



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. lékařská fakulta



Ústav ošetřovatelství

**Specifika ošetřovatelského procesu
u nemocné se schizofrenií v těhotenství**

*Specifics of Nursing Care of the Pregnant Patient
with Schizophrenia*

případová studie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha, únor 2009

Jitka Pichlová

Autor práce: **J i t k a P i c h l o v á**

Bakalářský studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Bakalářský studijní obor: **Zdravotní vědy**

Vedoucí práce: **Bc. Hana Mudrová, DiS.**

Pracoviště vedoucího práce: **Psychiatrické centrum Praha**

Odborný konzultant: **Doc. MUDr. Jiří Horáček, Ph.D.**

Pracoviště odborného konzultanta: **Psychiatrické centrum Praha**

Termín obhajoby: **duben 2009**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 15.února 2009

Jitka Pichlová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala těm, kteří mi pomohli se zpracováním mé bakalářské práce.

Děkuji za odborné vedení práce panu doc. MUDr. Jiřímu Horáčkovi, Ph.D., za cenné rady, materiály a odborné připomínky ke zpracování mé bakalářské práce.

Děkuji paní Bc. Haně Mudrové, vedoucí práce, za podněty a odborné připomínky k mé práci v oblasti ošetrovatelské péče.

Obsah

1. ÚVOD	7
2. KLINICKÁ ČÁST	8
2.1 Charakteristika onemocnění	8
2.1.1 Definice schizofrenie.....	8
2.1.2 Historie onemocnění.....	8
2.1.3 Etiologie a patogeneze.....	9
2.1.4 Diagnostika.....	10
2.1.5 Diagnostická vodítka u schizofrenie.....	11
2.1.6 Diferenciální diagnóza.....	12
2.1.7 Formy onemocnění a prognóza.....	13
2.1.8 Průběh onemocnění.....	15
2.1.9 Léčba schizofrenie.....	17
2.1.10 Antipsychotika.....	17
2.1.11 Elektrokonvulzní terapie (EKT).....	19
2.1.12 Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS).....	19
2.1.13 Psychoterapie a psychoedukace.....	19
2.1.14 Komplikace léčby.....	21
2.1.15 Léčba schizofrenie u gravidních pacientek.....	22
2.2. Základní údaje o nemocné	24
2.2.1 Základní údaje o nemocné z lékařské dokumentace.....	24
2.2.2 Okolnosti přijetí.....	24
2.2.3 Údaje z lékařské anamnézy.....	25
2.2.4 Diagnostické metody.....	26
2.2.5 Souhrn terapeutických opatření.....	27
2.2.6 Stručný průběh hospitalizace.....	32
3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	33
3.1 Ošetřovatelský proces	33
3.1.1 Teorie ošetřovatelského procesu.....	33
3.1.2 „Model funkčních vzorců zdraví“ Marjory Gordon.....	34
3.1.3 Dvanáct vzorců zdraví Marjory Gordon.....	34
3.2 Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení nemocného do 24 hodin od přijetí	35
3.2.1 Vnímání zdraví – snaha o udržení zdraví.....	36
3.2.2 Výživa metabolismus.....	36
3.2.3 Vylučování.....	37
3.2.4 Aktivita – cvičení.....	37
3.2.5 Spánek a odpočinek.....	37
3.2.6 Smyslové vnímání.....	37
3.2.7 Sebepojetí, sebeúcta.....	38
3.2.8 Životní role.....	38
3.2.9 Sexualita, reprodukční schopnost.....	38
3.2.10 Stres, reakce na zátěžové situace.....	39
3.2.11 Víra, životní hodnoty.....	39

3.3	Krátkodobý ošetrovatelský plán k 10. dni hospitalizace.....	39
3.3.1	Zdůvodnění výběru dne.....	39
3.4	Ošetrovatelské diagnózy k 10. dni hospitalizace.....	40
3.4.1	Aktuální ošetrovatelské diagnózy.....	40
3.4.2	Potenciální ošetrovatelské diagnózy.....	47
3.5.	Dlouhodobý ošetrovatelský plán, jeho realizace a hodnocení....	49
3.6	Psychologie nemocné.....	50
3.7	Sociální problematika nemocné.....	53
3.8	Prognóza.....	54
3.9	Edukace nemocné a její rodiny.....	54
4. ZÁVĚR.....		56
SEZNAM ODBORNÉ LITERAURY.....		57
JINÉ ZDROJE.....		58
SEZNAM ZKRATEK.....		60
SEZNAM PŘÍLOH.....		61

1. ÚVOD

Cílem mé bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o 18-letou pacientku přijatou s diagnózou paranoidní schizofrenie. Pro farmakorezistenci v léčbě a pro komplikaci těhotenstvím byla přeložena z psychiatrické léčebny na specializované pracoviště psychiatrické kliniky k posouzení jejího zdravotního stavu a rozhodnutí o dalších možnostech léčení.

V různých epidemiologických studiích se uvádí, že prevalence onemocnění schizofrenií v běžné populaci je 1% a o tomto onemocnění je možné nalézt v odborné literatuře hodně informací. Velmi málo informací je však v české odborné literatuře ohledně žen, které se léčí s tímto onemocněním a rozhodly se otěhotnět nebo otěhotněly neočekávaně. Proto děkuji doc. MUDr. Horáčkovi za cenné informace a materiály, které mi poskytl k tomuto tématu, a které jsem použila ve své práci.

Bakalářská práce má dvě části, klinickou a ošetrovatelskou.

Klinická část přibližuje problematiku schizofrenie, popisuje, jakou má toto onemocnění historii, zabývá se patofyziologií, popisuje, jaký je klinický obraz nemoci. Dále se zaměřuje na to, jakou má toto onemocnění etiologii, jak se diagnostikuje, léčí, jaké jsou komplikace, jaká je prognóza onemocnění a možná prevence relapsu.

Druhá, prakticky orientovaná, **ošetrovatelská část** zpracovává problematiku ošetrovatelského procesu, konkrétně pak popisuje jeho jednotlivé fáze. Je to dokumentováno na kazuistice pacientky s diagnózou paranoidní schizofrenie, komplikovanou jejím těhotenstvím. K ošetrování nemocné jsem si vybrala „Model fungujícího zdraví“ Marjory Gordon, (18) pomocí kterého jsem získala komplexní informace k sestavení ošetrovatelské anamnézy, aktuálních i potenciálních diagnóz a cílů ošetrovatelské péče, důležitých pro plánování, realizaci a zhodnocení ošetrovatelské péče. V závěru práce je shrnuta psychologická a sociální pomoc a velmi významná edukace nemocné a její rodiny.

2. KLINICKÁ ČÁST

2.1 Charakteristika onemocnění

2.1.1 Definice schizofrenie

Schizofrenie patří do skupiny onemocnění, které se nazývají psychózy. Psychotické onemocnění je charakterizované významnými formálními i obsahovými poruchami v oblasti myšlení, vnímání, emocí, projevů chování i kognitivních funkcí. Jde o chorobu s mnohotvárným psychopatologickým obrazem. Onemocnění mění prožívání a chování člověka, narušuje jeho duševní existenci k sobě samému i k vnějšímu světu. Dochází k dezintegraci struktur osobnosti a ke zřetelné ztrátě kontaktu s realitou. Vyznačuje se snížením kvality života, v chronickém stádiu způsobuje závažné změny v pacientově životě, které vedou až k trvalé invaliditě. Odhalení onemocnění v jeho počátku a brzká léčba prvních atak schizofrenie může předejít přechodu do chronického stádia a v některých případech i onemocnění vyléčit.

2.1.2 Historie onemocnění

Název onemocnění „schizofrenie“ je znám necelých 100 let. Odborníci se domnívají, že toto onemocnění však provází lidstvo od nepaměti. Popisy stavů připomínajících schizofrenní onemocnění se nalézají v literatuře již od antických dob. Příznaky schizofrenie byly popsány u lidí slavných jmen jako např.: Isaac Newton, William Blake a další.

Koncem 19. stol. Emil Kraepelin, použil termín B.A. Morela „dementia praecox“ pro psychotické onemocnění charakterizované časným počátkem a dlouhotrvajícím průběhem s halucinacemi a bludy, ale až v roce 1911 švýcarský profesor Eugen Bleuler nazval skupinu onemocnění s podobnými psychickými příznaky „skupinou schizofrenií“. Tímto termínem označoval stavy vyznačující se rozštěpením psychických funkcí člověka, tedy rozštěp jako nesoulad mezi myšlením, emocemi a projevy chování, které považoval za důležitou vlastnost tohoto typu onemocnění. Mezi další lékaře, kteří se podíleli na přesnějším odlišení schizofrenie od jiných onemocnění byli např. heidelbergský profesor Kurt Schneider. Pro sjednocení diagnostikování

schizofrenie v různých zemích světa, byla v letech 1969 - 1976 zorganizována Světovou zdravotnickou organizací - Mezinárodní pilotní studie schizofrenie (International Pilot Study of Schizophrenia, IPSS). Studie potvrdila, že syndromy, které byly diagnostikovány jako schizofrenní onemocnění, měly ve všech kulturách až překvapivou podobnost. (11)

Postupně se podle převažujících negativních nebo pozitivních příznaků, jejich odpovědí na léčbu a podle dalších kritérií vyčlenily různé typy schizofrenií. Dnes jsou stanovena kritéria k diagnostice schizofrenie v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN - 10).

2.1.3 Etiologie a patogeneze

Etiologie schizofrenního onemocnění není doposud úplně objasněna. Zatím nebyla nalezena jedna sjednocující příčina, která by vyvolávala toto onemocnění. Obecně lze však říci, že vlivy, které mohou způsobit, že člověk onemocní schizofrenií jsou: genetická dispozice, vrozené morfologické a biochemické abnormality, nespecifická porucha nervové soustavy v období prenatálním, perinatálním, která může být způsobena různými příčinami: ať už virovou infekcí matky, malnutricí nebo metabolickými poruchami, perinatálními komplikacemi. Porodní komplikace mohou způsobit krvácení, které vede k hypoxii v citlivých částech mozku a může vést k rozvoji onemocnění. Práce některých autorů se přiklání k teorii, že schizofrenie může být u některých jedinců způsobena kombinací genetické dispozice a časného intrauteriního traumatu, případně traumatu porodního. (11)

Genetická dispozice znamená riziko vzniku schizofrenie u dítěte, jehož jeden z rodičů trpí tímto onemocněním je 12%, pokud jsou nemocní oba rodiče, riziko je 40%.

Morfologické abnormality zahrnují rozšíření postranních mozkových komor, rozšíření mozkových rýh a korové ztenčení. Neprojevují se ale u všech nemocných.

Porucha v neurotransmiterových systémech se nejvíce objevuje u systému dopaminergního a serotoninergního. Neurotransmitery dopamin, serotonin a glutamát jsou přenašeči signálu na synapsích mezi neurony a jejich receptory.

Patogenezi, tedy procesy, které jsou odpovědí organismu na poškození, a které vedou ke vzniku nemoci a k projevům schizofrenie jsou v odborné literatuře popisovány tedy jako důsledky nepříznivých vlivů: vulnerability (zranitelnosti), dispozici k rozvoji psychózy a stresu, zátěže prostředí, zážitky, zkušenost. Podle této teorie může dědičná nebo získaná vloha pod vlivem stresu způsobit selhání adaptivních funkcí duševního života. Snížením odolnosti jedince jsou pak vyvolány klinické příznaky onemocnění.

2.1.4 Diagnostika

Klinickou diagnózu stanoví psychiatr po vyšetření anamnézy a duševního stavu nemocného. Při psychiatrickém vyšetření jsou pro lékaře důležité údaje o prožívání a chování pacienta. Pozorováním a rozhovorem získává nezbytné informace o aktuálním psychickém stavu nemocného. Další nezbytnou částí je tzv. objektivní anamnéza, tedy anamnéza od osoby, která je nemocnému blízká nebo je pro něj významná. Zhodnocením všech těchto informací se lékař dostává k jednomu z typů schizofrenního onemocnění. Vodítkem mu je Mezinárodní klasifikace nemocí, která obsahuje základní kritéria pro stanovení diagnózy schizofrenie.

Vodítka jsou důležitá proto, že není znám jednoznačně specifický příznak, podle kterého by bylo onemocnění schizofrenie jasně diagnostikovatelné. Pro diagnózu schizofrenie je typické uskupení symptomů a vliv, jaký mají na chování nemocných. Mezi základní příznaky schizofrenie patří poruchy myšlení a jednání. Příznaky se dělí na pozitivní, negativní a deficitní. Mezi **pozitivní příznaky** patří: bludy, halucinace, rozvolněné asociace, poruchy chování. **Negativní příznaky** jsou oploštění emotivity a afektu, citové a sociální stažení, ochuzení řeči, zárazy myšlení, abulie, anhedonie, poruchy abstraktního myšlení. Deficitními symptomy jsou označovány primární negativní příznaky přetrvávající v čase. Ty jsou spojené s horší prognózou onemocnění a mají přímý dopad na sociální fungování nemocných. (11)

2.1.5 Diagnostická vodítka u schizofrenie

Podle kritérií Mezinárodní klasifikace nemocí pro diagnózu schizofrenního onemocnění musí být přítomen alespoň jeden z těchto příznaků:

- Slyšení vlastních myšlenek, vkládání, odnímání nebo vysílání myšlenek.
- Bludy kontrolovatelnosti, ovlivňování, bludné vnímání.
- Sluchové halucinace, hlasy, které spolu rozmlouvají, komentují pacientovo jednání, atd.
- Trvalé bludy, které jsou v dané kultuře nepřijatelné a nepatřičné (o nadlidské síle...).

Pokud není přítomen jeden z těchto symptomů, musí být ke stanovení diagnózy schizofrenního onemocnění přítomné alespoň dva z následujících příznaků:

- Přetrvávající jakékoliv smyslové halucinace, doprovázené prchavými nebo neúplně formovanými bludy, které nemají afektivní obsah, či ovládacími představami, které trvají týdny a měsíce.
- Přestávky, vsuvky v toku myšlenek a z nich vyplývající inkoherece, irelevantní řeč nebo neologismy.
- Katatonní projevy v chování, které zahrnují vzrušenost, setrvávání v nastavené poloze, voskovou tvárnost, negativismus, mutismus a stupor.
- Negativní příznaky - výrazná apatie, zchudnutí mluvy, oploštění a nepřiléhavost emocí, které vyúsťují do sociálního stažení a snížení sociální aktivity. Tyto příznaky ale nesmí být důsledkem léčby neuroleptiky nebo deprese.
- Trvalá změna chování jedince, projevující se výraznou ztrátou zájmů, bezcílností, nečinností, zaujetím sebou samým a sociálním stažením.

Charakteristické příznaky, jako jsou halucinace, bludy, dezorganizované nebo katatonní chování musí být přítomny nejméně jeden měsíc. Pokud jsou přítomny mánie či deprese, schizofrenní příznaky jim musí předcházet. (8) Porucha nesmí splňovat kritéria pro organickou poruchu s bludy nebo poruchu navozenou zneužíváním návykových látek, jak je definováno podle 10. revize MKN.

2.1.6 Diferenciální diagnóza

Z hlediska diferenciálně diagnostického jsou pro odlišení toxické psychózy při zneužívání návykových látek významná tato vyšetření: důkladné somatické, laboratorní biochemické a hematologické. Tato vyšetření poskytují informaci o funkci důležitých tělesných systémů, což je nezbytné před zahájením léčby. U akutního psychotického stavu je nutné toxikologické vyšetření na přítomnost návykových látek.

Pro diferenciální diagnostiku se k vyloučení jiných organických příčin psychózy používají vyšetření zobrazovacími metodami, které odhalí funkční a morfologické změny v mozku.

Počítačová tomografie (CT) – je diagnostická metoda založená na stejném principu jako rentgen, ale snímky vytvořené pod různými úhly pomocí rentgenového záření jsou digitálně zpracovány, a tak je vytvořena počítačová rekonstrukce obrazu. Toto vyšetření je indikováno vždy, pokud lékař vyšetřením dojde k závěru, že by mohlo jít o organický nález v mozku. Může se provádět jednou za tři roky.

Magnetická rezonance (MR) – je vyšetřovací metoda, která využívá kombinaci magnetického pole a elektromagnetického vlnění s vysokou frekvencí. Používá se k vyšetření morfologie orgánů, v psychiatrii tedy k upřesnění nebo vyloučení psychiatrické diagnózy vyšetřením mozku (ložiskové nálezy u epilepsií, tumorů) a u funkční magnetické rezonance ke zjištění regionální mozkové perfúze.

SPECT - vyšetření jednofotonovou emisní tomografií - zobrazovací metoda, která může poskytnout informace o množství vazebných míst pro významné neuromediátory.

Elektroencefalografie (EEG) – je diagnostická metoda, pomocí které jsou snímány bioelektrické potenciály vznikající činností mozku. V psychiatrii se využívá hlavně k diferenciaciální diagnostice temporální epilepsie, eventuálně organických nálezů v mozku.

Psychologické vyšetření slouží ke komplexní diagnostice schizofrenního onemocnění a při diferenciaciálně diagnostické rozvaze. Patří sem klinické psychologické metody: rozhovor, dotazník a projektivní metody (Tematický apercepční test, Roschachův test).

Neuropsychologické testy pro vyšetření kognitivních funkcí poskytují informaci o kognitivním postižení u schizofrenie, sledují vztah mezi dysfunkcí mozku a chováním, určují míru kognitivního deficitu, změny ve schopnosti sociálního uplatnění. Mezi tyto testy patří např. Wechslerův paměťový test, Wisconsinský test třídění karet.

2.1.7 Formy onemocnění a prognóza

Schizofrenní onemocnění se dělí na několik typů s odlišným klinickým obrazem a prognózou. Přestože je prognóza onemocnění u jednotlivých typů schizofrenie odlišná, pro všechny je nejdůležitější co nejdříve toto onemocnění rozpoznat a léčebně ovlivnit, protože čím je doba od prvních příznaků do začátku léčby delší, tím horší je prognóza nemoci. Podle odborné literatury se opouští tradiční postup vyčkávat s farmakoterapií, až dokud nebude jasná diagnóza schizofrenního onemocnění. (11).

Paranoidní schizofrenie F 20.0

Jde o nejčastější typ schizofrenie, které charakterizují především halucinace a bludy. Halucinace jsou zejména sluchové verbální, imperativní. U schizofrenie s pozdním začátkem se mohou přidat i halucinace taktilní, tělové, viscerální, čichové, chuťové. Zvláštním druhem jsou halucinace intrapsychické, kdy je nemocný přesvědčen, že jsou mu do mysli nějaké myšlenky vkládány nebo zase z ní odebírány. Bludy jsou hlavně vztahovačné a perzekuční, ale mohou se objevit i jiné např. inventorní. U nemocného může dojít až k vytvoření bludného systému. Také ale může dojít k opouzdření bludů, oslabení až ztrátě emočního náboje, naléhavosti a vlivu na chování nemocného. Nemocný bludy vnímá, ale necítí potřebu na ně reagovat. (11)

Prognóza nemoci záleží na včasném rozpoznání prvních příznaků a léčení, při včasném zaléčení je prognóza u tohoto typu onemocnění vcelku příznivá.

Hebefrenní schizofrenie F 20.1

Projevuje se hlavně nepřiléhavostí chováním a emocí, myšlení bývá dezorganizované a řeč je nesouvislá inkoherentní. Začíná typicky v adolescenci a charakterizují ji poruchy chování. Projevy mohou být nepředvídatelné, mohou překvapit agresí, jindy je nálada oploštělá, nepřiléhavost a proměnlivost emočních projevů je dána v rozdílném prožívání nemocného a ostatních. Mohou být přítomny grimasy, mimické a motorické projevy, které nedávají žádný smysl. (11) Prognóza hebefrenní schizofrenie je obecně spíše špatná, dále je závislá na délce neléčeného onemocnění, protože dlouhodobě neléčená schizofrenie hůře odpovídá na terapii.

Katatonní schizofrenie F 20.2

Tento subtyp je charakterizován poruchou psychomotoriky. Nemocný se buď vyznačuje výrazným neklidem, extrémně zvýšenou motorickou aktivitou nebo naopak sníženou motorickou aktivitou projevující se sníženou hybností až do katatonního stuporu. Stupor provází negativismus, mutismus. Katatonní schizofrenie se projevuje nepřiměřenými motorickými pohyby (grimasování, manýrování nebo jen záškuby, úšklebky) a nebo naopak povelovým automatismem či setrváváním v nevhodných nebo nezvyklých nastavených polohách. Může se projevit i úplné motorické ochromení. „Flexibilitas cerea“ tzv. vosková ohebnost, kdy končetiny pacienta kladou plastický odpor. (11) Prognóza katatonní schizofrenie je považována obecně za dobrou.

Simplexní schizofrenie F 20.6

Její diagnostika nebývá jednoduchá, nejsou přítomny pozitivní psychotické příznaky, tedy bludy a halucinace, ale zato mohou být přítomny některé somatické a neurologické symptomy. Pro simplexní formu schizofrenie jsou však příznačné negativní příznaky: především emoční oploštění, pokles výkonnosti, která se projevuje v poklesu pracovního výkonu, ve ztrátě elánu, zájmů a zahálčivosti; autismus, obrácením se do svého nitra, výrazná apatie a sociální stažení. Jde o začarovaný kruh,

protože čím více selhává v sociálních situacích, tím více se stává uzavřenější.

(11) Prognóza tohoto typu schizofrenie je nejméně příznivá vzhledem k nepřítomnosti jasných diagnostických příznaků a ke chronickému a dlouhodobě plíživě se prohlubujícímu postižení.

Nediferencovaná schizofrenie F 20.3

Tento podtyp schizofrenie byl vytvořen proto, že všechny typy schizofrenie nejsou zcela přesně vyhraněné a nelze je specifikovat přesně pod jeden druh. Schizofrenie může svými symptomy odpovídat více formám a není tedy jasné, která je ta přesná. Základem je, že tento typ odpovídá diagnostickým kritériím pro schizofrenii, ale symptomy vyskytující se u tohoto druhu schizofrenie nejsou totožné s žádným jiným druhem, některé symptomy jsou přítomny, jiné chybí. (11)

Reziduální schizofrenie F 20.5

Diagnostika reziduální schizofrenie znamená, že se onemocnění dostává do chronického stadia. Vyvíjí se po odeznění akutní schizofrenní ataky s psychotickými příznaky. Potom, v období jednoho roku, se vyskytují alespoň čtyři negativní symptomy. Těmi jsou např.: sociální stažení, oploštělá emotivita, snížená aktivita nebo psychomotorický útlum, ochuzená řeč, pasivita a nedostatek iniciativy, neverbální komunikace, zanedbávání zevnějšku i kontaktu s okolím. Odolnost vůči zátěži se snižuje a stává se nerovnoměrnou. (11) Z důvodu chronického průběhu s postupně prohlubujícím se postižením patří tento typ schizofrenie mezi typ s nepříznivou prognózou.

2.1.8 Průběh onemocnění

Průběh onemocnění schizofrenií je různý. Na průběhu onemocnění má vliv osobnost nemocného, jeho schopnosti přizpůsobit se a také sociální prostředí kolem nemocného. Nejvíce proměnlivé je onemocnění v počátečním období. Čím dříve je pacient s prodromálními příznaky nebo první psychotickou atakou léčen, tím větší má naději, že bude léčba úspěšná a může být i vyléčen. Pokud se ale ataky opakují bez léčení, mozek si symptomy pamatuje a reaguje příště stejně nebo ještě horší atakou. (8)

Schizofrenní onemocnění propuká u nás nejčastěji mezi 20. – 24. rokem. Celosvětově pak mezi 26. – 27. rokem. Schizofrenie se zřídka vyskytuje u dětí do 12 let, častější již bývá mezi dospívajícími. U dospívajících může být spouštěcím faktorem, vedle dědičné predispozice k onemocnění, velká úzkost, vyvolaná napětím v sociálních a interpersonálních vztazích. Psychotické onemocnění může být vnímáno jako pokus organismu o ochranu proti nesmírně vysoké úrovni úzkosti. Tyto pokusy mají za následek ztrátu kontaktu s realitou a velkou rozmanitost dalších příznaků. (21)

V rámci hodnocení dělíme onemocnění do několika stadií:

První je období **premorbidní**, které je tvořeno jemnými odchylkami v motorickém a sociálním vývoji. Jedinec se odlišuje již v prvních pěti letech poruchou pozornosti, sociálním stažením. Toto stadium nemusí být nápadné, ale přechází do **prodromálního stadia**. V tomto stadiu se již projevují nespecifické příznaky jakou je kolísavá úzkost, hloubavost, vztahovačnost, depresivní nálady. Typické pro toto období jsou negativní příznaky: emoční stažení, oploštění, nemluvnost. Další stádium je **první psychotická ataka**, pro kterou jsou příznačné bludy a halucinace, poruchy myšlení, poruchy motoriky. Po této atace dochází k remisi, tedy odeznění příznaků. Nicméně až u tří čtvrtin nemocných dochází následně k **relapsu** onemocnění. Po určité době střídání remisí a relapsů se onemocnění stabilizuje někdy i do trvalé remise, jindy do remise s malými reziduálními příznaky. Na to, jak co nejdéle udržet pacienta v remisi má protektivní vliv jeho sociální prostředí, tedy v první řadě rodina, jeho blízcí, kolegové. Pozitivní je pro něj jeho společenské uplatnění. Nezapomenutelnou roli pak hraje rovněž udržovací léčba antipsychotiky.

Pokud však akutní ataka odezní a je diagnostikována tzv. **reziduální schizofrenie**, onemocnění se dostává do chronického stadia. Reziduální schizofrenie se vyznačuje především negativními příznaky jakými jsou: sociální stažení, plochá emotivita, pasivita, nedostatek iniciativy a zanedbávání zevnějšku. Odolnost vůči zátěži se snižuje a stává se nerovnoměrnou. Bývá snížena schopnost pozornosti. (11)

2.1.9 Léčba schizofrenie

Léčba schizofrenního onemocnění musí být komplexní. Zásadní význam má terapeutický vztah lékaře a pacienta, na němž závisí compliance (tedy spolupráce pacienta v léčbě, dodržování doporučených postupů léčby), dále vypracovaný individuální terapeutický plán „šitý na míru“ právě pro tohoto pacienta, který je důležité opakovaně přehodnocovat, podle převažujících příznaků. Léčba se tedy stále upravuje podle vývoje onemocnění. Základem léčby je farmakoterapie, která je doplňována psychoterapií, edukací nemocného i jeho rodiny. Pokud nemocný neodpovídá na léčbu farmaky nebo převažují příznaky, u kterých je vhodná léčba elektrokonvulzemi (EKT) nebo repetitivní transkraniální magnetickou stimulací (rTMS), je mu, po zvážení všech možností, tato léčba doporučena.

2.1.10 Antipsychotika

Základem léčby u schizofrenie je terapie antipsychotiky (dříve označovaná jako neuroleptika). Všechna antipsychotika ve větší nebo menší míře blokují dopaminergní receptory a snižují motivační významnost vnějších a vnitřních podnětů. Tyto farmaka odejmou halucinacím a bludům emoční náboj a důležitost, které mají pro nemocného jedince. Antipsychotika znovu nastolují u nemocného kontrolu nad vlastním prožíváním a chováním. (11).

Antipsychotika rozdělujeme podle klinického účinku do tří skupin: klasická sedativní, incizivní a atypická antipsychotika.

Klasická (typická) antipsychotika (antipsychotika 1. generace) se dělí na sedativní a incizivní (antipsychotické). Sedativní antipsychotika významně tlumí nemocného. Mezi léčiva této skupiny patří např. chlorpromazin a chlorprothixen. Incizivní antipsychotika výrazně potlačují pozitivní symptomy, tedy bludy a halucinace, tlumí agresivitu a neklid. Sem patří zejména prochlorperazin, haloperidol. Sedativních vlastností těchto antipsychotik se využívá u agitovaných nemocných. Jejich výhodou je, že se mohou podat jak injekčně, tak i parenterálně, čímž je dosaženo vyššího účinku a rychlého působení na zklidnění agitovaného pacienta.

Atypická antipsychotika nebo také antipsychotika 2. generace se dělí podle blokujících receptorů na dopaminové, serotoninové a dále

na kombinované, které působí na více receptorech. Mají vyšší terapeutický účinek, vyšší bezpečnost a méně nežádoucích účinků. Pro tyto vlastnosti se často používají jako léky první volby. Jsou to např. risperidon, olanzapin, amisulpirid a další. Clozapin se nepoužívá v prvních krocích léčby pro možnost vážných nežádoucích účinků – granulocytopenie, hypotenze. Atypická antipsychotika působí na pozitivní, negativní, kognitivní i afektivní příznaky schizofrenie. Pro tyto vlastnosti se doporučují k dlouhodobé udržovací léčbě. (11)

Léčba schizofrenie se dělí na akutní a dlouhodobou udržovací.

Akutní léčba vyžaduje jiný terapeutický postup než léčba dlouhodobá udržovací. Cílem akutní léčby (u prvního vzplanutí nového onemocnění nebo relapsu již diagnostikované schizofrenie) je zbavit nemocného co nejdříve psychotických symptomů. Proto je dávkování antipsychotik jiné než u udržovací terapie. Tato léčba trvá několik týdnů. K plnému rozvoji svých účinků potřebují antipsychotika dny až týdny. U některých antipsychotik je rychlý pouze nespecifický sedativní účinek.

Dlouhodobá udržovací terapie. Jejím cílem je udržet pacienta v remisi a zabránit relapsům onemocnění. Tato terapie u první epizody nového onemocnění by měla trvat jeden až dva roky. U opakujících se atak onemocnění by měla udržovací léčba trvat úměrně déle, protože pravděpodobnost relapsu schizofrenie se zvyšuje s počtem proběhlých epizod. Léčba má být proto dlouhodobá, ne-li celoživotní. V remisi se doporučuje pokračovat s minimální, ale ještě účinnou dávkou antipsychotik, která má zabránit znovuvzplanutí onemocnění.

U některých nemocných schizofrenií bývá často z různých příčin obtížné udržet complianci s lékařem, obzvláště ve farmakoterapii. Příčinou může být porucha vnímání z důvodů imperativních sluchových halucinací, které brání nemocnému v užívání medikace, z porušení kognitivních funkcí, jakými jsou např. poruchy paměti. U podezření z nespolupráce pacienta může lékař zvolit injekční depotní formy antipsychotik. Antipsychotika v depotní formě vytváří v těle stabilní hladinu léku postupným uvolňováním aktivní látky z olejového roztoku. Depotní intramuskulární injekce antipsychotik se aplikují jednou za určité období (14 dní, 21 dní, atp...) podle doporučení lékaře. Podle průzkumů totiž bylo zjištěno, že relapsy a následné rehospitalizace pacientů

se schizofrenií jsou z 50% zapříčiněny neužíváním doporučených léků.
(11)

2.1.11 Elektrokonvulzivní terapie (EKT)

Tato terapie spočívá ve stimulaci mozku aplikací elektrického proudu mezi dvěma elektrodami přiložených bitemporálně, tedy na oba spánky nebo jen na dominantní hemisféru, které vyvolají konvulze. Lékař pak sleduje a měří průběh elektrokonvulzí. Je to účinná metoda k rychlému zvládnutí naléhavého stavu. Používá se u pacientů se schizofrenií, kteří jsou rezistentní na farmakologickou léčbu. Lze jí úspěšně léčit poporodní psychózy. Může se aplikovat, pokud jsou přítomné afektivní a katatonní symptomy, z vitální indikace např. u paranoidních pacientů, kteří odmítají přijímat stravu a tekutiny, pokud hrozí riziko suicidia nebo v případě neuroleptického maligního syndromu. U těhotných žen je EKT možná během celého těhotenství, ale před EKT je nutná konzultace gynekologa nebo porodníka.
(11)

2.1.12 Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS)

Je to léčebná metoda, u které pomocí cílené lokální aplikace magnetického pole na specifickou oblast mozkové kůry nemocných dochází k ovlivnění neurobiologie kortexu a následně může dojít ke změně příznaků. Cívka je přiložena na povrch hlavy a vytváří pulsní magnetické pole, které prochází přes měkké tkáně hlavy a lebky k mozkové kůře. Cílem rTMS je přímá stimulace nebo inhibice mozkové kůry. Používá se u schizofrenie zatím spíše experimentálně k ovlivnění akustických halucinací eventuálně také příznaků negativních. (8)

2.1.13 Psychoterapie a psychoedukace

Jsou to podpůrné metody v léčbě schizofrenie. Dělí se na několik druhů podle toho, jestli je jejím cílem pacienta naučit nově zpracovávat psychotické symptomy, posílit zralé obranné mechanismy oproti maladaptivním, poskytnout pacientovi náhled na jeho onemocnění a poučit ho, jak předcházet relapsům. Nejdůležitější úkol v psychoterapii je navázání kontaktu s pacientem a získání

jeho důvěry. Pacient pocítuje strach, který souvisí se ztrátou jeho identity. Má obavy z kontaktu, protože se cítí jako odlidštěná, nehmotná bytost a projekcí přisuzuje lékaři stejné pocity jako má sám.

Cílem **podpůrné psychoterapie** je znovunastolení rovnováhy duševního života, rychlá redukce symptomů, posílení psychologických obran. Zaměřuje se na okolní realitu a upravuje kontakt pacienta s rodinou. Posiluje obrany proti regresi a buduje pozitivní přenos k terapeutovi. (7)

Podpůrná léčba tedy obsahuje rady, ujištění, poučení, ale také testování reality.

Kognitivně behaviorální terapie. Cílem je naučit pacienta schopnosti kontrolovat základní příznaky, tedy především bludy a halucinace. Dochází k posílení kapacity ještě normálního myšlení a vnímání.

Preventivně zaměřené terapie je souborem psychosociálních opatření (návčik, řešení situací apod.), jejichž cílem je zabránit vzniku ireverzibilních změn v CNS. Vychází z teoretického předpokladu, že opakované psychotické stavy vedou k prohlubování patologických obranných kognitivních postupů. (7)

Rodinné a individuální psychoedukační programy jsou metody psychologické pomoci nemocným a jejich rodinám. Jejich úkolem je poskytnout všem zúčastněným srozumitelnou formou informace o povaze onemocnění, které propuklo u člena rodiny. Schizofrenie je onemocnění, které je zátěží nejen pro samotného pacienta, ale i velkou zátěží pro celou rodinu. Rodina je vystavena neobvyklému chování nemocného, s kterým si neví rady, je zaskočena diagnózou, která je mnohou laickou veřejností stále ještě předsudkem pokládána za nebezpečnou a nevypočitatelnou. Předejít relapsům onemocnění, které mohou být vyvolány nevhodnou atmosférou a reakcí rodiny na onemocnění pacienta, je hlavním cílem rodinných psychoedukačních programů. Rodina by měla vědět, že jak nadměrné kritizování nemocného a vysoce vyjadřované emoce, tak i přehnaná ochrana, zvyšují významně riziko relapsu. Naopak atmosféra klidu a vřelosti napomáhá nemocnému zvládat zátěž, kterou mu působí jeho nemoc. Náhled pacienta i jeho rodiny na onemocnění je důležitým faktorem k úspěšnému léčení.

2.1.14 Komplikace léčby

Komplikace léčby u pacienta se schizofrenií může být zapříčiněna buď noncompliancí (nespoluprací) pacienta v léčbě, dále nežádoucími účinky základních léků v léčbě schizofrenie - antipsychotik, interakcemi antipsychotik s jinými léčivy, pokud má pacient ještě další onemocnění a také graviditou pacientek se schizofrenií.

Důležitý faktor, určující úspěšnost léčby, je compliance. Spolupráce nemocných schizofrenií s lékařem ve farmakoterapii se uvádí okolo 50%, zejména u pacientů s opakovanými epizodami onemocnění. Neochotu v léčbě antipsychotiky mohou zapříčinit nežádoucí účinky antipsychotik, jakými mohou být extrapyramidové příznaky, nárůst hmotnosti, sedace, sexuální dysfunkce, atp... Významným vlivem pro complianci je náhled na onemocnění a přijetí medikace. Pokud je pacient poučen o povaze svého onemocnění, rozumí, co se s ním děje, lépe reaguje na léčbu a spolupracuje. Je velmi důležité nalézt vhodný lék pro konkrétního pacienta, který toleruje a způsobuje mu co nejméně nežádoucích účinků. V takových případech lze očekávat, že compliance bude dobrá.

Nežádoucí účinky antipsychotik jsou v rozmezí od mírných až po závažné. Terapeutické okno klasických antipsychotik je velmi úzké. To znamená, že poměr mezi neúčinností, optimálním účinkem (k potlačení psychotických příznaků) a mezi toxickým účinkem s plně vyjádřenými nežádoucími účinky je velmi malý. Mezi nežádoucí účinky těchto antipsychotik patří zejména: extrapyramidové příznaky, hyperprolaktinémie, neuroleptický maligní syndrom, anticholinergní symptomy, sedace, zvýšení hmotnosti, hypotenze a tachykardie.

Antipsychotika 2. generace se stále častěji používají jako léčiva volby u první ataky schizofrenního onemocnění. Dále jsou používána k dlouhodobé udržovací léčbě, protože nevyvolávají tak často extrapyramidové příznaky, zejména tarditivní (dystonie, dyskineze), a částečně redukují negativní psychotickou symptomatologii. Mohou ale vyvolávat poruchy glycidového a lipidového metabolismu, poruchy srdečního rytmu a vzestup hmotnosti. Zvyšují riziko DM (diabetu mellitu) 2. typu, zvyšují sérové hladiny

prolaktinu, u clozapinu je riziko poruchy krvetvorby. Tato antipsychotika působí méně sedativně. (11)

2.1.15 Léčba schizofrenie u gravidních pacientek

Léčba schizofrenie u gravidních pacientek má svá specifika a v optimálním případě by léčba měla začít ještě několik měsíců před početím. Jde o výběr vhodného léčiva, aby neohrozil plod teratogenními účinky. Pokud je to možné, je nejlepší vysadit antipsychotika alespoň v prvním trimestru těhotenství. Pokud to možné není, je snaha snížit dávkování na minimum se zachováním jejich účinku.

Schizofrenie patří mezi onemocnění CNS (centrálního nervového systému). Farmaka, která působí na CNS musí mít specifické vlastnosti proto, aby pronikla ze systémového řečiště přes hematoencefalickou bariéru do mozkové tkáně. Veškerá psychofarmaka tuto vlastnost splňují, k nimž patří i antipsychotika používající se v léčbě schizofrenie.

Antipsychotika, stejně jako ostatní psychofarmaka, přestupují placentární bariéru. Pokud užívá matka antipsychotikum, je jeho působení vystaven i vyvíjející se plod. Rizikem pro plod jsou orgánové malformace, perinatální toxicita, behaviorální toxicita. Rizikem pro novorozence je změna psychického stavu z důvodu nezralé hematoencefalické bariéry. Tímto mechanismem může být efekt léku potencován. Vyšší toxicita antipsychotik je dále způsobena také pomalým vyprazdňováním žaludku a nezralými jaterními enzymy. Proto je důležité zvážit poměr rizika pro gravidní ženu, v případě snížení nebo vysazení antipsychotik může dojít ke zhoršení psychického stavu a v poporodním období hrozí vyšší riziko relapsu až v 70% z důvodů hormonálních změn po porodu a psychosociální zátěže. Rizikem pro plod jsou vývojové abnormality v případě nutnosti nasazení antipsychotické léčby matce či zaléčení akutní ataky. (9)

Riziko teratogenity se mění během těhotenství. Když působí teratogen v období prvních 14 dní po početí, rýhující se zárodek se buď s poškozením zcela vyrovná bez následku, nebo zanikne a vůbec nedojde k implantaci. Nejkritičtější je období organogeneze, kdy může dojít ke vzniku větších morfologických defektů, je to období mezi 15. a 55. dnem těhotenství. Tímto

obdobím je tedy 1. trimestr těhotenství. Poškození závisí také na dávce podaného léku. Pokud teratogen působí v období fetálního vývoje (2. a 3. trimestr), vznikají spíše menší funkční defekty. Negativní vliv může mít také ale užívání léků na konci těhotenství, kdy může zapříčinit komplikace během porodu nebo způsobit komplikace u novorozence po porodu. (25)

Hematoencefalická bariéra se vyvíjí během prvních let života. Mozkové kapiláry u novorozenců jsou mnohem prostupnější než u dospělých jedinců, proto ženy, které užívají antipsychotika, by neměly kojit. Veškerá psychofarmaka včetně antipsychotik přestupují do mateřského mléka. Relativně nejrizikovější období pro kojence je z hlediska expozice psychotropním látkám prvních deset týdnů po narození.

V případě antipsychotické léčby se dává přednost monoterapii s minimální, ale ještě účinnou dávkou léčiva. Nelze-li vysadit antipsychotickou terapii v 1. trimestru, je vhodné alespoň snížení dávky na minimální, ale ještě účinnou. Veškerá přídatná léčiva, jako jsou např. benzodiazepiny, antiparkinsonika by měla být vysazena, protože negativní ovlivnění plodu může být zesíleno různými léky. V udržovací léčbě je menším rizikem užívání kontinuálně minimální dávky antipsychotika nežli intermitentně podávat vysoké dávky při dekompenzaci stavu. Proto je důležité, aby těhotenství u nemocné léčené antipsychotiky bylo plánované. V tom případě je možnost sestavit farmakoterapeutický plán ještě před početím, který minimalizuje rizika poškození plodu a novorozence. Léky by měly být podávány v graviditě jen tehdy, když prospěšnost vyváží potenciální rizika pro plod. (9)

2.2 Základní údaje o nemocné

Zde bych chtěla uvést kazuistiku 18-leté gravidní pacientky s paranoidní schizofrenií. Tato kazuistika ukazuje, jak těžký je výběr nevhodnější terapie, aby léčba nemocné byla účinná a přitom plod nebyl poškozen.

2.2.1 Základní údaje o nemocné z lékařské dokumentace

Iniciály:	H.B.
Věk:	18 let
Stav:	svobodná
Trvalé bydliště:	Praha
Vzdělání:	základní
Povolání:	ve 2. ročníku rodinné školy
Národnost:	Česká
Datum přijetí:	5.10. 2008
Důvod přijetí:	farmakorezistence u paranoidní schizofrenie v těhotenství
Nejbližší osoba:	matka, J.B.

2.2.2 Okolnosti přijetí

Svobodná 18-letá pacientka byla přijata dne 5.10.2008 na uzavřené lůžkové oddělení psychiatrické kliniky pro farmakorezistenci u dg. paranoidní schizofrenie. Komplikací léčby je 36. týden těhotenství pacientky. Byla přijata překladem z psychiatrické léčebny.

Pacientka byla přeložena z psychiatrické léčebny, kde byla hospitalizována pro první ataku paranoidní schizofrenie. V léčebně byla hospitalizována od 5. 8. – 5.10 2008, kam byla přivezena z centra Prahy, kde pracovala jako brigádnice v obchodním domě. Byla přivezena RZP (rychlou záchrannou pomocí) poté, co chodila polonahá a bosá po ulici. Několik měsíců u ní trvaly halucinační prožitky, pocity ovlivňování, obavy z radioaktivity, které vyústily v nepřiměřené chování, na základě kterého byla za asistence policie převezena do psychiatrické léčebny. Protože za dobu dvou měsíců hospitalizace v psychiatrické léčebně nedošlo ke zlepšení

zdravotního stavu, byla pacientka přeložena dne 5.10. 2008 na specializované pracoviště psychiatrické kliniky.

2.2.3 Údaje z lékařské anamnézy

- **Rodinná anamnéza** - rodiče jsou rozvedeni, matka 49 let, otec 52 let, oba jsou zdraví. Sestra 21 let a bratr 19 let jsou zdraví. Nikdo z rodiny se neléčí na psychiatrii.
- **Osobní anamnéza** - pacientka prodělala běžné dětské nemoci. Od 2 měsíců života má pacientka atopický ekzém. V lednu 2005 měla zlomeninu levého zápěstí. Operace, bezvědomí a epileptické záchvaty nekuje.
- **Gynekologická anamnéza** – jedná se o první těhotenství (nyní je ve 36. týdnu gravidity), menses od 15 let, nepravidelný, hormonální antikoncepci brala, ale vynechala. Gravidita zjištěna v 5. měsíci, když začala cítit pohyby plodu.
- **Sexuální anamnéza** - otec dítěte je neznámý, byl to jednorázový kontakt. S nikým nechodila. První sexuální styk měla minulý rok o prázdninách.
- **Alergická anamnéza – polyvalentní alergie:** prach, pyl, vzdušné plísně; potraviny – jablka, meruňky, citrusy.
- **Farmakologická anamnéza** – Zyprexa tbl.10mg 1-0-1, Haloperidol tbl. 1,5mg 1-0-0, Vasocardin tbl. 25mg 1-0-0-1, Zyrtec tbl. 1-0-1, Aktiferrin tbl.0-1-0, Acidum Folicum tbl. 0-1-0, Hypnogen tbl.0-0-0-1.
- **Pracovní anamnéza** - chodí do 2. ročníku rodinné školy, chtěla na obchodní školu, ale měla v 8. třídě nedostatečnou. Během prázdnin chodila na brigády do obchodního domu.
- **Abúzus - Cigarety:** Klientka kouří 3 cigarety denně, teď se snaží nekouřit.

Alkohol: Teď v těhotenství nepije, předtím vodku nebo metaxu. Asi 1x měsíčně se na večírku opila. Vícekrát měla „okno“. Poprvé v 8. třídě.

Drogy: Marihuanu zkoušela asi 5x, kouřila ji naposled asi měsíc předtím, než se dostala do léčebny. Hašiš měla v mléku, ale bylo to slabé. Pervitin, extase, opiáty – tyto drogy neguje.

Léky: Doma si brala na spaní Diazepam. K usnutí potřebovala 5 „dětských“ Diazepamů. Nyní, v těhotenství, léky nebere.

- **Sociální anamnéza** - svobodná, bydlí s matkou, sourozenci a 1,5-letým synovcem.
- **Zájmy** - nebaví ji skoro nic. Dívá se na televizi.
- **Psychiatrická anamnéza** – 1.kontakt s psychiatrií 5.8.2008, kdy byla přivezena do léčebny RZP za asistence policie pro neobvyklé chování. Při příjmu psychotická, elevace nálady, agitovanost, nespavost, při vyšetření nepřesně orientovaná časem a situací. Psychóza léčena farmakologicky, po dvou měsících s dg. paranoidní schizofrenie však u pacientky stále trvá paranoidita i sluchové halucinace. Pro farmakorezistenci komplikovanou graviditou (36.týden) proto pacientka přeložena na specializované pracoviště psychiatrické kliniky.

2.2.4 Diagnostické metody

Mezi základní diagnostické metody v psychiatrii patří důkladně odebraná anamnéza, dále zhodnocení přítomného stavu psychického, tedy podrobný popis oblastí pacientovy psychiky a přítomný stav somatický, jehož součástí jsou i aktuální hodnoty fyziologických funkcí, hmotnost a výška pacienta.

Anamnéza

Z psychiatrické anamnézy vyplývá, že pacientka měla první kontakt s psychiatrií 5.8.2008, kdy byla přivezena do léčebny pro neobvyklé chování venku na ulici. Při příjmu do léčebny psychotická, elevace nálady, agitovanost, nespavost, při vyšetření nepřesně orientovaná časem a situací. Akutní ataka schizofrenie léčena farmakologicky, po dvou měsících však u pacientky stále trvá paranoidita i sluchové halucinace. Proto pacientka přeložena na specializované psychiatrické pracoviště.

Přítomný stav psychický

Bdělá, orientovaná místem a osobou správně, obtíže s časovými údaji. Psychomotorické tempo mírně zrychlené, afektivita labilní nepřiléhavá, místy bezdůvodný smích, pozpěvuje si. Paranoidní produkce, pocity ovlivňování, sluchové a tělové halucinace, hyposomnie. Oční kontakt není schopna udržet. Náhled na chorobu nemá, infantilní chování. Suicidální myšlenky nemá.

Přítomný stav somatický

Pacientka spíše malé, drobné postavy. Upravená, působí dětským dojmem. Nyní ve 36. týdnu těhotenství váha 60 kg. Během těhotenství přibrala 9 kg. Výška 158 cm, TK 120/70, P 134'. Sinusová tachykardie a dušnost jako průvodní jev vysokého stupně těhotenství. Exantém na končetinách, na obličeji a na krku je na vrub polyvalentní alergii, především na potraviny. Chronické projevy ekzému v ohybech končetin a na krku – suchá kůže.

Nynější onemocnění

Pacientka má problémy s koncentrací, nemůže číst. Má strach ze Žižkovské věže, z vysílání. „Zahrávají si s námi programátoři“, slyší hlasy, že spadne meteor, má strach o lidi kolem sebe, má strach z globálního oteplování. Všechno čte od konce, neví proč. Má pocit, že ji někdo sleduje. Cítí zvláštní tlak na svém těle, nazývá to „dekompresí“. Nedovede to blíže popsat. Neví, kdo to dělá. Možná je nemocná, to neví určitě. Na miminko se těší. Těší se na nastávajícího manžela, až za ní přijde, ještě za ní nebyl. Schovává se jí, ale najde ho. Asi se také něčeho bojí.

2.2.5 Souhrn terapeutických opatření

Terapie pacientky byla komplexní. Základem léčby byla farmakoterapie, dále se terapie skládala z pohybové terapie, muzikoterapie, arteterapie, ergoterapie, nácviku sociálních dovedností, rodinné terapie, rTMS a psychoedukace pacientky.

Pohybová terapie – pacientka chodila každý den na vycházky se sestrou v rámci pohybové terapie. Na procházky chodila ráda, ale vzhledem

k vysokému stupni těhotenství se musela během procházek několikrát zastavovat kvůli dušnosti.

Muzikoterapie – v rámci terapie hudbou se pacientka účastnila společných sezení s hudbou.

Arteterapie – oblíbenou činností bylo modelování z keramické hlíny a malování.

Ergoterapie – se u schizofrenních pacientů zaměřuje na aktivaci koníčků a zájmů a na udržení jistoty o pacientových dovednostech a schopnostech, popřípadě na odkrytí dosud neobjevených dovedností.

Nácvik sociálních dovedností – pacientka se učila hospodaření s penězi, protože nebyla schopna rozdělit si peníze tak, aby jí vystačily na delší období. Jakmile nějaké od matky dostala, hned je utratila.

Rodinná terapie – terapie s matkou pacientky. Pacientka souhlasila s podáváním informací o jejím zdravotním stavu matce. Matka byla informována o povaze onemocnění dcery a probrány možnosti společné péče o dítě, až se narodí. Dále byla matka informována o léčbě rTMS.

Dieta – pacientka má dietu č. 3 – racionální, ale vzhledem k potravinové alergii musí vyloučit z potravy jablka, meruňky a citrusové plody.

rTMS – repetitivní transkraniální magnetická stimulace – pacientka podstoupila 10 aplikací rTMS s pozitivním výsledkem. Sluchové halucinace podle pacientky ustoupily.

Farmakoterapie

Pacientka užívá níže uvedené léky. Informace o lécích jsou použity z AISLP (Automatizovaný informační systém léčivých přípravků). (27)

Zyprexa 10 mg tbl.

Lék byl podáván pro vlastní terapii schizofrenního onemocnění.

Indikační skupina: Antipsychotikum 2. generace

Indikace: léčba schizofrenie.

Nežádoucí účinky: Velmi často: ospalost a přibývání na váze Často: eozinofilie, zvýšená chuť k jídlu, zvýšení plazmatické hladiny glukózy, triglyceridů a cholesterolu, glykosurie, závratě, akatizie, parkinsonismus, dyskineze, ortostatická hypotenze. Zvýšení prolaktinémie je velmi časté.

Těhotenství a kojení: Neexistují žádné přiměřené a dobře vedené studie u gravidních žen. Pacientky by měly být poučené o graviditě nebo plánované graviditě během užívání olanzapinu. Lék by měl být v graviditě podáván jen tehdy, když jeho prospěšnost vyváží potenciální riziko pro plod. Žena by neměla kojit, protože lék se vylučuje mateřským mlékem.

Dávkování: 1 – 0 – 1

Haloperidol 1,5 mg tbl.

Lék byl podáván pro vlastní terapii schizofrenního onemocnění.

Indikační skupina: Antipsychotikum incisivní

Indikace: léčba schizofrenie a prevence jejího relapsu, agrese, hyperaktivita, jako doplněk u psychomotorické agitovanosti, excitace.

Nežádoucí účinky: Zvyšování tělesné hmotnosti, zvětšení a bolestivost prsů, galaktorea, poruchy menstruačního cyklu, extrapyramidový syndrom (časné dyskineze, hypokineticko-hypertonický syndrom, parkinsonský syndrom, akatizie, méně často přetrvávající tardivní dyskineze, vzácně tardivní dystonie).

Těhotenství a kojení: Haloperidol neprokázal signifikantní zvýšení fetálních anomálií ve velkých populačních studiích. V ojedinělých případech se popisují fetální defekty po expozici plodu účinkům haloperidolu většinou v kombinaci s jinými léky. Haloperidol se v průběhu těhotenství smí podat pouze po pečlivém zvážení očekávaného prospěchu a možného rizika pro plod. Haloperidolem léčená žena by neměla kojit, protože lék se vylučuje mateřským mlékem.

Dávkování: 1 – 0 – 0

Vasocardin 25 mg tbl.

Lék byl podáván pro terapii sinusové tachykardie.

Indikační skupina: Antihypertenzivum, selektivní beta-blokátor

Indikace: některé supraventrikulární a ventrikulární tachyarytmie

Nežádoucí účinky: Nervový systém: únava, závratě, bolest hlavy. Kožní: exantém, svědění. Kardiovaskulární systém: bradykardie, ortostatická hypotenze, Dýchací systém: námahová dušnost.

Těhotenství a kojení: Metoprolol prochází placentární bariérou, je vylučován do mateřského mléka, a proto by ženy užívající metoprolol měly přestat kojit. Přípravek by neměl být podáván v těhotenství, pokud to není nezbytně nutné.

Dávkování: 1 - 0 - 0 - 1

Zyrtec tbl.

Lék byl podáván pro terapii polyvalentní alergie.

Indikační skupina: H1-antihistaminikum s prodlouženým účinkem, antialergikum

Indikace: Alergická konjunktivitida, pruritus.

Nežádoucí účinky: Zřídka byly hlášeny přechodně se vyskytující bolesti hlavy, závratě, ospalost. Vzácně se objevily projevy přecitlivělosti.

Těhotenství a kojení: Pro použití léku musí být vážné důvody, protože přestupuje do mateřského mléka, nesmějí jej užívat kojící matky.

Dávkování: 1 - 0 - 1

Acidum folicum tbl.

Lék byl podáván jako prevence malformací.

Indikační skupina: Antianemikum, vitamin, Kyselina listová patří mezi vitaminy komplexu B

Indikace: Prevence a léčba karence folátů (vedoucím příznakem je megaloblastová anémie). K ní dochází např. při nedostatečném přívodu kyseliny listové ve stravě, při poruchách vstřebávání; při zvýšené potřebě v těhotenství, zvláště u rizikových těhotenství.

Nežádoucí účinky: Jen vzácně dochází k zažívacím obtížím nebo k dráždění CNS (poruchy spánku, předrážděnost).

Těhotenství a kojení: Kyselina listová se v placentě kumuluje a po nasycení všech receptorů se uvolňuje do fetálního oběhu. Karence kyseliny listové zvyšuje riziko malformací nervového systému v rané fázi, vede ke vzniku meningokély, spiny bifidy až k hydro- či anencefalu. Příznivý efekt podávání kyseliny listové ve vyšších dávkách byl popsán v řadě prací, nejsou však k dispozici kontrolované studie u těhotných žen. Některé studie rovněž prokázaly příznivý vliv použití kyseliny listové nebo její kombinace s jinými vitaminy aplikovanými před početím a během časného těhotenství na incidenci defektů páteřního kanálu u kojenců. Kyselina listová se aktivně secernuje do mateřského mléka a to i na úkor matky; u kojenců, jejichž matky užívaly kyselinu listovou se nevyskytly žádné poruchy zdraví. Během léčby není nutné za předpokladu doporučeného dávkování přerušit kojení.

Dávkování: 0 – 1 - 0

Aktiferrin cps.

Lék byl podáván jako profylaxe železa v těhotenství.

Indikační skupina: Antianemikum

Indikace: Profylaktické podávání železa v těhotenství.

Nežádoucí účinky: Ojedinele pocit plnosti a tlaku v nadbřišku, zácpa nebo průjem. Tmavé až černé zbarvení stolice, které je podmíněné léčbou, je neškodné, pokud neznamená pokračující krvácení ze zažívacího ústrojí.

Těhotenství a kojení: Nejsou k dispozici žádné důkazy o reprodukční toxicitě nebo o teratogenním účinku síranu železnatého. Profylaktické i léčebné podávání síranu železnatého v těhotenství a období kojení je možné a v indikovaných případech nezbytné.

Dávkování: 0 – 1 – 0

Hypnogen tbl.

Lék byl podáván k terapii nespavosti.

Indikační skupina: Hypnotikum

Indikace: Krátkodobá léčba nespavosti tam, kde nespavost vede k těžkému stresu nemocného. Stejně jako u ostatních hypnotik se nedoporučuje dlouhodobé podávání.

Nežádoucí účinky: Nežádoucí účinky jsou klinicky obvykle málo významné. Mohou se vyskytnout bolesti hlavy, ospalost během následujícího dne, citová otupělost, snížená bdělost, zmatenost, zažívací poruchy. Velmi zřídka se může objevit deprese, bludy, noční děsy, halucinace, nevhodné chování.

Dávkování: 0 – 0 – 0 – 1

Těhotenství a kojení: Ačkoliv studie na zvířatech neprokázaly teratogenní nebo embryotoxický účinek, nebyla dosud stanovena bezpečnost podávání v graviditě. Hypnogen se nesmí podávat v prvním trimestru těhotenství. Pokud je z naléhavých lékařských důvodů podáván zolpidem v pozdní fázi těhotenství nebo při porodu, lze vzhledem k farmakologickému účinku dané látky očekávat ovlivnění novorozence, jako je hypotermie, hypotonie a středně silná deprese dechu. Malé množství zolpidemu proniká do mateřského mléka. Podávání zolpidemu kojícím matkám je kontraindikováno.

2.2.6 Stručný průběh hospitalizace

Pacientka byla přijata dne 5.10.2008 k hospitalizaci na psychiatrické klinice na uzavřeném oddělení s dg. paranoidní schizofrenie. Byla přeložena z psychiatrické léčebny pro nedostatečnou odezvu na léčbu farmaky a pro pokročilý stupeň těhotenství. Během hospitalizace byla upravena medikace podle aktuálního stavu pacientky. Pro nezlepšení sluchových halucinací podstoupila léčbu rTMS. Po 10 aplikacích rTMS pacientka pocítovala zlepšení sluchových halucinací, říkala, že „hlasy ustupují“. Během hospitalizace byla u pacientky každý den provedena tato měření a vážení: tlak a pulz, teplota a hmotnost.

15.10.2008 pacientka podstoupila interní a elektrokardiografické vyšetření vzhledem k tachykardii v rozmezí 130/min.-145/min. Závěr vyšetření: sinusová tachykardie, EKG křivka bez ischemických změn. Doporučení: při tachykardii 140/min a více – Vasocardin 50 mg/ den.

Během hospitalizace proběhla kontrola na gynekologické ambulanci pro riziková těhotenství. Nález v normě. Termín porodu nejpravděpodobněji 10.11.2008. Dne 6.11.2008 však u pacientky ve 20:30 hod. začínají stahy. Po domluvě s lékařem gynekologicko-porodnického oddělení byla pacientka ve 22:30 hod. převezena do porodnice. Dalšího dne 7.11.2008 porodila bez komplikací zdravé dítě.

3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

3.1 Ošetřovatelský proces

3.1.1 Teorie ošetřovatelského procesu

Ošetřovatelský proces je dnes mezinárodním standardem ošetřovatelské praxe. Z teoretického hlediska představuje myšlenkový proces sestry při plánování ošetřovatelských aktivit. Jedná se o zásadní část vlastní metodologie oboru ošetřovatelství.

Z praktického hlediska jde o systém plánovaných činností při ošetřování nemocného, zaměřené na uspokojování jeho potřeb. Je to metoda, která má několik fází, a která umožňuje sestřám zhodnotit aktuální potřeby nemocného, naplánovat, realizovat a v závěru vyhodnotit poskytnutou ošetřovatelskou péči. Plán ošetřovatelské péče vypracovává sestra, ale na jeho realizaci se podílí s týmem spolupracovníků. První fází je sestavení ošetřovatelské anamnézy na základě zjištěných skutečností. Další fází je stanovení ošetřovatelských diagnóz a znamená pojmenování zdravotních potíží nemocného, jeho reakce na aktuální a potenciální zdravotní problémy. Jde o profesionální uvažování sestry o potřebách nemocného. Třetí fází je plán ošetřovatelské péče, který musí být sestaven podle individuálních potřeb pacienta. Fáze realizace a zhodnocení ošetřovatelské péče shrnuje, kdo z ošetřovatelského týmu a jakým způsobem splnil plánované úkoly, a zda bylo u pacienta dosaženo očekávaných výsledků. (1)

Cílem ošetřovatelského procesu je tedy ošetřovatelská péče, která kvalitně a plně uspokojí individuální potřeby klienta.

Pět základních fází ošetřovatelského procesu:

1. Zhodnocení stavu nemocného na základě zjištěných informací – anamnéza
2. Stanovení ošetřovatelských diagnóz
3. Plánování ošetřovatelské péče
4. Realizace ošetřovatelské péče
5. Zhodnocení poskytnuté ošetřovatelské péče

3.1.2 „Model funkčních vzorců zdraví“ Marjory Gordon

Ke zpracování své práce jsem si vybrala „Model funkčních vzorců zdraví“ Marjory Gordon. Tento model je v současné době považován za nejkomplexnější, umožňující systematicky zhodnotit zdravotní stav, jak nemocného, tak i zdravého člověka. Marjory Gordon vnímá člověka jako holistickou bytost s biologickými, psychologickými, sociálními, kulturními, behaviorálními, kognitivními, duchovními a spirituálními potřebami. Její model je strukturován do dvanácti oblastí potřeb a denních aktivit a podle jejich vyhodnocení jde o klienta/pacienta buď s funkčním nebo s dysfunkčním typem zdraví. Dysfunkční vzorec je projevem aktuálního onemocnění nebo znakem potenciálního problému. Zdraví člověka je tedy podle modelu Gordonové vyjádřením bio-psycho-sociální rovnováhy.

Marjory Gordon je profesorkou ošetrovatelství, které přednáší na univerzitě v Bostonu. Do roku 2004 byla prezidentkou NANDA (North American Nursing Diagnostic Association). Věnuje se výzkumu v oblasti ošetrovatelských diagnóz a plánování ošetrovatelské péče. V roce 1974 identifikovala 11 okruhů vzorců chování. V roce 1987 publikovala „Model funkčních vzorců zdraví“. (18)

3.1.3 Dvanáct vzorců zdraví Marjory Gordon:

1. **Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví** – zahrnuje, jak pacient vnímá svůj zdravotní stav a jak o své zdraví pečuje.
2. **Výživa a metabolismus** – popisuje způsob příjmu jídla a tekutin, jaká má dietní omezení.
3. **Vylučování** – informuje o způsobu vylučování (tlustého střeva, močového měchýře a kůže), popisuje pravidelnost, poruchy a potíže při vylučování.
4. **Aktivita, cvičení** – popisuje způsoby udržování tělesné kondice. Zahrnuje také základní denní životní aktivity (seběpěči, soběstačnost) a faktory, které brání nemocnému v provozování aktivit.
5. **Spánek, odpočinek** – popisuje způsob spánku, jeho kvalitu, poruchy. Dále hodnotí, jak nemocný odpočívá a relaxuje.

6. **Vnímání, poznávání** – hodnotí způsob smyslového vnímání a poznávání nemocného. Popisuje poruchy vnímání, dále úroveň vědomí, myšlení, rozhodování, paměti atd..., zda trpí bolestí a jak je tlumena.
7. **Sebepojetí, sebeúcta** – popisuje emocionální stav a vnímání sebe sama. Zahrnuje vnímání svých schopností, vlastní identity, celkového pocitu vlastní hodnoty.
8. **Plnění rolí, mezilidské vztahy** – popisuje způsob přijetí a plnění životních rolí, plnění povinností ve vztahu k těmto rolím.
9. **Sexualita, reprodukční schopnost** – zahrnuje reprodukční období ženy a problémy s tím související.
10. **Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance** – popisuje celkový způsob tolerance a zvládnutí stresových situací, dále sleduje u nemocného nejdůležitější změny v životě v posledních dvou letech.
11. **Víra, přesvědčení, životní hodnoty** – ukazuje na individuální vnímání životních hodnot včetně náboženské víry a transcendence. Zahrnuje kvalitu života a vše, co je vnímáno jako důležité.
12. **Jiné**

3.2 Ošetřovatelská anamnéza a zhodnocení pacientky do 24 hodin od přijetí

Pacientka H.B., 18-letá pacientka, přijatá pro farmakorezistenci v léčbě paranoidní schizofrenie. Komplikací je 36. týden gravidity.

Schizofrenie je duševní onemocnění, které mění prožívání nemocného. U akutně psychotického pacienta není možné odebrat ošetřovatelskou anamnézu do 24 hodin od přijetí. Udržet kontakt s akutně psychotickým pacientem je velmi náročné a očekávat, že komunikace bude probíhat podle předem stanovených pravidel či zvyklostí, není možné. (5)

U nemocných se schizofrenií, kteří jsou částečně v kontaktu s realitou, je rozhovor při odebrání anamnézy také obtížný. Porucha kontaktu s realitou se projevuje ve ztížené komunikaci s nemocným. Nesoustředěnost pacienta je způsobena poruchami pozornosti a paměti, nejčastěji se vyskytující

sluchové halucinace brání plynulému průběhu rozhovoru, ruší ho vlastní nereálné psychotické prožitky.

Z těchto důvodů je mnohdy nutné odebírat anamnézu během dne po kratších časových úsecích nebo využít chvíle, kdy pacient chce a může vzhledem ke svému onemocnění spolupracovat. Proto je také velmi důležité využít možnosti rozhovoru s příbuznými a veškeré zdravotní dokumentace nemocné.

Potřebné informace o nemocné byly získány rozhovorem s pacientkou, jejím pozorováním, předáním informací od sester při hlášení, od ošetřujícího lékaře a z dostupné zdravotní dokumentace pacientky. Odebírání anamnézy bylo jednou přerušeno z důvodu velké únavy pacientky. Pacientka spolupracovala dobře vzhledem ke svému onemocnění.

3.2.1 Vnímání zdraví – snaha o udržení zdraví

Pacientku byla přivezena z léčebny sanitkou, kde byla hospitalizována. Jak dlouho, přesně neví. Na otázku, jestli ví, proč byla přijatá, odpovídá, že to je tajemství. Cigarety kouřila tři denně, ale co je těhotná, snaží se nekouřit. Vykouří už jen obden jednu cigaretu. Z alkoholu pila vodku nebo metaxu. Asi jedenkrát měsíčně se na večírku opila. Vícekrát měla „okno“. Teď v těhotenství nepije. Marihuanu zkoušela, kouřila ji asi celkem pětkrát, naposledy asi měsíc předtím než se dostala do léčebny. Měla po ní úzkostlivé stavy. Hašiš měla prý v mléku, ale bylo to slabé. Ostatní drogy nezkoušela. Asi před rokem se předávkovala Prothazinem (od známé). Snědla čtyři tablety a zapila to alkoholem, protože se zlobila na nějakého kluka. Měla pak vidiny, viděla své příbuzné, a slyšela, jak šeptají.

Teď několik posledních měsíců slyší hlasy, že spadne meteor. Má strach o lidi kolem sebe. Nemůže číst, je to zátěž. Má problémy se soustředěním. Všechno čte od konce, neví proč. Cítí také zvláštní tlak na svém těle, nazývá to „dekompresí“, nedovede to blíže popsat. Neví, kdo to dělá. Možná je nemocná, to neví určitě.

3.2.2 Výživa a metabolismus

Chutná jí všechno. Ví, že má 60kg, váží se každý den. Měří 158 cm, tudíž její BMI je 24,03. Má o 9 kg více než kolik měla dříve ještě než byla

těhotná. Nikdy s váhou problémy neměla a myslí si, že až se dítě narodí zase zhubne. Už se na to těší, až se dítě narodí a uleví se jí. Ráda jí, ale teď může jíst jen malé porce jídla, jinak se jí hned těžko dýchá.

Pije převážně vodu se sirupem nebo ovocný čaj. Předtím, než byla těhotná, se ráda napila alkoholu. Občas ji večer pálí žába. Nesmí jíst jablka, meruňky a citrusové plody, je na ně alergická. Když zapomene a sní ovoce, na které je alergická, má vyrážku na obličeji a na krku a hodně to pak svědí. Od 2 měsíců života trpí na atopický ekzém. Projevuje se hlavně v ohybech končetin. V těchto místech má kůži suchou šupinatou, kterou si každý den promazává. Když se ekzém zhorší a svědí, často si rozškrábe místa až do krve. V současné době je integrita kůže neporušená.

3.2.3 Vylučování

Nemá žádné problémy s vylučováním. Jen teď, co je těhotná, musí chodit častěji močit. Ví od lékaře, že je to tím, jak ji miminko tlačí na močový měchýř. Stolicí má denně, zácpu nemívá.

3.2.4 Aktivita – cvičení

Sportovala jen ve škole při tělesné výchově. Nejvíce jí bavilo lézt na umělé stěně. Teď v těhotenství má ráda procházky se sestrou venku, ale musí se v jejich průběhu často zastavovat, protože se zadýchává. Musí hodně dýchat, to jí vadí. „Dýchá za dva.“ Už chce mít porod za sebou. Pro těhotenství ani nemůže sedět u televize, špatně se jí dýchá.

3.2.5 Spánek a odpočinek

Se spánkem měla problémy už doma. Brala si na spaní Diazepam. K usnutí potřebovala 5 „dětských“ diazepamů. Co je těhotná, žádné léky sama nebere. Čím víc se blíží porod, tím je unavenější. Odpočívá na lůžku i během dne. V noci nemůže spát a tak dostává na spaní Hypnogen.

3.2.6 Smyslové vnímání – poznávací funkce

Stěžuje si na sluchové halucinace. Komunikuje se zemřelým pradědečkem. Slyší někdy hlas, který jí radí, podle toho hlasu se chová. Bojí se, že ji někdo sleduje, neví kdo a proč a co jí může udělat, ale ten pocit trvá. Má strach z radioaktivity ze Žižkovské věže. Má pocit, že ostatní mohou číst

její myšlenky a ona zase ostatním. Má v hlavě hlasy, které kritizují její chování. Zjišťuji, že oční kontakt není schopna udržet.

3.2.7 Sebepojetí – sebeúcta

Za dva měsíce, co byla hospitalizovaná v léčebně za ní matka ani jednou nepřišla, pouze jí třikrát telefonovala. Pacientka však u příjmového rozhovoru uvedla lékaři, že matka za ní chodila často na návštěvy.

Ted, co je nemocná, nikdo za ní nechodí. Obvolala spoustu známých, jejich telefonní čísla zná nazpaměť, ale nikdo za ní nepřišel. Je z toho smutná, že ji nemá nikdo rád. Je z toho všeho zmatená, spouště věcí nerozumí, něco jí říká, že někdo přijde.

3.2.8 Životní role a mezilidské vztahy

Rodiče se rozvedli, když jí bylo 5 let. S otcem se vůbec nestýká, prý je pošesté ženatý. Pacientka bydlí s matkou a dvěma sourozenci, 21-letým bratrem a 23-letou sestrou. Sestra už má dítě, 1,5-letého syna, kterého pacientka „nesnáší“. Všichni žijí v jedné domácnosti. Často se doma hádají.

Nemocná studuje rodinnou školu. Do školy prý skoro nechodila. Chodila za školu a to pokaždé s jinou partou.

Od doby, co se dostala do jiného stavu, tak koktá. Lidé kolem ní jsou jiní. Vůbec jí nerozumí, nechtějí ji poslouchat. Má strach, že ji chtějí uhodit. Matka ji vždycky uhodí, když říká nějaké blbosti. Mnohokrát se stane, že ji lidi mezi sebou nechtějí. Před rokem utekla od rodičů. Nechala se klukama zneužít.

3.2.9 Sexualita – reprodukční schopnost

To, že je těhotná, zjistila, až když cítila pohyby dítěte. Antikoncepci brala, ale vynechala. Otce dítěte viděla jen jednou, byl to jednorázový kontakt. S nikým nechodila. První sexuální styk měla minulý rok o prázdninách. Udává tři sexuální partnery, takové náhodné známosti.

Na miminko se těší, ale neví, jestli to bude holčička nebo kluk. Má problém s časovými údaji. Neví, kdy má datum porodu. Přiznává nepatrné tvrdnutí břicha, cítí jak miminko kope. Když dítě spí, občas mu zpívá.

3.2.10 Stres – reakce na zátěžové situace

Trápí ji budoucnost, neví, co bude s dítětem, až se narodí. „Co bude s dítětem? Vezmou mi ho?“ Cítí se zmatená. „Já vůbec nechápu, jak to, že mám dítě? Bude to dítě moje? Jaká bude moje budoucnost?“ Pláče. Trápí ji, že ji její přítel nejspíš nemiluje. Nikdo ji nemá rád. Pláče, že je sama, že za ní nikdo nechodí.

3.2.11 Víra, životní hodnoty

Chtěla by už mít za sebou porod. Chce se starat o své dítě se svou matkou. Těší se na dítě, až si budou spolu hrát. Chybí ji ale přítel. Chtěla by mít přítele, se kterým by se dělila o radosti.

3.3 Krátkodobý ošetrovatelský plán, realizace a hodnocení péče

Na základě získané anamnézy byly stanoveny aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy, jejich cíle, plány, realizace a zhodnocení péče. Diagnózy jsou seřazeny sestupně podle aktuálnosti a závažnosti. Ošetrovatelské diagnózy jsou stanoveny a podrobně rozpracovány na jeden den a tím je 10. den hospitalizace.

3.3.1 Zdůvodnění výběru dne

10. den hospitalizace jsem si vybrala ze dvou důvodů. Jedním z nich je rozhodnutí lékařů o novém postupu v léčbě u nemocné. Pacientka od 10. dne podstupuje 10 aplikací repetitivní transkraniální magnetické stimulace vzhledem k neustupujícím sluchovým halucinacím. V tento den také přichází na návštěvu matka pacientky a obě podstupují rodinnou psychoedukaci.

3.4 Ošetrovatelské diagnózy k 10. dni hospitalizace

3.4.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy

1. Porucha vnímání reality v souvislosti s halucinačními prožitky
2. Porušené myšlení v souvislosti s duševním onemocněním
3. Zvýšená úzkost nemocné v souvislosti s pocity ohrožení (z radioaktivity a záření)
4. Strach nemocné v souvislosti s blížícím se porodem
5. Porucha spánku v souvislosti s narušením spánkového rytmu změnou prostředí
6. Zvýšená únava v souvislosti s vysokým stupněm těhotenství

Ošetrovatelská diagnóza č.1 - Porucha vnímání reality

- v souvislosti s halucinačními prožitky

Cíl ošetrovatelské péče

- bude vědět, že se může svěřit sestře či lékaři se svými pocity a myšlenkami
- bude informovat sestru o zvýšené úzkosti, strachu či jiných zneklidňujících příznacích
- bude si vědoma nutnosti pravidelného užívání předepsaných léků

Plán ošetrovatelské péče

- udržovat vztah pacientky k realitě a prostředí (hodiny, kalendář, osobní věci, výzdoba k ročnímu období)
- pomoci pacientce v orientaci časem, místem, osobou (při identifikaci sebe sama – zrcadlo jako vizuální zpětná vazba)
- podávat pacientce pravidelně antipsychotické léky
- dohlížet, zda léky skutečně požila
- sledovat účinnost léků a jejich nástup účinku
- informovat pacientku o nutnosti pravidelného užívání medikace
- pozorovat pacientku při každém kontaktu s ní a posoudit výskyt paranoidních projevů, halucinací, atp.

- poznamenat do dokumentace všechny změny např.: narůstající netečnost, zmatenost, podráždění, změněnou schopnost komunikovat
- udržovat vlídné prostředí a klidný přístup v pomalejším tempu
- používat jednoduché a stručné věty
- zařadit pacientku do psychoedukační skupiny

Realizace plánu ošetrovatelské péče

- při každém kontaktu s pacientkou během dne byla pacientka pozorována pro posouzení výskytu paranoidních projevů, halucinací
- pacientka byla informována o lécích, které užívá a o jejich nutnosti pravidelného užívání
- všechny provedené úkony a změny ve zdravotním stavu pacientky byly poznamenány do dokumentace pacientky
- pacientka byla zařazena do psychoedukační skupiny

Zhodnocení ošetrovatelské péče

- pacientka byla několikrát denně dotazována, abychom zjistily její orientaci na realitu a v těchto chvílích byla orientovaná osobou, časem i místem, připouští ale, že k ní několikrát denně mluví hlasy, přestože byla v místnosti sama
- pacientka si nebyla jistá, proč by měla užívat pravidelně léky
- pacientka sama rozhovor nezačala, ale když se jí kdokoli z ošetrovatelského týmu ptal, jak se cítí, snažila se spolupracovat
- cíl byl splněn jen částečně, bude nutné v rámci dlouhodobé ošetrovatelské péče zajistit, aby pacientka získala náhled na své onemocnění, na nutnost pravidelného užívání léků, na varovné příznaky onemocnění a způsob, jak si má pomoci v případě rozpoznání příznaků

Ošetrovatelská diagnóza č.2 - Porušené myšlení

- v souvislosti s duševním onemocněním

Cíl ošetrovatelské péče

- pacientka bude vědět, že se může se svými myšlenkami svěřit sestře
pacientka nebude ponechána dlouhou dobu o samotě

Plán ošetrovatelské péče

- nevyvracet pacientovi jeho bludy, neposilovat je
- zdržte se vyvozování jakýchkoliv závěrů a posuzování
- zhodnotit míru ztráty kontaktu pacienta s realitou
- zachovávat orientaci pacientky na realitu (sledováním TV, aktivity)
- monitorovat během dne chování a reakce nemocné, nápadné projevy zapsat do chorobopisu a upozornit lékaře
- naslouchat pacientce, pokud se rozhodne podělit se svými myšlenkami

Realizace plánu ošetrovatelské péče

- během dne sestra cílenými otázkami zjišťovala orientaci pacientky k realitě
- během dne sestra sledovala chování a reakce nemocné, pacientka neprojevovala nápadné změny v chování a reakcích

Zhodnocení ošetrovatelské péče

pacientka se během dne zúčastnila dvou aktivit, během komunikace byla chvílemi zamlklá a nereagující na otázku odpovědí

pacientka odpoledne sledovala chvíli televizní programy, ale pro únavu brzy odešla na lůžko

pacientka při dotazování, jestli má „hlasy“, dokázala vyprávět o svém mrtvém pradědečkovi, se kterým někdy komunikuje a který jí nabádá, aby nezlobila, ale dnes k ní nemluvil. Dále vypráví, že její prateta byla léčitelka, že je to tajemství a ona že se chová stejně jako ona.

Ošetrovatelská diagnóza č.3 - Zvýšená úzkost nemocné

- v souvislosti s pocity ohrožení (z radioaktivity a záření)

Cíl ošetrovatelské péče

- pacientka bude schopna mluvit o své úzkosti
- pacientka bude vědět, že může se sestrou mluvit o svých pocitech
- pacientka bude mít za týden podle posuzovací škály Beckova inventáře úzkosti snížení úzkosti o 2 stupně

Plán ošetrovatelské péče

- vyjádřit pochopení pro pocity nemocné a poskytnout ji psychickou podporu
- nabídnout pacientce rozptýlení četbou nebo sledováním TV
- připravit pro nemocnou individuální program cvičení (procházky se sestrou)
- naučit nemocnou pracovat s formulářem „Beckův inventář úzkosti“ a hodnotit ho jednou týdně
- hodnotit stupeň úzkosti pomocí analogové škály jednou denně
- zajistit účast pacientky na 2 společných programech, zapojit pacientku do společných aktivit pacientů pro odvedení pozornosti
- plánovaný rozhovor pacientky se sestrou v 16:00 hod.
- zjistit stupeň úzkosti a sledovat projevy úzkosti v průběhu ošetrovatelské péče
- vytipovat situace, kdy se úzkost objevuje častěji
- v případě vysokého stupně úzkosti informovat lékaře
- začlenit do dlouhodobého plánu strategie zvládnání úzkosti

Realizace plánu ošetrovatelské péče

- matka přišla na návštěvu, rodinná terapie, domluva matky s dcerou, že se postará o dítě, než se o něj bude moci postarat dcera sama
- pacientce byla nabídnuta odpolední procházka v parku se sestrou
- byl uskutečněn plánovaný pohovor sestry s pacientkou, během něhož se pacientka naučila vyplňovat formulář pro určení stupně úzkosti
- pacientka se zúčastnila jen 1 společného programu pro velkou únavu

Zhodnocení ošetrovatelské péče

- nemocná se snažila spolupracovat, ale pro velkou únavu se zúčastnila jen jednoho společného programu
- hodně odpočívala na lůžku, nechtěla si číst ani se dívat na TV, protože se jí hůř dýchá
- procházka se sestrou v parku se jí moc líbila
- vyjádřením svých pocitů v rozhovoru se sestrou se u pacientky úzkost zmírnila
- ve chvílích, kdy má pacientka halucinace nebo je bludná, je úzkost vyšší než při běžných činnostech během dne bez psychotických prožitků
- úzkost se u nemocné objektivně projevuje neklidem, třesem, nesoustředěností, emoční labilitou a také častější mrkáním očních víček

Ošetrovatelská diagnóza č.4. - Strach nemocné

- v souvislosti s blížícím se porodem
- se starostí o dítě a o jejich budoucnost

Cíl ošetrovatelské péče

- pacientka bude pociťovat přiměřené obavy z porodu
- pacientka bude mít dostatek informací o průběhu porodu
- pacientka bude každý den 10 – 15 min. relaxovat
- pacientka se naučí jednoduché relaxační techniky
- bude schopna verbalizovat svůj strach
- bude vědět, že v případě potřeby může se sestrou mluvit o svém strachu a starostech o dítě

Plán ošetrovatelské péče

- v odpoledních hodinách naučit pacientku jednoduchou relaxační techniku kontrolovat každodenní provádění technik
- lékař poskytne nemocné dostatek informací o tom, jak probíhá porod, čímž zmírní strach nemocné
- pacientka zvládla techniku klidného dýchání a techniku uvolňování

svalů

Realizace plánu ošetrovatelské péče

- pacientka byla informována lékařem o průběhu porodu
- odpoledne sestra naučila pacientku relaxační techniku i techniku správného dýchání, ale činnost byla přerušena, protože si pacientka stěžovala, že děťátko hodně kope
- rodinná terapie – společná péče matky s dcerou

Zhodnocení ošetrovatelské péče

- lékař informoval pacientku o průběhu porodu, pacientka se vyptávala na věci, které nevěděla
- odpoledne se pacientka učila, jak správně relaxovat a zvládla i techniku správného dýchání
- cílů bylo částečně dosaženo, ale podle potřeby je nutno se k relaxačním technikám vrátit v dalších dnech, aby si je pacientka upevnila

Ošetrovatelská diagnóza č.5 - Porucha spánku

- v souvislosti s narušením spánkového rytmu změnou prostředí

Cíl ošetrovatelské péče

- nemocná bude spát klidně alespoň 6 hodin s jedním možným probuzením na WC
- doba usínání bude kratší než 1 hodinu
- ráno se bude cítit odpočatá

Plán ošetrovatelské péče

- během dne aktivizovat nemocnou
- před spaním provětrat pokoj nemocné a zajistit přiměřenou teplotu v místnosti
- upravit lůžko nemocné a zajistit pohodlnou polohu
- omezit množství rušivých podnětů z okolí ve večerních hodinách
- sledovat průměrnou délku spánku pacientky
- aplikovat hypnotika dle ordinace lékaře, pokud se pacientce nepodaří

usnout během 1 hodiny

- sledovat účinnost a efektivnost hypnotik u pacientky

Realizace plánu ošetrovatelské péče

- nemocné byl ke spánku poskytnut klid a pohodlí
- během dne byla pacientka poučena o důležitosti přiměřené aktivity, v jejím stavu každodenní procházky v parku se zdravotní sestrou
- pacientka si přišla ve 22:30 pro tbl. na spaní
- ve 22:30 hod. byla nemocné podána 1 tbl. Hypnogenu, když se předtím asi hodinu snažila usnout
- Ve 23:00 pacientka spala

Zhodnocení ošetrovatelské péče

- nemocné se přes veškerou snahu nepodařilo usnout bez ordinace hypnotik
- po požití léku pacientka usnula do ½ hodiny a spala 5 hodin bez probuzení
- cíle ošetrovatelské péče byly splněny jen částečně, bude nutné ve stejných intervencích pokračovat

Ošetrovatelská diagnóza č.6 - Zvýšená únava

- v souvislosti s vysokým stupněm těhotenství

Cíl ošetrovatelské péče

- nemocná se bude druhý den ráno cítit jen mírně unavená

Plán ošetrovatelské péče

- zajistit nemocné dostatečný klid a pohodu k odpočinku
- během dne střídání aktivity a odpočinku u nemocné
- sledovat subjektivní a psychický stav nemocné

Realizace plánu ošetrovatelské péče

- nemocné byl zajištěn klid k odpočinku

Zhodnocení ošetrovatelské péče

- pocit únavy u nemocné kolísá, po odpočinku se cítí lépe
- cíl ošetrovatelské péče splnit lze jen částečně, únava je úměrná stavu pacientky, připravující se na roli matky

3.4.2 Potenciální ošetrovatelské diagnózy k 10. dni

Potenciální ošetrovatelské diagnózy pacienta bezprostředně neohrožují. Jejich riziko vzniku tady ale je, a my s nimi proto musíme počítat a zahrnout je do ošetrovatelského plánu. Potenciální ošetrovatelské diagnózy se mohou stát také akutní.

7. Riziko vzniku alergických kožních projevů v souvislosti

- s potravinovou alergií vzhledem k narušení kognitivních funkcí

8. Riziko narušení kožní integrity

- v souvislosti s zvýšenou reakcí imunitního systému na alergeny (projevuje se exantémem a zhoršením atopického ekzému)

Ošetrovatelská diagnóza č. 7 - Riziko vzniku alergických kožních projevů

- v souvislosti s potravinovou alergií vzhledem k narušení kognitivních funkcí

Cíl ošetrovatelské péče

- pacientka bude mít klidnou kůži bez známek alergických projevů
- pacientka si bude pamatovat, které potraviny ji způsobují alergii a těm se bude ve stravě vyhýbat
- pacientka bude umět vyjmenovat potraviny, na které je alergická

Plán ošetrovatelské péče

- opakovaně pacientku edukovat o potravinách, které nemůže jíst z důvodu alergické reakce
- kontrolovat, zda pacientka rozuměla poučení a dodržuje ho

- při každém jídle pacientku pozorovat, zda si nevezla potravinu, která jí způsobuje alergii

Realizace plánu ošetrovatelské péče

- nemocná dostávala jen potraviny, na které není alergická
- pacientka byla poučena o potravinách, které by neměla jíst z důvodu potravinové alergie
- pacientka byla kontrolována při společném jídle, zda dodržuje protialergickou dietu
- pacientka snědla večer jablko, které jí dala spolupacientka, zapoměla na svou alergii a to se projevilo druhý den ráno svědivým exantémem na obličeji a krku

Zhodnocení ošetrovatelské péče

- cíl nebyl splněn, pacientka zapoměla na svou alergii
- bude nutné pokračovat v edukaci nemocné o nutnosti vyřazení potravin, které jí působí alergické potíže

Ošetrovatelská diagnóza č. 8 - Riziko narušení kožní integrity

- v souvislosti s zvýšenou reakcí imunitního systému na alergen (projevuje se exantémem a zhoršením atopického ekzému)

Cíl ošetrovatelské péče

- pacientka bude mít jen chronické příznaky atopického ekzému
- pacientka bude mít kůži v místech akutního projevu ekzému klidnou,
- bez známek reakce imunitního systému na ekzém

Plán ošetrovatelské péče

- poučit pacientku o správném ošetřování kůže v místech nejčastějšího výskytu akutních příznaků ekzému
- jedenkrát denně zkontrolovat místa vzniku ekzému a popsat do dokumentace stav kůže ve sledovaných částech
- pacientka bude poučena, že zhoršení ekzému souvisí s její alergickou, potravinovou alergií, tedy pokud zapomene a vezme si potravinu, na kterou je zhorší se jí i atopický ekzém

Realizace plánu ošetrovatelské péče

- pacientka byla poučena, jak správně mýt a osušit kůži v místech s ekzémem
- pacientka byla poučena o souvislosti ekzému s potravinovou alergií
- kůže na místech s ekzémem je začervenalá a svědí

Zhodnocení ošetrovatelské péče

- vzhledem k tomu, že pacientka snědla jablko, na které je alergická, zhoršil se i atopický ekzém, na který pacientka trpí
- cíl splněn nebyl a je nutno pokračovat v edukaci pacientky

3.5 Dlouhodobý ošetrovatelský plán

Dlouhodobý ošetrovatelský plán byl stanoven na začátku hospitalizace a v jeho průběhu doplňován podle měnících se potřeb nemocné. Mezi nejdůležitější úkoly dlouhodobého ošetrovatelského plánu bylo upevnění náhledu pacientky na onemocnění tak, aby dokázala rozpoznat varovné signály zhoršujícího se zdravotního stavu. Úkolem bylo vštípit pacientce, jak si má počínat, pokud tyto varovné signály zjistí. Pacientka dostala brožuru s kartičkou s varovnými příznaky schizofrenního onemocnění.

Pacientka byla opakovaně informována o tom, že musí užívat předepsané léky, a to pravidelně, dlouhodobě, ne-li celoživotně.

Do dlouhodobého plánu bylo také zařazeno naučit pacientku strategie zvládnání úzkosti nácvikem relaxačních technik a zklidňujícího dýchání.

K cílům dlouhodobého ošetrovatelského plánu patřil nácvik soběstačnosti nemocné, tedy snaha o nezávislost na pomoci druhých a nácvik péče o dítě. V rámci nácviku sociálních dovedností byla poučena, jak si vytvořit plán hospodaření s penězi, protože hospodařit s penězi neuměla a vše, co od matky dostala, hned utratila. Pacientka pravidelně vyplňovala Barthelův test základních všedních dovedností, který byl sestrou vyhodnocován a podle výsledků směřována edukace nemocné. V péči o dítě se snažila naučit základní dovednosti, jak dítě uchopit, koupat, přebalovat, krmit.

K dalším úkolům dlouhodobého plánu bylo procvičovat u pacientky sociální a interpersonální dovednosti, které neuměla, nebo v souvislosti s onemocněním zapomněla. Mezi tyto dovednosti u psychotických pacientů

patří správně vnímat a porozumět řečenému, dovednost vyjádřit pozitivní emoce a méně výrazně vyjadřovat emoce negativní, komunikace s rodinou a schopnost vyjádřit své potřeby, vést krátký rozhovor, vytvořit si sociální oporu z okruhu svých blízkých, kolegů, kamarádů jako ochranu proti izolaci. Tyto dovednosti neustále procvičovat, protože jejich nepoužíváním se zase ztrácí.

Předčasné ukončení hospitalizace na klinice proběhlo z důvodu blížícího se porodu. Pacientka byla přeložena na gynekologicko – porodnickou kliniku. Po porodu se pacientka vrátila zpět na kliniku, kde byla rehospitalizována. Byla nutná kompenzace jejího zdravotního stavu po porodu a dokončena sociální rehabilitace.

3.6 Psychologie nemocné

Každý člověk je jiný a jinak se vyrovnává se svým onemocněním. Někdo se snáze adaptuje, jiní snázejí adaptaci hůře. Špatné vyrovnávání se s životními těžkostmi se projevuje podvědomým používáním maladaptivních obranných mechanismů, jakými jsou: agrese, negativismus, regrese, fixace, projekce, racionalizace, únik, identifikace, kompenzace, rezignace, represe, disociace, egocentrismus, izolace či opačné reagování.

Adaptace na nemoc znamená vyrovnat se s novými podmínkami, znamená to přizpůsobit svůj život změnám, dodržovat doporučení lékaře, užívat pravidelně předepsané léky, nevysazovat léky bez domluvy s lékařem, nepít alkohol, chodit pravidelně na kontroly, tedy spolupracovat s lékařem na léčení.

Pacientka při příjmu neměla náhled na své onemocnění, nepřemýšlela o tom, jestli je nemocná. Během hospitalizace postupně získala během edukace částečný náhled na své onemocnění.

Psychologické zhodnocení

U pacientky se projevovala emoční nestabilita, nepřiléhavá situací. Chvillemi se neadekvátně smála. Jiný den se nálada zhoršovala, pacientka byla plačtivá a smutná. Jeden den si stěžovala na sluchové halucinace, byla bludně orientovaná a úzkostná a to i její komunikace byla ovlivněna psychotickým prožíváním.

Druhý den halucinace neměla a v ten den byla i méně úzkostná. Nebyla tak neklidná, nesoustředěná a neplakala.

Prožívání nemoci

Onemocněla až v těhotenství, předtím žádné halucinace ani zvláštní pocity neměla. Onemocnění prožívá pacientka s úzkostí. Ve dnech, kdy má halucinace a bludy, je úzkostná více. Halucinační a bludné prožitky zasahují hluboce do psychiky člověka. Člověk cítí, že není pánem své mysli, není si jistý sám sebou, nemůže ovlivňovat všechny své myšlenky a neví, jaké myšlenky přijdou. Neví, které myšlenky jsou skutečné a které projevem nemoci.

Postoj k nemoci

Pacientka při příjmu neměla náhled na své onemocnění. Nemluvila o své nemoci, na nic se v souvislosti se svým onemocněním neptala a na otázku, jestli ví, proč je hospitalizovaná, říká, že to je tajemství. Během hospitalizace byla lékařem poučena o svém onemocnění, dostala brožuru, kterou si přečetla a měla se zeptat, pokud by chtěla ještě něco vysvětlit. Během hospitalizace se snažila pacientka v rámci svého onemocnění spolupracovat při léčbě. Během léčení získala pacientka částečný náhled na své onemocnění.

Reakce na pobyt v nemocnici

Pacientka byla již po dvou měsících v léčebně adaptovaná, ale první dny pobytu na uzavřeném oddělení psychiatrické kliniky snášela hůře z důvodu osamocení. Nikdo z rodiny za ní nepřišel, nikoho na klinice neznala. Cítila se opuštěná a ve dnech, kdy jí bylo hodně smutno, plakala.

Zhodnocení komunikace

Pacientka v prvních dnech hospitalizace na klinice byla samotářská, kontakt nevyhledávala. Po týdnů již ve dnech, kdy se cítila lépe, byla vděčná za každé vlídné slovo a za každou komunikaci s ní. Pokud neměla halucinace a nebyla bludná, ráda komunikovala se sestrami.

Zvládání komunikace

Pacientka byla přístupná komunikaci. Byla vstřícná v rámci své nemoci, milá a přátelská. Pokud byla u pacientky potřebná edukace nebo sdělit jí důležité

informace, bylo nutné nejprve zhodnotit aktuální psychický stav pacientky, který by umožnil, že pacientka informace správně vnímá a pochopí. To se provádí během rozhovoru cílenými otázkami na zhodnocení aktuálního kontaktu pacientky s realitou.

Zvládání stresu

Stres ventilovala pacientka obvykle pláčem. Psychika pacientky se schizofrenií, jehož léčba je komplikovaná těhotenstvím, je vystavena mimořádnému psychickému vypětí. Psychika zdravé ženy v těhotenství a během porodu je ovlivněna somatickým stavem, hormony, vztahem k nenarozenému dítěti. Psychika u duševně nemocné je ovlivňována patologickými psychickými procesy, které znamenají pro nemocnou ztrátu jistoty v sebe sama, ztrátu ve schopnosti rozlišit, co je reálné a co není. V průběhu akutní ataky není nemocná schopna rozumět sama sobě, rozpadá se jí systém, jak porozumět světu, funkce vnímání a myšlení jsou psychózou blokovány, paměť je narušená ve všech funkcích. Po odeznění akutní ataky mohou přetrvávat některé příznaky, jakými jsou například sluchové halucinace, které narušují reálné vnímání skutečnosti a vyvolávají u nemocné úzkost a obavy. Pláčem tedy pacientka ventiluje své psychické napětí. V některých dnech plakala častěji, propadala se do depresivní nálady, která se projevovala pláčem a útlumem aktivity, pacientka neměla někdy ani chuť vstát z postele.

Obranné mechanismy

Obranné mechanismy jsou způsoby reagování člověka na krizové situace, které se zdají být pro danou osobu neřešitelné. Jsou to nevědomé procesy, které se objevují automaticky, kdykoliv se objeví skutečnosti, které by mohly ohrozit naše sebevědomí, sebeúctu, sebehodnocení, a které člověk neumí zpracovat adaptací. V takových situacích se uchyluje k maladaptivním způsobům reagování. (15)

Mezi obranné mechanismy, které pacientka nevědomě používala v souvislosti se svým onemocněním a hospitalizací byly popírání, regrese a projekce. U psychotických pacientů se může vyskytovat bludná projekce a psychotické popření. Psychotické obrany slouží ke zvládání úzkosti za cenu subjektivní změny vnější reality. (19).

Popírání se projevuje tím, že při rozhovoru se sestrou chce „tajit“, co je důvodem hospitalizace, popírá realitu a nepříznivý fakt. Později připouští, že je možná nemocná, ale neví to jistě.

Regresi znamená ústup do vývojově mladšího stadia. U pacientky se projevovала pláčem. K regresi vede nemocnou hospitalizace, která přináší řadu omezení, jakými jsou změna sociální role, v roli pacienta je člověk závislý na druhých lidech. Dochází k zpřetrhání dosavadních mezilidských vztahů, dochází ke ztrátě soukromí, mění se zaběhnuté stereotypy, vznikají pocity nejistoty, co pacientku čeká.

Projekce se projevuje tím, že nemocná přisuzuje vlastní pocity druhým lidem. Schizofrenici se cítí odlidštěnými, mechanickými bytostmi a obranným mechanismem přisuzují tento pocit lidem, kteří s nimi chtějí vstoupit do kontaktu. Získání důvěry nemocné je tedy základní předpoklad pro prolomení bariéry izolace mezi nemocným a zdravotníkem a pro komunikaci a spolupráci v léčbě.

Motivace k léčbě

Motivaci k léčbě měla pacientka dobrou. Těšila se na narození svého dítěte, jak se o něj bude starat spolu se svou matkou. Při léčbě spolupracovala, docházela na denní aktivity, pokud jí to aktuální zdravotní stav dovoľoval.

3.7 Sociální problematika nemocné

Pacientka bydlí spolu s matkou a jejími dvěma sourozenci, bratrem a sestrou, ve dvoupokojovém bytě. Sestra je svobodná, má 1,5-letého syna. Atmosféra doma není příliš dobrá. Často mezi nimi dochází ke konfliktům. Pacientka před rokem na několik dní utekla z domova. Když byla 2 měsíce hospitalizovaná v léčebně, matka za ní ani jednou nepřišla na návštěvu, pouze měly tři telefonické rozhovory. Ani v prvních dnech, když byla pacientka hospitalizovaná na psychiatrické klinice, nebyla dobrá spolupráce s matkou pacientky. Desátý den hospitalizace ale přišla matka pacientky na návštěvu, obě se zúčastnily rodinné terapie, kde byla matka poučena o onemocnění své dcery. Byly probrány možnosti péče o dítě dcery, které se má v brzké době narodit. Nakonec se matka s dcerou domluvily, že matka bude pečovat o dítě dcery než se její zdravotní stav zlepší natolik, aby se o něj mohla starat doma

sama. Až bude doma, bude jí matka nápomocná a kromě ní také sestra pacientky, která je také na mateřské dovolené.

3.8 Prognóza

Pacientka prodělala 1. ataku schizofrenního onemocnění. Po dvouměsíčním léčení v léčebně a následné měsíční hospitalizaci na psychiatrické klinice porodila na gynekologicko – porodnické klinice zdravého syna. Prognóza onemocnění paranoidní schizofrenie je vcelku příznivá, pokud je onemocnění diagnostikováno včas. Po porodu byla pacientka rehospitalizována na psychiatrické klinice znovu pro kompenzaci stavu po porodu, protože jedno z nejrizikovějších období pro relaps schizofrenního onemocnění je právě období poporodní. Dále byla nutná sociální rehabilitace, aby byla pacientka schopná se po návratu do domácího prostředí postarat o sebe a své dítě.

3.9 Edukace nemocné a její rodiny

Edukace pacientky byla plánovaná během celé hospitalizace podle aktuálního psychického stavu pacientky. Edukace byla postupná a opakovaná. Cílem edukace bylo poučit nemocnou, jaké má duševní onemocnění a jak se projevuje. Pacientka byla lékařem poučena, o paranoidní schizofrenii, která se projevuje změněným vnímáním reality. Protože psychotické onemocnění, kam paranoidní schizofrenie patří, znamená ztrátu jistoty ve své schopnosti rozlišit skutečné a patologické vnímání, bylo důležité, aby pacientka přijala fakt, že je nemocná, získala náhled na své onemocnění. Náhled znamená, že nemocný chápe, jaké má onemocnění, jaké jsou jeho příznaky, jaké mu přináší omezení a chce spolupracovat s lékařem na svém uzdravení. Protože ví, co může od svého onemocnění očekávat v době ústupu akutního stavu již nepřikládá takovou důležitost patologickým prožitkům, a to mu pomáhá snížit úzkost, kterou pociťuje. Nemocná byla poučena, jaké jsou varovné příznaky relapsu schizofrenního onemocnění, kterými jsou např. zvýšené obavy, nejistota, úzkosti, poruchy spánku, které by měly být impulzem pro vyhledání pomoci např. kontaktováním svého psychiatra, svých příbuzných nebo se obrátit na krizové centrum. Úkolem sestry bylo upevňovat nové informace, které

pacientka získala od lékaře. Zpětnou vazbou pak bylo nutné zjistit, zda nemocná vše pochopila a zapamatovala si, aby byla schopna informace v rozhodné chvíli použít.

Pacientka byla poučena o změně životního stylu. Byla poučena o důležitosti pravidelné životosprávy, zvýšení fyzické aktivity, nutnosti vyhnout se alkoholu a drogám.

V průběhu hospitalizace proběhla také rodinná psychoedukace s matkou pacientky. Matka byla poučena o onemocnění své dcery, byla poučena, že zátěž pro pacienta je jak negativní, tak i pozitivní stres, který nedovede nemocná zpracovat. Matka se dozvěděla, že je důležitá vhodná podpora k větší samostatnosti, ale nároky nesmí být přehnané. Důležité je také věřit dceři, že to, co říká, to skutečně prožívá. Dále, že konflikty a nepochopení ze strany rodiny vedou ke zhoršení choroby, proto je tak důležité, aby nemocná cítila podporu matky.

Před druhým propuštěním z psychiatrické kliniky byla pacientka informována o možnostech pomoci v domácím prostředí. V případě potřeby vystaví ambulantní psychiatr žádost o terénní psychiatrickou péči. Terénní psychiatrická sestra dochází za pacientem do jeho domácího prostředí, kde učí pacienta zvládnout prakticky činnosti běžného života, jako je dodržování pravidelného denního režimu, pomoci při vyřizování úředních záležitostí, péče o domácnost, vaření, plánování nákupu, jídelníčku, realizaci nákupu a výběr položky, které skutečně potřebuje. Zorganizování takového sledu činností na sebe navazujících je pro schizofreniky velmi těžké.

Pacientka byla poučena o možnostech pomoci maminkám s péčí o dítě prostřednictvím agentur domácí péče, které se na takovou péči specializují.

Při propuštění měla náhled na onemocnění částečný. Byla předána do péče ambulantního psychiatra a praktického lékaře.

3.10 Závěr

Pacientka byla hospitalizována na psychiatrické klinice 30 dní. Během hospitalizace se snažila na svém léčení spolupracovat. Pacientka byla přijata pro nelepšící se stav u paranoidní schizofrenie – přetrvávání sluchových halucinací. Po 10 aplikacích rTMS došlo u pacientky k ústupu sluchových halucinací. Léčba rTMS měla pozitivní výsledek. Po 30 dnech byl pobyt nemocné na psychiatrické klinice předčasně ukončen nastávajícím porodem. Byla přeložena na gynekologicko – porodnickou kliniku, kde se jí druhý den bez komplikací narodil syn.

Po porodu byla pacientka rehospitalizována na psychiatrické klinice znovu pro kompenzační stavu, protože jedno z nejrizikovějších období pro relaps schizofrenního onemocnění je právě období poporodní. Dále byla také nutná sociální rehabilitace, aby byla pacientka schopna se po návratu domů postarat o sebe a své dítě. V současné době je pacientka již v domácím prostředí a za pomoci své rodiny se stará o svého zdravého syna.

SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY:

1. Archalousová, A. *Ošetrovatelská péče*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1113-9.
2. Baumann, A. and Johnston, N.E. and Antai-Otong D. *Decision making in Psychiatric and Psychosocial Nursing*. Toronto, Philadelphia: B.C. Decker Inc., 1990. ISBN 1-55664-158-3.
3. Červinková, E. *Ošetrovatelské diagnózy*. Brno: NCO NZO, 2006. 4. vyd.. ISBN 80-7013-443-7.
4. Češková, E. *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-114-1.
5. Herman, E. et al. *Konziliární psychiatrie*. Praha: Medical Tribune cz, 2007. ISBN 978-80-7262-498-0.
6. Horáček, J. Mechanismus účinku atypických antipsychotik a neurobiologie schizofrenie. *Psychiatrie*, 2004, sv. 8, č. 4, s. 293-303.
7. Horáček, J. Psychoterapie schizofrenie. *Psychiatrie pro praxi*, 2000, sv. 1, č. 1, s. 21-24.
8. Horáček, J. et al. *Psychotické stavy v klinické praxi*. Praha: Academia Medica Pragensis, 2003. ISBN 80-86694-01-1.
9. Horáček, J. a Seifertová, D. Terapie antipsychotiky v těhotenství. *Psychiatrie*, 2002, sv. 6, č. 2 (Suppl.), s. 6-10.
10. Höschl, C. a Praško, J. a Seifertová, D. *Postupy v léčbě psychických poruch*. Praha: Academia, 2004. ISBN 80-86694-06-2.
11. Höschl, C. a Libiger, J. a Švestka, J. *Psychiatrie*. Praha: Tigis, 2004, 2.vyd.. ISBN 80-900130-7-4.
12. Höschl, C. *Psychiatrie pro praktické lékaře*. Jinočany: H&H, 1996, 1. vyd. ISBN 80-85-787-96-2.
13. Janů, L. a Racková, S. Compliance v léčbě schizofrenie. *Psychiatrie pro praxi*, 2004, č. 5. s. 245-249.
14. Křivohlavý, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. 1. vyd. ISBN 80-7169-964-0.
15. Křivohlavý, J. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994. ISBN 80-7169-121-6.

16. Marková, E. a Venglářová, M. a Babiaková, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.
17. Martínková, J. et al. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2007. 1. vyd. ISBN 978-80-247-1356-4.
18. Pavlíková, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. 1. vyd., 150 s. ISBN 80-247-1211-3.
19. Plháková, A. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia, 2004. ISBN 80-200-1387-3.
20. Raboch, J. et al. *Doporučené postupy psychiatrické péče*. Praha: Galén, 1999. 1. vyd., 181 s. ISBN 80-7262-013-4.
21. Robinson, Lisa. *Psychiatric Nursing as a Human Experience*. 3-rd edition, W. B. Saunders Company: Philadelphia, 1983. ISBN 0-7216-7622-7.
22. Staňková, M. *Základy teorie ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-243-5.
23. Trachtová, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCO NZO, 1999. ISBN 80-7013-324-4.
24. Vymětal, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. 3.vyd., 397 s. ISBN 80-7178-740-X.

JINÉ ZDROJE

25. Jak posuzovat riziko farmakoterapie v těhotenství. *Farmakoterapeutické informace*: Měsíčník pro lékaře a farmaceuty [online]. SÚKL, Praha, 2008, č. 11 [cit. 20. ledna 2009].
Dostupné na www: <<http://www.sukl.cz/listopad-2008>>.
26. Jak posuzovat riziko farmakoterapie při kojení. *Farmakoterapeutické informace*: Měsíčník pro lékaře a farmaceuty [online]. SÚKL, Praha, 2008, č. 12. [cit. 20. ledna 2009].
Dostupné na www: <<http://www.sukl.cz/prosinec-2008>>.

27. AISLP (Automatizovaný informační systém léčivých přípravků), SÚKL, Praha, 2008. [Cit. 25.ledna 2009].
Dostupné z www: <http://www.leky.sukl.cz/slovník/aislp>

SEZNAM ZKRATEK

AISLP automatizovaný informační systém léčivých přípravků

BMI – body mass index – index tělesné hmotnosti

CNS – centrální nervový systém

CT – počítačová tomografie

DM – diabetes mellitus

EEG – elektroencefalografie

EKG - elektrokardiogram

EKT – elektrokonvulzivní terapie

EPS – extrapyramidový syndrom

HAK – hormonální antikoncepce

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

MR – magnetická rezonance

NANDA - North American Nursing Diagnostic Association

P - pulz

rTMS – repetitivní transkraniální magnetická stimulace

RZP - rychlá záchranná pomoc

SPECT – jednofotonová emisní tomografie

tbl. - tablety

TK – tlak krve

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 Plán ošetrovatelské péče pacientky**
- Příloha č. 2 Příjmová ošetrovatelská anamnéza (str. 1 – 2)**
- Příloha č. 3 Kartička – varovné příznaky u schizofrenie**
- Příloha č. 4 Beckův inventář úzkosti**
- Příloha č. 5 Praško, J. et al. Léčíme se s psychózou. Praha: Medical Tribune cz, 2005. ISBN 80-239-5482-2.**

Příloha č. 2 Příjmová ošetřovatelská anamnéza

ODDĚLENÍ: 5. ODD.

PŘÍJMENÍ: B.	STAV: svobodný/á	BYDLIŠTĚ: PRAHA	Oš číslo:
JMÉNO: H	ženatý, vdaná	TELEFON:	POJIŠŤOVNA
RODNÉ ČÍSLO: 1	rozvedený/á	MOBIL PAC.:	111

PŘIJETÍ: den 5. 10. 08 hodina 9:30 přijatý z domu
 přijatý z jiného zdravotnického zařízení

PACIENT PŘIŠEL NA ODDĚLENÍ: sám v doprovodu sanitkou

PODEPSAL PROHLÁŠENÍ O DOBROVOLNÉM VSTUPU: ano ne

HOSPITALIZACE v pořadí: 2 HOSPITALIZACE V JINÝCH PSYCHIATRICKÝCH ZAŘÍZENÍ: 1

OBVODNÍ LÉKAŘ: jméno a adresa: AMBULANTNÍ PSYCHIATR: jméno a adresa:

TELEFON + MOBIL: ADRESA:

ŘIDIČSKÝ PRŮKAZ, ano ne ZBROJNÍ PAS, ano ne

PŘEDMĚTY PONECHANÉ NA VLASTNÍ ŽÁDOST U SEBE: mobil, rádio, walkman, jiné:

POPIS PACIENTA

BARVA VLASŮ:	světlé	hnědé	černé	šedivé	barvené	jiné:
BARVA OČÍ:	modré	zelené	šedé	hnědé	černé	jiné:
POSTAVA:	výška: 158 cm	hmotnost: 60 kg	BMI: 24,03			

PACIENT BYL V DEN PŘIJETÍ SEZNÁMEN : s právy pacientů / režimem oddělení / Domácím řádem a prostředím.
 podpis pacienta

PACIENT PŘEDAL LÉKY KE SVÉMU UŽÍVÁNÍ :

Název léku	síla	množství	expirace
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/

podpis pacienta.....

DŮVOD PŘIJETÍ použijte slova pacienta	" TO JE DAVELISTVI "	
ZEVNĚJŠEK	upravený	PROJEVY ONEMOCNĚNÍ zanedbaný - nápadný
SPOLUPRÁCE	dobrá	Částečná - nespolupracuje
ORIENTACE	dobrá	místem - časem - osobou
NÁLADA	přiměřená	manická - depresivní
SEBEVRAŽEDNÉ MYŠLENKY	ne	ano
PROJEVY CHOVÁNÍ	v normě	zvláštnosti : NÁLADA EUPORICKÁ
NÁHLED CHOROBY	úplný	Částečný - (žádný) - disimulace
ALERGIE	ne	(má) POTRAVINY + POLYVAL.
STAV KŮŽE	bez nálezu	vyrážka - svědění
JIZVY	ne	kde:
BOLEST	ne	ano : kde: intenzita 1 - 10:
JINÁ ONEMOCNĚNÍ	nemá	ATOPICKÝ EKZÉM
SPÁNEK	bez poruch	pozdní usínání - časné buzení spánek přerušovaný léky : KYPHOGEN
TĚLESNÁ SOBĚSTAČNOST	soběstačný	nepohyblivý - pomoc při chůzi - při jídle - při hygieně
PŘÍJEM POTRAVY	chuť k jídlu dobrá	nechutenství - pocit hladu - pocit žízně - náusea - zvracení - pálení žáhy
DIETA	ne	jaká : POTRAVINY + ALERGIE
VYPRAZDŇOVÁNÍ - <u>stolice</u> :	pravidelné bez obtíží	nepravidelná - inkontinence užívá projímadla inkontinence - katetr
<u>močení</u> :	ne	
NÁVYKY	ne	kouření - alkohol - drogy
ZVLÁŠTNOSTI	ne	zubní protéza - brýle - čočky ortopedické pomůcky jiné ne
ZÁJMY, KONÍČKY	ano, jaké :	TU
AKUTNÍ OŠETŘOVATELSKÁ DG.	PORUCHA VYUŽITÍ REALITY	
OŠETŘOVATELSKÝ POSTUP	1. oti anamnéze 2. stanov. diag. oti 3. redukce oti plet 4. realiz. a sledov. post. oti plet	
POZNÁMKA		
Vypracovala : datum : 5. 10. 08 jmenovka		
podpis <i>fidr.</i>		

Příloha č. 3 – Kartička - varovné příznaky u schizofrenie

KARTIČKA – VAROVNÉ PŘÍZNAKY

TYPICKÉ VAROVNÉ PŘÍZNAKY	MOJE VAROVNÉ PŘÍZNAKY
■ Nepohoda, napětí, nervozita	_____
■ Nadměrné vzrušení, předrážděnost, popudlivost	_____
■ Uzavírání se do sebe	_____
■ Nesoustředivost	_____
■ Pocit vnitřního neklidu	_____
■ Smutek a deprese, beznaděj, ztráta zájmů, ztráta radosti	_____
■ Pocit, že druzí o vás mluví, nadměrně si vás všímají	_____
■ Pocit, že druzí vás zesměšňují	_____
■ Slyšení hlasů, zrakové přeludy	_____
■ Pocit, že v televizi, novinách, rozhlase jsou náznaky, které se vás týkají	_____
■ Nadměrná váhavost týkající se i banalit	_____
■ Neobvyklé zaujetí jen jednou nebo dvěma věcmi	_____
■ Zhoršení paměti, nadměrná roztržitost	_____
■ Nespavost nebo nadměrná spavost	_____
■ Pocit neschopnosti	_____
■ Problémy s jídlem	_____
■ Snížený zájem o kontakt s přáteli	_____
■ Nadměrné zaujetí abstraktními náboženskými tématy nebo filosofií, posmrtným životem, esoterikou	_____

Jak se zachovat, když cítím varovné příznaky?

- Nebudu nic řešit ani zmatkovat – sednu si, vydechnu, zkusím se uklidnit
- Nezůstanu v tom sám – zavolám člověku, kterému důvěřuji:

jméno: _____

telefonní číslo: _____

- Rodině to sdělím, ale pokusím se ji nevyděsit
- Neprodleně vyhledám svého psychiatra, proberu to s ním
- Pravidelně podle doporučení si vezmu léky
- Vyhnou se vnějšímu stresu
- Nepřeruším pravidelné činnosti ale odbřemenu se od starostí
- Zaučím si jednoduchou relaxaci

- Můj ošetřující lékař:

jméno: _____

telefonní číslo: _____

- Nejbližší krizové centrum:

název zařízení: _____

telefonní číslo: _____

Zdroj:

Praško, J. et al. Léčíme se s psychózou. Praha: Medical Tribune cz, 2005. str. 92
ISBN 80-239-5482-2.

Příloha č. 4 Beckův inventář úzkosti

Jméno: H. D. Datum: 15. 10. 08

Předkládáme Vám seznam běžných symptomů úzkosti. Přečtěte si pozorně každou položku seznamu. Označte, do jaké míry Vás jednotlivé symptomy obtěžovaly během minulého týdne včetně dneška umístěním křížku na odpovídající místo v kolonce vedle každého symptomu.

	<i>vůbec</i>	<i>mírně</i> moc mě to nerušilo	<i>středně</i> bylo to nepříjemné, ale dalo se to vydržet	<i>vážně</i> stěžší jsem to vydržel(a)
	0	1	2	3
1. Mrtvění nebo mravenčení		X		
2. Pocit horka			X	
3. Vratkost nohou	X			
4. Neschopnost odpočinku			X	
5. Strach z nejhorší události				X
6. Závrať nebo pocit na omdlení	X			
7. Bušení srdce, zrychlený tep				X
8. Neklid			X	
9. Zděšení			X	
10. Nervozita			X	
11. Pocit dušnosti				X
12. Chvění rukou		X		
13. Třes		X		
14. Strach ze ztráty kontroly	X			
15. Namáhavé dýchání				X
16. Strach ze smrti			X	
17. Panika			X	
18. Trávicí potíže nebo bolesti břicha			X	
19. Pocit na omdlení		X		
20. Zarudnutí v obličeji	X			
21. Pocení			X	