

UNIVERZITA KARLOVA  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**



**Natálie Jonáková**

**Ošetrovatelská péče o pacienta s psychotickou  
poruchou**

*Nursing care of a patient with a psychotic disorder*

*Bakalářská práce*

Praha, 2024

Autor práce: Natálie Jonáková  
Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství  
Bakalářský studijní obor: Všeobecné ošetřovatelství

Vedoucí práce: **Mgr. Tomáš Petr, Ph.D.**  
Pracoviště vedoucího práce: **Ústřední vojenská nemocnice  
– Vojenská fakultní nemocnice  
Praha, psychiatrické oddělení**

Předpokládaný termín obhajoby: 24. 6. 2024

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má závěrečná práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému Theses.cz a Turnitin za účelem soustavné kontroly podobnosti závěrečných prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 15. května 2024

Natálie Jonáková

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda vyjádřila upřímné poděkování svému vedoucímu práce Mgr. Tomáši Petrovi, Ph.D. za konzultace a odborné vedení při zpracování bakalářské práce. Jeho rady a připomínky pro mne byly cenným přínosem.

Rovněž bych ráda poděkovala své rodině a blízkým za jejich podporu po dobu mého studia a při psaní bakalářské práce.

## OBSAH

ÚVOD .....	1
<b>1 TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>3</b>
1.1 PSYCHÓZA.....	4
1.1.1 ETIOLOGIE PSYCHÓZ .....	4
1.1.2 DIAGNOSTIKA PSYCHÓZ .....	5
1.1.3 KLINICKÝ OBRAZ A SYMPTOMY PSYCHÓZ.....	6
1.2 SCHIZOFRENIE .....	8
1.2.1 SYMPTOMY.....	9
1.2.2 KLINICKÉ FORMY .....	13
1.3 OŠETŘOVATELSKÁ VYŠETŘENÍ.....	15
1.3.1 POSUZOVÁNÍ STAVU PACIENTA.....	15
1.3.2 ZROJE INFORMACÍ.....	16
1.3.3 ROZHOVOR .....	16
1.3.4 POZOROVÁNÍ.....	16
1.3.5 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA .....	17
1.3.6 HODNOTÍCÍ ŠKÁLY .....	17
1.4 LÉČBA.....	19
1.4.1 FARMAKOLOGICKÁ.....	20
1.4.2 NEFARMAKOLOGICKÁ.....	22
1.4.3 ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIE.....	23
1.4.4 PSYCHOEDUKACE .....	24
<b>2 PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>25</b>
2.1 PŘÍPADOVÁ STUDIE .....	25
2.2 METODOLOGIE.....	25
<b>3 PŘÍPADOVÁ STUDIE.....</b>	<b>26</b>
3.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE.....	26
3.2 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA .....	26
3.3 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY .....	32
3.4 ZHODNOCENÍ STAVU PACIENTA DLE M. GORDONOVÉ .....	39
3.5 PRŮBĚH HOSPITALIZACE A ZHODNOCENÍ PACIENTOVA STAVU.....	45
<b>4 ZÁVĚR.....</b>	<b>51</b>
<b>5 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>53</b>
<b>6 SEZNAM ZKRATEK.....</b>	<b>56</b>
<b>7 SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ .....</b>	<b>59</b>

<b>8</b>	<b>PŘÍLOHY</b> .....	<b>60</b>
----------	----------------------	-----------

## ÚVOD

Má bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči o pacienta s psychotickou poruchou. Tuto práci jsem si zvolila z důvodu, že psychotické poruchy mají značný vliv na životy nemocných jedinců a jejich rodin. Tato problematika mě velmi zajímá, jelikož pacienti vyžadují porozumění, individuální přístup, a hlavně odborné znalosti a zkušenosti personálu, který je má ve své péči. Psychotická onemocnění patří mezi závažné duševní nemoci, a proto je potřebné jim věnovat dostatečnou pozornost. Představu o výskytu těchto onemocnění v České republice nabízí statistika, konkrétně data publikovaná Ústavem zdravotnických informací. K roku 2022 bylo zaznamenáno 46 046 pacientů, kteří se léčili se schizofrenií. Nejvíce tímto onemocněním trpěli lidé ve věkovém rozmezí 40 - 49 let, což bylo 25 % z celku.

Pro tuto bakalářskou práci jsem si vybrala klienta, kterému je momentálně 24 let. V roce 2022 bylo v tomto věku (20 – 29 let) zaznamenáno 3391 lidí, kteří tímto onemocněním trpěli, což bylo 0,031 % z celkového počtu obyvatel v České republice ([www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)).

Včasná diagnostika umožňuje rychlé zahájení léčby a tím může snížit další dopady pro budoucí život pacienta. Jelikož mě osobně problematika duševního zdraví a péče o lidi trpící psychotickými poruchami zajímá, domnívám se, že toto téma mi umožní prohloubit své znalosti v oblasti psychiatrického ošetrovatelství a psychiatrie. Získání komplexního pohledu na problematiku péče o pacienty s psychotickými poruchami může posílit mé dovednosti a připravit mě na budoucí kariéru v oblasti psychiatrického ošetrovatelství.

Cílem této práce je poskytnout komplexní pohled na ošetrovatelskou péči u pacientů s psychotickým onemocněním a přispět k lepšímu porozumění této problematiky v ošetrovatelské praxi. V této práci se budu konkrétně zabývat lidmi, kteří mají diagnostikované onemocnění schizofrenního spektra. Podrobně popíšu celkovou hospitalizaci pacienta v Národním ústavu duševního zdraví, o kterého jsem měla možnost během své praxe pečovat.

Součástí bakalářské práce je seznam zkratek a použité odborné literatury. Celou práci uzavírají přílohy a souhlas etické komise se zpracováním případové studie.



## **1 TEORETICKÁ ČÁST**

Ošetrovatelská péče o pacienty s psychotickou poruchou vždy představovala, a i nadále představuje velmi náročný úkol pro zdravotnický personál.

Psychotické poruchy znamenají značnou zátěž nejen pro samotné jedince, ale i jejich rodiny. Proto je důležitá správná ošetrovatelská péče, která hraje klíčovou roli v jejich léčbě a rehabilitaci.

V této práci popíši definici psychotických poruch, faktory ovlivňující jejich výskyt a progresi, a roli ošetrovatelského personálu při péči o tyto pacienty. Dále se zaměřím na specifické ošetrovatelské potřeby a strategie pro péči o pacienty s psychotickými poruchami, včetně psychosociální podpory a farmakoterapie.

## 1.1 PSYCHÓZA

V psychiatrii je pod pojmem "psychóza" obvykle míněna závažná duševní porucha, která se projevuje ztrátou kontaktu s realitou, přičemž jsou vnímání a interpretace skutečnosti narušeny (Papežová, 2014).

Tento pojem poprvé použil Ernst von Feuchtersleben v roce 1845 jako „alternativu“ k termínům šílenství a mánie užívaným do té doby“ (Bartůšková, 2021).

Psychóza může být součástí primárních psychiatrických poruch, kde může hrát roli buď jako hlavní charakteristika nebo jako doprovodný symptom (Papežová, 2014).

### 1.1.1 ETIOLOGIE PSYCHÓZ

Psychóza je těžká duševní porucha nejrůznější etiologie. Počátek vzniku psychotické poruchy se začíná objevovat nejčastěji v období dospívání (Petr, Marková, 2014).

Dle Mohra jde o syndrom, nikoli samostatnou nemoc. Psychóza může vzniknout jako sekundární projev v důsledku intoxikace, abstinčního syndromu, podávání jiných léků, přímého poškození centrální nervové soustavy nebo celkového somatického onemocnění (Papežová, 2014).

Těž může být organická, traumatická či nejasná - endogenní. Podle Probstové za hlavní příznaky psychotického onemocnění lze pokládat dezintegraci funkcí já. Důsledkem je poté ztráta testování reality, a tedy i hranic sebe sama. Za druhotné jevy lze považovat další symptomy jako například halucinace nebo bludy. Psychotické stavy u klientů jsou závažným zásahem do integrity jedince. Příznaky se objevují náhle nebo pozvolna. Po nějaké době mohou ustoupit nebo s různými intenzitami přetrvávají dlouhodobě. Jestliže nejde o příčinu toxickou či organickou, je vždy potřeba myslet na závažnou duševní poruchu (Pěč, Probstová, 2009).

### 1.1.2 DIAGNOSTIKA PSYCHÓZ

Současná diagnostika je založena na kritériích MKN-10 nebo DSM-V. K diagnostice psychických poruch je zásadní psychiatrické vyšetření, při kterém lékař sbírá anamnézu (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010).

Proces psychiatrického vyšetření je obtížný a vyžaduje vysokou úroveň pozorovacích a komunikačních schopností lékaře. Hlavním diagnostickým nástrojem v psychiatrii je interakce prostřednictvím rozhovoru s pacientem a pozorování jeho chování. Samotná povaha tohoto procesu naznačuje, že je nezbytné si vyčlenit dostatek času, zvolit vhodné prostředí a věnovat náležitou pozornost prvnímu setkání s pacientem. V případě, že je pacient přiveden příbuznými, je klíčové nejprve komunikovat s pacientem samotným a poté až hovořit s doprovázejícími osobami. Přitom je však nezbytné, aby bylo jednáno s vědomím a souhlasem samotného pacienta. V určitých situacích může nastat výjimka, pokud je pacient neschopný komunikovat, je v katatonním stavu nebo delirantním stavu (Petr, Marková, 2014).

Prvním krokem a zároveň projevem zdvořilosti je podání ruky a představení se pacientovi. Dále se provádí psychiatrické vyšetření, které je rozčleněno do několika částí. Zahrnuje základní identifikační údaje, anamnézu, nynější onemocnění, přítomný stav psychický a somatický, psychodynamický rozbor, diagnóza, diferenciální diagnóza a terapeutický plán (Petr, Marková, 2014).

I přesto, že rozhovor a pozorování pacienta jsou základními nástroji diagnostiky v psychiatrii, je obtížné se obejít i bez dalších vyšetřovacích metod, které výrazně přispívají k diagnostice. Mezi základní metody vyšetření patří vyšetření klinickým psychologem, zobrazovací metody a laboratorní testy (Petr, Marková, 2014).

U pacienta probíhá psychologické vyšetření, při kterém se dělají projektivní testy (Baum test, Tematický apercepční test, Rorschachův test, Lüscherův test, testy nedokončených vět). Ve fázi stabilizace stavu se provádí vyšetření

kognitivních funkcí. Pacient je vyšetřen komplexně po neurologické a somatické stránce. Při laboratorních testech se odebírá krev a moč na různá vyšetření. Dále provádíme zobrazovací metody, nejčastěji CT či MR. Lékař také může naordinovat vyšetření likvoru či očního pozadí (Papežová, 2014).

### **1.1.3 KLINICKÝ OBRAZ A SYMPTOMY PSYCHÓZ**

Akutní psychóza patří v psychiatrii k náhlým stavům, kdy se onemocnění projeví v řádu hodin, maximálně několika málo dní. Na začátku může být spojena se stresem nebo jinými nepřesně určenými faktory, jako je například zneužívání drog, nedostatek spánku nebo somatické onemocnění. Během akutních a přechodných psychotických poruch bývá průběh kolísavý, symptomy se mohou měnit během dne nebo dokonce během hodiny. Akutní psychóza v rámci psychotických poruch může znamenat nové onemocnění, první epizodu nebo zhoršení (dekompenzaci) již dříve diagnostikované poruchy (Papežová, 2014).

V klinickém obrazu dominují převážně pozitivní příznaky, které zahrnují poruchy vnímání, myšlení, motoriky a dezorganizované chování (Bankovská Motlová, Španiel, 2017).

K negativním příznakům spadá afektivní oploštění nebo otupění, apatie, alogie a anhedonie včetně sociálního stažení. Pacienti prožívají různé zárazy, nedostatečně pečují o svůj zevnějšek, jsou afektivně neteční a mají například i nedostatek energie (Bankovská Motlová, Španiel, 2017).

Též k negativním příznakům řadíme pasivní a aktivní negativismus, pasivitu, sníženou komunikaci, vyhýbaní se ostatním lidem a úbytek schopnosti se radovat. Tyto symptomy mohou být někdy interpretovány veřejností jako neschopnost a lenost (Petr, Marková, 2014).

Tyto příznaky se obvykle objevují později v průběhu onemocnění. U pacientů jsou pozorovatelné výrazné změny v chování a osobnosti, jako je ztráta zájmů a koníčků, nezájem o své povinnosti a například narušené vztahy s okolím. Pacient nemívá náhled na svoji chorobu, nemocní mohou symptomy předstírat. K dalším příznakům náleží neklid, podrážděnost, agitovanost, neúčelná verbální a

pohybová aktivita, projevy verbální či fyzické agresivity vůči věcem nebo lidem. Pacient může být ohrožen na životě, je třeba myslet na možné riziko suicidálního jednání. Klienta mohou doprovázet i symptomy nespecifické, jako jsou změny chuti k jídlu, úzkost, poruchy spánku a pocity napětí (Papežová, 2014).

Slovo "psychóza" se používá jako obecný termín pro různé typy psychických poruch, jako jsou schizofrenie, poruchy spojené s bludy a další, které jsou popsány v Mezinárodní klasifikaci nemocí. Také sem spadají problémy vyvolané užíváním drog, tzv. toxické psychózy, příznaky psychózy spojené s poruchami nálady, například schizoafektivní porucha a psychotické symptomy se mohou objevit i u lidí trpících demencí nebo určitými typy osobnostních poruch (Papežová, 2014).

K psychózám se řadí schizofrenie, toxická psychóza, schizoformní porucha, trvalá porucha s bludy, schizotypní porucha, akutní přechodná psychotická porucha a schizoafektivní porucha (Petr, Marková, 2014).

<b>MKN – 10 (F20-F29)</b>
F20 Schizofrenie
F21 Schizotypální porucha
F22 Poruchy s trvalými bludy
F23 Akutní a přechodné psychotické poruchy
F24 Indikovaná porucha s bludy
F25 Schizoafektivní poruchy
F28 Jiné neorganické psychotické poruchy
F29 Neurčené neorganické psychózy

Tabulka 1: Dělení MKN-10, F20-F29 - schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

**Ve své bakalářské práci se zaměřím na klienta se schizofrenií, proto níže v textu se již budu věnovat pouze této diagnóze.**

## **1.2 SCHIZOFRENIE**

Schizofrenie je závažná duševní porucha projevující se narušením vnímání, myšlení, osobnostní integrity a emotivity (Vágnerová, 2014).

Nemocnému významně omezuje schopnost vnímat správně podněty z okolí, myslet a chovat se přiměřeně v běžném životě (Raboch, Pavlovský, 2012).

Slovo schizofrenie je řeckého původu, kdy slovo „schizo“ znamená štěpit a slovo „phren“ znamená rozum a myšlení. Termín schizofrenie bývá ale milně vykládán širokou laickou veřejností jako „rozštěpení osobnosti“. Tento výklad je nesprávný. Celoživotní prevalence tohoto onemocnění je asi 1 – 1,5 %. U mužů začíná schizofrenie mezi 16 – 25 lety, u žen je to později tedy mezi 22 – 34 lety. Vzácně se může diagnostikovat i v dětském věku. Po 40. roce věku je počátek onemocnění spíše výjimečný. Schizofrenie patří celosvětově mezi deset nejzávažnějších zdrojů pracovní neschopnosti (Raboch, Pavlovský, 2012).

Etiologie není dosud zcela jasná. Dle Harriet A. Washingtonové se o původu schizofrenie hodně diskutuje, ale dopady jsou vždy bolestně jasné. Schizofrenie obvykle útočí na mladé lidi, kteří se kvůli ní musí vzdát školy, kariéry, lásky, manželství i vlastní rodiny. Je bolestivé, když jejich vrstevníci studují a zařizují si budoucnost a postižení zápasí o to, aby logicky komunikovali, pečovali o sebe, o své zdraví a dali dohromady myšlenku a odlišili skutečné události od halucinací (Washington, 2017).

Na vzniku choroby se zřejmě podílí celá řada faktorů, biologických, psychologických a sociálních. U schizofreniků jsou prokazatelné neurovývojové změny, které se prokazují drobnými anatomickými anomáliemi v limbickém systému (zmenšený objem hipokampu, amygdaly, zvětšení přilehlých částí ventrikulárního systému, snížený počet neuronů a redukce bílé hmoty drah směřujících do/z hipokampu a také například narušenou cytoarchitektonikou). Porucha v neurotransmiterových systémech postihuje nejvíce systém

dopaminergní jeho zvýšenou hypersenzitivitou. Narušeny jsou i další systémy, zejména velké GABA-ergní a serotoninergní. Toto onemocnění má vyšší prevalenci u lidí z nižších společenských vrstev (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2012).

Schizofrenie pravděpodobně existovala již odedávna a lze předpokládat, že její příznaky vyvolávaly ve společnosti velmi bouřlivé reakce. První zmínky o schizofrenii byly nalezeny na starém 3 400 let fragmentu, na kterém byly popsány bizarní projevy, kdy se člověk choval jako by byl posedlý d'áblem. Projevoval se žravostí, ztrátou paměti, nezvyklými pohyby, oplzlostmi a například svlékáním se do naha. Přesnější vymezení choroby a její označení pochází ale z mnohem pozdější doby, z počátku minulého století. V roce 1896 ji německý psychiatr E. Kraepelin nazval pojmem *dementia precox*, což v překladu znamená předčasná demence. Následně v roce 1911 Eugen Bleuler navrhl nový název schizofrenie, který se užívá dodnes. Schizofrenie postihuje jedince bez ohledu na zeměpisnou lokalizaci, pohlaví, rasovou příslušnost či sociokulturní vlivy (Vágnerová, 2014).

### **1.2.1 SYMPTOMY**

U schizofrenie je běžné klasifikovat příznaky jako pozitivní a negativní (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2012).

K častým pozitivním příznakům tohoto onemocnění patří bludy a halucinace. Bludy jsou mylná přesvědčení. Pacientovo přesvědčení bývá nevývratné a pevné. Pro nemocného jde o realitu, i když existují podklady, že to není pravda. Bludy mohou mít různé formy. Nemocní jsou vztahovační, mají pocit, že jsou sledováni, že se o nich mluví, anebo mají nadpřirozené schopnosti. Jestliže pacient prožívá halucinace, jedná se o poruchu vnímání, která vzniká v mozku na základě onemocnění. Halucinace mohou ovlivňovat jeho chování. Mohou být sluchové, zrakové chuťové, čichové nebo dotykové (Petr, Marková, 2014).

U schizofreniků se nejčastěji vyskytují sluchové halucinace, kdy nemocní slyší hlasy, které komentují jeho chování nebo o něm hovoří. Hlasy mohou i přikazovat co má dotyčný udělat (Bankovská Motlová, Španiel, 2017).

Halucinace lze chápat jako poruchu aktivace určitých oblastí mozkové kůry či poruchu koordinace inhibičních a stimulačních funkcí. Specifickou skupinu tvoří intrapsychické halucinace, kdy se pacientovi jeví obsahy jeho vědomí jako cizí a on je proto přesvědčen, že mu byly někým neprávem přisuzovány (Vágnerová, 2014).

Mezi další příznaky těchto duševních poruch spadají poruchy emotivity. Z počátku choroby je nápadná nepřiměřenost emocí. Když onemocnění postupuje, dochází u emocí k oploštění a otupení. Emoční projevy bývají nepředvídatelné a někdy zcela opačné než předpokládáme. Pacienti mohou být nápadně přecitlivělí na různé podněty (Vágnerová, 2014).

Negativní symptomy schizofrenie, které se často objevují dříve než jakýkoli jiný symptom, jsou výrazné a klinicky relevantní u většiny pacientů. V důsledku toho vzrostl zájem o jejich léčbu (Marder, Umbricht, 2023).

K negativním příznakům patří apatie, autismus, vyhaslost, nečinnost, ztráta zájmů, koníčků, sociální stažení aj. (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2012).

Často se u nich vyskytují deprese nebo afektivní ambivalence. Ambivalentní prožívání se projeví v hodnocení různých situací a jeho dopadem je neadekvátní odpověď. Emoční otupělost je prognosticky neblahým projevem (Vágnerová, 2014).

Mezi další symptomy řadíme kognitivní deficit, který je v současnosti považován za jádrovou součást a dokonce základ pozorovaných symptomů schizofrenie (Hajdúk, Pečeňák, 2018).

Pacienta mohou provázet i pocity tzv. depersonalizace čili cizosti vlastních myšlenek, vůle, prožitků i těla. Pacient se může považovat za někoho jiného, má pocit, že mu někdo vkládá či ovládá myšlenky a pocity nebo s ním manipuluje. Nemocní mívají rovněž ambivalentní vztah k medikaci a léčbu odmítají (Vágnerová, 2014).



K diagnostikování schizofrenie se vyžaduje, aby byl přítomen alespoň jeden z následujících příznaků v trvání delším než jeden měsíc:

- a) slyšení vlastních myšlenek a intra psychické halucinace
- b) bludy kontrolovanosti a ovlivňování, případně prožitky pasivity a přesvědčení o tom, že je subjekt ovládán psychotickými prožitky
- c) bludná přesvědčení, která se vymykají dané kultuře
- d) halucinované hlasy, které komentují chování pacienta nebo o něm rozmlouvají

Pokud není přítomen některý z předchozích příznaků, je třeba, aby byly přítomny alespoň dva z příznaků následujících

- e) přetrvávající halucinace
- f) katatonní projevy
- g) formální poruchy myšlení – zárazy, neologismy, inkoherence
- h) negativní příznaky v podobě apatie, alogie, autismu a emočního oploštění až vyhaslosti
- i) nápadné změny v chování – ztráta citových vztahů, zájmů, nečinnost, bezcíllost, sociální stažení aj. (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2012).

U schizofrenie se mohou dále vyskytovat katatonní příznaky, což jsou např. katalepsie, grimasování, stupor, raptus, manýrování, negativismus, echomatismy, aj. Hana Papežová a kol. ve své knize vysvětluje podrobně tyto katatonní příznaky v přehledné tabulce (Papežová, 2014).

Manýrování	Běžné jednání je doplněno o nepřiměřené bizarní projevy, výsledkem je nepřírozenost nebo situaci neadekvátní obřadnost, například při oblékání, psaní nebo stolování
Sterotypie	Opakující se pohyby určitých částí

	těla, bez souvislosti s celkovou pohybovou aktivitou
Povelový automatismus	Automatické a okamžité reakce na povel, jakkoli nesmyslný při čemž jinak pacient nespolupracuje
Katalepsie	Zaujímání a udržování nevhodných nebo nezvyklých poloh končetin nebo těla (nemocný např. setrvává v postoji na jedné noze, leží na lůžku se zvednutou hlavou)
Flexibilitas cerea	Vosková ztuhlost, při manipulaci s částí těla imponují končetiny jako by byli z vosku, kladou plastický odpor
Grimasování	Nezvyklé a více či méně nápadně repetitivní výrazy v obličeji
Negativismus	Aktivní: chování přesně opačné než je požadováno Pasivní: na výzvu reaguje pasivně
Echomatismy	Automatické opakování projevů druhého člověka – opičení se
Stupor	Vymizení pohybové aktivity a řeči při plně zachovaném vědomí
Excitace, raptus	Výrazný psychomotorický neklid s bezcílným jednáním

Tabulka 2: Katatonní příznaky nejčastěji se vyskytující u schizofrenie

K dalším klinickým projevům patří dezorganizace řeči a formální poruchy myšlení. Pacient není schopen udržet téma konverzace, jeho projev nedává smysl,

pacient často opakuje to, co říká terapeut nebo se jeho myšlení zastaví a další myšlenka se už nenaváže. Tito lidé bývají poškozeni i motoricky. Jejich aktivita může být zvýšená, kdy mohou mimovolní pohyby ohrozit pacienta na zdraví nebo je pacient na druhou stranu bezcílně neklidný a nepohybuje se vůbec - provází ho stupor. Jestliže je nepohyblivý, zároveň i nekomunikativní, bývá ohrožen dehydratací, dekubity, případně i embolií (Bankovská Motlová, Španiel, 2017).

### **1.2.2 KLINICKÉ FORMY**

Schizofrenie má řadu variant, jak v psychopatologickém obraze, tak v průběhu a v neposlední řadě i v míře funkčního postižení nemocného.

V současné době užívaná MKN-10 rozlišuje tyto formy schizofrenie (Raboch, Pavlovský, 2012).

#### **Paranoidní schizofrenie (F20.0)**

Jedná se o nejčastější formu schizofrenie, která je charakterizovaná především bludy a halucinacemi, které se liší mírou naléhavosti a uspořádanosti podle průběhu a stádia onemocnění. Bludy mají často obsahy persekucní, někdy i velikášské. Halucinace bývají nejčastěji sluchové (Raboch, Pavlovský, 2012).

#### **Hebefrenní schizofrenie (F20.1)**

Nemocní jsou charakteristicky nevypočitatelní ve svém chování, jsou vrtkavý, emočně nestabilní až inadekvátní. Jejich aktivita je podivná, až bizarní. Nemocní mají projevy manýrování, strojeně mluví, planě filozofují, nepřiléhavě a nápadně se oblékají. Pacienti se projevují často nedospěle (Raboch, Pavlovský, 2012).

#### **Katatonní schizofrenie (F20.2)**

U této formy schizofrenie jsou nejvýznamnějšími příznaky poruchy psychomotoriky. Pacienti se projevují neklidně nebo mají projevy psychomotorického útlumu až katatonního stuporu. Tělo a končetiny mají

v bizarních nebo nastavených polohách a při pasivních pohybech je patrný zvýšený svalový tonus. Dalšími projevy mohou být manýrování, negativismus a povelový automatismus (Raboch, Pavlovský, 2012).

### **Simplexní schizofrenie (F20.6)**

Jedná se o méně častou formu schizofrenie. Tato porucha je prognosticky velmi závažná. Hlavními příznaky je postupný a někdy až plíživý rozvoj změn chování s úpadkem vůle, nárůstem lhostejnosti a povrchnosti, oploštěním emocí a ztrátou zájmu (Raboch, Pavlovský, 2012).

### **Nediferencovaná schizofrenie (F20.3)**

Do této diagnostické kategorie jsou zařazovány stavy, které splňují všeobecná diagnostická kritéria pro schizofrenii, ale neodpovídají žádné z výše uvedených forem nebo mají rysy více než jedné z nich, aniž by některá specifická diagnostická charakteristika převládala (Raboch, Pavlovský, 2012).

### **Reziduální schizofrenie (F20.4)**

Tento typ je charakterizován dlouhodobou převahou zejména negativních příznaků, které hůře a málo reagují na léčbu antipsychotiky. U těchto pacientů je zhoršená sociální výkonost (Raboch, Pavlovský, 2012).

### **Postschizofrenní deprese (F20.5)**

Tato kategorie zahrnuje epizodu depresivní nálady, která vzniká po odeznění epizody schizofrenie. Míra depresivního ladění bývá jen zřídka klasifikována jako těžká. Tato forma depresivní poruchy je spojená se zvýšeným rizikem sebevraždného jednání. Zde je často obtížné nebo nemožné rozhodnout, které příznaky lze přičíst depresivnímu ladění, které vedlejším účinkům užitých antipsychotické léčby a které vlastnímu psychotickému onemocnění (Raboch, Pavlovský, 2012).

Diagnostikuje se tehdy, když pacient v posledním roce měl jasné schizofrenní příznaky a nejméně v posledních dvou týdnech byly patrné projevy deprese při současném přetrvávání schizofrenních příznaků (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2012).

### **Jiná schizofrenie (F20.8)**

Do této formy můžeme zahrnout cenestopatickou Huberovu schizofrenii, která se projevuje hypochondrickými stesky, pro které je pacient často dlouhodobě vyšetřován s negativním somatickým a laboratorním nálezem. Schizofrenní podstatu stesků zpravidla ozřejmí až jejich narůstající bizarnost a výskyt některých typických schizofrenních projevů (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2012).

## **1.3 OŠETŘOVATELSKÁ VYŠETŘENÍ**

Struktura ošetřovatelského vyšetření pacienta na psychiatrickém oddělení se příliš neliší od lékařského vyšetření, více se však zaměřuje na oblasti ovlivnitelné ošetřovatelskými intervencemi. Sestra při systematickém plánování a vyhodnocování ošetřovatelské péče musí nejdříve posoudit stav pacienta, získat ošetřovatelskou anamnézu, provést vyšetření základních psychických a fyziologických funkcí a vyhodnotit stav výživy, hydratace a soběstačnosti. Její postavení na oddělení je výjimečné, jelikož je po celou dobu hospitalizace s pacientem v kontaktu 24 denně, což jí umožňuje sledovat pacienta v různých částech dne a lépe registrovat a reagovat na případné změny v jeho stavu (Petr, Marková, 2014).

### **1.3.1 POSUZOVÁNÍ STAVU PACIENTA**

Posuzování pacientova stavu je neustálý proces, v němž se data získaná z anamnézy, fyzikálního vyšetření, pozorování a výsledků dalších diagnostických postupů neustále aktualizují. Aby bylo možné správně zhodnotit stav pacienta, je

nezbytné, aby sestra měla vynikající komunikační a pozorovací schopnosti. Stejně tak by měla rozumět běžným pacientovým starostem a ne pouze psychiatrickému problému, které může pacient prožívat. Sestra předává získané informace ostatním členům zdravotnického týmu (Petr, Marková, 2014).

### **1.3.2 ZROJE INFORMACÍ**

Hlavním zdrojem k získávání informací je pacient, který by měl být schopný informace sdělit. Můžou nastat ale situace, při kterých není možné informace od pacienta použít, např. pokud je intoxikovaný, zmatený nebo záměrně zkresluje údaje. Dalším zdrojem může být rodina, blízcí přátelé nemocného či jiné osoby, které byli v kontaktu s pacientem a poskytovali mu péči. Jedná se například o praktického lékaře, sociálního pracovníka či sestru v domácí péči. Dále můžeme využít také záznamy zdravotnické dokumentace z předchozích hospitalizací aj. (Petr, Marková, 2014).

### **1.3.3 ROZHOVOR**

Rozhovor by měl probíhat s ohledem a v souladu se standardy slušného a společensky přijatelného chování, i v případě, pokud má pacient například narušené vnímání, projevuje agresi nebo trpí poruchami intelektu. Rozhovor může probíhat jak neformálně, tak formálně, při kterém jsou pacientovi pokládány strukturované otázky otevřené či uzavřené. Představení se sestrou na začátku posiluje důvěryhodnost, ať už se jedná o rozhovor jakéhokoli typu. Při zaznamenávání rozhovoru je důležité zachytit to, co pacient skutečně vyjádřil, a proto je vhodné využívat přímé citace (Petr, Marková, 2014).

### **1.3.4 POZOROVÁNÍ**

Sestra provádí pozorování při každé interakci s pacientem, a to buď náhodné, nebo záměrné. Cílem pozorování je všimnout si jevů, které mohou souviset s pacientovými obtížemi. Sestra sleduje jak somatické stavy, tak chování pacienta. Při pozorování pacientova chování, sestra sleduje řadu faktorů, včetně reakce na neočekávané události, stavu vědomí, orientace v čase, místě a osobě, halucinatorní

chování, schopnost navázat kontakt, náladu, řeč, psychomotorické tempo, odezvu na léčbu, projevy agrese a další. Sestra sdílí informace o těchto stavech ostatním členům týmu, a proto je důležité, aby záznam byl jasný, stručný a výstižný (Petr, Marková, 2014).

### 1.3.5 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

Ošetřovatelská anamnéza je systematický proces sběru informací o zdravotním stavu pacienta z pohledu ošetřovatelské péče. Jedná se o klíčový prvek při stanovení plánu péče a navazujících intervenčních opatřeních. Ošetřovatelská anamnéza se zabývá oblastmi, které sestra pozoruje a vyhodnocuje. Mezi tyto oblasti zařazujeme identifikační a osobní údaje pacienta, základní vyšetření fyziologických funkcí, výška, váha, výživa, hydratace, aj. Dále sem patří náhled pacienta na onemocnění, jeho úroveň soběstačnosti, vědomí, paměť, myšlení, sebepojetí, stres, zvládnání zátěžových situací, sexualita, životní hodnoty, víra, sociální zázemí, mezilidské vztahy aj. (Petr, Marková, 2014).

### 1.3.6 HODNOTÍCÍ ŠKÁLY

V psychiatrii jsou hodnotící škály nedílnou součástí ošetřovatelského vyšetření. Pomocí hodnotících škál může sestra ověřit předpokládané problémy pacienta a současně monitorovat účinnost plánované a poskytované péče. V oblasti psychiatrie se používají různé testy, například:

**Barthelova škála základních všedních činností** známá také jako Index Barthelové nebo Barthel Scale, je široce používaný dotazník pro hodnocení schopnosti provádět aktivity denního života z hlediska pohybového omezení.

**Test kreslení hodin (TKH)** je jednoduchý diagnostický nástroj používaný k detekci kognitivních poruch a demence. Jeho cílem je požádat osobu, která je testována, aby nakreslila ciferník s vyznačenými čísly a ručičkami, které ukazují na specifický čas.

**Globální škála fungování (GAF)** je nástrojem používaným k hodnocení celkového fungování klientů. Tato škála zahrnuje hodnocení závažnosti

symptomů, pozorovatelného chování a obtíží při plnění sociálních rolí a každodenních aktivit. Výsledky jsou zaznamenávány na škále od 0 do 100 bodů, kde vyšší hodnota značí lepší celkové fungování.

**Stupnice pro hodnocení psychického zdraví, Hodnocení rizika sebevražedného chování, Vyhodnocení rizika agrese aj.**

U pacientů s problémem užívání návykových látek se mohou použít další testy, jako je **Škála závažnosti závislosti (SDS), Test pro identifikaci poruch způsobených užíváním alkoholu (AUDIT) aj.** (Petr, Marková, 2014).



## 1.4 LÉČBA

V klinické praxi je důležité včas rozpoznat příznaky schizofrenie, pokusit se identifikovat faktory vedoucí k vzniku těchto příznaků a okamžitě zahájit léčbu. Na úrovni symptomatických projevů se zaměřujeme na léčbu poruchy vnímání, myšlení a chování. V případě sekundárních psychóz se prioritou stává léčba základního somatického onemocnění (Papežová, 2014).

Psychotická onemocnění včetně schizofrenie patří mezi nejtěžší psychické choroby, ale za posledních padesát let došlo v jejich léčbě k významnému pokroku, jak v oblasti farmakologie, tak i v jiných léčebných přístupech (Maňhal, 2020).

Díky farmakoterapii, která se stala běžnou od poloviny dvacátého století, a díky pokročilým moderním psychosociálním postupům a psychiatrické rehabilitaci, většina pacientů nyní žije samostatně a nezávisle. V případě potřeby hospitalizace, tráví pacienti v psychiatrických nemocnicích minimum času, pouze kvůli stabilizaci (Bankovská Motlová, Španiel, 2017).

Terapeutický přístup k psychózám včetně schizofrenie je komplexní a multidisciplinární, zaměřuje se na širokou škálu faktorů, včetně jejich etiologie a mechanismů vývoje, a snaží se ovlivnit různé průběhové varianty, včetně přetrvávání residuálních symptomů a chronifikace stavu, prostřednictvím intenzivní a kombinované léčby (Maňhal, 2020).

Léčba se také posouvá od pouhého potlačení symptomů směrem k dosažení úzdravy. Úzdrava, což je velice subjektivní termín, zahrnuje nejen absenci symptomů, ale také schopnost zvládat životní role (Bankovská Motlová, Španiel, 2017).

Léčba psychotické poruchy se rozděluje do tří fází: akutní, stabilizační a pokračovací. V období krátce po aktivní fázi psychotické poruchy se kromě pokračující farmakoterapie využívají různé metody psychoterapie a sociální intervence, jejichž cílem je posílení remise onemocnění a obnovení úrovně fungování před vznikem poruchy (Maňhal, 2020).

### 1.4.1 FARMAKOLOGICKÁ

Léčba u akutních psychotických poruch je především farmakologická. V každodenní praxi je důležité reagovat na konkrétní situace, které vedou k příchodu pacienta s nepokojem, nespoluprací nebo dokonce agresivitou (Pavlovský, 2013).

Přizpůsobivost lékaře je nezbytná při utváření a řízení terapeutické strategie pro nemocného. Každý lékař by měl kombinovat více metod a zabezpečit, aby léčebný plán byl vždy pečlivě přizpůsoben specifickým potřebám každého pacienta (Raboch, Pavlovský, 2012).

V případě, že se objeví psychotické příznaky, je klíčovým prvkem užívání antipsychotik (Bankovská Motlová, Španiel, 2017).

Antipsychotika jsou léky, které pomáhají léčit symptomy psychózy, což vede k uklidnění pacienta, snížení úzkosti a podpoře spánku. Díky pravidelnému užívání léků se postupně stabilizuje myšlení, což má za následek postupné oslabení bludů a halucinací, až nakonec úplné vyprchání (Raboch, Pavlovský, 2012).

Účinky antipsychotik jsou zapříčiněny inhibicí dopaminových receptorů typu D2 v mezolimbické dráze (Papežová, 2014).

Změny v aktivitě dopaminergního systému se především projevují na pozitivních symptomech schizofrenie, jako jsou halucinace, bludy a zvýšená pohybová aktivita. Tyto léky, které především působí na dopaminergní systém, jsou známy jako klasická antipsychotika nebo antipsychotika 1. generace (Raboch, Pavlovský, 2012).

V dnešní době jsou nejčastěji využívána antipsychotika druhé generace, jako je například Risperdal, Zeldox, Quetiapin a další, která vykazují menší množství nežádoucích účinků. Při užívání antipsychotik je klíčové mít na paměti, že jejich účinky se neprojevují okamžitě. Očekávaný efekt může nastat až po dvou dnech až týdnech. Jelikož jsou psychózy rekurentními onemocněními a může dojít v mezolimbickém traktu k dopaminové dysregulaci, proto je důležité udržovat

určitou hladinu trvalé dopaminergní blokády. Obecně platí, že po první epizodě by měli pacienti pravidelně užívat psychofarmaka po dobu dvou let. V případě chronických forem onemocnění se často zvolí farmakologická léčba trvajících po celý život (Bankovská Motlová, Španiel, 2017).

Lze říci, že antipsychotika přinášejí určitý druh měkkého resetu v procesech významotvornosti. Kromě toho je nezbytné zajistit, aby pacient byl obklopen klidným a strukturovaným prostředím, které mu umožní pomalu znovu nalézt svou orientaci v reálném světě (Bankovská Motlová, Španiel, 2017).

Antipsychotika mohou vyvolat i nežádoucí vedlejší účinky kvůli jejich působení na dopaminergní systém v oblastech mozku, které regulují spontánní pohyby a svalové napětí. U pacientů se může vyskytnout svalový třes, pocit ztuhlosti svalů, snížení mimiky a gestikulace. Pokud podávání antipsychotik trvá delší dobu, mohou se objevovat i nekoordinované pohyby v okolí úst a očí. I přesto, že jsou tyto příznaky nepříjemné, nejsou totožné s nebezpečnými stavy a lze je řešit úpravou léčebného postupu (Raboch, Pavlovský, 2012).

Úloha dalších psychofarmak, jako jsou antidepresiva, anxiolytika a hypnotika, v léčbě psychóz je především doplňková nebo posilující. Vzhledem k nedostatku uvědomění pacientů se schizofrenií často nedochází k jejich spolupráci s léčbou, proto je vhodné zvolit jiné formy podání, než jsou perorální, jako jsou injekce, dispergovatelné tablety nebo roztoky. Také parenterální aplikace může mít jako výhodu rychlejší nástup účinku. Injekce s dlouhodobým účinkem jsou typicky určeny pro použití v pokračovací léčbě (Papežová, 2014).

V příloze č. 1 se můžeme podívat na léčbu akutní epizody schizofrenie. Zde se nachází Doporučené postupy psychiatrické péče - Psychiatrické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP).

Podle ČLS JEP je během akutních exacerbací schizofrenie často nezbytná intenzivní farmakoterapie, která představuje klíčovou součástí léčby v této fázi. Při navrhování akutní terapie je nezbytné zvážit individuální specifika pacientů, včetně účinnosti léčby, citlivosti na vedlejší účinky a přítomných dalších

onemocnění. Dále je třeba zohlednit potřeby pacienta pro další léčbu v jeho konkrétním prostředí, jeho funkční kapacity a sociální podporu.

#### **1.4.2 NEFARMAKOLOGICKÁ**

Kromě farmakoterapie se často využívají i psychosociální intervence nebo alternativní léčebné přístupy. Do psychosociální léčby řadíme například psychoterapii, která může být podpůrná či rodinná. Dle počtu lidí zúčastněných na terapii ji rozdělujeme do forem na individuální nebo skupinovou (Petr, Marková, 2014).

Psychoterapie obvykle trvá krátkou a přesně stanovenou dobu, která jen zřídka přesahuje jeden rok. Délka, frekvence i struktura terapie se přizpůsobuje individuálním potřebám pacienta. Navzdory relativně krátkému trvání léčby by měly být účinky psychoterapie trvalejší než účinky farmakoterapie (Vybíral, Roubal, 2010).

Existuje celá škála psychoterapeutických směrů, jako například dynamický, kognitivně - behaviorální, interpersonální, rogerovský a také několik metod. Mezi metody můžeme zařadit racionální, empatickou, nácvikovou, relaxační aj. Bez ohledu na konkrétní psychoterapeutický směr, formu či metodu, terapeut hraje klíčovou úlohu. Pro dosažení terapeutických výsledků je důležitá nejen odbornost v daném psychoterapeutickém směru, ale také osobní kvality terapeuta, jeho lidskost, schopnost porozumění a empatie (Bankovská Motlová, Španiel, 2017).

Psychoterapie může přinést pacientovi zpět jeho jistotu, zabezpečit mu bezpečné sociální interakce, prostor pro vyjádření emocí, korekci vlastních názorů a nevhodných reakcí, a povzbudit ho k odvážnému prozkoumání svého nitra a sdílení svých tužeb a přání (Bankovská Motlová, Španiel, 2017).

Dále psychosociální léčba zahrnuje rozvoj dovedností v sociálním prostředí, psycho-sociální edukaci a psychiatrickou rehabilitaci. Mezi alternativní terapeutické metody, které se však používají zřídka, patří transkraniální magnetická stimulace nebo elektrokonvulzivní terapie (Petr, Marková, 2014).

V terapii akutní psychózy může představovat výzvu zvládnání akutního neklidu a agitace. Časný zásah u pacienta v agitovaném stavu může zabránit eskalaci agresivních a násilných projevů. V léčbě se spojují jak nefarmakologické, tak farmakologické metody, včetně možnosti využití fyzického omezení. Fyzické omezení je možné aplikovat jen v situaci, kdy je pacient bezprostřední hrozbou pro sebe nebo pro ostatní, a když nebyly úspěšné jiné, méně radikální způsoby kontroly. Omezení bývá časově omezené a doprovázené průběžným sledováním základních funkcí a pečlivým záznamem událostí. Je důležité dokumentovat důvody pro omezení, čas jeho provedení, duševní i fyzický stav pacienta a všechny významné změny a události. Využití fyzického omezení může umožnit zahájení farmakoterapie a provedení základního vyšetření (somatického, laboratorního, přístrojového). Vážný tělesný stav nemocného může být kontraindikací k izolaci nebo omezení v lůžku (Papežová, 2014).

### **1.4.3 ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIE**

Elektrokonvulzivní terapie (EKT), často nesprávně označovaná jako "elektrošoková" terapie, je spolu s psychoterapií a farmakoterapií jednou z hlavních léčebných metod v oblasti psychiatrie (Hoříčko, 2021).

Jedná se o biologickou metodu léčby, která je distribuována po celém světě. I když je považována za efektivní a v mnoha případech nezbytnou léčebnou variantu, je veřejnosti prezentována s vysokou mírou stigmatizace. Její obraz je často zkreslen a vnímán negativně, přestože má minimální vedlejší účinky a přináší významnou úlevu mnoha pacientům (Ali, Mathur, Malhotra, Braga, 2019).

EKT je bezbolestný výkon, jelikož probíhá v krátkodobé celkové anestezii. Po výkonu pacienti s psychózou a s kombinovaným emočním prvkem (kde psychóza vzniká buď na základě afektivního stavu, nebo naopak) vykazují vysoký potenciál reakce na elektrokonvulzivní terapii (Kališová a kol., 2019).

#### 1.4.4 PSYCHOEDUKACE

Psychoedukace nabízí nemocným a jejich rodinným příslušníkům systematické, strukturované a didaktické informace o nemoci s cílem naučit je klíčovými dovednostmi pro zvládnutí nemoci (Bankovská Motlová, Španiel, 2017).

Pro pacienta bývá obtížné se vyrovnat se zátěží, kterou pro něj nemoc schizofrenie představuje, proto je zde velmi důležitá psychoedukace, která napomáhá lépe pochopit onemocnění, jeho projevy, způsob léčby a možná rizika. V této oblasti je nenahraditelná role psychiatrických sester, které o pacienta pečují a informují o předepsaných lécích, způsobu užívání a o možných nežádoucích účincích (Petr, Marková, 2014).

Účinně vedená psychoedukace je jedním ze způsobů, jak podpořit lepší spolupráci pacienta a jeho blízkých se zdravotnickým personálem. Kvalitní psychoedukace má potenciál redukovat napětí v rodině, posílit pozitivní interakce mezi rodinnými členy a terapeutickým týmem, a přispět k lepšímu pochopení pacientových obtíží a zvýšení úrovně empatie. Dále pozitivně ovlivňuje adherenci pacientů s léčbou a může zásadně přispět k minimalizaci opakovaného výskytu onemocnění (Petr, Marková, 2014).

## **2 PRAKTICKÁ ČÁST**

### **2.1 PŘÍPADOVÁ STUDIE**

Ve své bakalářské práci jsem si pro svoji praktickou část zvolila případovou studii. Tato studie je jednou z metod kvalitativního výzkumu a zaměřuje se především na zkoumání jednoho či několika málo případů, které jsou následně podrobně studovány a vysvětlovány. Pro případovou studii je charakteristická kombinace různých technik sběru informací a dat, především se jedná o analýzu dokumentů, dekurzů a vyhodnocování rozhovorů. Důkladné prozkoumání jednoho případu je klíčem k porozumění případům, které jsou mu podobné, a to je základní myšlenkou a cílem případových studií (Hendl, 2005).

### **2.2 METODOLOGIE**

Svoji bakalářskou práci jsem si rozdělila do dvou částí. V první části píši o teoretických poznatcích o psychózách a konkrétně o schizofrenii. Tyto poznatky jsem čerpala z odborné literatury a článků z databáze Medvik a PubMed. Druhá část bakalářské práce je praktická, která obsahuje případovou studii jednoho vybraného pacienta se schizofrenií, který byl hospitalizovaný v Národním ústavu duševního zdraví. Informace jsem získávala ze zdravotnické dokumentace a také jsem čerpala z rozhovorů s pacientem a zdravotnickým personálem. Veškeré etické zásady byly zachovány během tvorby mé bakalářské práce.

### **3 PŘÍPADOVÁ STUDIE**

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala mladého muže, který byl dne 4. března 2024 přijat na uzavřené oddělení do Národního ústavu duševního zdraví (NUDZ). Já osobně jsem v NUDZ vykonávala výběrovou praxi během mého studia a bylo mi umožněno zde provést případovou studii. Tohoto pacienta jsem si vybrala z důvodu, že mi mohl poskytnout cenné poznatky o tom, jakým způsobem se u něj v jeho mladistvém věku schizofrenie projevuje a také jaké má následky pro jeho život. První kontakt s ním byl po prvním týdnu léčby v NUDZ. Zpočátku na mě působil nervózním dojmem, ale postupně jsem získala jeho důvěru a pacient se stával ochotnějším a nápomocnějším k vytvoření mé bakalářské práce.

#### **3.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE**

Jméno: XY

Pohlaví: muž

Věk: 24 let

Rodinný stav: svobodný

Hospitalizace: 1. hospitalizace od 4. 3. 2024

Vstup: dobrovolný

Důvod přijetí: Dvaceti čtyřletý pacient přichází k jeho první hospitalizaci do Národního ústavu duševního zdraví pro nedostatečně kompenzované psychotické onemocnění. Jeho vstup je dobrovolný. Před pobytem v NUDZ byl již hospitalizovaný v roce 2018 v Psychiatrické nemocnici Bohnice a v roce 2020 v PK VFN. Nyní tři roky byl v ambulantní péči lékařky s diagnózou F200.

#### **3.2 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA**

##### **RODINNÁ ANAMNÉZA**

matka: 45 let, kardiačka, ID 1. stupně

otec: 49 let, poruchy imunity, jinak zdrav



5 bratrů: všichni zdraví

sestra matky: polyabusus návykových látek

### **OSOBNÍ ANAMNÉZA**

Porod přirozenou cestou, bez poporodních komplikací, v dětství recidivující otitis media. Měl vysoký cholesterol a tlak, užívá potravinový doplněk na cholesterol. V dětství astma, ve 12 letech st. astmaticus, od té doby neměl. Léky neužívá, sledován není. V roce 2020 MR v NUDZ: Cavum septi pellucidi et vargae. Normální věku přiměřený nález.

### **ALERGICKÁ ANAMNÉZA**

Na ATB reakce v dětství, jiné neguje.

### **ABUSUS**

Kouří: 10 cigaret/denně

Alkohol: pouze příležitostně pivo na oslavách a dvakrát měsíčně si dá panáka.

Telefon: používá 4 hodiny/denně

Marihuana: od 14 let pravidelně, přestal v roce 2018

LSD: 1x experimentálně v 18 letech

Extáze/MDMA: 1x

Psilocybin: 1x

Pervitin: 1x

Kokain: 1x dostal do pití v 18 letech

Kratom a HHC neguje

### **SOCIÁLNÍ A PRACOVNÍ ANAMNÉZA**

Svobodný, bezdětný, žije s rodiči, prarodiči a čtyřmi sourozenci. Ukončené má základní vzdělání, poté byl na SOU – řeznictví, dodělal 3. Ročník, poté skončil v PNB. Následně zkoušel SOU – kuchař, ale nedokončil pro psych. onemocnění.

Má ID 2. stupně od roku 2020. Roznáší letáky, navázán na FOKUS, kam chodí hrát ping pong.

### **PSYCHIATRICKÁ ANAMNÉZA**

První psychické obtíže v 15 letech, vyhledal psychologa pro abusus marihuany a sexuální zneužití bratrem. Dle pacienta i automutilace a TS pokus po rozchodu s partnerkou, skončil v Nemocnici Na Bulovce na JiP a hospitalizován nebyl.

První psychotické obtíže v 18 letech, kdy „řval a nezvládal ty hlasy“

1. hospitalizace v roce 2018 pro psychotickou ataku v PNB – F231, 2 týdny, odešel na negativní reverz.

2. hospitalizace ve VFN v roce 2020 – nastaven Haloperidol, Klozapin, Aripirazol  
Po hospitalizaci předán do péče CDZ pro selhávání při studiu a neúplnou remisi. Snaha o titraci Klozapinu s NÚ se stesky na suchost v ústech a polykací obtíže. Dále nasazen Brexpiprazol. Přetrvávají komentující auditivní halucinace, derealizační stavy, pocity, že se pacientovými očima dívá někdo jiný, zhoršené sociální fungování a izolace. Pro podezření na okulogyrické krize, přidán Akineton.

### **PSYCHIATRICKÁ FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA**

Haloperidol, Klozapin, Aripirazol, Brexpiprazol, Biperiden, Klonazepan

Aktuální medikace: Leponex 100mg 0-0-1, Leponex 25mg 1-1-1, Rxulti 3mg 1-0-0, Akineton 1,5-0-0, Rivotril 0,5mg tbl při úzkosti.

**ŘIDIČSKÝ PRŮKAZ:** nemá

**STŘELNÁ ZBRAŇ:** neguje

**KRIMINALITA:** neguje

### **NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ:**

První obtíže měl v 15 letech, kdy se pokusil o sebevraždu prášky a poté skončil v FNB na JIP. Moc si to nepamatuje. Hospitalizovaný pak nebyl, neřešilo se to.

Také se řezal a páčil se cigaretou, když ho trápila přítelkyně. Dále ho zneužil sexuálně bratr, o tom ale nechtěl mluvit, má to už vyřešené. Nyní ho nejvíce trápí stavy, kdy má pocit, že přes něj kouká jiný člověk a že se někdo kouká jeho očima. Má to tak 4x do měsíce. Jak kdyby v něm někdo byl a dělal si s jeho tělem, co chtěl. Přijde mu to jako nějaká duše. Když začal blbnout před pěti lety, měl pocit, že ho sledují tři duše. Týden spal v obýváku, protože se bál sám v pokoji. Ve vypnuté TV viděl 3 ufony s velkýma očima. Tyto stavy si už dva roky zapisuje a v únoru je měl třikrát. Když se to rozjede, vidí dvojité. Pomáhá mu na tento stav pouze Rivotril, Akineton už ne. Pacient má také hlasy, čte si je, jelikož si je zapisuje do mobilního telefonu. Dnes mu hlasy říkaly, že zvládne pobyt v Klecanech. V mobilu má zapsáno: „Jedou si pro tebe, ještě jednou tě varuji!“, „Tuhle válku nevyhraješ.“, „Kurva nesar mě, já ho zabiju, mrk mrk zase očka vzhůru, že Mišpulíne?“, „Máš strach z války. Buď v klidu, ty přece zvládneš vše.“, „Mišpulíne, teď jde táta za tebou.“, „Děláš si to sám. Je to náš debil.“, „Posraný koleno tě bude bolet.“, „Po tolika letech bys nám měl věřit. Můžeš si za to sám.“ O všech těchto myšlenkách říká, že jsou cizí, ale neví cí, rád by to zjistil. Teď si myslí, že by to mohly být ty duše, ale také si myslí, že má jen trochu porouchaný mozek, jelikož dříve trochu experimentoval s návykovými látkami. Dříve se mu stalo, že byl na úřadě, viděl tam sedět pána, a nakonec tam nebyl, zmizel. Dřív ty hlasy nezvládal, mluvil s nimi nahlas a křičel na celou zahradu. Brigádně roznáší letáky, ale pouze ráno, protože odpoledne se bojí těchto stavů. Když dělal školu, myslel si, že mu něco říkají auta přes SPZ, zapisoval si je. Všechny stavy si zapisuje, aby měl přehled, když jde k lékařům. Léky mu pomáhají, užívá je, hlasy jsou mírnější, dřív je o hodně víc vnímal. Libido docela v pohodě. Sebevražedné myšlenky nemá, to měl dřív, teď se zabíjet nechce, teď bude bojovat. Spí dobře, rád chodí na procházky a hraje ping pong. Rád se stará o domácnost, ale táta ho brzdí, protože ho bratři trochu zneužívají. Chtěl by se zbavit hlavně těch stavů s očima.

### **OBJEKTIVNÍ NÁLEZ:**

SSP: lucidní, vigilní, plně orientovaný, spolupracující, PMT lehce zpomalené, odpovědi v relaci. Nálada indiferentní, emoční polarita zúžená, v mírném napětí, hypoprosexie. Myšlení prochudlé, formálně nenarušeno, prchavá paranoidně-perzekuční bludná produkce. Přítomny intrapsychické, okulomotorické a komentující auditivní halucinace i imperativního charakteru, akt. bez vlivu na jednání. Kognice oslabená, vstupní MoCA 18/30. Spánek zachován medikací. Akt. bez hetero/autoagrese, asuicidální. V anamnéze TS pokus medikamenty v 15 letech. Náhled částečný.

SPS: nihil acutum, vstupně TK 153/85mmHg, TF 112bpm, 2. měření 128/78mmHg, TF 100bpm, BMI 23,89, KP kompenzovaný, eupnoický, neurologicky orientačně bpn. Normostenický habitus.

Dg.: F20.0 Paranoidní schizofrenie

Dif. dg.: F062 Organická porucha s bludy podobná schizofrenii

### **VYŠETŘENÍ SOMATICKÉHO STAVU PŘI PŘIJETÍ:**

Váha: 68,5 kg

Výška: 169 cm

TK: 153/85 mmHg

TT: 36,2 °C

P: 88

D: 15

BMI: 23,98

### **HODNOCENÍ RIZIKA PÁDU:**

Pohyb: neomezený

Vyprazdňování: nevyžaduje pomoc

Medikace: užívá rizikové léky

Smyslové poruchy: žádné

Mentální status: orientován

Věk: 18 – 65

Pád v anamnéze: ne

Hodnocení: v riziku

### 3.3 Ošetřovatelské diagnózy

Definice ošetřovatelských problémů dle NANDA International 2018-2020.

#### **00078 Neefektivní léčebný režim**

Definice:

Neuspokojivý způsob naplňování zdravotních cílů, jakým pacient zvládá začleňovat léčbu a druhotné následky nemoci do každodenního života (Vörösová, Solgajová, Archalousová, 2015).

Cíl:

Zajistit dodržování léčebného režimu - pacient chápe pravidla a řád oddělení.

Plán:

Pokusit se nalézt příčiny a faktory přispívající k současné situaci.

Seznámit pacienta s oddělením, personálem a spolupacienty.

Vytisknout a případně vysvětlit léčebný řád.

Obeznámit pacienta s jeho stavem.

Zapojit pacienta do denních aktivit a povzbuzovat ho v nich.

Realizace:

Zdravotní personál seznámil pacienta s oddělením a jeho řádem. Byl edukován o jeho stavu a o léčebném plánu. Během hospitalizace se účastnil nabízených programů (ergoterapie, rozcvičky, komunitní a skupinové sezení, společné a samostatné vycházky). O jeho pohodlí se staral pracovní tým, ve složení: 3 lékaři, psycholog, staniční sestra, sociální pracovník, ošetřovatelský personál.

Hodnocení:

Pacient byl z počátku pobytu rozladěný z nového prostředí. Postupně se seznamoval s personálem a spolupacienty, což by pro něj výstup z komfortní zóny. S postupem času se také začal více zapojovat do nabízených aktivit. Na programech spolupracoval a dával zpětné vazby. Se spolupacienty vycházel bezproblémově a neměl s nikým konflikt.

### **00108 Deficit sebedpěče při koupání a hygieně**

Definice:

Porucha schopnosti provádět nebo dokončit osobní hygienu a samostatně se vykoupat (Vörösová, Solgajová, Archalousová, 2015).

Cíl:

Pacient bude provádět hygienu na úrovni svých schopností. Rozpozná svoje individuální slabiny a potřeby v dané oblasti.

Plán:

Pacient bude dbát na dostatečné a pravidelné sprchování – podle individuální situace nabádáme k větší frekvenci hygieny.

Zajistit dostatek hygienických pomůcek.

Při úkonech osobní péče dbát na pacientovo soukromí.

Realizace:

Zdravotnický personál dohlédl na kvalitu a množství hygienických prostředků.

V případě nadměrného pocení u pacienta například při sportovních aktivitách, personál dohlédl na častější sprchování a výměnu osobního prádla. Soukromí při hygieně bylo zajištěno sociálním zařízením na pokoji.

Hodnocení:

I přestože měl pacient zajištěné hygienické pomůcky a soukromí v koupelně při sprchování, jeho osobní hygiena nebyla dostatečná. Pacient chodil mnoho dnů ve stejném oblečení a nedocházelo k jejich výměně i přes upozornění personálu. Při konzultacích s pacientem jsem stále zaznamenávala nadměrné pocení.

### **00095 Porušený spánek**

Definice:

Časem omezená porucha délky a kvality spánku (přirozeného, periodického a dočasného přerušování vědomí), (Vörösová, Solgajová, Archalousová, 2015).

Cíl:

Pacient bude spát nepřerušovaně 6 - 8 hodin denně. Po probuzení se bude cítit odpočatý.

Plán:

Posoudit příčinu nepravidelného spánku.

Zjistit spánkové rituály pacienta.

Posoudit konzumaci jídla a tekutin včetně kávy ve večerních hodinách.

Monitorovat a zaznamenávat délku a kvalitu spánku.

Provést psychoedukaci o spánkové hygieně.

Realizace:

Ošetrovatelský personál pravidelně zaznamenával pacientův spánek a snažil se zjistit příčinu jeho krátkého spánku. Pacient byl pobízen k fyzickým aktivitám během dne a byl také seznámen s relaxačními metodami. Personál sledoval konzumované potraviny včetně tekutin.

Hodnocení:

První týden na oddělení měl pacient problém s usnutím z důvodu nového prostředí. Následně bylo zjištěno, že pacient před usnutím tráví čas na mobilním telefonu, konzumuje nevhodné potraviny, jako jsou například chipsy a ve večerních hodinách popíjí kávu, která zapříčiňuje časté chození na toaletu během noci. Dále jeho spánek narušoval spolubydlící na pokoji, který během noci chrápal. Postupně si pacient zvykal, omezoval mobilní telefon a tekutiny před spánkem. Přestože byly pacientovy nabízeny hypnotika, nechodil si pro ně a neužíval je. Cíl byl splněn částečně, jelikož nadále docházelo k občasnému přerušování spánku z důvodu nočního močení. Personál edukoval pacienta o spánkové hygieně.

## **00146 Úzkost**

Definice:

Úzkost je nepříjemný prožitek a duševní emoční stav doprovázený předtuchou nejasného nebezpečí, předtuchou hrozby, kterou pacient není schopen přesně určit (Vörösová, Solgajová, Archalousová, 2015).



Cíl:

Pacient bude spolupracovat a bude umět vyjadřovat své pocity úzkosti. Úzkost bude snížena na únosnou míru nebo úplně vymizí.

Plán:

Zjistit možné příčiny úzkosti.

Sledovat u pacienta projevy úzkostí.

Umožnit pacientovi klidné a bezpečné prostředí na vyjádření emocí.

Pacient se bude učit psychoterapeutické techniky vedoucí ke snížení a zvládnutí úzkosti.

Pacient se bude zapojovat do nejrůznějších aktivit, které budou odvádět jeho pozornost od problémů.

Realizace:

Zdravotní personál se účastnil vizit u pacienta, kde dotyčný sděloval své pocity a prožitky včetně občasných úzkostí. Nejvíce úzkosti souvisely s hlasy, které u pacienta přetrvávají již několik let. Úzkostné stavy se pravidelně zaznamenávaly do zdravotnické dokumentace. Lékař po konzultaci s pacientem upravoval medikaci. Personál učil pacienta techniky zvládnutí úzkosti – dechová cvičení, fyzické aktivity, přesměrování pozornosti aj.

Hodnocení:

Pacient si uvědomoval, že úzkostné stavy souvisí převážně s hlasy, které se snažil potlačit tím, že se zapojoval do různých aktivit na oddělení. Nejvíce ho bavila ergoterapie, kde manuálně tvořil výrobky. Učil se také vyjadřovat své emoce například na skupinách a seznamoval se během léčebného pobytu s psychoterapeutickými technikami. Hlasy během léčby úplně nepřestaly, ale jejich frekvence se snížila.

### **00150 Riziko sebevraždy**

Definice:

Stav ohrožení dobrovolným, život ohrožujícím sebepoškozením (Vörösová, Solgajová, Archalousová, 2015).

Cíl:

Zajistit, aby u pacienta nedošlo k ublížení na jeho zdraví.

Plán:

Zjistit anamnestické údaje o pacientově minulosti.

Zajistit bezpečné prostředí (posouzení dostupnosti prostředků k vykonání sebevraždy).

Získat pacientovu důvěru, otevřeně s ním hovořit o suicidálních ideacích.

Zjistit pacientovo sebehodnocení, jak vnímá život a momentální situaci, případná konzultace s rodinou.

Realizace:

Lékař provedl s pacientem vstupní anamnézu, kde bylo zjištěno, že se pacient pokusil o sebevraždu jednou pomocí užití nadměrného množství léků. Ošetrovatelský personál dbal na pravidelné podávání medikace dle ordinace lékaře. Sledoval u pacienta spolknutí léků a případné nežádoucí účinky. S pacientem byly vedeny pravidelné pohovory a bylo nasloucháno jeho pocitům.

Hodnocení:

Pacient si chodil pro medikaci pravidelně na sesternu a užíval ji pod dohledem. Na oddělení jsou upravené kliky a zajištěná okna jako prevence sebevraždy. Měl pravidelné konzultace s lékařem, kde mu medikace dle jeho stavu byla upravována. Na psychoterapeutických skupinách na téma sebevraždy nemluvil. Sestry v průběžném kontaktu vyhodnocovaly riziko sebevražedného jednání.

### **00128 Vnímání - akutní zmatenost**

Definice:

Náhle vzniklé celkové, přechodné změny a porucha pozornosti, poznávání, psychomotorické aktivity a úrovně vědomí nebo cyklu spánku a bdění (Vörösová, Solgajová, Archalousová, 2015).

#### Cíl:

Zajistit, aby pacient neměl sluchové halucinace nebo, aby je dokázal dobře zvládat.

#### Plán:

Monitorovat, kdy se halucinace objevují, v jaké intenzitě a jaký mají dopad na pacientovo chování a prožívání.

Sledovat výskyt halucinací během dne a noci.

Dbát na kvalitní spánek.

Zhodnotit pacientův stav, podrážděnost, neklid a dezorientaci.

Zjistit, jaké léky pacient užívá, dbát na jejich pravidelné užívání, sledovat případné žádoucí a nežádoucí účinky.

Vytvořit bezpečné a klidné prostředí.

Komunikovat s příbuznými a edukovat je o stanovené diagnóze.

Poskytnout pacientovi informace o jeho onemocnění.

#### Realizace:

Pacient byl během hospitalizace sledován ošetrovatelským personálem. Pacient měl konzultace s psychologem, se kterým měl možnost zpracovávat duševní napětí. Dále také s psychiatrem, který mu dle jeho aktuálního stavu nasazoval a upravoval medikaci. Sestry dbaly na pravidelné užívání naordinovaných léků, sledovaly účinky podaných léčiv a celkový stav pacienta a výskyt halucinací pravidelně zaznamenávaly do denních dekurzů. Pacient byl též edukován o svém onemocnění včetně možných negativních dopadů.

#### Hodnocení:

S pacientem vedl personál edukaci o jeho onemocnění, snažil se mu naslouchat a vést s ním rozhovory, přistupovat k němu empaticky. Ošetrovatelský personál poskytl pacientovi vhodné prostředí a dbal na jeho bezpečnost. Když pacient sděloval, že slyší hlasy, personál k němu mluvil klidně a snažil se mu porozumět. Z počátku hospitalizace pacient prožíval halucinace často, například i pětkrát denně. S postupem času a s nasazením medikace se jejich frekvence snižovaly. Prožívané halucinace na pacientovi nebyly objektivně znát, pouze je dokázal

slovně popsat. Jednalo se ve většině případů o mužské hlasy, které mu radily či naváděly k různým úkonům. Někdy také kritizovaly, shazovaly a vulgárně mu nadávaly. Pokud to bylo možné, ošetrovatelský personál pomáhal pacientovi rozlišovat skutečnost od halucinací. V případě potřeby, když chtěl být pacient sám, bylo mu to umožněno. Pacientovi příbuzní byli edukováni o nemoci při příjmu pacienta a měli s ním možnost spolupracovat i během léčebných propustek, na které pacient během hospitalizace jezdil.

### 3.4 ZHODNOCENÍ STAVU PACIENTA DLE M. GORDONOVÉ

Dne 2. 4. 2024 jsem provedla zhodnocení stavu pacienta dle Marjory Gordonové.

#### 1. vnímání zdraví

Subjektivně: Pacient se nyní už cítí lépe, jelikož je 6. den na oddělení. Hospitalizaci pacientovi nabídla jeho psychiatrička, se kterou nejprve nesouhlasil, ale nakonec si to rozmyslel po rozhovoru se svojí matkou. Celkově svoje zdraví po psychické stránce vnímá narušeně, stále slyší různé hlasy, které ale postupně ustupují – hlasy proklamuje každý den. Když přijdou, snaží se odreagovat, například kouká do mobilu nebo někoho vyhledá a popovídá si s ním. Pokud se jedná o fyzično, pacient se cítí bezproblémově.

Objektivně: Na dříve domluvený rozhovor přišel pacient včas, byl oblečený v teplákové soupravě a byl z něj cítit kouř od cigaret – denně vykouří cca 20 cigaret denně (edukován o škodlivosti). Při rozhovoru pacient ochotně odpovídá na mé kladené dotazy, zároveň ale vnímám lehkou nervozitu, když ho seznamuji s průběhem mého dotazování a doptávám se ho, jestli si můžu zaznamenávat jeho odpovědi na papír. S diagnózou schizofrenie je smířený a umí si říci v případě potřeby o pomoc. Pacient je orientovaný časem, místem i prostorem. Při dotazech vystupuje často dětinsky, i přestože mu je už 24 let. Musím ho při rozhovoru usměrňovat, jelikož používá slovní vatu, zabíhá, používá mnoho nesrozumitelných metafor, na které se musím doptávat, mívá přerušované myšlenky. Mluví občas nesrozumitelně, zrychleně, a proto se musím v některých jeho odpovědích ujišťovat. Během rozhovoru neudrhuje stálý oční kontakt a neustále sleduje čas na svých hodinkách, jelikož se těšil na snídani. Na pacientovi jsem pociťovala empatičnost, jelikož se mi snažil pomoci odpovědět na veškeré otázky do mé bakalářské práce. Při rozhovoru spolupracoval.

## **2. výživa a metabolismus**

Subjektivně: Pacient jí v normě, pravidelně si v určených časech chodí pro jídlo a jeho nejoblíbenější je pizza. Podle pana XY mu vše chutná kromě suchého kuřete, které se dle jeho slov nedá jíst. Udržuje si stálou tělesnou hmotnost. Denně vypije cca 2 litry tekutin, jelikož prý musí hodně zapíjet při polykání léků.

Objektivně: Pacient při výšce 169 cm a váze 68,5 kg má BMI 23,98, což je ideální zdravá váha. Strava mu v NUDZ chutná a na víkendy jezdí domu, kde mu jeho matka vaří oblíbená jídla. Dietu zde má 3 racionální, ale na vycházkách se dojídá sladkostmi.

## **3. vylučování**

Subjektivně: Nyní nemá žádné poruchy vylučování, ale dříve měl problém s vymočením, jelikož hlasy mu nedovolili se vyčůrat. Jeho matka ho musela odvést do nemocnice, kde mu byla provedena jednorázová močová katetrizace.

Objektivně: Na nic si nestěžuje, vyprazdňování moče a stolice je bezproblémové. V noci se budí a dojde si 1x na toaletu. Pacient zapáchá, nadměrně se potí – nutno dohlížet na dostatečnou hygienu.

## **4. aktivity, cvičení**

Subjektivně: Pravidelně chodí ráno na rozcvičku, kterou jednou týdně také předvádí před ostatními pacienty. Dvakrát týdně chodí na rehabilitační cvičení nebo do tělocvičny. „Byl jsem jednou i v posilovně, ale už tam nepůjdu, protože mě čapnuly nepříjemné stavy, jelikož jsem zvedal těžký váhy“ dodává pán XY. Každé odpoledne chodí se sestrou nebo ostatními pacienty na procházku. Občas si zahraje stolní fotbal, kulečnick nebo ping-pong s jeho kamarádem z pokoje.

„Po odchodu z NUDZ chci zapojit víc aktivit do života. Nechci být stále doma.“ Dále pacient dodává, že chce chodit plavat a navštěvovat CDZ, kde se

konají další aktivity. Do školy už se nehodlá vracet, bude pokračovat jeho brigáda v roznášení letáků.

Objektivně: Pacient je společenský, rád hraje kolektivní sporty a baví se s ostatními spolupacienty. Nadměrné posilování mu nedělá dobře, jelikož se u pacienta začnou objevovat nepříjemné stavy, jako úzkost a neklid. Do některých aktivit musí být personálem nucen, jelikož by nejraději trávil čas na sociálních sítích.

### **5. spánek, odpočinek**

Subjektivně: Po příchodu do nového prostředí do NUDZ nemohl spát a budil se. Nyní dle jeho slov je spánek výborný, spí celou noc, pouze na záchod se vzbudí. Chodí spát kolem půlnoci a probouzí se v šest hodin ráno. Přes den pouze relaxuje.

Objektivně: Pro léky na spánek si nechodí, naordinovanou medikaci bere pravidelně pod dohledem personálu. Během noci spí dobře, občas se vzbudí a jde na WC. Pacient spí průměrně sedm hodin denně. Během jeho pobytu jsem ho několikrát viděla spát po obědě v lůžku.

### **6. vnímání, citlivost, poznávání**

Subjektivně: První týden na pokoji byl se spolupacientem, který byl též mladšího věku a s ním měl dobrý vztah, chodili společně kouřit a povídali si. Pacient ale dodává, že chodil kamarád moc brzy večer spát a on musel být sám ve společenské místnosti. Pacient má stále hlasy, které stále přetrvávají, ale je jich méně. O hlasech s nikým z pacientů nemluví, jelikož s žádným z nich nemá vybudovanou důvěru. Pán XY uvádí, že ve zdravotnickém personálu má maximální důvěru, ať už se jedná o zdravotní sestry, sociální pracovníky či lékaře.

Objektivně: Pacient tráví většinu času na mobilním telefonu nebo se baví se spolupacienty, kteří jsou mladšího věku. V případě, že slyší nějaké hlasy, nahlásí to sestřičkám na sesterně. Komunikuje s personálem, verbálně se dokáže vyjádřit, ale neudrží dlouhý oční kontakt.

## **7. sebepojetí, sebeúcta**

Subjektivně: Sám sebe těžko hodnotí, ale teď se vnímá jako frajer, jelikož zvládá léčení v NUDZ. Dnes ráno mu hlasy říkaly, že léčbu zvládne. Nyní jsou už pozitivní, ale dříve bývaly negativní a odrazovaly ho od léčení. Rád píše texty, věnuje se rapu, kreslí grafiti a o víkendu chodí do bazénu. V NUDZ mu dělá radost jídlo, na které se těší. Mezi jeho oblíbené programy v léčbě patří ergoterapie, kde ho bavilo vyrábět mýdlo.

Objektivně: Pacient je bezproblémový, na nic si nestěžuje, na pravidelný program dochází včas. Během pobytu je slušný a dodržuje plnění všech úkolů. Mezi spolupacienty je spíše uzavřený a na komunitě nechce své emoce sdílet. Při rozhovoru mezi menším počtem lidí bývá sdílnější.

## **8. plnění rolí, mezilidské vztahy**

Subjektivně: Pacient žije v rodinném domě s rodiči a pěti sourozenci, kde má nyní se všemi vztahy v pohodě. Na základní škole měl hodně kamarádů, ale chytl se špatné party, začal užívat návykové látky a nyní se už s nikým z těchto lidí nebaví. Během střední školy už začal mít nepříjemné stavy a to moc jeho přátelé nechápali, proto se s ním přestali kamarádit. „Dříve jsem měl problém komunikovat, a proto mi nechtěli dát invalidní důchod. Já jsem nekomunikoval a nechtěl pomoc, všechno jsem odmítal. Teď už chci pomoci, více komunikuji s lidmi a hlavně sociálními pracovníky“ uvádí pacient

V NUDZ na skupinách se nerad otevírá, pouze některé otázky rozebírá i se spolupacienty. „Všem jsem řekl, že jsem schizofrenik, ale o minulosti a rodině se



s nikým bavit nechci“ dodává pán XY. Největší důvěru má u lékařů, kterým řekne vše.

Objektivně: Mladý pacient je svobodný, bezdětný a žije s rodiči. Velkou důvěru má ve svoji maminku, se kterou často telefonuje. Jelikož je jeho rodina zdaleka, během týdne za ním nikdo na návštěvy nechodí. Na víkendy odchází domů a vždy přichází rozveselený a sděluje, že by tam rád už zůstal a nevracel se do NUDZ.

## **9. sexualita**

Subjektivně: Přítelkyni měl v patnácti letech a nyní nemá. Více se o otázce pacient nechtěl bavit.

Objektivně: Pacient nemá přítelkyni a jinou problematiku nesděluje, proto není tento bod hodnocen.

## **10. stres, zátěžové situace, jejich zvládnání a tolerance**

Subjektivně: Stres a úzkost má každý den, ale ví, že se s tím dá bojovat a dá se to zvládnout. Horší je, když má ten pocit a tlak v očích. Neví, jak to má popsat. „Je to, jak kdyby mi s těma očima hýbal někdo jiný“ sděluje pacient. Když zažívá paniku, tak si jde pro lék.

Objektivně: Pozoruji u pacienta stres, když zažívá nové situace, nebo pokud musí sdělovat svoje pocity na skupinách. Pokud ho přepadnou halucinace, chodí po oddělení z jedné strany chodby na druhou.

## **11. víra, životní hodnoty**

Subjektivně: Pacient věří v reinkarnaci a vesmír. Domnívá se, že zde na světě nejsou pouze jen lidi. Dále dodává, že věří hlavně v sám sebe. Na Boha nebo jiné postavy nevěří a žádného kaplana nepotřebuje.

Objektivně: Pacient se během pobytu nedožadoval žádné duchovní podpory nebo osoby.

## **12. jiné**

Během rozhovoru jsme se dostali k tématu sebevraždy. V 15 letech se pokusil ukončit svůj život kvůli nešťastné lásce. „Já jsem se pokusil spáchat sebevraždu, spolykal jsem několik prášků. Trápila mě jedna holka a ještě jsem měl osobní problémy. Nechtěl jsem být na světě, ale teď jsem to přehodnotil. Žádné myšlenky už na to nemám“ sděluje pán XY.

### 3.5 PRŮBĚH HOSPITALIZACE A ZHODNOCENÍ PACIENTOVA STAVU

#### 1. den hospitalizace

Dne 4. 3. 2024 byl pacient XY přijat na uzavřené oddělení 3, které je zaměřeno na diferenciální diagnostiku a léčbu závažných duševních poruch, jejichž stav vyžaduje pobyt na oddělení se zvýšenou péčí. Jelikož jsem u příjmu pacienta nebyla, čerpala jsem informace ze zdravotnické dokumentace a od personálu na oddělení. Pacientův vstup do Národního ústavu duševního zdraví byl dobrovolný a byl přijat z domova. Před hospitalizací docházel do ambulance k psychiatrice po dobu tří let. Do NUDZ byl přijat pro nedostatečně kompenzované psychotické onemocnění. Paní lékařka s pacientem provedla vstupní vyšetření – Příjmový list, kde byla zaznamenána anamnéza (rodinná, osobní, alergická, abusus, sociální, pracovní, psychiatrická, farmakologická) a nynější onemocnění. Po příchodu byl lucidní, vigilní, plně orientovaný, spolupracující a jeho odpovědi byly v relaci. Nebyl agresivní a měl částečný náhled na svoji situaci. V obraze u něj dominovalo prochudlé myšlení a měl okulomotorické a komentující auditivní halucinace. Dále u něj přetrvávala paranoidně-perzekuční bludná produkce (tři duše, které pacienta ovládaly). Lékařkou byl také stanoven diagnostický a terapeutický plán, který obsahoval: vstupní odběry, MRI mozku, kontrolu hladiny klopapinu a pokus o jeho titraci, lékařka též požadovala zprávy z předchozích pobytů pacienta v psychiatrických nemocnicích. První den při vstupu vyplnil pacient s psychologkou Montrealský kognitivní test, sociální pracovnice s ním vyplnila sociální kartu a byla odebrána ošetřovatelská anamnéza všeobecnou sestrou. Ta s ním též vytvořila plán péče.

Pacient se postupně adaptoval na nové prostředí a seznamoval s ostatními pacienty. Personál hodnotil jeho chování jako klidné a spolupracující.

4/9/2024

MONTREALSKÝ KOGNITIVNÍ TEST (MOLA)

Standardní verze

Datum: \_\_\_\_\_

**ZRAKOVÉ-KONSTRUKČNÍ SCHOPNOSTI / EKEKUTIVNÍ FUNKCE**

Nakreslete číselník se všemi čísly a označte 11 hodin 10 minut (3 body)

Pojmenujte: kontura [✓] číslice [✓] ručičky [✓]

**POJIMENOVÁNÍ ZVÍŘETĚ**

Překreslete krychli [✓]

Spojte postupně střídavě čísla a písmena od začátku do konce. [X] [✓] [✓] [X] [X]

**PAMĚŤ** Přečtěte řadu slov (1/2 sekundu). Zopakujte co nejvíce slovy nejdříve na pořadí. Zopakujte je ještě jednou.

	tvář	samet	kostel	kopretina	červená	žádný bod
1. pokus	✓		✓	✓	✓	
2. pokus		✓	✓	✓	✓	

**POZORNOST** Přečtěte řadu čísel (1/2 sekundu). Testovaný je má zopakovat, jak šla za sebou. Testovaný je má zopakovat pozpátku.

[X] 2	1	8	5	4
[✓] 7	4	2		

Čtěte řadu písmen (1/2 sekundu). Testovaný musí klepnout prstem pokladě, když uslyší A. Při 2 a více chybách nedostane žádný bod.

[ ] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B [ ]

Množina odečtů 7 od 100 [✓] 93 [X] 86 [✓] 79 [✓] 72 [X] 65

4-5 správných odečtů = 3 body / 2-3 správné = 2 body / 1 správný = 1 bod / 0 správných = 0 bodů

**ŘEČ** Opakujte po mně: Pouze vím, že je to Jan, kdo má dnes pomáhat. (přesné slovo od slova) Když jsou v místnosti psi, kočka se vždy schová pod gauč.

Vybavování slov. Řekněte co nejvíce slov, která začínají písmenem K, během 1 minuty. [✓] 14 (Nz n slov)

**ABSTRAKCE** Podobnost např. mezi banánem-pomerančem = ovoce [✓] vlak-bicykl [X] hodinky-pravítok [X]

**ODDÁLENÉ VYBAVENÍ SLOV** Vybavení slov BEZ NÁPOVĚDY tvář [X] samet [X] kostel [X] kopretina [X] červená [X]

**Nepovinné** Kategorální nápověda [ ] Nápověda výběrem [ ]

**ORIENTACE** [ ] datum [ ] měsíc [ ] rok [ ] den [ ] místo [ ] město

© Z. Nosredine MD 4. 3. 2024 10 CELKEM 14/30

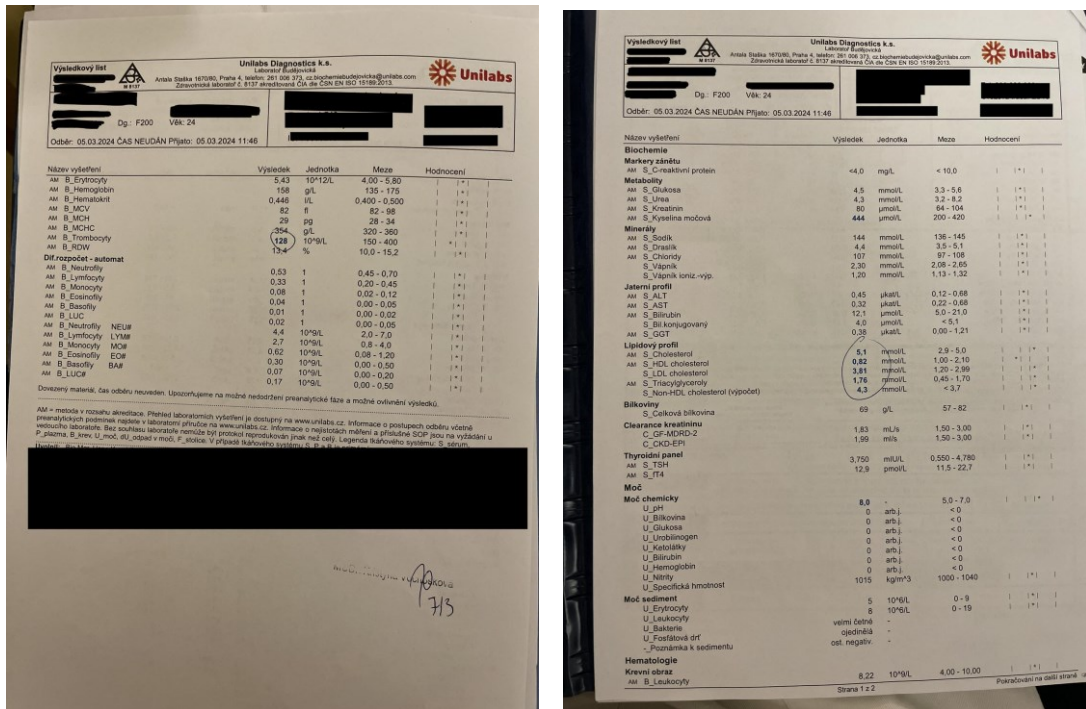
Klecany

Obrázek 1 Vyplněný Montrealský kognitivní test (foto autora)

## 2. den hospitalizace

Druhý den byly pacientovy provedeny vstupní odběry a kontrolní MRI mozku. U pacienta zaznamenány hlasy, které dle jeho slov přetrvávají už pět let. Tyto hlasy mu říkají, že zdejší pobyt v Klecanech mu stejně nepomůže. Viditelně pacient slinil, nadále byl lucidní a orientovaný. Na vizitě s lékařkou sděluje, že má problémy s očima, „jakoby měl v sobě někoho, kdo mu kouká očima jinam“. Postupně se adaptoval a nadále seznamoval s prostředím. Jelikož je na pokoji s pacientem ve stejném věku jako je on, velmi si rozumí. Ve volných chvílích s ním chodil často na kuřárnu, kde během dne vykouřil cca 15 cigaret. Odpoledne

si zahráli společně ping pong, který ho velmi bavil. S personálem vycházel dobře, byl milý, klidný a snaživý. Stravu během dne přijímal bez problému a začal chodit na společné vycházky.



**Obrázek 2** Výsledkový test – krevní odběry  
(foto autora)

### 3. den hospitalizace

Třetí den hospitalizace byl pacient klidný a slušný. Opět přiznává, že slyšel hlasy, ale už jsou méně pronikavé. Dnes se cítil unavený, ale přesto na programu spolupracoval a zapojoval se do výroby mýdel na ergoterapii. Po obědě šel se spolupacienty a ošetřovatelkou na procházku po okolí Klecan. Společně se i zastavili v obchodě, kde si pacient XY koupil svoji oblíbenou sušenku. Zbytek dne trávil na pokoji, kde odpočíval. V noci spal klidně, pouze jednou se probudil na toaletu.

#### **4. den hospitalizace**

Čtvrtý den na oddělení byl pacient bez obtíží a vedl dnešní rozcvičku. Ze začátku se před ostatními styděl, ale nakonec to zvládl. Na vizitě pacient adekvátně odpovídal na všechny pokládané dotazy od lékaře. Neudával žádné potíže, ale stále si zvyká na nové prostředí. Nadále u něj byly přítomny intrapsychické, okulomotorické a komentující auditivní halucinace i imperativního charakteru. Pravidelně si pacient přicházel k sesterně pro léky a neměl žádný problém s jejich užitím.

#### **8. den hospitalizace**

Osmý den na oddělení byl pacient lucidní a dobře spolupracující. Na otázku, jak se měl o víkendu na oddělení, odpověděl: „Šlo to, měl jsem jenom jednu epizodu“. Dále povídal, že viděl dvakrát zásuvku, ale to se mu stalo i v minulosti. Bylo mu to nepříjemné, tak si došel k sestřičkám pro Rivotril a poté to ustoupilo. Hlasy měl pořád, ale na ty je už zvyklý. Jeden hlas mu říkal, ať podá reverz, ale to on dělat nechce. Během dne hrál společně se spolupacienty ping pong, který ho bavil. Se spánkem neměl problém, spal dobře.

#### **11. den hospitalizace**

Jedenáctý den hospitalizace byl pacient optimistické nálady a byl ochotný komunikovat. Na skupině s paní psycholožkou se řešily věci, které pacienty trápí. Do diskuze se zapojil i pacient XY, který nadnesl téma, že se bojí, jaké to bude na jeho první propustce doma, která je naplánovaná na zítřejší den. Byly u něj vidět emoce, které se mu při pomyslení na domov objevily (pocity strachu, obav, očekávání, lehké natěšení a mírné rozpaky). Seděl na židli s překříženýma nohama a na jeho obličeji byl nejasný úsměv a nervozita.

Během tohoto dne také lékařka pro pacienta vystavila žádanku pro následnou péči v CDZ.

### **15. den hospitalizace**

Včera se pacient vrátil z propustky v doprovodu s matkou. Doma dle jejích slov byl klidný, vařil, hrál hry a byl spokojený. Pouze v sobotu si vzal Rivotril, jelikož měl úzkost.

Dnes byl lehce smutný, z důvodu, že už není doma. Také mu odešel jeho spolupacient, se kterým sdílel pokoj a z tohoto důvodu měl skleslou náladu. Během dne byl pacient na arteterapii a skupině se sociální pracovníci. Mimo tyto programy, trávil celou dobu sám na mobilním telefonu, kde hrál hry a sledoval videa. Odpoledne šel na povinnou procházku se zdravotní sestřičkou a také ho navštívila pracovnice z CDZ. Domlouvali společně další péči po propuštění.

### **23. den hospitalizace**

Jelikož dnes probíhala primářská vizita, pacient byl nervózní, obával se velkého počtu personálu na jeho pokoji. Sděloval, že u něj přetrvávají hlasy, které mu včera říkaly „Teď si tě vychutnáme“. Dnes pacient slyšel už jen hlasy pozitivní, které ho v léčbě povzbuzovaly a dávaly komplimenty. Uváděl zároveň ale dvojité vidění. Pan primář nabídl pacientovi elektrokonvulzivní terapii, kterou on ale odmítl, sdělil: „Bojím se toho a dále to nechci rozebírat“.

### **25. den hospitalizace**

Pacient se dnes chystal domů na propustku, která měla být delší z důvodu velikonočních svátků. Sděloval, že zatím žádné plány s rodinou nemá.

### **30. den hospitalizace**

Třicátý den hospitalizace jsem s pacientem zhodnotila jeho stav dle M. Gordonové (viz níže). V tomto dotazníku pacient shrnul svůj pobyt v NUDZ v 11. oblastech života. Z tohoto dotazníkového šetření vyplynulo, že hlasy v jeho hlavě stále přetrvávají, ale pouze se snížila jejich frekvence. Domnívám se, že pacient potřebuje i nadále následnou péči po propuštění. Proto je pro něj zajištěné CDZ,

kam by měl několikrát týdně docházet. Dle pacientových slov se do centra těší. Také bude docházet ke své psychiatričce, která bude dbát na vhodnou medikaci dle aktuálního stavu pacienta.

### **32. den hospitalizace**

Dnes probíhal pacientův předposlední den na oddělení. Celý den trávil jako předešlé dny. Účastnil se skupinového programu a odpoledne šel na samostatnou procházku. Byl milý, spolupracující a více komunikativní. Též působil velmi natěšeně, jelikož ho následující den čekalo propuštění domů. Na vizitě byl lékařem edukován o jeho propuštění a ošetrovatelský personál ho upozorňoval na důležitost dodržování léčebného plánu, který si s lékařem psychiatrem stanovili. Pacient si uvědomoval důležitost dodržování denního režimu, též by chtěl do svého života zapojit více aktivit a dále pokračovat v jeho brigádě. Těší se, že bude docházet opět do CDZ, kam chodil i před léčbou.



## 4 ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo co nejpřesněji popsat ošetrovatelskou péči o pacienta s diagnózou schizofrenie. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

V teoretické části práce jsem se zabývala popisem onemocnění schizofrenie, její klinický obraz, diagnostiku a léčbu. Jelikož patří schizofrenie k duševním onemocněním a řadí se mezi psychotické poruchy, v úvodu práce jsem také popsala, co znamená obecný pojem psychóza.

V praktické části jsem si vybrala pacienta, který pobýval v Národním ústavu duševního zdraví v Klecanech, kde se léčil s diagnózou F20.0 Paranoidní schizofrenie. Tohoto pacienta jsem si vybrala, jelikož jsem zde absolvovala povinnou praxi a pacient byl přístupný o svém onemocnění hovořit. I přestože mají schizofrenici tendenci uzavírat se do vlastního světa, spolupráce s panem XY byla výborná, pacient spolupracoval a ochotně zodpovídal na veškeré dotazy. Měla jsem tak možnost, více nahlédnout na tuto nemoc. Ve své bakalářské práci jsem si stanovila šest ošetrovatelských diagnóz dle NANDA, které jsem v průběhu pacienty hospitalizace hodnotila. Dále jsem zde provedla zhodnocení stavu pacienta dle Marjory Gordonové. Zjistila jsem, že léčba schizofrenie je náročná, jelikož u tohoto pacienta nedošlo k vyléčení, pouze k zmírnění příznaků schizofrenie. Pacient by měl být nadále pod dohledem psychiatra, pravidelně užívat naordinovanou medikaci a k lepšímu porozumění svého onemocnění by mohl využívat i návštěvy psychologa, který by mu pomohl, jak s onemocněním nadále žít.

Při psaní této práce jsem si uvědomila, že schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které mění osobnost a často odtrhuje člověka od reality. Léčba bývá hodně trnitá. Jelikož každý pacient je jedinečný i přístup by měl být u každého individuální.

Ráda bych touto prací také zvedla povědomí o tomto duševním onemocnění u ostatních.

V závěru práce bych zmínila citát od lékaře a psychiatra Carla Gustava Junga – „V každém z nás je ještě někdo, koho neznáme.“ Je na každém z nás, jak si tento citát vyloží.

## 5 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ALI Sana, MANTHUR Nandita, MALHOTRA Anil a BRAGA Raphael. Electroconvulsive Therapy and Schizophrenia: A Systematic Review. *Mol Neuropsychiatry*. 2019, 5(2), 75-83 DOI: 10.1159/000497376.

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie. Rodinná psychoedukace v léčbě závažných duševních onemocnění. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2019, roč. 20, č. 3, s. 111-113. ISSN 1213-0508. [cit. 2024-03-10] Dostupné z: [https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201903-0003\\_rodinna psychoedukace\\_v lecbe\\_zavaznych\\_dusevnych\\_onemocneni.php](https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201903-0003_rodinna psychoedukace_v lecbe_zavaznych_dusevnych_onemocneni.php)

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a ŠPANIEL, Filip. Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století. 3., přepracované a doplněné vydání. Aeskulap. Praha: Mladá fronta, 2017. ISBN 978-80-204-4287-1.

BARTUŠKOVÁ, Ludmila. Psychóza a spiritualita: vybrané aspekty vzájemného vztahu. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2021. ISBN 978-80-246-4991-7.

Česká Slovenská Neurologie. Tři časy testu kreslení hodin hodnocené BaJa skórováním u časně Alzheimerovy nemoci. [Online]. 2016 [cit. 2024-03-30]. Dostupné z: <https://www.csmn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2016-4-3/tri-casy-testu-kresleni-hodin-hodnocene-baja-skorovanim-u-casne-alzheimerovy-nemoci-58742/download?hl=cs>

DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena: Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6.

HAJDŮK, Michal a PEČEŇÁK, Ján. Kognitívny deficit u pacientov so schizofréniou. Československá psychologie : časopis pro psychologickou teorii a praxi. 2018, 62(3), 231-243. ISSN 0009-062X.

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HOŘIČKO, Jan. Elektrokonvulzivní terapie. Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod [online]. 2021 [cit. 2024-04-02]. Dostupné z: <https://www.pnhb.cz/psychiatricke-texty/elektrokonvulzivni-terapie-ect>

KALIŠOVÁ, Lucie a kol. Elektrokonvulzivní léčba - teorie a praxe. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2019. ISBN 978-80-246-4337-3.

MAŇHAL, Miloslav. Psychoterapie psychóz v rámci denního stacionáře. Psychiatrie pro praxi [online]. 2020, roč. 21, č. 1, s. 33-39. ISSN 1213-0508. [cit. 2024-02-28] Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/psy.2020.007>.

MARDER Stephen a UMBRICHT, Daniel. Negative symptoms in schizophrenia: Newly emerging measurements, pathways, and treatments. Schizophr Res. 2023, 258, 71-77. DOI: 10.1016/j.schres.2023.07.010.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Manuál registr CDZ verze 2. [Online]. 2018 [cit. 2024-03-30]. Dostupné z: [https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/15623/35203/Manu%C3%A1l%20registr%20CDZ\\_verze\\_2a.pdf](https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/15623/35203/Manu%C3%A1l%20registr%20CDZ_verze_2a.pdf)

PAPEŽOVÁ, Hana. Naléhavé stavy v psychiatrii. Jessenius. Praha: Maxdorf, 2014. ISBN 978-80-7345-425-8

PAVLOVSKÝ, Pavel. Akutní psychotické poruchy, diagnostika a léčba. Psychiatrie pro praxi [online]. 2013, roč. 14, č. 2, s. 54-57. ISSN 1213-0508. [cit. 2024-02-28] Dostupné z: [https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201302-0002\\_Akutni\\_psychoticke\\_poruchy\\_diagnostika\\_a\\_lecba.php](https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201302-0002_Akutni_psychoticke_poruchy_diagnostika_a_lecba.php)

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

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

Prohlížeč Mezinárodní klasifikace nemocí: MKN-10 klasifikace. Prohlížeč MKN-10 klasifikace [online]. 2022 [cit. 2024-04-01]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F20-F29>

RABOCH, Jiří; PAVLOVSKÝ, Pavel a JANOTOVÁ, Dana. Psychiatrie: minimum pro praxi. 5. vyd. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-582-4.

RABOCH, Jiří a PAVLOVSKÝ, Pavel. Psychiatrie. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.

VÁGNEROVÁ, Marie. Současná psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

VÖRÖSOVÁ, Gabriela; SOLGAJOVÁ Andrea a ARCHALOUSOVÁ Alexandra. Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5538-0.

VYBÍRAL, Zbyněk a ROUBAL, Jan: Současná psychoterapie. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-682-7.

WASHINGTON, Harriet A. Doba jedová. 8, Infekční šílenství. Přeložil Daniel MICKA. V Praze: Stanislav Juhaňák - Triton, 2017. ISBN 978-80-7553-343-2.

## 6 SEZNAM ZKRATEK

°C – stupeň Celsia

Aj. – a jiné

Akt. - aktuálně

Amp – ampule

ATB – antibiotika

AUDIT – test pro identifikaci poruch způsobených užíváním alkoholu

BMI – body mass index

Bpm – počet tepů za minutu

CDZ – centrum duševního zdraví

Cm – centimetr

CT – výpočetní tomografie

Č. – číslo

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

D - dech

DSM – diagnostický a statistický manuál duševních poruch

EKT – elektrokonvulzivní terapie

FNB – Fakultní nemocnice Bulovka

GAF – globální škála fungování

HHC –hexahydrokanabinol

Hod. – hodin

ID – invalidní důchod

JiP – jednotka intenzivní péče

Kg – kilogram

KP – kardiopulmonálně

LSD – diethylamid kyseliny lysergové

MDMA – 3,4-methylendioxyamfetamin

Mg – miligram

MKN – mezinárodní klasifikace nemocí

MoCA – Montrealský kognitivní test

Mmol – milimol

MmHg – milimetry rtuťového sloupce

MR – magnetická rezonance

NANDA – Severoamerická asociace pro mezinárodní ošetrovatelskou diagnostiku

Např. – například

NÚ – nežádoucí účinky

NUDZ – Národní ústav duševního zdraví

P - pulz

PK VFN – psychiatrická klinika Všeobecné fakultní nemocnice

PMT – psychomotorické tempo

PNB – Psychiatrická nemocnice Bohnice

PO – per os

SOU – střední odborné učiliště

SSP – současný duševní stav

TBL – tablety

TF – tepová frekvence

TK – krevní tlak

TKH – test kreslení hodin

TS – sebevražedný pokus

TT – tělesná teplota

TV – televize

Tzv. – takzvaně

UK – Univerzita Karlova

ÚVN – Ústřední vojenská nemocnice

WHO – Světová zdravotnická organizace





## **7 SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ**

Tabulka 1: Dělení MKN-10, F20-F29 - schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

Tabulka 2: Katatonní příznaky nejčastěji se vyskytující u schizofrenie

Obrázek 1: Vyplněný Montrealský kognitivní test

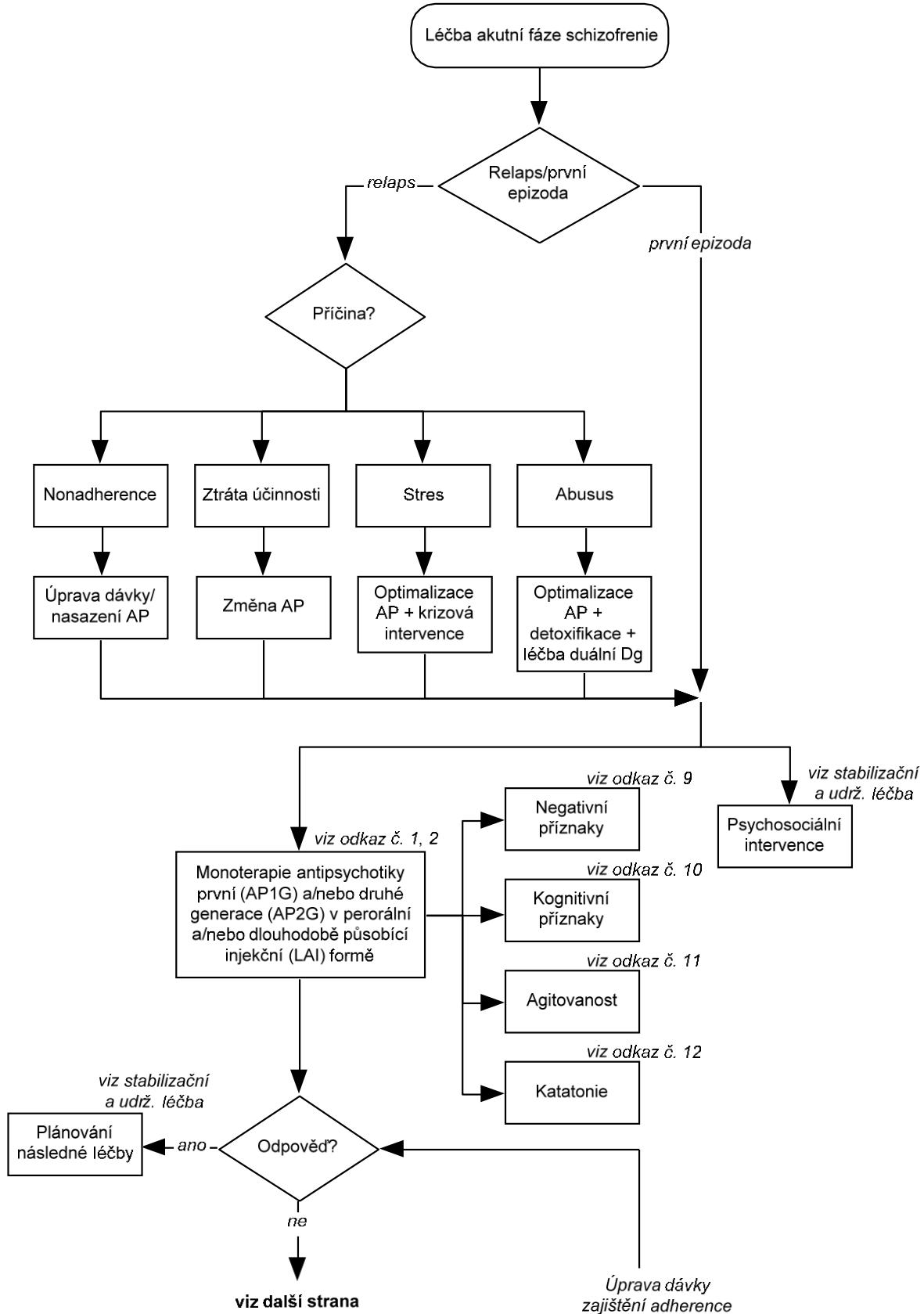
Obrázek 2 Výsledkový test – krevní odběry

## **8 Přílohy**

Příloha č. 1: léčba akutní epizody schizofrenie

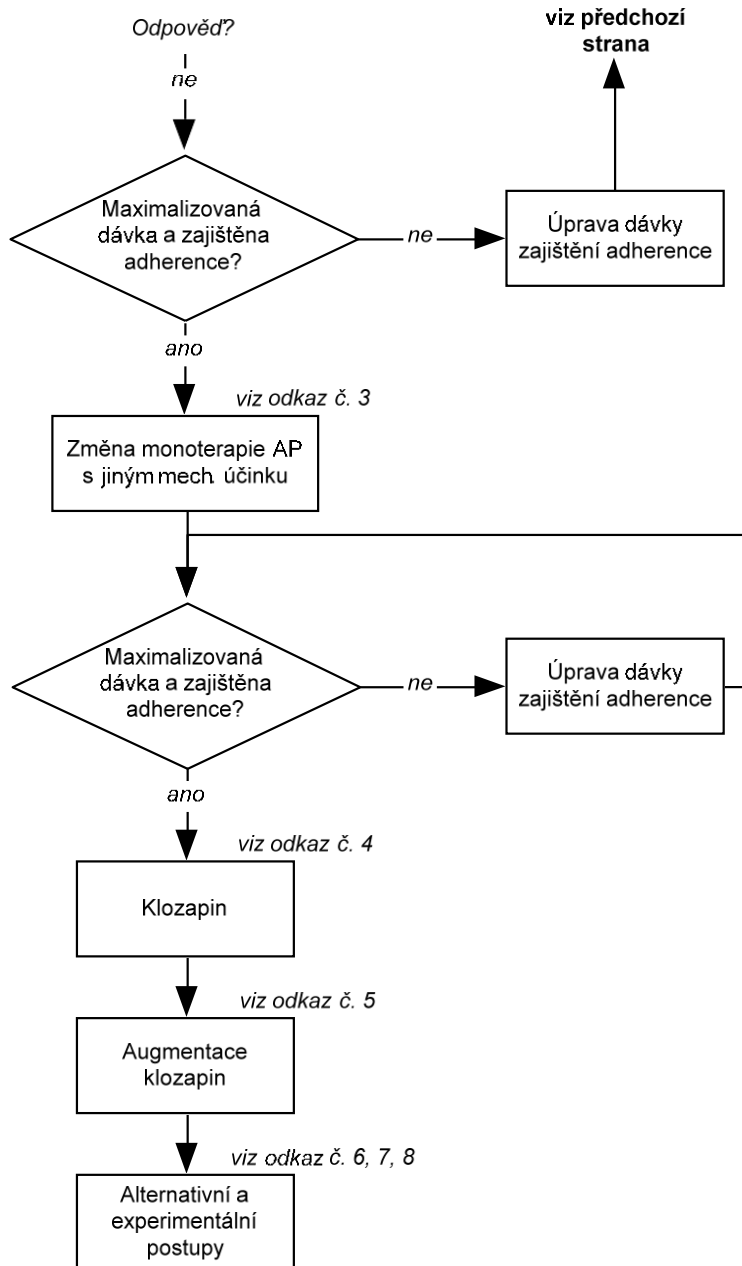
Příloha č. 2: Souhlas náměstka pro léčebnou péči Národního ústavu duševního zdraví se zpracováním bakalářské práce

**DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE**



Léčba první epizody

## DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE





## DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE

### Komentář k algoritmu

#### Léčba akutní epizody schizofrenie

Autoři: Tomáš Kašpárek, Libor

Ustohal Garant: Tomáš Kašpárek, Libor

Ustohal Oponent: Pavel Mohr

##### Odkaz č. 1

*Léčba antipsychotikem je základním prvkem komplexní péče. Obecně všechna registrovaná antipsychotika mají dostatečnou úroveň evidence pro jejich účinnost v akutní léčbě schizofrenie (Leucht et al., 2017). Heterogenita individuální odpovědi a tolerability nežádoucích účinků je natolik významná, že nelze doporučit lék první volby a konkrétní preparát je nutné volit na základě charakteristik pacienta (klinický obraz, komorbidity, citlivost vůči nežádoucím účinkům, subjektivní preference) a plánu navazující udržovací léčby.*

*I - metaan <3 RCT nebo RCT*

##### Odkaz č. 2

*Existují důkazy o rozdílech v antipsychotické účinnosti - AP II. generace jsou účinnější, než AP I. generace (Davis et al., 2003), klozapin, olanzapin, risperidon a amisulprid jsou účinnější než ostatní antipsychotika (Citrome, 2012; Leucht et al., 2013). Míra odpovědi na antipsychotickou léčbu je u pacientů s první epizodou schizofrenie relativně vysoká, olanzapin, amisulprid, risperidon a quetiapin jsou účinnější než*

*AP I. generace (Zhang et al., 2013). Včasné zahájení léčby je spojeno s vyšší účinností (Zhu et al., 2017).*

*I - metaan <3 RCT nebo RCT*

##### Odkaz č. 3

*Změna antipsychotika by měla následovat po 4-6 týdenním terapeutickém pokusu s dostatečnými dávkami při ověřené adherenci. Při nepřítomnosti změny klinického stavu po 14 dnech léčby lze v případě klinické potřeby provést změnu dříve (Samara et al., 2014). Neexistují kvalitní důkazy pro efekt eskalace dávky (Dold et al., 2015) či kombinaci antipsychotik - vyjma kombinací s klozapinem (Galling et al., 2017; Oritz-Orendain et al., 2017).*

*I - metaan <3 RCT nebo RCT*

##### Odkaz č. 4

*Klozapin je účinnější než ostatní antipsychotika i v případě farmakorezistentní schizofrenie (Souza et al., 2013; Siskind et al., 2016). Při léčbě klozapinem je vhodné monitorovat adekvátnost dávky pomocí sledování jeho krevních hladin, nutné je monitorování krevního obrazu v rámci detekce agranulocytózy. Alternativou u farmakorezistentní schizofrenie může být olanzapin (Samara et al., 2016), zejména ve vyšších dávkách (Souza et al., 2013).*

*I - metaan <3 RCT nebo RCT*

##### Odkaz č. 5

*Pouze 40% farmakorezistentních pacientů odpovídá na klozapin (Siskind et al., 2017), existují pacienti s opožděnou částečnou odpovědí (Honer et al., 2015). Augmentační strategie s dostatečnou mírou*

*evidence představují kombinaci s druhým antipsychotikem - s malým efektem proti placebo (Taylor et*

Léčba první epizody



**PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST**  
České lékařské společnosti J. E. Purkyně

**PSYCHIATRIC ASSOCIATION**  
of the Czech Medical Association J. E. Purkyně



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE

*al., 2012), neexistují data pro volbu nejúčinnějšího kombinace (Barber et al., 2017). Účinná je kombinace s*

Léčba první epizody



## DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE

**valproátem nebo topiramátem, kombinace s lamotriginem je neúčinná (Zheng et al., 2017). Další účinnou možností je ECT (Lally et al., 2016).**

**I - metaan <3 RCT nebo RCT**

### Odkaz č. 6

**ECT je rychle účinná augmentace AP léčby obecně ve smyslu zlepšení symptomů a dosažení remise (Zheng et al., 2016).**

**I - metaan <3 RCT nebo RCT**

### Odkaz č. 7

**Přístupy s dostatečnou silou evidence, avšak s relativně malým počtem hodnocených subjektů a tedy s obtížným zhodnocením reálné účinnosti v běžné klinické praxi lze doporučit jako alternativní či experimentální přístupy. Antipsychotický efekt má kombinace AP s topiramátem (Okuyama et al., 2016), minocyklinem (Xiang et al., 2017), celecoxibem a kyselinou acetylosalicilovou (Sommer et al., 2012), buspironem (Kishi et al., 2013). Omega-3 nenasycené mastné kyseliny mohou u prvních epizod snižovat potřebnou dávku AP (Chen et al., 2015).**

**I - metaan <3 RCT nebo RCT**

### Odkaz č. 8

**Ve specifických klinických situacích lze využít valproát, který vede k redukci agresivity (Wang et al., 2016). Neexistují důkazy pro účinnost benzodiazepinů (Dold et al., 2013), karbamazepinu (Leucht et al., 2014), lithia (Leucht et al., 2015), atomoxetinu a reboxetinu (Kishi et al., 2013), antagonistů H2 receptorů (Kishi a Iwata 2015).**

**I - metaan <3 RCT nebo RCT**

### Odkaz č. 9

**Negativní příznaky významně snižuje kombinace AP s aripirazolem (Zheng et al., 2016; Galling et al., 2017), mirtazapinem (Vidal et al., 2015), memantinem (Kishi et al., 2017), modafinilem (Andrade et al., 2015). Alternativou farmakologické léčby je vysokofrekvenční rTMS levého dorsolaterálního prefrontálního kortexu (Lefaucheur et al., 2014).**

**I - metaan <3 RCT nebo RCT**

### Odkaz č. 10

**Antipsychotika nezlepšují kognitivní funkce pacientů se schizofrenií (Nielsen et al., 2015). Metaanalýzy malých studií naznačují účinnost kombinace s inhibitory acetylcholinesterázy (Singh et al., 2012) nebo memantinem (Kishi et al., 2017).**

**I - metaan <3 RCT nebo RCT**

### Odkaz č. 11



**PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST**  
České lékařské společnosti J. E. Purkyně

**PSYCHIATRIC ASSOCIATION**  
of the Czech Medical Association J. E. Purkyně



## DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE

*Při léčbě agitovanosti a agrese je třeba preferovat perorální, rychle rozpustné formy medikace, parenterální aplikace v případě nemožnosti využití při výrazné agresi a nespolupráci. Lze využít antipsychotika (olanzapin, aripiprazol, loxapin, haloperidol) a benzodiazepiny. Haloperidol je účinný, avšak zatížený nežádoucími účinky, účinnost je srovnatelná s lorazepamem (Ostinelli et al., 2017).*

*Olanzapin je účinnější, než haloperidol (Dundar et al., 2016). Kombinace AP s BZD není účinnější než monoterapie (Gillies et al., 2013).*

Léčba první epizody





## DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE

### I - metaan <3 RCT nebo RCT

#### Odkaz č. 12

*Léčba katatonie nemá oporu v randomizovaných klinických hodnoceních (Gibson a Walcott, 2008). Otevřené studie a kazuistiky ukazují na účinnost benzodiazepinů a elektrokonvulzivní terapie (Luchini et al., 2015).*

*III-ostatní studie korelační, případové*

#### Odkaz č. 13

*Psychoedukace je nutným prvkem léčby, který zvyšuje subjektivní přijetí nemoci, adherenci k léčbě, zlepšuje dlouhodobý průběh nemoci (Bauml et al., 2016), sociální autonomii (Ali et al., 2017) a který je nutné zahájit co nejdříve, jak klinický stav umožňuje. Význam má jak individuální či skupinová forma pro pacienty, tak rodinná psychoedukace (McFarlane, 2016).*

*I - metaan <3 RCT nebo RCT*

#### Odkaz č. 14

*Mezi další psychosociální intervence vhodné od počátku onemocnění patří kognitivně-behaviorální terapie a trénink dovedností, podporované zaměstnávání a bydlení, kognitivní remediacce (Wykes et al., 2011; Lacomte et al., 2014; Morin a Franck, 2017). Zvyšují sociální kompetence, snižují míru kognitivního deficitu a mohou vést ke zmírnění psychopatologie.*

*I - metaan <3 RCT nebo RCT*

#### Odkaz č. 15

*Významná část pacientů (až čtvrtina - Alameda et al., 2016) již po první epizodě vyžaduje asertivní komunitní péči vzhledem k nedostatečné adhezenci k léčbě či rizikovým faktorům, jako je reziduální psychotická symptomatika, suicidální riziko, komorbidní abusů apod. Zejména intenzivní case-management v rámci komunitní péče má dobrou evidenci pro snížení počtu rehospitalizací, délky hospitalizace a zvýšení sociálního fungování a setrvání v péči (Dietrich et al., 2017).*

*I - metaan <3 RCT nebo RCT*

#### Závěrečný komentář

*Léčba akutní exacerbace schizofrenie často vyžaduje intenzivní farmakoterapii, která je klíčovým prvkem této fáze léčby. Vedle toho je však zásadní již od začátku nemoci zahájit psychosociální rehabilitaci, práci na náhledu nemoci a adherenci; práce s rodinami pacientů v tomto smyslu má velký význam pro dlouhodobý průběh nemoci. Současně jsou vhodné aktivizační přístupy formou různých metod ergoterapie, nácvik sociálních dovedností i specifické psychoterapeutické přístupy zaměřené na zvládnání příznaků. Akutní léčba má být plánována s ohledem na specifika jednotlivých pacientů, jak z pohledu individuální účinnosti, citlivosti vůči nežádoucím účinkům a korobidity, tak z pohledu potřeb následné léčby v konkrétním prostředí pacienta, jeho funkční kapacity a sociálního zázemí. Přestože je většinou nutná hospitalizace pacienta, je potřeba pracovat na zachování schopnosti samostatného života v*

*komunitě a pokud je možné, využívat alternativy akutní hospitalizace (krizová lůžka, denní stacionáře, asertivní komunitní týmy), či hospitalizace v rámci akutních lůžek všeobecných nemocnic.*

Příloha č. 2

Vážený profesor  
**MUDr. Pavel Mohr, Ph.D.**  
Náměstek pro léčebnou péči  
Národní ústav duševního zdraví

**Žádost o souhlas se zpracováním bakalářské práce**

Vážený pane náměstku,

dovoluji si Vás touto cestou požádat o souhlas se zpracováním bakalářské práce na téma:  
Ošetrovatelská péče o pacienta s psychotickou poruchou

Vedoucí této práce je pan Mgr. Tomáš Petr, Ph.D. Cílem praktické části je vypracování kazuistiky v rámci poskytování ošetrovatelské péče pacientovi s psychotickou poruchou, který je hospitalizován na uzavřeném oddělení psychiatrie v Národním ústavu duševního zdraví.

Děkuji Vám za Váš čas a zvážení mé žádosti.

V Praze, dne 26. 3. 2024

S pozdravem,

Jonáková Natálie, studentka 3. lékařské fakulty UK, 3. ročník, obor Všeobecné ošetrovatelství

*Stalová 29.3.24*  
*prof. MUDr. Pavel Mohr, Ph.D.*

*Jonáková*

