

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

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA SE SCHIZOFRENIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KLÁRA PRÁŠKOVÁ

Praha 2022

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

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA SE SCHIZOFRENIÍ

Bakalářská práce

KLÁRA PRÁŠKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecné ošetřovatelství

Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, PhD.

Praha 2022



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Akademický rok: 2021/2022

Studentka: Klára Prášková, DiS.
UČO: 6826
Program: Všeobecné ošetrovatelství
Specializace: Všeobecné ošetrovatelství
Téma práce: Ošetrovatelská péče u nemocného se schizofrenií
Téma práce anglicky: Nursing Care for a patient diagnosed with Schizophrenia
Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D., RN

Souhlasím se zadáním (podpis, datum):


.....
Klára Prášková, DiS.
studentka


.....
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci napsala samostatně, že jsem řádně citovala uvedené zdroje a že tato práce nebyla použita k získání jiného titulu nebo titulu neakademického. Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění, souhlasím se zveřejněním této bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné databázi kvalifikačních prací Thesis.cz provozovaného Masarykovou universitou (Fakulta informatiky MU), a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

V Praze dne:

.....

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala Mgr. Haně Tošnarové, PhD., za její ochotu, cenné rady a odborné vedení mé bakalářské práce.

ABSTRAKT

PRÁŠKOVÁ, Klára. *Ošetrovatelská péče u nemocného se schizofrenií*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Stupeň kvalifikace: bakalář (Bc.), Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, PhD., Praha 2022

Bakalářské práce se zaměřuje na ošetrovatelskou péči u nemocného se schizofrenií. Cílem práce bylo zvýšit povědomí o této nemoci a o specifické péči o psychicky nemocné pacienty. Práce je rozdělena na dvě části, praktickou část a teoretickou část. V teoretické části je popsán historický vývoj psychiatrie a schizofrenního onemocnění, charakteristika schizofrenie a její druhy. Dále je zde popsán vznik a rozvoj nemoci, její průběh, prognóza a metody léčby. Informace pro teoretickou část byly získány z odborných zdrojů, které se této problematice věnují. V praktické části je uveden proces ošetrovatelské péče u pacientky se schizofrenním onemocněním, která je hospitalizována v psychiatrické nemocnici na uzavřeném oddělení. Ke stanovení šestnácti ošetrovatelských diagnóz, byla použita NANDA I Taxonomie II a v závěru praktické části je uvedeno hodnocení ošetrovatelské péče.

Klíčová slova: Duševní choroby. Historie psychiatrie. Ošetrovatelská péče. Práce sestry na psychiatrii. Psychiatrie. Schizofrenie. Vývoj psychiatrie.

ABSTRACT

PRÁŠKOVÁ, Klára. *Nursing care for a patient with schizophrenia*. Medical College., Degree: Bachelor (Bc.), Supervisor: Mgr. Hana Tošnarová, PhD, Praha 2022

This bachelor thesis is focused on nursing care for a patient with schizophrenia. The goal of this thesis is to increase awareness about this disorder and about the specific care for mentally ill patients. This thesis is divided into two parts, a practical part and a theoretical part. In the theoretical part, the historical development of psychiatry and schizophrenia is described as well as the characteristic of schizophrenia and its different kinds. As a next part, origin, development, progression, prognosis and methods of treatment of the disorder are described. Information for the theoretical part is taken from literature addressing the issue.

In the practical part, nursing care process for a patient with schizophrenia disorder hospitalized in psychiatric hospital in the long-term care facility is described. For determination of nursing diagnoses, NANDA Taxonomy II was used, and the conclusion is stated at the end of the practical part.

Keywords: Mental disorders. History of psychiatry. Nursing Care. Work of nurse in psychiatry hospital. Psychiatry. Schizophrenia. Development of psychiatry.

OBSAH

SEZNAM POUŽÍYCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	11
1 PSYCHIATRIE.....	13
2 SCHIZOFRENIE.....	17
2. 1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ.....	18
2. 2 PŘÍČINY VZNIKU SCHIZOFRENIE.....	19
2. 3 PŘÍZNAKY SCHIZOFRENIE.....	20
2. 4 DRUHY SCHIZOFRENIE.....	23
2. 5 PRŮBĚH A PROGNÓZA NEMOCI.....	24
2. 6 DIAGNOSTIKA.....	26
2. 7 LÉČBA.....	27
2.7.1 FARMAKOTERAPIE.....	27
2.7.2 PSYCHOTERAPIE.....	28
2.7.3 BIOLOGICKÁ LÉČBA.....	29
3 SPECIFIKA PRÁCE SESTRY NA PSYCHIATRII.....	32
4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY SE SCHIZOFRENIÍ.....	34
4.1 ANAMNÉZA.....	36
4. 2 PŘEHLED DIAGNOSTICKÝCH VÝKONŮ.....	39
4. 3 PŘEHLED TERAPEUTICKÝCH VÝKONŮ NA DOLÉČOVACÍM ODDĚLENÍ	42
5 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A ZHODNOCENÍ DLE M. GORDONOVÉ. .43	
5. 1 SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 18. 1. 2022.....	47
5.2 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY DLE NANDA TAXONOMIE.....	48

5. 3 HODNOCENÍ REALIZOVANÉ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE 28. 1. 2022.....	55
ZÁVĚR.....	57
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	58
SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM POUŽÍYCH ZKRATEK

ATB	antibiotika
BMI	Body Mass Index; poměr tělesné váhy a tělesné výšky
CT	počítačová tomografie
DG	diagnóza
ECT	elektrokonvulzivní terapie
EKG	elektrokardiografie
HAK	hormonální antikoncepce
MR	magnetická rezonance
NUDZ	Národní ústav duševního zdraví
PN	psychiatrická nemocnice
PNHB	Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod
PO	psychiatrické oddělení
TK	tlak krve

(VOKURKA, HUGO, 2015).

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Absence	nepřítomnost
Akatizie	neschopnost vydržet v klidu
Aspirace	vdechnutí
Deficit	chybění, nedostatek
Dyslipidemie	porucha normálního složení tuků v krvi
Dyskomfort	duševní, sociální a tělesná nepohoda
Dystonie	porucha napětí tonu
Edukace	výchovně – vzdělávací proces
Farmakorezistence	odolnost vůči podávaným lékům
Hypersalivace	nadměrné slinění
Hypertenze	vysoký krevní tlak
Hypotenze	nízký krevní tlak
Hereditární	dědičný
Inkontinence	neschopnost udržet moč nebo stolici
Intrakraniální	nitrolební
Kochleární	týkající se hlemýždě vnitřního ucha
Patologický	chorobný, nenormální, nepřírozený
Polymorfní	mnohotvarý
Premorbidní	před onemocněním
Relaps	opětovné objevení příznaku onemocnění
Stupor	nadměrná ztuhlost a strnulost
Verbální	pomocí slov
Vitální	životní

(VOKURKA, HUGO, 2015).

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče u nemocného se schizofrenií. Schizofrenie je diagnózou, která má mnoho podob. Vyskytuje se zhruba u jednoho procenta obyvatelstva a u mužů a žen je její výskyt přibližně stejný (DUŠEK a kol., 2015). Deset různých lidí může mít deset různých projevů této nemoci. Psychiatri se odjakživa usilovně snažili najít společného jmenovatele všech rozmanitých projevů a forem schizofrenie, ale tato nemoc má tolik podob, že nic není jenom schizofrenií.

V naší společnosti se na lidi trpící duševní nemocí většinou dívá s opovržením a nerozlišují se jednotlivé psychiatrické diagnózy. Stále převládají obavy a strach z duševně nemocných, které však vycházejí pouze ze zkreslených informací, které nám přinášející sdělovací prostředky, např. o tom, jak duševně nemocný člověk někoho napadl, někoho zabil, něco podpálil apod. Ve skutečnosti je pouze malé procento psychicky nemocných, kteří páchají tyto trestné činy v porovnání s lidmi, kteří jsou zdraví. Hlavním důvodem těchto obav je nedostatek informací a i to minimum, které společnost o dané problematice má, bývá zkreslené. Riziko stigmatizace i rozvoje psychického onemocnění hrozí u každého z nás, proto je třeba prohlubovat znalosti v oblasti psychiatrie a změnit pohled na nemocné s psychiatrickou diagnózou. I práce s psychiatrickými pacienty má svá specifika, které je potřeba si uvědomit.

Cílem teoretické části této práce je:

- popsat schizofrenní onemocnění a rozšířit jak znalosti, tak povědomí o této duševní nemoci
- nastínit historický vývoj psychiatrie a schizofrenního onemocnění
- přiblížit práci sester na psychiatrických odděleních

Cílem praktické části práce je:

- sestavit ošetrovatelskou anamnézu
- stanovit ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie, na základě zjištěných problémů u nemocného v daných oblastech
- stanovit cíle, ošetrovatelské intervence, jejich dopad a vyhodnocení, zda došlo ke splnění očekávaných výsledků či nikoliv

REŠERŠNÍ STRATEGIE

Zadaná klíčová slova:

Psychiatrie, historie psychiatrie, historie onemocnění schizofrenie, léčba schizofrenie

Počet záznamů:

Knihy: 48

Jazyk:

čeština, angličtina

Časové vymezení pramenů:

2011-2021

Použité zdroje:

Souborný katalog ČR, MEDVIK

VSTUPNÍ LITERATURA

JAROLÍMEK, Martin, 2021. *O nemoci, která se nazývá schizofrenie: příručka pro pacienty, jejich blízké a jejich terapeuty*. 1., vydání v Praze: Vyšehrad. ISBN 978-80-7601-428-2.

KUČEROVÁ, Helena, 2018. *Bolest v psychiatrii*. 2., vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-399-9.

LÜTZ, Manfred, 2017. *Kdo je tu vlastně blázen?: Zábavný úvod do psychiatrie a psychoterapie*. 1., vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1203-4.

PRAŠKO, Ján, ed., 2011. *Klinická psychiatrie*. 1., vydání. Praha: Tigris. ISBN 978-80-87323-00-7.

PRAŠKO, Ján a kol., 2011a. *Obecná psychiatrie*. 1., vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2570-2.

SCULL, Andrew, 2019. *Šílenství a civilizace: kulturní historie duševních chorob od bible po Freuda a od blázince k moderní medicíně*. 1., vydání první. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-2942-3.

1 PSYCHIATRIE

Psychiatrie je medicínský obor zabývající se etiologií, popisem, epidemiologií, etiopatogenezí, léčbou a prevencí duševních poruch. Název psychiatrie pochází ze složení dvou řeckých slov: psýché=duše a iatreia=léčba. Od počátku historie lidstva byla psychice připisována velká důležitost. Počet lidí, kteří trpí duševní poruchou, jako jsou psychózy, se vyskytuje v populaci kolem 5 %, depresemi je postiženo až 16 % populace, 10 % lidí trápí závažné úzkostné poruchy a neurózy a dalších 14 % lehčí neurózy. Někteří z poruch osobnosti trpí asi 15 % lidí a navíc až 27 % populace má závažné problémy s návykovými látkami, jako jsou alkohol a drogy. Existují odhady, že až polovina pacientů, kteří přichází k lékaři se somatickými obtížemi, trpí buď výhradně psychiatrickou poruchou, nebo se psychické a fyzické onemocnění vzájemně prolínají. Potřeba psychiatrické péče tedy někdy během života vystane téměř u každého druhého člověka a každý čtvrtý jedinec ji skutečně využije (PRAŠKO a kol., 2011a).

Přesto je však v současnosti, kdy lze nalézt velké množství existujících informací o psychických poruchách, úroveň znalostí této problematiky u laické veřejnosti velmi skromná a riziko stigmatizace psychicky nemocných lidí stále přetrvává. K jejímu snížení mohou přispět intervence zaměřené na zvyšování povědomí o duševních poruchách. Nejvíce bývají stigmatizováni pacienti se schizofrenií a bipolární afektivní poruchou (OCISKOVÁ a kol. 2015)

Vývoj psychiatrie byl z medicínských oborů asi jedním z nejkomplicovanějších. Byl nejvíce ovlivňován mnohými filozofickými, náboženskými a ideologickými názory, protože složité procesy mozku jako jsou emotivita, myšlení, vnímání nebo vědomí, lidé tehdy nedokázali rozpoznat a proto duševně nemocné vnímali jako prokleté, posedlé zlým duchem, eventuálně jako světce. Psychické poruchy neboli šílenství, patří neodmyslitelně k součásti civilizace, nelze je z ní oddělit. Ztráta rozumu, emoční zmatek, odcizení a porucha intelektu po staletí patří k našim životům a psychicky nemocní společnost děsí, znepokojují a zároveň fascinují. Aby se vůbec psychiatrie mohla stát vědeckou disciplínou, musela překonat mnoho předsudků a náboženských dogmat, které projevy psychických onemocnění přisuzovala působením nadpřirozených sil a bytostí. Tato cesta trvala tisíciletí a až na konci 19. a počátkem 20. století začíná přinášet objektivní pohledy a skutečně pravý rozvoj psychiatrie začíná až v druhé polovině 20. století (PRAŠKO a kol., 2011a), (SCUUL, 2019).

Již ve starém Egyptě asi 1500 let před naším letopočtem, byly popsány léčebné pokusy duševně nemocných lidí, které by mohly být zárodkem dnešní pracovní terapie. Velký pokrok zaznamenala psychiatrie ve starověkém Řecku v době kdy žil Hippokrates (460–377 př. n. l.). Ten odmítl představu, že příčinou duševních chorob jsou nadpřirozené jevy, ale považoval je za onemocnění mozku nebo za následek poruchy poměru základních tělesných tekutin. Vytvořil první osobnostní typologii podle převahy tělesných šťáv: sanquinik, choleric, melancholik a flegmatik. Ještě v době, kdy se stal Řím dědicem Řecké kultury, pokračoval rozvoj léčby psychických onemocnění, ten se však zastavil stěhováním národů a pádem Říše římské. Pak došlo k celkovému úpadku humanistického a vědeckého vzdělání. V roce 483 byl vydán Codex Theosianus a začíná stíhání takzvaně posedlých. Na duševní poruchy se přestává nahlížet z hlediska medicíny, ale stávají se předmětem náboženského hodnocení. Středověk se stává propadlištěm veškerého vědeckého myšlení. Začíná se šířit mysticismus, přírodní vědy včetně medicíny zaostávají a mnohé poznatky jsou zapomenuty. Duševně nemocní jsou označováni za posedlé zlými duchy, d'áblem nebo potrestaní Bohem. S nemocnými se zacházelo velmi krutě, byli mučeni, vězněni, přikováni řetězy, bití a zaklínáni, mnozí byli upáleni v procesech s čarodějnicemi. Dominikáni Sprenger a Kraemer vydali knihu Malleus maleficarum, která obsahovala návod k identifikaci a likvidaci d'ábelské posedlosti. Její důsledky byly strašlivé. Tyto procesy trvaly až do poloviny 18. století. Počátkem novověku se začaly zakládat ústavy pro duševně choré, ale původně humánní snahy pomoci trpícím byly nahrazeny prostou izolací pacientů a nemocní byli zavírání za mříže, uvázání řetězy a byli bití, když se nechovali podle představ ošetřovatelů. Za projevy nemoci byli trestáni např. ponořováním do ledové vody, pálením žhavým železem nebo centrifugování apod. Až do konce 18. století choromyslné veřejně vystavovali pro zábavu publika. Důvodem zaostávání psychiatrie bylo také to, že u těchto nemocí není jasná příčina a metody léčby jsou individuální. Samotní nemocní i jejich rodiny onemocnění často tajili a lékaře z pravidla nevyhledávali. Od počátku 19. století již převládá názor, že duševní nemoc není kletbou, posedlostí či trestem za hříchy. Vznikají ústavy, kde jsou pacienti pozorováni, vedou se o nich záznamy a vzrůstá snaha najít způsob, jak je léčit. Stále se však objevují metody, které jsou často ještě barbarské nebo nelidské, jako je venesekce, emetika, hladovka, různé koupele, ponořování do studené vody až do nebezpečí utopení, údery elektrinou, různé přístroje na otáčení pacientů až do bezvědomí apod. Nepoužívají se řetězy a okovy, ale zavádějí se nové omezovací prostředky, jako jsou svěrací kazajky, kurty, zvláštní omezovací

židle a postel a další zařízení na donucení pacienta zaujmout takovou polohu, která zabrání psychotickým projevům. Vedle těchto procedur se zavádějí i pracovní terapie a při ústavech jsou zřizovány dílny a rekreační prostory. (PRAŠKO a kol., 2011a).

V Čechách se ve druhé polovině 18. století začaly budovat v řadě měst nemocnice, kde se pečovalo o duševně choré. Nejvíce se o to zasloužil řád Milosrdných bratří. V roce 1790 se otvírá v rámci Všeobecné nemocnice v Praze samostatný ústav pro duševně nemocné Tollhaus (DUŠEK a kol., 2015).

Již ve druhé polovině 19. stol. byla zavedena hypnotika a sedativa a začíná se rozvíjet psychoanalýza. Koncem 19. a začátkem 20. století přináší Sigmund Freud nový pohled na teorii psychiky. Freud se zabýval nevědomými procesy a psychickými obrannými mechanismy. Nevědomé procesy často řídí naše chování a mohou vést ke vzniku příznaků psychické nemoci. Jeho vliv v diagnostice, klasifikaci a léčbě duševních poruch je značně patrný dodnes. Po 1. světové válce dochází k zavedení některých vyšetřovacích metod zpřesňujících práci v neurologii a psychiatrii a krátce před 2. světovou válkou přichází velmi plodné období v zavádění aktivních terapeutických metod, kdy se začaly používat šokové metody například inzulinové šoky, kardiazolové šoky a elektrokonvulze. Všechny tyto metody byly léčebně vysoce účinné, ale komplikace zejména u inzulinových a kardiazolových šoků byly natolik závažné, že se od těchto metod později ustoupilo. Jedinou bezpečnou metodou zůstala elektrokonvulze, která se úspěšně používá dodnes (PRAŠKO a kol., 2011a).

V této době patří mezi nové metody léčby duševních chorob i nechvalně známá tzv. prefrontální lobotomie, kterou začal používat v roce 1936 Antoniό Egas Moniz (OCISKOVÁ a kol. 2015).

V českých zemích dochází k budování psychiatrických ústavů v Brně, Praze a Dobřanech (DUŠEK a kol., 2015).

Druhá světová válka byla velkou ranou pro psychiatrii, její pacienty i pro psychiatry samotné. V roce 1933 byl v Německu vydán zákon o prevenci hereditárních chorob a přibližně 400 000 osob bylo sterilizováno. Na dětských psychiatrických odděleních bylo zavražděno 10 000 dětí a v době války přišlo o život 180 000 psychiatrických pacientů. Z Evropy před nacismem prchlo tisíce kvalitních psychiatrů (PRAŠKO a kol., 2011a).

Po druhé světové válce se začaly budovat psychiatrické léčebny a ústavy i v dalších městech. Přelom v léčbě duševních chorob nastal v roce 1952, kdy lékaři Delay a Deniker použili k léčbě psychofarmaka (DUŠEK a kol., 2015).

Poprvé v historii se objevily léky, které byly schopny léčit nejtěžší psychickou poruchu, schizofrenii. Po podání neuroleptik se stav některých pacientů natolik zlepšil, že mohly opustit zdi ústavů a žít v normální společnosti. Později začali psychiatři používat i antidepresiva a první léky proti úzkosti. V 60. a 70. letech nastává velký rozvoj psychoterapie, rozvíjí se nové psychoterapeutické postupy, které byly ověřeny kontrolovanými studii. Osmdesátá léta patří rozvoji neurovědy a zobrazovacích metod. Najednou jsme schopni do mozku vidět. Koncem století je kladen velký důraz na kvalitu života psychicky nemocných pacientů a na kvalitu samotné péče vůbec. Dochází k rozvoji komunitní psychiatrie po celém světě, vznikají chráněné dílny, domy na půli cesty a komunitní centra. Do péče o duševně nemocné se zapojují jak psychiatři, psychologové a terapeuti, tak i rodinní příslušníci ve snaze co nejvíce usnadnit adaptaci psychicky nemocným pacientům ve společnosti (PRAŠKO a kol., 2011a).

V Evropě se od padesátých let minulého století objevují snahy o reformu psychiatrické péče jako je deinstitucionalizace a destigmatizace duševních chorob. Tento vývoj probíhá dodnes. Je zajímavé, že v žádné z evropských zemí neproběhla reforma psychiatrie globálně na celém území, ale jen lokálně. V České republice byla dne 7. října 2013 schválena strategie reformy psychiatrické péče, a v první fázi transformace byly zbudovány desítky center duševního zdraví (CDZ), která se zatím zaměřují na dospělé klienty. Tato centra poskytují zdravotně-sociální služby a spolupracují i s jinými odvětvími, jako například v oblasti zaměstnání, vzdělávání, bydlení nebo volnočasových aktivit. Tato centra se v dalších fázích reformy budou zaměřovat i na další diagnostické skupiny. Rokem 2022 vstoupila Česká republika do druhé fáze této reformy, kterou bude doprovázet i celá řada legislativních změn a tento proces by mohl být dovršen v časovém horizontu 15-20 let (PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST, 2017).

Konečně se daří prosazovat základní principy celistvé pomoci pacientům s duševní poruchou s respektem k jejich svobodám a právům (JEROLÍMEK, 2021).

2 SCHIZOFRENIE

Schizofrenie je slovo řeckého původu „schizo“, které znamená štěpit a „phren“, které znamená rozum a myšlení. Název měl za úkol zdůraznit přítomnost rozštěpení mezi myšlením, emocemi a chováním. Schizofrenie fascinuje lékaře a filozofy již tisíce let (RABOCH a kol., 2012a). Již v období Vědy se v medicínských textech objevují zmínky o schizofrenii. *Byl popsán stav způsobený d'áblem a projevující se žravostí, oplzlostmi, svlékáním se do naha, ztrátou paměti a nezvyklými způsoby pohybu* (VÁGNEROVÁ, 2014 s. 319). Nalezeny byly i zmínky o pacientovi, který věřil, že je Bůh, nebo který odmítal močit, protože se domníval, že by mohl způsobit novou potopu světa. Často bývá termín schizofrenie mylně vykládán širokou laickou veřejností jako „rozštěpení osobnosti“, kdy jakoby současně existovaly dvě nebo více odlišných postav v jednom těle a to je zcela nesprávný výklad (RABOCH a kol., 2012a). K tomuto výkladu však stále velkou měrou přispívají média, kinematografie a často i mnozí politici, kteří slovem schizofrenie označují své vnitřní názorové rozpory. *Přitom tato nemoc přináší i spoustu pozitivních příkladů lidí, kteří prošli či procházejí touto nemocí. Ze současnosti je asi nejznámějším profesor matematiky a fyziky prof. John Nash, který i přes toto onemocnění obdržel Nobelovu cenu. Jeho příběh byl ztvárněn ve filmu „Čistá duše“. v minulosti byli s touto nemocí spojováni například Johanka z Arku, Francisco de Goya, Georg Friedrich Händel, sir Isaac Newton, Vincent van Gogh, Lewis Carroll, Gustave Flaubert či Ivan Blatný. Největší specifikum schizofrenie je, že pro někoho je prokletí a pro někoho dar* (JEROLÍMEK, 2021, s. 15). První ustálený název pro toto onemocnění byl pojem „dementiae praecox“ zavedený v roce 1896 Emilem Kraepelinem. Podle něj se jednalo o nezvratné měknutí mozku. Zdůrazňoval tíži a chroničnost příznaků, které začínají v rané fázi života a působí všepřonikající a přetrvávající postižení. Hlavním znakem této nemoci byly podle něj poruchy vůle a nálady, chronický průběh a špatná prognóza. Během svého života zjistil, že 12,5% pacientů se uzdravilo. Další významnou osobností je švýcarský psychiatr Eugen Bleuler, který prosadil užívání termínu schizofrenie. Soustředil se především na vyhledávání charakteristických symptomů nemoci. Podle něj byl nejdůležitějším příznakem rozpad myšlenek. Další významný psychiatr, který se zabýval konceptem schizofrenie, je Kurt Schneider. Ten stanovil tzv. „příznaky prvního řádu“. Ty byly podle něj zcela specifické při diagnostice schizofrenie. Mezi jeho příznaky prvního řádu

se řadí specifické druhy halucinací a bludů, jako jsou vkládání myšlenek, komentující hlasy nebo bludy ovládnutí. Schneider zkoumal a měl snahu pochopit především osobní zkušenosti samotných pacientů. Jeho popsané symptomy jsou součástí kritérií pro schizofrenii u Mezinárodní klasifikace nemocí dodnes (PRAŠKO a kol., 2011b).

2. 1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

Schizofrenie patří k závažným psychotickým onemocněním. Znamená rozštěpení mysli, kdy je vnímání racionality porušeno s následkem iracionálního chování a uzavřením se do vlastního světa se zmatečnými pocity. Reálný svět ustupuje do pozadí a na jeho místo se dostává svět přeludů a fantazií, ve kterém je člověk uzavřen (RABOCH a kol., 2012a). *Schizofrenie je nemoc, u níž se z hlediska psychopatologie může vyskytnout téměř cokoli, v podstatě jakýkoli příznak, a teprve souhrn těchto příznaků, jejich vzájemná provázanost, kontext s okolnostmi a vývoj v čase nám ukáže, zda se jedná o schizofrenii, či nikoli. Tato nemoc ve své složitosti, barvitosti psychopatologického obrazu a nevypočitatelnosti průběhu nemá mezi jinými nemocemi konkurenci* (KUČEROVÁ, 2018 s. 77). Vyznačuje se poruchami myšlení, vnímání, osobnosti a kvalitativními poruchami emotivity. Toto onemocnění přichází nejčastěji v mladém věku, ale často se objevují i formy začínající v dětství. Vyskytují se i případy, kdy jedinec onemocní po 40. roce života (DUŠEK a kol., 2015). Nemoc postihuje muže i ženy přibližně stejně. U mužů však zpravidla začíná dříve a mívá závažnější průběh než u žen (ČEŠKOVÁ a kol., 2013). Muži onemocní typicky mezi 15. a 25. rokem a ženy mezi 22. a 35. rokem života. Časnější nástup onemocnění má nevýhodu v tom, že pacient ještě plně nedosáhl sociální zralosti. U schizofrenních pacientů je také vyšší úmrtnost, kterou zatím není možné zdůvodnit a objevuje se zde významné riziko suicidia. Riziko spáchání sebevraždy bývá nejvyšší v počáteční fázi onemocnění a celoživotní riziko se uvádí kolem 7 %. Schizofrenie na světě postihuje všechny populace a objevuje se ve všech geografických oblastech (OCISKOVÁ a kol., 2015). Vyšší míra schizofreniků z hlediska sociálního aspektu pochází z nižších společenských vrstev a to je způsobeno zřejmě tím, že se nemocný propadá na společenském žebříčku díky snížené možnosti získat a uplatnit vyšší kvalifikaci. Schizofrenie snižuje kvalitu lidského života a způsobuje vleklou neschopnost dostát životním rolím. Ze subjektivního hlediska působí hluboké odcizení (RABOCH a kol., 2012b). Tato nemoc má sklony k chronicitě a často vede k trvalé invalidizaci. V celosvětovém měřítku se

schizofrenie řadí mezi deset nejvýznamnějších příčin plné invalidity (ČEŠKOVÁ, 2007).

2. 2 PŘÍČINY VZNIKU SCHIZOFRENIE

Schizofrenie je onemocnění jednoho z nejdůležitějších lidských orgánů - mozku. Osobnost člověka je propojený soubor psychických a fyzických vlastností jedince. Schizofrenie tato spojení narušuje, osobnost rozštěpí na několik částí a tím je vzájemné působení součástí osobnosti rozštěpem narušeno a nefunguje tak, jak by mělo. Porucha jedné části, například oblasti citů, se odráží ve funkci jiných součástí, například myšlení nebo vnímání a opačně (KUČEROVÁ, 2018). Příčiny vzniku nemoci nejsou jednoznačné. Může se jednat o různé faktory nebo jejich kombinaci. Patří sem genetické dispozice, vnější vlivy, vývojově podmíněné změny, specifické zkušenosti a vyvolávající podněty (VÁGNEROVÁ, 2014). Dědičnost u propuknutí nemoci hraje nemalou roli. Uvádí se, že děti, u kterých mají rodiče schizofrenii, mají 10x vyšší riziko, že touto nemocí onemocní (ČEŠKOVÁ, 2007). U studií dvojčat je prokázána vysoká dědivost schizofrenie, až 80%. Vzhledem k tomu, že tato nemoc mívá různé příznaky a rozdílný průběh je předpoklad, že je i geneticky různorodá. Nejčastěji se jedná o geny, které se podílejí na tvorbě myelinu a vytváření synaptických spojení. Vlivem menšího počtu synapsí dochází k redukci propojení neuronů a tím se zmenšuje objem mozkové kůry. Mozek schizofreniků má tedy nižší hmotnost. Přibližně dvaceti procenty se na vzniku schizofrenie podílejí vnější vlivy, které mohou ovlivňovat vyjádření některých genů a tím zaktivovat geneticky danou dispozici k rozvoji nemoci. Může se jednat například o prenatální hypoxii, nebo podvýživu, která pak negativně vývoj mozku ovlivní. Mnoho studií referuje o tom, že dospívající se schizofrenií měli mnohem častěji porodní komplikace než osoby, kterých se tato diagnóza netýká. Mezi postnatální faktory mohou patřit různé infekce v raném období života, ale i biologické či psychosociální vlivy. U schizofreniků byly zjištěny odchylky v metabolismu mozku. Nejvýraznější jsou v dopaminovém, glutamátovém a serotoninovém systému. Tato disfunkce vede k významnému narušení přenosu informací. Moderní vědecké poznání přičítá rozvoj příznaků schizofrenie následkům narušení některých chemických pochodů v určitých částech mozku. Hlavní problém vzniká narušením rovnováhy mezi neurotransmitery. To jsou chemické látky, které se zúčastňují přenosu nervového vzruchu mezi mozkovými buňkami. Neurotransmitter ovlivňuje specifické typy

receptorů na nervové buňce. Při rozvoji schizofrenie má nejdůležitější roli neurotransmiter dopamin a serotonin. Bylo zjištěno, že u schizofreniků se vyskytuje jednak zvýšená činnost dopaminergního systému a i určitá nerovnováha mezi dopaminergním a serotoninergním systémem. Zvýšené množství dopaminu v limbickém systému způsobuje, že je současně přenášeno příliš velké množství informací, které mozková kůra nedokáže správně rozlišit na důležité a nedůležité informace, nedokáže také odlišit, zda tyto informace přicházejí z jiných částí mozku nebo zvenku a také není schopna je správně zpracovat. Nemocný pak neumí odlišit, zda to co slyší, jsou jeho vlastní myšlenky, nebo podněty z okolí. Serotonin ovlivňuje naše emoce, agresivitu, příjem potravy a cyklus spánku a bdění. Díky nadbytku dopaminu a vzájemné nerovnováze působení dopaminu a serotoninu vznikají různé příznaky psychózy (RABOCH a kol., 2012a), (VÁGNEROVÁ, 2014). Narušuje se výběrovost vnímání, která je důležitá pro přirozenou ochranu mozku proti přetížení nedůležitými informacemi a mozek schizofrenika je tak informacemi zahlcen. Tím dochází k tomu, že postižený nedokáže rozlišit zásadní informace, přiřadí důležitost nepodstatným událostem a vše dává do souvislostí (PRAŠKO a kol., 2011b). Jakákoli zátěžová situace může být spouštěčem schizofrenie, stejně tak jako kouření marihuany, užívání metamfetaminu, amfetaminu, halucinogenů a jiných drog (PRAŠKO a kol., 2013). Výzkum, který se v roce 2007 zabýval rozvojem schizofrenie v důsledku kouření marihuany, prokázal, že užívání této drogy zvyšuje riziko vzniku duševního onemocnění v jakékoli životní fázi o 40% (CAAR-GREGG, 2010). Ke vzniku schizofrenie vedou pravděpodobně dva důležité momenty. Jedním z nich je psychická zranitelnost a dispozice a druhým je spouštěč, například stres, drogy nebo fyzická zátěž, který aktivuje tyto dispozice (PRAŠKO a kol., 2013).

2. 3 PŘÍZNAKY SCHIZOFRENIE

V současné době je nejrozšířenější názor, že schizofrenie je multisystémová porucha, jejíž projevy mohou postihnout mnoho aspektů myšlení, emocí a interpersonálních vztahů (PRAŠKO a kol., 2011b). V různých fázích nemoci je možné setkat se s poruchami téměř všech psychických funkcí (ČEŠKOVÁ, 2007). Typické příznaky se u schizofreniků objevují v různých kvalitách a kvantitách a rozhodně se nemusí vyskytovat všechny najednou. Schizofrenní příznaky dělíme do dvou základních skupin

na pozitivní a negativní příznaky. Pozitivní proto, že představují něco, co je navíc a negativní zase ukazují na to, že se něčeho nedostává.

1) Pozitivní příznaky jsou bludy, halucinace, poruchy myšlení a bizarní chování.

Poruchy vnímání, které reprezentují šalebné vjemy, jsou halucinace. Mezi nejčastější patří sluchové halucinace, kdy nemocný slyší domnělé hlasy. Nemocní s nimi vedou neustálou rozmluvu. Hlasy někdy mohou dávat příkazy, nebo komentují činnosti a osobnost pacienta. Méně časté jsou halucinace zrakové, hmatové, chuťové nebo čichové. Schizofrenik může běžné tvary a barvy vnímat nepřesně a cítit, že pro něj mají naléhavý osobní význam.

Typy halucinací:

Sluchové (akustické) – mohou to být jednoduché zvuky například pískoty, tóny nebo rány anebo složité zvuky, které nazýváme hlasy. Mohou to být slova nebo věty a mohou něco přikazovat, komentovat nebo radit. Také může jít o více hlasů najednou, které se hádají.

Zrakové (optické, vizuální) – jednoduché se objevují například jako skvrny, záblesky nebo jiskry a složité jsou postavy, různé výjevy, krajiny a podobně. Do těchto typů halucinací patří zoopsie (zvěř), mikrozoopsie (malá zvířata), makropsie (velké objekty), erytropsie (červy, barvy, oheň), hydropsie (voda), autoskopické halucinace (nemocný vidí sám sebe), Pickovy vize (bortí se stěny, osoby prostupují zdmi).

Tělové – ty mohou být taktilní, kdy postižený cítí doteky nebo svědění na svém těle, pak cenestenické (orgánové), zde se mohou objevit takové pocity jako například, že žaludek je z kamene, některé orgány chybí, může se objevit falešné těhotenství neboli pseudokiéza. Pohybové (kinestetické) halucinace mohou způsobit, že člověk, který je v klidu si myslí, že se hýbe nebo může být přesvědčen o tom, že má uvnitř těla někoho, kdo s ním hýbe. Séglasovy – verbálně motorické halucinace popisují pocit nemocného, že někdo mluví jeho ústy, graficko motorické halucinace zase představují někoho cizího, kdo hýbe s naší rukou a píše.

Čichové a chuťové halucinace se často objevují společně a může vznikat pocit, že jídlo je otrávené, že páchne a podobně.

Poruchy myšlení se projevují bludy. Jsou to falešné představy, kdy je postižený pevně přesvědčen, že se jedná o skutečnost navzdory tomu, že neexistuje žádný důkaz. Osoby mající bludy věří tomu, že jsou pronásledováni, že mají zvláštní schopnosti nebo

dar a také tomu, že někdo nebo něco ovládá jejich myšlenky a skutky. Objevují se bizarní bludy, kdy člověk věří, že má například schopnost ovládat počasí nebo komunikovat s mimozemšťany. Bludy mohou způsobit velké obavy, že postiženému bude ublíženo a následkem tohoto přesvědčení může jednat velmi neobvykle.

Typy bludů:

Paranoidní – nemocný trpí představou, že vše se vztahuje k němu, že ho všichni sledují, dívají se na něho, pomlouvají ho, chtějí mu škodit nebo ho ovládat. Tím se může vyvinout naprostá nedůvěra k lidem.

Perzekuční – zde je přesvědčení, že člověk je pronásledován, hlídán nebo sledován a že hlavním cílem je uškodit mu

Originární – nemocný věří, že je vznešený, že má šlechtický původ

Inventorní – s tímto bludem jsou lidé přesvědčeni, že vynalezli něco výjimečného a zásadního pro lidstvo

Reformátorské – věří, že má moc napravit zkaženou společnost

Religiózní – souvisejí s vyznáním

Kosmické

2) Negativní příznaky jsou zejména emoční oploštělost, ztráta zájmu, sociální stažení a ochuzení myšlení. Tyto příznaky vyjadřují oslabení nebo ztrátu funkcí, brání nemocnému zvládat každodenní aktivity a oslabují schopnost navázat a budovat normální přátelské nebo intimní vztahy. Negativní příznaky jsou závažnější než příznaky pozitivní a zpravidla jsou léčebně hůře ovlivnitelné. U těchto příznaků se často stává, že místo toho, aby byly vnímány jako součást nemoci, jsou mylně interpretovány jako známky lenosti, špatného chování a mrzutosti.

Emoční oploštělostí se rozumí neschopnost ukázat emoce změnou výrazu v obličeji, gesty nebo tónem hlasu. Tito lidé často nereagují na věci, které se dějí kolem nich, vykazují malou nebo žádnou odezvu na šťastné nebo smutné události a také mohou reagovat způsobem, který dané situaci neodpovídá. Ztráta zájmu o každodenní činnosti patří rovněž mezi negativní příznaky schizofrenie. Postižený ztrácí motivaci k zájmovým aktivitám, snižuje se schopnost pracovat, postupně dochází k zanedbávání osobní hygieny a v krajních případech se nemocný není schopen ani najíst. Sociální stažení bývá u schizofreniků častý jev. Mají jen velmi málo důvěrných vztahů, pokud vůbec vztahy mají (PRAŠKO a kol., 2011b). Mezi významné sociální příznaky patří hypobulie což je oslabení vůle. Zde bývají často její projevy zaměňovány za neochotu

něco dělat a za lenost (JEROLÍMEK, 2017). Negativním příznakem může být ochuzení myšlení, kdy u některých pacientů dochází k výraznému snížení objemu a obsahu myšlení. Takoví pacienti sami od sebe promluví jen velmi vzácně, na otázky odpovídají jednoslovně, bez jakýchkoliv podrobností. U jiných pacientů se tento příznak naopak projevuje velkou výřečností, ale obsah projevu se postupně rozpadá, odráží se zde nesouvisející asociace mezi myšlenkami a výpadky nebo přeskokování ve sledu myšlenek.

Vedle pozitivních a negativních příznaků můžeme u schizofrenie pozorovat také příznaky kognitivní. Často dochází k poruchám pozornosti a nedostatku náhledu (PRAŠKO a kol., 2011b). Porucha se objevuje především v procesu ukládání nových informací a narušeny jsou také řídicí funkce, kdy dochází k neschopnosti vytyčit si určitý cíl a sestavit plán k jeho dosažení. Poruchy pozornosti se projevují sníženou schopností rozpoznávání důležitých informací od nepodstatných (JEROLÍMEK, 2017). Schizofrenici se obtížně soustředí na jeden zdroj informací a nedokáží udržet pozornost v testech bdělosti. U některých pacientů také dochází k poruchám paměti a někdy může dosahovat až intenzity amnezie. Dovednostní a sémantická paměť bývá z velké části zachována (PRAŠKO a kol., 2011b).

2. 4 DRUHY SCHIZOFRENIE

Pro správnou diagnostiku schizofrenie musí být schizofrenní příznaky jasně vyjádřeny alespoň po dobu jednoho měsíce (OREL a kol., 2016). V počátcích nemoci může být klinický obraz nejasný a měnlivý (ČEŠKOVÁ a kol., 2013). U schizofrenie existuje řada variant jak v psychopatologickém obraze, tak v průběhu a v neposlední řadě i v míře funkčního postižení nemocného. Již od počátku se proto hovořilo o „skupině schizofrenií“. Pojem schizofrenie sdružuje řada onemocnění, které sdílejí některé společné psychopatologické charakteristiky, ale mohou se lišit patopsychologickými ději, průběhem i okolnostmi vzniku a rozvoje nemoci. V současnosti se pro diagnostiku schizofrenie řídíme kritérii stanovených v 10. vydání Mezinárodní klasifikace nemocných MKN – 10.

Paranoidní schizofrenie – nejčastější forma, která je charakterizována především bludy a halucinacemi. Bludy mají často perzekuční obsahy, někdy i velikášské. Mají vliv na myšlení a chování nemocného. Halucinace bývají nejčastěji sluchové.

Hebefrenní schizofrenie – nemocní jsou charakterizováni nevypočitatelností ve svém chování, jsou vrtkaví, emočně labilní, aktivita je necílená, podivná až bizarní, objevuje se nepřiměřená nezbednost, připomínající pubertální nedospělé chování. Nemocní strojeně mluví, mají projevy manýrování, planě filosofují a nápadně a nepřiléhavě se oblékají.

Katatonní schizofrenie – zde jsou nejvýznamnější příznaky poruchy psychomotoriky, které jsou buď provázeny nadměrným vzrušením s bezcílným neklidem, nebo projevy psychomotorického útlumu až katatonního stuporu. Tělo i končetiny zůstávají v bizarních nebo nastavených polohách a při pasivních pohybech je patrný zvýšený svalový tonus. Může být přítomen i povelový automatismus, manýrování a negativismus.

Simplexní schizofrenie – jedná se o méně častou formu schizofrenie, ale prognosticky je velmi závažná. Hlavním příznakem je postupný rozvoj změn chování s úpadkem vůle, nárůstem lhostejnosti a povrchnosti, ztrátou zájmů a oploštěním emocí. Onemocnění neprobíhá v epizodách, ale jde o pozvolný proces trvale měnící osobnost nemocného.

Nediferencovaná schizofrenie – v této diagnostické kategorii jsou zařazeny stavy splňující všeobecná diagnostická kritéria pro schizofrenii, ale neodpovídají žádné z uvedených forem nebo mají rysy více než jedné z nich, aniž by některá specifika převládala.

Reziduální schizofrenie – jedná se o chronifikaci onemocnění, kde lze dobře rozlišit postup onemocnění od počátečního stadia jasně definovaného typu schizofrenie v jedné či více atakách až k pozdějšímu stavu, který je charakterizován dlouhodobou převahou především negativních příznaků, reagujících hůře či málo na léčbu antipsychotiky.

Postschizofrenní deprese – do této kategorie je zahrnuta epizoda depresivní nálady, která vzniká po odeznění epizody schizofrenie. Musí být přítomny ještě některé příznaky schizofrenního onemocnění, ale nepřevládají v klinickém obraze. Obvykle jsou to příznaky negativní. Míra depresivního ladění však nebývá klasifikována jako těžká a často je obtížné nebo nemožné rozhodnout, které příznaky lze přičíst depresivnímu ladění, které vlastnímu psychotickému onemocnění a které vedlejším účinkům antipsychotické léčby. U této formy je zvýšené riziko sebevražedného jednání (RABOCH a kol., 2012).

2. 5 PRŮBĚH A PROGNÓZA NEMOCI

Ještě před vypuknutím nemoci je možné u některých lidí pozorovat jisté změny v chování, které nazýváme premorbidní signály. Projevují se poruchy pozornosti a sociální stažení a objevuje se podivínské chování. Nemocný může shromažďovat neúčelné věci, nedbá o svůj zevnějšek a nemyje se. Nespecifický charakter těchto odchylek přechází plynule do prodromálního období. Příznaky se stávají nápadnějšími, projevuje se depresivní ladění, kolísavá úzkost, hloubavost, ozvláštněné vnímání a vztahovačnost. Nemocný ztrácí spontaneitu, emočně se stahuje a stává se málomluvným (VÁGNEROVÁ, 2014). Mohou se objevit nespecifické příznaky, kterými jsou nespavost, úzkost nebo podrážděnost (ČEŠKOVÁ, 2007). Postupně se rozvíjí a formují halucinace a bludy. Pak přichází první psychotická epizoda a dochází k plnému propuknutí akutních příznaků. U nemocného se objevují nelogické skoky v myšlení, paranoidní myšlenky, nepřiléhavé emoce a bludy a halucinace jsou v plné intenzitě. Nemoc většinou probíhá v epizodách, které nazýváme progreditentní stadium, kdy se aktivní ataky střídají s ústupem příznaků. Ataka, která se opakuje po první epizodě nemoci, se nazývá relaps (RABOCH a kol., 2012a). Onemocnění může mít i opakovaný průběh, v němž dochází ke střídání atak a remisí v pravidelných či nepravidelných intervalech. Asi u 60 % nemocných dochází k těmto recidivám. Dále se může objevit maligní průběh, zde poměrně rychle vzniká reziduální deficit a tomu odpovídající neurodegenerativní změny. Tento průběh je poměrně vzácný. Zhruba u 30 % nemocných dochází k chronickému průběhu. Ten je spojen s opakováním chorobných atak s neurodegenerativními změnami, vedoucích k úbytku schopnosti adaptace (VÁGNEROVÁ, 2014). První ataka nemoci má dobrou prognózu. Až jedna třetina pacientů prodělá v životě pouze jednu, nebo několik málo epizod a po залечení se vracejí k normálnímu životu. Další třetina trpí opakovanými epizodami. Střídá se zde období remise a relapsu. Po té dochází často v různých průběhových variantách ke stabilizaci a někdy i k trvalé remisi jen s nepatrnou reziduální symptomatologií (RABOCH a kol., 2012a). Jako reziduální příznaky poměrně často zůstávají sluchové halucinace, se kterými se pacient naučí žít (KUČEROVÁ, 2018). Zbylá třetina nemocných má chronický průběh a trpí reziduální schizofrenií, což má za následek postupnou přeměnu osobnosti člověka. U této formy převládají negativní příznaky vyjádřené zanedbáváním zevnějšku, sociální stažeností, plochou emotivitou, pasivitou a nedostatkem iniciativy a snižují se kognitivní funkce (RABOCH a kol., 2012a).

U těchto nemocných je prognóza velmi špatná. Nemocní ztrácejí schopnost v životě úspěšně obstát, selhávají v práci, v udržení sociálního postavení a ve vztazích. Často přestávají zvládat úkony běžného dne, nedokážou zajistit potraviny, nezvládají udržet chod domácnosti a zanedbávají osobní hygienu. Pro mnohé bývá tato prognóza devastující (PRAŠKO a kol., 2013). V některých publikacích se uvádí takzvané pravidlo třetin. *Třetina lidí se ze schizofrenie zcela vyléčí. Třetina si zachová malý deficit, což ale dotyčným nebrání v tom, aby chodili do práce. Další třetina zůstane chronicky nemocná, přičemž u třetiny z nich se však později vyskytne druhý, tentokrát pozitivní zlom. Čím více je začátek takové psychózy akutní, tím lepší je prognóza* (LÜTZ, 2017, s. 154). Z hlediska somatického vyvstává u schizofrenních pacientů zvýšené riziko rozvoje kardiovaskulárního onemocnění. U nemocných se často vyskytuje obezita, nadměrné kouření, vysoká konzumace alkoholu, nedostatečná fyzická aktivita, dyslipidemie a hypertenze. Svůj podíl na tom mají vedlejší účinky antipsychotik (RABOCH a kol., 2019). Během uzdravování se cítí pacienti paradoxně smutně a prázdně. Postupná adaptace na reálný svět pro ně bývá mnohdy velmi náročná, může se objevit zvýšená zranitelnost a obavy z budoucnosti. Zůstává závislost na rodině, neschopnost plnění běžných povinností v důsledku silné únavy, obtížně se vyrovnávají s běžným životem a v těchto chvílích je vysoké riziko spáchání sebevraždy (VÁGNEROVÁ, 2014).

2. 6 DIAGNOSTIKA

Před stanovením diagnózy schizofrenie, je nutné vyloučit stavy jiné etiologie. Může se jednat o toxické či organické psychotické stavy, následky užití psychoaktivních látek, primární onemocnění mozku nebo tělesné onemocnění. Psychotické poruchy mohou vzniknout po užití celé řady psychoaktivních látek. Mezi nejčastější spouštěče patří amfetaminy, marihuana nebo halucinogeny. Přesná kritéria pro diagnostický odstup od užití drogy neexistují, většinou se hovoří o dvou až šesti týdnech (PRAŠKO a kol., 2013). V současné době neexistuje žádný jednoznačný laboratorní test, který by byl pro onemocnění schizofrenií typický. Ke stanovení klinické diagnózy je zapotřebí cvik a zkušenost psychiatra. Základní diagnostická metoda ke stanovení schizofrenie je psychiatrické vyšetření. Diagnostika je velmi náročná na čas a opírá se o pečlivé vyšetření anamnézy a duševního stavu nemocného. Systematicky se sbírají údaje

o prožívání a chování pacienta doplněny vlastním pozorováním (RABOCH a kol., 2012a).

Mezi pomocná vyšetření patří:

neurologické vyšetření

psychologické vyšetření

toxikologické vyšetření

laboratorní vyšetření – hematologické, biochemické, sérologické

obrazovací metody – CT mozku, MR mozku

elektrofyzilogické vyšetření – EEG

2. 7 LÉČBA

Hlavním pilířem dobře vedené léčby schizofrenie je farmakoterapie a psychoterapie, která by měla být doplněna vhodnou edukací pacienta a jeho rodiny. Velmi důležitý je také komplexní terapeutický přístup, který by měl zahrnovat pomoc v sociální oblasti, zvládání zátěžových situací a přebírání zodpovědnosti za vlastní život (PRAŠKO a kol., 2013). Naprosto nezbytné je nasazení adekvátní farmakoterapie nemocnému v akutní fázi schizofrenie, kdy je pacient silně pod vlivem psychotických prožitků a ocitá se ve stavu naprostého zmatku a chaosu. U většiny případů navodí psychofarmaka, především neuroleptika, zklidňující efekt nejpozději do jednoho měsíce. Psychotická epizoda zpravidla přetrvává průměrně dva až tři měsíce a během tohoto období postupně klesá význam podávání léků a naopak vzrůstá potřeba psychosociálních intervencí, zejména psychoterapie (JEROLÍMEK, 2021).

2.7.1 FARMAKOTERAPIE

Jsou tři fáze léčby:

1. léčí se akutní příznaky

2. pokračovací léčba, která vede k uspokojivé remisi a stabilizaci stavu

3. léčba udržovací, kdy je hlavním cílem prevence relapsu a zachování remise

Akutní léčba je zaměřená na zmírnění akutních psychotických příznaků zahrnující bludy, halucinace a nepřiměřené chování. V této fázi se upřednostňují antipsychotika 1. generace, někdy označovány jako typické nebo klasické. Bývají účinná a spolehlivá v poměrně rychlé redukci pozitivních příznaků (RABOCH a kol., 2012a). Mají

sedativní a tlumící efekt, ale nepotlačují depresivní příznaky. Nevýhodou jsou nežádoucí příznaky projevující se svalovým třesem, pocitem ztuhlosti svalů, mohou se objevit i mimovolní pohyby a svalové napětí vedoucí až k extrapyramidovému syndromu.

Pro pokračování léčby jsou vhodná antipsychotika druhé generace, neboli atypická, u kterých je nízký potenciál k vyvolání nežádoucích příznaků. Hlavním cílem pokračovací léčby je dosáhnout dlouhodobé nebo úplné remise a uzdravení bez propuknutí relapsu nemoci. K tomu jsou nezbytné pravidelné kontroly zdravotního stavu a hodnocení terapie. Po první atace nemoci se doporučuje pokračování v léčbě nejlépe dva roky po vymizení akutních příznaků, minimum je jeden rok. Pak je potřeba důkladně zhodnotit rizika spojená s ukončením farmakoterapie. Riziko relapsu bývá nejvyšší jen několik týdnů až měsíců po vysazení léků. Pro efektivní léčbu je nutná dobrá spolupráce lékaře s pacientem, případně s jeho rodinou. Někteří pacienti zapomínají léky pravidelně užívat nebo experimentují s jejich dávkováním, léky svévolně vysazují bez rady s lékařem nebo nevěří v účinky léků a nechtějí je brát. Zde je namístě aplikovat antipsychotika, která mají prodloužený účinek. Jedná se o depotní injekce aplikované do svalu, na které pacient dochází z pravidla jednou za dva týdny.

Nežádoucí účinky antipsychotik – hypotenze a s ní spojené pocity závratě, zrychlená srdeční činnost, pocit utlumení, vnitřní neklid (RABOCH a kol., 2012a), poruchy vstřebávání tuků a cukrů, nárůst hmotnosti, nucení k přešlapování, vymizení nebo nepravidelnost menstruace u žen nebo výtok z prsů.

Akutní extrapyramidový polékový syndrom je ten, který vzniká do tří měsíců od započetí léčby antipsychotiky. Rozlišujeme zde tři typy příznaků. Parkinsonský syndrom, který se projevuje pohybovým zpomalením, zvýšeným svalovým napětím, nestabilitou při stožení, zmenšením rozsahu pohybu a třesem. Typická je také změna chůze. Druhým typem je akutní dystonie. Jedná se o mimovolní kontrakce některých svalů nebo svalových skupin, která trvá delší dobu. Způsobuje krouživé pohyby nebo abnormální postavení končetin. Třetí příznak je akutní akatázie. Jedná se o celkový psychomotorický stav, kde je charakteristický psychický dyskomfort, který je provázen úzkostmi a nutkavým pohybovým neklidem (PRAŠKO a kol., 2011b).

2.7.2 PSYCHOTERAPIE

Péče o pacienta se schizofrenií má být vysoce individualizovaná a zacílená na postupné dosahování dobře definovaných cílů. Jedná se o týmový proces, na kterém se společně s psychiatrem podílejí psychologové, sestry, sociální pracovníce, pracovní terapeuti a další. Nedílnou součástí psychoterapie je psychoedukace, která má za úkol zajistit dlouhodobou spolupráci pacienta a upevnit vzájemnou důvěru. V akutní fázi nemoci se psychoterapie zaměřuje na okolní realitu a upravují se kontakty pacienta s jeho blízkými. U dlouhodobé terapie je prioritou obnovit u pacienta přirozený pocit kontroly nad svým vnímáním, myšlenkami, představami, emocemi a chováním. Velmi důležitá je spolupráce s rodinou pacienta (PRAŠKO a kol., 2013).

Základní formy psychoterapie:

individuální psychoterapie

skupinová psychoterapie

rodinná psychoterapie

kognitivně behaviorální terapie

psychoedukace

relaxační techniky

arteterapie

muzikoterapie

Kognitivně behaviorální terapie se zaměřuje na chování a myšlení. Tato terapie vychází z teorie učení, napodobování a sociálního učení. Behaviorální složka se zaměřuje na sledování a plánování činností, kontrolu dechu a relaxace a kognitivní terapie je zaměřená na myšlení, edukaci, vybavování a soustředění.

Mezi relaxační techniky řadíme techniky prosté svalové relaxace, autogenní tréninky, progresivní Jacobsova nebo Ostova relaxace a biologická zpětná vazba nazývaná biofeedback (DUŠEK a kol., 2015).

Arteterapie je druh psychoterapie, kde je jako hlavní prostředek poznávání a ovlivňování lidské psychiky využíván výtvarný projev. Tímto způsobem se redukuje psychické i psychosomatické obtíže a redukuje se konflikty v mezilidských vztazích a podporují léčení. Používané techniky mohou podpořit seberozvoj a osobní růst

a pomáhají překonat psychické potíže. Tento obor patří k neverbálním terapiím a tím zesiluje účinek verbální terapie (ARTETERAPIE, 2022).

2.7.3 BIOLOGICKÁ LÉČBA

Biologická léčba označuje nefarmakologické léčebné postupy, kdy se k léčení používá stimulace mozku například aplikací elektrického proudu, terapie jasným světlem, magnetické vlnění a podobně.

Elektrokonvulzivní terapie (ECT)

Tento druh léčby je z humánního hlediska dlouhodobě diskutovanou metodou díky případům z historie, kdy se tato léčba zneužívala u neindikovaných případů a také z laické obavy aplikování elektrického proudu na hlavě. Přitom tato metoda patří mezi nejefektivnější léčebné postupy v psychiatrii. Při aplikaci ECT dochází v mozku ke zvýšenému průtoku krve hlavně ve spánkových lalocích a bazálních gangliích. Po terapii dochází ke zvýšené koncentraci sodíku, draslíku a některých hormonů v mozku. Provádí se v celkové anestezii a je používána jednostranná nebo oboustranná simulace, kdy se elektrody přikládají na spánkové kosti. Využívá se střídavý proud 300-600 mA, 90-140 V o frekvenci 50-60 cyklů za sekundu aplikovaný po dobu 0,3-1,2 sekund z přiložených elektrod. Aplikuje se 2-3 krát za týden a celkový počet by měl být 6-12 sekvencí. Již po páté elektrokonvulzi většinou dochází ke zlepšení stavu. Mezi nežádoucí účinky této léčby patří zejména přechodné poruchy paměti. Dále se mohou objevit nevolnosti, často spojené s účinkem anestetik, pocity slabosti a někdy svalové bolesti. Tyto obtíže většinou rychle odezní, paměť se navrácí od 3 do 7 měsíců. Před zahájením ECT je nutný písemný souhlas pacienta. Výjimkou je zahájení ECT z vitální indikace. Stejně jako u každého výkonu v anestezii je třeba provést interní vyšetření, anesteziologické konzilium, EKG a základní laboratorní vyšetření. Před výkonem je pacient od půlnoci lačný, nekouří a nepije. Největší efekt ECT je zaznamenán u těžkých na farmakoléčbu nereagujících depresí, u mánií, katatonii a schizofrenií. Často je indikována tam, kde je z nějakého důvodu neefektivní farmakoterapie. Je to bezpečná biologická léčba, která má nízký výskyt nežádoucích účinků a při správné indikaci má lepší efekt a je šetrnější než antidepresiva. Vysoce snižuje riziko sebevraždy a mnohdy zachraňuje pacientův život (PRAŠKO a kol., 2011a).

Repetitivní transkraniální magnetická simulace (rTMS)

Jedná se o jednu z novějších neinvazivních technologií, kdy jsou neurony mozkové kůry stimulovány pomocí magnetického pole. Kmitáním magnetického pole vznikne ve tkáni elektrická stimulace a ta způsobí změnu aktivity a metabolismu neuronů. Během terapie pacient sedí a magnetická cívka je umístěna nad pokožkou hlavy. To umožňuje aplikovat stimuly do stejné oblasti mozku několikrát za sekundu nepřetržitě po dobu několika vteřin. Intenzita magnetické stimulace, její trvání, počet sérií a intervalů mezi nimi je individuální. Výkon bývá aplikován 5krát týdně přibližně po dobu 2-3 týdny. Nejdelší bývá první ošetření, to trvá asi 1 hodinu, každé další ošetření trvá 20-30 minut a závisí na počtu aplikovaných stimulů a přestávek mezi nimi. Výhodou této metody je, že může být aplikována ambulantně, není potřeba anestézie, neovlivňuje paměť ani rozpoznávací funkce a je velmi dobře tolerována. Mezi nejčastější přechodné nežádoucí účinky se řadí mírná bolest hlavy a nepříjemný pocit v oblasti stimulace. Účinnost této metody byla prokázána u pacientů, kteří trpěli depresivní poruchou, vede ke zlepšení nálady a má úspěchy i v léčbě negativních příznaků doprovázejících schizofrenii. Kontraindikací je přítomnost kovových předmětů v hlavě, jako jsou střeptiny, svorky, kovové výztuže cév, kardiostimulátory, kochleární implantát, epilepsie či nález na EEG a zvýšený intrakraniální tlak (ANDRES, 2011).

3 SPECIFIKA PRÁCE SESTRY NA PSYCHIATRII

Každá sestra, by měla usilovat o navrácení zdraví pacienta, uspokojovat jeho potřeby a vést ho k sebedůvěře. Na psychiatrických odděleních je pro sestry práce náročná psychicky i fyzicky. V první řadě musí dbát na bezpečnost jak svojí, tak na bezpečnost pacienta. Charakter a náročnost práce se odvíjí od typu oddělení. Na neklidových odděleních jsou pacienti, kteří byli přijati proti své vůli a mohou vážně ohrožovat sebe nebo své okolí, proto je nutná zvýšená obezřetnost a sebranost celého týmu. Často je nutné podrobit neklidného pacienta ošetrovatelským a léčebným výkonům proti jeho vůli a to vyžaduje zvýšenou psychickou i fyzickou odolnost zdravotníků. Neplatí zde v těchto případech rovnost pacient – zdravotník, ale i v těchto chvílích nesmí chybět ohleduplnost k psychickým a sociálním potřebám nemocného. Sestra by měla s pacientem jednat klidně, pohotově a rozhodně. O postupech k zvládnutí agrese u pacienta rozhoduje lékař a sestra plní jeho ordinace a svou ošetrovatelskou péči dle standardů oddělení. Nejčastěji se jedná o aplikace injekcí zmírňujících neklid nebo umístění do terapeutické odlučky. Zde bývají pacienti monitorováni bezpečnostními kamerami. Na uzavřených odděleních jsou umístováni pacienti, kteří mají stále psychotické příznaky, ale nejsou agresivní a jejich spolupráce v léčbě se postupně zvyšuje. U těchto lidí platí zvýšené riziko útěku a sestra by měla mít neustále přehled o pohybu pacientů na oddělení a v noci provádět průběžné kontroly na pokojích. Klidní a spolupracující pacienti bývají na otevřených odděleních. Zde je péče sestry zaměřena zejména na psychoterapii a edukaci. Sestry se podílí na organizaci psychoterapeutických programů oddělení, provádějí relaxační techniky, účastní se skupinových psychoterapií jako koterapeuti a mohou vést individuální psychoterapeutické rozhovory (TOMÁŠ a kol., 2014). Sestra by měla být spojujícím článkem mezi pacientem a lékařem. Všimá si, jak se nemocný projevuje, jaké má potřeby, zda se neobjevily nežádoucí účinky léčby a jak pacient na léčbu reaguje. Sestra nemocného vyslechne a jeho problémy, obavy a dotazy může tlumočit lékaři. S duševně nemocnými bychom měli komunikovat bez předsudků, citlivě, klidně, nevysmívat se jeho řečem a nezlehčovat situaci. Nejdůležitější je nevyvracet pacientům jejich názory, protože to co oni vidí, slyší, cítí a to co si myslí, považují za pravdivé. Můžeme pouze vyjádřit pochopení a snažit se vysvětlit, že jim se tato skutečnost jeví jako pravdivá, ale my máme názor jiný. Pacienti s psychickým onemocněním hledají ve zdravotnickém

personálu důvěru, oporu a bezpečí. Proto je důležité je neustále ujišťovat o jejich bezpečí. Důvěru pacienta získáme tím, že mu budeme naslouchat, odvádět svou práci profesionálně, plnit dané sliby včas a přesně a nedávat sliby nesplnitelné. Součástí úlohy psychiatrické sestry je kontrolovat správné užívání léků. Sestra by se měla vždy ujistit, zda pacient u sebe neschovává žádné jiné léky, než ty, které mu byly předepsané lékařem. Důležitá je i kontrola, že pacient lék spolknul. Pacient užije lék před sestrou a po jeho polknutí ukáže prázdná ústa, protože u psychiatrických pacientů je vyšší riziko manipulace s léky vzhledem k jejich nedobrovolné hospitalizaci. S ohledem na bezpečnost pacientů sestry kontrolují i osobní věci pacienta, zejména ostré předměty, nože, nůžky, pásky a podobně. Sestra by měla mít znalosti o duševních nemocech vyskytujících se na oddělení, kde pracuje, aby mohla pacientům lépe porozumět a uměla reagovat na jejich potřeby.

V rámci reformy psychiatrické péče na některých lůžkových odděleních postupně vznikají multidisciplinární týmy a sestra se aktivně účastní porad s case managery či klíčovými pracovníky pacientů a společně s nimi plánuje péči o daného pacienta po jeho propuštění. V ambulancích, ambulancích s rozšířenou péčí, krizových centrech a v centrech duševního zdraví sestry se specializací zastávají výkony hrazené pojišťovnou. V současnosti se jedná o 10 výkonů:

1. Zavedení/ukončení individuální psychiatrické rehabilitace, konzultace, administrativní činnost sestry pro péči v psychiatrii
2. Psychiatrická rehabilitace individuální
3. Zhodnocení psychického stavu sestrou pro péči v psychiatrii
4. Skupinové podpůrné terapeutické aktivity
5. Psychoedukační a podpůrný rozhovor s rodinou
6. Telefonická konzultace sestry v péči o pacienta
7. Terénní krizová intervence prováděná sestrou pro péči v psychiatrii
8. Edukace sestrou pro péči v psychiatrii
9. Sledování pacienta po terapeutické intervenci
10. Reedukace sestrou pro péči v psychiatrii (EZ CENTRUM, 2022).

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY SE SCHIZOFRENIÍ

Ošetřovatelský proces je realizován od 18. 1. 2022 do 28. 1. 2022 na doléčovacím oddělení 6 v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod. K uvedenému datu byla pacientka hospitalizována již 4 měsíce. Ke sběru a vyhodnocení informací o pacientce byl použit koncepční model dle Marjory Gordonové díky němuž byla sestavena ošetřovatelská anamnéza s ohledem na bio-psycho-sociální potřeby pacientky. Informace byly získány ze zdravotnické dokumentace, vlastním pozorováním, rozhovoru s pacientkou a od ostatních zdravotnických pracovníků.

Identifikační údaje byly dle platného zákona č. 110/2019 Sb., Zákon o zpracování osobních údajů, změněny.

Celkový průběh hospitalizace: Pacientka byla 17. 9. 2021 přijata po předchozí domluvě do Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod na doporučení ambulantního psychiatra. Předchozí hospitalizace byla ukončena 07/2021. Nyní se jedná o dekompenzaci stavu s halucinatorně- paranoidním syndromem, pod jehož vlivem došlo i k sebepoškozování a stav nelze zvládnout ambulantně. Pacientka, dle jejích slov, měla pocit, že po ní někdo jde, měla strach o své blízké, měla pocit, že po ní všichni koukají, trvalo to asi 10 dní, vlastně ani v červenci, když byla propuštěna z nemocnice, to nebylo úplně dobré. Slyšela stále hlasy, říkaly jí, aby si ubližovala, ponižovali jí. Pacientka léky užívala pravidelně, neví, proč se jí ty stavy zase vrátily. Při přijetí byla pacientka klidná, kontakt navazovala ochotně, nebyla agresivní, byla patrná mírná tenze, ale zároveň udávala úlevu, že je zde. Na předloktí pravé ruky byly patrné drobné řezné rány, nebyly hluboké, nebylo nutné další ošetření. Během příjmových formalit neprokazovala další sebepoškozující tendence. Další dny se u pacientky vyskytovaly zejména sluchové halucinace, říkaly jí neustále, že je špatná, byly i vulgární. Měla i obavy z ostatních pacientů, bála se, že jí chtějí ublížit, protože je špatná a za nic nestojí. Objevil se pocit, že její hlava nepatří k jejímu tělu, že je její hlava někde jinde. Hlasy jí zakazovaly spolupráci se zdravotnickým personálem, byla nastražená, převládala depresivní nálada, měla pokleslou mimiku a ochuzená gesta, oční kontakt navazovala sporadicky, spíše klopila zrak k zemi. Měla nutkavé pocity si ublížit, ne ve smyslu

spáchání sebevraždy, ale pořezat se, aby tak snížila tlak a napětí. Převládaly pocity bezradnosti a bezvýchodnosti situace. Pacientce se upravovala medikace a s ohledem na dobrý efekt ECT při minulé hospitalizaci byla od 6. 10. 2021 aplikována elektrokonvulzivní terapie v celkovém počtu 15 elektrošoků. I tak stav nadále kolísal. Byla jí upravována medikace, ale před plánovaným překladem na doléčovací oddělení došlo k prudkému zhoršení stavu a bylo nutné nasadit injekční terapii s poměrně dobrým efektem. Dne 24. 11. 2021 byla pacientka přeložena na doléčovací oddělení. Byla nadále skleslá, bezradná a vystrašená. Komentující hlasy slyšela stále, ponížovaly jí, dehonestovaly, nabádaly k sebepoškození. Z ostatních lidí a z nového prostředí měla strach, byla unavená a objevila se nadměrná salivace v důsledku nežádoucích účinků léků. Pacientce byl ponechán čas na adaptaci na nové prostředí, byla jí upravována medikace, ukončila se injekční aplikace antipsychotik a stav se pomalu začal zlepšovat. Pacientka byla živější, během dne již neslychala hlasy, večer se však vracely a proto chodila brzy spát. Počátkem ledna 2022 se její stav výrazně zhoršil, pravděpodobně došlo k odeznění efektu ECT. Pacientka byla vyčerpaná, úzkostná až bezradná, zhoršila se hypersalivace, pacientce vytékaly proudy slin neustále z úst, levý koutek měla pokleslý, z úst jí vypadávalo jídlo, celé tělo se při chůzi výrazně naklánělo. Hlasy slychala opět neustále, nebyla schopná téměř žádné aktivity, muselo se dohlížet na příjem tekutin a stravy. v noci se opakovaně pomočovala do lůžka. Průběh schizofrenie splňoval kritéria pro farmakorezistenci a proto byla se souhlasem pacientky opět zahájena elektrokonvulzivní terapie. 19. 1. 2022 byla aplikována 1. ECT a postupně se začala snižovat medikamentózní léčba. Pacientčin stav se začal zlepšovat, v plánu bylo 10-12 elektrokonvulzí. Pacientka se stala živější, psychomotorický útlum byl již jen mírný, snížilo se nadměrné slinění, přestala se pomočovat a chůze již byla vzpřímená.

K 28. 1. 2022 je pacientka nadále hospitalizována v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod a její stav se nadále zlepšuje.

Identifikační údaje:

Jméno a příjmení:	XY	Bydlí:	s přítelem
Pohlaví:	žena	Národnost:	česká
Datum narození:	19. 4. 1997	Státní občanství:	ČR
Věk:	24 let	Datum přijetí:	17. 9. 2021
Stav:	svobodná	Zaměstnání:	ID 3. stupně

4.1 ANAMNÉZA

Anamnéza byla odebrána v den přijetí pacientky do Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod. Zdrojem těchto informací je zdravotnická dokumentace pacientky.

Rodinná anamnéza (RA):

Otec: ročník 1954, zdravý, pracuje jako OSVČ
Matka: ročník 1971, zdravá, pracuje jako mzdová účetní
Sourozenci: 1 bratr, o 7 let starší, zdravý
Psychiatrická zátěž rodiny: matky bratranec měl asi schizofrenii, bratranec otce a syn tohoto bratrance spáchali sebevraždu. Otec babičky z otcovy strany snad měl slýchat hlasy.

Osobní anamnéza (OA):

Dětské infekční nemoci: prodělala běžné dětské onemocnění
Úrazy: měla 2x otřes mozku v období puberty, jednou spadla na ledě, podruhé spadla z kola
Operace, křečové stavy: neguje
Alergie: pyl a plísně, sledována na alergologii

Sociální a pracovní anamnéza (SPA):

Stav: svobodná
Vzdělání: dokončené SŠ vzdělání, VŠ nedostudovala
Zaměstnání: ID 3. stupně, pracuje ve Fokusu jako peer konzultant
Bydlení: bydlí s přítelem v rodinném domě, vztah 5 let

Psychiatrická anamnéza (PsychA):

Dlouhodobě psychiatricky léčena, dle pacientky mívala úzkostné a depresivní stavy už ve 12ti letech, poté to vymizelo a psychické potíže se vrátily v 19ti letech. S nimi se léčí, asi 5 let dochází k ambulantnímu psychiatrovi. Hospitalizována byla opakovaně - PN Kosmonosy 2x, PN Sadská, PO Jičín, NUDZ. 1x týdně docházela na individuální psychoterapii. V PNHB nyní podruhé, předchozí lékařská diagnóza: akutní polyformní psychotická porucha se symptomy schizofrenie, emočně nestabilní porucha osobnosti.

Abusus:

Kouření: nikotinismus asi 15 cigaret za den

Alkohol: nyní nepila vůbec, dříve o víkendu skleničku vína

Drogy: v 16ti letech experimenty s marihuanou
před minulou hospitalizací v PNHB krátce užívala kokain
1x zkoušela extázi

Návykové léky: při potížích brala Rivotril 0,5mg posledních 14 dní až 3x denně
léky na nespavost – Sanval 10mg si brala občas

Gambling: nejuje

Farmakologická anamnéza (FA):

Léky, které pacientka užívala při přijetí

Název léku	Způsob podání	Síla	Dávkování	Indikační skupina
Rxulti	per os	4mg	1-0-0 tbl.	antipsychotikum
Quetiapin	per os	200mg	1-1-2 tbl.	antipsychotikum
Haloperidol	per os	1,5mg	1-1-2 tbl.	antipsychotikum
Lamotrigin	per os	100 mg	2-0-1 tbl.	antiepileptikum
Depakine	per os	300mg	1-0-2 tbl.	antiepileptikum
Rivotril	per os	0,5mg	1-1-1 tbl.	benzodiazepin
Jangee	per os		0-0-1 tbl.	kontraktivum

Gynekologická anamnéza (GA):

menarche ve 12 letech, mívala časté záněty s výtokem, opakovaně léčena ATB, také časté záněty močového měchýře a ledvin, nyní bez potíží, užívá HAK (Jangee), na kontroly do gynekologické ambulance dochází pravidelně 1x ročně. Těhotenství 0.

Crimina:

Neguje

Nynější onemocnění (NO):

Krátce po propuštění z předchozí hospitalizace v PNHB začala opět slýchat hlasy, nebylo to tak zlé, ale pak, poslední asi tři týdny byly hlasy hodně intenzivní, připadala si a i viděla, že je sledovaná. Zpočátku si říkala, že je to návratem z nemocnice po dlouhé době, ale asi to tím nebylo. Byla přesvědčená, že má doma kamery, že jí sledují dalekohledem, měla strach, že jí někdo něco provede. Nikam raději moc nechodila, bála se pronásledování venku, ale sledovali jí i uvnitř. Nešlo jí chodit ven ani s nikým jiným, bála se, necítila se bezpečněji. Hlasy jí dávaly úkoly, že má něco splnit nebo si ublížit, hrozně jí kritizovaly, nadávaly a ponižovaly. Byly v průběhu celého dne, nejhorší to bylo vždy večer. Pak už se to nedalo vydržet, volala panu doktorovi a chodila k němu čím dál častěji. Byly to mužské hlasy, bylo jich víc, ale nezná je, neví kdo to je. Bála se toho, co jí ty hlasy říkaly, bála se o rodinu, vyhrožovaly, že pokud si neublíží, ublíží oni nikomu jinému. Popisovala i občasné zrakové halucinace. V okně viděla chlapy, proto měla raději zatažené závěsy. Jednou se stalo, že nikoho viděla na posteli, spíše to byla silueta, když zaklepala s peřinou tak zmizela. Náladu měla kolísavou, poslední dobou byla spíš taková smutná. Popisovala i úzkosti, byly to takové stavy napětí, hlavně když na ni mluvily hlasy. Sebevražedné myšlenky neměla, ale v minulosti se pořezala, dokázala by se zabít, když není jiná cesta. Nyní se sebepoškozovala, povrchově se řízla, dostala to jako úkol od hlasů, ale potom nezmizely, jen už to po ní pak nechtěly. Stalo se to asi 2x. Se spánkem potíže neměla, občas si vzala prášek na spaní, noční můry si nepamatuje, asi je neměla. Chuť k jídlu měla normální, změny hmotnosti nebyly. Orientovaná byla nepřesně časem, věděla rok a měsíc, přesné datum a den v týdnu nedokázala určit. Správně uvedla, že je v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod.

Lékařská diagnóza:

Pracovní dg: F 25. 1 Schizoafektivní porucha, depresivní typ

F 60. 3 Emočně nestabilní porucha osobnosti

F 13. 1 Abusus BZD

Diferenciální dg: počínající schizofrenní proces, BAP s psychotickými příznaky

Somatická dg: anamnesticky opakované vaginální záněty a záněty močových cest s opakovanou ATB léčbou, 2x komoče mozku v pubertě, kolonoskopie pro krev ve stolici na jaře 2021 – bez patologie

4. 2 PŘEHLED DIAGNOSTICKÝCH VÝKONŮ

Screeningové vyšetření ze dne 18. 9. 2021

1) Laboratorní vyšetření

Hematologické vyšetření:

Krevní obraz + diferenciál

Leukocyty $9,6 \cdot 10^9/l$

Erytrocyty $4,73 \cdot 10^{12}/l$

Hemoglobin 151 g/l

Hematokrit 0,43

Barvivo v ery. 30,9

Střední obj.ery.84,4 fl

Koncový hem.v ery.0,347%

Šíře distribuce ery 12,8%

Trombocyty $161 \cdot 10^9/l$

Střední obj.tromb.10,1%

Šíře distribuce tromb.13%

diferenciál:

eosinofily 4,4%

neutrofilů 47,5%

monocyty 7,4%

lymfocyty 37,1%

Biochemické vyšetření krve:

Glukoza 4,6 mmol/l

Na 140 mmol/l

K 3,8 mmol/l

Cl 104 mmol/l

Ca 2,41mmol/l

Mg 0,89 mmol/l

Urea 3 mmol/l

Kreatinin 63umol/l

Bilirubin 13 umol/l

ALT 0,42 ukat/l

AST 0,67 ukat/l

GMT 0,56 ukat/l

Cholesterol 3,47 mmol/l

CRP 0

Toxikologické vyšetření:

BZDP pozitiv.

BARB negat.

AMPH negat.

THC negat.

Metamfetamin negat.

OPI negat.

Biochemické vyšetření moč:

moč + sediment

Glukoza negat.	PH 6 arb.j.	Bílkovina negat.
Ketolátky negat.	Urobilinogen negat.	Bilirubin negat.
drť ojediněle	nitráty negat.	Hustota moče 1020g/l

2) EKG

EKG křivka zcela normální, rytmus pravidelný, nález odpovídá věku pacientky.

Screeningová vyšetření z 24. 11. 2021 (překlad na doléčovací oddělení)

Hmotnost aktuální: 64 kg

Výška aktuální: 162 cm

Tělesná teplota: 36,5 °C

BMI: 24,39

TK: 125/93

P: 79´

D: 19´

Obvod pasu: 82cm

Test hodnocení rizika pádu:

Pohyb:	neomezený	0
Vyprazdňování:	nevyžaduje pomoc	0
Medikace:	užívá rizikové léky	1
Anestezie:	bez anestezie	0
Smyslové poruchy:	žádné	0
Mentální status:	orientována	0
Věk:	18–65 let	0
Pád v anamnéze:	ano	1
Vyhodnocení stupně rizika:	malé riziko	2

Barthelové test základních všedních činností

Příjem potravy a tekutin:	samostatně bez pomoci	10
Oblékání:	samostatně bez pomoci	10
Koupání:	samostatně bez pomoci	10

Osobní hygiena:	samostatně bez pomoci	10
Kontinence moči:	plně kontinentní	10
Kontinence stolice:	plně kontinentní	10
Použití WC:	samostatně bez pomoci	10
Přesun lůžko – židle:	samostatně bez pomoci	10
Chůze po schodech:	samostatně bez pomoci	10
Chůze po rovině:	samostatně bez pomoci	10
Vyhodnocení stupně závislosti:	nezávislost	100

Test hodnocení základního nutričního stavu

BMI:	20–35	0
Ztráta hmotnosti (nechtěná):	žádná	0
Jídlo za poslední tři týdny:	beze změn v množství	0
Vyhodnocení:		0

Hodnocení rizika vzniku dekubitu – stupnice Nortonové

Schopnost spolupráce:	úplná	4
Věk:	< 30	3
Stav pokožky:	normální	4
Přidružená onemocnění:	žádná	4
Fyzický stav:	dobrý	4
Stav vědomí:	dobrý	4
Aktivita:	chodí	4
Pohyblivost:	úplná	4
Inkontinence:	není	4
Bodové skóre:		32

Lékařské diagnózy při překladu:

Základní dg.: F 200 - Paranoidní schizofrenie
Ostatní dg.: F 603 – Emočně nestabilní porucha osobnosti
X780 – Automutilace předloktí ostrým předmětem
E780 – Hypercholesterolemie
S507 – Mnohočetné povrchní řezné ranky různého stáří
E612 – Karence hořčičku
Z920 – Hormonální antikoncepce

4. 3 PŘEHLED TERAPEUTICKÝCH VÝKONŮ NA DOLÉČOVACÍM ODDĚLENÍ

Základním pilířem léčby u pacientky byla farmakoterapie, z důvodu neuspokojivého stavu i přes množství medikace a délce hospitalizace byla opět aplikována ECT. Celková léčba byla doplněna o pracovní terapii, trénink kognitivních funkcí a autogenní trénink.

ECT

Pacientce byla ECT aplikována od 19.1.2022 2x týdně, její stav se po této terapii začal výrazně zlepšovat.

Pracovní terapie

Pacientka docházela do terapie sporadicky, vždy s ohledem na současný stav. Pod vedením zkušených terapeutů pracovala v šicí dílně, kde převážně stříhala látky nebo šila pantofle. Tímto způsobem procvičovala zejména jemnou motoriku a trpělivost.

Trénink kognitivních funkcí

U pacientky bylo díky ECT nutné trénovat kognitivní funkce. Pod vedením sester vyplňovala různé testy zaměřené zejména na paměť. Pacientka se při testech snažila spolupracovat.

Autogenní trénink

Pacientka na tento trénink docházela téměř denně, vyjma víkendu. Tato terapie se jí velmi líbila, naučila se relaxovat.

5 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A ZHODNOCENÍ

DLE M. GORDONOVÉ

Ošetřovatelská anamnéza byla sestavena 18. 1. 2022.

1) Vnímání zdraví

Subjektivně:

Pacientka se nyní necítí dobře. Hospitalizována je proto, že neustále slyší nepříjemné hlasy a má obavy z jiných lidí. Hlasy jí nabádaly k sebepoškozování a to také dělala, řezala se do ruky. Neměla myšlenky na sebevraždu, bála se o své blízké, aby jim nikdo neublížil. Hlasy trvají stále, stále jí nabádají, aby si ublížila, poslední dobou jsou pořád, už si neví rady co dělat. Je z toho vyčerpaná, nejlépe je jí v lůžku. Hodně spí. Vadí jí silné slinění, nemůže se pořádně napít, pomáhá jí brčko. Jídlo jí vypadává z úst a obtížně se jí polyká. Alkohol jí neláká, občas by si zakouřila marihuanu, byla po ní uvolněná. Kouří asi 20 cigaret denně.

Objektivně:

Pacientka byla do Psychiatrické nemocnice v Havlíčkově Brodě přivezena rodinou na doporučení ambulantního psychiatra pro dekompenzaci stavu. Během hospitalizace se nedařilo léčbu zvládnout medikamentózně a byla proto zahájena série ECT, jejíž efekt nebyl zcela dostatečný, ale stav se začal pomalu zlepšovat. Po překladi na doléčovací oddělení se stav pacientky začal opět zhoršovat, pacientka opět začala být masivně psychotická, se sluchovými verbálními halucinacemi s doprovodným úzkostným prožíváním a celkovou vyčerpaností. Objevilo se masivní slinění, sliny jí stékají po vlasech, levý koutek má pokleslý, k pití musí používat brčko, jídlo jí vypadává z úst. Chůze je šouravá a pacientka se naklání k jedné straně. Se souhlasem pacientky bude opět zahájena elektrokonvulzivní terapie.

2) Výživa – metabolismus

Subjektivně:

Pacientka jí doma normální stravu, ale zde si zažádala o vegetariánskou dietu, protože si pamatuje z minulé hospitalizace, že jí vadily každodenní porce masa. Když má chuť na maso, tak si koupí třeba hamburger. Většinou o jídle nepřemýšlí, sní plné

porce. Na váze nepřibírá. Nyní se jí hůře polyká. Tekutiny přijímá v dostatečném množství, asi 1,5-2 litry za den.

Objektivně:

Pacientka při výšce 162 cm váží 64 kg, BMI je 24,39 a je tedy přiměřené výživy a hydratace. Je však třeba dohlížet na přijímání stravy a tekutin, protože nyní hůře polyká a nadměrně sliní. Pacientka sní celé porce a má přídavky: ovocný jogurt, pudink a švestkový kompot.

3) Vylučování

Subjektivně:

Poslední dny má potíže s vyprazdňováním stolice, naposledy byla asi před třemi dny a trápí ji nafouklé břicho. Také se stává, že se v noci pomočí do lůžka. Potíže při močení nemá. Pocení je v normě.

Objektivně:

Pacientka si stěžuje na nepravidelnou stolicí, poslední dobou nemá téměř žádnou aktivitu. Pro zlepšení střevní peristaltiky jí je podáván švestkový kompot a 3x denně lactulosa sirup. Poslední týden se v noci pomočuje.

4) Aktivita – cvičení

Subjektivně:

Nic jí nebaví, je unavená. Nyní se neúčastní žádných aktivit na oddělení, nejlépe je jí v lůžku. Občas jde na společnou vycházku k vůli nákupu cigaret. Dny tráví střídavě v lůžku a na kuřárně.

Objektivně:

Pacientka se do aktivit na oddělení nyní nezapojuje a s ohledem na její současný stav není přílišná aktivizace vhodná. Dříve ráda chodila na společné vycházky a na autogenní trénink.

5) Spánek

Subjektivně:

Spí dobře, spí v noci i přes den. Když spí, tak je jí nejlépe. Doma někdy užívala léky na nespavost, tady je nepotřebuje.

Objektivně:

Pacientka tráví většinu dne v lůžku, někdy musí být během dne buzena k jídlu, nebo aby užila léky. V noci spí tvrdě, nevzbudí jí, ani když se pomočí do lůžka. Je unavená a vyčerpaná.

6) Vnímání, citlivost a poznávání

Subjektivně:

Doma měla pacientka pocity sledování a slyšela hlasy, během hospitalizace se to občas zlepšilo, ale nyní ty hlasy slyší pořád. Je z toho unavená, smutná, neví jak z toho ven. Ostatním pacientům se spíše vyhýbá, s nikým se nesbližuje, nemá k nikomu důvěru. Povzbudit a uklidnit jí dokáže telefonát s přítelem, ráda by ho viděla, ale návštěvy jsou kvůli pandemii Covid-19 zakázány. Poslední dobou ani nedokáže přesně určit co je za den, všechno jí splývá.

Objektivně:

Pacientka udává neustálé sluchové halucinace, orientována je místem, časem však nepřesně. Dokáže určit co je za měsíc a jaký je rok. Oční kontakt téměř nenavazuje, působí bezradně a sklesle. Verbální vyjadřování jí ztěžuje nadměrné slinění, pacientka má pokleslý levý koutek a špatně artikuluje. Na oddělení je samotářská, často telefonuje s přítelem nebo spí. V rámci svých možností se snaží spolupracovat.

7) Sebepojetí a sebeúcta

Subjektivně:

Sama sebe pacientka nedokáže zhodnotit, myslí si, že je hodná, ale hlasy jí neustále říkají, že je špatná a k ničemu. Ráda pomáhá lidem, bavila ji práce ve fokusu. Chtěla by, aby jí bylo dobře a mohla se vrátit domů ke svému příteli. S ostatními lidmi nemívá konflikty, netouží se nijak prosadit, spíše dělá, co se jí řekne. Je poslušná. Nemá pocit, že by byla výjimečná.

Objektivně:

Pacientka působí vystrašeně a smutně. Chování je bezkonfliktní, ostatních pacientů se spíše straní, je uzavřená a udává pocit zoufalství. Je ochotná přijmout jakoukoliv pomoc, hlavně, aby jí bylo lépe. Působí velmi křehce. Během hospitalizace spolupracuje a je vděčná. Nepůsobí tak, že by měla velké sebevědomí, spíše je skromná až submisivní.

8) Role – mezilidské vztahy

Subjektivně:

Pacientka žije s přítelem v domě jeho rodičů. Mají tam samostatný byt. S přítelem jsou spolu asi 5 let a pacientka je ve vztahu spokojená. S rodiči přítele i se svými rodiči vychází dobře. V dětství neměla moc kamarády, na základní škole jí šikanovali, a proto se všem raději vyhýbala. Na střední škole se to zlepšilo, našla si přátele a začala chodit i do společnosti. Teď má svého přítele a rodinu a to jí stačí, moc jí pomáhají.

Objektivně:

Pacientka je svobodná, bezdětná, žijící s přítelem, který se aktivně zajímá o její stav, denně si spolu telefonují. V telefonickém kontaktu je i s rodiči. Vzhledem k pandemii Covid-19 jsou do odvolání zakázány návštěvy a léčebné propustky do domácího prostředí. Mezi ostatními pacienty je spíše oblíbená, vyvolává pocit potřeby jí pomáhat, ale pacientka se společnosti straní.

9) Sexualita

Sujektivně:

Pacientka je heterosexuálně založená, má přítele, se kterým aktivně sexuálně žije. V budoucnu by chtěla založit rodinu.

Objektivně:

U pacientky nejsou patrné žádné známky patologie v této oblasti, svému příteli je věrná.

10) Stres

Subjektivně:

Pacientka si nemyslí, že by byla nyní ve stresu, je spíše klidná. Při zátěžových situacích je bezradná a potřebuje pomoc. Má ráda, když vše probíhá v klidu.

Objektivně:

U pacientky nejsou patrné žádné známky překonávání stresu, tento bod proto není hodnocen.

11) Víra

Subjektivně:

Pacientka k otázce víry a duchovna nemá žádný názor. Nepřemýšlí o tom.

Objektivně:

Pacientka během hospitalizace neprojevila zájem o duchovní služby.

12) Jiné

U pacientky se nevyskytly žádné obtíže, které by se daly zařadit do této oblasti, proto nebyl tento bod hodnocen.

5. 1 SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 18. 1. 2022

Pacientka byla k tomuto dni hospitalizována v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod 144 dní. Nejprve byla na akutním oddělení, kde jí musela být aplikována vzhledem k masivní psychóze léčba ECT v celkovém počtu 15 elektrošoků. Poté byla přeložena na doléčovací oddělení, kde se její stav začal postupně zlepšovat, avšak počátkem ledna 2022 pravděpodobně odezněl efekt ECT a došlo k prudkému zhoršení stavu. Pacientce se vrátily hlasy, nepříjemně jí komentují, nabádají k sebepoškození, slyší je neustále. Navíc, pravděpodobně v důsledku nežádoucích účinků léků, se objevilo nadměrné slinění, které pacientce znesnadňuje kvalitní příjem tekutin a stravy. Sliny jí vytékají proudem z úst, stékají jí po dlouhých vlasech a po oblečení, díky tomu se zhoršil i verbální projev. Udává také zhoršené polykání. Pacientčin stav je závažný, je psychotická, se sluchovými verbálními halucinacemi s doprovodným úzkostným prožíváním, ale již i celkovou vyčerpaností. Pacientka je unavená, často spí i během dne, v noci se začala pomočovat do lůžka. Po navyšování medikace se zhoršila hypersalivace a z toho důvodu je nutné snížit léky a po domluvě s pacientkou přistoupit opět k zahájení ECT.

5.2 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY DLE NANDA TAXONOMIE

Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA I Taxonomie II – NANDA INTERNATIONAL, INC. 2015. Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015-2017. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9008-9.

Stanoveno bylo celkem 16 diagnóz, z toho 12 aktuálních a 4 potencionální. Podrobně zpracovány byly 2 aktuální a 2 potencionální diagnózy. Realizace proběhla ve dnech 18.-28. 1. 2022 na doléčovacím oddělení Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod.

Aktuální diagnózy

Úzkost 00146

Beznaděj 00124

Únava 00093

Strach 00148

Zanedbávání sama sebe 00193

Zhoršená verbální komunikace 00051

Porušené polykání 00103

Deficit sebekpěče při stravování 00102

Situačně nízká sebeúcta 00120

Zácpa 00011

Zhoršený postoj 00238

Funkční inkontinence moči 00020

Potencionální diagnózy

Riziko aspirace 00039

Riziko sebepoškození 00139

Riziko násilí vůči sobě 00140

Riziko sníženého objemu tekutin 00028

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY AKTUÁLNÍ:

1. aktuální ošetřovatelská diagnóza

Název: Úzkost

Kód: 00146

Doména: 9. Zvládání/tolerance zátěže

Třída: 2. Reakce na zvládání zátěže

Definice dle NANDA I taxonomie II:

Vágní nelehký pocit diskomfortu nebo děsu provázený autonomní reakcí (zdroj často nespecifický nebo neznámý dané osobě); pocit obav způsobený očekáváním nebezpečí. Je to výstražný signál, který varuje před hrozícím nebezpečím a umožňuje dané osobě přijmout opatření, aby hrozbě čelila (NANDA INTERNATIONAL, 2015, s. 292).

Určující znaky:

- emoční: sklíčenost, úzkostlivost, strach, bezradnost, nejistota, obavy
- nervus parasympathicus: únava, změna vzorce spánku
- kognitivní: změny pozornosti, změny koncentrace, snížená schopnost řešit problémy

Cíl dlouhodobý:

U pacientky dojde ke zvládání překonání úzkostí – do konce hospitalizace.

Cíl krátkodobý:

Pacientka bude znát příčiny své úzkosti – do 1 dne.

Pacientka bude zvládat informovat ošetřovatelský personál při pocitu úzkosti – do 10 dnů.

Priorita:

Střední

Očekávané výsledky:

- pacientka bude mít dostatek informací o svém zdravotním stavu – ihned
- pacientka je schopna určit příčiny své úzkosti – do 1 dne
- pacientka zná možnosti vedoucí ke zmírnění úzkosti – do 1 dne
- pacientka bude schopna verbálně vyjádřit své prožitky – do 10 dnů
- pacientka bude zvládat techniky vedoucích ke zvládání překonání úzkosti – do konce hospitalizace

Plán intervencí pro všeobecné sestry:

1. edukuj pacientku o její nemoci a o možných příčinách její úzkosti – ihned

2. zajisti vhodné a klidné prostředí – ihned
3. pokus se vytvořit terapeutický vztah založený na vzájemné důvěře a vstřícnosti - ihned
4. sleduj u pacientky známky úzkosti – každý den
5. umožni pacientce hovořit o svých pocitech a obavách – každý den
6. seznam pacientku s relaxačními technikami vedoucích ke zmírnění úzkosti – do 1 dne
7. podávej pacientce léky na zmírnění úzkosti dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek – každý den
8. nauč pacientku rozpoznat příznaky a používat relaxační techniky při pocitech napětí a úzkosti – do 10 dnů

Realizace:

Pacientka byla v rámci kompetencí všeobecné sestry informována o své nemoci a o možnostech vzniků jejích úzkostí. Byl s ní prováděn každodenní rozhovor o jejích pocitech a prožívání. Pacientka udávala silné úzkosti k vůli hlasům, které neustále slyšela. Působila smutně, oční kontakt navazovala sporadicky, spíše klopila zrak k zemi. Ramena měla svěšená a celkově zaujímala zoufalý postoj. Z počátku bylo potřeba podávat na žádost pacientky léky proti úzkosti, u kterých udávala účinek většinou do jedné hodiny. Po podání léku byla pacientka ponechána ve své ložnici a pravidelně sledována. Po zmírnění úzkosti vlivem léku, byla pacientce nabízena možnost využití účasti na autogenním tréninku, kde se učila uvolnit a s úzkostí pracovat. Pacientka dobře spolupracovala, zajímala se o metody zmírňující úzkost, o relaxační techniky a své pocity dokázala postupně dobře popsat. Z důvodu zhoršení stavu byla pacientce od 19. 1. 2022 opět aplikována ECT, již třetí aplikace měla vliv i na její prožívání. Pacientka byla dotazována každý den na svůj stav, začala popisovat větší uvolnění a úzkosti se zmírnily. Léky na zmírnění úzkosti přestala požadovat a pravidelně docházela na autogenní trénink. Ke konci období pacientka popisuje pouze občasné úzkosti, které se snaží pomocí osvojených technik zvládat.

Hodnocení:

Stanovené krátkodobé cíle se podařilo splnit, u dlouhodobých cílů došlo ke splnění částečnému. Pacientka je nadále hospitalizována a intervence 3, 4 a 5 nadále přetrvávají.

2. Aktuální ošetrovatelská diagnóza

Název: Beznaděj

Kód: 00124

Doména: 6. Sebepercepce

Třída: 1. Sebepojetí

Definice dle NANDA I taxonomie II:

Subjektivní stav, při kterém jedinec nevidí žádné nebo jen omezené alternativy či možnosti osobní volby a není schopen zmobilizovat energii bez cizí pomoci (NANDA INTERNATIONAL, 2015, s. 238).

Určující znaky:

- snížený afekt (snížená reaktivita na okolí)
- snížená reakce na podněty
- sklíčenost ve slovním projevu (např. „nemůžu“, povzdechy)
- pasivita
- špatný oční kontakt
- na slovní projevy reaguje pokrčením ramen

Cíl dlouhodobý: U pacientky dojde ke zmírnění nebo úplnému vymizení beznaděje - do 1 měsíce.

Cíl krátkodobý: Pacientka bude znát příčiny beznaděje – do 3 dnů.

Priorita: Střední

Očekávané výsledky:

pacientka zná možné důvody pocitů beznaděje – do 3 dnů

pacientka je dostatečně informována o svém zdravotním stavu a o projevech její nemoci – do 1 dne

pacientka dokáže najít a osvojit si způsoby jak čelit beznaději – do 10 dnů

pacientka se zapojí do nabízených aktivit na oddělení – do 10 dnů

pacientka bude schopna plnit krátkodobé cíle – do 10 dnů

Plán intervencí pro všeobecné sestry:

1. edukuj pacientku o možných příčinách vzniku pocitu beznaděje – do 1 dne
2. nabízej pacientce vhodné metody vedoucí ke snížení pocitu beznaděje – každý den
3. hledej spolu s pacientkou pozitivní aspekty jejího života – každý den
4. vytvoř důvěryhodný terapeutický vztah s pacientkou a projevuj respekt a zájem o její problémy – každý den

5. podporuj, povzbuzuj a chval pacientku – každý den
6. zapoj pacientku do aktivit na oddělení – každý den
7. plánuj a navrhuj s pacientkou krátkodobé dosažitelné cíle a podporuj jí při jejich plnění – každý den

Realizace:

Pacientka byla v rámci kompetencí všeobecné sestry informována o různých projevech duševní nemoci a o možných provázejících symptomech. Pacientka byla ujištěna, že pocity beznaděje se objeví občas u každého z nás a existují techniky, jak tyto pocity zvládat. Pacientce byly nabídnuty dechové techniky a byly s ní vedeny rozhovory, kdy pacientka popisovala hezké vzpomínky na svůj život. Pacientka byla během pohovorů povzbuzována a postupem času začala nacházet naději v lepší budoucnost a úspěšnost léčby. U pacientky byla 19. 1. 2022 zahájena ECT léčba a již po třetí aplikaci se začal stav pacientky zlepšovat. Pacientka udávala lepší náladu a postupně vzrůstala víra v zotavení. Pacientka pravidelně docházela na relaxační programy, účastnila se společných aktivit s ostatními pacienty a zvládala plnit denní stanovené cíle.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn, dlouhodobý cíl byl splněn částečně, dále nelze hodnotit, protože lhůta k jeho naplnění v době hodnocení ještě neuplynula. Intervence 4 a 5 jsou stále platné.

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY POTENCIONÁLNÍ:

1. Potencionální ošetrovatelská diagnóza

Název: Riziko aspirace

Kód: 00039

Doména: 11. Bezpečnost/ochrana

Třída: 2. Tělesné postižení

Definice dle NANDA I taxonomie II:

Náchylnost k proniknutí gastrointestinálních sekretů, orofaryngeálních sekretů, pevných látek nebo tekutin do tracheobronchiálních cest, což může vést k oslabení zdraví (NANDA INTERNATIONAL, 2015, s. 347).

Rizikové faktory:

- zhoršené polykání
- léčba

Cíl dlouhodobý: U pacientky nedojde k aspiraci – do konce hospitalizace

Cíl krátkodobý: Pacientka chápe riziko vdechnutí cizího předmětu z důvodu zhoršeného polykání – do 1 dne

Priorita: Střední

Očekávané výsledky:

pacientka bude dodržovat zvýšenou pozornost při příjmu potravy – do 1 dne

pacientka nebude sama bez dohledu konzumovat stravu – do 1 dne

u pacientky nedojde k aspiraci – do konce hospitalizace

Plán intervencí pro všeobecné sestry:

1. informuj pacientku o možnosti rizika aspirace – ihned
2. posuď všechna rizika vedoucí k možné aspiraci – každý den
3. dohlížej na pacientku při konzumaci jídla – každý den
4. nabízej možnost uložení pacientky do zvýšené polohy – dle potřeby

Realizace:

U pacientky bylo zvýšené riziko aspirace zejména při polykání potravy, kdy pacientka udávala sníženou schopnost polknout jídlo. Objektivně toto bylo patrné, pacientka nedokázala udržet sousta v ústech a potravu dokázala polknout až po dostatečném zapití. Na pacientku bylo při konzumaci potravy intenzivně dohlíženo, vždy jedla pod dohledem ošetrovatelského personálu. Byla opakovaně informována o možném riziku vdechnutí sousta nebo tekutiny. Vzhledem k absenci polohovacích lůžek na oddělení, byl pacientce poskytnut další polštář, který mohla využít k uložení do zvýšené polohy horní části těla. U pacientky došlo postupně spolu se snížením nadměrného slinění ke zmírnění obtíží a ke konci období již byla v této oblasti bez potíží.

Hodnocení:

Krátkodobý i dlouhodobý cíl byl splněn, pacientka je již bez potíží v této oblasti, a přestože je pacientka stále hospitalizována, z důvodu hypersalivace již nehrozí riziko aspirace.

2. Potencionální ošetřovatelská diagnóza:

Název: Riziko sebepoškození

Kód: 00139

Doména: 11. Bezpečnost/ochrana

Třída: 3. Násilí

Definice dle NANDA I taxonomie II:

Náchylnost k úmyslnému sebepoškozujícímu chování způsobujícímu poškození tkáně s úmyslem způsobit si zranění, které není smrtelné, za účelem úlevy od napětí (NANDA INTERNATIONAL, 2015, s. 379).

Rizikové faktory:

- násilí vůči sobě v anamnéze
- zhoršená sebeúcta
- nízká sebeúcta
- narůstající napětí, které nejde vydržet
- negativní pocit (např. deprese, nenávisť vůči sobě, pocit viny)
- psychotická porucha

Cíl dlouhodobý: U pacientky nedojde k sebepoškození – do konce hospitalizace

Cíl krátkodobý: Pacientka chápe důvody vedoucí k sebepoškození – do 10 dnů

Priorita: Střední

Očekávané výsledky:

pacientka nebude mít kolem sebe předměty, které by mohla použít k sebepoškození - ihned

pacientka bude vědět jak se zachovat pro zmírnění nutkání k sebepoškození – do 1 dne

pacientka bude mít plán co dělat, když se objeví sebepoškozující myšlenky – do konce hospitalizace

Plán intervencí pro všeobecné sestry:

1. zajisti bezpečnost pacientky - ihned
2. odstraň z okolí pacientky nebezpečné předměty - ihned
3. dohlížej na chování pacientky – každý den
4. podávej léky ke snížení napětí dle ordinace lékaře – každý den dle potřeby
5. sleduj účinky léků a vše zaznamenej do dokumentace – každý den
6. pomoz vytvořit pacientce krizový plán, jak se zachovat při výskytu nabádajících sluchových halucinací – do 10 dnů

Realizace:

Pacientka intenzivně slýchala hlasy, které jí nabádaly k sebepoškození. Měla tím ochránit své blízké. Někdy měla pocit zvýšeného napětí a měla nutkání se pořezat, aby napětí snížila. Z okolí pacientky byly odstraněny všechny nebezpečné předměty, byla opakovaně dotazována na sebepoškozující myšlenky a při vzrůstajících tendencích a intenzivnějších myšlenkách na ublížení si jí byly na její žádost podány léky zmírňující napětí. Pacientka dobře spolupracovala, když měla pocit, že to sama nezvládne, vždy vyhledala ošetřující personál. Nechtěla si ublížit a nechtěla poslouchat hlasy, ale měla obavy, aby hlasy neublížily její rodině. U pacientky postupně docházelo ke zlepšení stavu a zmírnění napětí. Hlasy přicházely už jen k večeru a spíše jí komentovaly a říkaly, že je špatná. Nechtěly, aby si ubližovala.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn, dlouhodobý cíl lze hodnotit pouze částečně, hospitalizace pacientky nadále trvá. Z okolí pacientky byly odstraněny nebezpečné předměty, pacientka si dokázala požádat o léky ke zmírnění napětí a vlivem léčby začaly postupně mizet i sluchové halucinace, které pacientku nabádaly k sebepoškození. Důležitým bodem bylo vytvoření vlastního krizového plánu, který by pacientka byla schopna použít při zhoršení svého zdravotního stavu a při návratu sluchových halucinací. Základem tohoto plánu bylo vypsání důležitých kontaktů a sestavení jednotlivých bodů, které určují, že se stav začíná zhoršovat. Pacientka jeví zájem a většinou dobře spolupracovala. Dlouhodobý cíl byl částečně splněn, pacientka je stále hospitalizována. Intervence 1, 3, 4 a 5 nadále přetrvávají.

5. 3 HODNOCENÍ REALIZOVANÉ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

28. 1. 2022

Pacientka byla hospitalizována od 17. 9. 2021 pro dekompenzaci psychického stavu. Během hospitalizace její stav neustále kolísal, měnila se medikace a opakovaně byla aplikována ECT léčba. Během realizace individuální ošetřovatelské péče v období od 18.-28. 1. 2022 bylo stanoveno 16 ošetřovatelských diagnóz a z toho byly detailněji zpracovány 2 aktuální a 2 potenciaální ošetřovatelské diagnózy.

U pacientky došlo vlivem léčby postupně ke zlepšení psychického i somatického stavu a stanovené cíle byly většinou splněny. Pacientka se velmi snaží spolupracovat, na své psychické onemocnění má náhled, léky užívá bez potíží a snaží se důvěřovat

lékařům a ošetrovatelskému personálu. Společně byl sestaven individuální krizový plán, kterým se pacientka může řídit při zhoršení stavu a při výskytu sluchových halucinací. U pacientky je patrný už jen mírný psychomotorický útlum, subjektivně se cítí lépe a toto je patrné i objektivně. Pacientka chce nadále pokračovat v ECT léčbě, cítí se nyní mnohem lépe a přála by si, aby to konečně zafungovalo na ty hlasy. U pacientky jsou po ukončení ECT plánovány ještě psychoterapeutické skupiny a edukační programy.

5. 4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Onemocnění schizofrenie je velmi komplikovaná a závažná choroba. Dokáže během několika měsíců udělat z fungující mladé dívky vystrašeného zbědovaného člověka, který se nedokáže bez pomoci ani pořádně najíst. Důležitým posláním zdravotnického personálu je důsledně a intenzivně edukovat nemocné a jejich rodiny a blízké o závažnosti této nemoci, o dodržování stanovených intervencí a zejména užívání předepsané medikace. Mezi další důležité úkoly patří snaha o zařazení duševně nemocných do běžného života a do společnosti. K tomu je potřeba aktivně navazovat spolupráci s multidisciplinárními týmy již během hospitalizace.

Doporučení pro ošetrovatelský personál:

Znát různé aspekty schizofrenie a jejich problematiku

Snažit se získat plnou důvěru pacienta

Umět naslouchat a být empatický

Neustále edukovat pacienta o podstatě léčby této nemoci

Spolupracovat s rodinou

Mít s pacientem trpělivost

Doporučení pro pacienty:

Dokázat otevřeně a upřímně hovořit o příznacích onemocnění

Užívat pravidelně léky, které předepsal lékař

Nepít alkohol a neužívat návykové látky

Dbát na správnou životosprávu a dostatek spánku

Při potížích umět vyhledat pomoc

Spolupracovat s rodinou

ZÁVĚR

Pro bakalářskou práci bylo zvoleno téma ošetrovatelský proces u pacientky se schizofrenií. Cílem práce bylo si co nejvíce rozšířit vědomosti o této nemoci, o jejích projevech, průběhu, prognóze a metodách léčby. Toto bylo popsáno v teoretické části. Také bylo popsáno, jak těžký byl historický vývoj psychiatrie a její zařazení do medicínských oborů. Praktická část byla věnována konkrétní pacientce, která byla do Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod přijata pro dekompenzaci psychického stavu. Během hospitalizace jí byla diagnostikována jako hlavní diagnóza paranoidní schizofrenie. S pacientkou byl navázán terapeutický vztah založený na vzájemné důvěře a respektu. U pacientky byla sestavena ošetrovatelská anamnéza pomocí modelu funkčního zdraví dle Marjory Gordonové. Na základě informací, které byly získány od pacientky, od členů ošetrovatelského týmu a z vlastního pozorování, byly vytvořeny ošetrovatelské diagnózy podle NANDA I taxonomie II., které byly seřazeny dle naléhavosti. Použito bylo všech 5 fází ošetrovatelského procesu, který se skládá ze sestavení ošetrovatelské diagnózy, určení cíle, plánování ošetrovatelské péče, realizace a na závěr bylo zhodnoceno, zda byla navrhovaná řešení úspěšná. Pacientka je i nadále hospitalizována na doléčovacím oddělení, které je zaměřeno na edukaci a aktivizaci pacientů. Bylo zjištěno, že je velice důležité aktivizovat pacienty s touto chorobou, dbát na dodržování osobní hygieny a úpravu zevnějšku. Díky této práci došlo více k proniknutí do problematiky duševních onemocnění, vnímání takto postižených pacientů a jejich myšlenkových pochodů.

Bakalářská práce snad přinese nové poznatky všem, kteří do ní v budoucnu nahlédnou.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANDRES, Martin [online]. 2011, *Biologické metody léčby duševních poruch*. Zdraví euro cz [cit. 2022-01-22]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/biologicke-metody-lecby-dusevnych-poruch-457932/check-status/>

ARTETERAPIE [online]. 2022, © Česká arteterapeutická asociace [cit. 2022-01-18]. Dostupné z: <http://www.arteterapie.cz/arteterapie>

CARR-GREGG, Michael, 2012. *Psychické problémy v dospívání*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0062-8.

ČEŠKOVÁ, Eva, 2012. *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. 3. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-266-7.

ČEŠKOVÁ, Eva a Radovan PŘIKRYL, 2013. *Praktická psychiatrie*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-316-9.

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

EZ CENTRUM s.r.o., 2022. *Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami*. Aktualizované znění. Fibichova 2, 779 00 Olomouc: Garamon, ISBN 978-80-908122-0-8.

ETC Q & a [online]. 2022, © Human Touch Behavioral Healt. Dostupné z: <https://www.humantouchbh.com/services/ect-electroconvulsive-therapy>

JAROLÍMEK, Martin, 2017. *Já blázním s vámi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-313-5.

JAROLÍMEK, Martin, 2021. *o nemoci, která se nazývá schizofrenie: příručka pro pacienty, jejich blízké a jejich terapeuty*. 1. vydání v Praze: Vyšehrad. ISBN 978-80-7601-428-2.

KUČEROVÁ, Helena, 2018. *Bolest v psychiatrii*. 2. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-399-9.

LÜTZ, Manfred, 2017. *Kdo je tu vlastně blázen?: zábavný úvod do psychiatrie a psychoterapie*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1203-4.

- NANDA INTERNATIONAL, INC., 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9008-9.
- OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO, 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5199-3.
- OREL, Miroslav a kol., 2020. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2529-6.
- PETR, Tomáš a kol., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.
- PRAŠKO, Ján, ed., 2011. *Klinická psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Tigis. ISBN 978-80-87323-00-7.
- PRAŠKO, Ján a kol., 2011a. *Obecná psychiatrie*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2570-2.
- PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ, 2013. *Psychiatrie v primární péči*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2798-4.
- PSYCHIATRICKÁ společnost CLS JEP, 2017. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. Na Popelce 3144/10a, Praha 5 15000: Galén spol., ISSN BCA 2016-2017.
- RABOCH, Jiří a kol., 2019. *Duševní zdraví a životní styl: psychiatrie životním stylem*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-5501-7.
- RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a kol., 2012a. *Psychiatrie*. Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-1985-9.
- RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ, 2012b. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vydání. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-582-4.
- ROVER [online]. 2014/2015, © Příběh nemocné duše. Dostupné z: https://rover.rajce.idnes.cz/Pribeh_nemocne_duse
- SCULL, Andrew, 2019. *Šílenství a civilizace: kulturní historie duševních chorob od bible po Freuda a od blázince k moderní medicíně*. 1. vydání. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-2942-3.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0225-7.

VOKURKA, M. a J. HUGO, 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání.
Praha: Maxdorf, Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Průvodní list k řešerši	I
Příloha B – Elektrokonvulzivní terapie – schéma	II
Příloha C – Doléčovací oddělení PNHB	III
Příloha D - Asyl pro ženy	IV

Příloha A: Průvodní list k rešerši



**KRAJSKÁ KNIHOVNA
VYSOČINY**

Rešerše č. 29 /2021

Psychiatrie, historie psychiatrie, historie onemocnění schizofrenie, léčba schizofrenie

Počet záznamů:

Knihy: 48

Jazyk: čeština

Časové vymezení pramenů: 2011-2021

Použité zdroje:

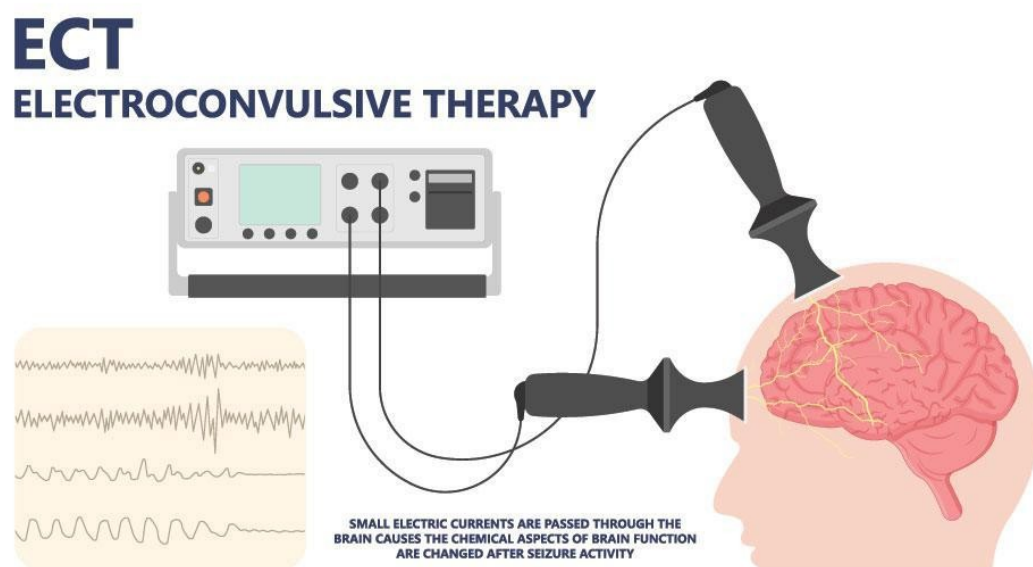
[Souborný katalog ČR](#)

[MEDVIK](#)

Havlíčkův Brod, 1. 11. 2021

Zpracovala: Irena Nováková

Příloha B: Elektrokonvulzivní terapie - schéma



(ETC Q & A, 2022)

Dostupné z: <https://www.humantouchbh.com/services/ect-electroconvulsive-therapy>

Příloha C: Doléčovací oddělení PNHB



Autorka (Prášková), 2022

**Příloha D: Asyl pro ženy, první polovina 19. století, Dr. Guislain
Museum, Gent, Belgie**



(ROVER, 2014/2015).

Dostupné z: https://rover.rajce.idnes.cz/Pribeh_nemocne_duse