

Ošetrovatelský proces u pacienta se schizofrenií

Martin Kuchař

Bakalářská práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Martin Kuchař**

Osobní číslo: **H11632**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Ošetrovatelský proces u pacienta se schizofrenií**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek týkajících se schizofrenie a ošetrovatelské péče o pacienty.

Stanovení cílů práce.

Příprava metodiky práce.

Zpracování kazuistik s využitím modelu fungujícího zdraví M. Gordonové.

Stanovení a vyhodnocení ošetrovatelských diagnóz.

Návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

KUČEROVÁ, Helena. Schizofrenie v kazuistikách. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2045-6.

NOVOTNÝ, Vladimír et al. Špeciálna psychiatria. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislavě, 2007. ISBN 978-80-223-2624-7.

PRÁŠKO, Jan et al. Poruchy osobnosti. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-71-78-737-X.

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ et al. Psychiatrie. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 97-8-24-198-9.

Vedoucí bakalářské práce:	Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D. Ústav zdravotnických věd
Konzultant:	Mgr. Markéta Sedláková Ústav zdravotnických věd
Datum zadání bakalářské práce:	26. ledna 2015
Termín odevzdání bakalářské práce:	22. května 2015

Ve Zlině dne 26. ledna 2015


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE


Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 22. 4. 2015

..... 

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

Poděkování konzultantce práce:

Děkuji paní Mgr. Markétě Sedlákové za její cenné rady a připomínky při zpracování bakalářské práce, taktéž za podporu a toleranci.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

ABSTRAKT

Bakalářská práce na téma „Ošetrovatelský proces u pacienta se schizofrenií“ se zabývá posuzováním kvality života u třech nemocných trpících tímto onemocněním. Práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část charakterizuje onemocnění, jeho příčiny, příznaky, vznik, formy, diagnostiku a léčbu. Praktická část se zabývá studiem třech případů a následným zpracováním kazuistiky.

Klíčová slova: schizofrenie, ošetrovatelská péče, pacient

ABSTRACT

Bachelor's thesis on the topic of „Nursing process of patient with schizophrenia“ deals with the assessment of quality of life of three patients who suffered from this disease. The thesis consists of a theoretical and a practical part. The theoretical part describes the disease; its causes, symptoms, origin, forms, diagnosis and treatment. Practical section is concerned with the study of three cases and the subsequent processing of case reports.

Keywords: schizophrenia, nursing care, patient

OBSAH

ÚVOD	10
I. TEORETICKÁ ČÁST	11
1 SCHIZOFRENIE	12
1.1 DEFINICE SCHIZOFRENIE	12
1.2 INCIDENCE A PREVALENCE SCHIZOFRENIE	12
1.3 ETIOLOGIE	13
1.4 RIZIKOVÉ FAKTORY	13
1.5 PŘÍZNAKY	14
1.5.1 PORUCHY EMOTIVITY	15
1.6 KLINICKÝ OBRAZ	17
1.7 DRUHY SCHIZOFRENIE	17
1.7.1 F20.0 PARANOIDNÍ SCHIZOFRENIE	17
1.7.2 F20.1 HEBEFRENNÍ SCHIZOFRENIE	18
1.7.3 F20.2 KATATONNÍ SCHIZOFRENIE	18
1.7.4 F20.03 NEDIFERENCOVANÁ SCHIZOFRENIE	18
1.7.5 F20.4 POSTSCHIZOFRENNÍ DEPRESE	18
1.7.6 F20.5 REZIDUÁLNÍ SCHIZOFRENIE.....	18
1.7.7 F20.6 SCHIZOFRENIA SIMPLEX	18
1.8 PRŮBĚH SCHIZOFRENIE	19
1.9 DIAGNOSTIKA	19
1.10 LÉČBA SCHIZOFRENIE	20
1.10.1 FARMAKOLOGICKÁ TERAPIE	20
1.10.2 NEFARMAKOLOGICKÁ TERAPIE	22
1.10.3 INDIVIDUÁLNÍ PSYCHOEDUKACE.....	23
1.10.4 RODINNÁ PSYCHOEDUKACE.....	23
1.10.5 PSYCHOTERAPIE.....	24
1.10.6 KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE (KBT)	24
1.10.7 ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIE (ECT)	24
2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTY SE SCHIZOFRENIÍ	25
2.1 PÉČE O BEZPEČÍ NEMOCNÉHO A JEHO OKOLÍ	25
2.2 VHODNÉ ZPŮSOBY JEDNÁNÍ S PACIENTEM	25
2.3 DOPORUČENÉ POSTUPY KOMUNIKACE	26

3	OŠETŘOVATELSKÝ MODEL MARJORY GORDONOVÉ.....	27
3.1	12 KATEGORIÍ MODELU FUNKČNÍCH VZORCŮ ZDRAVÍ.....	27
II.	PRAKTICKÁ ČÁST.....	29
4	METODOLOGIE PRŮZKUMU.....	30
4.1	CÍLE PRÁCE.....	30
4.2	METODA PRŮZKUMU.....	30
4.3	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	30
5	VÝSLEDKY.....	31
5.1	KAZUISTIKA Č. 1.....	31
5.1.1	OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA.....	34
5.1.2	STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ, PLÁNU OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE A ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	36
5.2	KAZUISTIKA Č. 2.....	42
5.2.1	OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA.....	45
5.2.2	STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ, PLÁNU OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE A ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	47
5.3	KAZUISTIKA Č. 3.....	51
5.3.1	OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA.....	54
5.3.2	STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ, PLÁNU OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE A ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	56
	DISKUSE.....	61
	ZÁVĚR.....	63
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	64
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	66
	SEZNAM TABULEK.....	68
	SEZNAM PŘÍLOH.....	69

ÚVOD

Schizofrenie je duševní onemocnění, které narušuje schopnost člověka vnímat podmínky z okolí, myslet a chovat se adekvátně v běžném životě. Projevuje se například poruchami emocí, jednání a myšlení. Nemoc ovlivňuje jak postiženého jedince, tak rodinu, mezilidské vztahy, narušuje pracovní a studijní kariéru, omezuje volný čas a bytí vůbec. Patří mezi psychotická onemocnění. Psychóza je závažná duševní porucha, která se dá léčit. Závažným způsobem zasahuje do osobnosti nemocného, do jeho vztahu s okolím, mění způsob, jakým pacient vnímá sám sebe, své okolí a jakým způsobem s okolím komunikuje. Okolí má mnohdy z nemocného strach. Bojí se jeho nepředvídatelnosti, nebezpečnosti, ale současně i o jeho sama. Člověk se schizofrenií se uzavírá ve svém světě, realita druhých lidí se mu stává cizí (Raboch et al., 2012, s. 244).

Okolí nemocného má strach z jeho nebezpečnosti a nevypočítatelnosti. Tento strach vychází z toho, že někteří pacienti v akutním stádiu onemocnění bývají neklidní, zvláště se chovají a někdy bývají i agresivní. Pacientovo chování vychází z velké úzkosti, okolí má z něho strach a proto někdy dochází ke konfliktům. Po zklidnění nemocného se mění i jeho komunikace s okolím a dojde k vyjasnění situace (Raboch et al., 2012, s. 244).

Statistiky dokazují, že násilné činy páchají schizofrenici stejně často jako zbytek populace, proto je důležité, aby se zdravotnický personál, pracující jak v psychiatrických léčebnách tak i mimo ně, naučil správně komunikovat s pacienty s tímto onemocněním.

Svou bakalářskou prací, jejíž součástí je ošetrovatelský proces, bych chtěl poskytnout ucelený pohled na tuto diagnózu a ošetrovatelskou péči o pacienty se schizofrenií.

Práce s nemocným se schizofrenií má mnoho specifík a liší se od běžné nemocniční péče. Vyžaduje čas, trpělivost, toleranci a pochopení. Nepostradatelná je optimální komunikace, navození důvěry a naslouchání. Léčba je dlouhodobá, komplexní a mnohdy vyžaduje hospitalizaci. Téma mé práce jsem si vybral, protože pracuji na uzavřeném psychiatrickém oddělení v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži, kde se s touto diagnózou setkávám velmi často.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SCHIZOFRENIE

1.1 Definice schizofrenie

Schizofrenie je závažná duševní porucha, která se projevuje narušeným testováním reality, postupným rozpadem myšlení, nezvyklým chováním a obzvláště sociální izolací. Pojem schizofrenie pochází z řeckých slov *σχίζω* (*schizó*), což znamená „rozdělení“ a z *φρενός* (*phrenos*) – mysl (Raboch et al., 2012, s. 244). Definice schizofrenie je sporná, kvůli nedostatku objektivních diagnostických kritérií a obtížností výzkumu takového stavu. Hlavní kód je F20 a má různá dělení. Mezi hlavní příznaky patří bludy, halucinace, poruchy pozornosti a vůle, ochuzení citového života a sociální izolace, dále například narušení pohybové koordinace (katatonní stupor). První příznaky se nejčastěji rozvíjejí v pozdní adolescenci a rané dospělosti. V tomto období jsou na mladého člověka kladeny zvýšené nároky. Počátek onemocnění většinou bývá plíživý a je doprovázen zastřeným vědomím, významnými poruchami chování a nezřídka i halucinacemi. Jednotlivé příznaky spolu různě souvisejí a navzájem se ovlivňují. Tvoří integrovaný celek. Obecně se předpokládá, že schizofrenie je vývojovou poruchou založenou na určitých změnách v neuroanatomii a neurochemii mozkové tkáně. Při rozvoji onemocnění hrají roli zejména tři oblasti: limbický systém, prefrontální kůra a bazální ganglia. Jedním z faktorů ovlivňujících schizofrenii, i když pouze částečným, je i dědičnost. Důležitou roli ovšem sehrávají i vnější faktory, jako jsou např. viry a toxiny. Nutno podotknout, že schizofrenie je u každého nemocného naprosto originální, stejně tak jako je originální každý jedinec (Češková, 2007, s. 13).

1.2 Incidence a prevalence schizofrenie

Schizofrenie se vyskytuje přibližně u 1 % světové populace. Výskyt tohoto onemocnění v různých kulturách a rasách je konstantní. Literatura se zmiňuje o výraznějších odchylkách v prevalenci onemocnění, které se našly v relativně malých, uzavřených společnostech (v polární oblasti Švédska a u původních obyvatel na Tchan-wanu). Postihnutí jsou jak muži, tak ženy. Rozdíl je v nástupu onemocnění u mužů (ve 20-25 letech věku) a u žen (ve 25-30 letech věku). Výjimečně se popisuje začátek okolo 45. roku věku, tehdy se diagnostikuje jako parafrenie. Málokdy se může vyskytnout i kolem věku 15 let nebo i dříve (Vágnerová, 2004, s. 334).

1.3 Etiologie

Odborníci se dnes shodují, že schizofrenie se vyvíjí jako výsledek souhry mezi biologickou predispozicí (například dědičnost) a druhem prostředí, kterému je člověk vystaven. Je známo, že narušení mozku je výsledkem genetické predispozice a zátěžových faktorů životního prostředí na začátku vývoje v těhotenství nebo v raném dětství, co vede k jemným změnám v mozku. Faktory životního prostředí v pozdním životě mohou buď poškozovat mozek a tím se dále zvyšuje riziko schizofrenie, anebo snižovat expresi genetické vady a snížit riziko schizofrenie. Schizofrenie je způsobená kombinací biologických, psychologických a sociálních faktorů, a tohle chápání duševní nemoci se nazývá bio-psycho-sociální model.

Přesný postup, kterým faktory životního prostředí a stres způsobují v mozku změny, které vedou nakonec k psychóze anebo schizofrenii, vysvětluje epigenetika (Raboch et al, 2012, s. 245).

1.4 Rizikové faktory

Místo narození – lidé narození ve městě jsou vystaveni přibližně dvojnásobnému riziku vzniku schizofrenie (čím vyšší hustota obyvatelstva, tím vyšší riziko).

Sezónní vlivy – schizofrenii mohou ovlivňovat například geny, nutriční faktory, světlo, teplota, počasí, infekční agens nebo kombinace některých z těchto vlivů.

Komplikace během těhotenství – diabetes mellitus u matky a diuretika podávána ve třetím trimestru těhotenství mohou zvyšovat riziko vzniku schizofrenie.

Abnormální růst a vývoj plodu – mezi rizikové faktory můžeme zařadit nízkou porodní hmotnost.

Komplikace během porodu – hypoxie (nedostatek kyslíku pro tělesný metabolismus), anoxie (nedostatek kyslíku ve tkáních).

Infekce – zarděnky a retroviry, toxoplasmóza.

Nutriční faktory – nedostatečná výživa plodu, snížené množství nenasycených mastných kyselin, snížené množství vitamínu D, umělá výživa místo kojení.

Časný psychosociální stres – například ztráta blízké osoby v dětství, sociální izolace a další.

Prenatální stres – stres matky během těhotenství je potenciálním rizikovým faktorem pro rozvoj schizofrenie dítěte.

Psychosociální stres v dětství – časné odloučení dítěte od matky, narušený chod rodiny, napětí v rodině.

Návykové látky, drogy – riziko vzniku schizofrenie zvyšuje například nikotin, alkohol, dále pak marihuana, kokain a halucinogeny (Novotný et al., 2007, s. 54).

1.5 Příznaky

V současné odborné literatuře i běžné klinické komunikaci se symptomy schizofrenie zařazují do následujících skupin:

Pozitivní příznaky – patří sem bludy, halucinace, dezorganizované myšlení a řeč, bizarní a katatonní chování. Označují se jako floridní.

Negativní příznaky – hypobulie, chorobná nerozhodnost, snížená schopnost komunikace, ochuzení řečového projevu, sociální izolace, plochá emotivita, zanedbávání zevnějšku atd.

Kognitivní příznaky- například narušení pracovní paměti, porucha tzv. sociální kognice (Češková, 2007, s. 18-20).

V klinickém obraze schizofrenie můžeme pozorovat poruchy myšlení a to jak formální (inkoherece), tak i obsahové (bludy), poruchy vnímání (halucinace), poruchy emocí a poruchy konání.

Blud je obsahová porucha myšlení, jde o chorobné, nevývratné přesvědčení, které vychází z nesprávného úsudku o zevní realitě. Jsou provázeny pocitem evidentnosti, nelze je rozumovými argumenty vyvrátit, ovlivňují jednání jedince. Základní skupiny bludů jsou expanzivní, depresivní, paranoidní, bizarní. Dále sem patří bludy ovlivňování a kontrolování (Koukolík a Motlová, 2004, s. 23).

Halucinace se dají vysvětlit jako vjemy bez zevně existujícího objektu. U schizofrenie můžeme rozlišovat nejen halucinace, ale také pseudohalucinace, iluze a různé neobvyklé prožitky. Mezi nejčastější halucinace řadíme sluchové, zrakové a taktilní halucinace. Sluchové halucinace popisují klienti jako hlasy mající většinou nepříjemný obsah. Tyto hlasy mohou

komentovat klientovy myšlenky nebo chování, hádají se, radí, nabádají k různým činům, přikazují, osočují či urážejí pacienta (Koukolík a Motlová, 2004, s. 21-22).

Pseudohalucinace nejsou u schizofrenie příliš časté. Dalo by se říci, že se jedná taktéž o vjemy bez existujícího objektu, ovšem klient má mírně zachovalý svůj vlastní náhled, je si vědom nereálnosti těchto vjemů (Koukolík a Motlová, 2004, s. 21-22).

Iluze se vyznačují tím, že klient má porušené vnímání reálně existujícího objektu.

Porucha řeči

U klienta se zjišťuje ztráta asociací a rozjíždivé myšlení, jeho řeč může být dezorganizovaná, bez logického uspořádání, nejvyšší stupeň je inkoherence. Klient dává slova či slovní spojení do spojitosti s jinými tak, že nedávají smysl. Jiným jevem je pseudoinkoherence, kdy klient mluví zdánlivě neuspořádaně, není to ale způsobeno rozjíždivostí myšlení, nýbrž tachypsichismem, kdy myslí tak rychle, že nestíhá vše říci (Češková, 2007, s. 54).

Chudé myšlení

Klient ztrácí schopnost pestrého vyjadřování, neumí popsat své pocity, sdělit svá přání atd. Nemocný se většinou vyjadřuje holými větami, často jednoslovně, mnohdy jen odpovídá na dotazy, spontánně se nesnaží navázat komunikaci. Někdy jen mlčí. U klienta dochází k redukci slovní zásoby, jeho slovní projev je stereotypní, neuvědomuje si opakování stejných slov či slovních spojení, mluví neohrabaně (Češková, 2007, s. 55).

1.5.1 Poruchy emotivity

Úzkost, anxieta

Jde o pocity vnitřního napětí, neklidu, někdy se navenek projevují pocitem nedostatku dechu, stažením žaludku, tísně na hrudi apod. Nemocný je často silně vnitřně prožívá a nejednou právě tyto příznaky mohou vést k sebevražedné aktivitě (Praško et al., 2003, s. 222).

Depresivní nálada

Nepřiměřeně smutná nálada, pesimismus, nízké sebehodnocení, poruchy vůle, nevykonnost a mnoho dalších příznaků svědčí pro depresivní syndrom. Může rovněž vést až k sebevraždě (Praško et al., 2003, s. 222).

Emoční oploštělost, plochost

Emoční výkyvy se redukují, klient má téměř pořád stejnou náladu, zevní podněty v něm nevyvolávají změnu v emočním prožívání. Má ochuzené prožívání situací, zmenšení intenzity prožitku a citu. Není schopen mít k někomu či něčemu silný vztah, stejně tak mít někoho či něco rád. Jeho chování se jeví jako laxní, bez zájmu, začíná být chladný, bezcitný, lhostejný, někdy až tupý (Praško et al., 2003, s. 222).

Emoční nepřiměřenost, nepřiléhavost

Emoční reakce není adekvátní situací. Klienti například vesele hovoří o věcech, které vůbec veselé nejsou, a často se jim smějí, jako například sebevraždě, smrti někoho z rodiny atd (Praško et al., 2003, s. 222).

Apatie

Klienta nic nezajímá, je mu všechno jedno, je „otrávený“, neví, co by měl dělat.

Abulie, hypobulie

Nemocný má oslabenou vůli, rád by něco udělal, avšak nejde to, protože nemá sílu se do toho pustit. Není například schopen ani vstát z lůžka, vykonat osobní hygienu a podobně (Praško et al., 2003, s. 222).

Poruchy spánku

U pacientů se schizofrenií jsou poruchy spánku velmi časté. Může jít například o dyssomnie. Pro dyssomnie je typické zkrácení spánku, v extrémních případech jde o insomnii (Praško et al., 2003, s. 223).

Agresivita vůči okolí

Klient v psychotickém stavu, pod vlivem halucinací či bludů, může někoho napadnout v domněnce, že dotyčný člověk je k jeho osobě nepřátelský či je mu přímo nebezpečný (Praško et al., 2003, s. 223).

Psychomotorický neklid

Pacient má nepřiměřeně zvýšenou či neúčelnou tělesnou aktivitu. Může být neklidný, pobíhá sem a tam, nevydrží na jednom místě (Praško et al., 2003, s. 224).

Poruchy z oblasti psychomotoriky

Zde patří různé grimasování, manýrování, katatonní stupor (ztráta pohybu, včetně řeči) a raptus (prudký záchvat zuřivosti následující po úzkostném stavu) (Praško et al., 2003, s. 224).

1.6 Klinický obraz

Existuje velké množství klinických obrazů, které se označují diagnózou schizofrenie. Eugen Bleuler, původce termínu schizofrenie, se pokusil analyzovat význam jednotlivých symptomů schizofrenie, které rozdělil na tzv. základní příznaky - Bleulerova „4A“ (autismus, ambivalence, afektivní oploštělost, asociační skoky v myšlení) a tzv. akcesorní příznaky, které se určují pro daný typ schizofrenie (poruchy vnímání, bludy, poruchy paměti, písemného projevu, psychomotoriky apod.).

Kurt Schneider se v roce 1957 pokusil o pragmatickou definici symptomů, vymezil příznaky tzv. I. a II. řádu. Mezi příznaky I. řádu zařazujeme: ozvučování, odnímání myšlenek, které komentuje chování nemocného, případně mezi sebou komunikují, bludné vnímání. K příznakům II. řádu patří: halucinace v trvání minimálně po dobu 1 měsíce, neologizmy, zárazy v myšlení, nesouvislý řečový projev (inkoherece), katatonické poruchy psychomotoriky, ochuzení řeči a písma, ploché emoční prožívání (Koukolík a Motlová, 2004, s. 112).

1.7 Druhy schizofrenie

Současná klasifikace MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí - desáté vydání) rozděluje schizofrenii na následující typy podle tabulky uvedené v příloze PI.

1.7.1 F20.0 Paranoidní schizofrenie

Je charakterizována paranoidně-halucinatorním syndromem. Dominuje vztahovačnost, perzekuční bludy, které jsou většinou doprovázeny sluchovými halucinacemi anebo jinými poruchami vnímání. Pacient může konat pod vlivem bludných přesvědčení. Afektivní poruchy, poruchy vůle, řeči a symptomy katatonní jsou buď nepřítomné, nebo poměrně nenápadné (Raboch et al., 2012, s. 250).

1.7.2 F20.1 Hebefrenní schizofrenie

Začíná v adolescenci, jsou přítomny formální poruchy myšlení. Je to porucha afektivně nepřiměřená, objevuje se neadekvátnost, překvapující hrubost a vulgárnost, plané vtipkování - moria. Prognóza je obvykle špatná kvůli rychlému rozvoji negativních symptomů, hlavně oploštění emotivity a ztráta vůle. Hebefrenie by se správně měla diagnostikovat pouze v období dospívání a u mladých dospělých (Raboch et al., 2012, s. 250).

1.7.3 F20.2 Katatonní schizofrenie

Vyskytují se neproduktivní a produktivní příznaky katatonního syndromu. Je charakterizována různými psychomotorickými poruchami od hyperkinéze přes stupor až po negativismus. Velmi vzácná je Stauderova letální katatonie. Při tomto stavu je třeba myslet na rozvoj maligního neuroleptického syndromu (Raboch et al., 2012, s. 251).

1.7.4 F20.03 Nediferencovaná schizofrenie

Zahrnuje v sobě více příznaků, které neumožňují přiřazení k žádnému výše popisovanému typu (Raboch et al., 2012, s. 251).

1.7.5 F20.4 Postschizofrenní deprese

Depresivní stav, který může přetrvávat po akutní fázi onemocnění, se objevuje jako dozvuk proběhlé ataky. Některé symptomy schizofrenie, ať pozitivní či negativní, musí být stále přítomny, ale již nejsou v popředí klinického obrazu (Raboch et al., 2012, s. 251).

1.7.6 F20.5 Reziduální schizofrenie

Chronické stadium ve vývoji schizofrenie, kde je jasná progresse z časného do pozdního stadia. Dominuje negativní symptomatika, ploché emoční prožívání, smazání rysů osobnosti. Je výsledkem reziduí po proběhlých akutních atakách. Patří sem i stavy, kde při dlouhodobém průběhu zůstávají známky floridních příznaků (Raboch et al., 2012, s. 251).

1.7.7 F20.6 Schizofrenia simplex

Pozvolna se rozvíjející porucha bez jasných pozitivních psychotických symptomů, s postupným rozvojem změn osobnosti oproti premorbidnímu stavu. Překrývá se

schizotypní poruchou a schizoidní poruchou osobnosti mající známky autismu a strukturálních poruch myšlení (Raboch et al., 2012, s. 251).

1.8 Průběh schizofrenie

Průběh schizofrenie je individuální, často představuje několik stádií. Podle Hoschla existuje tzv. premorbidní stadium v průběhu prvních pěti roků života, které se projevuje poruchami pozornosti, výkonu v neuropsychologických testech, někdy sociálním stažením. Tato stadia přecházejí do prodromárního stadia, které předchází začátku první epizody schizofrenie. Schizofrenie se projevuje příznaky jako například pocity zmatku, úzkosti, nejistoty, izolace, strachu, mění se spektrum vjemů. Příznaky první epizody začínají buď akutně nebo pozvolna. Tehdy se jeví jako lenost, arogance, introvertnost, zanedbávání vztahů a zevnějšku, náladovost, problémy s učením, konfliktnost, suicidální pokusy. V průběhu trvání onemocnění se obvykle snižuje intenzita pozitivních příznaků a zvyšuje se podíl reziduálních negativních příznaků. Podle klasifikace MKN-10 jde o reziduální schizofrenii. Dalším možným vyústěním je postschizofrenická deprese s převahou příznaků z oblasti afektivity.

Prognózu pro tuto chorobu je těžké určit, protože se neustále mění léky i léčebné postupy. Retrospektivní studie ukazují, že asi třetina se vyléčí úplně, třetina vykazuje známky zlepšení, avšak není úplně vyléčitelná a třetina zůstává nemocná. Prognóza do značné míry závisí i od rychlosti její diagnózy a od věku, kdy vznikne. Čím je postižený jedinec mladší, tím je prognóza schizofrenie horší (Bouček, 2001, s. 88).

1.9 Diagnostika

Schizofrenie nemá žádnou specifickou diagnostickou metodu, o její přítomnosti se rozhoduje na základě příznaků, které se projeví během vyšetření. Existují diagnostická kritéria podle MKN-10. Základní vyšetřovací metodou je rozhovor a pozorování. Pomocnými diagnostickými metodami jsou psychologické vyšetření, zobrazovací vyšetření mozku (k diferenciaci diagnostice organické příčiny psychózy), laboratorní testy. Pátráme po formálních a obsahových poruchách myšlení, jako jsou bludy a inkoherece, nepřiměřená afektivita, emoční oploštění, citový chlad. V chování můžeme pozorovat bizardnosti (manýrování, grimasování), taktéž poruchu orientace. Klient se schizofrenií může být impulzivní až agresivní. Tyto příznaky se nejčastěji projeví v období dospívání, kolem 15. roku života. Za mezní věk se

většinou udává třicet let. Tím se nevylučuje, že schizofrenie může propuknout dříve či později, nejpozději však do 45 let (Cohen, 2002, s. 125).

1.10 Léčba schizofrenie

V léčbě schizofrenie se uplatňují farmakologické a nefarmakologické postupy.

1.10.1 Farmakologická terapie

Úlohou psychofarmak je docílit změny psychického stavu člověka. Psychofarmaka byla objevena v druhé polovině dvacátého století. Základem farmakoterapeutického působení na pacienty trpících schizofrenií jsou tzv. antipsychotika, ale využívají se i farmaka z jiných kategorií k ovlivnění některých symptomů, například k potlačení depresivních symptomů se používají antidepressiva. Jsou určena pacientům se schizofrenií, u kterých je přítomný depresivní syndrom. Ten signalizuje nedostatečnou léčebnou odpověď a je spjatý se zvýšenou suicidální aktivitou. Antiepileptika se u pacientů se schizofrenií používají k augmentaci účinku antipsychotik nebo jako prevence u antipsychotik, u kterých je častým nežádoucím účinkem provokace epileptického záchvatu. Anticholinergika se používají v léčbě extrapyramidových symptomů navozených antipsychotiky.

Antipsychotika působí proti psychotickým symptomům, současná atypická antipsychotika zmírňují i negativní příznaky schizofrenie a zmenšují riziko vzniku kognitivního deficitu – působí na psychickou integraci v mozkové kůře. Antipsychotika mají odstraňovat halucinace a poruchy vnímání včetně vnucujících se komandujících myšlenek, direktivních hlasů, pocitů přenosu a vysílání myšlenek a postupně rozbít poměrně hustou a komplikovanou síť bludných konstrukcí. Pacient má získat náhled a má se zabránit návratu psychózy, proto mají při dlouhodobém užívání i preventivní význam.

Při výběru antipsychotik se vychází z charakteru příznaků, které jsou u daného jedince vyjádřené. Může jít o pozitivní nebo o negativní příznaky, suicidální sklony, katatonie, agitovanost, farmakorezistenci, nespolečnosti apod. Rozlišujeme akutní fázi léčby, stabilizační, udržovací, dlouhodobou. Akutní fáze je zaměřená na co nejrychlejší potlačení psychotických příznaků, proto se podávají vysoké dávky antipsychotik. Stabilizační léčba se zahajuje po odeznění akutních příznaků. Cílem dlouhodobé léčby je prevence relapsu a udržení remise.

Po první atace by měla léčba trvat minimálně dva roky. Při častých atakách schizofrenie se délka terapie doporučuje individualizovat a neohraničovat, v mnohých případech se považuje za celoživotní.

Antipsychotika se používají především k odstranění akutních psychotických příznaků a také jako dlouhodobá prevence relapsu (Novotný a et al., 2007, s. 54).

Antipsychotika první generace

Hlavním účinkem je odstranění pozitivních symptomů, avšak mají také mnoho nežádoucích účinků, které jejich využívání limituje. Řadíme mezi ně extrapyramidové symptomy (třes připomínající parkinsonismus, rigidita, akatizie, orofaciální dyskinezy atd.), hypotenzi (snížený krevní tlak), nadměrnou sedaci, hyperprolaktinémii (zvýšená hladina prolaktinu v krvi), poruchy erekce, pokles libida, hypopatii a hypobulii (nedostatek zájmu a vůle do činností), poruchy akomodace (zaostřování oka na různé vzdálenosti), suchost sliznic, retenci moči, obstipaci (zácpa), poruchy paměti, cholestázu v játrech (městnání žluči v játrech), sinusovou tachykardii (zvýšená klidová srdeční frekvence nad 90/min.), fotosenzitivitu (citlivost na slunce), alergii, snížení záchvatového prahu s rizikem výskytu epileptických záchvatů a nejobávanější neuroleptický maligní syndrom.

Antipsychotika první generace mají nedostatečný účinek v léčbě negativních a kognitivních symptomů, dokonce mohou jejich projevy naopak zhoršovat. Antipsychotika 1. generace (dále A1G) dále dělíme na sedativní (chlórpromazin, levopromazin, chlórprothixen, zuklopentixol) a incizivní (flufenazín, haloperidol) (Češková, 2007, s. 195).

Antipsychotika druhé generace

Zástupci těchto farmak se navzájem liší spektrem svých nežádoucích účinků a svými farmakodynamickými vlastnostmi. Mají schopnost příznivě působit i u farmakorezistentních klientů a jsou účinnější v léčbě negativních symptomů, kognitivního deficitu a v prevenci relapsu na rozdíl od antipsychotik první generace. Méně často se setkáváme s klinicky významnou elevací prolaktinu, riziko rozvoje tardivních dyskinezi je nižší, nevedou k akutním extrapyramidovým syndromům. Naopak mezi časté nežádoucí účinky některých atypických antipsychotik patří nárůst tělesné hmotnosti, metabolický syndrom.

Antipsychotika 2. generace (dále A2G) dělíme na:

- selektivní antagonisty D2/D3 receptorů;
- selektivní antagonisty serotoninových a dopaminových receptorů;
- multireceptorové antagonisty;
- D2 stabilizátory.

Antipsychotika mají vesměs stejné hlavní účinky. U nemocného dochází k postupné úpravě poruch myšlení, soustředění, bludy a halucinace ztrácejí svou naléhavost a začínají být nemocnému lhostejné. Posléze většinou zcela zmizí. Antipsychotika musí brát nemocný v nižších dávkách i delší dobu poté, co je již zcela bez příznaků. Neslouží jenom k odstranění akutních, tzv. floridních příznaků, ale také jako prevence vzniku nové epizody (snižují riziko vzniku až o 40 %). Mají tedy léčebný i preventivní účinek (Češková, 2007, s. 158).

1.10.2 Nefarmakologická terapie

Pacienti se schizofrenií často prožívají sociální stažení, co má degenerativní vliv na sociální zručnosti a sociální aspekty běžného života pacientů. Sociální zručnosti zahrnují chování, které umožňuje úspěšné sociální interakce, zahrnující také sociální vnímání, selekci vhodných odpovědí na dosažení cíle, a verbální i neverbální chování. Sociální kompetence, která je u nemocných se schizofrenií narušená, nepředstavuje vlastnost osobnosti, ale repertoár způsobilostí, které jsou specifické pro různé situace. Při narušení způsobilostí a sociálních kompetencí jsou u pacientů se schizofrenií typické poruchy řešení problémů (berou do úvahy nejen kognitivní, ale i motivační a emoční faktory). Více klinických studií prezentuje potřebu využívání tzv. psychosociálních terapeutických programů, které jsou zaměřené především na nácvik sociálních zručností a deficit kognitivních funkcí.

V současnosti převládá názor, že jen komplexní a systematická léčba s využitím všech dostupných léčebných postupů může příznivě ovlivňovat průběh a prognózu onemocnění z okruhu schizofrenie. Vhodnou kombinací biologické léčby s psychoterapeutickými, rehabilitačními, resocializačními a psychoedukačními postupy je postupně možné obnovit a rozvíjet způsobilosti v sociální oblasti, zlepšit sociální interakce a tím i kvalitu života nemocných se schizofrenií.

V rámci komplexní péče o pacienty se schizofrenií se s velmi dobrými výsledky zařazuje současně s farmakoterapií i kognitivně-behaviorální psychoterapie. Bylo dokázáno, že

kognitivně-behaviorální terapie spolu s farmakologickou intervencí má pro pacienty přínos, co se týká počtu relapsů a fungování. Ve skupině pacientů s takovou léčebnou kombinací byly redukovány pozitivní symptomy v škále PANSS a bylo méně relapsů.

Psychiatrická rehabilitace zahrnuje všechny pochody a opatření, které sledují cíl znovuzařazení pacientů postihnutých psychickou poruchou do běžného života. Rehabilitace se překrývá s psychoterapeutickými a socioterapeutickými postupy, takže stanovení hranice bývá otázkou dohody poskytovatelů zdravotní péče (Koukolík a Motlová, 2004, s. 298-299).

1.10.3 Individuální psychoedukace

Je nedílnou součástí léčby duševních poruch, slouží k navázání dlouhodobé spolupráce klienta a upevnění terapeutického vztahu. Odborníci by měli být schopni srozumitelnou formou podat pacientovi informace o povaze onemocnění, možnostech a limitech léčby atd. Například informace o předepisovaných lécích mohou přispět k pochopení jejich významu, motivovat pacienta k jejich užívání. Lidé postižení duševní poruchou mají právo na informace o svém zdravotním stavu a pacient by měl alespoň částečně rozumět tomu, co se s ním děje. Psané materiály jsou sice zdrojem obecných informací, avšak prosazuje se psychoedukace „šitá na míru“, která upřednostňuje osobní situaci každého jednotlivce.

Při přípravě terapeutického plánu vycházíme z vlastních postřehů pacienta, na jejichž základě lze nalézt individuální varovná znamení signalizující zhoršení nemoci, a tak připravit krizový plán (Praško et al., 2003, s. 85).

1.10.4 Rodinná psychoedukace

Je to intervence zaměřená na celou rodinu pacienta a na jeho blízké. Cílem je srozumitelně poskytnout klientům a jejich blízkým informace o nemoci, naučit je dovednostem důležitých pro úspěšné dlouhodobé zvládání nemoci a poskytnout podporu všem zúčastněným. Důležité je zajistit klientovi bezpečné, klidné a předvídatelné prostředí, ve kterém se on sám cítí dobře. Využívá se nácvik sociálních dovedností, které snižují napětí v rodině a omezují tak riziko nového propuknutí nemoci (Praško et al., 2003, s. 86).

1.10.5 Psychoterapie

Je nezanedbatelnou součástí terapie schizofrenie. Jedná se o soubor verbálních, neverbálních a paraverbálních komunikačních technik využívaných psychoterapeutem za účelem zvýšení duševního zdraví pacienta. Psychoterapie pomáhá nemocnému adaptovat se na onemocnění, motivovat pacienty k dlouhodobému užívání léků. Nabízí pomoc při překonávání zátěže a zvládnání úzkosti, obnovení anebo zlepšení sebehodnocení (Praško et al., 2003, s. 86).

1.10.6 Kognitivně behaviorální terapie (KBT)

KBT vychází z teorie, že příčinou psychických potíží jsou chybné způsoby myšlení a chování, které jsou naučené a udržované rozpoznatelnými vnějšími i vnitřními faktory.

Pacient se může tyto chybné způsoby chování a myšlení odnaučit, přeučit nebo se může naučit novým, vhodnějším způsobům jak řešit své problémy. Vztah důvěry a spolupráce je nezbytný, ale nikoli postačující prostředek k dosažení úspěchu v terapii. V léčbě schizofrenie se KBT uplatňuje při zmírňování psychotických příznaků. KBT redukuje symptomy, především závažnost bludů (Praško et al., 2003, s. 88).

1.10.7 Elektrokonvulzivní terapie (ECT)

Mezi jiné terapeutické metody patří např. ECT. Jde o partikulární nebo komplexní stimulaci mozku elektrickým proudem. ECT se dělá v celkové anestezii, která může způsobovat nežádoucí účinky jako je zmatenost, bolest hlavy, závrať, dočasná ztráta krátkodobé paměti. Využití ECT se osvěd čilo při těžkých psychotických stavech, katatonních, popřípadě depresivních symptomech spojených s vysokým rizikem suicidálního konání, případně při farmakorezistenci. Vitální indikací při aplikaci ECT je málo frekventovaná forma schizofrenie tzv. Stauderova letální katatonie. Při obzvlášť závažných případech je občas nutná tzv. kumulovaná léčba, při které se v případně akutní formě využívá ECT několikrát denně. V současnosti se používá tzv. modifikovaná ECT s využitím preparátů (sukcinylcholinjodid, thiopental), které humanizují tuto léčebnou metodu (Koukolík a Motlová, 2004, s. 285).

2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTY SE SCHIZOFRENIÍ

2.1 Péče o bezpečí nemocného a jeho okolí

U schizofrenie se v souvislosti s různými poruchami vnímání a myšlení objevují pocity strachu a úzkosti. Nemocný pak může ublížit sobě nebo jiným lidem, což vzniká z obrany proti domnělému násilí vůči němu. Některé druhy bludů obsahují prvky sebeobviňování, pacient si v důsledku nich může způsobit zranění jako potrestání sebe samého. Při masivní úzkosti může dojít až k pokusu o sebevraždu. Z tohoto důvodu je zajištění bezpečného prostředí jedním ze základních úkolů ošetřujícího personálu (Kučerová, 2010, s. 57).

Nemocný bývá většinou přijat na uzavřené psychiatrické oddělení, mnohdy jeho stav vyžaduje dokonce izolaci nebo umístění na pokoj se zvýšenou péčí. Pacient v prvních fázích těžce přijímá fakt, že je hospitalizovaný a nemůže se volně pohybovat, v takových případech se může pokusit o útěk, „bojuje“ se zdravotnickým personálem, někdy se dokonce pokusí o sebevraždu. Cílem ošetřovatelské péče je tedy zajištění bezpečnosti všech přítomných, včetně nemocného, s maximálním ohledem na lidskou důstojnost a potřeby nemocného (Kučerová, 2010, s. 58).

2.2 Vhodné způsoby jednání s pacientem

Pacienti trpící schizofrenií se často cítí odděleni od celého světa, mají dojem, že jsou izolováni. Dodržování zásad správné komunikace s pacientem zvyšuje jeho ochotu i schopnost více důvěřovat okolí, které mu může pomoci. Je potřebné dodržovat dvě základní zásady. Pacienta se nebát a nedávat mu najevo, že jeho chování a řeč nejsou normální. Strach je to nejhorší v komunikaci s pacientem se schizofrenií, co zdravotník může prožívat. Strach je vidět, i když se jej snažíme skrýt. Nemocný ho vycítí a tím spíše může být agresivní. Projevem nezvládnutí situace ze strany zdravotnického personálu je dávat najevo, že nemocný mluví „nesmysly“ a to pohledem, intonací nebo jinými neverbálními způsoby. Také se nedoporučuje formální odsouhlasení pacientovy bludné produkce, protože to vyvolává pacientovu nedůvěru. To může ztížit spolupráci nemocného na léčbě nebo vést k agresivitě (Kučerová, 2010, s. 52).

V současnosti se doporučuje být k projevům nemoci co nejvíce tolerantní a trpělivý, nevyčítat je nemocnému, protože to není jeho vina, ale souvisí s jeho chorobou, případnou

nespokojenost vyjadřovat pokud možno co nejdříve, přímo a předcházet tak kumulaci napětí. Měli bychom se snažit snižovat stresové situace kolem pacienta se schizofrenií, protože je velmi citlivý na stres. Pokud vznikají nějaké odchylky od domácího řádu, mění se náhle plány, nemocný by to měl vědět jako první. Jasně a srozumitelně by se měl s těmito změnami seznámit, protože z podstaty své nemoci má obtíže se zpracováním informací, potřebuje tudíž jasné a srozumitelné údaje. Pokud znejistí, je třeba mu poskytnout podporu, že situaci určitě zvládne. Jeho sebevědomí je otřesené a je tedy potřeba jej postupně a pomalu zvyšovat (Kučerová, 2010, s. 53).

Dále je potřeba nemocnému nabízet zapojení do rozhovoru, do práce, avšak nenutit jej, když sám nechce. Dávat mu najevo, že o něj rodina a příbuzní stále stojí, být prostě takto nemocnému člověku k dispozici.

2.3 Doporučené postupy komunikace

Pokud jde o komunikaci s pacientem se schizofrenií, zdravotník přechází do jiné komunikační roviny, musí se „naladit“ na stejnou komunikační hladinu, na které komunikuje pacient. Nemocný kvůli své diagnóze nemůže komunikovat v rovině zdravého člověka, proto se zdravý musí přizpůsobit nemocnému, vyjít mu naproti. Podstatné je, abychom se snažili pacientovi porozumět. Dáme najevo, že sice nechápeme vše, co říká, ale akceptujeme ho jako člověka, je námi vítán, snažíme se s ním domluvit. Pokud prožívá strach nebo má nějaký problém, snažíme se mu pomoci (Marková, Venglářová a Babiáková, 2003, s. 71).

Uděláme to takovou formou, která bude pro pacienta přijatelná. K navázání kontaktu je důležité vytvořit atmosféru a bezpečí. Až pak můžeme nabízet terapeutické možnosti (léky, injekce, hospitalizace atd.). Projevy nemoci jsou někdy tak bouřlivé, že se nám kontakt nepodaří navázat, pacient nespolupracuje, dokonce může být agresivní. V takovém případě nezbyvá než přivolat více lidí, tím není řečeno, že se má použít násilí. Častokrát neklidný nebo agresivní pacient se podrobí, když vidí přesilu lidí, popřípadě policistu, aniž by bylo potřeba fyzického omezení. Značnou roli v uvedeném postoji a komunikační dovednosti zdravotnického personálu hraje letitá zkušenost a praxe (Marková, Venglářová a Babiáková, 2003, s. 72).

3 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL MARJORY GORDONOVÉ

M. Gordonová vystudovala ošetrovatelské vzdělání v New Yorku ve škole Mount Sinai Hospital School of Nursing. Roku 1974 stanovila základní strukturu modelu pomocí 12 oblastí a v roce 1987 publikovala Model funkčních vzorců zdraví. Je profesorkou na Boston College. Byla prezidentkou NANDA do roku 2004. Zabývá se výzkumem ošetrovatelských diagnóz.

Cílem M. Gordonové je ošetrovatelské zdraví. Pacient je holistická bytost s psychologickými, sociologickými a duchovními potřebami.

Ošetrovatelský model nám pomáhá dosáhnout ošetrovatelského cíle. Slouží k získání poznatků, které by nám měly pomoci ke zlepšení práce. Dále přispívá k třídění informací do jednotlivých systémů. Všeobecná sestra získává údaje o jednotlivých oblastech a získané poznatky dále analyzuje (Pavlíková, 2006, s. 12-14).

3.1 12 kategorií modelu funkčních vzorců zdraví

1. Vnímání zdraví

Zjišťujeme, jak pacient vnímá svůj zdravotní stav. Ptáme se, jaký má přístup ke svému zdraví a jak ho udržuje. Pozorujeme dodržování lékařských a ošetrovatelských ordinací.

2. Výživa a metabolismus

Pozorujeme, jak pacient přijímá potravu a tekutiny a v jakém množství. Hodnotíme stav kůže, sliznic, vlasů, nehtů, chrupu, výšku, hmotnost a schopnost hojení ran.

3. Vylučování

Sledujeme způsob vyprazdňování a pravidelnost. Zjišťujeme rituály vyprazdňování a používání podpůrné medikace.

4. Aktivita – cvičení

Zjišťujeme, jak pacient tráví svůj volný čas a zda si udržuje tělesnou kondici.

5. Spánek a odpočinek

Ptáme se, jak dlouho pacient spí a zda užívá nějaký druh hypnotik. Posuzujeme kvantitu a kvalitu spánku. Zjišťujeme způsoby navození spánku, denní činnosti před spánkem.

6. Vnímání, citlivost a poznávání

Pozorujeme vědomí, mentální funkce a bolest. Hodnotíme poznávací schopnosti, přiměřenost sluchu, čichu, zraku a doteku.

7. Sebepojetí a sebeúcta

Hodnotí vnímání sebe sama, emocionální stav a názor na sebe. Pozorujeme vzhled, nonverbální projevy a emocionální reakce.

8. Role – mezilidské vztahy

Zjišťujeme plnění životních rolí a úroveň mezilidských vztahů. Pozorujeme soulad nebo narušení vztahů v rodině, zaměstnání a plnění povinností ke svému okolí.

9. Sexualita

Popisuje uspokojení a neuspokojování v sexuálním životě. Zahrnuje poruchy a potíže v oblasti sexuální. Zaměřujeme se i na reprodukční období ženy.

10. Stres

Zaměřujeme se na důležité změny v poslední době, na zvládání stresových situací a podporu rodiny.

11. Víra – životní hodnoty

Zjišťujeme, jak pacient vnímá životní hodnoty, cíle a přesvědčení. Zahrnuje vše, co je pro pacienta důležité.

12. Jiné

Další informace, které nelze zařadit do jiných skupin (Pavlíková, 2006, s. 15-16).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE PRŮZKUMU

4.1 Cíle práce

1. Zjistit míru schopnosti sebezpeče u klientů se schizofrenií při denních aktivitách dle funkčních vzorců zdraví M. Gordonové.
2. Pojmenovat specifika ošetrovatelské péče u klientů se schizofrenií.

4.2 Metoda průzkumu

V praktické části bakalářské práce byla použita kvalitativní metoda, která umožňuje hlubší pohled na zkoumanou problematiku. Metodou výzkumu je kazuistika. Kvalitativní výzkum nám dává možnost získat ucelenější obraz o životě člověka, který onemocněl schizofrenií. Technikou sběru dat bylo získávání údajů ze zdravotnické dokumentace a pozorování. Z důvodu pozorování byl ke každému pacientovi vytvořen pozorovací arch (Příloha PII).

4.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Průzkumné šetření bylo prováděno u 3 nemocných trpících schizofrenií, kteří jsou delší dobu hospitalizováni v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži (PNKM). Kazuistiky se týkají třech mužů, věkového průměru 62 let.

„Kazuistika se definuje jako intenzivní metoda studia jednotlivého případu s důrazem na utříděný celkový pohled, včetně základních charakteristik osobnosti jedince, jeho příznaků, vývoje poruch, významných zážitků, postojů aj. Ve zdravotnictví je to popis jednotlivých případů onemocnění s údaji o jeho počátku, vývoji poruchy, případně okolností, které mohly vývoj anebo současný stav ovlivnit V ošetrovatelství je třeba brát v úvahu ještě model ošetrovatelské péče (Kutnohorská, 2009, s. 76).“

5 VÝSLEDKY

5.1 Kazuistika č. 1

Souhrn medicínské anamnézy

Jméno: S. J.
Pohlaví: Muž
Bydliště: Otrokovice, okres Zlín
Datum narození: 09.10.1958
Datum přijetí: 27.04.2011 (11. hospitalizace)
Kód pojišťovny: 111
Přijímající lékař: MUDr. H.K
Ošetřující lékař: MUDr. H.E.
DG: F200- Paranoidní schizofrenie
Pacient přijat bez doporučení lékaře, dobrovolný vstup

Rodinná anamnéza:

Matka zemřela, neví, kolik jí bylo let, nepamatuje si kdy, neví, s čím se léčila.

Otec zemřel, neví, kolik mu bylo, neví kdy.

O sestře nic neví.

Děti: dospělý syn, v dětství v péči matky.

Psychiatrickou hereditu, TS (tentamen suicidii), kriminalitu v rodině neguje.

Osobní anamnéza:

Běžné dětské onemocnění, 2x operace menisku levého kolena, datum přesně nesdělí, CHICHS, BCL v.s. Binet A, stp. polékové leukopenii (Leponex, Biston, Seroquel), hypertriacylglycerolémie, bronchitis chronica fumatorum, cystis renis l.dx., cholecystitis chronica, paranoidní schizofrenie. Opakovaně hospitalizován v PNKM, poprvé v roce 1985 pro onemocnění schizofrenního okruhu, od roku 1993 probíhá hospitalizace.

Fyziologické funkce:

Spánek v normě, chuť k jídlu má, váha stabilní, močení bez potíží, stolice v normě, zrak bez korekce, sluch přiměřený věku.

Váha: 60 kg

Výška: 164 cm

TK: 135/95

Puls: 85 /min

Teplota axilární: 36,6°C

Alergie:

Penicilin

Dětství:

Bydlel s tatínkem a maminkou v Hatích. Prostředí bylo harmonické, rodiče spolu vycházeli, má sestru. Rodiče byli dělníci, oba měl stejně rád. Nepřiměřené tělesné tresty nedostával. Byli spravedliví. Bylo hodně práce na poli a na zahradě. Hrával s dětmi kopanou. Problémy nastaly až v době učení, odmítal ho navštěvovat. Od dětství byl vychloubačný, měl velké sebevědomí a byl nesebekritický. Svou vinu neuzná, je suverén.

Škola:

Vystudoval 9 tříd základní školy, prospěch průměrný, dvojku z chování neměl, ročníky neopakoval, se spolužáky neměl problémy. Po ZŠ se šel učit strojním zámečnickem, ale musel toho nechat ze zdravotních důvodů, je nevyučen.

Vojna:

2 roky, hodnost vojín, zařazen jako samopalník, nabíječ. Vojensky soudně nebyl trestán.

Zaměstnání:

Vyučil se zámečnickem, pracoval v různých dělnických profesích, vždy krátkodobě. Do vojny pracoval ve Svitě, poslední zaměstnání v papírnách. Nesnesl se s kolegy, vyhodili ho pro nedodržování pracovní kázně. Od roku 1988 je v invalidním důchodu.

Sociální anamnéza:

Bydlel s matkou a otcem, nyní dlouhodobě hospitalizovaný v PNKM od roku 1984.

Manželství:

Rozvedený, syn roku 1978 svěřen do péče matky. Ženíl se po vojně ve 21 letech, po dvou letech se rozvedl. Žena byla o rok mladší, podala žádost o rozvod z důvodu pacientova abusu alkoholu, urážlivé výroky na její stranu. Partnerky nestřídal. Pohlavní styk poprvé v 21 letech.

Zájmy:

Sledování televize, společné aktivity na uzavřeném oddělení PNKM.

Povaha:

Náladový

Abusus:

Cigarety: 60 za den

Alkohol: po vojně abusus, za hospitalizace abstinenci dodržuje

Drogy, návykové látky: nezkoušel

Automaty: 0

Kriminalita:

3x VTOS (výkon trestu odnětím svobody) za hanobení národa, rasy, přesvědčení, výtržnosti, přečin proti sociálnímu soužití

Střelná zbraň:

Nevlastní

Řidičský průkaz:

Nesděljuje

Farmakologická anamnéza:

Chronická medikace: Haloperidol 2mg/1ml 70-70-70 gtt. (Antipsychotikum), Zyprexa 10 mg 1-0-1 tbl. (Antipsychotikum), Tisercin 25mg 5-5-5 tbl. (Antipsychotikum)

Psychiatrická anamnéza:

Opakovaně hospitalizován v PN (Psychiatrické nemocnici) Kroměříž, léčen od svých 16 let, dispenzarizován na psychiatrické ambulanci, jméno lékaře neudává.

Status preasens somaticus:

Habitus normostenický, menší postavy, výživa přiměřená, kůže a sliznice anikterické. Hlava, krk bpn (bez patologického nálezu), akce srdce pravidelná, ozvy ohraničené, šelest neslyším. TK v normě. Dýchání alveolární čisté, bez vedlejších fenoménů. Břicho měkké, volně prohmatné, nebolestivé, peristaltika+, aperitoneální, hepar +2cm, lien nehmatám. DKK bez otoků, bez známek flebitidy, Homans negativní.

Status preasens psychicus:

Lucidní, orientován všemi směry správně, v kontaktu familiární, nedodržuje společenskou distanc, tyká, hlučný, místy vulgární, odbržděný, mnohomluvný, zanedbaného zevnějšku. PMT (psychomotorické tempo) zrychlené. Emočně aplanovaný, hypopathicko-hypobulický syndrom, nálada elevovaná, intrapsychická tenze. Ve vnímání sluchové, zrakové a čichové halucinace. Myšlení paralogické, rozvolněné asociace, paranoidně-persekuční, megalomaničké bludy, osobnost s postpsychotickým defektem, asuicidální, anosognose.

5.1.1 Ošetřovatelská anamnéza**Ošetřovatelský model funkčního zdraví dle M. Gordonové**

Informace o klientově stavu byly získány z anamnézy a pozorováním.

1. Vnímání zdraví

Pacient je zbaven svéprávnosti, nemá povědomí o svém celkovém zdravotním stavu. Není si vědom svého onemocnění (schizofrenie), bez náhledu chorobnosti.

2. Výživa a metabolismus

Pacient se stravuje 3x za den, většinou se musí k jídlu nutit, na výzvu k jídlu mnohdy nereaguje, větší část jídla odevzdává ostatním pacientům. Pacient si většinou žádá jídlo v nočních hodinách. Pitný režim je dostatečný, 2,5 litru za den. Váha a BMI zůstávají v normě. Pacient je menšího vzrůstu, kůže anikterická, sliznice narůžovělá bez povlaku, jazyk plazí středem, DKK bez otoků a varixů.

3. Vylučování

Pacient je ve vylučování moče a stolice soběstačný. Stolica je pravidelná, jedenkrát za dva dny. Stolica neobsahuje žádné patologické příměsi, běžné konzistence. Močení je fyziologické, bez dysurických potíží. Pacient občas trpí stresovou inkontinencí.

4. Aktivita a cvičení

Pacient během dne pospává v křesle u televize, nevyvíjí žádnou aktivitu ke sportu. Nejeví žádné známky zájmu o vnější svět. Samostatné vycházky nemá povoleny.

5. Vnímání poznávání

Pacient je orientován nepřesně v čase, místem a osobou správně. Vnímání je zkreslené, vlivem psychotického onemocnění. Narušené testování reality. Slyší neexistující hlasy, řídí se jejich radami a příkazy. Nerozlišuje mezi poruchami vnímání a realitou. Kontakt navazuje spontánně. Je emočně oploštělý, pasivní a má sklon k afektivním zlostným výbuchům.

6. Sebepojetí

S pacientem již v dětství byly určité výchovné problémy, větší potíže s ním začaly v době učení, kdy odmítal pravidelnou školní docházku. Od dětství měl v sobě vlastnost vychloubačnosti, velkého sebevědomí a nesebekritiky.

7. Role-vztahy

Pacient je v současné době rozvedený, byl jednou ženatý, z manželství má jednoho syna, který byl po rozvodu svěřen do péče matky. S bývalou manželkou a synem neudrhuje žádný kontakt.

8. Sexualita

Pacient má z předešlého vztahu dospělého syna. Dlouhodobě hospitalizovaný na uzavřeném oddělení, kontakty s ženami nenavazuje.

9. Stres

Nízká frustrační tolerance, dysforické rozlady pod vlivem halucinací a bludů. Stresové situace nezvládá, má sklon k afektivním výbuchům, bez agresivního chování vůči okolí.

10. Víra, životní hodnoty

Pacient vyrůstal u rodičů se sestrou, rodinné prostředí bylo harmonické, ekonomická situace v rodině byla dobrá. Měl mnoho kamarádů. Pacient vystudoval 9 tříd základní školy, poté se rok učil na zámečníka, kde byl nucen studium ukončit, protože v této době se u něj začaly

projevovat první známky onemocnění. Hodnotový žebříček je zredukovaný na uspokojování základních životních potřeb. Pacient není žádného vyznání.

5.1.2 Stanovení ošetrovatelských diagnóz, plánu ošetrovatelské péče a zhodnocení ošetrovatelské péče

Ošetrovatelské diagnózy jsou stanovené podle NANDA Taxonomie 2012-2014.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

Tabulka 1 Doména č. 3 Vylučování a výměna

Doména č. 3 Vylučování a výměna (Třída 1: Funkce močového systému)
Ošetrovatelská diagnóza: urgentní inkontinence moči (00019)
Určující znak: enuréza
Související faktor: základní onemocnění, vedlejší účinky léčby
Cíl: pacient se nebude během noci pomočovat
Intervence: <ul style="list-style-type: none"> - konzultovat s lékařem ohledně možného podání antipsychotik - připomenout před spaním, aby si pacient zašel na toaletu - konzultovat s lékařem ohledně urologického konzilia - budit pacienta o půlnoci k provedení mikce
Zhodnocení: Cíl nebyl splněn, pacient stále trpí enurézou.

Tabulka 2 Doména č. 4 Aktivita/odpočinek

Doména č. 4 Aktivita/odpočinek (Třída 1: Spánek/odpočinek)
Ošetrovatelská diagnóza: narušený vzorec spánku (00198)
Určující znak: snížená schopnost fungovat, změna normálního vzorce spánku
Související faktor: medikace, spánková inverze
Cíl: Pacient nebude pospávat během dne, bude schopen vykonávat běžnou denní činnost, pacientovi se upraví vzorec spánku s délkou spánku cca 7 hod, nebude se cítit unavený.
Intervence: <ul style="list-style-type: none">- zajistit spánkovou hygienu- zajistit klidné prostředí- dle ordinace lékaře zvážit možnost podání hypnotik (zápis do dokumentace)- nenechat pacienta pospávat během dne- aktivizovat pacienta během dne
Zhodnocení: Cíl nebyl splněn, pacient má stále narušený vzorec spánku z důvodu těžkého farmakologického ovlivnění.

Tabulka 3 Doména č. 4 Aktivita/odpočinek

Doména č. 4 Aktivita/odpočinek (Třída 3: Rovnováha energie)
Ošetrovatelská diagnóza: únava (00093)
Určující znak: ospalost, únava, letargie během dne
Související faktor: nedostatek spánku, onemocnění
Cíl: pacient se nebude cítit unaven, bude zvládat běžné denní činnosti, nebude pospávat přes den
Intervence: <ul style="list-style-type: none"> - pravidelně aktivizovat pacienta během dne - zajistit kvalitní spánek během noci, nenechávat pacienta pospávat přes den
Zhodnocení: Cíl nebyl splněn, pacient stále pospává během dne, nezvládá se soustředit na běžné denní činnosti, nedokáže se přizpůsobit režimovým pravidlům oddělení.

Tabulka 4 Doména č. 5 percepce/kognice

Doména č. 5 percepce/kognice (Třída 2: Orientace)
Ošetrovatelská diagnóza: Syndrom zhoršené interpretace okolí (00127)
Určující znak: halucinace, dezorientace, bludy
Související faktor: emoční změny, duševní poruchy, medikace
Cíl: pacient bude orientován místem, osobou a časem
Intervence: <ul style="list-style-type: none"> - udržovat orientaci v realitě - pravidelně zhodnocovat pacientův duševní stav, výskyt bludů a halucinací - posoudit schopnost soustředění a pozornosti
Zhodnocení: Cíl splněn, pacient je orientován místem, osobou a časem.

Tabulka 5 Doména č. 8 Sexualita

Doména č. 8 Sexualita (Třída 2: Sexuální funkce)
Ošetrovatelská diagnóza: sexuální dysfunkce (00059)
Určující znak: aktuální omezení způsobené onemocněním, změna v zájmu o jiné
Související faktor: změna funkce těla- užívání psychiatrických léků
Cíl: pacient si bude uvědomovat důvody sexuální dysfunkce
Intervence: <ul style="list-style-type: none"> - zjistit vliv medikace na sexuální dysfunkci - léčit základní onemocnění - odebrat sexuální anamnézu
Zhodnocení: Cíl nebyl splněn, pacient si neuvědomuje sexuální potíže ani aspekty, které je způsobují.

Potencionální diagnózy:

Tabulka 6 Doména č. 5 Percepce/kognice

Doména č. 5 Percepce/kognice (Třída 4: Kognice)
Ošetrovatelská diagnóza: riziko akutní zmatenosti (00173)
Rizikový faktor: medikace- užívání větších množství léků
Cíl: u pacienta nedojde ke vzniku akutní zmatenosti
Intervence: <ul style="list-style-type: none"> - všimnout si změn v chování - udržovat orientaci pacienta v realitě - posoudit výsledky diagnózy vyšetření
Zhodnocení: Cíl byl splněn, pacient si uvědomuje kde je i s kým mluví, tudíž je orientován jak v místě, tak i osobou.

Tabulka 7 Doména č. 6 Sebepercepce

Doména č. 6 Sebepercepce (Třída 1: Sebepojetí)
Ošetrovatelská diagnóza: riziko osamělosti (00054)
Rizikový faktor: společenská izolace, duševní strádání, mentální deprivace
Cíl: pacient se nebude cítit osamělý, bude se zapojovat do aktivit na oddělení, nebude se separovat od ostatních pacientů
Intervence: <ul style="list-style-type: none"> - zapojovat pacienta do aktivit na oddělení - nabídnout možnost psychoterapie a ergoterapie - pravidelně chodit na vycházky s pacientem - umožňovat vycházky s ošetrovatelským personálem na zahradě oddělení
Zhodnocení: Cíl nebyl splněn, pacient žije ve vlastním světě, izoluje se od okolí.

Tabulka 8 Doména č. 11 Bezpečnost/ochrana

Doména č. 11 Bezpečnost/ochrana (třída 3: Násilí)
Ošetrovatelská diagnóza: riziko násilí vůči druhým (00138)
Rizikový faktor: hrozby násilí v anamnéze, halucinace, bludy
Cíl: pacient nebude agresivní vůči ostatním pacientům a ošetrovatelskému personálu
Intervence: <ul style="list-style-type: none"> - nebagatelizovat pacientovy problémy - předcházet konfliktům s jinými pacienty - sledovat zvláštnosti chování u pacientů - sledovat frustraci, hněv a agresivitu u pacientů - pravidelně podávat medikaci a následně kontrolovat užití
Zhodnocení: Cíl nebyl splněn, pacient mívá pod vlivem bludných přesvědčení stavy verbální agresivity a naléhavosti, bývá neklidný.

Tabulka 9 Doména č. 11 Bezpečnost/ochrana

Doména č. 11 Bezpečnost/ochrana (Třída 3: Násilí)
Ošetrovatelská diagnóza: riziko sebepoškození (00139)
Rizikový faktor: základní onemocnění, pocit odmítnutí, halucinace, psychotický stav
Cíl: u pacienta nedojde k sebepoškození
Intervence: <ul style="list-style-type: none">- pravidelně kontrolovat duševní stav pacienta- zajistit dohled nad pacientem- dle ordinace lékaře podávat léky na uklidnění- zajistit terapeutický rozhovor s psychologem
Zhodnocení: Cíl byl splněn, doposud nedošlo u pacienta k sebepoškození.

5.2 Kazuistika č. 2

Souhrn medicínské anamnézy

Jméno:	B. P.
Pohlaví:	Muž
Bydliště:	Krhovice, okres Znojmo
Datum narození:	27.02.1960
Datum přijetí:	20.08.1998 (4. hospitalizace)
Kód pojišťovny:	111
Přijímající lékař:	MUDr. M.L.
Ošetřující lékař:	MUDr. H.E.
DG:	F200- Paranoidní schizofrenie Postpsychotický defekt osobnosti

Přivezen sanitkou za doprovodu PČR- návrat po útěku, bez parere.

Rodinná anamnéza:

Matka: zdravá. Otec: zemřel v roce 1983 na cirhózu jater. Sourozenci: Má 4 sourozence, jsou zdraví. Děti: 1 syn, zdravý. Psychiatrickou hereditu, sebevraždu či kriminalitu v rodině neguje.

Osobní anamnéza:

Schizoprenia paranoides, stp. pokousání psem, dilatující kardiomyopatie, hypertenze, DM II kompenzován dietou a PAD, obstrukční chronická bronchitída, fumator, stp. opakovaných bronchopneumoniích, otitis externa chronica, otitis media chronica epitympanica l.dx., stp. oticoantrotomiam l.dx.

Fyziologické funkce:

Spánek dobrý, chuť k jídlu má, váha stabilní, močení, stolice bez potíží, po dietní chybě mívá průjem, zrak korigován brýlemi, sluch- hypacusis.

Váha: 77 kg

Výška: 178cm

TK: 130/85

Puls: 80 /min

Teplota axilární: 36,6°C

Farmakologická anamnéza:

Prestarium neo 1-0-0 tbl. (Antihypertenzium), Diaprel MR 1-0-0 tbl. (PAD), Furon 40mg 1-0-0 tbl. (Diuretikum), Verospiron 25mg 2-0-0 tbl. (Diuretikum), Dilatrend 6,25 mg 2-0-2 tbl. (Alfa i Beta blokátor), Erdomed 1-0-1 tbl. (Mukolytikum), Acidum folicum 1-1-1 tbl. (Kyselina listová), Anopyrin 100mg 0-1-0 tbl. (Antiagregancium), Ferronat retard 1-0-0 tbl. (Železo), Haloperidol Richter 1,5mg 3-3-3 tbl. (Antipsychotikum), Leponex 100mg 1-1-1 tbl. (Antipsychotikum), Afluditen 1amp.im á 2 týdny (Antipsychotikum)

Alergie:

nejuje

Dětství:

Vyrůstal v Moravských Budějovicích, s oběma rodiči, měli spolu dobrý vztah, s bratry si také rozuměl. Kamarády měl, šikanu popírá. Nepřiměřené tělesné tresty nedostával.

Škola:

Ukončené středoškolské vzdělání bez maturity, obor zedník.

Vojna:

Odsloužil 1,5 roku u tankistů, ukončení pro rozvoj psychické poruchy

Zaměstnání:

Pracoval v oboru, t.č. dlouhodobě v invalidním důchodu (ID)

Sociální:

Dlouhodobě žije v PNKM, zbaven způsobilosti k právním úkonům, opatrovníkem je syn M.B.

Manželství:

Svobodný, 1 dospělý syn

Zájmy:

Sportovní přenosy, hudba

Povaha:

Veselý

Abusus:

Cigarety: 20 denně od 18 let.

Alkohol: příležitostně.

Drogy: 0

Automaty: 0

Kriminalita:

Homicidní jednání z psychotické motivace, 10.12.1995 KS Brno nařízená ochranná léčba psychiatrická ústavní

Střelní zbraň: 0

ŘP: 0

Status preasens somaticus:

Habitus normosthenický, výživa přiměřená. Kůže anikterická, anemická, nezpocená. Hlava na poklep nebolestivá, šije neoponje, štítnou žlázu nehmatám, lokoregionální LU nehmatné. Skléry anikterické, spojivky bledé, bulby dotahují všemi směry, bez nystagmu, zornice izokorické, fotoreakce přímá a konsenzuální bilaterálně správná. Dýchání sklípkové s pískoty a vrzoty. Akce srdce pravidelná, ozvy ohraničené, šelest neslyším. Břicho klidné, volně prohmatné, aperitoneální, peristaltika+, Hepar +2cm, lien nenaráží. DKK bez otoků, bez známek flebitidy, Homans negativní.

Status praesens psychicus:

Lucidní, orientován všemi modalitami správně, kontakt navazuje samostatně, zanedbaný zevnějšek. PMT zpomalené, emotivita aplanovaná, nálada nevýrazná, hypopaticko-hypobulický syndrom. Ve vnímání nelze vyloučit sluchové halucinace. Myšlení s paranoidně persekčními bludy, aktuálně bez agrese, stereotypní chování, sociální staženost, asuicidální, anosognose, postpsychotický defekt osobnosti.

5.2.1 Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelský model funkčního zdraví dle M. Gordonové

Informace o klientově stavu byly získány z anamnézy a pozorováním.

1. Vnímání zdraví

Pacient je zbaven svéprávnosti a má plný ID. Dopraven do psychiatrické nemocnice v doprovodu PČR – z důvodu útěku, k dokončení ústavní ochranné léčby psychiatrické. Náhled na chorobnost není vytvořen.

2. Výživa a metabolismus

Pacient má onemocnění DM 2. typu kompenzovaný dietou a PAD. Stravuje se 5 krát denně, v pravidelných intervalech. U pacienta je nutný dohled nad dodržováním dietního systému, často zaměňuje jídla s ostatními pacienty. Pitný režim je dostatečný 2,5 litru během dne. Váha a BMI v normě. Chuť k jídlu zachována. Pacient střední postavy, přiměřené výživy, kůže a sliznice subikterické, DKK bez otoků a varixů.

3. Vylučování

Pacient je ve vylučování moče a stolice soběstačný. Na stolicí chodí 1 krát denně, stolice neobsahuje žádnou příměs. Močení je fyziologické.

4. Aktivita a cvičení

Pacient je přes den pasivní, tráví čas posedáváním na kuřárně nebo sledováním televize. Dochází do činnosti terapie (ČT) a má povoleny vycházky po areálu PN, z nichž se vrací v pořádku. Aktivní vztah ke sportu a cvičení nemá.

5. Vnímání poznávání

Pacient je plně orientován všemi směry. U pacienta přetrvává bludná produkce, paranoidní nastavení vůči okolí, je manipulativní. Stereotypně se dožaduje propuštění nebo překlada. Emočně oploštělý, mnohomluvný s defektem osobnosti, neschopen existence mimo chráněné prostředí.

6. Sebepojetí

Propuknutí schizofrenie začalo u pacienta v období vojny, z toho důvodu měl zkrácenou vojenskou službu. Pacientovo sebepojetí je značně narušené z důvodu psychotického onemocnění. Selhává v testování reality, vidí sám sebe jako zdravého člověka, je zcela nekritický, bez náhledu.

7. Role-vztahy

Pacient je otec, se synem a s bývalou partnerkou se nestýká. Z předešlého vztahu má dospělého syna, který mu zároveň dělá opatrovníka.

8. Sexualita

Pacient je svobodný, má jednoho syna, se kterým se nestýká. Po dobu hospitalizace v PN neudrží s ženami žádné kontakty.

9. Stres

Pacient je hospitalizovaný na uzavřeném oddělení bez kontaktu se svým původním prostředím, odloučený od rodiny. Dožaduje se propuštění, těší se domů.

10. Víra, životní hodnoty

Pacient je nevěřící. V důsledku onemocnění má otupělou emotivitu, ochuzené vyšší city. Dlouhodobě v invalidním důchodě, bez rodinného zázemí, hodnotový žebříček se zaměřuje na uspokojení základních biologických potřeb.

5.2.2 Stanovení ošetrovatelských diagnóz, plánu ošetrovatelské péče a zhodnocení ošetrovatelské péče

Ošetrovatelské diagnózy jsou stanovené podle NANDA Taxonomie 2012-2014.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

Tabulka 10 Doména č. 1 Podpora zdraví

Doména č. 1 Podpora zdraví (Třída 2: Management zdraví)
Ošetrovatelská diagnóza: neefektivní udržování zdraví (00099)
Určující znak: nedostatečný zájem o zlepšení chování podporujícího zdraví
Související faktor: nedůvěra v léčebný režim, nedostatek znalostí
Cíl: pacient je edukován o nutnosti dodržovat stanovenou léčbu na oddělení
Intervence: <ul style="list-style-type: none"> - edukovat o pravidelnosti a nutnosti užívání medikace - kontrolovat pacienta při užívání medikace - dodržovat režim na oddělení - motivovat pacienta k dodržování režimu na oddělení
Zhodnocení: Cíl nebyl splněn, z důvodu kognitivní deteriorace u pacientů se schizofrenií

Tabulka 11 Doména č. 4 Aktivita/ odpočinek

Doména č. 4 Aktivita/ odpočinek (Třída 5: Sebepéče)
Ošetrovatelská diagnóza: deficit sebepéče při oblékání (00109)
Určující znak: neschopnost udržet si vzhled na uspokojivé úrovni
Související faktor: základní onemocnění
Cíl: pacient nebude mít zanedbaný zevnějšek, pravidelně si bude měnit oblečení
Intervence: <ul style="list-style-type: none"> - pravidelně dohlížet nad pacientovým zevnějškem - upozorňovat pacienta, pokud bude mít zanedbaný zevnějšek - dohlížet na pravidelným holením vousů, úpravou vlasů a nehtů
Zhodnocení: Cíl byl splněn, pacient nemá zanedbaný zevnějšek a pravidelně si mění oblečení

Tabulka 12 Doména č. 5 percepce/kognice

Doména č. 5 percepce/kognice (Třída 2: Orientace)
Ošetrovatelská diagnóza: syndrom zhoršené interpretace okolí (00127)
Určující znak: halucinace, dezorientace, bludy
Související faktor: emoční změny, duševní poruchy, medikace
Cíl: pacient bude orientován místem, osobou a časem
Intervence: <ul style="list-style-type: none"> - udržovat orientaci v realitě - pravidelně zhodnocovat pacientův duševní stav, výskyt bludů a halucinací - posoudit schopnost soustředění a pozornosti
Zhodnocení: Cíl byl splněn, pacient je orientován místem, osobou a časem.

Tabulka 13 Doména č. 8 Sexualita

Doména č. 8 Sexualita (Třída 2: Sexuální funkce)
Ošetrovatelská diagnóza: sexuální dysfunkce (00059)
Určující znak: aktuální omezení způsobené onemocněním
Související faktor: změna funkce těla- užívání psychiatrických léků
Cíl: pacient si bude uvědomovat důvody sexuální dysfunkce
Intervence: <ul style="list-style-type: none"> - zjistit vliv medikace na sexuální dysfunkci - léčit základní onemocnění - odebrat sexuální anamnézu
Zhodnocení: cíl byl splněn, pacient si neuvědomuje sexuální potíže ani aspekty, které je způsobují.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy:

Tabulka 14 Doména č. 2 Výživa

Doména č. 2 Výživa (Třída 4: Metabolismus)
Ošetrovatelská diagnóza: riziko nestabilní hladiny glukózy v krvi (00179)
Rizikový faktor: duševní stav, nedodržování léčebného režimu při diabetu, nedostatečné přijetí diagnózy
Cíl: pacient bude dodržovat léčebný režim diabetu, bude obeznámen o dietním režimu
Intervence: <ul style="list-style-type: none"> - edukovat pacienta o dietním režimu - kontrolovat pacienta, zda dodržuje dietní režim - edukovat pacienta o následcích nedodržování léčebného režimu
Zhodnocení: Cíl nebyl splněn, pacient není schopen pochopit dodržování diabetického režimu.

Tabulka 15 Doména č. 5 Percepce/kognice

Doména č. 5 Percepce/kognice (Třída 4: Kognice)
Ošetrovatelská diagnóza: riziko akutní zmatenosti (00173)
Rizikový faktor: medikace- užívání větších množství léků
Cíl: u pacienta nedojde ke vzniku akutní zmatenosti
Intervence: <ul style="list-style-type: none"> - všímat si změn v chování - udržovat pacientovu orientaci v realitě - posoudit výsledky dg. vyšetření
Zhodnocení: Cíl byl splněn, pacient si uvědomuje kde je i s kým mluví, tudíž je orientován jak v místě, tak i osobou.

Tabulka 16 Doména č. 11 Bezpečnost/ochrana

Doména č. 11 Bezpečnost/ochrana (Třída 3: Násilí)
Ošetrovatelská diagnóza: riziko násilí vůči druhým (00138)
Rizikový faktor: hrozby násilí v anamnéze, halucinace, bludy
Cíl: pacient nebude agresivní vůči ostatním pacientům a ošetrovatelskému personálu
Intervence: <ul style="list-style-type: none"> - nebagatelizovat pacientovy problémy - předcházet konfliktům s jinými pacienty - sledovat zvláštnosti chování u pacientů - sledovat frustraci, hněv a agresivitu u pacientů - pravidelně užívat medikaci a následně kontrolovat užití
Zhodnocení: Cíl nebyl splněn, pacient mívá občasné ataky agresivního chování vůči svému okolí.

5.3 Kazuistika č. 3

Souhrn medicínské anamnézy

Jméno:	D. J.
Pohlaví:	Muž
Bydliště:	Luhačovice, okres Zlín
Datum narození:	27.11.1935
Datum přijetí:	20.08.1997 (2. hospitalizace)
Kód pojišťovny:	111
Přijímající lékař:	MUDr. T.E.
Ošetřující lékař:	MUDr. H.E.
DG:	F200- Paranoidní schizofrenie

Rodinná anamnéza:

O matce ani otci informace nemá, nepamatuje si na ně. Má dva bratry, jednu sestru. Strýc z matčiny strany se léčil v PNKM.

Osobní anamnéza:

Paranoidní schizofrenie

Hypertenze

Diabetes mellitus 2. typu

Nefropatie s poruchou ledvin

TBC nitrohručních uzlin- stabilizovaný nález

Cholecystolithiasis

Chronická infekce virem hepatitida B v integrované fázi – nosičství HBsAg.

Rosacea faciei

Fyziologické funkce:

Spánek upravován medikací, močení časté, bez příměsí krve. Stolice, časté průjmy.

Váha: 92 kg

Výška: 189 cm

TK: 130/85

Puls: 82 /min

Teplota axilární: 36,5°C

Farmakologická anamnéza:

Prosulpin 200 Mg ½-0-0 tbl. (Antipsychotikum), Uroxal 5 Mg. 1-0-1 tbl. (Parasympatolytikum), Egilok SUCC 25 Mg. 1-0-0 tbl. (Betablokátor), Tiaprid 100 Mg. 1-1-1 tbl. (Antipsychotikum), Akineton 1-1-1 tbl. (Antiparkinsonikum), Agapurin SR 400 Mg. 1-0-1 bl. (Vazodilatans), Leponex 100 Mg. 1/2-1/2-1/2 tbl. (Antipsychotikum), Diaprel MR 1-0-0 tbl. (PAD), Prestarium NEO ½-0-0 tbl. (Antyhypertenzivum)

Alergie:

Neguje

Dětství:

Pacient sděluje bludnou produkci. Pamatuje si samé špatné věci. Byl zneužíván na pasení krav, bratr se ho nezastal. Pamatuje si, že bydlel s nevlastními rodiči od 7 do 29 let, pak ho přivezli do Kroměříže.

Z dokumentace: Manželský syn, nejmladší ze čtyř dětí, vychovaný u rodičů, v dobrých rodinných i sociálních poměrech.

Škola:

Dle dokumentace vyučen malířem.

Vojna:

Nebyl

Zaměstnání:

Do roku 1953 pracoval v Třinci, z psychiatrické indikace ukončeno zaměstnání a nastoupil léčbu v Psychiatrické nemocnici v Opavě.

Sociální:

Dlouhodobě hospitalizován v PNKM. Nařizena ústavní léčba pro homocidum s psychotické motivace od roku 1964. Svěprávnosti zbaven od roku 1959. Opatrovníkem A.D.

Manželství:

Ženatý nikdy nebyl. Žádnou partnerku neměl. Sexuální život nevedl.

Zájmy:

Křesťanství, čtení bible.

Povaha:

Nábožensky založený

Kriminalita:

Homicidium z psychotické motivace, hospitalizace v roce 1964.

Abusus:

Neguje

Střelná zbraň:

Nemá

Řidičský průkaz:

Nemá

Status preasens somaticus:

Dobré výživy, kůže anikterická, bez cyanózy. Zarudnutí a otoky víček pro rosaceu faciei. Zornice izokorické, fotoreakce správná, hrdlo klidné, jazyk vlhký, pláží středem, uzliny a štítná žláza nezvětšené, ameningeální, dýchání alveolární, bez patologických fenoménů, akce srdce pravidelná, ozvy ohraničené, bez šelestu, břicho měkké, nebolestivé, prohmatné, bez patologické rezistence. Hepar: +2cm, lien nehmatám, tapottement negativní, DKK bez otoků.

Status preasens psychicus:

Lucidní, orientovaný správně všemi modalitami, klidný, v kontaktu patrné mírné zpomalené tempo, ladění aplanované, v myšlení bradypsychický, nevýpravný, v popředí religiozni bludná produkce, ve vnímání sluchové halucinace bez emočního doprovodu, v celkovém obrazu dominuje postprocesuální defekt osobnosti, k chorobnosti naprosto nekritický.

5.3.1 Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelský model funkčního zdraví dle M. Gordonové

Informace o klientově stavu byly získány z anamnézy a pozorováním.

1. Vnímání zdraví

Pacient dlouhodobě hospitalizovaný v PNKM, má nařízenou ochrannou psychiatrickou ústavní léčbu z roku 1964. Má plný ID a je zbaven svéprávnosti. Dopraven do PNKM z PL Bohunice. Náhled na chorobnost není vytvořen.

2. Výživa a metabolismus

Pacient má DM 2. typu na PAD, kompenzovaný dietou č. 9. Stravuje se v pravidelných intervalech, dle dietního systému. Dietní režim dodržuje částečně. Pitný režim má nedostačkový, necelé 2 litry denně a častý přísun kofeinu. Váha a BMI normě. Chuť k jídlu má. Pacient větší postavy, kůže a sliznice anikterické, DKK bez otoků a varixů.

3. Vylučování

Pacient je ve vylučování moče a stolice soběstačný. Na stolici chodí 1 krát za 3 dny, občas trpí zácpou. Po příchodu z vycházek chodí pokálen. Močení je fyziologické.

4. Aktivita a cvičení

Pacient má povoleno každý den chodit do kaple v PNKM, buď v ranních hodinách nebo v odpoledních. Vycházky má v odpoledních hodinách povolené i mimo areál PN. Obden má povolené vycházky do kostela ve městě. ČT nenavštěvuje, jeho hlavní zálibou je čtení bible na oddělení. Sport neprovozuje.

5. Vnímání, poznávání

Pacient je orientovaný správně všemi modalitami. Pacient trpí komplexními auditivními, vizuálními halucinacemi. Testování reality je zkreslené. Poznávání zevního světa je značně zdeformované pod vlivem halucinatorní produkce.

6. Sebepojetí

Pacientovo sebepojetí je značně narušené z důvodu psychotického onemocnění. Selhává v testování reality, vidí sám sebe jako zdravého člověka, je zcela nekritický, bez náhledu.

7. Role-vztahy

Pacient v rodinných vztazích nefunguje, vlastní děti nemá, se sourozenci se nestýká, rodiče zemřeli.

8. Sexualita

Pacient žádné sexuální zkušenosti nemá.

9. Stres

Pacient je již delší dobu hospitalizován na uzavřeném oddělení v PNKM, kontakt s lidmi dodržuje pravidelnými vycházkami do kostela. Stres u pacienta vytváří bludná produkce a poruchy vnímání.

10. Víra, životní hodnoty

Pacient je silně věřící. Denně navštěvuje kapli v PNKM a obden chodí do Kostela sv. Anny v Kroměříži. Trpí religiozním bludem. Pacient vyznává hodnoty křesťanství, nejvíc si váží své víry.

5.3.2 Stanovení ošetřovatelských diagnóz, plánu ošetřovatelské péče a zhodnocení ošetřovatelské péče

Ošetřovatelské diagnózy jsou stanovené podle NANDA Taxonomie 2012-2014.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

Tabulka 17 Doména č. 1 Podpora zdraví

Doména č. 1 Podpora zdraví (Třída 2: Management zdraví)
Ošetřovatelská diagnóza: neefektivní udržování zdraví (00099)
Určující znak: nedostatečný zájem o zlepšení chování podporujícího zdraví
Související faktor: nedůvěra v léčebný režim, nedostatek znalostí
Cíl: pacient je edukován o nutnosti dodržovat stanovenou léčbu na oddělení
Intervence: <ul style="list-style-type: none"> - objasnit pacientovy kroky k dosažení cíle - edukovat o pravidelnosti a nutnosti užívání medikace - kontrolovat pacienta při užívání medikace - edukovat o režimu oddělení - motivovat pacienta
Zhodnocení: Cíl nebyl splněn, pacient se těžko přizpůsobuje, nedokáže dodržovat léčebný režim.

Tabulka 18 Doména č. 1 Podpora zdraví

Doména č. 1 Podpora zdraví (Třída 1: Uvědomování si zdraví)
Ošetrovatelská diagnóza: nedostatek zájmových aktivit (00097)
Určující znak: vyhýbání se novým věcem, apatie
Související faktor: prostředím způsobený nedostatek zájmové činnosti
Cíl: pacient se nebude sociálně izolovat, bude se pravidelně zapojovat do psychoterapie, bude docházet do ergoterapie
Intervence: <ul style="list-style-type: none"> - zhodnotit schopnost pacienta zapojovat se do aktivit - motivovat a povzbuzovat pacienta - opatřit vhodné pomůcky k pracovní terapii
Zhodnocení: Cíl byl splněn částečně, pacient se izoluje od okolí, v popředí jeho zájmu je křesťanství.

Tabulka 19 Doména č. 5 percepce/kognice

Doména č. 5 percepce/kognice (Třída 2: Orientace)
Ošetrovatelská diagnóza: syndrom zhoršené interpretace okolí (00127)
Určující znak: halucinace, dezorientace, bludy
Související faktor: emoční změny, duševní poruchy, medikace
Cíl: pacient bude orientován místem, osobou a časem
Intervence: <ul style="list-style-type: none"> - udržovat orientaci v realitě - pravidelně zhodnocovat pacientův duševní stav, výskyt bludů a halucinací - posoudit schopnost soustředění a pozornosti
Zhodnocení: cíl byl splněn, pacient je orientován místem, osobou a časem.

Tabulka 20 Doména č. 8 Sexualita

Doména č. 8 Sexualita (Třída 2: Sexuální funkce)
Ošetrovatelská diagnóza: sexuální dysfunkce (00059)
Určující znak: aktuální omezení způsobené onemocněním, změna v zájmu o jiné
Související faktor: změna funkce těla- užívání psychiatrických léků
Cíl: pacient si bude uvědomovat důvody sexuální dysfunkce
Intervence: <ul style="list-style-type: none"> - zjistit vliv medikace na sexuální dysfunkci - léčit základní onemocnění - odebrat sexuální anamnézu
Zhodnocení: Cíl nebyl splněn, pacient si neuvědomuje sexuální potíže ani aspekty, které je způsobují.

Tabulka 21 Doména č. 11 bezpečnost/ochrana

Doména č. 11 bezpečnost/ochrana (Třída 2: Fyzické poškození)
Ošetrovatelská diagnóza: narušená integrita kůže (00046)
Určující znak: narušení kožního povrchu
Související faktor: ekzém v oblasti DKK
Cíl: u pacienta nedojde k šíření ekzému na ostatní části těla
Intervence: <ul style="list-style-type: none"> - dohlížet nad dodržováním lokální aplikace medikace (masti) - dohlížet nad dodržováním pravidelné hygieny a pravidelné výměny oblečení - udržovat DKK v suchu
Zhodnocení: Cíl nebyl splněn, u pacienta došlo k šíření ekzému na další části těla.

Potencionální ošetřovatelské diagnózy:

Tabulka 22 Doména č. 2 Výživa

Doména č. 2 Výživa (Třída 4: Metabolismus)
Ošetřovatelská diagnóza: riziko nestabilní hladiny glukózy v krvi (00179)
Rizikový faktor: duševní stav, nedodržování léčebného režimu při diabetu, nedostatečný příjem diagnózy
Cíl: pacient bude dodržovat léčebný režim diabetu, bude obeznámen o dietním režimu
Intervence: <ul style="list-style-type: none"> - edukovat pacienta o dietním režimu - kontrolovat pacienta, zda dodržuje dietní systém - edukovat pacienta o následcích nedodržování léčebného režimu
Zhodnocení: Cíl nebyl splněn, pacient není schopen pochopit dodržování diabetického režimu.

Tabulka 23 Doména č. 2 Výživa

Doména č. 2 Výživa (Třída 5: Hydratace)
Ošetřovatelská diagnóza: riziko sníženého objemu tekutin v organismu (00028)
Rizikový faktor: faktory ovlivňující potřeby tekutin (psychotické onemocnění)
Cíl: pacient přijme minimálně 2 litry tekutin během dne, omezí množství kofeinu
Intervence: <ul style="list-style-type: none"> - sledovat denní diurézu u pacienta - nabízet tekutiny během celého dne - omezit přísun kofeinu během dne
Zhodnocení: Cíl nebyl splněn, pacient trpí různými patologickými domněnkami ohledně kvality vody.

Tabulka 24 Doména č. 5 Percepce/kognice

Doména č. 5 Percepce/kognice (Třída 4: Kognice)
Ošetrovatelská diagnóza: riziko akutní zmatenosti (00173)
Rizikový faktor: medikace - užívání většího množství léků
Cíl: u pacienta nedojde ke vzniku akutní zmatenosti
Intervence: <ul style="list-style-type: none"> - všimnout si změn v chování pacienta - udržovat pacientovu orientaci v realitě - posoudit výsledky dg. vyšetření
Zhodnocení: Cíl nebyl splněn, z důvodu dehydratace.

Tabulka 25 Doména č. 11 Bezpečnost/ochrana

Doména č. 11 Bezpečnost/ochrana (Třída 3: Násilí)
Ošetrovatelská diagnóza: riziko násilí vůči druhým (00138)
Rizikový faktor: hrozby násilí v anamnéze, halucinace, bludy
Cíl: pacient nebude agresivní vůči ostatním pacientům a ošetrovatelskému personálu
Intervence: <ul style="list-style-type: none"> - nebagatelizovat pacientovi problémy - předcházet konfliktům s jinými pacienty - sledovat zvláštnosti chování u pacientů - sledování frustrace, hněvu a agresivity u pacientů - kontrolovat užití podané medikace
Zhodnocení: Cíl byl splněn, heteroagresivita je minimální.

DISKUSE

V praktické části bakalářské práce popisují kazuistiky třech pacientů s chronickým psychotickým onemocněním. Zadal jsem si dva průzkumné cíle. Prvním cílem je zjistit míru schopnosti sebezpečí u klientů se schizofrenií při denních aktivitách, dle funkčních vzorců zdraví M.Gordonové. Druhým cílem práce je pojmenovat specifika ošetrovatelské péče u klientů se schizofrenií. Kazuistika mi podala ucelený pohled na souhrn ošetrovatelských diagnóz u konkrétních pacientů se schizofrenií.

Ošetrovatelská péče o tyto pacienty je velmi individuální a velmi se přizpůsobuje charakteru příznaků. Každý ze třech pacientů z mých kazuistik má určité zvláštnosti ošetrovatelské péče, které popisují níže. Pacienti hospitalizovaní delší dobu v psychiatrických zařízeních ztrácí kontakty mimo chráněné prostředí a jsou vytrženi ze svého přirozeného prostředí.

První kazuistiku jsem zpracoval o 55letém muži, rozvedeném, v plném invalidním důchodě, zbaveném způsobilosti k právním úkonům. Opatrovníci je sestra A.Z. Pacient je opakovaně hospitalizován v PNKM, poprvé v roce 1984 pro onemocnění schizofrenního okruhu. Od 1992 roku probíhala poslední hospitalizace, ze které byl krátce propuštěn pro bolesti břicha na chirurgické oddělení Kroměřížské nemocnice a.s. v roce 2011. Průběh roku 2013 byl bez výraznějších změn. V popředí klinického obrazu je paralogie, extrapotenční bludná produkce, kverulační postoje, postpsychotický defekt osobnosti, naprostá anosognose, neodklonitelnost od bludné produkce. Na oddělení je usměrnitelný. Sociální schopnosti má výrazně snížené, je nesamostatný a je nutná pomoc při běžných sebeobslužných činnostech. Abstinenci v chráněném prostředí dodržuje. Zvláštnostmi ošetrovatelské péče o tohoto pacienta je dohlížení, na to aby nepospával během dne, pravidelně se chodil vyprazdňovat, nepil příliš mnoho tekutin před spaním. Pokud pacient pociťuje potřebu navázat kontakt, je potřeba mu vyhovět. Věnovat pozornost jeho subjektivně pociťovaným problémům, naučit se poznat, kdy pacient halucinuje. V případě, když pacient bývá bezdůvodně agresivní a hlučný, je zapotřebí se téhle situaci adekvátně přizpůsobit, nezhoršovat agresivitu pacienta, upozornit na změnu zdravotního stavu lékaře.

Druhá kazuistika je o 54letém muži, svobodném, v plném invalidním důchodě, zbaveném způsobilosti k právním úkonům. Pacient má nemanželského syna, který je jeho opatrovníkem. Pacient byl přijat v roce 1998, předtím byl dlouhodobě umístěn v PN Brno- Černovice. V popředí klinického obrazu je hypopaticko-hypobulický syndrom, myšlení s paranoidně

persekučními bludy, aktuálně bez agrese, stereotypní chování, sociální staženost, je asuicidální, anosognostický, přítomný je postpsychotický defekt osobnosti. Sociální schopnost je snížena.

Zvláštností ošetrovatelské péče je kontrolování zevnějšku pacienta, pravidelné nabádání k udržování čistoty a osobní hygieny. Pacientovi se neustále musí hlídat strava a nákupy z vycházek. Vyřazovat sycené nápoje, pravidelná kontrola alko testu a dodržování dietního režimu. Pacient má nařízenou ústavní ochrannou léčbu psychiatrickou z důvodu homicidního jednání, a proto je na místě zvýšená opatrnost, zejména když je u pacienta naznačena verbální agresivita pod vlivem bludů.

Třetí kazuistika je věnována 78letému muži, taktéž v plném invalidním důchodě a zbaven způsobilosti k právním úkonům. Pacient byl přijat v roce 1997. Pacient trpí religiózní bludnou produkcí, ve vnímání dominují sluchové halucinace bez emočního doprovodu, v popředí je postprocesuální defekt osobnosti, k chorobnosti naprosto nekritický. Pacientovi se musí neustále nabízet tekutiny, dopomáhat při pití pro výrazný třes horních končetin. Je nutné kontrolování dietního režimu, který pacient nedodržuje z důvodu různých patologických domněnek. Pacientovi se v období čtenějšího výskytu zmatenosti redukuje vycházky. Musí být intenzivněji sledován.

U všech třech pacientů se musí kontrolovat užívání medikamentů. Pacientům se musí pravidelně odebírat základní laboratorní odběry z důvodu nežádoucích účinků léků a omezené spolupráce takto nemocných pacientů. Pacienti trpí různými sexuálními dysfunkcemi z důvodu užívání neuroleptik nebo plynou z charakteru onemocnění. Kvalita života všech pacientů je snížena, jelikož žijí na uzavřeném oddělení. Jsou zbaveni způsobilosti k právním úkonům a nemůžou svévolně rozhodovat o svých financích. Mají omezené vycházky na určitou dobu a jsou odkázáni na dopomoc při běžných sebeobslužných činnostech.

ZÁVĚR

Jako téma bakalářské práce jsem si vybral „Ošetrovatelský proces u pacienta se schizofrenií“. Téma práce jsem si zvolil, jelikož pracuji na uzavřeném psychiatrickém oddělení.

Práce je rozdělena na dvě části. V teoretické části uvádím obecnou charakteristiku onemocnění, včetně příznaků a možných projevů schizofrenie, zmiňuji se o rizikových faktorech, diagnostice, léčbě a v neposlední řadě i o komunikaci a způsobu chování k takto nemocným lidem.

V praktické části jsem si zvolil dva průzkumné cíle. Prvním cílem je zjistit míru schopnosti sebepéče u klientů se schizofrenií při denních aktivitách, dle funkčních vzorců zdraví M.Gordonové. Druhým cílem práce je pojmenovat specifika ošetrovatelské péče u klientů se schizofrenií. Dále předkládám medicínskou anamnézu, souhrn diagnostiky a terapii týkajících se vybraných pacientů. Zvolil jsem techniku kvalitativního průzkumu. Vypracoval jsem kazuistiku tří pacientů. Poskytnuté informace mohou pomoci nahlédnout do specifík ošetrovatelského procesu u psychiatrických pacientů.

Rozhovor s pacientem se schizofrenií je klíčový k navázání správného kontaktu, k dosažení spolupráce s pacientem. Rozhovor s pacientem je tedy velmi důležitý stejně jako empatický přístup, podpora pacienta a jeho sebevědomí a pochopení jeho individuálních potřeb.

Schizofrenie je chronická nemoc a léčba je dlouhodobá, v některých případech celoživotní. Prognóza léčby závisí na typu, průběhu schizofrenie a v neposlední řadě na spolupráci pacienta.

Průzkum mi přinesl mnoho užitečných poznatků týkajících se problematiky schizofrenie. Bakalářská práce mi pomohla proniknout do složitosti a jedinečnosti ošetrovatelské péče o takto nemocné pacienty. Práce bude k dispozici v odborné knihovně v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži, která bude běžně k nahlédnutí a vypůjčení. Věřím tomu, že má bakalářská práce bude přínosem pro zaměstnance nemocnice.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ADAMS, B. a C.E. HAROLD, 1999. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-893-8.
- [2] BOUČEK, Jaroslav et al., 2001. *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0240-8.
- [3] COHEN, Robert M., 2002 *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-497-4.
- [4] ČEŠKOVÁ, Eva, 2007. *Schizofrenie a její léčba*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-114-1.
- [5] KOUKOLÍK, František a Lucie MOTLOVÁ, 2004. *Schizofrenie: Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-277-3.
- [6] KUČEROVÁ, Helena, 2010. *Schizofrenie v kazuistikách*. České Budějovice: Grada. ISBN 978-80-247-2045-6.
- [7] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- [8] MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ, 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1151-6.
- [9] NANDA, International, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy - Definice a klasifikace 2012–2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.
- [10] NOVOTNÝ, Vladimír et al., 2007. *Špeciálna psychiatria*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislavě. ISBN 978-80-223-2624-7.
- [11] PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1211-3.
- [12] PRÁŠKO, Jan et al., 2003. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál. ISBN 80-71-78-737-X.
- [13] RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ et al., 2012. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. ISBN 97-8-24-198-9.
- [14] RADIMSKÝ, Marek et al., 2001. *Psychiatrie II*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. ISBN 80-7013-350-3.

[15] WHO, 2009. *MKN-10 - Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. Bontom Agency. ISBN-13: 978-80-904259-1-0.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

A1G	Antipsychotika 1 generace
A2G	Antipsychotika 2 generace
atd.	A tak dále
BCL	B sell leukemia
BMI	Body mass index
bpn	Bez patologického nálezu
cm	Centimetr
°C	Stupeň celsia, jednotak teploty
Č.	Číslo
ČT	Činnostní terapie
dg.	Diagnóza
DKK	Dolní končetiny
DM II	Diabetes mellitus II. typu
Dx.	Dexter
D2/D3	Dopaminové receptory 2/3
ECT	Elektrokonvulzivní terapie
F200	Paranoidní schizofrenie
gtt.	Guttae (kapky)
CHICHS	Chronická ischemická choroba srdeční
ID	Invalidní důchodce
KBT	Kognitivně behaviorální terapie
kg	Kilogram, jednotka hmotnosti
KS Brno	Krajský soud v Brně

LU	Lymfatické uzliny
Mg	Miligram, jednotka hmotnosti
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí - desáté vydání
Min	Minuta, jednotka času
MUDR.	Doktor všeobecného lékařství
OL	Ochranná léčba
PAD	Perorální antidiabetika
PČR	Policie České republiky
PL	Psychiatrická léčebna
PMT	Psychomotorické tempo
PN	Psychiatrická nemocnice
PNKM	Psychiatrická nemocnice v Kroměříži
PANSS	Pozitiv and negativ syndrom scale
TBC	Tuberkulóza
Tbl.	Tabbulettae (tableta)
t.č.	Toho času
TK	Krevní tlak
TS	Tentamen suicidii
TT	Tělesná teplota
tzv.	Tak zvaný
VTOS	Výkon trestu odnětím svobody
ZŠ	Základní škola
<i>σχίζω (schizó)</i>	„Rozdělení“
<i>φρενός (phrenos)</i>	Mysl
%	Procento

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Doména č. 3 Vylučování a výměna	36
Tabulka 2 Doména č. 4 Aktivita/odpočinek.....	37
Tabulka 3 Doména č. 4 Aktivita/odpočinek.....	38
Tabulka 4 Doména č. 5 percepce/kognice	38
Tabulka 5 Doména č. 8 Sexualita	39
Tabulka 6 Doména č. 5 Percepce/kognice	39
Tabulka 7 Doména č. 6 Sebepercepce.....	40
Tabulka 8 Doména č. 11 Bezpečnost/ochrana	40
Tabulka 9 Doména č. 11 Bezpečnost/ochrana	41
Tabulka 10 Doména č. 1 Podpora zdraví.....	47
Tabulka 11 Doména č. 4 Aktivita/ odpočinek.....	48
Tabulka 12 Doména č. 5 percepce/kognice	48
Tabulka 13 Doména č. 8 Sexualita	49
Tabulka 14 Doména č. 2 Výživa	49
Tabulka 15 Doména č. 5 Percepce/kognice	50
Tabulka 16 Doména č. 11 Bezpečnost/ochrana	50
Tabulka 17 Doména č. 1 Podpora zdraví.....	56
Tabulka 18 Doména č. 1 Podpora zdraví.....	57
Tabulka 19 Doména č. 5 percepce/kognice	57
Tabulka 20 Doména č. 8 Sexualita	58
Tabulka 21 Doména č. 11 bezpečnost/ochrana	58
Tabulka 22 Doména č. 2 Výživa	59
Tabulka 23 Doména č. 2 Výživa	59
Tabulka 24 Doména č. 5 Percepce/kognice	60
Tabulka 25 Doména č. 11 Bezpečnost/ochrana	60

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha PI: Druhy schizofrenie

Příloha PII: Pozorovací arch

Příloha PIII: Žádost o umožnění přístupu k informacím

Příloha PI: Druhy schizofrenie

Typy schizofrenie podle MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí - desáté vydání)
F20.0 Paranoidní schizofrenie
F20.1 Hebefrenní schizofrenie
F20.2 Katatonní schizofrenie
F20.3 Nediferencovaná schizofrenie
F20.4 Postschizofrenní deprese
F20.5 Reziduální schizofrenie
F20.6 Simplexní schizofrenie


(WHO, 2009, s. 122)

Příloha PII: Pozorovací arch

1. Vnímání zdraví:	
2. Výživa a metabolismus:	
3. Vylučování:	
4. Aktivita – cvičení:	
5. Spánek a odpočinek:	
6. Vnímání, citlivost a poznávání:	
7. Sebepečení a sebeúcta:	
8. Role – mezilidské vztahy:	
9. Sexualita:	
10. Stres:	
11. Víra – životní hodnoty:	
12. Jiné:	

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	MARTIN EUBHAŘ	
Téma bakalářské práce	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTŮ SE SCHIZOFREMIÍ	
Vedoucí bakalářské práce	MgA. MARKEŤA SEDLÁČKOVÁ	
	 podpis	
Skupina respondentů		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
	Souhlasím Nesouhlasím	
	Souhlasím Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 13. 12. 2013

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Oddělení 17A
Psychiatrická nemocnice
v Kroměříži

.....
razítko a podpis zástupce zařízení