na základě rozhovoru s pacientem jsem zhodnotila, že pacient je orientovaný, ví, co mu je, ale neví, jak s tím žít, aby tím neotravoval rodinu, a okolí ve kterém se pohybuje. Pacient navštěvoval terapeutické skupiny se zájmem.

**Hodnocení:**

Nemocný si uvědomoval, kde je i s kým mluví, byl orientován jak v místě, čase, tak i osobou. Krátkodobý cíl byl splněn. Pacient byl déle jak 2 týdny bez bludů a halucinací. Na dlouhodobém cíli se stále pracuje.

#### 4.3.4 Strach (00148)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

**Definice:** *Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí* (NANDA INTERNATIONAL, 2015, st. 304).

**Určující znaky:** Pociťuje strach z hospitalizace, pociťuje strach z budoucnosti.

**Související znaky:** Strach z neznámého prostředí a lidí.

**Priorita:** Střední

**Cíl dlouhodobý:** Nemocný bude bez strachu po dobu 3 měsíců.

**Cíl krátkodobý:** Zmírnění strachu do 1 týdne po dobu hospitalizace.

**Očekávané výsledky:**

- Pacient je schopen mluvit o strachu.
- Pacient se vyvaruje zdroji strachu.

**Ošetřovatelská intervence:**

1. Zajisti konzultaci s psychoterapeutem.
2. Podávej léky dle ordinace lékaře.
3. Sleduj účinek předepsaných léků.
4. Sleduj fyziologické funkce a chování pacienta.

**Realizace:**

Během příjmu pacient udával, že má strach z následující hospitalizace, podle slov pacienta „nevím do čeho jdu, bojím se“. Nemocného přítelkyně potvrdila, že strach u pacienta přetrvával i v domácím prostředí na základě halucinací, které často měl. Zdravotnický personál se snažil vše pacientovi vysvětlit. Po 1 týdnu hospitalizace strach pomalu ale jistě ustupoval.

**Hodnocení:**

Krátkodobý cíl byl úspěšně splněn a pacient udával menší strach během 1 týdne.

#### 4.3.5 Nespavost (00095)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 1: Spánek/odpočinek

**Definice:** *Narušení množství a kvality spánku poškozující fungování* (NANDA INTERNATIONAL, 2015, st. 183).

**Určující znaky:** Nedostatek energie, časté probouzení, změny nálad, neschopnost usnout, střídání emocí.

**Související znaky:** Deprese, smutek, častá zdřímnutí přes den, strach.

**Priorita:** Střední

**Cíl dlouhodobý:** Zlepšení spánku a celkové vnitřní pohody do 1 měsíce.

**Cíl krátkodobý:** Zlepšení spánku do týdne.

**Očekávané výsledky**



- Pacient bude ve dne minimálně spát.
- Pacient bude mít chuť ke každodenním aktivitám.
- Pacient se bude zapojovat do denních aktivit.

**Ošetrovatelská intervence:**

1. Motivuj pacienta k denním aktivitám.
2. Dohlédni na spánek pacienta přes den.
3. Pozoruj pacienta během dne.

**Realizace:**

Pacient má problémy se spánkem z důvodu halucinací. Často se budí kvůli hlasům, které slychává a zároveň ho navádí dělat zlé věci. Spí průměrně 8 hodin. Dle ordinace ošetrujícího lékaře jsou podávány léky na spaní. Pacient je během dne nacházen spící ve svém lůžku a při buzení vulgárně napadá ošetrovatelský personál.

**Hodnocení:**

Krátkodobý cíl byl splněn částečně, a to díky podávané medikaci od ošetrujícího lékaře. Dlouhodobý cíl nebyl splněn, pacient musí nadále zapracovat na určité motivaci, která ho donutí zapojovat se do denních aktivit.

**4.3.6 Deficit sebezpečí při oblékání (00182)**

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebezpečí

**Definice:** *Zhoršená schopnost samostatně se obléknout nebo dokončit oblékání* (NANDA INTERNATIONAL, 2015, st. 215).

**Určující znaky:** Zhoršená schopnost zvolit a zkombinovat oblečení.

**Související znaky:** Únava, snížená motivace.

**Priorita:** Nízká

**Cíl dlouhodobý:** Pacient bude sám schopen se o svůj zevnějšek postarat do 1 měsíce.

**Cíl krátkodobý:** Pacient bude motivován k péči svého zevnějšku do 2 týdnů.

**Očekávané výsledky:**

- Sestra poskytne pomoc pacientovi během péče o svůj zevnějšek.
- Sestra dohlédne nad pacientovým zevnějškem.
- Pacient se bude starat o svůj zevnějšek.

**Ošetrovatelská intervence:**

1. Motivuj pacienta k dalším činnostem.
2. Dbej na soukromí pacienta.
3. Předcházej úrazu.

**Realizace:**

Při příjmu, byl pacient velmi zanedbaný, co se týče zevnějšku. Špinavé a děravé oblečení. Chyběly základní hygienické pomůcky, jako je zubní kartáček s pastou, sprchový gel. Věci musel zapůjčit ošetrovatelský personál nebo dát erární, které byly na oddělení pro takové případy. Pána jsem musela upozorňovat, aby si šel ráno umýt zuby, vzít si čisté spodní prádlo. Pokaždé reagoval podrážděně se slovy „jsem čistý, nechte mě být“. V následujících dnech přicházel sám upozorňovat ošetrovatelský personál, že je umytý.

**Hodnocení:**

Krátkodobý cíl úspěšně splněn. Pacient začínal mít zájem o svůj zevnějšek. Na dlouhodobém cíli se stále pracuje.

**4.3.7 Syndrom zhoršené interpretace okolí (00127)**

Doména 5: Percepce/kognice

Třída 2: Orientace

**Definice:** *Stálá ztráta orientace osobou, místem, časem nebo okolnostmi delší než 3 až 6 měsíců, která vytváří potřebu ochranného prostředí* (NANDA INTERNATIONAL, 20015, st. 157).

**Určující znaky:** Ztráta zaměstnání, zpomalené reakce na otázky.

**Související znaky:** Demence a deprese.

**Priorita:** Střední

**Cíl dlouhodobý:** Pacient bude orientován místem, časem a osobou do 2 měsíců bez přítomnosti bludů a halucinací.

**Cíl krátkodobý:** Pacient bude orientován místem, časem a osobou do 2 týdnů.

**Očekávané výsledky:**

- Pacient je bez halucinací a bludů.
- Sestra pozoruje přítomnost halucinací.

**Ošetrovatelská intervence:**

1. Pozoruj pacienta, zda neudává halucinace během dne.
2. Dběj na užívání předepsané medikace dle lékaře.
3. Motivuj pacienta ke zlepšení zdravotního stavu.

**Realizace:**

U pacienta jsem nezaznamenala během hospitalizace zmatenost či dezorientovanost. Byl orientovaný místem, časem a i osobou. Na rozdíl od dezorientace se objevovaly halucinace a bludy, kterým věřil a byl přesvědčený o pravdě, kterou odmítal vyvrátit. Často hovořil o tom, že je Bůh, že má nadpřirozené schopnosti. Po celou dobu hospitalizace byl nemocný přesvědčen, že mu zdravotnický personál implantoval mikročip do mozku, skrze který mu bylo na dálku kontrolováno myšlení a pocity.

**Hodnocení:**

Nemocný je orientován místem, osobou a časem, ale halucinace a bludy stále přetrvávají, u kterých je v plánu úprava medikace.

**4.3.8 Celkové zhodnocení ošetrovatelské péče:**

Během své stáže jsem zaznamenala určité zlepšení, a to díky ošetrovatelské péči a lékařské terapii, kterou nemocný dostával. Pacient byl plně informován o své diagnóze a následně edukován o dodržování léčebného postupu a pravidelnému docházení po propuštění ke svému ambulantnímu psychiatrovi, a v neposlední řadě o pravidelném užívání předepsané medikaci. Po dobu hospitalizace se s pacientem navázal vcelku dobrý vztah, začal projevovat zájem o léčbu a zapojoval se do denních aktivit. Zpětně se omlouval za své vulgarismy a chování. Péče o nemocného se zúčastnili všeobecné sestry, lékaři atestovaní v oboru psychiatrie, fyzioterapeuti, sociální pracovníci a psychoterapeuti.

V rámci stáže v Psychiatrické nemocnici Bohnice jsem došla k tomu, že paranoidní schizofrenie je velmi složité onemocnění, u kterého hraje důležitou roli správná ošetrovatelská péče, individuální přístup k pacientovi a správné lékařské ošetření.

#### **4.3.9 Doporučení pro praxi:**

Pacienti s diagnózou paranoidní schizofrenie mají podle mého názoru komplikovaný život spolu s rodinou a blízkými nemocného. Závisí na zdravotním stavu pacienta, na spolupráci pacienta se zdravotnickým personálem a v neposlední řadě na dodržování předepsané medikace. Důležité je navrácení do běžného života a pravidelné docházení na kontroly k ambulantnímu psychiatrovi včetně spolupráce s ním.

#### **4.3.10 Doporučení pro pacienty:**

1. Pravidelně užívat předepsané léky od ošetřujícího lékaře.
2. Dodržovat kontroly u ambulantního psychiatra a pravidelně docházet.
3. Otevřeně a upřímně mluvit o svých pocitech a problémech.
4. Spolupracovat s rodinou a blízkými.
5. Dbát na správné životosprávě pacienta.

#### **4.3.11 Doporučení pro zdravotníky:**

1. Získat plnou důvěru pacienta.
2. Mít trpělivost s pacientem.
3. Být empatický a naslouchavý.
4. Edukovat pacienta o jeho diagnóze a její léčbě.
5. Edukovat rodinu nemocného o jeho diagnóze a léčbě.
6. Znat problematiku paranoidní schizofrenie a schizofrenie jako takové.

## 5 ZÁVĚR

V bakalářské práci na téma „Ošetrovatelský proces u pacienta s paranoidní schizofrenií jsem si dala za cíl v teoretické části zpracovat teoretické poznatky o tomto onemocnění a v praktické části jsem prezentovala ošetrovatelský proces u 36letého pacienta s paranoidní schizofrenií. Pacienta jsem ošetřovala v rámci své stáže jeden týden, a to v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Spolupráce s pacientem nebyla vždy jednoduchá. Ze začátku bylo těžké navození určité důvěry student a pacient v neposlední řadě komunikace. Některé dny byl nemocný ochotný vést dlouhé a vyčerpávající hovory o své nemoci, vyprávět o tom, co za tu dobu vše zažil. Jiné dny s ním naopak nebylo možné komunikovat vůbec, protože mě a zdravotnický personál vulgárně napadal. Co jsem sama na vlastní kůži poznala, tak je důležitá komunikace s pacientem, trpělivost, empatie, kterou sestra nezbytně musí mít, neutrální postoj a neprojevovat sympatie či antipatie vůči nemocnému.

V ošetrovatelském procesu jsem popisovala kompletní pacientovu hospitalizaci, zabývala jsem se jeho potřebami a zaměřila jsem se na jejich péči a zlepšení. V ošetrovatelském procesu jsem si vybrala a popsala model funkčních vzorců zdraví podle Marjory Gordon. Potom jsem si stanovila 7 ošetrovatelských diagnóz, které vyplývají z výše uvedeného modelu. V některých oblastech došlo ke zlepšení a pacient spolupracoval, ale i tak bude nadále do budoucna odkázán na zdravotní ambulantní péči a pomoc svých nejbližších.

Bakalářská práce byla pro mě velkým přínosem a zároveň i výzvou, protože mi pomohla k získání nových teoretických poznatků o paranoidní schizofrenii. Zpracování práce mi pomohlo k prohloubení praktických zkušeností, které mohu plně využít ve svém povolání všeobecné sestry.

## 6 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Arteterapie. In: *Arteterapie* [online]. Česká arteterapeutická asociace, 2019 [cit. 2019-03-17]. Dostupné z: <https://www.arteterapie.cz>

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. *Schizofrenie: Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá Fronta, 2017. ISBN 978-80-004-4287-1.

ČEŠKOVÁ, Eva a Hana KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. 3. vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 80-7367-154-9.

Depotní antipsychotikum. In: *Pirula patika* [online]. 2019 [cit. 2019-03-17]. Dostupné z: <http://pirulapatika.hu/>

DUŠEK, Karel, Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4826-9.

Elektrokonvulzivní terapie. In: *Knapovský* [online]. 2019 [cit. 2019-03-17]. Dostupné z: <https://www.knapovsky.com/>

Fokus Labe, o. s. *Fokus Labe, o. s.* [online]. 2019 [cit. 2019-03-03]. Dostupné z: <http://www.fokuslabe.cz>

GRIŠINA, Evženie, 2016. *Ošetrovatelský proces u pacienta s onemocněním paranoidní schizofrenie* [online]. Brno [cit. 2019-01-04]. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a Pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum Press. 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.

KÖHLER, Richard. Elektrokonvulzivní terapie. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Hradec Králové, 2014, 2014, **15 (1)** [cit. 2019-03-03]. ISSN 1213-0508. Dostupné z: <https://psychiatriepropraxi.cz/archive.php>

Kulan. *Kulan: Schizofrenie* [online]. Praha, 2013 [cit. 2019-03-03]. Dostupné z: <http://www.kulan.cz>

LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4454-4.

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

Ošetrovatelství. *Ošetrovatelství: Výuka* [online]. Hradec Králové [cit. 2019-03-03]. Dostupné z: <https://ose.zshk.cz>

PEČ, Ondřej, Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

PETERKOVÁ, Michaela. Schizofrenie: Vše o schizofrenii – podrobně a srozumitelně pro každého. *Schizofrenie: Vše o schizofrenii – podrobně a srozumitelně pro každého* [online]. Praha, 2019 [cit. 2019-03-03]. Dostupné z: <http://www.schizofrenie.psychoweb.cz/>

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

Příbalové letáky. *Příbalové letáky* [online]. Praha, 2019 [cit. 2019-03-03]. Dostupné z: <https://pribalove-letaky.cz/>

Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod. *Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod* [online]. 2012 [cit. 2019-03-03]. Dostupné z: <http://www.plhb.cz/>

Psycholog Praha. *Psycholog Praha* [online]. Praha, 2019 [cit. 2019-03-03]. Dostupné z: <http://www.psycholog-praha.cz>

RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana Janotová. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-582-4.

Schizofrenní poruchy. *Schizofrenní poruchy* [online]. 2019, 2010–2019 [cit. 2019-03-03]. Dostupné z: <https://www.schizofrenniporuchy.cz/>

Schizofrenní poruchy. *Schizofrenní poruchy* [online]. Praha: MeDitorial, 2010 [cit. 2019-03-03]. Dostupné z: <http://www.schizofrenni-poruchy.cz/>

Slovník cizích slov. *Slovník cizích slov* [online]. 2005–2019 [cit. 2019-03-03]. Dostupné z: <https://slovník-cizich-slov.abz.cz/>

Státní ústav pro kontrolu léčiv. *Schizofrenní poruchy* [online]. Praha, 2010 [cit. 2019-03-03]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/>

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, Václava PROBSTOVÁ. *Krize a Krizová intervence*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5327-0.

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2.

Umístění elektrod při elektrokonvulzivní terapii. In: *Knapovský* [online]. 2019 [cit. 2019-03-17]. Dostupné z: <https://www.knapovsky.com/>

Velký lékařský slovník. *Velký lékařský slovník* [online]. Praha: Maxdorf, 2009 [cit. 2019-03-03]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz>

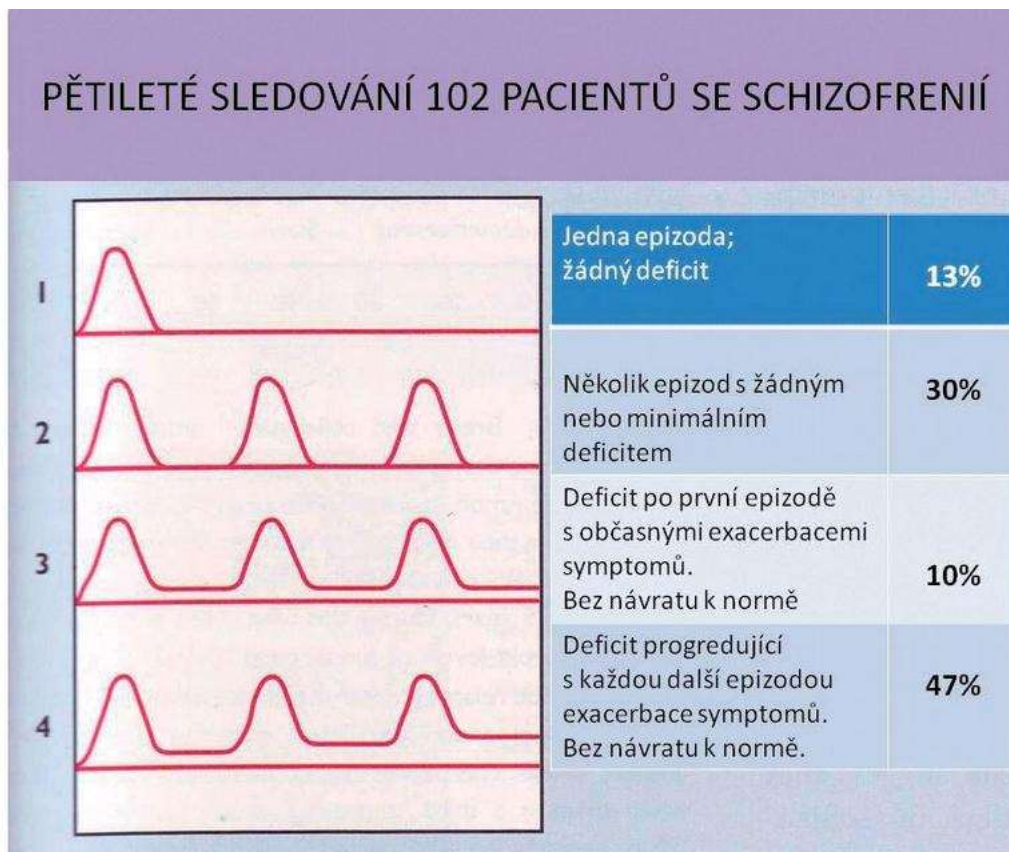
Zařízení pro elektrokonvulzivní terapii. In: *Knapovský* [online]. 2019 [cit. 2019-03-17]. Dostupné z: <https://www.knapovsky.com/>

Zdravotnictví a medicína. *Zdravotnictví a medicína* [online]. Praha: Mladá fronta, 2019 [cit. 2019-03-03]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/>



## 7 SEZNAM PŘÍLOH

### Příloha A – Schéma schizofrenie



**Zdroj:** Schéma schizofrenie. In: *Zdravi.Euro*. [online]. [cit. 2019-03-09]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/schizofrenie-457924>



## Ošetrovatelský proces u pacienta s paranoidní schizofrenií

### Klíčová slova:

Paranoidní schizofrenie, ošetrovatelský proces, depotní antipsychotika, bludy, léčba, psychiatrie

Rešerše č. 3/2019

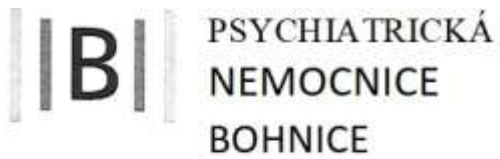
### Bibliografický soupis

<b>Počet záz namů:</b>	<b>celkem 41 záz namů</b> (vysokoškolské práce – 4, knihy – 18, články a sborníky – 19)
<b>Časové omezení:</b>	od 2009
<b>Jazykové vymezení:</b>	čeština
<b>Druh literatury:</b>	vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku
<b>Datum:</b>	4. 1. 2019

### Základní prameny:

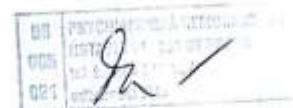
- katalog Národní lékařské knihovny ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz))
- Souborný katalog ČR ([www.caslin.cz](http://www.caslin.cz))
- Informační portál MedLike ([www.medvik.cz/medlike](http://www.medvik.cz/medlike))
- Databáze vysokoškolských prací ([www.theses.cz](http://www.theses.cz), [www.cuni.cz](http://www.cuni.cz))
- Jednotný portál knihoven ([www.knihovny.cz](http://www.knihovny.cz))
- PubMed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>)

**Příloha C – Potvrzení odborné stáže v Psychiatrické nemocnici Bohnice**



**Potvrzení o absolvování pracovní stáže**

Potvrzujeme, že Tereza Srpová absolvovala pracovní stáž v Psychiatrické nemocnici Bohnice na oddělení 21 v termínu 19. — 23. 11. 2018.



Psychiatrická nemocnice Bohnice\_Ústavní 91 181 02 Praha 8

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

Bankovní spojení: Česká národní banka 16434081/0710\_IČ: 00064220 DIC: CZ00064220

Potvrzujeme, že  
student/ka..

TEREZA SRPČOVÁ

absolvoval/a stáž v Psychiatrické nemocnici Bohnice v období 19. 11. - 23. 11. 2018  
absolvoval/a stáž v Psychiatrické nemocnici Bohnice v období.

v celkovém rozsahu 40 hodin.

Psychiatrická nemocnice Bohnice souhlasí s uveřejněním názvu organizace v  
bakalářské/diplomové práci.

26. 11. 2018

V Praze .

Psychiatrická nemocnice Bohnice Ústavní 91 181 02 Praha 8

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

Bankovní spojení: Česká národní banka 16434081/0710 IČ: 00064220 DIČ: CZ00064220



razítko organizace a podpis