



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav Ošetrovatelství

Lucie Kadavá

**Ošetrovatelská péče o pacienta s paranoidní
schizofrenií**

Nursing care of patients with paranoid schizophrenia

Bakalářská práce

Praha, květen 2010

Autor práce: Lucie Kadavá

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Heřmanová**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3 LF UK v Praze**

Odborný konzultant: **MUDr. Petr Mílek**

Pracoviště odborného konzultanta: **Psychiatrická klinika, FNHK**

Datum a rok obhajoby: červen 2010

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. Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému (SIS 3.LF UK) jsou totožné.

V Praze dne:

Lucie Kadavá

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Janě Heřmanové a MUDr. Petru Mílkovi, za jejich ochotu, profesionální radu a odborné vedení mé práce.

Obsah

Úvod.....	6
1. Klinická část.....	7
1.1. Definice schizofrenie.....	7
1.2. Historie onemocnění	7
1.3. Etiologie a patogeneze.....	8
1.4. Diagnostika	10
1.4.1. Diagnostická kritéria pro schizofrenii dle MKN-10 (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí-10. verze)	11
1.4.2. Zobrazovací metody.....	12
1.5. Formy schizofrenie	13
1.6. Příznaky onemocnění	15
1.7. Průběh onemocnění	16
1.8. Léčba onemocnění.....	17
1.9. Komplikace a nežádoucí účinky léčby.....	22
1.10. Základní údaje o nemocném	24
1.11. Lékařská anamnéza.....	26
1.12. Průběh hospitalizace	27
1.13. Přehled diagnostických výkonů u pacienta	29
1.14. Přehled terapeutických opatření u pacienta	31
1.15. Úloha sestry na psychiatrickém oddělení.....	33
2. Ošetrovatelská část	35
1.16. Ošetrovatelský úvod.....	35
1.17. Ošetrovatelský proces	35
1.18. Model funkčního zdraví dle Marjory Gordonové.....	37
1.19. Ošetrovatelská anamnéza a zhodnocení dle M. Gordonové při přijetí	39
1.20. Ošetrovatelské diagnózy	43
1.20.1. Krátkodobý ošetrovatelský plán.....	43
1.20.2. Dlouhodobý ošetrovatelský plán.....	48
1.21. Psychosociální zhodnocení nemocného	49
1.22. Edukace.....	50

1.23. Prognóza	51
Závěr	52
Seznam použité literatury	53
Seznam použité literatury	53
Seznam použitých zkratek	55
Seznam příloh	57

Úvod

Cílem mé bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o pacienta s diagnózou paranoidní schizofrenie. Vybrala jsem si 26letého pacienta M. Š., přijatého na psychiatrickou kliniku, uzavřené oddělení pro relaps nemoci po vysazení medikace.

V klinické části začínám definicí nemoci, dále popisuji historii, etiologii a etiopatogenezi, jak se nemoc diagnostikuje, jaké jsou formy a příznaky schizofrenie. Dále popisuji průběh nemoci, léčbu a její komplikace. Klinickou část zakončuji základními údaji o nemocném, jeho lékařskou anamnézou, průběhem onemocnění a přehledy diagnostických a terapeutických opatření.

Ošetrovatelská část je zpracována pomocí metody ošetrovatelského procesu, který je složen z pěti fází. Ošetrovatelskou anamnézu jsem sestavila v den přijetí pacienta na oddělení pomocí modelu fungujícího zdraví dle Marjory Gordonové. Informace získané od pacienta, jeho rodiny, zdravotnických pracovníků a vlastním pozorováním jsem také zaznamenala do formuláře z 3 LF UK v Praze (příloha č. 1). Na základě těchto získaných informací jsem k 8. dni hospitalizace sestavila krátkodobý plán péče, který se zabývá aktuálními potřebami a problémy nemocného. Dlouhodobý plán péče jsem sestavovala průběžně, dle potřeb nemocného. V závěru ošetrovatelské části uvádím psychosociální zhodnocení a edukaci nemocného. Práci zakončuji prognózou nemocného.

Práce je doplněna přehledem použité literatury, seznamem zkratk a příloh.

1. Klinická část

1.1. Definice schizofrenie

Schizofrenie je jednou z nejznámějších a nejčastějších duševních onemocnění. Řadí se do skupiny psychotických onemocnění. Psychotické onemocnění se vyznačuje především poruchami myšlení, poruchami vnímání a poruchami jednání. Významně narušuje schopnost nemocného chovat se a jednat srozumitelně, dochází ke změnám osobnosti nemocného. Nemoc propuká v atakách a mezi nimi jsou období klidu (remise), má však sklony ke chronicitě a tak snižuje společenské a pracovní uplatnění nemocného. Schizofrenií onemocní asi 1 ze 100 lidí bez rozdílu národnosti a pohlaví. U mužů se nemoc projevuje dříve s těžším průběhem a má větší sklon ke chronicitě, nežli u žen. Nemoc se nejčastěji projevuje v pubertě a raném mladém věku. Schizofrenie je léčitelná s větším či menším úspěchem, ale nikdy nemůžeme říci, že je vyléčitelná. Pokud se nemoc odhalí v raném stadiu, pacient užívá pravidelně medikaci a dodržuje režim, může se předejít chronicitě onemocnění a prodlouží se období remise. Ze studií vyplývá, že u 50% nemocných se do jednoho roku od první ataky, objeví ataka druhá. Nemoc se ustálí přibližně až po 5 letech léčby. (2,6)

1.2. Historie onemocnění

Pojem schizofrenie je znám zhruba 100 let, ale onemocnění má historii mnohem delší. Sahá až do dob antiky, kdy byli schizofrenici považováni za posedlé zlými duchy a léčili je kněží v chrámech.

K současnému chápání schizofrenie přispěli zejména tři významní klinikové. Emil Krapelin (1856- 1926) použil termín „dementia praecox“ v roce 1899, který popisoval časný začátek, chronický průběh a špatnou prognózu nemoci. Eugen Bleuler (1857- 1939) nahradil termín „dementia praecox“ termínem „schizofrenie“ v roce 1911 a zaměřil se zejména na symptomy schizofrenie.

Profesor Kurt Schneider (1887- 1967) identifikoval skupinu 11 příznaků, rozdělených na dva řády, které měly zvláštní cenu v rozpoznání nemoci. „Příznaky prvního řádu“: ozvučování vlastních myšlenek, sluchové a verbální halucinace, vkládání nebo brání myšlenek. „Příznaky druhého řádu“: halucinace, náhlé bludné nápady, zmatenost, depresivní nebo euforické výkyvy nálady, emoční oploštění. Timothy Crow v roce 1980 navrhl dichotomické rozdělení schizofrenie. Schizofrenie I. typu, charakterizovaná pozitivními příznaky (bludy, halucinace, dezorganizovaná řeč, bizarní chování, motorické poruchy), má lepší odpověď na léčbu neuroleptiky. Schizofrenie typu II., s převahou negativních příznaků (emoční oploštění, abulie, apatie), má horší odpověď na léčbu neuroleptiky. N. Andreasenová dle negativních a pozitivních příznaků předpokládala existenci i smíšeného typu schizofrenie.

Dnes se schizofrenie diagnostikuje dle kritérií desátého vydání Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) a dle čtvrtého vydání Diagnostického manuálu americké psychiatrické asociace (DSM-4). Podle převládajících pozitivních nebo negativních příznaků schizofrenii dělíme na paranoidní, hebefrenní, katatonní a simplexní, nediferencovaná a reziduální. (2,6)

1.3. Etiologie a patogeneze

Dodnes nevíme, zda existuje jedna hlavní příčina nemoci. Předpokládáme multifaktoriální etiologii a mnohočetné patologické vlivy. Od počátku 70. let dvacátého století, chápeme schizofrenii jako důsledek vzájemného působení dvou faktorů dispozice (zranitelnosti) a zátěže (stresu). Podle této teorie dědičná nebo získaná vloha vede k selhání adaptivních funkcí duševního života pod vlivem zátěže. Některé hypotézy o příčinách vzniku schizofrenie nebyly doposud potvrzeny a některé se postupně vyvracejí.

Jeden z faktorů etiologie jsou **infekční onemocnění matky ve druhém trimestru těhotenství**, zejména viry chřipky. Častější jsou **porodní komplikace**, které vedou k hypoxii nebo regionálnímu traumatu. Použití porodních kleští při

porodu může způsobit lokální krvácení u dítěte a úzký porodní kanál může vést ke kompresi nervové tkáně.

Jednou z prokázaných příčin onemocnění, jsou **genetické faktory**. Největší riziko výskytu schizofrenie má jednovaječné dvojče nemocného, je to přibližně 48%. Pro dvojvaječné dvojče je riziko už jenom kolem 17%, pro sourozence pod 10%. Děti schizofreniků mají 10% pravděpodobnost rozvoje schizofrenie. U vzdálenějších příbuzných je riziková zátěž od 2% do 6% (hodnoty z učebnice Psychiatrie C. Höschl, J. Švestka, J. Libiger). K poznání o důležitosti genetického faktoru přispěly dvojčecí a adopční studie. Chtěly prokázat propojení životního a sociálního prostředí a genetické zátěže.

Další možnou příčinou schizofrenie je **zvýšené množství D2 receptorů v mozku** (striatum-součást extrapyramidového systému) produkujících dopamin. Dopaminová hypotéza vychází z poznatků o účinku klasických antipsychotik, která blokují D2 postsynaptické receptory a tím snižují hyperfunkci dopaminergního systému. Dopaminoví agonisté, jako například amfetamin, vyvolávají schizofrenní psychózu, která je neuroleptiky ovlivnitelná. Tato hypotéza je v posledních letech zpochybňována, protože se nepodařilo potvrdit zvýšené množství D2 receptorů u neléčených nemocných na vyšetření PET (pozitronová emisní tomografie) a SPECT (jednofotonová emisní tomografie). U schizofrenie s pozitivními příznaky se předpokládá hyperfunkce dopaminu v mezolimbické oblasti a hypofunkce v prefrontální mozkové kůře u nemocných s negativními příznaky.

Význam **serotoninu** v etiologii schizofrenie není doposud znám. Avšak většina nových antipsychotik má výraznou afinitu k serotoninovým receptorům. Působením agonisty LSD (diethylamid kyseliny lysergové) na serotoninové receptory může vyvolat psychózu.

Glutamát může být patologicky zvýšen v různých částech mozku u schizofreniků. Navzájem se ovlivňuje v aktivitě i výdeji neurotransmiterů s dopaminem. Fencyklid a ketamin, kteří jsou agonisty glutamátových receptorů, způsobují také psychózu. (6)

Užívání návykových látek jako alkohol, marihuana, pervitin atd. není příčinou onemocnění, pouze může urychlit propuknutí nemoci nebo zhoršit příznaky.

1.4. Diagnostika

Diagnostika onemocnění začíná rozhovorem s nemocným a sestavením lékařské anamnézy. **Anamnéza** patří v psychiatrii mezi nejdůležitější součásti vyšetření. Je cenným zdrojem pro získání informací a navázání vztahu mezi lékařem a nemocným.

Pomocné vyšetřovací metody mají v psychiatrii největší význam při vyloučení somatického nebo neurologického onemocnění. U každého pacienta se provádí odběr **krve na biochemické vyšetření** (glukóza, Na, K, Cl, Ca, urea, kreatinin, kyselina močová, bilirubin, protein, ALP, AST, GMT, cholesterol celkový, CRP, TSH), na **hematologické vyšetření** (KO + diferenciál) a odběr **moče pro biochemické vyšetření** (moč + sediment). U pacientů podezřelých z užívání drog se provádí **toxikologické vyšetření moče**.(3)

EKG by se mělo provádět u pacientů, kteří začínají užívat atypická antipsychotika a v průběhu jejich léčby. Některá atypická antipsychotika mohou způsobovat prodloužení intervalu QTc a způsobovat tak komorové arytmie.

EEG podává informace o elektrické aktivitě centrální nervové soustavy měřením napětí mezi elektrodami umístěnými na povrchu hlavy. Na EEG snímku je u schizofreniků pozorována menší alfa aktivita a větší aktivita beta. Antipsychotika zvyšují množství pomalých vln a snižují frekvenci rychlých vln.
(3)

Psychologické vyšetření prováděné psychologem pomocí různých testovacích metod a testů. Nejčastěji se využívá k podpoře diagnostiky v počátečních nemoci. Používají se projektové testy, například Roschachův test (podle Hermanna Roschacha), dalším je FDT (figur drawing test) test kresby lidské postavy, asociační experiment, dotazník MMPI-2 (Minnesota multiphasic personality inventory).

1.4.1. Diagnostická kritéria pro schizofrenii dle MKN-10 (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí-10. verze)

Pro potvrzení diagnózy schizofrenie musí být přítomen alespoň jeden ze symptomů z odstavce „a“ nebo alespoň dva ze symptomů z odstavce „b“, a to po většinu období epizody psychotického onemocnění, které trvá alespoň jeden měsíc.

a) musí být přítomen alespoň jeden z těchto znaků:

- ozvučování myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek
- halucinatorní hlasy, které neustále komentují chování pacienta nebo o něm mezi sebou rozmlouvají, nebo jiné typy halucinatorních hlasů, přicházející z určité části těla
- bludy kontrolování, ovlivňování nebo prožitky pasivity, které se jasně vztahují k pohybům těla nebo údů nebo specifickým myšlenkám, jednání nebo cítění, bludné vnímání
- jiné trvalé bludy, které jsou v dané kultuře nepřijatelné, jako náboženská nebo politická identita, nadlidské síly nebo schopnosti

b) nebo dva následující znaky:

- přetrvávající halucinace v kterékoli formě vyskytující se každý den po dobu alespoň jednoho měsíce, a které jsou doprovázeny trvale zvýšeným sebehodnocením
- neologizmy, zárazy a vkládání jej do toku řeči, inkoherence řeči
- katatonní jednání (např.: vzrušenost, negativismus, snížená aktivita a reaktivita)
- přítomnost negativních příznaků (např.: výrazná apatie, ochuzení řeči, emoční oploštění, nepřiměřené emoční reakce)

paranoidní schizofrenie:

- musí být splněna obecná kritéria pro schizofrenii (viz výše)
- musí převládat bludy nebo halucinace
- negativní příznaky mohou být v mírném stupni přítomny, ale nesmí převládat

(2)

1.4.2. Zobrazovací metody

Zobrazovací metody významně rozšířily klinický a výzkumný záběr psychiatrie. Díky těmto metodám mohou psychiatři studovat strukturu a funkci mozku. To umožňuje mapovat normální funkci mozku a hledat odchylky. Každá z metod přináší trochu jiné informace a má své výhody i limitace. (2)

CT (počítačová tomografie) je nejstarší zobrazovací metodou v psychiatrii. Je založena na měření změn intenzity rentgenového paprsku při průchodu hlavou. Jedná se o zeslabující rentgenový paprsek. CT je metodou volby při zobrazení kostí. Pomocí CT psychiatři určují objem mozkových komor, ale také mozkové nádory a aneurysma. (2)

MR (magnetická rezonance) pracuje na principu registrování signálů vydávaných vodíkovými atomy (protony) v pacientově těle. Vychýlení atomů z rovnováhy radiofrekvenčním pulzem a zachycení rychlosti jejich návratu do původního stavu se označuje jako „relaxační“ čas. Zjednodušeně MR funguje na 3 principech: excitaci, relaxaci a navrácení protonů do původního stavu. Pomocí MR se dá měřit velikost mozkových komor, mozkové gyry, (abnormity gyrifikace jsou typické pro schizofrenii), jednotlivé laloky mozku, korové a podkorové oblasti, mozkomíšni mok, šedou hmotu a bílou hmotu mozkovou. MR vyšetření je považováno za šetrné, protože se nevyskytuje ionizující záření. Má však závažné kontraindikace, jako kardiostimulátor, kovové předměty v těle a těhotenství. (2)

SPECT (jednofotonová emisní tomografie) zobrazuje globální, ale i regionální perfuzi mozku. Funguje na základě podání radioaktivní látky (radiofarmakum)

nitrožilně a sleduje se scintilační kamerou jeho pohlcení a nahromadění v buňkách mozku. Používá se zejména k zobrazení tkání.

U schizofreniků byla nalezena snížená perfuze prefrontální kůry. (2)

PET (pozitronová emisní tomografie) funguje na základě pozitronových zářičů, které vyzařují pozitrony. Pozitrony se srazí ve tkáni mozku s elektronem a tím vzniknou 2 fotony, které jsou poté detekovány scintilační kamerou.

Pomocí PET se sledují změny různých kognitivních procesů u schizofrenie (např. pozornosti a formy paměti), poruchy funkce frontálních a temporálních laloků, ale i poruchy mozečku a talamu.

PET je mnohem šetrnější a podrobnější vyšetření nežli SPECT, také je ale nákladnější. (2)

1.5. Formy schizofrenie

Paranoidní schizofrenie

Jedná se o nejběžnější typ schizofrenie. První příznaky se objevují nejčastěji mezi 20. a 30. rokem života. V klinickém obraze dominují bludy (nejčastěji paranoidní), obvykle provázené halucinacemi (nejčastěji sluchovými, které pacientovi hrozí, nebo mu dávají příkazy). Nemocný se může cítit ohrožen jinými lidmi, silně žárlí, nebo se cítí být pronásledován.(13)

Hebefrenní schizofrenie

Začíná nejčastěji v dospívání a časně dospělosti. Typické pro tuto formu schizofrenie je klackovitost, drzost, nepředvídatelné chování a emoce. Dále se může projevovat vulgární řečí, grimasami, bizarními zájmy, agresivitou a provokováním. Tyto příznaky jsou často zaměňovány za projevy puberty a bývají společensky neakceptovatelné. Můžou se vyskytovat i halucinace. (13)

Katatonní schizofrenie

Je jedním z mála duševních onemocnění, které bezprostředně ohrožuje život pacienta. V úvodu mohou být bludy, halucinace, později však nemocný upadá do stuporu (ztuhlosti), výjimečně až charakteru voskové figury. Tělo a končetiny setrvávají v nastavených polohách a při pasivních pohybech je zvýšený svalový tonus (flexibilitas cerea, katalepsie). Je mutistický (nemluví). Může se objevit agresivní nebo autogresivní jednání nemocného. Následuje rozvrat metabolismu, hypertermie. Nemoc je nutno včas diagnostikovat a léčit. Pokud nemocný nereaguje na léčbu benzodiazepiny a antipsychotiky, je nutné přistoupit k léčbě elektrokonvulzemi z vitální indikace. (13)

Simplexní schizofrenie

Rozvíjí se plíživě, je charakterizována neobvyklým, podivínským až bizarním chováním, autistickým stažením, pomalu se snižující schopností sociální adaptace, poklesem studijní či pracovní výkonnosti, emočním oploštěním, které však může být prolomeno nepřiměřeným intenzivním afektem. Myšlení je obsahově chudé. Nejsou přítomny bludy, halucinace. Tato forma schizofrenie je nepříznivá a efekt léčby bývá malý. (4)

Reziduální schizofrenie

Jedná se o chronické stadium nemoci po předchozích akutních atakách schizofrenie charakterizované negativními příznaky. V popředí klinického obrazu je zpomalené psychomotorické tempo, chudá afektivní reaktivita, nedostatek iniciativy, hypobulie, málomluvnost, chudá mimika a omezená schopnost zrakového kontaktu, snížená sociální adaptivita a snížená sebek péče. (4)

Nediferencovaná schizofrenie

Tato forma nemoci splňuje obecná kritéria pro schizofrenii, ale svými příznaky neodpovídá žádné uvedené formě schizofrenie. Příznaky nejsou dostatečně výrazné nebo je příznaků tolik, že naplňují současně kritéria pro více forem nemoci. Někdy je tato forma označována jako atypická schizofrenie. (4)

1.6. Příznaky onemocnění

Každý druh schizofrenie má své specifické příznaky. Mají tendenci se zhoršovat a stupňovat se. Příznaky mohou nemocného provázet od jednoho měsíce až po celý jeho život. Obecně se příznaky dělí na pozitivní, negativní a smíšené.

Mezi pozitivní příznaky patří: bludy, halucinace, dezorganizovaná řeč, dezorganizované a bizarní chování.

Bludy: jsou poruchy myšlení. Jde o mylné přesvědčení na základě nesprávně vnímané reality, toto přesvědčení si nemocný uchovává i přes nezvratné důkazy o jeho nesprávnosti.

- Bludy paranoidní: vznikají na základě podezíravosti a vztahovačnosti, nemocný má naprostou nedůvěru v lidi, má pocit, že ho ovládají, pomlouvají ho, pronásledují ho a škodí mu.
- Bludy depresivní: souvisí s poruchou nálady. Nemocný má pocity bezmocnosti, předvídá katastrofu, je hypochondrický.
- Bludy expanzivní: souvisí s manickou náladou. Nemocný věří ve své mimořádné schopnosti, vynálezecké schopnosti, nebo že je vznešeného, nadpřirozeného původu.

Halucinace: jsou poruchy vnímání. Nemocný je přesvědčen o skutečnosti vjemu bez objektivně přítomného podnětu. Vzniká pouze poruchou činnost mozku

- Halucinace zrakové: jednoduché (záblesky, obrazce), komplexní (postavy, zvířata)
- Halucinace sluchové: přicházejí z vnitřku nebo okolí pacienta. Pacienti je nazývají hlasy. Obsah je většinou nepříjemný. Hlasy nepřetržitě komentují pacientovy myšlenky či chování, hádají se, radí mu, nebo pacientovi něco přikazují. Nemocný reaguje naslouchacími postoji.
- Halucinace čichové: nepříjemné pachy.

- Halucinace tělesné: pacient pociťuje na různých místech tlak, brnění, necitlivost.

Dezorganizovaná řeč: je porucha řeči a komunikace, která pravděpodobně odráží dezorganizaci myšlení. Z nedostatku myšlenek je řeč nemocného chudá a mohou se vyskytovat zárazy v řeči. Neologismy jsou pojmy vymyšlené pacientem, jímž nikdo jiný nerozumí. Extrémní podobou dezorganizované řeči je „slovní salát“.

Dezorganizované chování: je porucha motorického nebo behaviorálního monitorování a kontroly.

Mezi negativní příznaky patří: alogie, emoční oploštělost, anhedonie, abulie

Alogie: je ochuzená řeč nebo řeč postrádající obsah.

Emoční oploštělost: je snížená schopnost vyjadřovat emoce, citová otupělost.

Anhedonie: je neschopnost prožívat radost, ztráta zájmu o sociální interakce.

Abulie: je neschopnost zahájit nebo setrvat v cílevědomém chování, nerozhodnost. (2)

1.7. Průběh onemocnění

Na průběh onemocnění má vliv typ pacientovy osobnosti, sociální a rodinné prostředí. Spouštěčem může být infekční onemocnění, těžká životní událost, stres nebo konzumace návykových látek.

Onemocnění začíná **premorbidním obdobím**. Projevuje se poruchami pozornosti a sociálním stažením a má tendenci se prohlubovat. Nemá specifický charakter a může být okolím nepoznáno. Premorbidní období přechází plynule do **prodromálního období**. Nespecifické příznaky tohoto období jsou již nápadnější a mohou se stát důvodem ke kontaktu se zdravotnickým zařízením. Projevují se příznaky jako kolísavá úzkost, depresivní ladění, hloubavost, ozvláštňené vnímání

a vztahovačnost. Typické jsou především negativní příznaky (nemluvnost, zploštění, emoční stažení). Za několika měsíců až let prodromální fáze přechází do **první psychotické epizody**. V psychotické atace se vedle bludů a halucinací objevují příznaky odpovídající příslušné formě schizofrenie, jako ambivalence a paratymie, poruchy myšlení od rozbíhavosti a nelogických skoků až po úplnou inkoherenci a poruchy motoriky. Čím rychlejší nástup a bouřlivější průběh má první psychotická ataka, tím lepší je prognóza onemocnění. Naopak u pozdního nástupu a vleklého průběhu psychózy je prognóza nemoci horší. Po první epizodě dochází u většiny nemocných k **relapsům**. Po období relapsů a remisí v různých průběhových variantách dochází často ke stabilizaci a někdy i k trvalé remisi jen s nepatrnou reziduální symptomatikou. Množství pacientů, kteří prodělají pouze jedinou epizodu onemocnění, se pohybuje mezi 15- 22%. U některých pacientů přechází schizofrenie do **reziduální formy**, která se vyznačuje zejména negativními příznaky. (6)

1.8. Léčba onemocnění

Léčba schizofrenie je komplexní a sestavena individuálně každému pacientovi. Základem je farmakoterapie kombinovaná s psychoterapií a sociální rehabilitací. Pokud je farmakologická léčba neúčinná nebo je schizofrenie v chronickém stadiu, je vhodnou indikací elektrokonvulzivní terapie.

Farmakoterapie

Antipsychotika (neuroleptika)

Hlavní účinek je antipsychotický, což znamená, že od nich očekáváme schopnost korigovat bludné a halucinatorní příznaky, stejně tak symptomy manické. Dobře také působí na potlačení neklidu a agresivity. Po dobu užívání antipsychotik jsou psychotické příznaky potlačeny, a proto je potřeba jejich dlouhodobé užívání. Mechanismus účinku tkví v blokádě dopaminových

postsynaptických D2, D3, D4 receptorů. Neuroleptika dokážou i v různé míře blokovat serotoninové S2 a S1 receptory, alfa adrenergní receptory. (6)

a) Klasická antipsychotika dobře ovlivňují pozitivní psychotické příznaky (halucinace, bludy, dezorganizované myšlení), ale nemají dostatečný vliv na negativní symptomy (apatie, emoční oploštění). Jejich podstatou je blokáda presynaptických a současně postsynaptických dopaminových D2, D3 receptorů a přibližně po 12 týdnech blokáda dopaminového systému. Klasická antipsychotika se dělí na bazální a incizivní.

- Bazální antipsychotika: vyznačují se malým miligramovým složením v lécích. Působí sedativně, proto se používají při léčbě neklidu a insomnie. Četně způsobují vegetativní nežádoucí účinky.
- Incizivní antipsychotika: vyznačují se silným účinkem na pozitivní psychotickou symptomatologii, neklid a agresivitu, protože mají vysokou obsazenost na dopaminových D2 receptorech. Tato vysoká obsazenost D2 receptorů bohužel často vede k extrapyramidovým nežádoucím účinkům. V ojedinělých případech způsobují také maligní neuroleptický syndrom. (6)

b) Atypická antipsychotika se také označují jako antipsychotika 2. generace. Dobře působí na psychózy a mají lepší snášenlivost, než klasická antipsychotika. Ovlivňují v menší míře pozitivní, ale i negativní, afektivní a kognitivní příznaky schizofrenie. Výhodou atypických antipsychotik je, že nezpůsobují extrapyramidové příznaky, ani maligní neuroleptický syndrom. Některá atypická antipsychotika (např. Olanzapin) zvyšují tělesnou váhu a mohou indukovat inzulorezistenci a u predisponovaných nemocných provokovat vznik diabetu 2. typu. (6)

Psychoterapie

Znamená léčebné působení psychologickými prostředky. Jejím cílem je odstranit nebo zmírnit příznaky, odstranit nežádoucí chování a postoje, které vedou ke konfliktům a frustracím. U schizofrenie je jen doplňkovou léčbou, spíše

se zaměřuje na edukaci rodiny a pacienta a posílení správného užívání medikace. (12)

Rodinná terapie se snaží s využitím individuálních a skupinových technik upravit vhodné vztahy v rodině v zájmu duševního zdraví. Na řešení problémů se podílejí všichni členové rodiny. Rodinná terapie může posílit i účinek farmakoterapie. Tato terapie pomáhá rodině pochopit onemocnění a učí ji s ním pracovat. (12)

Kognitivně- behaviorální terapie (KBT) spočívá v nácviku žádoucího a odnaučení nežádoucího chování. Kognitivní část učí pacienta rozumově myslet a opravovat chybné myšlenky, behaviorální část se zaměřuje na odstranění chybného chování a v rámci pozitivního nácviku se posiluje nacvičování správné reakce. KBT se v léčbě schizofrenie uplatňuje především v situacích, kdy pacienta sužují přetrvávající psychotické příznaky. (12)

Individuální, podpůrná terapie pomáhá řešit problémy, které by jinak sloužily jako psychologický spouštěč psychózy. Individuální psychoterapie může pacientovi pomáhat při udržování kontroly nad svým chováním a prožíváním. (12)

Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace se koncentruje na nácvik sociálních dovedností a sociálních vztahů se zaměřením návratu pacienta do pracovního a rodinného života. (3)

Léčebná tělesná výchova zahrnuje ranní rozcvičky, skupinová a individuální cvičení. LTV se ordinuje somaticky zdravým pacientům k celkovému zlepšení jejich tělesného stavu a sociálního kontaktu. (3)

Pracovní terapie je léčba prací nebo zaměstnáváním, která má charakter produktivní pracovní činnosti, výroby, užitkových i uměleckých předmětů. Pracovní terapie se realizuje v nemocničním prostředí, ale i mimo něj (chráněné dílny). Vede nemocného k sociálnímu kontaktu, posiluje jeho sebevědomí, trénuje manuální a kognitivní funkci. Přípravuje pacienta na návrat do zaměstnání.(3)

Umělecko výchovná terapie

Arteterapie je vhodná pro pacienty, kteří obtížně navazují kontakt s okolím a nedokážou snadno verbalizovat své obtíže. Nejčastěji se provádí skupinově v ateliérech, kde mají pacienti prostor a potřebné pomůcky. V pacientech by měla probouzet kreativitu, emoce, soustředění, uvolnění. V kresbách a malbách pacientů lze vyčíst jejich náladu, emoce, projevy agrese, strachu, úzkosti atd.

Biblioterapie se provádí ve formě skupinového čtení knih s úmyslem usměrnit myšlenkový obsah nemocného, odvést jeho pozornost od subjektivních potíží. Předčítá buďto pacient nebo zdravotnický pracovník, ostatní poslouchají. Druhou formou je individuální biblioterapie, kdy si pacient vybere knihu sám, nebo na doporučení zdravotníka. Tuto terapii lze využít bez ohledu na věk. Číst lze naučnou literaturu, beletrii, noviny, edukační materiály atd.

Muzikoterapie umožňuje aktivní projev (zpěv, tanec), hru na jednoduchý nástroj, tak i pasivní poslech. Pracuje s několika technikami. Stěžejní je hudební improvizace. Improvizáční činnost probouzí v pacientovi kreativitu, sebedůvěru, nové vzorce chování. Další technikou je hudební interpretace, pomáhá posílit sebedůvěru, rozvíjet hudební dovednosti, sociální a kognitivní funkce, také pomáhá zmírňovat úzkosti a obavy z veřejného projevu. Poslech hudby může vyvolávat vzpomínky, evokuje emoce, příjemné pocity, je zde důležitý výběr hudby dle vkusu pacienta. Psaní písní je obtížnější technika a nehodí se pro každého pacienta. Pacienti mohou v textu písně ventilovat své úzkosti, obavy, vzpomínky, představy. Pohybové aktivity při hudbě rozvíjejí koordinaci pohybu, svalovou sílu a pohybovou kreativitu.

(3)

ECT (elektrokonvulzivní terapie)

ECT je dnes považována za naprosto osvědčenou metodu u závažných akutních a rezistentních stavů v psychiatrii. Její výhodou je rychlý nástup terapeutického účinku v porovnání s farmaky, dále bezpečnost a nízký výskyt nežádoucích účinků a komplikací. Někdy je to život zachraňující terapie, např. u těžkých depresivních stavů a katatonii schizofrenie.

Podstatou léčby je vyvolání stavu podobného epileptickému záchvatu, který vzniká po průchodu elektrického proudu mozkovou tkání. K ECT se využívá střídavý proud 300- 600 mA, 90- 140 V o frekvenci 50- 60 cyklů/sec. Aplikovaný po dobu 0,3- 1,2 sec.

Mechanismus účinku není zcela jasný. Je známo, že ECT zlepšuje propustnost hematoencefalické bariéry, dále pak nespecificky stimuluje dopaminergní, serotonergní i adrenergní transmissi.

Indikaci ECT léčby určuje ošetřující psychiatrický lékař a zahajuje se většinou až po vyzkoušení jiné léčebné metody, zvláště psychofarmakologické. Nejčastější indikací jsou těžší formy deprese, zvláště s rizikem sebevraždy, stuporózní deprese a poporodní deprese. Další indikací jsou manie spojené s neklidem, farmakorezistentní schizofrenie, zvláště katatonii a paranoidní formy. Někdy se ECT léčí i mentální anorexie, obsedantní syndrom a psychogenní psychózy.

Kontraindikací ECT je stav po akutním infarktu myokardu, výduť srdečnice, těžší hypertenze, tromboflebitida, výduť mozkových cév, mozkový nádor, stav po mozkovém krvácení, glaukom, zlomeniny kostí, závažné onemocnění plic, jater a ledvin, časně těhotenství.

Před provedení ECT je nutné získat souhlas od pacienta, pokud není schopen, tak od jeho příbuzných. Jako u každého výkonu v anestezii je třeba udělat interní vyšetření, anesteziologické konzilium, EKG, základní laboratorní vyšetření, u starších pacientů RTG srdce, plíce a pro ECT zvláště vyšetření očního pozadí.

Před samotným výkonem je pacient od půlnoci lačný, nekouří, nepije, je vyprázdněný. Nejpozději 2 hodiny před ECT se podávají jen somaticky důležité léky a premedikace. Pacientovi se vyndají z úst zubní protézy, pokud je používá.

Na ECT pracovišti musí být zaveden centrální rozvod kyslíku nebo být přítomna kyslíková bomba, defibrilátor, pomůcky a léky potřebné k resuscitaci,

odsávačka, EKG přístroj, pulzní oxymetr, tlakoměr a fonendoskop. ECT se účastní anesteziolog, anesteziologická sestra, pacientův ošetřující lékař, sestra a sanitář.

Pacient se odváží na ECT pracoviště na lůžku. V ECT místnosti je pacient připojen na EKG svody, pulzní oxymetr a změří se krevní tlak. Pokud jsou všechny hodnoty v pořádku, očistí se pacientovi spánky lihobenzinem a osuší. Anesteziologická sestra zavede periferní žilní katetr a dle ordinace anesteziologa aplikuje anestetika. Pacientovi se do úst vkládá mulový roubík, kvůli případnému pokousání se. U starších přístrojů jako Comatron přiloží lékař stimulační elektrody a sestra provede test přístroje. Nové přístroje jako Thymatron mají samolepící elektrody, které snímají i EEG u pacienta a test si přístroj provede sám. Elektrody jsou potřeny vodivým gelem. Pokud byl test ECT přístroje úspěšný (odpor v rozmezí 200- 3000 ohmů) přistoupí se ke stimulaci. Stimulaci provádí psychiatr. Po dobu stimulace je vhodné pacienta na lůžku přidržovat. Vizuálně můžeme na pacientovi sledovat naznačenou tonickou fázi viditelnou zejména na palcích dolních končetin, vystřídanou klonickou fází, poté přichází uvolnění. Anesteziolog krátce po elektrošoku a odeznění klonické fáze zahájí řízené dýchání s aplikací kyslíku a to až do obnovení spontánního pravidelného dýchání. Poté se pacient odváží na pokoj a je po dobu 1 hodiny sledován, dle rozpisu anesteziologa se měří TK a puls. Přibližně za 2 hodiny může pacient vstát a najíst se.

Počet ECT opakování je 8- 10x, u těžkých případů až 12x. Frekvence je průměrně 2x týdně. (8)

1.9. Komplikace a nežádoucí účinky léčby

Nežádoucí účinky antipsychotik

Vegetativní nežádoucí účinky jsou nejméně závažné nežádoucí účinky antipsychotik. Vyvolávají je především bazální antipsychotika. Mezi

vegetativní příznaky patří ortostatická hypotenze, tachykardie, retence moči, pocení, vzestup váhy, poruchy menstruačního cyklu. (12)

Extrapyramidový syndrom patří mezi závažnější nežádoucí účinky antipsychotik, zejména incizivních.

Akutní extrapyramidové příznaky (hypokineticko- hypertonický syndrom) se projevuje bolestivými svalovými spasmy šíjových, obličejových a okohybných svalů, dále psychomotorickým neklidem s přešlapováním. Jsou způsobeny akutní bloádou dopaminových receptorů v oblasti bazálních ganglií. Tyto akutní příznaky lze odstranit snížením dávky antipsychotik a aplikací antiparkinsonik.

Pozdní extrapyramidové příznaky projevující se tardivní dyskynezi (mimovolní abnormní pohyby choreiformního charakteru končetin, svalů obličeje a jazyka), tardivní dystonií (tortikolis, opistotonus). Tyto poruchy jsou způsobeny chronickou bloádou dopaminových receptorů v oblasti bazálních ganglií. Pozdní příznaky odstraňujeme snížením dávky antipsychotik a přechodem na atypická neuroleptika. Je zde zvýšené riziko trvalého organického poškození mozku. (12)

Maligní neuroleptický syndrom je závažnou a život ohrožující komplikací léčby antipsychotiky z incizivní skupiny. Nejde o častou komplikaci. Předpokládanou příčinou je masivní a akutně vzniklá bloáda dopaminergního systému bazálních ganglií. Klinicky se projevuje stuporem, hypertermií (TT nad 40°C), svalovou rigiditou, tremorem, tachypnoí, hypertenzí, poruchami vědomí a katatonními příznaky. V konečném stadiu hrozí metabolický rozvrat a kóma. Terapie na JIP a podávají se antipyretika, myorelaxancia a stimulanty dopaminergních receptorů. (12)

Další možné komplikací léčby mohou být prolaktinémie, anémie, granulocytopenie, trombocytopenie, flebotrombózy, hepatopatie, proarytmie. (12)

Nežádoucí účinky a komplikace ECT

I přes zlepšující se přístrojové vybavení a zkvalitňování péče se stále objevují nežádoucí účinky a může dojít i ke komplikacím.

Nežádoucí účinky

Bolesti hlavy se objevují u třetiny pacientů po výkonu. Bolesti svalů se vyskytují mnohem vzácněji. Nausea a zvracení nejsou také příliš častými nežádoucími účinky. Mezi nejčastější a nejnepříjemnější nežádoucí účinky patří poruchy paměti. Jedná se o amnézii anterográdní (nemocný si nevybaví události bezprostředně po výkonu), retrográdní amnézii (amnésie na události krátce před výkonem) a subjektivní pocity paměťové dysfunkce, které se vyskytují až po ukončení ECT. Poruchy paměti závisejí na umístění elektrod, formě stimulu a napětí, na počtu a frekvenci konvulzí. Po ukončení elektrokonvulzivní terapie se paměť plynule upravuje a zlepšuje v rozmezí 3 až 6 měsíců. (8)

Komplikace

Zlomeniny obratlů, kostí a luxace čelisti vymizely po zavedení celkové anestezie při ECT. Stále však přetrvává riziko srdeční zástavy i přes atropinovou premedikaci. Celková anestezie však přinesla jiný druh komplikací. Jednou z nich je prodloužené apnoe způsobené zpomaleným odbouráváním sukcinylcholinu. Dalšími komplikacemi jsou status epilepticus, aspirační pneumonie, spontánní paroxysmy a pozáchvatový amentní až delirózní stav. Tyto všechny komplikace se vykytují jen vzácně. (8)

1.10. Základní údaje o nemocném

Muž M. Š. 26 let, v plném invalidním důchodu, bytem v Hradci Králové, byl přijat 11. 1. 2010 na psychiatrickou kliniku (uzavřené oddělení) ve večerních hodinách. Pacienta přivedla matka do ambulance psychiatrické kliniky pro

počínající relaps schizofrenie po vysazení medikace. Jedná se o opakovaný příjem, nyní již 3. Při příjmu měl pacient bludnou produkci, byl přesvědčen, že ho sleduje tajná police, protože se bojí, že by vyřešil případy, které nemají být odhaleny. Pacient si myslí, že má v noze čip, který mu tam byl vsazen při operaci nohy již před rokem. Od té operace má pacient chronické bolesti v pravé končetině v oblasti kolene. Matka udává, že pacient už 14 dní nevyšel z domu, zakazuje jí dívat se na televizi, z okna pozoruje zaparkovaná auta před domem, má strach o jejich bezpečnost. Už týden špatně spí, zhubnul asi 5 kilogramů za posledních 14 dní.

Naměřené hodnoty při přijetí

Výška: 173cm

Váha: 63 kg

BMI: 21,0

Krevní tlak: 120/ 65

Puls: 68´

Dech: 16´

Tělesná teplota: 36,0°C

Celkový stav a úprava nemocného

Pacient je orientován všemi směry. Poruchy myšlení - perzekuční bludy, halucinace nejsou přítomny. Nálada v normě, suicidální myšlenky neudává. Kognitivní funkce zhoršeny. Řeč mírně zrychlená, však srozumitelná. Pacient je nesoustředěný, odbíhá od tématu, lze ho usměrnit. Neprojevuje se agresivně, spíše stažený, nedůvěřivý. Patrné emoční oploštění a utlumená mimika. Nyní je zhoršená chuť k jídlu, úbytek na váze 5 kg. V noci špatně spí, má problémy s usínáním a časným buzením. Pacient přiznává užití marihuany asi před měsícem, jiné drogy a alkohol neguje.

Hlava mezocefalická na poklep nebolestivá, zornice izokorické, bulby ve středním postavení, skléry anikterické, krk nebolestivý, štítná žláza nezvětšena, hrudník symetrický, dýchání je čisté, sklípkové, srdeční akce pravidelná bez

vedlejších zvukových fenoménů, břicho měkké, na pohmat nebolestivé, břišní orgány nezvětšeny, končetiny bez otoků.

Štíhlé postavy, středního vzrůstu, afebrilní, bolestivá pravá dolní končetina v oblasti kolene, chůze mírně zrychlená, upravený, čistý

1.11. Lékařská anamnéza

Rodinná anamnéza: matka - 50 let, léčila se pro depresivní stavy, jinak zdravá. Sestra - 33 let, také se léčila pro deprese, jinak zdravá. Otec - 54 let, pacient neví o jeho zdravotním stavu; matka matky se léčila se schizofrenií

Osobní anamnéza: fyziologické těhotenství, avšak komplikovaný porod kleštěmi, psychomotorický vývoj v normě, běžné dětské nemoci, v 15 letech prodělal mononukleózu bez dalších zdravotních následků, od 18 let se léčí pro paranoidní schizofrenii, celkem 2 relapsy nemoci; 1 operace v 25 letech, komplikovaná zlomenina pravé nohy, po autonehodě, infekce CNS: 0

Farmakologická anamnéza: dříve pacient užíval Invega 6mg (2-0-0), Rivotril 2mg (1-0,5-0), poté změněno na Rivotril 0,5 mg (2-2-2), Leponex 100 mg (1-1-1-1,5), Abilify 10 MG (1-0-0), před 4 týdny medikaci vysadil

Dětství: otec odešel od rodiny, když bylo pacientovi 8 let, rodiče se rozvedli, poté žili bez otce, pacienta to mrzelo, k otci má dobrý vztah, vídají se 1x za 2 roky. Matka si našla nového přítele, je to asi 5 let. Se setrou a s matkou má dobrý vztah. Na dětství nemá moc dobré vzpomínky - odchod otce, depresivní stavy matky a sestry, bouřlivá puberta

Vzdělání: na základní škole bezproblémový student, nepropadal, poté se učil truhlářem, s obtížemi studium dokončil kvůli onemocnění

Pracovní anamnéza: nikdy nebyl zaměstnán, od 18 let invalidní důchod

Sociální anamnéza: bydlí v bytě 3+1 v Hradci Králové s matkou, jejím přítelem a sestrou

Sexuální anamnéza: přítelkyni nemá a nikdy neměl, ale rád by si nějakou našel a odstěhoval se od rodiny

Alergická anamnéza: neguje

Záliby: stolní hry, sledování televize, čtení detektivek

Abusus: zajde si 1x týdně na pivo, tvrdý alkohol pije občas, pravidelně kouří asi 20 cigaret denně, před onemocněním měl zkušenost s pervitinem, před měsícem vykouřil cigaretu marihuany

Ostatní: pacient je nevěřící, řidičský průkaz nemá, dosud nebyl trestně stíhán, pár přestupků

1.12. Průběh hospitalizace

Pacient s diagnózou paranoidní schizofrenie byl přijat na uzavřené oddělení k hospitalizaci dne 11. 1. 2010 ve večerních hodinách pro relaps nemoci, z důvodu samovolné vysazení medikace. Pacient měl bludnou produkci bez přítomnosti halucinací, dále měl problémy se spaním a nechut' k jídlu s následným úbytkem na váze. Dále měl pacient chronické bolesti v pravé noze. Dne 12. 1. 2010 měl pacient biochemické, hematologické vyšetření krve a biochemické, toxikologické vyšetření moči. Z toxikologického vyšetření se zjistilo u pacienta užívání kanabis. 13. 1. 2010 vyšetření EKG.

U pacienta byla základem léčby farmakoterapie doplněná pracovní a pohybovou terapií. Do léčby byla zapojena i pacientova rodina. Edukaci rodiny prováděl ošetřující psychiatr po dvě setkání. Cílem edukace bylo posílit účast

rodiny na léčbě pacienta. Důležité pro úspěšnou léčbu pacienta je pravidelné a dlouhodobé užívání medikace.

Pacient v průběhu hospitalizace užíval naordinovanou medikaci pravidelně. Docházel pravidelně ve všední dny na pracovní a pohybovou terapii. V průběhu hospitalizace se pacientův stav zlepšoval, zmírnila se bludná produkce, pacient lépe spal a přibíral průběžně na váze.

Po měsíci hospitalizace měl pacient povolené vycházky v areálu nemocnice se sanitářem a s rodinou. Poslední víkend před přeložením byl pacient na propustce doma. Rodina udávala, že pacient stále věřil, že má čip v noze, ale pocit sledování neměl. Léky užíval.

Pacient byl po 6 týdnech, tj. 22. 2. 2010 od přijetí přeložen do psychiatrické léčebny XX. Při překladu měl pacient stále přetrvávající bludné představy. Problémy se spánkem a váhou se upravily do 3 týdnů od přijetí.

1.13. Přehled diagnostických výkonů u pacienta

12. 1. 2010 Hematologické vyšetření-krevní obraz + diff

Leukocyty	4,64	10 ⁹ /L	(3,9-9,4)
Erytrocyty	5,8	10 ¹² /L	(4,5-5,9)
Hemoglobin	171	g/L	(135-172)
Hematokrit	0,493		(0,42-0,52)
Barvivo v ery.	28,6	pg	(28-34)
koncový hemoglobin v ery.	0,347	kg/L	(0,32-0,36)
střední objem ery.	84,4	fl	(84-98)
šířš distribuce ery.	12,8	%	(11-15,6)
trombocyty	161	10 ⁹ /L	(140-336)
střední objem trombocytů	10,1	fl	(7,8-11,5)
šíře distribuce trombocytů	13		(12-18)
diferenciál			
eosinofily	0,01		(0,01-0,04)
neutrofilly	0,48		(0,48-0,7)
monocyty	0,07		(0,02-0,08)
lymfocyty	0,36		(0,23-0,45)

12. 1. 2010 Biochemické vyšetření krve

Glukoza	4,9	mmol/L	(3,3-5,6)
Na	14,1	mmol/L	(135-148)
K	3,5	mmol/L	(3,5-5,2)
Cl	99	mmol/L	(95-107)
Ca	2,46	mmol/L	(2,17-2,65)
Urea	4,4	mmol/L	(2,5-8,3)
Kreatinin	88	mmol/L	(50-115)
Kyselina močová	394	mmol/L	(180-420)
Bilirubin	16	mmol/L	(3-17)
bílkoviny	80	g/L	(65-80)
ALT	0,33	ukat/L	(0,21-0,68)
AST	0,34	ukat/L	(0,21-0,68)
GMT	0,28	ukat/L	(0-1,25)
ALP	1,06	ukat/L	(1,04-2,2)
Cholesterol	4,93	mmol/L	2,2-5,2)
CRP	0	mg/L	(0-5)
TSH	2,57	mIU/L	(0,4-4)

12. 1. 2010 Biochemické vyšetření moče-moč+ sediment

Hustota moči	1010	kg/m ³	(1010-1028)
Ph moči	6		(5-6)
Bílkoviny	0	arb.j.	0
Glukóza	0	arb.j.	0
Ketolátky	0	arb.j.	0
urobilinogen	0	arb.j.	0
Bilirubin	0	arb.j.	0
Krev	0	arb.j.	0
Leukocyty	0	arb.j.	0
Erytrocyty	1	10 ⁶ /L	(0-10)
nitráty	negativ	arb.j.	

12. 1. 2010 Toxikologické vyšetření

Kanabinoidy	0,554	mmol/L
Kokain	negativ	mmol/L
Amfetamin	negativ	mmol/L
Opioidy	negativ	mmol/L
LSD	negativ	mmol/L

13. 1. 2010 EKG

Rytmus pravidelný, EKG křivka zcela normální, bez patologií, nález přiměřený věku.

1.14. Přehled terapeutických opatření u pacienta

Základem léčby u pacienta byla farmakoterapie, která byla doplněna o pracovní terapii a pohybovou terapii.

Pracovní terapie

Pod vedením vyškolené pracovní terapeutky si pacient nacvičoval úkony všedních činností jako vaření, mytí nádobí, zašívání, péče o květiny, ale také hledal své nové dovednosti a schopnosti.

Pohybová terapie

Pacient začal každý den ranní rozcvíčkou v kolektivu a po pracovní terapii docházel na pohybovou terapii, která trvala 30 min. Podle instrukcí a návodu pohybové terapeutky cvičil pacient na rotopedu, na eliptickém trenažéru, gymnastickém míči a na závěr končili relaxačními technikami.

Dieta

Pacient měl dietu 3 (racionální), ale byl sledován příjem stravy a prováděn zápis o příjmu stravy do dokumentace. Pacient byl také pravidelně každé pondělí vážen.

Farmakoterapie

Abilify 10 mg tbl.

Dávkování: 1-0-0

Účinná látka: Aripriprazol

Indikační skupina: antipsychotikum (neuroleptikum)

Indikace: k léčení sluchových, zrakových, hmatových halucinací, podezřívavosti, bludů, nesouvislé řeči, poruchy chování a emoční zploštělosti u dospělých a dospívajících osob od 15 let

Nežádoucí účinky: nekontrolovatelné záškuby nebo trhavé pohyby, bolesti hlavy, únavnost, zvracení, zácpa, zvýšené slinění, neklid, ospalost, třes a rozmazané vidění

Leponex 100 mg tbl.

Dávkování: 1-1-1-1,5

Účinná látka: Klozapin

Indikační skupina: antipsychotikum (neuroleptikum)

Indikace: k léčbě pacientů s rezistentní formou schizofrenie a pacientů, kteří mají závažné, neléčitelné neurologické nežádoucí účinky na ostatní antipsychotika

Nežádoucí účinky: pokles počtu bílých krvinek, výskyt křečí, zvýšené teploty, pokles krevního tlaku, mdloby, únava, závratě, zvýšené slinění a pocení

Rivotril 0,5 mg

Dávkování: 2-2-2

Účinná látka: Klonazepam

Indikační skupina: antiepileptika, antikonvulziva

Indikace: k léčbě epilepsie u dospělých i u dětí, k léčbě panické poruchy s agorafóbií nebo bez ní

Nežádoucí účinky: únava, svalové slabosti, změny chování, vzrušení, podrážděnost, dechové obtíže, poruchy vidění

Ibalgin 400 mg

Dávkování: při bolesti nad VAS 3

Účinná látka: Ibuprofen

Indikační skupina: analgetikum, nesteroidní antirevmatikum

Indikace: zmírňuje bolest (zubů, hlavy, zad, svalů, pohybového aparátu) a zánět různého původu, tlumí horečku, k léčbě poranění měkkých tkání a degenerativní onemocnění kloubů

Nežádoucí účinky: pocit na zvracení, zvracení, pálení žáhy, průjem, zácpa, nadýmání, bolest v nadbříšku

Stilnox 10 mg

Dávkování: při nespavosti

Účinná látka: Zoldipen

Indikační skupina: hypnotikum, sedativum

Indikace: pro osoby starší 18 let trpící nespavostí, ke krátkodobému podávání

Nežádoucí účinky: bolesti hlavy, závratě, výpadky paměti, neklid, noční můry, průje, zvracení, bolesti břicha, zmatenost, podrážděnost, dvojitě vidění, měsíčnost, závislost, vyrážka

1.15. Úloha sestry na psychiatrickém oddělení

Psychiatrická sestra, jako každá jiná, by měla usilovat o navrácení zdraví pacienta, uspokojovat jeho potřeby a vést ho k sebepěči. Sestra na psychiatrickém oddělení musí však zvýšeně dbát na bezpečí pacienta a jeho okolí. Měla by rozpoznat rizika zvláštních situací, jako nárůst tenze, neklidu a agrese. Agrese může narůstat pozvolna nebo se vyvine náhle. V takovýchto situacích je důležitá sehranost celého zdravotnického týmu (sestry, lékař, sanitáři). Sestra by měla

s takovýmto pacientem jednat klidně, bez agrese, pohotově a rozhodně. O dalších postupech k zvládnutí agrese (jako ztišující injekce, fyzické omezení) rozhoduje lékař a sestra plní jeho ordinaci a svou ošetrovatelskou péči o pacienta dle standardů oddělení.

Sestra by měla být spojujícím článkem mezi pacientem a lékařem. Všimá si, jak se nemocný projevuje, jaké má potřeby, zda se neobjevily nežádoucí účinky léčby a jak pacient na léčbu reaguje. Sestra nemocného vyslechne a jeho problémy, obavy a dotazy může tlumočit lékaři.

S duševně nemocnými bychom měli komunikovat bez předsudků, citlivě, klidně, nevysmívat se jeho řečem a nezlehčovat situaci. Nejdůležitější je nevyvracet pacientům jejich názory, protože to co oni vidí, slyší, cítí a myslí si považují za pravdivé. Můžeme pouze vyjádřit pochopení a připustit, že jim se tato skutečnost jeví jako pravdivá, ale my máme názor jiný.

Pacienti s psychickým onemocněním hledají ve zdravotnickém personálu důvěru, oporu a bezpečí. Proto je důležité je neustále ujišťovat o jejich bezpečí. Důvěru pacienta získáme tím, že mu budeme naslouchat, odvádět svou práci profesionálně, plnit dané sliby včas a přesně a nedávat sliby nesplnitelné.

Součástí úlohy psychiatrické sestry je kontrolovat správné užívání léků. Sestra by se měla vždy ujistit, zda pacient u sebe neschovává žádné jiné léky, než ty, které má naordinované lékařem. Také kontroluje, zda pacient lék spolknul. Pacienti užijí lék před sestrou a ukážou prázdná ústa.

Pacienti na psychiatrickém oddělení jsou pod zvýšeným zdravotnickým dohledem. Sestry mají přes den neustálý přehled o pohybu pacientů na oddělení a v noci provádějí pravidelné kontroly na pokojích. Na některých pokojích sestry pacienty monitorují kamerovým systémem, pro jejich větší bezpečnost.

Sestry u pacientů s rizikem pádu, ať z důvodu špatné pohyblivosti, demence nebo pod vlivem léků, dbají o jejich bezpečnost. U pacientů s rizikem suicidia sestry odstraní všechny nebezpečné věci (sklo, žiletky, nože, nůžky, ostré předměty pásky, elektrické šňůry, atd.) a jsou pod jejich dozorem.

2. Ošetrovatelská část

1.16. Ošetrovatelský úvod

U pacienta s diagnózou paranoidní schizofrenie jsem pracovala metodou ošetrovatelského procesu. Ke sběru a vyhodnocení informací jsem použila modelu dle Marjory Gordonové (model funkčního typu zdraví). Díky tomuto modelu jsem mohla sestavit anamnézu s ohledem na bio – psycho – sociální potřeby. Informace jsem získala z pozorování, rozhovoru s pacientem, zdravotnické dokumentace a od ostatních zdravotnických pracovníků. Ošetrovatelské diagnózy a plán ošetrovatelské péče jsem stanovila na den 18. 1. 2010 (pondělí), tj. 8. den hospitalizace.

1.17. Ošetrovatelský proces

Je to systematická racionální a vědecká metoda plánování a poskytování individualizované ošetrovatelské péče. Je cyklický, jednotlivých 5 fází se vzájemně prolíná. Člověk je chápán holisticky. Sestra rozpozná pacientovy problémy a stanoví individuální ošetrovatelský plán péče. Vede ke zvýšení kvality péče a efektivity metod použitých při ošetrování nemocných. Poprvé teorii ošetrovatelského procesu použila L. Hallová v roce 1955. (14)

Ošetrovatelský proces se skládá z 5 fází:

1. Zhodnocení nemocného

První informace sestra získá z pozorování. Všíhá si pacientovy výšky, tělesné konstrukce, polohy těla, upravenosti, stavu výživy a hydratace, barvy očí, vlasů, kůže, věku, pohybů. Při rozhovoru máme na výběr ze tří typů. Rozhovor volný by měl probíhat před každým jiným typem rozhovoru,

nejsou dané otázky. Výběrový rozhovor má daný cíl, sestra směřuje pacienta a usměrňuje průběh rozhovoru. Řízený typ rozhovoru má přesně daný cíl i otázky, které jsou jasné, výstižné, konkrétní, není prostor pro rozpovídání pacienta. Dalšími zdroji informací je testování, měření pacienta, ošetrovatelská dokumentace. Cílem je získat co nejvíce informací o nemocném. Informace lze získat od pacienta, od příbuzných a přátel, spolupacientů, zdravotnické dokumentace a od ostatních zdravotnických pracovníků. Tyto získané informace jsou důležité pro stanovení ošetrovatelských potřeb, problémů a diagnóz. Získanými informacemi jsou identifikační údaje, současný zdravotní stav pacienta a anamnestické údaje.

(15)

2. Stanovení ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelská diagnóza se skládá z problému a jeho příčiny. Diagnózy jsou akutní, chronické, potencionální. Ošetrovatelské diagnózy jsou výsledkem zpracování informací o nemocném. Cílem této fáze je společně najít, co pacienta trápí, čím je ohrožen a stanovit priority těchto problémů pro ošetrovatelskou péči z hlediska sestry i pacienta. Sestra může pacientovi při uspokojování potřeb pomáhat radou, edukací, může pomoci vést rodinu a samozřejmě sama poskytuje dobrou ošetrovatelskou péči. (15)

3. Plánování ošetrovatelské péče

Stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů ošetrovatelské péče, dohoda s nemocným o pořadí naléhavosti jejich provedení a určení, jakým způsobem cílů dosáhneme. Vše zapíšeme do ošetrovatelské dokumentace. (15)

4. Realizace ošetrovatelské péče

Každý z účastníků plní svoji příslušnou roli a úkoly dané ošetrovatelským plánem směřující vždy k uspokojení potřeb pacienta. Současně získáváme nové poznatky o nemocném, které nám pomáhají lépe specifikovat ošetrovatelskou diagnózu. (15)

5. Hodnocení efektu poskytnuté ošetrovatelské péče

Při zhodnocení efektu poskytnuté péče zjistíme, zda bylo dosaženo stanoveného cíle, změříme úspěch poskytnuté péče, získáme další informace o pacientovi pro plánování další ošetrovatelské péče, pokud nebylo cíle dosaženo vůbec, nebo jen částečně. (15)

1.18. Model funkčního zdraví dle Marjory Gordonové

Základní strukturu tohoto modelu tvoří celkem 12 oblastí, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu člověka. Sestra pomocí těchto 12 oblastí získá informace od pacienta pro sestavení ošetrovatelské anamnézy, stanovení aktuálních a potenciálních diagnóz, vypracování plánu péče a jeho realizaci.

Obecná charakteristika jednotlivých oblastí:

1. Vnímání zdravotního stavu

Popisuje, jak pacient vnímá svůj zdravotní stav, pohodu a jakým způsobem o své zdraví pečuje, jaký má životní styl a jak zvládá rizika spojená se svým zdravotním stavem.

2. Výživa a metabolismus

Popisuje způsob příjmu potravy a tekutin ve vztahu k metabolické potřebě organismu. Zahrnuje individuální způsob stravování a příjmu tekutin, kvalitu a kvantitu jídla a tekutin. Hodnotíme stav kůže, kožní defekty, poranění, stav vlasů, nehtů, sliznic a chrupu, tělesnou teplotu, výšku a hmotnost.

3. Vylučování

Popisuje způsob, frekvenci, barvu a konzistenci moče a stolice, poruchy při vyprazdňování, užívané pomůcky. Pocení a jeho oděr.

4. Aktivita a cvičení

Popisuje aktivity ve volném čase pacienta, základní denní životní aktivity, faktory které brání v aktivitě a kompenzační pomůcky, které pacient používá.

5. Spánek a odpočinek

Popisuje způsob, kvalitu, kvantitu a denní dobu spánku, odpočinku, relaxace. Zjišťujeme zvyklosti navození spánku a užívání medikamentů.

6. Vnímání, poznávání

Popisuje kvalitu smyslového vnímání jako je sluch, zrak, chuť, čich, hmat a používání kompenzačních pomůcek. Dále úroveň vědomí, mentální funkce a orientaci místem, časem, osobou. Přítomnost a charakter bolesti.

7. Sebepojetí, sebeúcta

Popisuje emocionální ladění a vnímání sebe sama (tělesný vzhled), záliby, hlas, způsob řeči.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Popisuje přijetí a plnění sociálních rolí, mezilidské vztahy v rámci rodiny a zaměstnání.

9. Sexualita, reprodukční schopnosti

Popisuje gynekologické problémy, dobu trvání menses, počet porodů, potratů a sexuální spokojenost. Problémy s prostatou.

10. Stres, zátěžové situace

Popisuje způsoby zvládání stresových životních událostí, strachu a úzkosti.

11. Víra, životní hodnoty

Popisuje duchovní vyznání, individuální vnímání životních hodnot, cílů a přesvědčení.

12. Jiné

Patří sem informace nebo přání, které by nám chtěl pacient sdělit a nebylo možné je zařadit do předchozích oblastí.

(10)

1.19.Ošetřovatelská anamnéza a zhodnocení dle M. Gordonové při přijetí

1. Vnímání zdravotního stavu

Pacienta přivedla ve večerních hodinách do psychiatrické ambulance matka. Nyní se jedná o 3. hospitalizaci. O svém onemocnění pacient ví, ale nynějších obtíží si není vědom. Pacient si myslí, že důvodem jeho hospitalizace je, že špatně spí a málo jí. Asi před měsícem přestal užívat medikaci, protože chtěl vyzkoušet, zda by to zvládnul i bez léků. Pacient má pocit, že to celkem zvládá, až na to, že hůř spí, je víc nervózní, nemá chuť k jídlu a nikdo mu nerozumí. Není proti, aby začal znovu užívat léky.

Pacient kouří denně 20 cigaret, má zkušenosti s marihuanou a jednou zkusil pervitin. Ostatní drogy nezkoušel. Tvrdý alkohol pije občas, 1x za týden si zajde na pivo.

Pacient je přesvědčen, že mu před rokem při operaci pravé nohy po komplikované zlomenině dali do nohy čip, který sleduje jeho činnost. Dala mu ho tam tajná policie, protože se obává, že vyřeší případy, které nemají být odhaleny. Má podezření na některé lidi, kteří jsou proti němu spiknutí, ale nechce to vyslovovat nahlas. Je mu líto, že mu nikdo nevěří, a že „v tom jede sám“. Žádné hlasy ani vidiny nemá.

2. Výživa a metabolismus

Pacient jí v podstatě všechno, stravuje se doma, vaří mu matka a do restaurace jde jen výjimečně. Je zvyklý jíst 3 hlavní jídla denně, nějakou sladkost a ovoce. Ráno pacient doma snídá až kolem 9 hodiny, sladké pečivo a jogurt. K obědu si

nejčastěji ohřeje, co mu matka navařila nebo koupený mražený výrobek a k večeři má pacient převážně pečivo nebo párek. Přes den vypije 1,5 litru ochucené minerálky. Dietu žádnou nemá, alergii na potraviny také ne. Zuby má svoje a problémy s polykáním nemá. Nyní nemá chuť k jídlu, jí málo a musí se do jídla nutit. Za posledních 14 dní zhubnul asi 5 kg a vidí to jako problém, chtěl by opět přibrat. Doufá, že až začne znovu užívat léky, chuť k jídlu se mu vrátí.

3. Vylučování

Doma se pacient vyprazdňuje pravidelně. Žádné problémy s vylučováním nemá, je kontinentní. Neočekává nějaké problémy ani během hospitalizace. Potí se přiměřeně, odér není cítit.

4. Aktivita, cvičení

Pacient se sportu nikdy moc nevěnoval, rodiče ho k tomu nevedli, vždycky se víc držel doma nebo trávil volný čas s kamarády v jejich klubovně. V létě si jde rád zaplavat na koupaliště a občas jde na procházku. Uvažuje o tom, že by si pořídil psa, aby se víc dostal ven a prošel se. Občas, když dlouho stojí, ho bolí pravá noha. Nejradši ze všeho čte, zejména detektivky a dívá se na televizi, nejčastěji na kriminální seriály.

Pacient je zcela soběstačný, všechny denní aktivity zvládá sám, je bez rizika pádu.

5. Spánek, odpočinek

Normálně je pacient zvyklý spát kolem 9 hodin. Nyní před přijetím do nemocnice pacient už týden špatně spal. Nemohl usnout a poté se brzy ráno vzbudil. Nenaspal více jak 5 hodin. Přes den pak polehával a díval se na televizi. Léky na spaní doma nebral.

6. Vnímání, poznávání

Problémy se sluchem ani zrakem pacient nemá. Hlasy pacient neslyší, ani žádné další halucinace nemá.

Pacient je při vědomí, orientovaný všemi směry, poruchy paměti nemá. Mluví plynule, občas jsou pauzy mezi odpověďmi.

Chronickou bolestí trpí pacient asi rok po operaci komplikované zlomeniny pravé nohy způsobené autonehodou. Intenzita bolesti je proměnlivá, má tupý charakter a přesná lokalizace je oblast nad kolenem. Dle VAS hodnotí pacient bolest stupněm 5. Při bolesti doma pacient užívá Ibalgin 400mg nebo Coxtral 100 mg.

7. Sebepojetí, sebeúcta

Pacient se jeví jako mírně nervózní, nedůvěřivý, samotářský a nevyzpytatelný. Sám sebe pacient hodnotí jako introverta, klidného člověka, myslí si, že je realista, nevadí mu být sám. Matka ho prý nutí, aby chodil „více mezi lidmi“, tak si občas vyjde s kamarády. Nyní je přesvědčen, že ho sleduje tajná policie, tak nevychází z domu. Žádné velké plány do budoucna nemá.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacient žije s matkou, jejím přítelem a sestrou v bytě 3+1. Mají celkem dobrý vztah. Od rozvodu rodičů v pacientových 8 letech nežije s otcem a vídá ho sporadicky. Matka má 5 let přítele, s kterým vychází také dobře. V budoucnu by si chtěl pacient najít přítelkyni a zkusit se odstěhovat od rodiny, ale má obavy, zda by to finančně zvládnul. Pacient je v plném invalidním důchodu a další zaměstnání nemá.

Pacient při vyplňování dokumentace spolupracoval, i když byl nejistý a nedůvěřivý.

9. Sexualita a reprodukční činnost

Děti nemá, nikdy nechodil s žádnou dívkou. Problémy s prostatou nemá.

10. Stres, zátěžové situace

Pacient přiznává, že je trochu ve stresu, protože musí být pořád ve stěhu a nikomu nemůže věřit. Jinak žije klidným životem, v pubertě se prý „vybouřil“ dost a bylo to pro něj těžké období.

11. Víra, životní hodnoty

Pacient nežádá duchovní služby

12. Jiné

Pacient si vyžádal klíček od skříně na pokoji, aby si mohl své věci zamknout, bojí se, aby mu je někdo „neprohledával“.

1.20. Ošetrovatelské diagnózy

Uvedené ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila na den 18. 1. 2010 (pondělí), tj. 8. den hospitalizace částečně s nemocným dle jejich naléhavosti. Stanovila jsem je na základě informací od nemocného a ze zdravotnické dokumentace, informací od ošetrujícího personálu, ostatního personálu (uklizečky, pracovnice v kuchyně) a vlastním pozorováním.

1.20.1. Krátkodobý ošetrovatelský plán

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

1. Zvýšené riziko poškození pacienta a okolí z důvodu porušeného myšlení
2. Chronická bolest z důvodu komplikované zlomeniny pravé nohy
3. Snížení příjmu potravy z důvodu snížení chuti k jídlu
4. Porušený spánek z důvodu základního psychotického onemocnění

1. Zvýšené riziko poškození pacienta a okolí z důvodu porušeného myšlení

Cíl

Pacient a jeho okolí budou v bezpečí

Pacient bude mít náhled na onemocnění

Plán

- stimulujte pacienta k odpovědi pokládáním obecných otázek (např.: Jak se vám tady líbí? Jak jste se vyspal? Co byste dnes rád dělal?)
- získejte pacientovu důvěru ujišťováním ho, že je v bezpečí, plněním svých úkolů přesně a včas, dáváním splnitelných slibů a poté je splnit
- navazujte oční kontakt s pacientem na nezbytně dlouhou dobu, delší oční kontakt by ho mohl rozrušit
- sledujte paranoidní projevy, bludy
- nesnažte se pacientovi vyvracet jeho bludy

- stimulujte otázkami pacienta k přemýšlení o jeho nemoci a současné situaci
- držte si odstup od pacienta na délku jeho paže
- sledujte u pacienta projevy agrese vůči sobě nebo okolí
- podávejte medikaci dle ordinace lékaře a ujistěte se, zda ji pacient spolkl
- zhodnoťte spolu s lékařem a rodinou, zda čtení detektivních knih nepodporuje u pacienta bludnou produkci, pokud ano, doporučte jejich odnesení
- naslouchejte pacientovi, pokud se rozhodne sdělit vám své myšlenky
- navrhňte program, který by pacienta zabavil (hraní společenských her, ping pong, jízda na rotopedu, ...)

Realizace

S pacientem jsem komunikovala při každé příležitosti a sledovala bludnou produkci. Pacientovi jsem jeho bludy nevyvracela, dotazovala jsem se ho, jak se cítil, než přestal užívat léky, zda si myslí, že ho tajná policie sledovala i tehdy, zda si i někdo jiný myslí, že ho sledují. Při rozhovorech s pacientem jsem udržovala nezbytně dlouhý oční kontakt, při delším očním kontaktu měl pacient pocit, že ho dotýčný sleduje a rozrušil se. Od pacienta jsem si udržovala patřičný odstup (na délku jeho paže), kvůli jeho nevyzpytatelnému chování. Sledovala jsem u pacienta známky agrese jako tenze, zaťaté pěsti, agresivní slovní projev, sebepoškození, neadekvátní prudké pohyby atd. Detektivní a odborné knihy o špionáži jsem po konzultaci s lékařem a jeho matkou doporučila odnést a navrhla přinést časopisy, které by ho zaujaly. Pacient den začal rozvíčkou, po snídani měl pracovní terapii a pohybovou terapii, ve volném čase hrál společenské hry a ping pong. Medikaci pacient užíval dle ordinace lékaře před sestrami a ukázal prázdná ústa.

Zhodnocení

Pacient stále věří, že má v pravé noze čip, aby ho mohla tajná policie sledovat, protože čte detektivky a oni se bojí, že by vyřešil případy, které nemají být odhaleny. Na mé otázky pacient odpovídá opatrně, s delšími pauzami. Pacient si myslí, že je sledován asi 3 týdny a nikdo mu nevěří. Pacient převážně personálu věří, rozrušují ho jen uklízečky, myslí si, že jsou nastražené tajnou policií. Proto,

když uklízečky na oddělení uklízí, sleduje je a chodí za nimi, aby je měl pod „kontrolou“. Pacient nevykazoval známky agrese vůči sobě, ani okolí a nikoho svým jednáním neohrožoval, avšak jeho jednání může být kdykoli nevyzpytatelné. Pacient se zapojuje do aktivit a medikaci užívá.

2. Chronická bolest z důvodu komplikované zlomeniny pravé nohy

Cíl

Pacientova bolest se sníží z VAS 5 na VAS 1 do 24 hodin

Plán

- Každý den hodnotíte s pacientem charakter a intenzitu bolesti dle VAS
- Každý den provedete záznam do dokumentace o lokalizaci, intenzitě a charakteru bolesti
- Podáváte medikaci dle ordinace lékaře
- Doporučte pacientovi úlevovou polohu

Realizace

Zjistila jsem od pacienta charakter a intenzitu bolesti a provedla záznam do dokumentace. Podala jsem pacientovi naordinovaný Ibalgin 400 mg při bolesti nad VAS 3 v 8:00. Odpoledne si šel pacient na chvíli lehnout do lůžka a nohu měl ve zvýšené poloze.

Zhodnocení

V 8:00 pacient udával intenzitu bolesti VAS 4, tupého charakteru. Po podání medikace ustoupila bolest v 9:00 na VAS 2. Odpoledne pacient udával intenzitu bolesti VAS 3, doporučila jsem mu klid na lůžku a dala mu nohu do zvýšené polohy, po půl hodině se pacientovi ulevilo a šel hrát ping pong. Večer udával pacient intenzitu bolesti VAS 1.

3. Snížení příjmu potravy z důvodu snížení chuti k jídlu

Cíl

Pacient nebude dál ubývat na váze

Pacient bude dostatečně jíst, alespoň 3 hlavní jídla denně

Plán

- Sledujte příjem potravy dle ordinace lékaře a provedte záznam do dokumentace
- Pravidelně važte pacienta, ve stejnou denní dobu a na stejné váze, hmotnost zaznamenejte do dokumentace
- Pobízejte pacienta k jídlu
- Poskytněte pacientovi dostatek času na jídlo
- Umožněte, aby měl pacient přístup k potravinám, na které má chuť
- Respektujte stravovací zvyklosti pacienta

Realizace

Pacient je každé pondělí ráno před snídaní vážen a váha se zaznamenává do dokumentace. U pacienta se vede monitoring příjmu stravy a každý den ho lékař vyhodnotí. Pacient je z domu zvyklý snídat kolem 9 hodiny, proto se mu jídlo schovává v kuchyňce a na snídani si chodí před pracovní a pohybovou terapií. Pokud pacient nedojí porci, pobízím ho, aby ještě trochu snědl nebo si jídlo nechal na později. Pacient má možnost si od sanitáře nechat každý den koupit potraviny, na které má chuť. Pacient má také možnost koupit si nápoje a sladkosti z automatu na chodbě kliniky.

Zhodnocení

Pacientovo nejaktuálnější BMI je 21,7 a je v tabulkách hodnoceno jako normální váha, avšak pacient pociťuje svoji váhu za nízkou. Pacient po dnešním vážení má hmotnost 65 kg, tudíž váha mu od příjmu vzrostla o 2 kg. Lékař i já hodnotíme, dle denního monitoringu stravy, že pacient jí dostatečně, více jak 3 hlavní jídla denně a postupně přibírá na váze. Na pacienta působí pozitivně

posunutí času snídaně, dostatek času na jídlo a možnost koupit si sladkosti a jogurty prostřednictvím sanitáře.

4. Porušený spánek z důvodu základního psychotického onemocnění

Cíl

Pacient spí alespoň 6 hodin denně

Pacient se po probuzení cítí odpočatý

Plán

- V době nočního klidu od 21:30 do 6:30 zajistěte na oddělení klid a přiměřené světlo na chodbách
- V noci provádějte každou hodinu kontroly na pokoji, pohybujte se tiše
- Dle ordinace lékaře podejte pacientovi lék na spaní
- Před spaním vyvětrejte v pokoji pacienta
- Zaznamenejte do dokumentace, jak dlouho pacient v noci spal

Realizace

Pacient má na pokoji v průběhu noci zhasnuto, na chodbách oddělení je v noci osvětlení ztlumeno na minimum. Před spaním se v pokoji pacienta vyvětralo a stáhlo se topení. V noci se při kontrolách pacienta na pokoji ošetřující personál pohybuje tiše a nerozsvěcí. Před půlnoci si pacient vyžádal medikaci na nespavost. Pacientovi byl podán naordinovaný Stlinox 10 mg. Zaznamenala jsem do dokumentace délku pacientova spánku pro pozdější kontrolu lékařem.

Zhodnocení

Pacient nemohl do půl dvanácté v noci usnout. Po medikaci pacient usnul okolo půlnoci a spal do 5 hodin ráno. Poté pacient ležel v lůžku až do budíčku v 6:30. Pacient tedy v noci spal 5 hodin. Ráno se cítil celkem odpočatý.

1.20.2. Dlouhodobý ošetrovatelský plán

Dlouhodobý ošetrovatelský plán jsem stanovila po prvním týdnu hospitalizace a dále ho rozšiřovala dle potřeb pacienta.

Prvním cílem dlouhodobého plánu péče je, aby pacient užíval pravidelně naordinované léky. Ošetřující psychiatr edukoval rodinu o důležitosti užívat léky pravidelně a o nutnosti podporovat pacienta v jejich užívání. Ošetřující sestry posilovaly pacientovu vůli užívat léky pravidelně a dlouhodobě. Pacienta jsme se snažili upozornit na důsledky vysazení léčby, které by vedly k jeho rehospitalizaci.

Dalším cílem je posílit sociální kontakt a zapojení pacienta do společnosti. Pacientova rodina a pacient obdrželi informace (adresy a telefonní kontakty) o sdruženích, která se zabývají péčí o duševní zdraví a zapojováním duševně nemocných do společnosti. SOUTOK je občanské sdružení, které duševně nemocným a jejich příbuzným nabízí pomoc při začleňování do běžného života. Vzniklo na základě iniciativy MUDr. Jiřího Masopusta z FNHK, lékaře psychiatrické kliniky. CZP Královéhradeckého kraje, centrum pro zdravotně postižené provozuje centrum péče o duševní zdraví, které je určeno všem psychicky nemocným, kteří chtějí aktivně využít volný čas, rozvíjet své schopnosti a dovednosti a zapojit se do společnosti. Toto centrum nabízí aktivity jako hodiny angličtiny, relaxační cvičení, vaření, výlety, práce na počítači, návštěvy kulturních a společenských akcí, sportovní vyžití, pohovory s psychologem a další. Pracovníci z PDZ, Péče o duševní zdraví aktivně spolupracují s psychiatrickou klinikou FNHK a ambulantními psychiatry v Hradci Králové. Středisko nabízí pacientům služby následné péče a sociální rehabilitaci.

I když pacient nepocítuje sociální izolaci, je ochoten kontaktovat centra a začít je navštěvovat, chápe jejich účel a výhody. V tomto rozhodnutí ho velmi podporuje jeho matka, jelikož má pocit, že její syn tráví většinu času doma sám a nemá žádné společenské zájmy.

Pacientův spánek a váha se zcela upravily do 3 týdnů od přijetí. Medikaci na spaní pacient využíval čím dál méně, až spal celou noc bez ní. Příjem stravy se

monitoroval po dobu dvou týdnů, po třech týdnech se pacientovi vrátila váha na jeho požadovanou hodnotu.

Při léčbě chronické bolesti se postupovalo dle ordinace lékaře. Pacient měl po celou dobu hospitalizace naordinovaný Ibuprofen 400 mg, 1 tbl při bolesti nad VAS 3. Sestry mohly pacientovi doporučit pouze úlevovou polohu a odpočinek. Lékař pacientovi doporučil, aby po propuštění z psychiatrické léčebny navštívil ambulanci chronických bolestí pro sestavení účinné léčby jeho chronické bolesti nohy. Také mu bylo doporučeno cvičit si rehabilitační cviky, které cvičil na psychiatrické klinice s pohybovou terapeutkou, pro zmírnění bolesti a lepší pohyblivost pravé dolní končetiny.

1.21. Psychosociální zhodnocení nemocného

Pacient žije v poměrně stabilním rodinném prostředí. Rodina má o něj zájem a chodila za ním na návštěvy. Pan M. Š. je v plném invalidním důchodu. Nejvíce času tráví sám doma a nemá příliš vybudovaných sociálních kontaktů, společnost vyhledává jen na nátlak matky.

Při příjmu byl pacient uzavřený, bez náhledu na onemocnění, nekritický. Spolupráce s ním byla obtížnější z důvodu podezřavosti a paranoidních bludů. Paranoidní bludy se týkaly čipu, který mu byl údajně vsazen do jeho pravé nohy a prostřednictvím tohoto čipu ho mohla sledovat tajná policie. Bylo důležité být pro pacienta dobře čitelný a důvěryhodný. Po získání pacientovi důvěry, pacient spolupracoval a plnil všechny terapie. U pacienta bylo patrné emoční oploštění, neprojevoval výrazně radost, ani smutek a měl téměř vždy stejnou mimiku. Emoční oploštění u této diagnózy bohužel z části přetrvává i po odeznění psychotické ataky.

Pacient byl na dvojlůžkovém pokoji s přibližně stejně starým spolupacientem odlišné diagnózy. Vycházeli spolu přiměřeně, moc spolu nekomunikovali. Pacient z počátku pobytu trávil většinu času na pokoji, četl si knihu. Poté, co jeho matka po domluvě s personálem odnesla pacientovi knihy, zapojil se pacient do kolektivu. Začal aktivně vyhledávat jinou zábavu, jako ping pong a jiné

společenské hry s ostatními pacienty. Pacient začínal více komunikovat s personálem.

Po měsíci hospitalizace se u pacienta zmírnila bludná produkce, byl méně podezřívavý a ostražitý. Neměl už pocity sledování, ale o čipu v noze byl stále přesvědčen. V této době měl pacient povolené vycházky v prostorách areálu nemocnice se sanitářem a s rodinou. Víkend před přeložením byl pacient doma na propustce. Propustka podle matky proběhla relativně dobře, pacient užíval léky, postupně upouštěl od svého přesvědčení, že je sledován a má v noze čip, avšak neměl zájem vycházet mimo dům. V neděli večer, před návratem z propustky, šli s matkou a sestrou na večeři. Podle matky se necítil v této situaci mezi cizími lidmi dobře, byl rozrušený, neustále sledoval okolí. Na oddělení po návratu byl pacient opět nedůvěřivý a hovořil o svém čipu. Den poté, v pondělí 22. 2. 2010, byl pacient přeložen do psychiatrické léčebny. S překladem souhlasil, přestože se mu nechtělo do nového prostředí.

Pacient měl možnost kontaktovat našeho psychologa, této možnosti však nevyužil.

1.22.Edukace

Na edukaci pacienta a jeho rodiny se podíleli sestry a ošetřující lékař. Jelikož byl pacient edukován o svém onemocnění opakovaně při minulých hospitalizacích, zaměřili jsme se nyní na edukaci ohledně nutnosti užívat pravidelně a dlouhodobě léky. Edukovány byly také pacientova matka a sestra. K úspěšné léčbě a docílení pravidelného užívání léků je zapotřebí podpora rodiny. Měla by nemocného motivovat a okrajově kontrolovat.

Pacient byl dále poučen o změně životního stylu. Zejména o škodlivosti užívání drog, jelikož bylo u pacienta z toxikologického vyšetření zjištěno užívání kanabiodů. Užívání drog může vést k pocitu, že pacient nemá žádný problém, nevnímá svou nemoc a může vynechávat nebo přestat užívat léky. Dále mohou být drogy spouštěčem psychóz.

Pacient a jeho rodina obdrželi od sester informace a kontakty na centra a občanská sdružení zabývající se péčí o duševní zdraví. Zde by pacientovi pomohli s nácvikem sociálních dovedností, komunikací a vyplnili hodnotně jeho volný čas. Na kliniku také dochází pracovnice z centra Péče o duševní zdraví. Sama pacienta kontaktovala, vysvětlila mu, v čem spočívá jejich práce, jak by mu mohli pomoci a nabídla mu další spolupráci.

1.23.Prognóza

Prognóza je u každého nemocného odlišná, závisí na více faktorech. Ovlivňuje ji průběh před vypuknutím nemoci a průběh po první zjištěné psychotické atace.

U pacienta M. Š. nemoc propukla poměrně v mladém věku, nástup psychotické ataky byl rychlý a bouřlivý. Po dobu osmi let měl pacient 2 relapsy. Poslední relaps byl způsoben pravděpodobně vysazením medikace a byl podpořen užíváním kanabiodů. Pacient je v plném invalidním důchodu. Dle ošetřujícího psychiatra má pacient šanci na dlouhodobou remisi a stabilizaci stavu, pokud bude pravidelně užívat léky a změní životní styl. Pokud by ale pacient neužíval dlouhodobě léky a pokračoval by v užívání drog, relapsy by se opakovaly znovu a stav by mohl přejít do chronického stadia. Je tedy jen na pacientovi, jak bude dodržovat režim a na jeho rodině, jak ho bude motivovat a podporovat.

Závěr

Pacienta s psychiatrickým onemocněním, jsem si vybrala z důvodu, že pracuji jako všeobecná sestra na psychiatrickém oddělení. Diagnóza paranoidní schizofrenie je velmi zajímavá svými příznaky a průběhem onemocnění. Pacienta M. Š. jsem si vybrala pro svou práci z důvodu, že dobře komunikoval s personálem a měl ukázkové příznaky pro paranoidní schizofrenii.

Pacient byl na našem oddělení hospitalizován celkem 43 dní. Byl přijat 11. 1. 2010 pro relaps nemoci z důvodu neužívání léků. U pacienta se objevily perzekuční bludy a pocit odposlouchávání. Měl problémy se spánkem a sníženou chuť k jídlu. Jeho stav se po dobu pobytu značně upravil, začal znovu užívat léky, chuť k jídlu se vrátila a spal déle jak 6 hodin bez medikace. Pociť odposlouchávání pacient ke konci hospitalizace neměl, byl však stále přesvědčen o čipu v noze. Pacienta jsme se snažili edukovat o nutnosti pravidelně a dlouhodobě užívat léky, o změně životního stylu a možnostech navázání a prohloubení sociálního kontaktu pomocí center zabývajících se duševním zdravím. Pro další stabilizaci stavu byl pacient přeložen do psychiatrické léčebny dne 22. 2. 2010.

Seznam použité literatury

1. BOUČEK, J.: *Speciální psychiatrie*. Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 244 s. ISBN 80- 244- 1354- x.
2. EDUKAČNÍ PROGRAM WPA: *Schizofrenie*. Praha, Academia Medica Pragensis- Ampera s.r.o., 2003. 146s. ISBN 86694- 03- 08.
3. HANUŠ, H. a kol.: *Obecná psychiatrie*. Praha, Univerzita Karlove v Praze, 1997. 182 s. ISBN 80- 7184- 382- 2.
4. HANUŠ, H. a kol.:*Speciální psychiatrie*. Praha, Univerzita Karlova v Praze, 2000. 331s. ISBN 80-7184- 873- 5.
5. HOSÁKOVÁ, J.: *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. Opava, Slezská univerzita v Opavě, 2007. 158s. ISBN 978- 80- 7248- 442- 3.
6. HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J.: *Psychiatrie*. Praha, Trigis, 2002. 895s. ISBN 80- 900130- 1- 5.
7. HÖSCHL, C. a kol.: *Psychiatrie, učebnice pro vyšší zdravotnické školy*. Praha, Scienta Medica, spol. s. r. o., 1997. 176s. ISBN 80- 85526- 64- 6.
8. HRDLIČKA, M.: *Elektrokonvulzivní terapie*. Praha, Galén, 1999. 161s. ISBN 80- 7262- 004- 5.
9. MOTLOVÁ, L., KOUKOLÍK, F.: *Schizofrenie*. Praha, Galén, 2004. 473s. ISBN 80- 7262- 277- 3.
10. PAVLÍKOVÁ, S.: *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha, grada publishing, 2006. 149s. ISBN 80- 247- 1211- 3.
11. RABOCH, J., JIRÁK, R., PACLT, I.: *Psychofarmakologie pro praxi*. Praha, Triton, 2007. 167s. ISBN 978- 80- 7387- 041- 6.
12. RADIMSKÝ, M. a kol.:*Psychiatrie 2*. Brno, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 217s. ISBN 80- 7013- 350- 3.
13. SVOBODOVÁ, J.: *Psychiatrie*. Ostrava, Ostravská univerzita, zdravotně sociální fakulta, 2007. 78s. ISBN 978- 80- 7368- 235- 4.
14. STAŇKOVÁ, M.: *České ošetrovatelství 3: Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. Brno, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 49s. ISBN 80- 7013- 282- 5.

15. STAŇKOVÁ, M.: *České ošetrovatelství 4: Jak provádět ošetrovatelský proces.*, Brno, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 66s. ISBN 80- 7013- 283- 3.
16. ŠLAISOVÁ, I., HOSÁK L., MICHÁLKOVÁ, V.: *Ošetrovatelství v psychiatrii pro bakalářské studium.* Hradec Králové, Nucleus, 2004. 91s. ISBN 80 86 225- 51- 8.

Seznam použitých zkratk

ALP	alkalická fosfatáza
AST	asparátaminotransferáza
arb. j.	arbitrární jednotka
atd.	a tak dále
BMI	body mass index
°C	celsius
Ca	kalcium
Cl	chlór
Cm	centimetr
CRP	C reaktivní protein
CT	počítačová tomografie
DSM	diagnostický a statistický manuál mentálních poruch
EEG	encefaloelektrogram
ECT	elektrokonvulzivní terapie
EKG	elektrokardiogram
Ery.	erytrocyt
FDT	figur drawing test
fl	fentolitr
FNHK	fakultní nemocnice Hradec Králové
g	gram
GMT	glutamáttransferáza
h	hodina
JIP	jednotka intenzivní péče
K	kalium
KBT	kognitivně behaviorální terapie
Kg	kilogram
KO	krvní obraz
L	litr
LF	lékařská fakulta
LSD	diethylamid kyseliny d-lysergové

LTV	léčebná tělesná výchova
m	metr
mA	miliampér
mg	miligram
mIU	arbitrární látková koncentrace
MKN	mezinárodní klasifikace nemocí
mmol	milimol
MMPI	Minnesota multiphasic personality inventory
MR	magnetická rezonance
Např.	například
Na	natrium
PET	pozitronová emisní tomografie
Pg	petagram
Sec	sekunda
SPECT	jednofotonová emisní tomografie
Tbl	tableta
Tj	to je
TK	krevní tlak
TSH	thyreostimulační hormon
TT	tělesná teplota
UK	Univerzita Karlova
Ukat	koncentrace katalytické aktivity
V	volt
VAS	visuální analogová škála

Seznam příloh

Příloha č. 1: Ošetřovatelský záznam

Příloha č. 2: Plán ošetřovatelské péče

Příloha č. 3: VAS (vizuální analogová škála)

Příloha č. 4: BMI (body mass index)