

Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem
Fakulta zdravotnických studií

Katedra Všeobecného ošetřovatelství



SCHIZOFRENIE A JEJÍ ÚSKALÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor práce: Marie Hořešovská
Studijní program/obor: Všeobecné ošetřovatelství
Vedoucí práce: Mgr. Lucie Libešová

Ústí nad Labem, 2023

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem svojí bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité zdroje a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia.

.....
V Ústí nad Labem

.....
Marie Hořešovská

Poděkování

Děkuji Mgr. Lucii Libešové a MUDr. Pavle Zemanové za ochotu, trpělivost a cenné rady při zpracování a vedení mé bakalářské práce.

Abstrakt

Schizofrenie je duševní onemocnění charakterizované poruchou myšlení a vnímání, narušenou emotivitou, neadekvátní schopností rozumného chování a jednání. Každý schizofrenik je originál, nemoc jako taková sice probíhá u pacientů obdobně, ale proces vnímání pro dotyčného je jiný a jedinečný.

Cíl práce je přiblížit a porozumět problematice nemocných, zjistit více o samotné nemoci a životem s ní. Dále může být práce použita jako zdroj informací pro laickou veřejnost, ale i zdravotní personál.

V praktické části jsem popsala v kazuistikách pacienty, kteří byli na oddělení opakovaně přijati k hospitalizaci a strávili tam více týdnů. Provedla jsem s nimi rozhovory a během svého zaměstnání pozorovala jejich vývoj a změny v chování.

Klíčová slova:

Schizofrenie, psychóza, antipsychotika, psychofarmaka

Abstract

Schizophrenia is a mental illness characterized by impaired thinking and perception, disturbed emotionality, inadequate ability to reason and act. Each schizophrenic is an original, the disease as such proceeds similarly in patients, but the process of perception for the person concerned is different and unique.

The goal of the work is to approach and understand the problem of the sick, to find out more about the disease itself and life with it. Furthermore, the work can be used as a source of information for the lay public, as well as medical personnel.

In the practical parts, I described patients who were repeatedly admitted to the department for hospitalization and spent several weeks there in the case reports. I interviewed them and observed their development and changes in behavior during my employment.

Keywords:

Schizophrenia, psychosis, antipsychotics, psychotropic drugs

UNIVERZITA JANA EVANGELISTY PURKYNĚ V ÚSTÍ NAD LABEM

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: Marie HOŘEŠOVSKÁ
Osobní číslo: D19326
Studijní program: B5341 Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Téma práce: Schizofrenie a její úskalí
Zadávací katedra: Katedra ošetrovatelství

Zásady pro vypracování

1. Práce s literaturou, analýza informačních zdrojů, tvorba rešerše
2. Seznámení s teoretickými východisky práce
3. Vymezení hlavního cíle práce, úkolů práce,
4. Popis metodiky a použitých metod
5. Sběr dat
6. Zpracování dat a analýza výsledků
7. Diskuze, komparace výsledků s dostupnými výzkumy, závěr, doporučení pro praxi

Forma zpracování bakalářské práce: **elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- JAROLÍMEK, Martin. *O nemoci, která se nazývá schizofrenie: příručka pro pacienty, jejich blízké a jejich terapeuty*. Praha: Vyšehrad, 2021. ISBN 978-80-7601-428-2.
- JÁŠÍK, Jindřich. *Cesta ze schizofrenie*. Brno: Jindřich Jašík, 2019. ISBN 978-80-270-5259-2.
- MASOPUST, Jiří, Pavel MOHR a Miloslav KOPEČEK. *Kariprazin: antipsychotikum (nejen) pro léčbu negationních příznaků schizofrenie*. Praha: Galén, [2021]. ISBN 978-80-7492-512-2.
- NOVOTNÁ, B., 2014. Kompetence sester pracujících na psychiatrii. In: *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6
- ZHOU, J. et al., 2016. Gender differences in attitudes towards antipsychotic medications in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*. s. 276-281. ISSN 01651781.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Lucie Libešová**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 30. dubna 2021
Termín odevzdání bakalářské práce: 28. dubna 2022



Mgr. Lucie Libešová
vedoucí bakalářské práce

UNIVERZITA J. E. PURKYNĚ
v ÚSTÍ NAD LABEM -2-
Fakulta zdravotnických studií
370 01 Ústí nad Labem
400 96 Ústí nad Labem, Velká Hradební 13



MUDr. Josef Liehne
vedoucí katedry

V Ústí nad Labem dne 2. listopadu 2021

Obsah

Seznam obrázků	14
Seznam zkratk	15
1 Úvod	16
2 Psychiatrie	18
2.1 Vývoj a historie psychiatrie	18
3 Psychóza	20
3.1 Organické psychózy	20
3.2 Toxické psychózy	20
3.3 Funkční psychózy	20
4 Schizofrenie	21
4.1 Typy schizofrenie	21
5 Příčiny schizofrenie	23
5.1 Epidemiologie a výskyt	23
5.2 Dědičnost	23
5.3 Vnitřní a vnější faktory	23
5.3.1 Vnitřní faktory	23
5.3.2 Vnější faktory	24
6 Příznaky schizofrenie	25
6.1 Pozitivní příznaky	25
6.2 Negativní příznaky	25
7 Diagnostika schizofrenie	26
7.1 Psychiatrická anamnéza	26
7.2 Posouzení psychického stavu	26
7.3 Somatické vyšetření	26
7.4 Pomocná vyšetření	26
7.5 Psychologické vyšetření	26
7.6 Elektrofyziologické metody	27
7.7 Diferenciální diagnóza	27
7.7.1 Organické a symptomatické psychické poruchy	27
7.7.2 Psychické a behaviorální poruchy vyvolané psychotropními látkami	27
7.7.3 Poruchy schizofrenního spektra	27
7.7.4 Afektivní poruchy	27
7.7.5 Neurotické poruchy	28

7.7.6	Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými a somatickými faktory.....	28
7.7.7	Poruchy osobnosti	28
8	Léčba	29
8.1	Farmakoterapie.....	29
8.1.1	Vývoj.....	29
8.1.2	Klasická antipsychotika	30
8.1.3	Atypická antipsychotika	30
8.2	Psychosociální intervence.....	31
8.3	Fáze léčby.....	31
8.4	ECT	32
9	Relaps nemoci	34
	Obrázky	35
10	Metodologie a cíl	42
11	Kazuistika	43
	Pacient 1	43
	Model Marjory Gordon	44
	Ošetřovatelské diagnózy	46
	Pacient 2	47
	Model Marjory Gordon	47
12	Diskuze	50
13	Doporučení pro praxi	52
14	Závěr	53
15	Použitá zdroje	54

Seznam obrázků

Obrázek 1 - - Ebersův papyrus	35
Obrázek 2 – Psychiatrie Ústí nad Labem.....	35
Obrázek 3 - LSD	35
Obrázek 4 – Exstáze	36
Obrázek 5 - Chlorprothixen	36
Obrázek 6 - Haloperidol	37
Obrázek 7 - Cisordinol, Tisercin.....	37
Obrázek 8 - Buronil	38
Obrázek 9 - Risperdal	38
Obrázek 10 - Olpinat, Zyprexa	39
Obrázek 11 - Derin	39
Obrázek 12 - Abilify	40

Seznam zkratek

TD	Trvalý dohled
KD	Kontinuální dohled
ZD na léky	Zvýšený dohled na užívání léků
NGS	Nasogastrická sonda
ECT	Elektrokonvulzivní terapie
JIP	Jednotka intenzivní péče
PMK	Permanentní močový katetr
PŽK	Permanentní žilní katetr
%	Procenta
MKN 10	Mezinárodní klasifikace nemocí
DSM IV	Diagnostický a statistický manuál ve IV. vydání
CNS	Centrální nervová soustava
LSD	Diethylamid kyseliny lysergové
EEG	Elektroencefalograf

1 Úvod

Téma své bakalářské práce jsem zvolila z oboru psychiatrie, protože mi tento obor přijde velice zajímavý, neustále se rozvíjí, taktéž pracuji v Masarykově nemocnici na psychiatrii a ráda jsem si o schizofrenii zjistila ještě více než jsem znala z praxe a studia. Farmakologie se v posledních desetiletí stala jednou z hlavních sil moderní medicíny, ovšem i psychofarmakologie prokazuje bouřlivý rozvoj neurověd a přináší do praxe výsledky základního výzkumu. Schizofrenie je závažné onemocnění, kdy nemocný mění způsob, jakým vnímá sám sebe, ostatní lidi i okolí, proto si osobně myslím, že je důležité aby dotyčný člověk využíval možnosti, které farmakologie nabízí, což ne vždy nemocní dělají. Touto problematikou i dalšími úskalími jsem se zabývala ve své bakalářské práci.

TEORETICKÁ ČÁST

2 Psychiatrie

Psychiatrie je lékařský obor zabývající se prevencí, diagnostikou a léčbou duševních nemocí (online idatabase.cz 2020).

Slovo psychiatrie je složené ze slov duše (psyché) a lékař (iatrós), poprvé ho použil německý lékař Johann Christian Reilem v roce 1808.

2.1 Vývoj a historie psychiatrie

Středověk

Dřívější problémy byly úzce spjaty s filozofií a náboženstvím. Jeden z nejstarších lékařských dokumentů je Ebersův papyrus z 1550 př .n. l. (viz obrázek 1) ve kterém se popisuje deprese. Také v Bibli měl král Saul deprese a bipolární poruchu, popisuje se v ní první muzikoterapie (David hraje na lyru).

Antika

Hippokrates tvrdil, že duševní poruchy vznikají v mozku a hledal anatomické příčiny. Galén tvrdil, že duševní nemoci vznikají přímým poškozením mozku.

Středověk

V 9. století v Arabském světě začaly vznikat zařízení pro duševně nemocné. Ve sbírce zákonů Codex Theodosianus se můžeme dočíst o návrhu trestání posedlých, čarodějnic a kouzelníků, dále sbírka odsuzuje magii. V roce 1247 byla založena Betlémská královská nemocnice a s ní první zařízení pro duševně nemocné v Evropě.

Novověk

V období renesance byli duševně nemocní označováni jako “posedlí d’áblem” a následně pronásledováni, mučeni a upalováni. Johann Weyer byl lékař, který žil v 16. století a jako první vystoupil proti pronásledování čarodějnic a sepsal dílo De prestigiis daemonum, jedná se o první psychiatrickou revoluci. V roce 1755 Marie Terezie zrušila zákon o čarodějnictví. Až osvícenství přineslo skutečnou reformu v péči o psychiku, byly zakládány psychiatrické nemocnice, zkoumány teorie příčiny nemocí atd. V roce 1784 byla zřízena Narrenturmu neboli “věž bláznů” první oddělení pro duševně nemocné v Rakousku-Uhersku. A v roce 1790 byla založena Všeobecná fakultní nemocnice v Praze společně s ústavem pro duševně choré. Francouzský lékař považovaný za zakladatele psychiatrie Philippe Pinel přetvořil vězení Bicetre a Salpetriere v léčebny pro duševně nemocné se skutečnou péčí jako psychoterapie, psychodrama, režimová terapie, toto období bylo označované za druhou psychiatrickou revoluci.

19. století

Od roku 1821 bylo vyučováno “chorobomyslnictví”.

20. století

Italský psychiatr Lucio Bini a neurolog Ugo Cerletti objevili elektrokonvulze a zavedli je do praxe dnešního ECT. Třetí psychiatrická revoluce vznikla rozvojem psychiatrie s osvětlením molekulárních mechanismů, zobrazovacích metod a genetických předpokladů nemocí. V období komunistické a nacistické nadvlády i za cenu zkreslené diagnózy psychiatrie “zachraňovala” politické oběti režimu tím, že “radši udělala z obětí na oko postižené, než aby museli být odsouzeni k výkonu trestu”. (online WikiSkripta 2021)

Současnost

Psychiatrie se stále rozvíjí, tento lékařský obor dovede nemocného navrátit se do běžného života a zmírnit utrpení. Trpí velkou stigmatizací a někdy zkresleným pohledem ze strany laické veřejnosti. (online Wikipedie 2021)

České psychiatrické nemocnice pro dospělé: Praha – Bohnice, Psychiatrická klinika 1.LF UK a VF, Psychiatrické oddělení Vojenské fakultní nemocnice Praha, střední Čechy - Kosmonosy, Vysočina - Jihlava, Havlíčkův Brod, Plzeňský kraj - Dobruška, Plzeň, Klatovy, Liberecký kraj – Liberec, Ústecký kraj - Horní Bečkovice, Most, Ústí nad Labem (viz obrázek 2), Karlovarský kraj – Ostrov, Královéhradecký kraj – Hradec Králové, Nové Město nad Metují, Pardubický kraj – Pardubice, Svitavská nemocnice, Žamberk, Olomoucký kraj – Olomouc, Šternberk, Moravskoslezský kraj – Ostrava, Opava, Bílá Voda, Havířov, Třinec, Zlínský kraj - Kroměříž, Jihomoravský kraj – Brno, Znojmo.

Dětské psychiatrické nemocnice: Dětské a dorostové detoxikační centrum, Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského, Dětská psychiatrická klinika 2.LF UK a FN Motol, Dětská psychiatrie Thomayerova nemocnice, Velká Bítěš, Louny. (online psychiatrie.cz 2022)

3 Psychóza

Psychóza je závažné duševní onemocnění, které je léčitelné, ale svým průběhem velice zasahuje do osobnosti pacienta a jeho vztahů s okolím. Psychóza je slovo řeckého původu od slova psyché (duše) a koncovky “óza” (v medicíně používaný termín pro nemoc), psychóza je nemoc duše. Psychóza mění způsob, jakým člověk vnímá sám sebe, ostatní lidi a svět kolem něj. Skutečný svět ustupuje a na jeho místo se dostává svět přeludů a fantazií. Nemocný se v tomto světě uzavírá a odtrhává se od druhých lidí. Psychózy můžeme rozdělit do tří základních skupin: organické, toxické a funkční psychózy.

3.1 Organické psychózy

Tyto poruchy jsou způsobené zjistitelným poškozením mozkové tkáně.

3.2 Toxické psychózy

Psychózy způsobené ovlivněním činnosti mozkové tkáně specifickou chemickou složkou například LSD, amfetamin nebo THC.

3.3 Funkční psychózy

Tento typ psychóz nemá ze začátku žádné zjistitelné, typické poškození ani ovlivnění činnosti mozkové tkáně. Do skupiny funkčních psychóz patří onemocnění jako je schizofrenie, akutní přechodné polymorfní psychotické poruchy, poruchy s bludy, schizoafektivní porucha a schizotypální poruchy. (Doubek, Herman, Hons, Praško 2010)

4 Schizofrenie

Schizofrenie je jedno z nejzávažnějších duševních onemocnění. Onemocnění má sklón k chronickému průběhu a často vede k trvalé invaliditě.

4.1 Typy schizofrenie

V současné době jsou platná dvě klasifikace duševních poruch – 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) a Diagnostický a statistický manuál ve IV. vydání (DSM IV), jsou to klasifikace vypracované Světovou zdravotnickou organizací a Americkou psychiatrickou asociací. Oba diagnostické systémy definují schizofrenii podobně, ovšem hlavní rozdíl je v době trvání příznaků. DSM IV požaduje šest měsíců, MKN 10 jeden měsíc. Kritéria MKN 10 pro diagnostiku schizofrenní poruchy požadují přítomnost minimálně jednoho z příznaku a, až d, nebo dvou příznaků e, až i, trvajících minimálně po dobu jednoho měsíce. Jsou to příznaky:

- a) manipulace s myšlenkami (slyšení vlastních myšlenek, vkládání, odnímání, vysílání myšlenek)
- b) bludy ovládání (kontrolovatelnost)
- c) sluchové halucinace (komentující chování nemocného)
- d) jiné bludy
- e) jiné halucinace
- f) formální poruchy myšlení (zárazy, inkoherence)
- g) katatonní příznaky (vzrušenost, setrávání v nastavených pozicích, vosková nehybnost, negativismus, mutismus, stupor)
- h) negativní příznaky (apatie, ochuzení řeči)
- i) nápadné kvalitativní změny v chování (ztráta zájmu, bezcílnost, nečinnost, sociální stažení)

Dle MKN 10 se schizofrenie dělí na několik klinických forem:

F 20 Schizofrenie

F 20.0 Paranoidní schizofrenie

Paranoidní schizofrenie je charakterizovaná trvalými bludy, které jsou většinou doprovázeny sluchovými halucinacemi a poruchami vnímání. Dále také poruchy vůle, řeči a afektivní poruchy.

F 20.1 Hebefrenní schizofrenie

Hebefrenní schizofrenie je charakterizovaná nápadnými změnami nálad, nepředvídatelností, bludy, halucinacemi. Je zde tendence k sociální izolaci. Řeč je inkoherentní, myšlení dezorientované, chování nepředvídatelné. Prognóza je většinou špatná kvůli rychlému rozvoji negativních symptomů. Hebefrenie by se měla diagnostikovat pouze v dospívání a u mladých dospělých.

F 20.2 Katatonní schizofrenie

Katatonní schizofrenie je charakterizovaná především výraznými psychomotorickými poruchami. V popředí jsou poruchy hybnosti.

F 20.3 Nediferencovaná schizofrenie

Taková schizofrenie se vyznačuje vícero příznaky, ale bez převahy nějakého zvláštního souboru diagnostických charakteristik. Psychotické stavy, které splňují všeobecná diagnostická kritéria, ale nelze je zařadit do žádného podtypu F 20.0–F 20.2.

F 20.4 Postschizofrenní deprese

Dozvuky schizofrenní nemoci, které se projevují depresivními stavy. Určité schizofrenní symptomy, ať už pozitivní či negativní, musí být přítomny, ale nejsou v popředí klinického obrazu.

F 20.5 Reziduální schizofrenie

Chronické stadium po ústupu akutních příznaků. Charakterizovaná dlouhodobými negativními symptomy například psychomotorické zpomalení, snížená aktivita, pasivita, chudá řeč, nedostatek iniciativity a špatná nonverbální komunikace.

F 20.6 Schizofrenia simplex/Simplexní schizofrenie

Porucha s pozvolným, ale progresivním vývojem. Charakterizováno podivnostmi v chování, neschopností vyhovět společenským požadavkům a úpadek celkového projevu.

F 20.8 Jiná schizofreniie

Cenestopatická schizofrenie

F 20.9 Schizofrenie

(Kučerová 2010)

Kromě označení F 20 jsou tu i další uvedené typy: F 21 Schizotypální porucha, F22 Poruchy s trvalými bludy, F 23 Akutní a přechodné psychotické poruchy, F 24 Indukovaná porucha s bludy, F 25 Schizoafektivní poruchy, F 28 Jiné neorganické psychotické poruchy a F 29 Neurčené neorganické psychózy. (online mkn10.uzis.cz 2022)

5 Příčiny schizofrenie

Teorií vzniku schizofrenie je celá řada: dopaminová, virová, imunologická, genetická, rodinná a tak dále. I přes intenzivní výzkum v oblasti příčin schizofrenie, není dosud známá žádná hlavní příčina toho onemocnění. V současné době se vykládá vznik schizofrenie jako společné působení více faktorů biologických a psychosociálních. Jednotlivé příčiny vzniku lze rozdělit na: vrozené a zděděné, vlivy prostředí a události, se kterými se setkal.

5.1 Epidemiologie a výskyt

Schizofrenií onemocní asi 1 až 1,5 % populace. Celoživotní prevalence u schizofreniků se pohybuje okolo 1 %. U obou pohlaví je stejná incidence (2–4 případy na 10 000 ročně). U žen začíná onemocnění později, nejčastěji okolo 25. - 35. roku života, bývá u nich benignější průběh nemoci, jsou i méně hospitalizovány, vděčí tomu vlivem estrogenů a dopaminergního systému. U mužů to je mezi 15. - 25. rokem. Schizofrenie může být diagnostikována i v dětství, ale to bývá relevantně vzácné. Počátek onemocnění po 40. roce je také spíše výjimečné.

5.2 Dědičnost

Genetika hraje u schizofrenie velkou roli. Dědičnost je základní biologický faktor, který se na vzniku schizofrenie může podílet. Obecně je známo, že se dědí řada vlastností, povahových rysů, vzhled, inteligence, ale i vlohy pro různé nemoci. Děti rodiče schizofrenika mají 10krát větší riziko, že onemocní. Když jsou oba rodiče nemocní, dítě má riziko 30–40 %. Byla identifikována místa, kde se mohu nacházet zranitelné geny pro schizofrenii, je to chromozom 6, 22 a 8.

5.3 Vnitřní a vnější faktory

5.3.1 Vnitřní faktory

V rozvoji schizofrenie mají nejdůležitější roli neurotransmitery: dopamin a serotonin. Současné vědecké poznání popisuje příznaky schizofrenie jako následek narušení některých chemických pochodů. Problémem je narušení rovnováhy mezi chemickými látkami, které se účastní na přenosu nervového vzruchu mezi nervovými buňkami. Receptory specificky reagují na určitý typ neurotransmiterů. Pokud je receptor správným neurotransmiterem stimulován, dochází k přenosu informace do buňky a ta dále vede nervový vzruch svým axonem do další buňky. Při nadbytku dopaminu v některých

částech mozku je přenášeno velké množství informací, které mozková kůra nedokáže správně rozlišit na důležité a nepodstatné informace, nedokáže také rozlišit zda tyto informace přicházejí z jiné části mozku nebo z venku a není schopná jí správně zpracovat. Serotonin ovlivňuje emoce, agresivitu, spánek, bdění a příjem potravin. V léčbě schizofrenie se používají léky, které normalizují fungování a vzájemnou souhru dopaminového a serotoninového systému.

Každý člověk má stresový práh, pokud jej překročí, vede k rozvoji psychotických onemocnění. U lidí s predispozicí k vzniku schizofrenie je stresový práh nižší, z důvodu zvýšené zranitelnosti a nadměrné citlivosti.

5.3.2 Vnější faktory

Příčinou schizofrenie jsou také psychosociální faktory, jedním z nejdůležitějších jsou vztah v rodině.

Návykové látky jsou dalším vnějším faktorem, který zásadně mění vnímání a myšlení jedince. Lidé s nižším stresovým prahem mají větší tendenci k užívání návykových látek, chtějí se uvolnit a potlačit ten stres. (Doubek, Praško, Hons, Herman 2010)

6 Příznaky schizofrenie

Průměrná délka neléčeného období od vzniku prvních příznaků po zahájení léčby trvá rok. Z původní malé odlišnosti nemocného se postupem stává větší a mizí kontakt s realitou. Příznaky této nemoci se dělí do dvou kategorií – pozitivní a negativní.

6.1 Pozitivní příznaky

Halucinace vychází z rozbouřené a nekontrolovatelné fantazie, jsou definovány jako porucha vnímání. Nemocný vidí, slyší nebo cítí věci, které ostatní nevidí, neslyší ani necítí. Zvláštním druhem halucinací jsou intrapsychické, kdy má schizofrenik pocit, že mu někdo jako by myšlenky odnímal nebo naopak vkládal do hlavy.

Bludy jsou falešné představy, které dotyčnému připadají reálné a nelze mu to vymluvit. Nejčastější bludy jsou paranoidní, kdy si nemocný myslí, že je ohrožený od okolního světa. Paranoidní bludy jsou doprovázeny emocemi od extrémní úzkosti po euforii.

Další pozitivní příznaky, se kterými se můžeme setkat jsou. inkohrentní řeč, úzkosti, deprese, emoční oploštěnost, insomnie, suicidální aktivity, agresivita, porucha identity osobnosti.

6.2 Negativní příznaky

Negativní příznaky jsou zejména ochuzení myšlení, slovní zásoby, emotivity, sociálního kontaktu a celkové snížení aktivity. (Kučerová 2010)

7 Diagnostika schizofrenie

Diagnostika všech psychických onemocnění se opírá o psychiatrické vyšetření, to se skládá z psychiatrické anamnézy a vyšetření psychického stavu. Psychiatrie nemá žádné objektivní kritéria onemocnění, například laboratorní metody. Diagnostika spočívá v umění naslouchat, ptát se a pozorovat. Důležitou součástí je také konfrontace informací od nemocného s údaji od jeho nejbližších (objektivní anamnéza). Potencionální kritéria na objektivizaci jsou: zobrazovací metody mozku, psychoendokrinologické a imunologické parametry a zátěžové stimulační testy.

7.1 Psychiatrická anamnéza

Účelem je sběr informací, které pomohou stanovit diagnózu, která je vodítkem pro léčbu. Nemocný by se měl vyšetřovat v klidném a nerušeném prostředí, udělit mu dostatek času a dodržovat společenská pravidla. Konečná struktura psychiatrické anamnézy by měla obsahovat: identifikační údaje (jméno, věk, pohlaví, zaměstnání, stav, počet dětí, bydliště), současný problém (začátek, trvání, průběh, příznaky), předchozí psychiatrickou anamnézu, osobní anamnézu od dětství po dospělost, somatickou anamnézu (vždy dotaz na návykové látky) a rodinnou anamnézu.

7.2 Posouzení psychického stavu

V posouzení psychického stavu se zaměřujeme na: vzhled a chování, řeč, vědomí a orientaci, emotivitu, myšlení, vnímání, intelekt a paměť.

7.3 Somatické vyšetření

Psychiatrické vyšetření musí být doprovázeno kompletním tělesným vyšetřením včetně vyšetření neurologem. Je to nutné z hlediska diferenciální diagnostiky.

7.4 Pomocná vyšetření

Běžná laboratorní a specializovaná vyšetření provádíme na základě anamnézy a somatického vyšetření.

7.5 Psychologické vyšetření

Je pomocná metoda, skládající se z klinických pohovorů, pozorování a psychologických testů. Výběr metod, způsobu použití a výběr norem závisí na psychologovi.

7.6 Elektrofyziologické metody

U schizofrenní poruchy nacházíme na EEG vyšetření jednotlivé změny, které však nebývají specifické. Jednorázové podání antipsychotik vede ke změnám EEG, které je možno použít pro predikci účinku.

7.7 Diferenciální diagnóza

7.7.1 Organické a symptomatické psychické poruchy

Obraz schizofrenie může napodobit různé formy encefalitidy (herpetická encefalitida, encefalitida spojená s AIDS, Creutzfeldtova-Jakobova nemoc, neurosyfilis), traumatické poškození CNS, mozkový nádor, epilepsie, hormonální poruchy (Cushingův syndrom, hyperthyreóza), neurodegenerativní onemocnění (demence, Parkinsonova nemoc), poruchy metabolismu (deficit vitamínu B12, nedostatek zinku), revmatické onemocnění (lupus erythematoses), roztroušená skleróza, narkolepsie, pooperační stavy. V současné době nám pomohou ke stanovení příčiny laboratorní vyšetření a pečlivá anamnéza.

7.7.2 Psychické a behaviorální poruchy vyvolané psychotropními látkami

Problémové mohou být stavy intoxikace, abstinenční příznaky s delíriem i bez. Podstatou této problematiky je toxikologické vyšetření a dynamika projevů. Nejčastější diferenciální diagnóza bývá toxická psychóza Amfetaminem, LSD (viz obrázek 3) a extáze (viz obrázek 4), mohou navodit jak pozitivní, tak negativní příznaky. U některých jedinců lze někdy pozorovat přechod v klasickou schizofrenní poruchu.

7.7.3 Poruchy schizofrenního spektra

Zde se zabývá hlavně na dobu trvání příznaků, pokud nelze toto kritérium použít, zabývá se na průběh. Patří sem i schizoafektivní poruchy, kdy se opíráme o časovou posloupnost a symptomatologii.

7.7.4 Afektivní poruchy

Problematikou může být odlišení od mánie a deprese, zvláště u depresivní poruchy s psychotickými rysy. Vodítkem může být určité pochopení a srozumitelnost myšlení a jednání jedince. V rámci prvního vyšetření někdy nebývá odlišení možné, proto se vyšetření opakuje.

7.7.5 Neurotické poruchy

U neurotických poruch je v úvahu disociativní stupor. U toho nacházíme průkaz psychogenního působení jako je nedávná stresová reakce, interpersonální a sociální problémy.

7.7.6 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými a somatickými faktory

Tyto syndromy nebývají v diagnostice žádný problém.

7.7.7 Poruchy osobnosti

Nejdůležitější je pečlivá anamnéza zaměřená na dynamiku projevu. V tomto případě poruchy jde o trvalou poruchu. (Češková 2005)

8 Léčba

Schizofrenie je multifaktorální onemocnění. (Jarolímek 2021)

Léčí se komplexně, především se podávají léky a to antipsychotika. Jestliže jsou v přítomny i depresivní stavy podávají se i antidepresiva. Indikovány jsou také stabilizátory nálady jako lamotrigin, vaproát, karbamazepin nebo lithium. (Kučerová 2010)

V úvahu přicházejí i neuroleptika, antiparkinsonika, které odstraňují vedlejší účinky neuroleptik (patří sem Akineton, Kemardin) a hypnotika (Stilnox, Hypnogen). Neuroleptika snižují riziko vzniku nové schizofrenní krize až o 40 %. Vedlejší účinky neuroleptik jsou: zvýšená spavost, závratě, ztuhlost těla, třes rukou, sucho v ústech, rozostřené vidění, narušení menstruačního cyklu a snížená sexuální vzrušivost. Ovšem neuroleptika druhé generace nevyvolávají tolik nežádoucích účinků. (Jarolímek 2006)

8.1 Farmakoterapie

Psychofarmaka hrají nejvýznamnější roli v terapii psychotických poruch, to hlavně v akutní fázi. (Jarolímek 2021)

“ Dle mého mínění každý lék působí svým chemickým složením zhruba z padesáti procent, dalších padesát procent tvoří psychologické faktory při užívání léku, například to, jak je pacient informován o možných pozitivních i negativních účincích léku, jeho předchozí zkušenosti s požíváním psychofarmak a především to, jak je ztotožněn s tím, že je psychicky nemocný” (Jarolímek 2021, s.46).

8.1.1 Vývoj

Na počátku to bylo náhodné pozorování, které dalo psychiatrii první účinný lék na nejtěžší psychické onemocnění – schizofrenii. Byl to chlorpromazin, který byl úspěšně vyzkoušen u neklidných pacientů v roce 1952 a používá se do dnes (Plegomazin). Počátek 60. let je označován jako psychiatrická revoluce, z moha důvodů jako jsou: zredukování různých omezovacích prostředků, psychiatrická zařízení se přiblížila atmosférou klasického nemocničního oddělení, dále to byl podnět k formulování nových přínosných teorií a hypotéz o vzniku psychických poruch. Zavedení chlorpromazinu vedlo k následnému vývoji řady dalších antipsychotik. V současné době dělíme antipsychotika na starší, klasická antipsychotika první generace a na nová atypická antipsychotika druhé generace. Dříve byl používán název neuroleptika, dnes jsou to antipsychotika. U 70 % schizofreniků vede užívání antipsychotik k ústupu akutních psychotických příznaků.

8.1.2 Klasická antipsychotika

Dělí se podle chemické struktury a podle klinického aspektu.

Dělení podle chemické struktury – zástupci

1. fenothiaziny (chlorpromazin, Plegomazin)
2. thioxantheny (Chlorprothixen – viz obrázek 5)
3. butyroferony (Haloperidol – viz obrázek 6)
4. perathiepy (oxyprothepin, Meclopin)
5. difenylbutylpiperidiny (fluspirilen)

Dělení podle klinického spektra

1. bazální, sedativní (Tisercin, Cisordinol - viz obrázek 7)
2. incizivní (Fluanxol, Buronil – viz obrázek 8)

Tyto léky jsou charakterizovány hypnosedativním účinkem. Vedlejší účinky mohou vést k neklidu, agitovanosti, suchosti sliznic, zvýšení tělesné hmotnosti, snížení sexuální vzrušenosti a tak dále.

8.1.3 Atypická antipsychotika

Celou skupinu lze rozdělit do čtyř skupin: specifictí D2 a D3 antagonisté, antagonisté serotoninu a dopaminu, multireceptorové antagonisté, dopaminové a serotoninové stabilizátory.

Specifictí D2 a D3 antagonisté

Z hlediska dostupného preparátu sulpridu a amisulpridu jsou zástupci benzamidů.

1. suplid (Sulpriol)
2. amisulpid (Solian)

Sulpid a amisulpid nemetabolizují v játrech, proto v kombinaci s jinými léky mají minimální farmakokinetickou interakci a je možné je podávat při jaterních postižení.

Antagonisté serotoninu a dopaminu

1. risperidon (Risper, Risperdal – viz obrázek 9)
2. ziprasidon (Zeldox)
3. sertindol (Serdolect)

Multifunkční antagonisté (MARTA)

1. klozapin (Clozapin, Laponex)
2. olanzapin (Olpinat, Zyprexa – viz obrázek 10)
3. quetiapin (Derin – viz obrázek 11)
4. zotepin (Zoleptil)

Dopaminové a serotoninové stabilizátory (DSSS)

1. aripiprazol (Abilify – viz obrázek 12)

Vedlejší účinky atypických antipsychotik: extrapyramidové nežádoucí účinky, zvýšená tělesná hmotnost, možný rozvoj diabetu, dyslipidemie, hyperprolaktinemie (nebývá často diagnostikovaná). (Česková 2010)

8.2 Psychosociální intervence

Rozlišujeme 5 typů psychosociálních intervencí, které se používají dle potřeb jedince a mohou se kombinovat. Jsou to: psychoedukace, psychoterapie (individuální, skupinová, rodinná), různé formy tréninkových kurzů, sociální rehabilitace, pracovní rehabilitace. (Jarolímek 2006)

Dále může pomoci: spirituální pomoc a chráněné tréninkové bydlení. (Jarolímek 2021)

Psychoterapie

Je to regulérní terapeutická metoda uznávaná a respektovaná všemi oficiálními odbornými společnostmi. Psychoterapie má své definované postupy, indikace a hranice

Sociální poradenství

Jedná se o praktickou pomoc duševně slabým lidem v oblastech hospodářství s penězi, zajištění bydlení, nápomoc při výběru zaměstnání.

Chráněné tréninkové bydlení

V krajních případech může špatné fungování v sociální oblasti vést k bezdomovectví. Uvádí se, že až 30 % bezdomovců v České republice má výrazné psychické problémy. Většina zařízení bývá provozována neziskovou organizací. Smyslem umístění do těchto zařízení je dosáhnout v časově limitovaném období schopnost relativně fungovat v normálním životním prostředí.

Dobrovolnické aktivity

Existují dvě hlavní linie ve voluntérské a dobrovolnické činnosti. První se pojí se vznikem svépomocných skupin pro rodinné příslušníky pacientů. V České republice to je například sdružení Ondřej nebo organizace Sympathae. Druhou linií je vznik “peer hnutí”. Peer je konzultant, který má vlastní zkušenost s duševním onemocněním, v současné době je stabilizován absolvováním odborného školení. (Jarolímek 2021)

8.3 Fáze léčby

Schizofrenik prochází různými fázemi nemoci, které vyžadují odlišnou strategii a taktiku. V akutní fázi je nezbytnou podmínkou podávat antipsychotika po adekvátní dobu v adekvátní dávce. Cílem akutní léčby je odstranění pozitivních příznaků, minimalizovat

stres, spolupracovat. Ve stabilizační fázi chceme obnovit normální fungování a snažíme se edukovat ohledně průběhu a prognózy. Cílem je dlouhodobá, udržovací léčba minimálními účinnými dávkami s cílem prevence relapsu. (Češková 2005)

8.4 ECT

Elektrokonvulzivní léčba (laicky “šoky, elektrošoky”) je vedle psychoterapie a farmakoterapie jednou ze základních léčebných metod. Tato léčba byla objevena v 30. letech 20. století, dávno před prvním psychofarmakem. S objevením antipsychotik, antidepresiv a psychofarmak došlo k dočasnému ústupu ECT, ale od poloviny 80. let 20. století je její používání zase na vzestupu. Na tomto vzestupu má značný podíl její vysoká účinnost, malé riziko vedlejších účinků a komplikací po zavedení celkové anestezie. Laická veřejnost tuto metodu vnímá spíše negativně. V současné době se ECT provádí v krátkodobé celkové anestezii a myorelaxaci. Na provedení této metody se podílí jak psychiatr, tak anesteziolog. Moderní přístroje (viz obrázek 13) aplikují elektrický proud s krátkým impulsem z elektrod přiložených na spánky pacienta. Při provádění se sleduje EKG, EEG, SpO2. ECT se používá při léčení závažných duševních poruch, kde je nutný rychlý léčebný zásah nebo tam kde byly ostatní způsoby léčby neúčinné. Léčba je založena na opakované elektrické stimulaci mozku, používá se 6–12 elektrokonvulzí, během 3–4 týdnů. Při neúčinku se mohou série použít opakovaně. Vlastní mozková stimulace trvá 1–2 sekundy, na tuto stimulaci mozek reaguje 20–40 sekund. Celková doba výkonu nepřekračuje 10 minut. ECT se používá se souhlasem nemocného, ovšem pokud je nemocný v bezprostředně závažné situaci, lze použít i bez jeho souhlasu. ECT se používá u onemocnění: těžká deprese, mánie, schizoafektivní psychózy, schizofrenie, obsedantně-kompulzivní porucha, letální katatonie nebo některé neurologické poruchy. ECT se nepoužívá u těžké poruchy osobnosti, závislosti na alkoholu nebo drogách, poruchy sexuální deviace, neurotické poruchy (vyjma obsedantně-kompulzivní poruchy). Nesmí se též použít v případě zvýšeného nitrolebečního tlaku, v přítomnosti mozkového nádoru, výdutí mozkové cévy a po mozkovém krvácení. Zvýšená opatrnost je nutná u centrální mozkové příhody, infarktu myokardu, těžké plicní choroby, ischemické choroby srdeční, glaukomu a po úrazu mozku. Jako každá léčba má i ECT nežádoucí vedlejší účinky, občas se mohou vyskytnout bolesti hlavy, poruchy krátkodobé paměti, pocit obtížného dýchání při pobuzení z anestezie. Velmi vzácně jsou komplikace týkající se srdeční činnosti, dýchání, neurologické komplikace. Ve srovnání s léčbou antipsychotiky jsou nežádoucí účinky ECT minimální. Léčba ECT je bezbolestná. Před výkonem je

každý pacient vyšetřen internistou včetně EKG a jsou provedeny základní laboratorní vyšetření krve. V případě možného většího rizika je kontaktován i lékař specialista. (online pnhb.cz 2021)

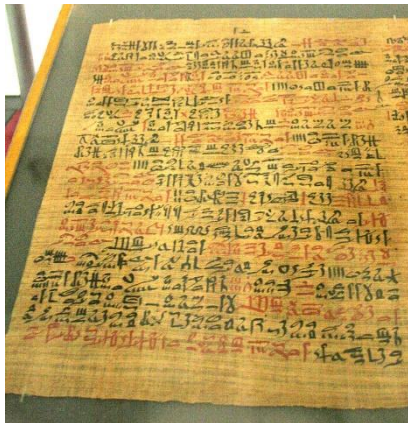
9 Relaps nemoci

Schizofrenici si projdou tím nejhlubším peklem, ale důležité je se vrátit zpět do lidského světa. (Jašík 2019)

I když je zjištěno, že dlouhodobá léčba snižuje výskyt relapsů, stále relabuje kolem 20 – 30 % nemocných ročně. Relaps může mít zhoubný vliv na průběh nemoci: snižují lékovou odpověď, vedou k rezistenci na léčbu, každá psychotická epizoda predisponuje k další epizodě. K jedním z důvodů relapsů patří idopatická exacerbace (přirozený průběh nemoci), k dalším důvodům patří: chybění náhledu (popření nemoci), nedostatek podpory od blízkých, nedostatek zdravotního systému. Nejúčinnější prevencí relapsu je dlouhodobá kontinuální léčba, jak antipsychotiky, tak psychosociálními interakcemi. Depotní antipsychotika (Fluanxol depot, Haloperidol decanoat, Cisordinol depot) jsou účinnější v prevenci relapsu než klasická perorální. Relaps nemoci však nemusí vždy vést k hospitalizaci, rehospitalizace je ekonomicky zatěžující situace. (Česková 2005)

Obrázky

Obrázek 1 - Ebersův papyrus



Zdroj: WikiSkripta

Obrázek 2 – Psychiatrie Ústí nad Labem



Zdroj: vlastní

Obrázek 3 - LSD



Zdroj: Wikipedie

Obrázek 4 – Extáze



Zdroj: Wikipedie

Obrázek 5 - Chlorprothixen



Zdroj: vlastní

Obrázek 6 - Haloperidol



Zdroj: vlastní

Obrázek 7 - Cisordinol, Tisercin



Zdroj: vlastní

Obrázek 8 - Buronil



Zdroj: vlastní

Obrázek 9 - Risperdal



Zdroj: vlastní

Obrázek 10 - Olpinat, Zyprexa



Zdroj: vlastní

Obrázek 11 - Derin



Zdroj: vlastní

Obrázek 12 - Abilify



Zdroj: vlastní

PRAKTICKÁ ČÁST

10 Metodologie a cíl

Cíl bakalářské práce

„Cíl bakalářské práce je přiblížit a porozumět problematice nemocných. “

„Cíl bakalářské práce je také zjistit více o samotné nemoci a životem s ní. “

Metodologie

Průzkum byl veden pomocí kazuistiky. Kazuistika je konkrétní příklad, na němž jsou popsány a vysvětleny určité jevy. Jako kazuistiku označujeme popis konkrétního jednotlivce a jeho případu, založený na pozorování, rozhovorech a záznamech. V mém případě se bude jednat o osobní kazuistiku nemocných trpících schizofrenií. Metody sběru dat průzkumného šetření bylo zaměřeno na popis charakteristiky zvolené metody, odůvodnění výběru pacientů, realizaci a interpretaci průzkumného šetření. Ke sběru dat bylo použito pozorování a rozhovory. Odpovědi z rozhovorů jsem si zapisovala do sešitu.

Použit zde byl model Marjory Gordon a ošetrovatelské diagnózy NANDA (North American for Nursing Diagnosis Assotiation – Severoamerické sdružení pro sesterské diagnózy).

11 Kazuistika

Model Marjory Gordon se zabývá následujícími oblastmi:

Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Výživa a metabolismus

Vylučování

Aktivita, cvičení

Spánek a odpočinek

Vnímání, poznávání

Sebepojetí, sebeúcta

Role, mezilidské vztahy

Sexualita 27

Stres

Víra, životní hodnoty

Jiné (online fzs.tul.cz 2017)

Autorkou tohoto modelu je profesorka ošetrovatelství Marjory Gordon. Do Evropy se její model dostal v 90. letech 20. století, jeden z nich se je pod názvem ENMDS (An European Nursing Minimum Data Set). V 11 oblastech se dozvíme více o funkčních typech daného pacienta (Mastiliaková 2014).

Taxonomie NANDA International pomáhá s rozmístěním oblastí nezbytných pro ošetrovatelství do kategorií a klasifikací. Najdeme zde celkem 235 diagnóz, které jsou rozděleny do 13 domén a 47 tříd (Herdman, Kamitsuru 2015).

Pacient 1

Pohlaví: žena

Věk: 31

Zaměstnání: invalidní důchod třetího stupně, nedokončená střední hotelová škola

Stav: svobodná, bezdětná

Alergie: Augmentin, stříbro, náplast, pyly

Rodinná anamnéza: matka i otec žijí - zdali se s něčím léčí neví, má dva bratry (bez psychohereditu)

Sociální anamnéza: žije ve Focusu v Ústí nad Labem

Abusus: již nekouří (dříve 20-30 cigaret denně), alkohol a drogy neguje

Diagnóza: F 20.0 - paranoidní schizofrenie, F 50.1 - mentální anorexie, F 60.3 - Emočně nestabilní porucha osobnosti, E 11.8 - Diabetes mellitus 2. typu s neurčenými komplikacemi

Příjem: VII. pobyt na Psychiatrické oddělení v Ústí nad Labem. V březnu roku 2022 byla pacientka hospitalizovaná cestou z Emergency pro bolesti břicha, celkovou slabost, zvracení a hypoglykémii. Od sociální pracovnice zjištěno nalezení pěti prázdných stříkaček inzulínu Ryzodegu v suicidální tendenci.

Subjektivně: „Dnes jsem unavená, nechci mluvit, jsem v Ústí na psychiatrii, nechci jíst, nepotřebuji to, nikdo to nechápe Všechno jídlo i pití je otrávené, jsem vyčerpaná, spala jsem hodina, píchla jsem si inzulín abych mohla spát, četla jsem to na internetu.“

Model Marjory Gordon

Pacienta jsem zhodnotila pomocí ošetrovatelské metodiky vytvořené Marjorou Gordon.

Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

- Subjektivně: „Pacientka si je vědoma svého onemocnění. Snaží se dodržovat lékařská doporučení, ale stává se, že v hlavě slyší, že nic co jí říkáme nemá dělat. Kouření, alkohol a drogy neguje.“

- Objektivně: S pacientkou těžší spolupráce, ale na otázky odpovídá klidně.

Výživa a metabolismus

- Subjektivně: „Pacientka nechce jíst, chce být hubená, ví proč má tu hadičku v nose, ale jíst nebude, bude jen pít.“

- Objektivně: Pacientka trpí mentální anorexií, nechtěla jíst, proto ji byla zavedena NGS.

Vylučování

- Subjektivně: „V domácím prostředí pacientka dle jejích slov netrpí žádnými vylučovacími obtížemi. Ale tu v nemocnici jak nejlépe a dostává jen stravu přes hadičku, tak má občasný průjem“

- Objektivně: Pacientka pravidelně močí, při průjmu si může přijít pro Carbosorb. Ze začátku hospitalizace verbalizovala bolesti břicha a byla jí podána perorální analgetika.

Aktivita, cvičení

- Subjektivně: „Pacientka je soběstačná, doma cvičí.“
- Objektivně: Fyzická aktivita zachována i přes mechanické omezení (kurty) ze začátku hospitalizace.

Spánek a odpočinek

- Subjektivně: „V domácím prostředí měla spánek poslední dny narušení, teď po prázdcích je to lepší.“
- Objektivně: Pacientka si přes den kreslí, píše do deníku a poslouchá písničky. Přes den nespí. Když v noci nemůže spát přijde si pro lék na podporu spánku.

Vnímání a poznávání

- Subjektivně: „Pacientka uvádí, že žádné sluchové ani zrakové problémy nemá. Ve škole se moc neučila, ale paměť špatnou nemá.“
- Objektivně: Pacientka vidí i slyší dobře. Nedokončila střední hotelovou školu, má invalidní důchod třetího stupně.

Sebepojetí a sebeúcta

- Subjektivně: „Dle pacientky: ví, že je emočně nestabilní, snaží se s tím něco dělat, hlasy má jen občas. Hlavně chce být hubená, nelíbí se sama sobě. Dříve jí lichotit její obvodní lékař, teď už jí jen říká, že je tlustá“
- Objektivně: Pacientka je ke mně velice otevřená co se týče jejich problémů s jídlem. Má ovšem časté změny nálad.

Plnění rolí a mezilidské vztahy

- Subjektivně: „Pacientka bydlí ve Fokusu, má to tam ráda. Má tam kamarády, přitele nemá. Se sociální pracovníci mají dobrý vztah“
- Objektivně: Z Fokusu za ní dochází sociální pracovnice.

Sexualita a reprodukční schopnost

- Subjektivně: „Pacientka by chtěla přitele, ale nikdo jí nechce, líbil se jí její lékař. Vztahy měla dva. Měsíčky má pravidelně, antikoncepci nebere“
- Objektivně: Pacientka nemá děti ani vztah.

Stres, zátěžové situace a jejich zvládání, tolerance

- Subjektivně: „Pacientka stresové situace nezvládá, vždy vybuchne a má chuť si něco udělat, mění se jí často nálada, uzavírá se do sebe.“
- Objektivně: Pacientka si často kreslí a píše do deníku, popisuje tím svoje emoce. Přes den na ní jdou vidět změny nálad.

Víra, přesvědčení a životní hodnoty

• Subjektivně: „Pacientka je křesťanka. Do budoucna by chtěla psa, založit rodinu“

• Objektivně: Pacientka nežádá o žádná speciální opatření.

Jiné

Pacientka se na personál usmívá, snaží se. Někdy má těžké dny. Ví, že sebepoškozování je špatné, nechce to dělat. Těší se domů, ale ví, že tu ještě musí zůstat.

Ošetrovatelské diagnózy

Nedostatečná výživa (00002)

Akutní ošetrovatelský problém, projevující se verbalizovaným i fyzickým odmítáním stravy.

Související faktory: Mentální anorexie

Ošetrovatelský cíl: Pacientka začne přijímat stravu, pokud ne zavést NGS

Intervence: Sestra edukuje o nutnosti potravin pro její zdraví, sestra problém oznámí lékaři, při nutnosti sestra zavede NGS, zajistit sezení u psychologa

Realizace: Edukovat pacientku o zdravé stravě, vytisknout letáčky o zdravé stravě, objednat pacientce psychologické konzilium

Edukace: Pacientka byla opakovaně poučena o zdravé stravě

Hodnocení: Pacientka chápe důležitost přijímání potravin, přijímá potravu

Riziko násilí vůči sobě (00140)

Akutní ošetrovatelský problém, projevující se řeznými ranami na ruku, aplikováním většího množství inzulinu.

Související faktory: Schizofrenie, pacientka nechce žít

Ošetrovatelský cíl: Pacientka si neublíží, nebude si chtít už nadále ubližovat

Intervence: Sestra drží nad pacientkou TD nebo KD, dělá zápisy do dokumentace o chování

Realizace: Sestra chodí za pacientkou, ptá se jak se cítí. Píše zápisy o chování. Při náznaku sebepoškozování, sestra přikládá kurty a podává zklidňující medikaci.

Edukace: Sestra edukuje pacientku o možných komplikacích sebepoškozování

Hodnocení: Pacientka se neseпоškozuje

Poškozená kožní integrita (00046)

Potencionální ošetrovatelský problém, který by mohl být způsobený přiložením mechanického omezení

Ošetrovatelský cíl: Pacientka bez známek poškození

Sesterská intervence: Sestra hlídá polohování pacientky, edukuje o nutnosti polohování, při zlepšení psychického stavu kdy nebudou nutné kurty, sestra odstraní mechanické omezení

Realizace: Sestra kontroluje polohování, pomáhá s polohováním, při nepotřebnosti kurtů, sestra odstraní mechanické omezení

Vyhodnocení: Pacientka je bez známek poškození integrity kůže

Pacient 2

Pohlaví: muž

Věk: 52 let

Zaměstnání: Invalidní důchod třetího stupně

Stav: bezdětný, svobodný

Alergie: bodnutí hmyzem

Rodinná anamnéza: rodiče žijí, otec – hyperplazie prostaty, hypertenze, matka – hypertenze, bratr živí a zdraví

Sociální anamnéza: žije s rodiči, starají se o něj

Abusus: cigarety, alkohol a drogy neguje

Diagnóza: F 20.2 - katatonní schizofrenie

Příjem: 17. pobyt na Psychiatrii v Ústí nad Labem, katatonní schizofrenik už od puberty. V předešlé hospitalizaci provedeno ECT – bez efektu.

Model Marjory Gordon

Pacienta jsem zhodnotila pomocí ošetrovatelské metodiky vytvořené Marjorou Gordon.

Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

- Subjektivně: „Pacient si je vědom svého onemocnění. Snaží se dodržovat lékařská doporučení, ale stavy se stále vrací. Kouření, alkohol a drogy neguje.“
- Objektivně: S pacientem těžší spolupráce, omezená komunikace, ale na otázky se snaží odpovídat.

Výživa a metabolismus

- Subjektivně: „Pacient nechce jíst, protože mu to nejde.“

- Objektivně: Pacient v rámci katatonie nemůže polykat, má zavedenou NGS.

Vylučování

- Subjektivně: „V domácím prostředí pacientka dle jeho slov netrpí žádnými vylučovacími obtížemi.“
- Objektivně: Pacient ze začátku hospitalizace nehybný, proto zaveden PMK a daná plena. Po odeznění katatonie pacient dochází sám na toaletu.

Aktivita, cvičení

- Subjektivně: „Pacientovi doma pomáhá rodina, soběstačný s dopomocí.“
- Objektivně: Fyzická aktivita z důvodu katatonie, omezena. Za pacientem dochází rehabilitační sestra. Po odeznění katatonie se pacient pohybuje sám.

Spánek a odpočinek

- Subjektivně: „V domácím prostředí spánek nenarušený. Tu v nemocnici spí i přes den.“
- Objektivně: Pacient spí přes den i v noci.

Vnímání a poznávání

- Subjektivně: „Pacient nosí brýle na čtení, se sluchem žádné problémy nemá.“
- Objektivně: Pacientka slyší dobře, na čtení používá brýle. Pacient má invalidní důchod třetího stupně z důvodu schizofrenie.

Sebepojetí a sebeúcta

- Subjektivně: „Pacient nervózní není, teď už je klidný“
- Objektivně: Pacient ze začátku hospitalizace neklidný, po stabilizování klidný, spolupracuje.

Plnění rolí a mezilidské vztahy

- Subjektivně: „Pacient bydlí s rodiči, starají se o něj. Přítelkyni nemá“
- Objektivně: Za pacientem dochází rodiče i bratr.

Sexualita a reprodukční schopnost

- Subjektivně: „Pacient se v tomto ohledu nechtěl vyjadřovat“
- Objektivně: Pacientka nemá děti ani vztah.

Stres, zátěžové situace a jejich zvládání, tolerance

- Subjektivně: „Pacient nemá žádný stres.“
- Objektivně: Pacient není nervózní.

Víra, přesvědčení a životní hodnoty

- Subjektivně: „Pacient není věřící, po propuštění se těší domů“
- Objektivně: Pacient nežadá o žádná speciální opatření.

Jiné

Pacient moc nemluví, často si čte.

Ošetrovateľské diagnózy

Porušené polykání (00103)

Akutní ošetrovateľský problém, prejavujúci sa neschopnosťou polykání v dôsledku katatonie

Souvisějící faktory: Katatonní schizofrenie

Ošetrovateľský cieľ: Pacient bude schopný prijímať stravu

Intervence: Sestra zavede NGS a objedná rehabilitáciu

Realizace: Sestra zavede NGS, chodí krmit pacienta

Edukace: Sestra edukuje pacienta o nutnosti prijímania stravy

Hodnocení: Pacientovi nevadí NGS a rehabilituje ke zlepšení

Úplná inkontinence moči (00021)

Akutní ošetrovateľský problém, prejavujúci sa samovoľným únikom moče

Souvisějící faktory: Katatonní schizofrenie

Ošetrovateľský cieľ: Dosáhnout navrátení močenia

Intervence: Sestra kontroluje únik moče

Realizace: Lékař se sestrou zavedou PMK, pacient nacvičuje pomocí peánu navrátení močenia

Edukace: Sestra edukuje pacienta o dôležitosti navrátení mikcie

Hodnocení: Pacient není inkontinentní

Riziko zhoršené pohyblivosti na lůžku (00091)

Potencionální ošetrovateľský problém, ktorý by sa môže prejaviť v rámci upútání na lôžku

Ošetrovateľský cieľ: Pacient je bez známk zhoršení pohyblivosti

Sesterská intervence: Sestra hľadá polohování pacienta, edukuje o nutnosti pohybu na lôžku,

Realizace: Sestra kontroluje polohování, pomáhá s polohováním, objedná rehabilitaci

Vyhodnocení: Pacient je bez známk zhoršené pohyblivosti

12 Diskuze

Bakalářská práce se zabývala onemocněním schizofrenie a jejího úskalí. Schizofrenie je duševní nemocnění s poruchou myšlení, vnímání a chování. Nemocní ztrácí kontakt s realitou, slyší, vidí a cítí věci, které nejsou pravdivé. Podle vjemů jako jsou halucinace, bludy, agrese a neklid jednají ve svém životě, což mnohdy nese fatální výsledky.

Psychiatrická sestra, stejně jako každá jiná, by měla usilovat o navrácení zdraví pacienta, uspokojovat jeho potřeby a vést ho k sebepěči. Sestra na psychiatrii musí však zvýšeně dbát na bezpečí pacienta a jeho okolí. Měla by rozpoznat zvláštní situace, jako nárůst tenze, neklidu a agrese. Agrese i neklid mohou narůstat pozvolna nebo vznikne náhle. V takových situacích je důležitá pozornost a spolupráce celého zdravotnického týmu (sestra, lékař, sanitář). Personál by měl s takovýmto pacientem jednat klidně, bez agrese a pohotově. O dalších postupech k zvládnutí agrese či neklidu rozhoduje lékař a sestra plní jeho ordinaci spolu s ošetřovatelkou péčí. Sestra si všímá jak se nemocný projevuje a jaké má potřeby. Sestra nemocného vyslechne a jeho problémy, obavy a dotazy může tlumočit lékaři. S nemocnými bychom měli komunikovat bez předsudků, citlivě, klidně, nevysmívat se jeho řečem a nezlehčovat situaci. Nejdůležitější je nevyvracet pacientům jejich názory, protože to co oni vidí, slyší, cítí a myslí si považují za reálné. Vyjadřujeme pochopení, že jim se tyto vjevy jeví jako pravdivé i když my máme názor jiný. Většina psychiatrických pacientů hledá ve zdravotnickém personálu důvěru, oporu a bezpečí. Navázání blízkého vztahu s pacientem patří k denním práci psychiatrické sestry, avšak nesmí být až příliš osobní, stále je potřebné si zachovat profesionalitu. Důvěru pacienta získáváme nasloucháním, plněním našich slibů a odváděním své profesionální péče. V úlohách sestry je taktéž nutností důkladně kontrolovat užívání léků. Sestra by měla mít znalost farmakoterapie a měla by vždy ujistit, že pacient užívá léky a žádné u sebe neschovává. Na psychiatrickém oddělení pacienti užívají léky před sestrou a po spolknutí ukáží dutinu ústí i ruce. Znalost symptomatologie duševních nemocnění je nevyhnutelným předpokladem práce sestry. Neznalost může vést k chybám v přístupu. Sestry přes den i v noci pacienta kontrolují po určitých intervalech. Sestra během své směny musí mít přehled o chodu oddělení. Na některých pokojích jsou zavedené kamerové systémy kde má sestra větší přehled o pacienta, jeho bezpečí i bezpečí ostatních. Sestry u pacientů s rizikem pádu, ať už z důvodu špatné pohyblivosti, demence nebo pod vlivem léků, dbají o jejich bezpečnost. U pacientů s rizikem suicidia sestry odstraní všechny nebezpečné věci. Péče o neklidné pacienta se liší od normálního přístupu. Pokud má sestra pocit, že je pacient neklidný, agresivní vůči sobě nebo jiné osobě, musí zvolit správný přístup. Nesmí za ním chodit samotná nebo se s ním zavírat v místnosti. Sestra by měla k pacientovi přistupovat vždy zepředu a s odstupem. Mluví klidným hlasem, používá krátké srozumitelné fráze, působí profesionálně a sebejistě. Informuje ho o tom kde je, kdo je a co se bude dít. Sestra na klienta nenaléhá. Dojde-li k nepříjemně vyhocené situaci po zvolení všech možností je nutné použít zvláštní opatření (omezení v lůžku, izolace ode všech, podání medikace i bez nesouhlasu pacienta, přivolání policie). Na edukaci pacienta a jeho rodiny se podílí sestry a ošetřující lékař. Pacienti jsou mnohdy edukováni a informováni opakovaně. Stává se, že v domácím prostředí neužívají léky, protože mají svou hlavu a myslí si, že to zvládají bez nich, než

se jim příznaky vrátí znovu a je nutná hospitalizace. Edukace je proto velmi důležitá a žádá si čas aby ji pacient opravdu pochopil. K úspěšné léčbě je zapotřebí podpora blízkých, proto je také edukováno pacientovo blízké okolí, ať už rodina, opatrovník nebo sociální pracovník v bydlení kde pacient přebývá. Pacient by měl být dále poučen o změně životního stylu například užívání návykových látek. Vyšetření krve a moče na toxikologii či způsobem quick testů je zařazeno u každého schizofrenika. Užívání návykových látek může vést k pocitu, že pacient nemá žádný problém, nevnímá svou nemoc a může přestat užívat léky. Drogy mohou být spouštěčem psychóz. Prognóza je u každého duševně nemocného odlišná, závisí na více faktorech. Ovlivňuje ji průběh před vypuknutím nemoci a průběh po první zjištěné psychotické atace. U obou pacientů popsaných v mé kazuistice propuklo onemocnění v mladém věku. U pacientky byl nástup atak rychlý, u pacienta bylo zhoršení katatonie postupný. Pacientky zhoršení vzniklo na podkladě neužívání medikace. U pacienta tomu vzniklo též neužíváním medikace, rezistencí na ECT a na mnoho druhů léčiv, úspěšné léčení u něj chtělo více času. Oba pacienti jsou v plném invalidním důchodu. Dle ošetřujících lékařů z psychiatrie mají pacienti šanci na dlouhodobou remisi a stabilizaci stavu. Po propuštění už je na každém pacientovi, zdali budou užívat léky, změnit životní styl, aby se relaps neobjevil. Ve srovnání se dvěma bakalářskými pracemi, které jsem četla jsem našla stejné ošetrovatelské problémy, jako jsou poruchy příjmu potravy, nechutenství k jídlu, upoutání na lůžko, neužívání léků a sebepoškozování. Je nutno si problémy setřídit v prioritách a dle toho jednat. Ošetrovatelské diagnózy jsou problémem v jakémkoliv věku schizofrenika. Vždy se klade důraz na zachování kvality života pacienta. Postupem délky hospitalizace, investovaného času, snahy a trpělivosti se nám jako zdravotnímu personálu podařilo pacienty navrátit do života a odstranit ošetrovatelské diagnózy. Avšak pacientův život po hospitalizaci závisí už na něm. Z vlastní zkušenosti mohu říct, že opakovaně přijímáme na naše oddělení stejné pacienty. Každou hospitalizací se snažíme o edukaci a informovanost a i když je v nemocnici úspěšná, někdy je to takzvaně marné a nemocní si z toho do dlouhodobého hlediska neberou ponaučení. Jsou ale případy kdy pacient dodržuje opatření které má, bohužel vznikne například stresová situace, kdy se dění v pacientovo životě změní a musí být hospitalizován, ale po propuštění se už nevidíme a nadále dochází ke svému ambulantnímu psychiatrovi.

13 Doporučení pro praxi

Život se schizofrenií je velmi nevyzpytatelný. Délka hospitalizace pacientů s tímto onemocněním je individuální, závisí na zdravotním stavu pacienta, na spolupráci pacienta s personálem a rodinou a také na dodržování léčebného režimu. Jako knihu mohou ze svého pohledu i pohledu lékařů u nás na oddělení doporučit **OBJEVTE CESTU, JAK JÍT DÁL** z vydavatelství a nakladatelství TIGIS, kde je popsáno samotné onemocnění, příběhy pacientů a doporučení pro praxi. Mé doporučení pro praxi je následovné.

Doporučení pro pacienty:

- Pravidelně užívat léky
- Udržovat kontakt s okolím a spolupracovat s nimi
- Naučit se otevřeně hovořit o svých problémech
- Dostavovat se pravidelně na kontroly u ambulantního psychiatra
- Dodržovat správnou životosprávu
- Přizpůsobit si režim, naplánování denních aktivit

Doporučení pro rodinu pacienta:

- Podpora, trpělivost
- Kontakt s pacientem během hospitalizace
- Naslouchat pacientovi
- Kontrola užívání léků
- Pomáhat pacientovi při činnostech, které sám nezvládne
- Nebrat nemocného na lehkou váhu

Doporučení pro zdravotníky:

- Znalost problematiky onemocnění
- Empatičnost, trpělivost
- Motivovat a zaměstnat pacienta (terapie)
- Vyhradit si dostatek času, individuální přístup
- Edukace

14 Závěr

Bakalářská práce slouží k přiblížení duševních onemocnění, zejména schizofrenie. Onemocnění jsem si vybrala z důvodu, že již přes dva roky pracuji na Psychiatrickém oddělení v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem. Schizofrenie je pro mne nejzajímavějším onemocněním svými příznaky a průběhem nemoci. Pacienty které jsem si vybrala jsem zvolila, jelikož je znám z předešlé hospitalizace, pobýli na psychiatrii delší dobu a jejich průběh byl těžší než u ostatních. V této bakalářské práci jsem popisovala onemocnění schizofrenie a její úskalí pomocí kauzistik. Byly zde stanoveny ošetrovatelské diagnózy podle NANDA Taxonomie II. U ošetrovatelských diagnóz jsem stanovila cíle, výsledná kritéria, ošetrovatelské intervence a poté jsem pokračovala realizací a zhodnocením. Ošetrovatelské diagnostické cíle byly splněny. Pacienti během hospitalizace začali spolupracovat s personálem nemocnice, tudíž mohlo být z postele odstraněno mechanické omezení. Postupně si začali uvědomovat důležitost dodržování léčebného režimu. Pacienti byli hospitalizováni před půl rokem, zatím beru edukaci za úspěšnou. Za pacientem docházela během hospitalizace na návštěvu rodina, která s nim i bydlí, za pacientkou docházela sociální pracovnice z Focusu, byl zachován kontakt s blízkým okolím což je též důležitý faktor. Se zlepšením zdravotního stavu pacientů se zlepšila i chuť k jídlu a tudíž mohla být u obou odstraněna NGS.

15 Použitá zdroje

BRAIN&BEHAVIOR RESEARCH FOUNDATION AWARING NARSAD GRANTS – WHAT IS SCHIZOPHRENIA? [online] [2022]. Dostupné z: [What Is Schizophrenia? An Overview of Schizophrenia Signs, Symptoms and Treatments | Brain & Behavior Research Foundation \(bbrfoundation.org\)](https://www.bbrfoundation.org/What-Is-Schizophrenia?An-Overview-of-Schizophrenia-Signs-Symptoms-and-Treatments)

ČESKÁ PSYCHIATRICKÁ DATABÁZE - Lůžková Psychiatrie [online] [2022]. Dostupné z: <https://www.psychiatrie.cz/uzivatele-nemocnice-lecebny>

ČEŠKOVÁ, E., - Schizofrenie a její léčba, Maxdorf, Praha, 2005

ČESKÁ PSYCHIATRICKÁ DATABÁZE - Lůžková Psychiatrie [online] [2022]. Dostupné z: <https://www.psychiatrie.cz/uzivatele-nemocnice-lecebny>

DOUBEK, PRAŠKO, HONS, HERMAN - Psychóza v životě život v psychóze, Maxdorf, Praha, 2010

GRADA - Posuzování stavu zdraví a ošetřovatelská diagnostika v moderní ošetřovatelské praxi, MASTILIÁKOVÁ, Dagmar, 2014 - [online]. Ke stažení dostupné z: [Posuzování stavu zdraví a ošetřovatelská diagnostika | Knihy Grada](#)

GRADA - Ošetřovatelská diagnostika v práci sestry, Vörösová, Sojgolová, Archalousová, 2015 - [online]. Ke stažení dostupné z: [Ošetřovatelská diagnostika v práci sestry | Knihy Grada](#)

Florence odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky - Péče o pacienta s diagnostikou paranoidní schizofrenie [online] [2010] [Péče o pacienta s dg. paranoidní schizofrenie \(číslo 2 / 2010\) | Archiv | Odborné články | FLORENCE - Odborný časopis pro ošetřovatelství a ostatní zdravotnické profese](#)

IDATABAZE - Psychiatrické ordinace Ústí nad Labem [online] [2022]. Dostupné z: <https://www.idatabaze.cz/katalog/zdravi/psychologicke-a-psychiatricke-ordinace/usti-nad-labem/>

Law4U advokátní kancelář - Detence a detenční řízení [online] [2022]. Dostupné z: [Detence a detenční řízení - Ostatní služby - Law4you - advokátní kancelář JUDr. Kašpárková \(law4u.cz\)](https://law4u.cz/detence-a-deten%C4%8Dn%C3%AD-%C4%8Dr%C3%ADen%C3%AD-ostatn%C3%AD-sluzby)

MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, BABIAKOVÁ - Psychiatrická ošetrovatelská péče, Grada, Praha, 2006

MentalHealthTX – Psychosis [online] [2022]. Dostupné z: <https://mentalhealthtx.org/cs/spolecne-podminky/psychoza/>

MKN-10 2022 – F20-F29 – Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy [online] [2022]. Dostupné z: [Prohlížeč | MKN-10 klasifikace \(uzis.cz\)](https://uzis.cz/mkn-10-klasifikace)

National Institute of Mental Health – Recovery After an Initial Schizophrenia Episode (RAISE) [online] [2022]. Dostupné z: [NIMH » Recovery After an Initial Schizophrenia Episode \(RAISE\) \(nih.gov\)](https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/early-recovery/early-recovery-after-an-initial-schizophrenia-episode-raise/)

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S PARANOIDNÍ SCHIZOFRENIÍ - Bakalařská práce, KADAVÁ, 2010 [online]. Dostupné z: [UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE \(cuni.cz\)](https://cuni.cz/bakalarska-prace/kadava-2010)

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S ONEMOCNĚNÍM PARANOIDNÍ SCHIZOFRENIE - Bakalařská práce, GRIŠINA, 2016 [online]. Dostupné z: [GRISINA_EVZENIE.PDF \(vszdrav.cz\)](https://vszdrav.cz/grisina-evzenie.pdf)

Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod - ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIE - ECT [online] [2021]. Dostupné z: <https://www.pnhb.cz/psychiatricke-texty/elektrokonvulzivni-terapie-ect>

RABOCH, Jiří. Zahájení a úvod: psychiatrie a společnost (přednáška předmětu Psychiatrie, obor Všeobecné lékařství, 1. lékařská Univerzita Karlova). Praha [online] [2012]. Dostupné z: https://el.lf1.cuni.cz/p5_uvod

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI Fakulta zdravotnických studií [online] [2017]. Dostupné z: <https://www.fzs.tul.cz/skripta/data/2017-03-16/09-02-47.pdf>

TOMÁŠ, MAROVÁ a kolektiv - Ošetřovatelství v psychiatrii, Grada, Praha, 2014

Wikipedie - Diethylamid kyseliny lysergové [online] [2022]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Diethylamid_kyseliny_lysergov%C3%A9

Wikipedie – Codex Theodosianus [online] [2022]. Dostupné z: [Codex Theodosianus – Wikipedie \(wikipedia.org\)](https://cs.wikipedia.org/wiki/Codex_Theodosianus)

Wikipedie – Ugo Cerletti [online] [2022]. Dostupné z: https://en.wikipedia.org/wiki/Ugo_Cerletti

Wikipedie – Psychiatrie [online] [2021]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Psychiatrie#Sou%C4%8Dasn%C3%A9_postaven%C3%A9_psychie

Wikipedie - Psychiatrické nemocnice [online] [2022]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Psychiatrick%C3%A9_nemocnice

WikiSkripta – Historie psychiatrie [online] [2021]. Dostupné z: [Historie psychiatrie – WikiSkripta](https://wikiskripta.cz/historie-psychiatrie)

WikiSkripta - Ošetřovatelské diagnózy [online] [2020]. Dostupné z: [Ošetřovatelské diagnózy – WikiSkripta](https://wikiskripta.cz/osetrovatelske-diagnozy)

Zdraví.euro.cz - NANDA taxonomie II [online] [2009]. Dostupné z: [NANDA taxonomie II - Zdraví.Euro.cz](https://zdravi.euro.cz/nanda-taxonomie-ii)