



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

Jana Lafantová

**Ošetrovatelská péče o pacienta s dg. Paranoidní
schizofrenie**

Nursing care of patient with diagnosis paranoid
schizophrenia

Bakalářská práce

Praha, květen 2012

Autor práce: Jana Lafantová

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Tamara Tošnerová

Pracoviště vedoucího práce: Ambulance pro poruchy paměti FNKV Praha 10

Datum a rok obhajoby: květen 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům. Dále prohlašuji, že správnost a úplnost odevzdané elektronické podoby práce je v souladu s tištěnou formou práce.

V Klenči dne 15.4.2012

Jana Lafantová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu práce MUDr. Tamaře Tošnerové a Mgr. Veronice Kebrtové za profesionální vedení a cenné rady při zpracování této práce. Dále své rodině za podporu během mého studia.

Lafantová Jana

OBSAH

Úvod	7
1 Klinická část.....	8
1.1 Historie psychiatrie.....	8
1.2 Definice schizofrenie	9
1.3 Příčiny onemocnění	10
1.4 Formy schizofrenie	12
1.4.1 Paranoidní schizofrenie.....	12
1.4.2 Hebefrenní schizofrenie.....	13
1.4.3 Katatonní schizofrenie.....	13
1.4.4 Simplexní schizofrenie	13
1.4.5 Nediferencovaná schizofrenie	14
1.4.6 Reziduální schizofrenie.....	14
1.5 Příznaky schizofrenie.....	14
1.5.1 Pozitivní příznaky schizofrenie	14
1.5.2 Negativní příznaky schizofrenie.....	16
1.6 Diagnostika onemocnění.....	16
1.6.1 Diagnostický proces	17
1.6.2 Laboratorní metody	18
1.6.3 Vyšetřovací metody.....	18
1.6.4 Obecná kritéria diagnostiky schizofrenie.....	19
1.7 Průběh a prognóza schizofrenie	20
1.8 Léčba onemocnění	21
1.8.1 Farmakoterapie.....	21
1.8.2 Biologické léčebné metody.....	23
1.8.3 Psychoterapie – psychosociální terapie.....	25
1.8.4 Psychiatrická rehabilitace	26
1.9 Specifika práce sestry na psychiatrii.....	26
1.10 Stav nemocného při příjmu do nemocnice	28
1.11 Průběh hospitalizace.....	29
1.12 Prognóza	29
2 Ošetrovatelská část	31
2.1 Výběr ošetrovatelského modelu.....	31
2.2 Charakteristika ošetrovatelského procesu	33
Fáze ošetrovatelského procesu:.....	33

2.3 Stanovení ošetrovatelské anamnézy při příjmu	35
2.3.1 Anamnéza dle Gordonové.....	36
2.3.2 Testy a škály	39
2.4 Lékařská anamnéza + medikace	42
2.5 Přehled ošetrovatelských diagnóz ke zvolenému dni	43
2.6 Krátkodobý plán péče a cíle ke zvolenému dni	44
2.7 Realizace a hodnocení krátkodobého plánu.....	48
2.8 Dlouhodobý plán péče.....	53
2.9 Hodnocení psychického stavu nemocného.....	54
2.10 Edukace nemocného	55
Závěr	57
Souhrn.....	59
Seznam použité literatury	61
Seznam příloh	63
Přílohy.....	64

Úvod

Téma své bakalářské práce Ošetrovatelská péče o pacienta s diagnosou paranoidní schizofrenie jsem si vybrala, jelikož již od střední školy pracuji jako sestra v psychiatrické léčebně. V povědomí společnosti je toto onemocnění stále stigmatizující. Nemocní jsou odsouváni do okrajových částí společnosti, mají velký problém najít příhodné zaměstnání a mnoho lidí se na ně dívá jako na méněcenné. V dnešní době moderní medicíny, psychoterapie a edukací nemocných a rodin, jsou tito lidé schopni se v případě dodržování léčebného režimu, plně zapojit do společnosti. Dnes je léčba zaměřena hlavně na zkvalitnění života, spokojenost nemocného a co nejvíce možné uplatnění ve společnosti. Paranoidní schizofrenie je onemocnění, které není možné zcela vyléčit. Pokud je dodržován léčebný režim, jsou tak minimalizovány příznaky onemocnění a člověk je pak schopen kvalitního života. Téma schizofrenie je velmi zajímavé a rozsáhlé. Lze na něho pohlížet z více stran a úhlů, které není možno zpracovat do jedné práce.

Pro vypracování své práce jsem si zvolila případovou studii u čtyřicetiletého pacienta P. H., který trpí paranoidní schizofrenií již 20let. Jeho onemocnění je spojeno s výraznými výkyvy nálad. Ve své práci se zaměřuji nejen na psychické zdraví, ale i na zdraví fyzické. Pacient je jasným příkladem jak psychické onemocnění ovlivňuje a mění celkový život člověka.

Práci rozdělují na dvě části. V klinické části popisují historii psychiatrie a historii nemoci, dále definici nemoci a její příčiny. Po té se věnuji formám a příznakům, diagnostice a terapii onemocnění. Dále popisují stav pacienta při příjmu na oddělení, průběh hospitalizace a prognózu. Ošetrovatelskou část začínám výběrem ošetrovatelského modelu funkčního zdraví podle Marjory Gordon. Ošetrovatelská anamnéza je odebrána od pacienta a doprovodu v den příjmu pacienta na oddělení. Ošetrovatelské diagnózy, krátkodobé a dlouhodobé cíle stanovují podle potřeb pacienta od počátku a po celý průběh hospitalizace. Následuje realizace ošetrovatelské péče, hodnocení plánů a diagnóz. Práci zakončuji zhodnocením psychického stavu pacienta, edukací, prognózou a závěrem.

1 Klinická část

1.1 Historie psychiatrie

Psychiatrie je lékařská věda zabývající se hledáním příčin, diagnózou, léčbou a prevencí duševních chorob a poruch, které se vyskytují v každém věku člověka. Velmi úzce spolupracuje s psychologii, která se zabývá mentálními procesy a chováním člověka. Jako univerzitní obor začala být psychiatrie přednášena až v 19. století, ale příznaky psychiatrických onemocnění se vyskytovaly mezi prvními popisovanými nemocemi. V antickém období se tato onemocnění vysvětlovala spíše jako organická. Hippokrates se snažil dokázat, že psychická onemocnění vznikají spíše z onemocnění mozku. Řecká filosofie měla názor ten, že na člověka má vliv okolí, city a vjemy jedince. (Dušek - Večeřová, 2010, s. 15-17)

Po příchodu křesťanství byli duševně nemocní označováni jako posedlí, tento postoj trval téměř do 18. století. V léčbě duševně nemocných začíná kolem 16 století uplatňovat i psychologický přístup a rehabilitace. Dochází k reformě péče o psychicky nemocné a začínají se zakládat nemocnice pro duševně nemocné. U nás se o rozvoj péče o duševně nemocné nejvíce zasloužil řád Milosrdných bratří, který od druhé poloviny 18. století budoval v řadě měst nemocnice. V roce 1784 samostatné oddělení pro duševně nemocné ženy u sv. Alžběty v Praze. (Dušek - Večeřová, 2010, s. 15-16)

Prvním odborníkem na psychiatrii u nás byl lékař Jan Theobald Held, který pracoval v praktické lékařské škole Na Františku v Praze (založena roku 1761). Od roku 1821 vyučoval na pražské lékařské fakultě „choromyslnictví“. Josef Riedl (žák J.T.Helda), zavedl v ústavu u svaté Kateřiny, kde byl ředitelem, nový přístup k nemocným a to léčbu prací. Dále zavedl řadu rehabilitačních a lázeňských metod, pracovní terapie na zahradě, knihovny a zábavní místnosti. (Dušek - Večeřová, 2010, s. 16)

Většina psychiatrických oddělení bývala v areálu nemocnic, ale separátně od hlavních budov. Pro nedostatek míst postupně začaly vznikat ústavy pro

choromyslné například Dobřany a Opařany. V roce 1886 byla řízena psychiatrická klinika v Praze, které byla rozdělena na část českou a německou. Jejím ředitelem byl profesor Benjamin Čumpelík (1886-1891). Ten se zasloužil o rozvoj somatického pojetí duševních chorob (zřídil histologickou a chemickou laboratoř na pražské klinice). Mezi jako nástupce patřil Bohuslav Hellich, Karel Kuffner, Zdeněk Mysliveček a další. Dnešním přednostou kliniky je Prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc. (Dušek - Večeřová, 2010, s. 16-17)

Kolem roku 1900 se začaly objevovat psychiatrické léčebny, jako jsou Praha - Bohnice, Kroměříž, Horní Beřkovice, Havlíčkův Brod. (Zvolský et.al., 2006, s. 8-10)

Díky výzkumům se pomalu rozvíjelo zavádění psychofarmak a hypnózy. V roce 1927 zkoušel Manfred Sakel léčit paranoidní schizofrenii insulinovým komatem. Postupně se také vědci začali zabývat genetickými a biochemickými vlivy na vznik psychických onemocnění. V druhé polovině 20. století docházelo k významnému rozvoji psychofarmakologie, objevovaly se první pokusy s elektrokonvulzivní terapií. Kromě toho také vznikají obvodní psychiatrické ambulance. Ve 20. století se začíná i více prosazovat psychoterapie, která je po rozvoji psychofarmakologie možná i u pacientů dříve neovlivnitelných pro neklid a neschopnost komunikace. (Zvolský et.al., 2006, s. 12-13)

Dnešní psychiatrie se díky dostupnosti farmakologické léčby a moderním psychosociálním postupům a psychiatrické rehabilitace velmi liší. Snaží se maximální zapojení do společnosti a hospitalizace jsou krátké a stabilizační. (Bankovská Motlová – Španiel, 2011, s. 9)

1.2 Definice schizofrenie

Je to závažná psychická porucha neznámé etiologie, která se projevuje poruchami myšlení, jednání, vnímání a osobnosti. Bývá také spojena s poruchou emotivity – emoční nepřiměřenost, chudost a oploštělost. Vyskytuje se u 1% celosvětové populace. První ataka onemocnění se nejčastěji objevuje v mladém věku a to mezi 16 - 25 lety u muže a 25 – 35 lety u žen. Výjimečné jsou formy, které vznikají v dětství a po 40. roce věku. Před první atakou bývají přítomné

prodromy v podobě nespecifických příznaků (časných varovných signálů), jako je náládovost, podrážděnost, nedostatek energie a sebevědomí. V mladém věku je to těžko odlišitelné od problémového dospívání. V takovémto neléčeném případě dochází k propuknutí akutních příznaků. Schizofrenie probíhá v atakách, které se střídají s obdobím klidu. Opakovaným atakám se říká relaps. Často jim předchází varovné signály. Období klidu se nazývá remise. Onemocnění je léčitelné, ale pacient je celý zbytek života odsouzen k užívání léků. (Marková – Venglářová - Babiaková, 2006, s. 235)

Emil Kreapelin oddělil předčasnou demenci-dementia praecox (byla tak označována paranoidní schizofrenie) od demence staršího věku, paranoické psychosy a maniodepresivního onemocnění. (Zvolský, 2006, s. 13). Název schizofrenie zavedl Eugen Bleuler, (překlad z řečtiny: schizo-štěpím, fren – mysl) mělo to znamenat rozštěp mysli nebo rozpad osobnosti. Formy schizofrenie jsou mnohotvárné, takže se hovoří spíše o schizofrenních onemocněních. Pro schizofrenii byly vyčleněny čtyři formy, ale ani ty nestačily na všechny klinické obrazy, takže se ještě přidalo rozdělování podle průběhu. (Dušek - Večeřová, 2010, s. 219-220)

Některé nálezy považují schizofrenii za tzv. funkční psychózu. Je to skupina onemocnění, které mají některé společné charakteristické rysy. Jejich klasifikace je velmi nesnadná. (Preiss et.al., 1998, s. 219)

1.3 Příčiny onemocnění

Příčina onemocnění není stoprocentně známá, ale s rozvojem diagnostiky bylo zjištěno, že na vznik onemocnění mají vlivy tři oblasti: limbický systém, prefrontální kůra a bazální ganglia. (Marková – Venglářová - Babiaková 2006, s. 235)

Prefrontální kůra má funkce, které umožňují volně provádět cíleně řízené chování. Je také zodpovědná za převod informace z různých sensorických oblastí. Limbický systém by měl hrát roli v interpretaci vzpomínek, porozumění lidským emocím a psychologické zkušenosti. Poruchy se mohou odrazit ve strachu

a podezřívavosti, což může hrát roli při vývoji paranoidity. Bazální ganglia jsou důležitá pro porozumění psychických poruch z několika důvodů.

1) Abnormality této oblasti – atrofie mohou vést k mentálním projevům podobným psychotickým symptomům – bludy, deprese, nepřiměřené chování.

2) Obsahují vysoké koncentrace dopaminových receptorů zejména typu D2, tyto oblasti jistým způsobem zprostředkovávají psychotické symptomy. Mohou působit jako spouštěcí místa pro pozitivní symptomy jako jsou halucinace a bludy. Zvýšený počet D2 receptorů produkujících dopamin může být příčinou schizofrenie. U schizofrenií s pozitivními příznaky se předpokládá hyperfunkce dopaminu a u schizofrenie s negativními příznaky naopak hypofunkce dopaminu. (Zvolský et.al., 2006, s. 25-28)

Serotoninový systém - předpoklady jsou, že serotonin může hrát roli i při psychóze, receptor 5HTZ je totiž také receptorem pro halucinogeny jako je LSD.

Systém glutamátu – je to excitační neurotransmitter, potencionální neurotoxin, v určitém množství může působit nadměrnou neuronální excitaci. Phencyclidin (PCP) blokuje aktivaci glutamátových receptorů. Intoxikace PCP se může projevit psychosou, stažením, stuporem nebo halucinacemi. (Zvolský et.al., 2006, s. 28-30)

Genetická koncepce – stále se vědci snaží přijít na to, co by mohlo vést k psychickým poruchám. U schizofrenie je však z výzkumů jisté, že jednovaječné dvojče nemocného má téměř 50% riziko onemocnění, u dvojvaječných dvojčat je riziko mezi 15-20% a u sourozence již jen kolem 10%. V případě onemocnění jednoho z rodičů schizofrenií je riziko 10%, pokud jsou nemocní oba rodiče, je riziko 40%. Ve vzdálenějších příbuzenských vztazích je to 2 - 5%. (Zvolský et. al., 2006, s. 1-40)

Psychologické a sociální teorie – podle jedné teorie je budoucí schizofrenik od mala uváděn do neřešitelných situací opakovanými příkazy a požadavky, které nemají řešení nebo jen špatné. Další teorie se zabývá vztahy v rodině, příkladem je nexální rodina. Jedná se o rodinu uzavřenou vůči okolnímu světu, která má svá vlastní pravidla, dochází k potlačení vývoje dítěte. Jasnější jsou teorie vlivu stresu v sociálním prostředí a psychobiologických dispozic. (Marková – Venglářová - Babiaková, 2006, s. 235)

Rizikovým faktorem je i urbanizace, riziko výskytu schizofrenie roste s hustotou obyvatelstva. Dalším možným rizikovým faktorem je virová infekce prodělaná ve druhém trimestru těhotenství. Dochází k narušení vývoje fetálního mozku a nedostatečné výživě plodu během prvního trimestru těhotenství. Nejnovější výzkumy ukazují, že užívání marihuany během adolescence narušuje správný vývoj endokanabinoidního systému mozku a zvyšuje náchylnost ke schizofrenii. Odhaduje se, že užívání marihuany v adolescenci je příčinou, necelé sedminy případů schizofrenie. Efekt THC je tím škodlivější, čím dříve ji začne jedinec užívat. (Bankovská Motlová - Španiel, 2011, s. 37-49).

Z hlediska výskytu schizofrenie je vysoce rizikový úbytek šedé hmoty mozkové, hlavně v oblasti pravé insuly, předního cingula a amygdaly. Na morfologických změnách se podpisují relapsy, jejich počet i délka neléčeného onemocnění. (Bankovská Motlová - Španiel, 2011, s. 38-40)

1.4 Formy schizofrenie

Schizofrenie je závažné psychické onemocnění, může probíhat kontinuálně nebo v relapsech. Může tak vzniknout dojem, že je schizofrenií více než jiných psychických poruch. Užíváme termín schizofrenní onemocnění nebo okruh schizofrenie. (Dušek – Večeřová, 2010, s. 219)

1.4.1 Paranoidní schizofrenie

Tato forma se řadí mezi nejčastější. Charakterizuje jí paranoidní nebo paranoidně halucinatorní syndrom. Tato forma probíhá většinou v epizodách. Velmi rychle zpracovává halucinatorní projevy jako bludný výklad. Forma, kdy jsou jen halucinace, je velmi vzácná. Objevují se pocity nedůvěřivosti, ukřivdění a podráždění. Nejčastěji se vyskytují vztahovačné, perzekuční, úkorné, originální, megalomanické a emulační bludy. U rychlých forem nejsou bludy dost pevné a systematické. Při pomalém rozvoji jsou bludy v systémech pevně skloubené a prolínající se. Časté jsou sluchové halucinace. Vždy je afektivní doprovod (podrážděnost, zlostné projevy, úzkost a strach). Nálada bývá

podle bludů, spíše depresivní, emoční projev je oploštělý (méně než u jiných forem). Pod vlivem bludů a halucinací může docházet k agresivitě, neklidu a někdy i k sebevražednému chování. (Dušek – Večeřová, 2010, s. 224-225)

1.4.2 Hebefrenní schizofrenie

Tato forma se obvykle rozvíjí pozvolna a plynule přechází z vystupňovaných znaků puberty, (jako zvýrazněné pubertální chování). Náhlý rozvoj se objevuje jen zřídka. Hlavní projev je hypomanická nálada spojená s vtipkováním a planými projevy, dětinské a pošetilé hloubání o problémech a záhadách. Chovají se hulvátsky a klackovitě. Nakonec přechází v deterioraci s emočním ochuzením a oploštěním. (Dušek – Večeřová, 2010, s. 225)

1.4.3 Katatonní schizofrenie

Jako hlavní projev je porucha psychomotoriky – hypokinetický až akinetický syndrom, hyperkinetický syndrom a parakinetický syndrom. Dále se projevuje bizarnostmi, manýrováním, grimasováním, ceremoniály, toporností projevu. Někdy se vyskytuje zmatená inkohrentní řeč. Průběh je většinou akutní, má nejprůzračnější prognózu. (Dušek – Večeřová, 2010, s. 225-226)

1.4.4 Simplexní schizofrenie

Označuje se jen obecnými příznaky a má pozvolný rozvoj příznaků. V popředí jsou hlavně negativní příznaky, emoční oploštělost, otupělost, hypobulie s hypaktivitou. Začíná mezi 15. až 20. rokem i později. Připomíná projevy spíše poruchu osobnosti. Špatně se učí, obtížně se zapojuje do společnosti, stává se obtížným pro své okolí a zanedbává svoje povinnosti. Může docházet i ke kriminální činnosti. Proto je její diagnostika velmi obtížná. Má progredientní průběh a končí jako reziduální schizofrenie nejčastěji s defektem. (Dušek – Večeřová, 2010, s. 227)

1.4.5 Nediferencovaná schizofrenie

Je to typ, který neodpovídá kritériím předešlých forem schizofrenie ani reziduální nebo postschizofrenní depresi. Bývá označován jako atypická schizofrenie. (Dušek – Večeřová, 2010, s. 226)

1.4.6 Reziduální schizofrenie

Tento typ schizofrenie trvá alespoň 1 rok, ve kterém intenzita a frekvence floridních příznaků je minimální. Jsou přítomny negativní schizofrenní příznaky a v minulosti se vyskytla alespoň jedna ataka typu schizofrenie. Vyznačuje se autismem, emočním vyhasínáním a zploštělostí. (Dušek – Večeřová, 2010, s. 226 -227)

1.5 Příznaky schizofrenie

Pro diagnostikování schizofrenie je důležité posoudit, zda převládají pozitivní nebo negativní příznaky. Někdy bývá přidávána složka – strukturální deformace, je to premorbidní struktura osobnosti, které má vliv na formální a obsahovou stránku jednotlivých příznaků a dává jim trvale svůj ráz. (Dušek – Večeřová, 2010, s. 219)

1.5.1 Pozitivní příznaky schizofrenie

Jako pozitivní symptomatiku označujeme takové příznaky, které se u zdravého člověka nevyskytují, jako by byla psychiky o tyto příznaky rozšířena. Jsou to halucinace, bludy, vzrušenost (echomatismy, manýrování, stereotypie, raptý, bizardní projevy a impulsy). (Dušek – Večeřová, 2010, s. 219)

Blud – patří do poruch myšlení. Je to mylné přesvědčení na chorobném podkladě, vznikající za přítomnosti duševní choroby, kterému nemocný věří a zároveň ovlivňuje jeho chování a jednání. I na základě důkazů o jeho nepravosti je pro pacienta nevyvratitelný. Schizofrenik pod vlivem bludné produkce může být nebezpečný sobě – sebevražedné jednání, tak i pro okolí svým agresivním chováním.

Podle obsahu rozdělujeme bludy do několika skupin:

Megalomaničké, vyvýšené bludy – považuje své schopnosti za bezmezné, myslí si například, že je vznešeného původu.

Mikromanické, úkorné bludy – jsou provázeny depresí a úzkostí, pesimisticky hodnotí své schopnosti, je přesvědčen, že je zhoubou pro rodinu, vše co je špatné ovlivňuje a zavinil on.

Persekuční, pronásledování – spojené se vztahovačností a podezřívavostí. Má pocit, že je mu ubližováno, vztahuje na sebe to, co se ho netýká. Při diagnostice je potřeba dlouhodobého sledování, neboť některé bludy mohou být velmi logické a mohou se zdát skutečné. (Zvolský et.al., 2006, s. 97-99)

Mezi další bludy patří: *kverulační, žárlivecký, erotomanický, vynálezecký, reformátorský*. (Dušek – Večeřová, 2010, s. 229-230)

Halucinace – jsou to poruchy vnímání, klamné vjemy, které vznikají nezávisle na vnějším podnětu. Nemocný je naprosto přesvědčen o jejich existenci, jsou pro něho reálné. Ovlivňují jeho jednání. Jsou pro nemocného nebezpečím, neboť může pod jejich vlivem být nebezpečný sobě či okolí. Pokud má pacient náhled na své onemocnění a je si vědom, že halucinace neexistují, hovoří se o pseudohalucinacích.

Sluchové halucinace - slyší zvuky, slova až dialogy i několika hlasů. Mohou dávat nemocnému příkazy, na nemocného mohou působit i proti jeho vůli, pak vzniká nebezpečí sebevražedného jednání, sebepoškozování.

Čtení myšlenek – nemocný má pocit, že cizí hlas opakuje jeho myšlenky, a tím je všichni kolem slyší.

Zrakové halucinace – od jednoduchých obrazců, obrysů zvířat, osob až k přehrávání celých dějových scén.

Útrobní, tělové halucinace – má různé vnitřní pocity, kdy se dá obtížně rozlišit, zda se nejedná o vnitřní onemocnění, mívají často sexuální obsah.

Čichové a chuťové halucinace – vyskytují se většinou společně, jsou to zvláštní chutě a pachy které nemocný cítí.

Mezi další patří *hmatové, pohybové, intrapsychické, kombinované*. (Zvolský et.al., 2006, s. 104-105)

Dalšími příznaky jsou poruchy jednání, bývá porušena i vůle a emotivita. Abnormní impulsivní reakce - raptus, je impulsivní reakce s ničivým a agresivním chováním. (Dušek – Večeřová, 2010, s. 110)

Psychomotorická excitace – zvýšená vzrušivost nervového systému – přehnaná gestikulace, mimika, agitovanost až psychokinetický raptus. (Dušek – Večeřová, 2010, s. 211-212)

1.5.2 Negativní příznaky schizofrenie

Negativní příznaky znamenají pro člověka, vzhledem k normě, jisté ochuzení psychiky. Patří sem psychomotorický útlum, hypobulie až abulie, autismus, alogie, anhedonie a emoční oploštělost. (Dušek – Večeřová, 2010, s. 219- 221)

Anhedonie – porucha nálady, kdy není schopen prožívat radost. (Dušek – Večeřová, 2010, s. 57)

Sociální tupost – porucha až neschopnost citového kontaktu. (Dušek – Večeřová, 2010, s. 59)

Alogie – prázdná, ochuzená řeč. (Dušek – Večeřová, 2010, s. 221)

Autistické myšlení – porucha kontaktu objektivního světa a vnitřního světa nemocného. Ztrácí zájem o svět, narušuje se komunikace, je netečný k okolí a soustředí se pouze na svůj svět. (Dušek – Večeřová, 2010, s. 77)

Hypobulie, abulie – oslabení volního procesu, všech aktivit, málo iniciativy, ochuzení zájmů a spontaneity. (Dušek – Večeřová, 2010, s. 109)

Psychomotorický útlum – výrazně chudé projevy, útlum aktivity - hypokinéza až akinéza. Jsou pasivní, mimika je ochuzená, extrémně až psychomotorický stupor. (Dušek – Večeřová, 2010, s. 111)

1.6 Diagnostika onemocnění

V psychiatrii je snaha třídit získané zkušenosti a vědomosti jako v jiných oborech medicíny. Zobecňování a třídění poznatků spočívá ve vytváření klasifikací a systémů. Diagnostice napomáhá znalost premorbidní osobnosti,

nespoléhat se na všeobecnou normu, čím více informací máme, tím přesnější diagnosu můžeme stanovit. (Dušek – Večeřová, 2010, s. 28-31)

Při diagnostice onemocnění je nezbytná spolupráce zdravotnického týmu. Rozhodující bývá pozorování a pečlivé naslouchání tomu, co nám nemocný sděluje. Rovněž je důležité cílené pátrání po schizofrenních symptomech.

1.6.1 Diagnostický proces

V první řadě je získávání anamnézy pomocí rozhovoru, pozorováním, od rodiny či doprovodu. Říká se, že na psychiatrii je každý rozhovor psychotherapeutický. Zjišťujeme rodinou anamnézu, osobní anamnézu a nynější onemocnění. (Dušek – Večeřová, 2010, s. 34- 38)

Psychiatrické vyšetření – kladení přesně zaměřených otázek ke zjištění psychických kvalit vyšetřovaného. Sledujeme – řeč, písemný a výtvarný projev, paměť, intelekt, chování, kritičnost a soudnost. Je vhodné si údaje ověřit z několika zdrojů (rodina, ambulantní a obvodní lékař) zda se informace shodují. (Dušek – Večeřová, 2010, s. 38 – 39)

Při rozhovoru očekává pacient pochopení, empatii a trpělivost. Pacient potřebuje být ubezpečen, že byl pochopen, potřebuje cítit důvěru ze strany lékaře. (Klimpl, 1998, s. 123)

Současně se provádí tělesné vyšetření – vyšetření fyzického stavu a neurologické vyšetření. U psychiatrických pacientů se provádí i psychologické vyšetření. (Dušek – Večeřová, 2010, s. 39)

Psychiatrické zhodnocení – utvoření závěru z informací získaných z předešlých vyšetření. Třídění projevů, příznaků, psychických kvalit. Sledování vývoje a dynamiky psychické poruchy, vztahů a souvislostí. K diagnostikování schizofrenie je potřeba dlouhodobého sledování, alespoň 1 rok.

Diagnostický závěr stanovuje nejprve syndromovou diagnózu, pak diferenciální diagnózu a konečnou formou všech zjištěných údajů a diferenciálně diagnostických metod je nosologická diagnóza. Ta však nemusí být konečná, lze ji v průběhu upravovat, proto se jí říká pracovní nebo předběžná diagnóza. (Dušek – Večeřová, 2010, s. 40-41)

1.6.2 Laboratorní metody

Dalším krokem jsou pomocné vyšetřovací metody. Pomáhají zjistit stav vnitřního prostředí u nemocného. Slouží k vyloučení somatických onemocnění. Každý pacient při příjmu, podstoupí odběr krve na biochemické vyšetření, kde sledujeme minerály a ionty, glykemii, hladina železa, jaterní enzymy, cholesterol, hladina vitamínu B12, kyselinu močovou, ureu a kreatinin. Z hematologických vyšetření sem patří krevní obraz a diferenciál. Vyšetření moče chemicky a sediment. Pacientům, kde je riziko užívání omamných látek se provádí toxikologické vyšetření moče. Speciální vyšetření - hladinu hormonů (prolaktinu, TRH, TSH), hladina lithia u nemocných s výkyvy nálad léčených lithiem, hladina neurotransmiterů a acidobazická rovnováha. (Zvolský et.al., 2006, s. 171-173)

1.6.3 Vyšetřovací metody

Psychická onemocnění se dále diagnostikují pomocí některých vyšetřovacích metod.

EEG – elektroencefalografie – neinvazivní metoda zobrazující funkci mozku. Je bezpečná, lze ji kdykoli opakovat a je možno ji použít i k dlouhodobému monitorování. U schizofreniků se uvádí změna latence a v amplitudě vlny P 300 oproti normální populaci. (Zvolský et.al., 2006, s. 174-180)

CT – počítačová tomografie – provádí se nativní nebo s kontrastní látkou k vyloučení jiných onemocnění.

MR – magnetická rezonance – zobrazuje anatomické struktury v mozku, biochemické a funkční změny. Pro vysoké náklady se využívá převážně k vyloučení nádorového nebo epileptického ložiska.

Mezi metody monitorující vedlejší účinky léků patří:

EKG – elektrokardiografie – je zjištěno, že některá antipsychotika mohou prodlužovat QT intervalu a vyvolávat srdeční arytmiie. (Marková – Venglářová, 2006, s. 96)

1.6.4 Obecná kritéria diagnostiky schizofrenie

V dnešní době se diagnostika schizofrenie řídí kritérii stanovenými v MKN – 10. (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí 10. verze). Charakteristické příznaky by měli trvat alespoň jeden měsíc. Příznaky by neměly být důsledkem organické mozkové poruchy nebo intoxikace alkoholem nebo jinou psychoaktivní látkou, závislostí nebo odnětím látky. Obecná kritéria – nemoc musí splňovat alespoň jeden příznak ze skupiny 1) nebo alespoň dva příznaky ze skupiny 2). (Dušek – Večeřová, 2010, s. 223-224)

1) Skupina příznaků:

- ozvučování myšlenek, vysílání myšlenek, imputace nebo amputace myšlenek,
- bludy kontrolování, ovlivňování, ovládání, bludné vnímání,
- sluchové halucinace komentující chování nemocného, hovořící mezi sebou, nebo přicházející z jiných částí těla,
- přetrvávající bludy jiného druhu, pro danou kulturu nepatřičné, nepřijatelné (nadlidské síly a schopnosti, politická nebi náboženská identita).

2) Skupina příznaků:

- přetrvávající halucinace jakýchkoli smyslů, pokud se vyskytují denně alespoň po dobu jednoho měsíce a jsou provázeny prchavými nebo pevnými bludy,
- neologismy, zárazy nebo vkládání myšlenek do již probíhajícího myšlenkového proudu s výsledkem inkoherence,
- katatonní projevy – nástavy, mutismus, vzrušení, negativismus, stupor a další,
- různé negativní symptomy.

Konkrétně pro paranoidní schizofrenii musí být splněna tato kritéria:

- přítomnost obecných kritérií pro schizofrenii,
- přítomnost výrazné bludné produkce a halucinace,
- nepřiměřenost afektů nebo oploštělost, katatonní příznaky a inkoherence se nemusí vyskytovat, ale mohou být přítomné v různém stupni. (Dušek – Večeřová, 2010, s. 224)

1.7 Průběh a prognóza schizofrenie

Průběh onemocnění ovlivňuje osobnost nemocného, okolí a rodina zejména vztahy v rodině a sociální zázemí. Mezi spouštěče patří těžká životní událost, stres, užívání návykových látek, infekční a somatické spouštěče. Pro zlepšení prognózy je důležité správné zaléčení první ataky onemocnění a nedopustit relaps.

Premorbidní osobnost - znalosti premorbidní osobnosti pomáhají v diagnostickém procesu. Z premorbidní osobnosti se snaží usuzovat na rozvoj a charakter schizofrenního onemocnění.

Prodromální stádium – období mezi premorbidní osobností a iniciálním stádiem rozvoje psychické poruchy. Jsou velmi rozlišná podle rozlišenosti rozvoje schizofrenie. Rozvoj může být rychlý i pozvolný. Objevují se prepsychotické projevy – změny chování, vnitřní rozechvělost, nepokoj, napětí, úzkost, sklony k depresím, až agresivní projevy z podrážděnosti. Mohou se objevit bizarnosti, nápadnosti v chování, plachost, netečnost, introverze, nedůvěřivost, které ještě nemají bludný charakter. Toto období může trvat i několik měsíců až let a pak dochází k první atace a onemocnění přechází do stádia aktivní choroby. (Dušek – Večeřová, 2010, s. 221-223)

Dalšími časnými varovnými příznaky schizofrenie jsou problémy ve škole, v práci, zhoršené soustředění, konflikty s okolím. V komunikaci s okolím drzost, úsečnost, nebo naopak uzavřenost a netečnost. Náladovost, nedostatek sebevědomí a energie, změna zájmů. (Bankovská Motlová - Španiel, 2011, s. 30)

Příznivá prognóza schizofrenie:

- není přítomna schizofrenie v rodině,
- konstituce nemocného je pyknická,
- premorbidní osobnost bez nápadností,
- vznik v dospělosti,
- akutní začátek,
- přítomny poruchy vědomí,
- autismus nepřítomen,
- přiměřená emoční reaktivita,

- spořádané sociální zázemí,
- katatonii symptomy s oneiroidní složkou. (Dušek – Večeřová, 2010, s. 228)

1.8 Léčba onemocnění

Při léčbě schizofrenie je velmi důležitý celý terapeutický tým – psychiatr, psycholog, sociální pracovník a další pracovní terapeuti. Šance pacienta na kvalitní život je pouze v případě dobře vedené terapie. Léčbu můžeme rozdělit do několika směrů. (Marková – Venglářová – Babiaková, 2006, s. 237)

V dnešní době se léčba nezaměřuje na úplné vyléčení a odstranění všech příznaků onemocnění, ale na udržení kvalitního a spokojeného života a zapojení člověka do společnosti.

1.8.1 Farmakoterapie

Je to nejúčinnější léčba v akutní fázi onemocnění k odstranění pozitivních symptomů, jako je agresivita, agitovanost, hyperaktivita. Zmírnění bludů a ovlivnění halucinací trvá delší dobu.

K léčbě schizofrenie se používají hlavně antipsychotika, též nazývaná neuroleptika. Mají působit blokádu dopaminových receptorů D2, D3, D4 na psychotické příznaky. V určité míře působí i na serotoninové receptory S2. Udává, že prohlubují spánek, mají antimanické, antidepressivní a sedativní účinky. (Klimpl, 1998, s. 142)

Antipsychotika první generace dělíme na dvě skupiny:

Bazální (sedativní) - většinou mají nízkou dávku účinné látky v léku, mají sedativní a mírný antidepressivní potenciál. Zástupci této skupiny jsou chlorpromazin, chlorprothixen. (Klimpl, 1998, s. 142)

Incizivní – patří sem dlouhodobě se držící na trhu haloperidol. Jsou velmi zatížena nežádoucími účinky – extrapyramidové poruchy a útlum. Používají se zejména při akutním zásahu u agresivního pacienta. (Dušek – Večeřová, 2010, s. 444 - 445)

Atypická neuroleptika – antipsychotika druhé generace.

Mají vyšší terapeutický účinek a nižší incidenci rizik. Ovlivňují pozitivní i negativní, afektivní i kognitivní příznaky schizofrenie. Méně často vyvolá terapeutická dávka extrapyramidové příznaky, neovlivňují krevní elementy, nezvyšují prolaktémii. (Martínková et.al., 2007, s. 137-138)

Mezi další léky při léčbě schizofrenie patří antidepresiva – při současně depresivní fázi, benzodiazepiny – v kombinaci antipsychotiky.

Anticholinergika – jsou používána ke kontrole nežádoucích účinků z aktivace parasymptiku. (Martínková et.al., 2007, s. 138)

Při léčbě psychofarmaky se uvádí, že po první atace schizofrenie by se měli léky užívat alespoň dva roky a u chronické formy je užívání antipsychotik doživotní záležitostí. (Marková – Venglářová – Babiaková, 2066, s. 238)

Nežádoucí účinky antipsychotik I. generace:

- Extrapyramidové účinky:
 - Časné – Parkinsonský syndrom, akutní dystonie, akatizie.
 - Pozdní – tardivní dyskinezie – opakované mimovolní nezvyklé pohyby končetin, třes horního rtu a rytmické vyplazování jazyka.
- Kardiovaskulární účinky – elektrická nestabilita myokardu z prodloužení QT intervalu až komorová tachyarytmie.
- Maligní neuroleptický syndrom – nadměrná blokáda dopaminových receptorů – svalová rigidita, zvýšení tělesné teploty, pocení, poruchy vědomí různé hloubky a kvality, kolísání krevního tlaku, tachykardie, extrapyramidové poruchy, spasmy kosterních svalů.
- Poškození funkce orgánů – změny počtu krevních elementů, cholestatický icterus (zřídka).
- Snížení prahu pro vyvolání křečí – nebezpečí epileptických záchvatů.
- Kožní projevy – enantémy, pruritus, zvýšená fotosenzitivita.
- Okulokutánní syndrom – komplex léčiva a melanin se ukládají do kůže, rohovky a čočky (při dlouhodobé léčbě fenothiazidovými neuroleptiky). (Martínková et.al., 2007, s. 136-137)

Nežádoucí účinky antipsychotik II. generace:

Únava, sedace, možnost zvyšování hmotnosti a rozvoji metabolického syndromu včetně rizika diabetes mellitus 2. typu. Posturální hypotenze, tachykardie, centrální a periferní parasimpatolytické účinky. Je nutno monitorovat glukózovou toleranci a lipidový metabolismus. V terapeutických dávkách vyvolávají extrapyramidové poruchy méně než antipsychotika I. generace. (Martínková et.al., 2007, s. 138)

1.8.2 Biologické léčebné metody

Elektrokonvulzivní terapie EKT – podstatou léčby je vyvolání stavu podobnému epileptickému záchvatu, který vzniká po průchodu elektrického proudu mozkem. (Radimský et.al., 2001, s. 8) Léčba se provádí tam kde je požadován rychlý účinek, kde jiné terapie přináší vyšší riziko, při farmakorezistenci, při předchozím úspěchu EKT v anamnéze. Patří k léčbě první volby u katatonii schizofrenie, u paranoidní schizofrenie pokud převažují afektivní příznaky jako například deprese a úzkosti. (Dušek – Večeřová, 2010, s. 566-567)

Používá se střídavý proud 300-600mA, 90-140V a frekvence 50-60 cyklů/ sekundu, aplikovaný po dobu 0,3-1,2 sekund. Bývá indikovaný u těžších forem deprese s rizikem sebevraždného jednání, mánie spojené s neklidem, schizofrenie se závažnějšími projevy jako jsou úzkosti, deprese, imperativní halucinace a katatonie. (Radimský et.al., 2001, s. 8)

Novější zdroje uvádí, že by konvulze měla trvat alespoň 20sekund nejlépe 20-90 sekund, aby byly efektivní. Nejnovější přístroje používající ultrakrátké stejnosměrné pulzy šíře 0,3ms – 0,06ms opakované 200x za sekundu. Pulz je každých 5ms a mezi nimi je interval 4,49ms elektrické inaktivity. Považují se za šetrnější a způsobují méně poruchy paměti. (Dušek – Večeřová, 2010, s. 570-571)

Před léčbou je nutné interní vyšetření, vyšetření celkového somatického stavu, zjištění onemocnění která EKT vylučují. Provádí se vyšetření krve – sedimentace, krevní obraz, počet bílých krvinek, jaterní testy a vyšetření moče. Dále je nutný EKG záznam a rentgenový snímek srdce a plic.

Kontraindikace EKT jsou: akutní infarkt myokardu, těžší hypertenzní onemocnění, pokročilý organický psychosyndrom, výduť srdečnice nebo mozkových cév, tromboflebitida, intrakraniální hypertenze, závažná onemocnění plic, jater a ledvin, závažné endokrinní poruchy, zlomeniny kostí, glaukom, závažné akutní infekce, časná gravidita, současné podávání reserpinu a levodopy a snížená aktivita cholinesteráz. (Radimský et.al., 2001, s. 8)

Relativní kontraindikace: vyšší věk, těhotenství starší 6 měsíců, současné podávání inhibitorů monoaminoxidáz, lithia a antiepileptik.

Vše záleží na stavu nemocného, a zda je o EKT rozhodnuto z vitální indikace.

(Radimský et.al., 2001, s. 9)

Léčba se provádí na lačno, 8-12 hodin předem nejíst a alespoň 3 hodiny nepít.

Jako premedikace se podává atropin 1mg s.c. 45-60minut před zákrokem.

(Radimský et.al., 2001, s. 9)

Jako myorelaxans se podává sukcinylcholinjodid v dávce 1mg/kg a k celkové anestezii Thiopental 250-500mg. Klasicky se aplikuje 2x – 3x týdně v celkovém počtu 10 až 12 aplikací. (Zvolský et.al., 2006, s. 130)

Tato léčba patří mezi nejefektivnější metody v psychiatrii. Má široké spektrum terapeutických indikací a rychlý nástup účinku. Při dodržování správných postupů a metod, je bezpečná s minimálním výskytem vedlejších účinků. Pokud je aplikována z vitální indikace, často zachraňuje životy. (Dušek – Večeřová, 2010, s. 575)

Nežádoucí účinky EKT :

Po EKT se mohou objevit nežádoucí účinky, jako jsou: bolest hlavy, nevolnost od žaludku, nepříjemné vzpomínky na dušení, pocity slabosti a svalové bolesti. Dále se mohou objevit pocity zmatku a ztráty paměti. (Dušek – Večeřová, 2010, s. 572)

Neklidné a agresivní chování po probuzení, srdeční zástava, poruchy srdečního rytmu, prolongované ztráta dechu, aspirační bronchopneumonie, embolie, vznik status epileptikus, vznik zlomenin a dekompenzace stávajících somatických onemocnění. V poslední řadě i úmrtí pacienta. (Radimský et.al., 2001, s. 11)

Další velmi slibnou metodou je repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS). Jedná se opakovanou aktivaci mozkové kůry silným magnetickým polem. Je to neinvazivní metoda, která by se měla využívat k léčbě depresí, ale podle výsledů výzkumů se velmi dobře uplatnila i v ORL a to k léčbě nebo zmírnění tinitů (šelestů).

1.8.3 Psychoterapie – psychosociální terapie

Při léčbě psychoterapií je k dosažení léčebných výsledků používáno psychologických prostředků. Pomáhá člověku dosáhnout psychické normality. Psychoterapeut pomáhá pacientovi k sebepoznání, které může využít k rozvoji a obohacení své osobnosti a k pocitu vlastní realizace. U paranoidní schizofrenie se užívá při překonávání překážek, které není schopen zvládnout vlastními silami – úzkosti, rozvoj deprese. Používá se tam, kde mají prokazatelný vliv na vznik nemoci psychogenní činitelé. Důležitá je empatie a vytvoření psychoterapeutického vztahu. Využívá se řada psychoterapeutických metod.

Individuální psychoterapie – vztah nemocný – terapeut. Během terapie se snaží terapeut pacienta podpořit, nalézt pomocí pohovorů problém, vymezit jej a směřovat k jeho vyřešení.

Skupinová psychoterapie – jedná se o uměle sestavenou skupinu, kde probíhá interakce mezi členy a terapeutem. Učí se navazovat kontakty se členy skupiny, získávat společenské dovednosti. (Zvolský et.al., 2006, s. 134-140)

Psychoedukace - upevňování terapeutického vztahu, zajištění dlouhodobé spolupráce pacienta, snaha je naučit pacienta i rodinu, co nejvíce o jeho onemocnění, důvodu a nutnosti léčby. Jde o to, aby alespoň částečně získal náhled na své onemocnění. (Marková – Venglářová – Babiaková, 2006, s. 239)

Práce s rodinou – edukce rodiny o povaze pacientova onemocnění, umožňuje členům rodiny podělit se o zážitky, pocity a zkušenosti s onemocněním. Rodina se aktivně podílí na dlouhodobé léčbě pacienta. (Marková – Venglářová – Babiaková, 2006, s. 239)

Kognitivně behaviorální terapie – odnaučování nežádoucího chování a nácvik žádoucího chování za aktivní spolupráce pacienta. (Zvolský et.al., 2006, s. 139)

1.8.4 Psychiatrická rehabilitace

Rehabilitace duševně nemocných je především zaměřena na oblast resocializace. Využívá techniky pracovní rehabilitace a somatické rehabilitace. Je součástí preventivní léčby, umožňuje a ulehčuje návrat do normálního života. (Radimský et.al., 2001, s. 41) U paranoidní schizofrenie by měla následovat po psychoterapii. Psychiatrická rehabilitace je dostupná v denních stacionářích, léčebných komunitách i chráněných dílnách.

Mezi složky rehabilitace patří:

Léčebná rehabilitace – zahrnuje arteterapii – malování, modelování, hraní divadla k sebevyjádření a ztvárnění emocí. Sportovní a pohybová, dechová gymnastika, fyzikální léčba – vodoléčebné procedury, léčba světlem. Zábavná a rekreační činnost.

Pedagogická rehabilitace – přispívá k readaptaci pacienta, návratu do společenského a rodinného života (psychoedukace).

Sociální rehabilitace- naučení se správnému uspořádání vztahů, dodržování určitých režimů, rozvoj sociálních dovedností.

Pracovní rehabilitace – spočívá v činnosti, které je pro pacienta vhodná jak svou rozmanitostí, tak náročností a odpovídá možnostem nemocného. Zlepšuje sebedůvěru, možnosti tvořivosti, umožňuje nácvik běžných denních činností.

Lázeňská rehabilitace – balneopsychiatrie (Dušek – Večeřová, 2010, s. 582-590)

1.9 *Specifika práce sestry na psychiatrii*

Práce sestry na psychiatrii se v určitých oblastech liší od práce na jiných odděleních. Soustředí se na navázání terapeutického vztahu s pacientem, získání jeho důvěry. Pomáhá vytvářet nové a bezpečné struktury jejich života a provází je v těžkých obdobích jejich nemoci. Práce na psychiatrii vyžaduje empatický, citlivý a neutrální postoj. Velký důraz je kladen na individuální přístup k pacientům.

Vzdělávání sester pro psychiatrii probíhá v pomaturitním specializačním studiu v NCO NZO v Brně. Je zaměřeno na psychiatrii, psychologii a ošetrovatelství v psychiatrii. Dále jsou organizovány vzdělávací akce s psychiatrickou tematikou. Pořádají se kurzy bezpečné sebeobrany, které učí jak

zvládnout agresivního a nezvladatelného pacienta speciálními metodami. Použití těchto metod by mělo zabránit poranění sestry i pacienta.

Pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je důležité, aby sestry znaly symptomy provázející duševní choroby, dovedly posoudit příčiny pacientova chování a udržely si dostatečný odstup, například u agresivních pacientů. V akutní fázi se zaměřuje na zajištění bezpečnosti pacienta, sebe i okolí. Svým klidným přístupem se snaží pacientovi umožnit provést úkony, vedoucí k jeho zklidnění, neboť agresivní chování bývá často jen proto, že nemocný nevidí jinou alternativu. V případě potřeby zná a umí použít restriktivní omezující prostředky s maximálním ohledem na lidskou důstojnost. Orientuje se v problematice dobrovolných a nedobrovolných hospitalizací.

Zvládání metod k získávání údajů a informací o nemocném – pozorování, rozhovory, zná a umí pokládat ty správné otázky ve správný čas. V případě práce s duševně nemocnými je důležitá i komunikace s rodinou. Získáváme tak mnoho nových, nemocí neovlivněných, informací o pacientovi. Při správné edukaci rodiny pomáhá pacientovi k snadnějšímu návratu domů.

Zná účinky podávaných léků - dobu nástupu, kumulaci v organismu, specifika léčiv. Dohlíží na užití léků u pacientů s negativním přístupem k léčbě, sleduje symptomy z předávkování.

Jako člen psychoterapeutického týmu vede pacienta k aktivitám, působí na něho svým přístupem a způsobem kontaktu. Asistuje při specifických druzích léčby, připravuje pacienta a pečuje o něho po výkonech.

Sestra se snaží o co nejmenší zásah do sebepéče pacienta, vede ho k samostatnosti, snaží se předejít vzniku závislosti pacienta na zdravotnickém zařízení. Zapojuje se do resocializace nemocných a zaměřuje se na edukace v oblasti duševního zdraví. (Marková – Venglářová – Babiaková, 2006, s. 57-58)

Následující text je již věnován samotné případové studii.

1.10 Stav nemocného při příjmu do nemocnice

Pacient byl přivezen k opakované (již 14.) hospitalizaci z psychiatrického oddělení v Mostě, kde nemohl být dále hospitalizován pro aktuálně probíhající manické ladění, které bylo pro tamní oddělení neúnosné. Pacient měl rovněž hmatové halucinace – pocit, že ho koušou blechy, hlasy popíral, měl však přítomné naslouchací postoje. Při příjmu, byl utlumený, spolupracoval velmi obtížně, při hovoru usínal. Dobrovolný vstup odmítl podepsat – hospitalizace byla vedena jako nedobrovolná.

Celkový stav nemocného

Pacient byl klidný, bez agresivních projevů, utlumený, snažil se spolupracovat, ale při hovoru chvílemi usínal. Byl správně orientovaný osobou, v prostoru, čase i situací. Odpovědi adekvátní s latencí, řeč srozumitelná. Nálada v rovině, plošší emotivita, hypomimie- utlumená mimika, sebevražedné myšlenky nebyly přítomny. Zhoršené kognitivní a mnestické funkce. Pacient udával špatnou náladu, cítil se unavený, měl pocit, že užívá mnoho léků, spánek udával dobrý, chuť k jídlu dobrá. Na zátylku přítomnost kožních defektů, které si způsobil sám škrábáním, kryté strupy a okolí lehce zarudlé (udával, že mu po krku lezou blechy, proto si to škrábe). Měl pocit, že je zdravý, léčbu nepotřebuje, byl absolutně bez náhledu na své onemocnění. Alergie neudával.

Hodnoty naměřené při příjmu

TK: 115/70 mmHg

TF: 80/minutu

TT: 36,4°C

Dech: 15/minutu

Výška: 183cm

Váha: 108kg

BMI: 32,25

1.11 Průběh hospitalizace

Pacient přivezen 13. 12. 2011 sanitou jako překlad z psychiatrického oddělení v Mostě, pro neúnosné manické ladění. Při příchodu na oddělení byl utlumený a spavý. Pacient měl na krku hojící se defekty, které si způsobil sám pod vlivem halucinatorní produkce. Měl pocit, že má v sobě blechy, které ho koušou. Hlasy popíral, ale při pozorování pacienta byly zřejmé naslouchací postoje. Paranoidně nastaven vůči okolí. Nálada byla zhoršená, pacient orientován všemi kvalitami. Pacientovi bylo 14. 12. 2011 provedeno biochemické vyšetření krve a moči. Výsledek vyšetření byl naprosto v normě.

U pacienta byla základní farmakologická léčba doplněná pracovní terapií, ergoterapií a pohybovou terapií. Pacient se zapojoval podle svých možností, spíše na vyzvání. Byl opakovaně edukován o užívání medikace po propuštění, neboť si v běžném životě určuje dávky léků sám.

Byla mu poskytnuta možnost pohovorů s psychologem, které většinou odmítal. V případě, účasti na psychoterapii, byl jen pasivním pozorovatelem.

Během hospitalizace byla snižována medikace, pacient byl více lucidní, klidný, bez výkyvů v chování, nálada v normě. Postupně začalo docházet k elevaci nálady, pacient měl odbržděné chování a opět nastupovalo manické ladění. Pacientovi přidána medikace a stav se částečně stabilizoval. Nyní (13. 1. 2012) je stále hospitalizován, bez výrazných výkyvů v chování, nálada v normě, taktilní halucinace přetrvávají. Hlasy a naslouchací postoje nejsou zřejmé. Další plán léčby je nastavení medikace, stabilizace stavu a propuštění.

1.12 Prognóza

U pacienta dochází k opakovaným hospitalizacím v různých psychiatrických léčebnách a na psychiatrických odděleních, nemá žádný náhled na své onemocnění. Pokud užívá léky je stabilizovaný, ale sám na sebe není schopen dohlížet. Opakovaně vysazuje medikaci, pak dochází k halucinatorní produkci podpořené výraznými výkyvy nálady. Mívá paranoidní nastavení vůči okolí – okolí ho považuje za nemocného, jiného, cítí se odmítán. Jeho manické stavy nejsou již tak bouřlivé jako dříve. Říká o sobě, že je takový jaký je a nemíní

se měnit. Pacient žije ve stacionáři, kde má možnost bydlení, stravy, sociálního poradenství a práce v chráněných dílnách. Pro své neukázněné chování a nedodržování režimu využívá tuto možnost pouze částečně. Dohled poskytovaný v tomto zařízení mu již zřejmě nestačí. Při zhoršení nemoci se pak pacient potuluje po ulicích, pospává s bezdomovci a vždy končí na psychiatrii. V mládí také stíhán pro drobnou majetkovou trestnou činnost. V minulosti měl z tohoto důvodu i soudem nařízenou ústavní psychiatrickou léčbu. Pobírá invalidní důchod III. stupně, který mu postačuje na platbu za pobyt ve stacionáři, má zde však možnost přivýdělků právě v chráněných dílnách. Prognóza u pacienta není příznivá. Opakovaně selhává při pobytu venku, není schopen se začlenit do společnosti, neužívá léky, domluva je u pacienta bez efektu. Pacient odmítá aplikaci depotních léků, z důvodu formy aplikace (nemá rád injekce). Stále se opakující hospitalizace s podobným průběhem léčby, stabilizace, propuštění a opakovaný návrat v dekompenzovaném stavu.

2 Ošetřovatelská část

2.1 Výběr ošetřovatelského modelu

U pacienta s diagnózou paranoidní schizofrenie využívám ošetřovatelský model funkčního zdraví podle Marjory Gordon. Tento model umožňuje ošetřovatelské zhodnocení zdravotního stavu nemocného ve všech systémech péče. Ošetřovatelským cílem je co nejvyšší úroveň zdraví a odpovědnost jedince za své zdraví. Umožňuje pomocí rozhovoru a pozorování sestavení ošetřovatelské anamnézy s ohledem na bio-psycho-sociální potřeby nemocného. Tento model používáme v naší léčebně již několik let. V posledních letech byl upraven do elektronické podoby.

Model je založen na vzájemném působení osoby - prostředí. Při kontaktu s nemocným sestra rozpoznává funkční nebo dysfunkční vzorce zdraví. Základní strukturou modelu je dvanáct oblastí- dvanáct funkčních vzorců zdraví. Pomocí těchto oblastí sestra sestavuje ošetřovatelskou anamnézu, aktuální a potenciaální problémy (ošetřovatelské diagnózy), vypracuje ošetřovatelský plán a provádí realizaci (+zhodnocení). (Archalousová, Slezáková, 2005, s. 18-19)

Dvanáct vzorců zdraví obsahuje:

1. *Vnímání zdraví, zdravotního stavu, aktivity k udržování zdraví*

Jak vnímá jedinec své zdraví, svůj zdravotní stav, stav pohody, jak se stará a jak upevňuje svoje zdraví, jaký má životní styl, zda zná rizika svého zdravotního stavu a jak je zvládá.

2. *Výživa a metabolismus*

Zahrnuje způsob příjmu potravy a tekutin v závislosti na metabolické potřebě organismu. Kvalitu a množství přijímaného jídla a tekutin. Hodnotí stav kůže, sliznic, vlasů, nehtů jejich poškození, eventuelně hojení ran. Hodnotí stav chrupu. Sleduje se váha výška, BMI. Dodržování různých diet.

3. *Vylučování*

Zahrnuje exkreční funkci střev: odchod stolice, plynů (frekvenci, množství, příměsi, zbarvení, zápach). Vyprazdňování močového měchýře (frekvenci, množství, příměsi, zbarvení, zápach) a exkreční funkci kůže (pocení). Zahrnuje potíže s tím spojené, používané pomůcky.

4. *Aktivita a cvičení*

Obsahuje způsoby udržení tělesné kondice cvičením nebo jinými aktivitami, jsou zde zahrnuty aktivity běžného života. Volnočasové aktivity, rekreační aktivity. Co brání člověku vykonávání aktivit, pomůcky ke kompenzaci které pacient používá.

5. *Spánek a odpočinek*

Jakým způsobem je pacient zvyklý odpočívat, jak relaxuje. Kvalitu a kvantitu nočního spánku, zvyklosti k navození spánku popřípadě užívání léků na spaní. Zda mu způsob spánku a odpočinku vyhovuje a postačuje.

6. *Citlivost, vnímání, poznávání*

Zahrnuje schopnosti smyslového vnímání a poznávání, orientuje se hlavně na bolest. Sleduje kognitivní schopnosti jako je řeč, paměť, orientace a schopnost rozhodovat. Zahrnuje i kvalitu smyslového vnímání – zrak, sluch, hmat, čich, chuť a používání kompenzačních pomůcek.

7. *Sebepojetí, sebeúcta, vnímání sebe sama*

Popisuje, jak člověk hodnotí sebe sama, jakou má o sobě představu, mínění. Jakou má náladu, jak je spokojen se svým vzhledem, hodnotí se řeč a hlas.

8. *Plnění rolí a mezilidské vztahy*

Obsahuje přijetí a způsob plnění svých životních rolí v mezilidských vztazích, v rodinném i pracovním životě. Přátelé, partnerský vztah, zázemí.

9. Reprodukce a sexualita

Zahrnuje reprodukční období, sexualitu, u žen gynekologické problémy, menses, počet porodů a přerušení těhotenství, menopauzu, antikoncepci. U mužů problémy s prostatou. Včetně spokojenosti a změn.

10. Stres, tolerance, zátěžové situace a jejich zvládnání

Celkový pohled na zvládnání a tolerance ke stresovým situacím. Zvládnání úzkostí, strachu. Pomůcky nebo způsoby, které pomáhají zvládnání stresu.

11. Víra, životní hodnoty a přesvědčení

Zahrnuje individuální vnímání životních hodnot, cílů a přesvědčení. Způsoby duchovního vyznání, co vše pacienta ovlivňuje. Stupnice životních hodnot.

12. Jiné

Tato složka zahrnuje přání, potřeby a informace od pacienta, které nebylo možno zařadit do předchozích jedenácti bodů. (Pavlíková, 2006 : 101)

2.2 Charakteristika ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces je série činností, které jsou navzájem propojené a provádí se ve prospěch nemocného, popřípadě za jeho spolupráce. Je základním metodickým rámcem pro realizaci cílů, umožňuje specifický a individualizovaný přístup k ošetřování nemocného. Je to vědecká metoda k řešení problémů nemocných, které může profesionálně ovlivnit sestra aktivními činnostmi. Vede ke zvyšování kvality péče. Zvyšuje profesní tvořivost a seberealizaci sester. Uskutečňuje se v pěti fázích. (Staňková, 2003, s. 7)

Fáze ošetrovatelského procesu:

1. Zhodnocení nemocného

V této fázi se sestra snaží získat co nejvíce informací o nemocném. Používáme pozorování, kdy si všímáme, celkového vzhledu nemocného, výšky, váhy, barvy kůže, vlasů, nehtů. Můžeme zhodnotit stav výživy, všímáme si držení těla a pohybů. Při rozhovoru zjišťujeme identifikační údaje, subjektivní pocity

a problémy nemocného. Dále používáme testovací a měřicí techniky. Nedílnou součástí jsou informace od rodiny a informace získané ze zdravotnické dokumentace nebo od jiných zdravotních pracovníků. Cílem je získat co nejvíce informací o nemocném, usnadňuje to stanovení ošetřovatelské diagnózy.

2. Stanovení ošetřovatelské diagnózy

Cílem této fáze je společně najít to, co pacienta trápí a čím je ohrožen. Stanovujeme významnost těchto problémů, snažíme se najít a eliminovat příčinu. Diagnózy máme akutní, chronické a potencionální. Ošetřovatelskou diagnózu stanovujeme na základě vyhodnocení získaných informací o nemocném. Řadí se podle naléhavosti jejich řešení. Pořadí určené sestrou by se mělo shodovat s hlediskem nemocného.

3. Plánování ošetřovatelské péče

V této fázi hledá sestra společně s pacientem, co kdo bude při ošetřování schopen udělat. Jak se zapojí a jak bude spolupracovat sám. Co zařídí sestra a ostatní zdravotnický personál. Je důležité zapojení a edukace rodiny nebo příbuzných. Zpočátku se stanovují cíle a očekávané výsledky, dále pak způsoby-intervence, kterými cílů dosáhneme. Vypracuje se individuální ošetřovatelský plán, provádí se do něho zápisy. Cíle rozdělujeme na krátkodobé a dlouhodobé.

4. Realizace ošetřovatelské péče

V této fázi plní každý z účastníků své úkoly dané ošetřovatelským plánem, které směřují k zajištění prospěchu a pohody nemocného. Provádí se profesionální ošetřovatelská péče, získávají se další poznatky o nemocném, které umožňují lépe specifikovat ošetřovatelskou diagnózu a podle toho přizpůsobit ošetřovatelskou péči.

5. Hodnocení efektu poskytnuté péče

Poslední fáze se zabývá zjišťováním, zda bylo dosaženo stanoveného cíle a sleduje úspěch poskytované péče. Při nedosažení nebo částečném dosažení cíle,

získávání nových informací o nemocném a plánování další péče. (Staňková, 2003, s. 13-19)

2.3 Stanovení ošetřovatelské anamnézy při příjmu

Čtyřicetiletý pacient P.H. byl přivezen z psychiatrického oddělení v Mostě. Více než 20let se léčí s diagnosou paranoidní schizofrenie. Při příchodu na oddělení byl v polékovém útlumu, snažil se spolupracovat, ale při hovoru usínal. Pacient je plně způsobilý ke všem úkonům, souhlas s hospitalizací odmítl podepsat, jeho hospitalizace byla proto vedena jako nedobrovolná, zpráva odeslána faxem na příslušný soud.

Pacient byl čistý, upravený, obézní, na zátylku viditelné kožní defekty, které si během hovoru škrábal.

Dětství prožil podle jeho slov hezké, vychodil 8 tříd základní školy, vyučil se elektrikářem, jako elektrikář i několik let pracoval. V mládí brzy po vojně, byl ve výkonu trestu pro majetkovou trestnou činnost. Ve stejném období podstoupil, zřejmě ve výkonu trestu i soudem stanovenou ochrannou ústavní léčbu. Z jakého důvodu si pacient nepamatuje. Po ústavní ochranné léčbě měl ještě několik let nařízenou ambulantní ochrannou léčbu. O skončení byl informován, kdy přesně skončila, neví.

Od roku 2002 pobírá invalidní důchod III. stupně z psychiatrické indikace. Pacient žije ve stacionáři, kde má možnost ubytování, stravy a zapojení se do práce v chráněných dílnách. Zároveň zde má možnost sociálního poradenství. Otce již pacient nemá, údajně se před 30. lety oběsil. Matce je 68let, žije v domově důchodců. Dokud jí to zdravotní stav dovolil, o syna se starala. Nyní je velmi nemocná a sama potřebuje ošetřovatelskou péči. Pokud to pacientův stav dovolí, jezdí za matkou občas na návštěvy. Pacient má staršího bratra, žijícího v cizině, žádné kontakty spolu neudrží.

Pacient se s jinými nemocemi neléčí, operace a úrazy neudává. Jiné nežli psychiatrické léky neužívá, alergie neudává.

Zájmů příliš nemá, v minulosti se zabýval kynologií. Dnes podle svých slov nemá k ničemu chuť, je líný.

2.3.1 Anamnéza dle Gordonové

1. *Vnímání zdravotního stavu*

Pacient přivezen sanitou z psychiatrického oddělení, kde již nemohl být dále hospitalizován pro manické ladění a odbržděné chování. Je absolutně bez náhledu na své onemocnění, o své diagnóze nechce slyšet a směje se tomu, že by měl paranoidní schizofrenii. Nemá motivaci k léčbě. Souhlas s hospitalizací odmítá podepsat, je veden jako nedobrovolný vstup z důvodu, kdy zdravotní stav vyžaduje zdravotní péči formou hospitalizace. Je hospitalizovaný opakovaně, zdraví nás jako staré známé s tím, že si chvilku pobude a půjde. Stěžuje si na únavu, a říká, že tam co byl, mu dali něco na cestu, protože zlobil a nyní je ospalý a unavený.

V domácím prostředí léky neužívá, necítí se po nic dobře, bývá unavený a mívá často špatnou náladu. Bez medikace se cítí veselejší a plný energie. Na pravidelné kontroly k ambulantnímu psychiatrovi ani k obvodnímu lékaři nedochází. Kouří příležitostně a alkohol užívá jen občas, když má chuť. Drogy a automaty nezkoušel. Délku pobytu v domácím prostředí od poslední hospitalizace nedovede odhadnout.

2. *Výživa a metabolismus*

Pacient se stravuje, jak a kde to jde. Chuť k jídlu udává dobrou, až moc. Má rád sladkosti a maso. S pitím problémy nemá, pije dostatečně. Žádnou dietu nedrží a nikdy nedržel. Prohlíží se a říká, že by měl asi zhubnout, ale na druhou stranu proč se trápit. Pacient váží při svých 183cm 108kg, podle hodnoty BMI trpí obezitou 1stupně. Stav kůže a sliznic je v normě. Na zátylku má dva defekty, které si škrábe, protože cítí, jak mu tam lezou blechy. Na defektech jsou strupy, okolí je lehce zarudlé, mírně bolestivé. Chrup má vlastní, bez zvýšené kazivosti. Nehty má zanedbané, bez projevů mykózy či jiného onemocnění.

3. *Vylučování*

Pacient se vyprazdňuje pravidelně, stolice naposled dnes formovaná, potíže s vyprazdňováním nemá, je plně kontinentní. Močení je bez problémů,

pálení, řezání při močení nepocituje. Pocení je přiměřené, bez výrazného zápachu.

4. Aktivita, cvičení

Pacient není sportovně založený typ, je spíše pasivní, svůj volný čas tráví posedáváním a sledováním okolí. V péči o sebe sama v oblasti hygieny a oblékání je samostatný. V udržování domácnosti a vaření sám bez pomoci nezvládá. Zájmu příliš nemá, rád sleduje televizi nebo jen tak odpočívá. Bydlí ve stacionáři, kde má kromě bydlení a stravy možnost práce v chráněných dílnách. Motivací pro pacienta je možnost výdělku za odvedenou práci. Kontakt s jinými lidmi nevyhledává. Při hezkém počasí chodívá rád po lese.

5. Spánek a odpočinek

Nyní se cítí unavený a ospalý, kvůli lékům, které dostal. V noci spí vždy dobře, udává tak 9-10 hodin spánku. Odpočinek během dne je také spíše pasivní. Při užívání léků udává i pospávání během dne. Při vysazení medikace se cítí nabitý energií a potřeba spánku výrazně klesá. Pak se doba nočního spánku pohybuje mezi 5-6 hodinami.

6. Vnímání, poznávání

Pacient je klidný, psychomotoricky zpomalený. Paměť je neporušená, je orientován všemi kvalitami. Cítí se trochu divně, jako by šlo vše kolem mimo něj. Náladu udává pod psa, vadí mu ty prášky, co mu dávají. Hovoří pomalu, srozumitelně, odpovídá s malými časovými odstupy, jako by přemýšlel, co chce říci. K léčbě se staví negativisticky, nemyslí si, že by byl nemocný.

Problémy se zrakem a sluchem nemá, tiky nejsou zřejmé. Nadále má pocit, že mu po krku lezou blechy a koušou ho. Hlasy popírá, ale jsou zřejmé naslouchací postoje.

Stěžuje si na bolestivost kožních defektů na zátylku, podle stupnice VAS hodnotí pacient bolest stupněm 3.

7. *Sebepojetí a sebeúcta*

Hodnotí sám sebe jako pohodáře a svůj život jako nic moc. Udává, že udělal mnoho chyb, z kterých se bohužel nepoučil. Starala se o něho matka, kterou zklamal, a nyní když by se měl starat on o ní tak to nedokáže. Tvrdí o sobě, že je nezodpovědný, bez pevné vůle, nyní spíše pesimista. Náladu má střídavě manickou a depresivní, velký vliv na ni má užívání léků.

8. *Role a mezilidské vztahy*

Pacient udává, že poslední měsíce žije ve stacionáři, ale spíše se pohybuje někde venku, v závislosti na počasí. Pobírá invalidní důchod III. stupně. Matka je podle pacienta nemocná, pobývá v domově důchodců. Má jednoho bratra, který žije v cizině, a 10 let se neviděli. Sděluje, že je vyučený elektrikář a chvíli pracoval v tomto oboru, ale pak z psychiatrické indikace dostal invalidní důchod. Manželku nikdy neměl, vztahů se ženami během života několik, je bezdětný. Nyní je bez partnerky. Problémy s lidmi kolem sebe neudává, lidí si moc nevšímá, je spíše samotářský typ.

9. *Sexualita a reprodukční schopnost*

Pacient je nyní bez partnerky, nebyl nikdy ženatý, ale ženy má rád. Děti nemá žádné. Problémy s prostatou neuvádí, onemocnění pohlavních orgánů neudává.

10. *Stres a zátěžové situace*

V poslední době nebyly žádné krizové nebo zátěžové situace, které by nějak významně ovlivnily stav a život pacienta. Označuje se za pohodáře, nic ho nerozhází. Občas mu vadí stavy týkající se psychické stránky a přičítá to lékům, které užívá. V alkoholu útočiště nehledá. Nehezke vzpomínky má z vojny, protože se mu nelíbilo, jak se tam k němu chovali. Měli z něho legraci, podle slov pacienta z něho dělali hlupáka.

11. *Víra, přesvědčení a životní hodnoty*

V Boha nevěří a nikdy nevěřil. Sám o sobě tvrdí, že toho v životě moc nedokázal, dělal jenom „blbiny“. O rodině nebo dětech nepřemýšlí. Životem si jen tak prochází, nemá žádné konkrétní plány do budoucna.

12. Jiné

Pacient si chce jít odpočinout.

2.3.2 Testy a škály

Jako pomocné ukazatele k ošetrovatelské anamnéze jsem připojila pravidelně používané testy a stupnice hodnocení.

Barthelův test základních dovedností, slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech.

Vizuální analogovou škálu pro měření bolesti,
BMI.

Barthelův test základních všedních činností

<i>činnost</i>	<i>provedení činnosti</i>	<i>bodové skóre</i>
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání samostatně	bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50m	15
	s pomocí 50m	10
	na vozíku 50m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

HODNOCENÍ:

0-40 bodů vysoce závislý

45-60 bodů závislost středního stupně

65-95 bodů lehká závislost

100 bodů nezávislý

Pacient dosahuje plného počtu 100 bodů. V testu základních všedních činností je hodnocen jako nezávislý.

Vizuální analogová škála bolesti.

- slouží ke stanovení subjektivního pocitu bolesti pacienta.

Používají se různě čísla označené stupnice.

0 = žádná bolest

1 = mírná bolest

2 = střední bolest

3 = silná bolest

4 = velmi silná bolest

5 = nesnesitelná bolest



Pacient při příjmu označuje svou bolest defektů na zátylku stupněm 3 - silná bolest.

BMI - Body mass index

- pomáhá k orientačnímu posouzení stavu výživy

Spočítáme ho vydělením hmotnosti daného člověka druhou mocninou jeho výšky:

$BMI = \text{hmotnost v kg} / \text{výška v m}^2$

Pacient dosahuje BMI **32** kg/m² – obezita 1. stupně.

Hodnocení:

méně než 18,5: podváha, zdravotní riziko vysoké,

18,5 - 24,9: norma, zdravotní riziko minimální,

25,0 - 29,9: nadváha, zdravotní riziko nízké až lehce vyšší,

30,0 - 34,9: obezita 1. stupně, zdravotní riziko zvýšené,

35,0 - 39,9: obezita 2. stupně, zdravotní riziko (závažné) vysoké,

40,0 a více: obezita 3. stupně, zdravotní riziko (těžké) velmi vysoké.

2.4 Lékařská anamnéza + medikace

Parere – překladová zpráva z Mostecké psychiatrie.

Rodinná anamnéza - otec se údajně oběsil v roce 1978, matka 68 let – starobní důchodce, DM II. typu, šedý zákal. Bratr v cizině, nestýkají se.

Osobní anamnéza - sledovaná onemocnění nejuje, operace 0, úrazy 0, kožní defekt na zátylku.

Alergie – neudává.

Psychiatrická anamnéza – opakované hospitalizace na psychiatrickém oddělení Most, PLHoB, sledován v PA v Litvínově.

Farmakologická anamnéza – Haloperidol, Cisordinol, Tisercin, Rivotril, Belogent.

Dětství - „hezké“

Sociální anamnéza – žije ve stacionáři v Meziboří.

Škola – vychodil 8 tříd základní školy, učební obor elektrikář v Meziboří.

Zaměstnání – pracoval jako elektrikář, nyní ID z psychiatrické indikace.

Kriminalita – opakovaně ve výkonu trestu pro majetkovou trestnou činnost. Podstoupil soudem stanovenou ochrannou léčbu ústavní i ambulantní.

Abusus – kouří 1 cigaretu denně, alkohol příležitostně, drogy 0, gambling 0.

Partnerské vztahy – bez partnerky.

Manželství – svobodný, bezdětný.

Nynější onemocnění – pacient udává špatnou náladu, cítí se unavený, má pocit, že užívá příliš mnoho léků, spí dobře.

Plán – medikace, stabilizace stavu, dimise.

Resume – zdravotní stav vyžaduje zdravotní péči formou hospitalizace z důvodu manického ladění dle parere.

Medikace pacienta:

Haloperidol richter 1,5mg

Dávkování: 1 – 0 – 1tbl. p.o.

Účinná látka: haloperidolum.

Indikační skupina: Psychofarmakum, neuroleptikum.

Indikace: psychomotorická agitovanost, manické stavy, paranoidní halucinatorní symptomy, agitovaná deprese.

Nežádoucí účinky: extrapyramidové účinky, hyperprolaktémie.

Risperidon vipharm 2mg

Dávkování: 1 – 0 – 1tbl. p.o.

Účinná látka: risperidonum.

Indikační skupina: antipsychotikum, neuroleptikum.

Indikace: schizofrenní psychózy.

Nežádoucí účinky: nespavost, neklid, úzkost, bolest hlavy, přírůstek na váze.

Tisercin 25mg

Dávkování: 1 – 0 – 1tbl.p. o.

Účinná látka: levomepromazinum (levomepromazini hydrogenmaleas).

Indikační skupina: psychofarmakum, neuroleptikum.

Indikace: psychomotorický neklid, vzrušenost, psychózy, úzkostné obsedantní depresivní stavy.

Nežádoucí účinky: zvýšená spavost, závratě, sucho v ústech, zrychlení srdeční činnosti.

Belogent mast

Dávkování: 1 – 0 – 1 na postižená místa.

Účinná látka: betamethasoni dipropionas gentamicinum.

Indikační skupina: lokální kortikosteroid.

Indikace: léčba kožních nemocí s rizikem infekce či infikované, dermatitidy.

Nežádoucí účinky: místní alergická reakce, otok, svědění, vyrážka.

2.5 Přehled ošetřovatelských diagnóz ke zvolenému dni

Ošetřovatelské diagnózy včetně jejich řazení podle priorit, jsem stanovila ve spolupráci s pacientem na 3. den hospitalizace (15. 12. 2011). Informace

ke stanovení diagnóz jsem získala z rozhovoru s nemocným, pozorováním nemocného, ze zdravotní dokumentace a od ostatních členů zdravotnického týmu.

Ošetrovatelské diagnózy jsou sestaveny podle NANDA I. taxonomie II. Jde o metodickou klasifikaci pro organizaci sesterských diagnóz do různých kategorií. Každá diagnosa má svůj název, kód, příčinné souvislosti a projevující se faktory.

Ošetrovatelské diagnózy:

Dg.: 1. Únava z důvodu zvýšené dávky léků projevující se spavostí.

Dg.: 2. Myšlení porušené z důvodu paranoidní schizofrenie projevující se hlasy a hmatovými halucinacemi.

Dg.: 3. Bolest akutní z důvodu porušené kožní integrity na zátylku projevující se bolestí v oblasti defektů hodnocení pacientem VAS 3.

Dg.: 4. Kožní integrita porušená z důvodu psychického onemocnění spojeného s hmatovými halucinacemi projevující se kožními defekty na zátylku.

Dg.: 5. Neznalost z důvodu nezájmu poučit se.

Dg.: 6. Aktivita intolerance z důvodu nezájmu pacienta a únavy.

Dg.: 7. Ochota ke zlepšení výživy z důvodu špatných stravovacích návyků a snížení pohybových aktivit projevující se obezitou.

Dg.: 8. Riziko vzniku infekce z důvodu kožních defektů na zátylku.

2.6 Krátkodobý plán péče a cíle ke zvolenému dni

Dg.: 1. Únava z důvodu zvýšené dávky léků projevující se spavostí.

Plán péče:

- zjistí, kdy má nejvíce energie na aktivity,
- motivuj pacienta k vhodným aktivitám-základní hygienická sebeobsluha, společenské hry, ergoterapie,
- zapojuj pacienta podle jeho možností a schopností do pracovní terapie,
- najdi pacientovi vhodnou a zajímavou činnost k aktivizaci,

- umožni pacientovi dostatečný odpočinek v případě potřeby,
- sleduj projevy únavy a proved' zápis do dokumentace.

Cíl péče:

- omezit pospávání pacienta během dne,
- pacient vykonává běžné denní činnosti v rámci svých možností,
- účast na žádoucích aktivitách v míře, která je možná,
- zapojování se do léčebného režimu na oddělení,
- pacient je odpočatý v rámci možností.

Dg.: 2. Myšlení porušené z důvodu paranoidní schizofrenie projevující se hlasy a hmatovými halucinacemi.

Plán péče:

- zhodnot' duševní stav a smyslové vnímání nemocného,
- snaž se zjistit výskyt a přítomnost paranoidních projevů, halucinací nebo bludů,
- zapojuj pacienta do společných aktivit na oddělení,
- dohlížeš, aby si nemocný pod vlivem halucinací neškrábal defekty na zátylku,
- stimuluj pacienta k přemýšlení o jeho současné situaci a jeho nemoci,
- podávej medikaci podle ordinace lékaře a ujisti se, zda ji pacient spolkl,
- naslouchej pacientovi,
- všechny zjištěné informace a stav pacienta zapisuj do dokumentace.

Cíl péče:

- pacient se podle svých možností orientuje v realitě,
- pacient se nepodává halucinacím,
- pacient získá částečný náhled na své onemocnění,
- pacient spolupracuje na léčebném režimu.

Dg.: 3. Bolest akutní z důvodu porušené kožní integrity na zátylku, projevující se bolestí v oblasti defektů hodnocení pacientem VAS 3.

Plán péče:

- sleduj projevy bolesti u pacienta,
- zhodnot' charakter bolesti podle VAS, proved' záznam do dokumentace,
- proved' ošetření dle ordinace lékaře, po ošetření se bolest zmírňuje,
- dohlížej, aby si pacient defekty na zátylku neškrábal jako prevence bolesti.

Cíl péče:

- bolest nemění svou intenzitu nad VAS3,
- bolest se sníží z VAS 3 na VAS 1 do 24 hodin,
- pacient částečně pochopí preventivní opatření bolesti.

Dg.: 4. Kožní integrita porušená z důvodu psychického onemocnění spojeného s hmatovými halucinacemi projevující se kožními defekty na zátylku.

Plán péče

- udržuj kůži na krku v čistotě,
- pouč pacienta, aby si nesundával z defektů sterilní krytí,
- sleduj pacienta, aby si defekty neškrábal, opakovaně poučuj a kontroluj,
- sleduj proces hojení defektů a proved' zápis do dokumentace,
- proved' ošetření podle ordinace lékaře, v případě potřeby pokud pacient krytí sejme, proved' ošetření znovu.

Cíl péče:

- defekty na zátylku budou celý den kryty,
- na defektech bude probíhat proces hojení,
- do rány nebude zanesena infekce,
- pacient si nebude defekty škrábat,
- stav defektů se nezhorší.

Dg.: 5. Neznalost z důvodu nezájmu poučit se.

Plán péče:

- snaž se pacientovi poskytnout informace týkající se jeho onemocnění, možností léčby, zapojení do pracovní terapie a ergoterapie na oddělení,
- snaž se u pacienta vzbudit zájem o získání nových informací týkajících se jeho stavu,
- zajisti pohovor se psychologem, lékařem, zapojení do edukační skupiny.

Cíl péče:

- zvýšit zájem pacienta o jeho onemocnění, získání nových informací o možnostech léčby, ergoterapie, pracovní terapie,
- správné vykonávání úkonů a postupů při léčebném procesu.

Dg.: 6. Aktivita intolerance z důvodu nezájmu pacienta a únavy.

Plán péče:

- zapojuj pacient do společných aktivit na oddělení, ergoterapie,
- zvol vhodnou činnost k aktivizaci (hraní společenských her, fotbálku, malování, stříhání forem na pantofle),
- omez pospávání pacienta během dne.

Cíl péče:

- pacient se v rámci svých možností zapojí do chodu oddělení,
- pacient si najde aktivitu, která mu bude vyhovovat.

Dg.: 7. Ochota ke zlepšení výživy z důvodu špatných stravovacích návyků a snížení pohybových aktivit projevující se obezitou.

Plán péče:

- pouč pacient o správné výživě, popřípadě zajistit odbornou literaturu,

- ved' pacienta ke spolupráci, zajisti, aby si pacient nenakupoval sladké a tučné potraviny,
- zajisti a dohlížej na vykonávání vhodných tělesných a sportovních aktivit (stolní tenis, rotoped, posilovací stroj).

Cíl péče:

- pacient má snahu zlepšit výživu a stravovací návyky,
- pacient se během dne dostatečně pohybuje a spaluje energii.

Dg.: 8. Riziko vzniku infekce z důvodu kožních defektů na zátylku.

Plán péče:

- sleduj celkový stav pacienta (nebezpečí sepse), stav kůže na zátylku a prováděj zápis do dokumentace,
- ukaž pacientovi správnou techniku mytí rukou,
- prováděj pravidelně ošetřování defektů podle ordinace lékaře,
- udržuj kůži v okolí defektů v čistotě,
- pohovoř s pacientem o možných rizicích vzniku infekce.

Cíl péče:

- pacient pochopí rizikové faktory vzniku infekce,
- snížit riziko a zabránit vzniku infekce,
- nezhoršení stavu defektu na zátylku.

2.7 Realizace a hodnocení krátkodobého plánu

Dg.: 1. Únava z důvodu zvýšené dávky léků projevující se spavostí.

Realizace

Pacient ráno provedl běžnou hygienu bez větších obtíží. Dále byl ráno vyzván k aktivní účasti na rozcvičce, kde se protáhl, ale výraznější aktivity nebyl příliš schopen. Pak byl zapojen do pracovní terapie, které se týkala utírání táců

po snídani, kterou zvládl bez větších obtíží. Dopoledne se na vyzvání zapojil skupinové arteterapie na oddělení, maloval obrázek s vánočními motivy. U této aktivity vydržel asi 15 minut, pak odchází. Zbytek dopoledne posedával a pospával v křesle na chodbě a nebylo možno ho probrat – učiněn zápis do dokumentace. Po poledních lécích hrál se sestřičkou fotbálek téměř 20 minut, hra ho bavila. Polední klid od 12:30 do 14:00 hodin prospal v lůžku. Pacient se odpoledne procházel po chodbě a sledoval děj kolem, chvílemi sledoval televizní program, posedával s pacienty na kuřárně. Vzhledem k tomu, že byl pacient na oddělení třetí den, neměl zatím z důvodu nestabilního psychického stavu povoleny vycházky. Od 16:00 hodin se účastnil turnaje ve stolním tenise, při kterém vydržel s přestávkami 40 minut. Po večeři opět zapojen do pracovní terapie – úklid jídelny, kterou zvládl bez větších obtíží. Během večera posedával na chodbě a sledoval děj kolem sebe. Večerní koupel a hygienu provedl sám bez problémů.

Hodnocení

Pacient byl během dne zapojován do různých aktivit na oddělení. Hygienické návyky měl vcelku zachované, prováděl sám bez problémů. Stále se cítil unavený a to ve větší míře po ranních a poledních lécích. Pacient byl aktivizován v rámci možností svých i chodu oddělení. Rád by šel na společnou vycházku, ale pro nedobrovolnou hospitalizaci a krátký pobyt na oddělení to zatím nebylo nemožné. Lékaři se obávali možnosti útěku.

Dg.: 2. Myšlení porušené z důvodu paranoidní schizofrenie projevující se hlasy a hmatovými halucinacemi.

Realizace

Během dne byl pacient sledován, nadále trvaly naslouchací postoje, ale pacient hlasy vehementně popíral. Byl samotářský, vůči personálu se choval lehce paranoidně, nikomu nevěřil, neviděl důvod se léčit, měl pocit, že jsme všichni proti němu. Halucinace trvaly, stále cítil, jak mu po krku lezou blechy. Pacienta to nutilo se škrábat a docházelo ke zhoršování defektů, které vznikly z důvodů

halucinací. S pacientem jsem hovořila o jeho problému, snažila jsem se mu vysvětlit, jak je jeho problém spojen s jeho psychickým onemocněním. Vše popíral, odmítal si přiznat, že by byl psychicky nemocný, neměl náhled a ani si ho neměl snahu vytvořit. Kontrolován při podávání léků- léky polykal, ale vždy měl připomínky, proč je má užívat, když je úplně v pořádku.

Hodnocení

Pacient byl nadále pod vlivem halucinací, hlasy popíral, ale podle naslouchacích postojů trvaly. Paranoidní nastavení vůči okolí přetrvávalo – všichni říkají, že je nemocný, jen on ví, že je zdravý. Medikaci užíval.

Dg.: 3. Bolest akutní z důvodu porušené kožní integrity na zátylku, projevující se bolestí v oblasti defektů hodnocení pacientem VAS 3.

Realizace

Před ranním ošetřením defektů udával pacient bolest VAS 3, defekty měl suché lehce rozpraskané. Po hygieně rána ošetřena a bolest se výrazně snížila na VAS 1. Během dopoledne se bolest neměnila, zůstávala na stejném bodě stupnice VAS. Po poledním klidu, kdy byla rána odkrytá a pacient si ji zřejmě škrábal, udával opět bolestivost VAS 3. Po ošetření se bolest do půl hodiny opět zmírnila na VAS 1, kde se pohybovala až do večera. Během dne byl pacient kontrolován, a když si ránu škrábal, byl poučen, že se může bolestivost opět zhoršit. Vše bylo zaznamenáno do dokumentace.

Hodnocení

Bolest byla vždy výraznější při manipulaci s defekty a při osychání defektů. Bylo nutno opakovaně přikládat vlhké krytí na ránu, které bolest výrazně zmírnilo. Poučování pacienta jako prevence nástupu bolesti bylo úspěšné částečně a to hlavně díky opakovaným kontrolám a domluvám. Během dne nevystoupila bolest nad VAS 3. Byla úspěšně snížena na VAS 1.

Dg.: 4. Kožní integrita porušená z důvodu psychického onemocnění spojeného s hmatovými halucinacemi projevující se kožními defekty na zátylku.

Realizace

Pacient byl dopoledne po koupeli ošetřen podle ordinace lékaře. Defekty byly kryty sterilním krytím a pacient byl poučen, aby si obvaz nesundával. Několikrát během dopoledne bylo nutno pacienta opakovaně upozornit, aby se neškrábal, nestrkal prsty pod obvaz. Po poledním klidu přišel pacient s krytím v ruce, že se mu to při spaní samo sundalo, defekty byly rozškrábané, nekrvácely. Provedena hygiena rány a opět ošetření podle ordinace a pacient znovu poučen. Do večera bylo nutno pacienta ještě několikrát poučit, aby se neškrábal. Stále si stěžoval, že ho ty blechy koušou.

Hodnocení

Pacient byl pod vlivem halucinace, měl pocit, že má na sobě blechy a stále si škrábal krk až do krve. Defekty na zátylku se nezhoršily, během dne byly ošetřovány, pacient opakovaně poučován. Většinu dne byly defekty kryty.

Dg.: 5. Neznalost z důvodu nezájmu poučit se.

Realizace

Provedena edukce o charakteru jeho onemocnění, o příznacích, snaha vysvětlit pojem halucinací. Pacient zapsán na edukační skupinu se staniční sestrou oddělení. Kontaktována psychologka. Pacient zapojován do aktivit a pracovní terapie v rámci jeho možností a schopností.

Hodnocení

U pacienta nadále přetrvávalo přesvědčení, že je naprosto zdravý, náhled na onemocnění se nepodařilo vytvořit. Nadále neměl zájem o zlepšení svého léčebného režimu, byl odmítavý, pasivní. Edukační skupiny se staniční sestrou se zúčastnil, ale nezapojoval se. Pohovor s psychologkou odmítl. Do aktivit na oddělení se zapojil, soustředit se vydržel pouze několik minut, od aktivit odcházel.

Dg.: 6. Aktivita intolerance z důvodu nezájmu pacienta a únavy.

Realizace

Pacienta jsme zapojovali do společných aktivit, drobné pracovní terapie a společenských her na oddělení. Zapojil se pouze na vyzvání, sám neměl zájem o nic.

Na oddělení měl možnost ručních prací – batikování, výroba pantoflí – obkreslování šablon, stříhání, samotné šití. Malování a kreslení na různé materiály podle fantazie. Práce s keramikou, stříhání různých materiálů potřebných k tvorbě dalších výrobků (molitan na vycpávání šitých zvířátek).

Hodnocení

Pacient byl od rána zapojován do aktivit, pracovní terapie, společenských her a běžného chodu na oddělení. Do aktivit se zapojil až po vyzvání, drobnou práci zvládal.

Dg.: 7. Ochota ke zlepšení výživy z důvodu špatných stravovacích návyků a snížení pohybových aktivit projevující se obezitou.

Realizace

Během dopoledne jsem s pacientem hovořila o možnosti nastavení redukční diety, k snížení hmotnosti. Pacient dietu odmítl, neměl pocit, že by potřeboval omezit příjem potravy, když mu tak chutná. Informován o možnosti pohybových aktivit na oddělení – používání rotopedu nebo posilovacího stroje. S úsměvem si pacient sedl na rotoped, několikrát šlápl do pedálů a slezl dolů, že to není nic pro něho. Během dne jedl jen ústavní stravu, zatím byl bez vycházek, tudíž si nemohl sám nakoupit nic navíc. Během dne se zapojil na vyzvání do drobných pracovních aktivit na oddělení, odpoledne se procházel po chodbě.

Hodnocení

Pacient neměl pocit, že by potřeboval zhubnout, odmítl redukční dietu, rád jí a chutná mu. Pro větší úspěch by se mohlo zařadit více fyzické aktivity, která

byla omezená únavou pacienta. Pacient se do aktivit, kde by docházelo k větší spotřebě energie, neměl sílu zapojit.

Dg.: 8. Riziko vzniku infekce z důvodu kožních defektů na zátylku.

Realizace

Prováděno praktické nacvičování správného mytí rukou, doporučeno používání mýdla s obsahem dezinfekčního prostředku. Vysvětlena rizika infekce, možnost rozšíření do celého těla. Dohlíženo na správné a dostačující krytí defektů.

Hodnocení

Pacient spolupracoval, při mytí rukou se snažil, používal předvedenou techniku. Čistota rukou během dne dodržována v rámci jeho možností a schopností. Úspěšně se podařilo předejít vzniku infekce.

Dlouhodobý plán péče

Do dlouhodobého plánu péče jsem zahrnula několik problémů, které jsem si stanovila v průběhu hospitalizace nemocného. K cílům jsem došla pomocí pozorování a potřeb nemocného během hospitalizace.

1. Neznalost - týká se edukce a motivace pacienta k pravidelnému užívání léků během pobytu mimo léčebnu. Hlavní problém pacienta je v tom, že si absolutně nepřipouští své onemocnění. Nechápe souvislosti, stále si myslí, že je zdravý, své potíže většinou popírá, odmítá o nich hovořit a odmítá se léčit. Jeho opakované hospitalizace jsou toho důkazem. Lékaři se opakovaně snaží pacientovi vysvětlit onemocnění, kterým trpí, s jakými problémy a příznaky se konkrétně u něho spojuje.

2. Porušená kožní integrita - zahrnuje zhojení defektů na zátylku. Pacient pokud užívá léky a je pod dohledem, defekty neškrábe a může na nich probíhat

proces hojení. Podmínkou je, že je pacient bez halucinací, necítí blechy, které by ho kousaly, a dodržuje dostatečnou hygienu. Koncem hospitalizace dochází k výraznému zlepšení defektů.

3. Bolest - souvisí s léčbou a zhojením defektů a je to vymizení bolesti. Během pobytu se pacientovi vždy bolest výrazně zmírňuje po provedeném ošetření. Ke konci již halucinace nemá a rány jsou téměř zhojeny a nebolestivé.

4. Nesprávný životní styl - nedostatek aktivity spojen se špatnými stravovacími návyky. Pacient je obézní, rád jí hlavně sladké. Většinou je pasivní bez zájmu o jakékoliv činnosti. Opakované edukace a informace o vhodném pohybu a správné životosprávě.

5. Riziko vzniku infekce – z důvodů porušené kožní integrity na zátylku. Pacient je opakovaně učen správné mytí rukou, poučován o nesnímání krytí z defektů. Během hospitalizace k vzniku infekce nedochází.

2.8 Hodnocení psychického stavu nemocného

Při příjmu, byl pacient klidný, spíše utlumený a psychomotoricky zpomalený. U pacienta několik dní přetrvávala únava, spojená s navýšením medikace pro předchozí neúnosné manické ladění. V popředí byla bludná produkce – halucinace, které se projevovaly pocitem blešního kousání na krku. Pacient byl paranoidně nastaven vůči okolí, všichni kolem říkají, že je nemocný, ale on je úplně v pořádku. Ty blechy ho koušou, protože tam jsou a není to žádná psychická nemoc.

Pacient se na oddělení většinou na výzvu zapojoval do společných aktivit, ergoterapie, arteterapie, společenských her a drobných sportovních aktivit. Kolektiv pacientů nevyhledával, byl spíše tichý a samotářský. Po dobu

hospitalizace spíše pokleslé ladění. Při snižování medikace (po měsíci hospitalizace) došlo k excitaci stavu a několik dní se objevila manická nálada, která byla opět potlačena léky. Pacient byl několik dní odbržděný, choval se familiárně k personálu, byl hlučný a došlo ke zhoršení halucinací. Po zvýšení medikace se stav opět stabilizoval.

Pacient má starou nemocnou matku v domově důchodců, která se o něho již nemůže starat, pacient za ní dojíždí pouze na návštěvy. Bydlí ve stacionáři, kde je pod částečným dohledem, má zde možnost zapojení do kolektivu spolubydlících a možnost pracovní terapie v chráněných dílnách. Pacient je však neukázněný, neužívá léky a při zhoršení psychického stavu se rád toulá. Během hospitalizace se snaží v rámci svých možností dodržovat léčebný režim. V domácím prostředí je bezprostřední, nerad žije ve společnosti jiných lidí. Přátele ve svém prostředí nemá, zřejmě není schopen hlubšího či osobního vztahu.

Nyní je pacient klidný, bez agrese, nálada je přiměřená, hlasy a naslouchací postoje nejsou přítomny. Zatím přetrvává halucinatorní produkce.

2.9 Edukace nemocného

Pacient je během pobytu opakovaně edukován lékaři i sestrami o vhodnosti a pravidelnosti užívání léků během pobytu doma. Prakticky nacvičujeme jaké léky, množství a kolikrát denně je bude pacient v domácím prostředí užívat. Nemocný zná své léky i množství a ví, v kterou denní dobu je má užívat. Je si vědom své nezodpovědnosti a dopředu nám říká, že v domácím prostředí léky užívat nebude. Pacient žije sám, občas navštěvuje svou nemocnou matku, která není s léčebnou v kontaktu. S bratrem se nestýká, nepíše si, bratr žije dlouhodobě v cizině - rodinná edukace tudíž nebyla možná.

Lékaři jej informují o jeho psychickém onemocnění, jaké má příznaky, jak důležitá je pravidelná a dlouhodobá léčba. Pacientovi je nabídnuta možnost navštěvovat psychologickou poradnu, to se smíchem odmítá. Nadále je bez náhledu na své onemocnění a všechny příznaky s ním spojené popírá. Poučován o včasných a pravidelných návštěvách psychiatrické ambulance.

Nejpřínosnější by byla u pacienta forma komunitní psychiatrické péče, kdy za ním pravidelně docházela terénní sestra. Ta by dohlížela na dodržování léčebného režimu, užívání léků, popřípadě by včas rozpoznala zhoršování psychického stavu nemocného. V takovém případě by mu doporučila ústavní léčbu, která by jistě trvala mnohem kratší dobu.

Pro pacienta by bylo zřejmě nejvhodnější absolvování psychoedukačního programu např. Prelapse, Preduka. Byl zde však ten problém, že pacient jakoukoli léčbu a psychoterapii odmítal a nespolupracoval. I při ústavní léčbě byl hospitalizován nedobrovolně.

Během pobytu na oddělení byl zapojován do pracovních terapií a ergoterapií. Po výzvách se zapojoval, ale sám neměl motivaci. Pacientovi domlouváno a motivován i k hledání aktivit v domácí péči.

Pacient byl poučen o zdravém způsobu života, o správném životním stylu týkající se hlavně správné životosprávy a zdravém pohybu. S pacientem hovořeno o vhodných potravinách, o pravidelnosti stravování během dne. Aktivitu ke spalování energie příliš nevyhledával. Informován i o mírnějších metodách aktivit jako je například vytrvalostní chůze.

Dále byl poučen o dodržování hygieny rukou, související s jeho defekty na zátylku, které si pod vlivem bludů škrábe. Pacientovi byla názorně ukázána metoda mytí rukou, stříhání a čištění nehtů, jako prevence vzniku kožní infekce.

U pacienta je riziko dalších hospitalizací právě v tom, že doma nedodrží režim, neužívá léky a straní se společnosti. Možnou nápravou je změnit náhled pacienta na svou nemoc, aby pochopil, že i s tím co prožívá, může kvalitně a spokojeně žít, pokud bude dodržovat alespoň nějaká pravidla. S pacientem hovořeno o psychoedukačním programu například Prelapse. Pacient psychoedukaci a psychoterapii odmítá, nespolupracuje.

Závěr

Pacienta s diagnózou paranoidní schizofrenie jsem si vybrala, protože pracuji již dvanáct let jako sestra v psychiatrické léčebně. Schizofrenie mne vždy fascinovala. Pro některé pacienty jsou příznaky schizofrenie peklem, jiní bez nich neumí žít – zažila jsem pacienta, který psal básně, ale bez svých halucinací byl nešťastný a nemohl tvořit. Jak významný vliv má psychická stránka člověka na stránku fyzickou. Pohled společnosti na osoby, které trpí tímto onemocněním. Mnoho z nich není schopno se začlenit do společnosti a jsou odkázáni na doživotní ústavní léčbu. Na druhé straně vliv nových léčebných metod, které umožňují a pomáhají pacientovi k návratu do normálního života.

Jedním z mých pacientů je i P. H., u kterého se právě psychika výrazně odráží na fyzické stránce, vždy při zhoršení psychického stavu se mu zhorší defekty na zátylku. Během své praxe jsem ho zažila na oddělení několikrát a při každé hospitalizaci má stejné potíže, doslova vypráví stejné příběhy se stejnou bludnou produkcí. Jediné co se mění, je nálada. Když je v mánii, je veselý, hlučný, familierní, říká sám o sobě, že je náš medvídek. V depresivním ladění je zamračený, nepříjemný, pasivní. Při posledních hospitalizacích převládá spíše depresivní nálada a vrací se do léčebny po kratší době.

Během hospitalizace se většinou stav pacienta vždy upraví, pacient pod dohledem užívá léky a je propuštěn. Jeho velkým problémem je minimální náhled na své onemocnění. Odmítá doma užívat léky a pro dekompenzaci stavu se opakovaně vrací.

Pacient žije ve stacionáři, pod dohledem sociálních pracovníků a pečovatelek. Jde spíše o poradenství a resocializaci, ale pacient spíše potřebuje dohled nad užíváním léků, a kontrolou psychického stavu. Tu by pacientovi zřejmě nejlépe poskytovala psychiatrická komunitní péče. Ve stacionáři dohlíží na docházení do chráněných dílen, ale pacienty nikterak nenutí. Pacienta jsou ochotni i doprovodit na pravidelnou lékařskou kontrolu, ale jen pokud si to pacient žádá. Pro svou nespolupráci a neukázněnost se špatně začleňuje do společnosti. On sám

nemá potřebu úzkých vazeb, své chování měnit odmítá, nevidí důvod, je spokojený s tím, jaký je.

Pacient odmítá aplikaci depotních léků, z důvodu formy aplikace (nemá rád injekce). Zřejmě je jedním z těch pacientů, kteří končí v léčebně jako dlouhodobě hospitalizovaní, protože při pobytu doma opakovaně selhávají a nedovedou se začlenit do společnosti. Svými náladami pak obtěžují okolí, a jsou pro majoritní společnost obtížně přijatelní.

Souhrn

Tato bakalářská práce se zabývá jednou z nejzávažnějších duševních poruch – schizofrenií. Toto onemocnění narušuje celistvost a integritu osobnosti a způsobuje velmi často její rozpad. Konečná fáze bývá velmi často degenerativní a je příčinou předčasné smrti. Vzhledem k procentu výskytu v populaci, zaujímá jedno z prvních míst výskytu psychických onemocnění.

Včasně zahájení správné léčby a spolupráce pacienta je u tohoto onemocnění velmi důležitá. Pokud pacient nespolupracuje nebo svou diagnózu odmítá, je pro něho mnohem těžší začlenit se do společnosti. Jeho zvláštní chování irituje okolí, a to ho ve většině případů odmítá přijmout. Na tomto případě je vidět, jaký vliv má psychické onemocnění na fyzickou stránku člověka, jeho osobní i společenský život.

U pacientů se schizofrenií, kteří nejsou schopni posoudit svůj aktuální stav je výhodná komunitní psychiatrická péče. Terénní sestry jsou obeznámeny s příznaky psychických onemocnění, znají své klienty a jsou schopny včas rozeznat zhoršující se psychický stav. Kontrolují, dohlíží na užívání medikace a docházení do psychiatrických ambulancí.

V minulosti se schizofrenici zavírali do léčeben, aby neohrožovali svým chováním společnost. V dnešní době se snažíme, aby se maximálně zapojili do chodu společnosti, našli si práci a byli plnohodnotnými občany. Pobyt v léčebnách je jistou překážkou účinné léčby. Způsobuje izolaci duševně nemocných a život v podmínkách pod úroveň standardu. Současným trendem je komunitní péče, ovšem skutečnost je jiná. Hovoří za to fakt, že do ústavní psychiatrické léčby plyne 50% výdajů na psychiatrickou péči a 90% finančních prostředků na lůžkovou psychiatrickou péči. (Bankovská Motlová-Španiel, 2011, s. 91)

Dnes je možnost podávání depotních léků, dlouhodobě působících svalových injekcí, které se používají k dlouhodobé léčbě schizofrenie. Tyto léky mají také roli při kontrole příznaků a v prevenci relapsů schizofrenie. U mnoha pacientů působí jako osvobození od každodenního užívání léků.

V mnoha případech se daří, ale pokud je pacient pasivní, nespolupracující, bez zájmu o léčbu a náhledu na své onemocnění, je to obtížné. Takoví pacienti končí i přes všechno úsilí v léčebnách.

Seznam použité literatury

1. BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie. ŠPANIEL, Filip. *Schizofrenie Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. Praha: Mladá fronta, 2011. ISBN 978-80-204-2494-5.
2. ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. Hradec Králové: Nucleus HK, 2005. ISBN 80-86225-63-1.
3. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociální patologie*. 1.vyd. Brno: institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1998. ISBN 80-7013-259-0.
4. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 5.vyd. Brno: institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2003. ISBN 80-7013-391-0.
5. DOENGES, Marilynn E. MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry. Druhé přepracované a rozšířené vydání*. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
6. DUŠEK, Karel., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6.
7. JAREMA, Marek. *Practical aspects of psychiatry A manual for General Practitioners and Psychiatrists in Training*. Praha: Aमेpra s.r.o., 2009. ISBN 978-80-86694-08-5.
8. JOBÁNKOVÁ, Marta. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3.vyd. Bartošíková Ivanka, Jičínský Vladimír, Kvapilová Jarmila, Minibergerová Lenka. Brno: institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2003. ISBN 80-7013-390-2
9. KLIMPL, Petr. *Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-324-3.
10. MARKOVÁ, Eva., VENGLÁŘOVÁ, Martina., BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1151-6.

11. MARTÍNKOVÁ, Jiřina: *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 1.vyd. Chládek Jaroslav, Mičuda Stanislav, Chládková Jiřina. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1356-4.
12. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1211-3.
13. POLICAR, Radek. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2358-7.
14. PREISS, Marek. *Klinická neuropsychologie*. 1. vyd. Angerová Yvona, Havrdová Eva, Jiráček Roman, Kulišťák Petr, Línek Vladimír, Malečková Lucie, Neubauer Karel, Otto David A., Preiss Jan, Roth Jan, Růžička Evžen, Skalík Ivan, Šplíchal Jan, Tošnerová Tamara. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-443-6.
15. RADIMSKÝ, Marek. *Psychiatrie II*. 2. vyd. Kořístková Jana, Pochylá Karla, Ryšánek Radek, Svačina Petr, Varvařovský Pavel. Brno: institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. ISBN 80-7013-350-3.
16. STÁNKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství 3, Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. Brno, institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2003. 49s. ISBN 80-7013-282-5.
17. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace - komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-599-4.
18. VENGLÁŘOVÁ, Martina., MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1262-8.
19. ZVOLSKÝ, Petr. *Obecná psychiatrie*. 2. vyd. Dufková Dana, Faltus František, Hynek Karel, Janotová Dana, Jiráček Roman, Mečíř Jan, Pavlovský Pavel, Dobrý Jaroslav, Hellerová Pavla, Raboch Jiří, Souček Karel, Šrutová Ludmila. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2006. ISBN 80-7184-494-2.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Formulář ošetřovatelské anamnézy.

Příloha č. 2: Plán ošetřovatelské péče.

Příloha č. 3: Barthelův test.

Příloha č. 4: Seznam použitých zkratek.

Přílohy

Příloha č. 1

Ošetrovatelský záznam

Jméno a příjmení : P. H.
Věk : 40 let
Vyznání :
Povolání : INVAZIVNÍ ZUCHODCE
Národnost : ČR
Osoba, kterou lze kontaktovat : NA MATKU CONTACT IYEV, POUZE STACIONÁR
Oslovení : VMEZIBOR!

Datum přijetí : 13. 12. 2011
Hlavní důvod přijetí : NEHODNOST ŽIVOTA NA PSYCH. ODD. PROTIJEHOVNÉ CHOVÁNÍ
Datum a kam propuštěn :

Lékařská diagnóza:
1. PARANOJNÍ SCHIZOFRENIE
2.
3.
4.

Jak je nemocný informován o své diagnóze? JE INFORMOVÁN, ALE BEZ NÁHLEDU

Osobní anamnéza : PAC JE SLEDOVÁN NA PSYCHIATRICKÉM ODD. A
AMBULANCÍCH, ALE SLEDNÁMA ONE MOGNETNÍ NEJLNE
VPERACE 6, VRAZY 4 KOTNÍ DEFECT NA ZATYTKU

Rodinná anamnéza : OTEC ZEMĚL V LOCE 1978 DLE PAC JE OBĚTIL
MATKA GRLET - STAROBNÍ ZUCHODCE, DŮIT, SĚDÍ ZAKAL
BRATE V CIRKIE

Vyšetření

Terapie : HALOPERIDOL DICHTER 15mg 1-0-1 HU 7-0
DISPERIDON VIPHAN 2mg 1-0-1 HU 7-0
TIREBOIN 25mg 1-0-1 HU 7-0
ZEUOCENT moel 1-0-1 na goshie. KATIG

Důležité informace o stavu nemocného:
PACIENT PRNAT PRI NEH. NUSNIE CHOVÁNÍ (HANIČKÉ)
PRO PSYCHIATRICKÉ ODD. MOST
NY. NI, UT. LI. ME. NG, I, SPA. VS!

Alergie : jídlo Ne Ano pokud ano, které.....
Léky Ne Ano pokud ano, které.....
Jiné Ne Ano pokud ano, které.....

Nemocný má u sebe tyto léky : *A*

Je poučen, že je nemá brát Ano Ne
Jak je má brát Ano Ne

Psychický stav (vědomí, orientace, neklid, nálada)
KUŽNY, SPAVY, OJECITOVAN, NAROU, MISTEM,
ČAKEM, I. NIMACI, NALADA, SPATTIA,

Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci...)
BYDÍ VE STACIONÁŘI, V RODINOU JE PŘÍMÍ MESTOKA,
IBČAR NA KŮE VUNE, HATRA.

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává :

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři) ? *ODVEZLI ME SEM "*
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? *NEJSEM NEMOCNÝ,*
JEY U NAVEŇY "
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? *JE YI*
DORŤE, KENKU, TĚJ, JSEM UNAVEŇYI "
4. Co očekáváte, že se s Vámi v nemocnici stane? *NIČ "*
5. Jaké to pro Vás je být v nemocnici? *NECHCI TU BYT ČVCI*
DOKU "
6. Jak dlouho tu podle Vás budete? *NEVÍM "*
7. S kým doma žijete? Je na Vás někdo závislý? *SAH I MĚD "*
8. Kdo je pro Vás nejdůležitější (nejbližší) člověk? *HATRA "*
9. Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na Vaši rodinu? *ZADŇYI "*
10. Může Vás někdo z rodiny (nebo blízkých) navštěvovat? *NE "*
11. Co děláte rád ve volném čase? *TĚJ, UR, NĚ "*
12. Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? *NEVÍM "*

Specifické základní potřeby

1. Pohodlí, odpočinek, spánek

a) Bolest / nepohodlí

- Pocítíte bolest nebo něco nepříjemného?
pokud ano, upřesněte. *MA ZATYLUKU - KOTVI DEFEKTY* Ano Ne
- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím?
pokud ano, upřesněte. *"STEJNE"* Ano Ne
- Na čem je bolest závislá? *"NEVIM"*
- Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíží)? *"NEVIM"*
- Došlo po naší léčbě k úlevě? Úplně Částečně Ne
- Pokud budete mít u nás bolesti/ potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění? *"NEVIM"*

Hodnocení sestry: *PACIENT MA DEFEKTY MA ZATYLUKU, PO VĚTRĚNÍ
A PŘI VLHKÉM KRUTÍ BOLI HEVNE*

b) Odpočinek /spánek

- Máte nějaké obtíže se spánkem nebo odpočinkem od té doby, co jste přišel do nemocnice?
pokud ano, upřesněte. Ano Ne *"STAVĚ ZYCH SPAL"*
- Měl jste potíže i doma? Ano Ne
- Usínáte obvykle těžko? Ano Ne
- Budíte se příliš brzy?
pokud ano, upřesněte. Ano Ne
- Co podle Vás způsobuje Vaše potíže? *"TRÁPĚ"*
- Máte nějaký návyk, který Vám pomáhá lépe spát? *"NE"*
- Berete doma léky na spaní? Ano Ne
pokud ano, které.....
- Zdřímnete si i během dne? Jak často a jak dlouho? *"NĚKDY ANO"*

Hodnocení sestry: *PACIENT PŘI PŘÍJMU UTLUMENÝ, SPANÝ,
UNPŘÍJEMNÝ*

2. Osobní péče

- Můžete si všechno udělat sám? Ano Ne
- Potřebujete pomoc při umytí? Ano Ne

- Potřebujete pomoc při čištění zubů? Ano Ne
 - Máte obvykle kůži suchou mastnou normální
 - Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť?..... "NINAK"
 - Potřebujete pomoc při koupání? Ano Ne
 - Kdy se obvykle koupete? ráno odpoledne večer je to jedno
- Hodnocení sestry: PAC. JE SOBĚSTAČNÝ, POKUD NEPOTŘEBUJE.

3. Bezpečí

a) lokomotorické funkce

- Máte potíže s chůzí? Ano Ne
- pokud ano, upřesněte.....
- Měl jste potíže s chůzí už před přijetím? Ano Ne
- pokud ano, upřesněte.....
- Řekl Vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil? Ano Ne
- pokud ano, upřesněte.....
- Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění? Ano Ne Nevím
- pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete?.....

b) zrak

- Máte nějaké potíže se zrakem? Ano Ne
- pokud ano, upřesněte.....
- Nosíte brýle? Ano Ne
- pokud ano, máte s nimi nějaké problémy?.....

c) sluch

- Slyšíte dobře? Ano Ne
- Pokud ne, užíváte naslouchadlo? Ano Ne
- Jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl?.....

Hodnocení sestry: PAC. NEMÁ ŽEN ŽADNÉ POTÍŽE, CHŮZE BEZ PROBLÉMU

4. Strava/dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup? dobrý vadný
- Máte zubní protézu? horní dolní žádnou
 - Dělá Vám stav Vašeho chrupu při jídle potíže? Ano Ne
 - pokud ano, upřesněte.....

- Máte rozbolavělá ústa?
pokud ano, ruší Vás to při jídle?..... Ano Ne

b) Myslíte, že máte tělesnou váhu přiměřenou? Ano Ne
- pokud vyšší (o kolik?).....
- Pokud nižší (o kolik?).....

c) Změnila se Vaše váha v poslední době? Ano Ne
- pokud ano, o kolik kg jste zhubnul..... přibral.....

d) Změnila nemoc Vaši chuť k jídlu? Ano Ne
- Co obvykle jíte?..... *DO JE DA, ASI VSECHNO!*

- Je něco, co nejíte? Ano Ne
- Pokud ano, co a proč?.....

- Máte zvláštní dietu? Ano Ne
- Pokud ano, jakou?.....

- Měl jste nějakou dietu, než jste přišel do nemocnice? Ano Ne
- Pokud ano, upřesněte.....
- Co by mohlo Váš problém vyřešit?.....

- Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? Ano Ne
- Pokud ano, očekáváte, že ji budete schopen dodržovat?

Hodnocení sestry: *TAK MA ZHI 32 2 = OBEZITA TAKUŽE SAMI POTIŽE
NEVIDI... DIETU ODMITÁ, NEMA ŽADNÝ DLE NEHO UVAŽENÍ!*

5. Tekutiny

- Změnil jste příjem tekutin, od té doby, co jste onemocněl?
Zvýšil snížil nezměnil

- Co rád pijete?
vodu mléko ovocné šťávy
 kávu čaj nealkoholické nápoje

- Co nepijete rád?..... *NEVÍM!*
- Kolik tekutin denně vypijete?..... *NEVÍM ASI 1,5-2 LITRY!*
- Máte k dispozici dostatek tekutin? Ano Ne

Hodnocení sestry: *PAC. PINE JANITATEČNĚ, DOHLED NEVÍM
NUTTY!*

6. Vyprazdňování

a) Střeva

- Máte obvykle normální stolici zácpu průjem
- Jak často chodíte obvykle na toaletu? 1x denně
- Kdy se obvykle vyprazdňujete? jak obvykle
- Berete projímadlo? pravidelně často příležitostně nikdy
- Pomáhá Vám něco, abyste se vyprázdnil? Ano Ne
Pokud ano, co je to?
- Máte nyní problémy se stolicí? Ano Ne
Pokud ano, jak by se daly řešit?

b) Močení

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice? Ano Ne
Pokud ano, upřesněte.....
Jak jste je zvládal/a?.....
- Co by Vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici?.....
- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice? Ano Ne
Pokud ano, myslíte, že to zvládnete?
- Hodnocení sestry: *TAC. NEMÁ POTÍŽE S VYPRAZDŇOVÁNÍM.*

7. dýchání

- Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním? Ano Ne
Pokud ano, upřesněte.....
- Měl jste potíže před příchodem do nemocnice? Ano Ne
Pokud ano, upřesněte.....
Jak jste je zvládal?.....
- Máte nyní potíže s dýcháním? Ano Ne
Pokud ano, co by Vám pomohlo?.....
- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů? Ano Ne Nevím
Pokud ano, zvládnete to?.....
- Kouříte?
Pokud ano, kolik? *10 CIGARETY DENNĚ* Ano Ne
Hodnocení sestry: *TAC. NEMÁ POTÍŽE S DÝCHÁNÍM.*

8. Kůže

- Pozorujete změny na kůži? Ano Ne
- Svědí Vás kůže? *SPÍŠE BOLI* Ano Ne Někdy

Hodnocení sestry: *TAL. MA CHRONICKÉ DEFEKTY NA ZATYLCY.*

9. Aktivita, cvičení, záliby

- Chodíte do zaměstnání? Ano Ne
Pokud ano, co děláte?

- Máte potíže pohybovat se v domácnosti? Ano Ne *NEMA DOMAČNOST*

- Máte doporučeno nějaké cvičení? Ano Ne
Pokud ano, upřesněte. *CHUZI, TAPIC V CHODBY A V DÍLNĚCH.*

- Víte, jaký je Váš pohybový režim v nemocnici? Ano Ne

- Jaké máte záliby, které by Vám vyplnily volný čas v nemocnici? *HRY, TELEKIZE*

- Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění? *NEVÍM*

Hodnocení sestry: *TAL. JE PASIVNÍ, BEZ ZÁJMU, UVAŘENÍ*

10. Sexualita (otázky závisí na tom, zda pacient považuje za potřebné o tom mluvit)

- Způsobila Vaše nemoc nějaké změny ve Vašem pohlavním životě? Ano Ne
Pokud ano, upřesněte.....

- Očekáváte, že se Váš pohlavní život změní po odchodu z nemocnice? Ano Ne
Pokud ano, upřesněte.....

Hodnocení sestry: *TAL. JE SAMI BEZ ZÁJEMU*

Různé

- Jakou školu jste ukončil? *VYUČENÝ ELEKTRIKÁŘ*

- Očekáváte, že se po odchodu z nemocnice změní Vaše role manžela (manželky), otce (matky), nebo jiné sociální vztahy? Ano Ne
Pokud ano, upřesněte.....

- Jak velká je Vaše rodina? *NE*

- S kým společně žijete? *S NIKYMI*

- Kdo se o Vás může postarat? *NIKDO*

- V jakém bytí žijete? ... "MAJŤ DŮBRO V PŘEZBOŘI" (STACIONÁR)
- Máte dostatek informací o Vašem léčebném režimu? Ano Ne "NEVÍM"
- Máte dostatek informací o nemocničním režimu? Ano Ne "NEVÍM"
- Máte nějaké specifické problémy týkající se Vašeho pobytu v nemocnici?
- Chcete mi ještě něco říci, co by nám pomohlo v ošetrovatelské péči? ... "NE"

Hodnocení sestry: "TAK JE ŽE Z NAHLEDU NA NE INEHOJTYEVI"




Jak sestra nemocného souhrnně vidí

Snadno odpovídá	Odpovídá váhavě
Neptá se	Mlčenlivý
Hovorný	Spolupracuje
Úzkostlivý	Vyděšený
Nejistý	Nedůvěřivý
Rozzlobený	Smutný
Rychle chápe	Pomalu chápe
Nechápvavý	Aktivní
Přizpůsobivý	Nepřizpůsobivý
Psychicky stabilní	Psychicky labilní
Dobře se ovládá	Špatně se ovládá

Shrnutí závěrů důležitých pro ošetrovatelskou péči:

"TAK JE UHRIEŤNY, UTRUMIETNY, VTEŽU NE SI NA
 SOLENTI, KARDIČHI DEFETY NA ZATYLEU,
 TACIETIT TDP, HANUCI NATIETI, PRODUCI, PRODUCI
 SE ŽACIEM ŽEČIHO KOUČI NA KAKU (PROTO TY
 DEFETY) ISOU PRITIMNY, HANUCI NAČI, POSTOVE,
 HLAŤŤ KAK POPIČI
 IPAKOVANE HOSPITALIZOVATI PRO DELHOPENZACI
 PSYCHICKÉHO STAVI - TAK ŽAMA NEMŽI NA ŽEKU
 MEDICINARI K ŽEKARI, NA TERAPIE, DO ČUDA ŽE
 NYČI DILETY
 NYČI JE UHRIEČI, ALE I ŽIŤAK VE PARIVTI
 ŽEŽ ŽANMU, O ŽKOLU A ČIŤNYČI
 TDP, OBEŽITU, ŽEKUPA, ŽEKORU SI DDHITA
 ŽIŽIŤAT, ŽIETU ŽDŽIŤATI
 PRO ŽIČ, EXISTUJE ŽIČIČO INFEKCE Ž KUŽIŤIČI
 DEFETY NA ZATYLEU"

Příloha č. 2

Datum	Ošetrovatelská diagnóza	Cíle (krátkodobé, dlouhodobé)	Plán ošetrovatelské péče	Efekt poskytnuté péče	Podpis sestry
15. 12. 2010	<p>UINAVA - z důvodu vyjmutí a záhy léčby propuštějí se špatně!</p>	<p>musí pokračovat v léčbě. Ušetřit na zdravotní stránce. Pac. je v závažném stavu. Pac. vyžaduje léčbu. Cíle: Surovosti.</p>	<p>- Vítat, kdy má čas vyjít - Někdy je k občerstvení - být při dojezdu - Někdy vstane dříve</p>	<p>Pac. v sušně A námi se můžeš a vyjít. Vstaneš a předeš, když být u nás v ústavu</p>	
15. 12. 2011	<p>MŮŽENÍ POUŽÍVAT z důvodu poruchy příjmu a trávení propuštějí se a, kalciumem (MŮŽENÍ)</p>	<p>Pac. si dle svých potřeb a potřebná se která část na své speciálně pro kalcium.</p>	<p>Udržet si je kalcium a předeš, a předeš, a předeš, a</p>	<p>Pac. je předeš předeš předeš předeš předeš předeš</p>	
15. 12. 2011	<p>BOLEST z důvodu kalciumem (MŮŽENÍ)</p>	<p>Pac. si dle svých potřeb a potřebná se která část na své speciálně pro kalcium.</p>	<p>Udržet si je kalcium a předeš, a předeš, a předeš, a</p>	<p>Pac. je předeš předeš předeš předeš předeš předeš</p>	

Příloha č. 3

Barthelův test základních všedních činností. /ADL-activity daily living)

	Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové skóre
01.	Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
02.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
03.	Koupání	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
04.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
05.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Trvale inkontinentní	00
06.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Inkontinentní	00
07.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
08.	Přesun lůžko- židle	Samostatně, bez pomoci	15
		S malou pomocí	10
		Vydrží sedět	05
		Neprovede	00
09.	Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomocí 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	05
		Neprovede	00
10.	Chůze po schodech	Samostatně, bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00

Hodnocení:	Závislost	Body
	Vysoce závislý	00 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	Nezávislý	96 – 100 bodů

Příloha č. 4

Seznam použitých zkratk:

BMI – body mass index

°C – označení stupně Celsia

cm - centimetr

CT – počítačová tomografie

Dg. – diagnóza

DM II. typu – diabetes mellitus druhého typu

EEG – elektroencefalograf

EKG – elektrokardiograf

EKT – elektrokonvulzivní terapie

EPS – extrapyramidový syndrom

ID – invalidní důchod

kg - kilogram

LSD – Diethylamid kyseliny lysergové – psychedelická droga

mA - miliampér

mg – miligram

min. – minuta

MKN – mezinárodní statistická klasifikace nemocí

ml – mililitr

mmHg – milimetr rtuti

MR – magnetická rezonance

ms – mikrosekundy

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association

NCO NZO- Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských
zdravotnických oborů

ORL - otorhinolaryngologie

PA – psychiatrická ambulance

PCP - phencyclidin

PLHoB – Psychiatrická léčebna Horní Beřkovic

p.o. – per os

rTMS - repetitivní transkraniální magnetická stimulace

s.c. – subkutánně

sv. - svaté

tbl. – tableta

THC – tetrahydrocannabinol

TRH – tyreotropin

TSH - thyreotropní hormon

tzv – tak zvané

V - jednotka volt

VAS – vizuální analogová škála