

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetřovatelství

Bakalářské studium ošetřovatelství

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Ošetřovatelská kazuistika u klienta se schizoafektivní
poruchou**

2005/2006

Lucie Jirková

Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková

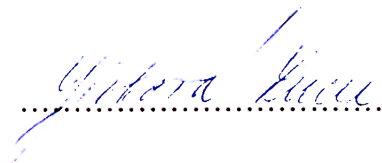
Poděkování:

V první řadě mé poděkování patří Mgr. Evě Markové, vedoucí práce, které děkuji za podporu, ochotu, trpělivost a laskavou pomoc při konzultacích. Dále bych chtěla poděkovat svým kolegyním v BONA o.p.s., za cenné připomínky a rady. V neposlední řadě patří mé poděkování také klientovi, který byl ochotný věnovat mi svůj čas a nechal mě nahlédnout do svého soukromí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s uvedením veškerých použitých pramenů.

V Praze dne 9. května 2006


.....

OBSAH

A. Úvod	5
B. Klinická část	6
1. Schizoafektivní porucha	6
1.1 Schizoafektivní porucha, depresivní typ	6
1.1.1 Epidemiologie	6
1.1.2 Etiologie	6
1.1.3 Příznaky	7
1.1.4 Diagnostika	9
1.1.5 Terapie	9
1.2 Ošetrovatelská péče v psychiatrii	10
1.3 Sociální péče v psychiatrii	11
1.4 Alkohol	13
2. Základní identifikační údaje	16
3. Lékařská anamnéza a diagnózy	17
4. Přehled terapie	18
5. Stručný průběh pobytu na CHKB	20
C. Ošetrovatelská část	22
1. Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu	22
1.1 Biologické potřeby	22
1.2 Psychosociální potřeby	28
1.3 Existenciální potřeby	30
2. Ošetrovatelské diagnózy	33
3. Plán ošetrovatelské péče	35
3.1 Poruchy spánku z důvodu základního onemocnění	35
3.2 Riziko pádu z důvodu duševní poruchy	36
3.3 Úzkost vyskytující se z důvodu základního onemocnění	37
3.4 Riziko vzniku násilí zaměřeného na sebe z důvodu beznaděje	38
3.5 Riziko snížení výkonnosti z důvodu psychického onemocnění	39

3.6 Riziko vzniku opětovné závislosti na alkoholu z důvodu porušení léčby	40
3.7 Riziko vzniku sociální izolace z důvodu neschopnosti navazovat uspokojivé osobní vztahy	41
3.8 Riziko vzniku poruch sociální interakce z důvodu psychické poruchy	43
3.9 Porucha soběstačnosti z důvodu psychického onemocnění	44
D. Závěr	46
E. Zdroje informací	48
Přílohy	50

A. ÚVOD

Úvodem bych chtěla říci, že má bakalářská práce, respektive ošetřovatelská kazuistika, se vztahuje ke klinickému oboru psychiatrie. K tomuto oboru mám velice blízko, vzhledem k tomu, že jsem delší dobu pracovala v Chráněném komunitním bydlení pro klienty s duševním onemocněním.

Klienta, o kterém jsem zpracovala ošetřovatelskou kazuistiku jsem si vybrala především z toho důvodu, že máme velice dobrý a přátelský vztah. Mezi další důvody patří i to, že se se svým onemocněním potýká již od mladého věku. Dovede s nadhledem hovořit o svém zdravotním stavu i o svých pocitech.

Lidé s některým typem ze schizofrenních poruch představují velice specifickou skupinu populace. Je s nimi také spjata mylná představa o jejich onemocnění. Široká veřejnost a někdy i zdravotničtí pracovníci mají tendenci si vytvářet stereotypní obraz o lidech trpících schizofrenní poruchou. Mezi nejčastější mylné představy patří např. tvrzení, že tito lidé jsou obvykle agresivní a nebezpeční, nebo líní a nespolehliví, že vše co říkají je výmysl apod. A takto bychom mohli pokračovat stále.

Osobně si myslím, že zásadní problém spočívá v tom, že široká veřejnost nemá dostatek informací o onemocnění a především má obavy z neznámého.

B. KLINICKÁ ČÁST

1. Schizoafektivní porucha

Schizoafektivní poruchy jsou dle MKN-10 charakterizovány jako přechodné poruchy u nichž jsou význačné jak afektivní, tak schizofrenní příznaky a objevují se během stejné ataky onemocnění. Patří mezi časté poruchy. Podle převládajících rysů afektivní složky je možné rozlišovat manický, depresivní a smíšený typ.

(8,14)

1.1 Schizoafektivní porucha, depresivní typ

Tato porucha je charakterizována stejně výraznými schizofrenními i depresivními příznaky v téže fázi onemocnění.

(8, 14)

1.1.1 Epidemiologie

Incidence ani prevalence není u schizoafektivní poruchy spolehlivě známa. Lze říci, že prevalence schizoafektivní poruchy je menší než prevalence schizofrenie nebo poruch nálady. Celoživotní prevalence se dá předpokládat kolem 1%. Vyskytuje se pravděpodobně stejně u žen i mužů. Lze také říci, že v rodinách pacientů bývá vyšší prevalence poruch nálady, ale bez diagnózy schizofrenie.

(10, 12)

1.1.2 Etiologie

Schizofrenní poruchy jsou charakterizovány množstvím příznaků a vlastností, které se projevují především změnami v chování a jednání. V této oblasti bylo již prováděno mnoho výzkumů, ale dosud nebyl stanoven jednotný názor na vznik schizofrenních poruch. Převažuje tedy názor, že jde o multifaktoriální etiologii

schizofrenních onemocnění. Můžeme tedy říci, že na vzniku těchto poruch se podílí řada faktorů či teorií, které jsou využívány ke snadnější diagnostice poruchy a potažmo i léčby. Do těchto kritérií můžeme tedy zahrnout např. genetiku, biochemické faktory, zvláštní abnormality vyšetření pomocí CT, PET, EEG...), psychosociální faktory (do této oblasti můžeme zahrnout individuální vývoj, vývoj uvnitř rodiny...), psychodynamické faktory.

(8, 10, 12, 14)

1.1.3 Příznaky

Depresivní nálada je obvykle doprovázena charakteristickými depresivními příznaky nebo odchylkami v chování, např. zpomalení, insomnie, ztráta energie, chuti k jídlu nebo úbytek hmotnosti, snížení normálních zájmů, zhoršení schopnosti koncentrace, pocity viny, beznaděje a sebevražedné myšlenky.

Také mohou být zároveň nebo během téže epizody přítomny typické schizofrenní příznaky, např. jedinec může trvat na tom, že jeho myšlenky jsou vysílány či rušeny, nebo se ho snaží někdo kontrolovat či je přesvědčen, že je špehován. Jedinec také může slyšet hlasy, které mohou být ponižující či odsuzující nebo mohou mluvit o tom, že ho zabijí či mezi sebou rozmlouvají.

Symptomy jsou obvykle děleny do dvou skupin na pozitivní a negativní. Mezi pozitivní symptomy se řadí bludy, halucinace, poruchy myšlení a bizarní chování. Jako negativní symptomy označujeme emoční zploštělost, ztrátu zájmu, sociální stažení a ochuzení myšlení.

Na tomto místě uvádím, nejčastěji se vyskytující symptomy u schizofrenních onemocnění patří bludy, halucinace, dezorganizace myšlení, řeči a chování, poruchy emotivity a také mohou být přítomny katatonní příznaky.

Bludy: jsou charakterizovány jako mylná přesvědčení, kdy při jejich vzniku hraje významnou roli chybná interpretace vjemů či prožitků. Vyskytují se až u 90% nemocných. Pro blud je typické, že vzniká v průběhu nemoci a je nevyvratitelný. Mezi nejčastější typy bludů patří bludy vztahovačnosti, paranoidně-perzekuční bludy, bludy ovlivňování a kontrolování a religiózní bludy. Někdy je těžké od sebe

odlišit blud a pevné přesvědčení. Proto jsou pro schizofrenní poruchy charakteristické bizarní bludy, které se vyznačují nepravděpodobností, nepochopitelností a neodvoditelností z běžné životní situace.

Halucinace: vyskytují se převážně halucinace, pseudohalucinace, iluze a různé neobvyklé prožitky. Mezi nejčastější typy halucinací patří sluchové, zrakové a taktilní. Pro neobvyklé zážitky je charakteristické, že výsledný prožitek neodpovídá normální kvalitě vjemu, např. velikost může být menší (micropsie), větší (makropsie) či se objekt může jevit více či méně známý a reálný (derealizace) apod. Jako iluze označujeme poruchy vnímání reálně existujícího objektu. Pseudohalucinace jsou vjemy bez existujícího objektu, ale při zachovaném náhledu, nejsou tak časté.

Dezorganizované myšlení a řeči: na stav myšlení se při psychiatrickém vyšetření usuzuje podle dezorganizace řeči. Řeč pacientů může být dezorganizována v mnoha ohledech. Mezi nejčastější projevy patří neschopnost udržet téma konverzace, za současného zaobírání se aspekty slov či frázemi. Lze tedy říci, že řeč pacienta tzv. „nemá hlavu ani patu“. Může se vyskytovat i tzv. slovní salát, který představuje extrémní podobu. Sdělovaná fakta jsou bez obsahu, mohou se vyskytnout také zárazy, kdy se myšlení pacienta náhle zastaví, jelikož se mu nedostávají myšlenky.

Dezorganizované chování: pacient se projevuje velice nápadně, většinou neadekvátně svému věku, např. dovádivost, nezbednost, nepředvídatelný neklid. Klient není schopen koordinovat své chování, což se projevuje v každodenním životě, např. nápadnost v oblékání, nepatřičné chování na veřejnosti, pokřikování apod.

Katatonie: mezi nejčastější katatonní příznaky patří manýrování, stereotypie, povelový automatismus, katalepsie, vosková ztuhlost, grimasování, negativismus, echomatismy, stupor, výrazný psychomaotrický neklid.

Poruchy emocí: jako psychopatologické příznaky emocí označujeme anhedonii, zintenzivnění pocitů, nepřiléhavou afektivitu, plochá či otupělá afektivita, deprese, elace, úzkost, apatie, abulie.

Schizoafektivní fáze depresivního typu mívají obvykle tendenci k delšímu trvání a prognóza je méně příznivá než u schizoafektivní epizody manického typu.

Vzhledem k výše uvedeným symptomům bývají osoby se schizofrenním onemocněním považovány, většinou společností, za tzv. šílené. Zvláštní chování těchto osob zvyšuje u ostatních strach, že tito lidé mohou své chování přestat ovládat.

(4, 10, 11, 12, 22)

1.1.4 Diagnostika

Název schizoafektivní porucha se užívá pro označení širokého okruhu poruch, které obsahují příznaky i z dalších kategorií onemocnění, zejména to jsou schizofrenní a afektivní poruchy.

Diagnostika u tohoto typu onemocnění je velice složitá. Proto, při rozhodování o diagnóze je dáván důraz na časový sled základních příznakových okruhů. Při diagnostikování schizoafektivní poruchy se užívá klasifikace MKN – 10, tzn. Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. Pro diagnostiku schizoafektivní poruchy depresivního typu musí být splněna obecná kritéria pro schizoafektivní poruchu a také kritéria alespoň pro středně těžkou depresivní poruchu (dle MKN-10). Tuto klasifikaci uvádím v příloze č.1.

(8, 14)

1.1.5 Terapie

Terapie u schizofrenních onemocnění má tři základní složky. První složkou je podávání léků na zmírnění příznaků a jako prevence recidivy. K léčbě se používají standardní antipsychotika nebo nová antipsychotika. Druhou složkou terapie je osvěta a psychosociální intervence, které mají za cíl pomoci pacientům a jejich rodinám řešit vzniklé problémy, zvládat stres, vypořádat se s nemocí a jejími komplikacemi. Jako třetí složku léčby označujeme sociální rehabilitaci s cílem pomoci pacientům se znovu integrovat do komunity a posléze i pracovního procesu.

U schizoafektivních poruch se v průběhu manické epizody obvykle používá lithium, neuroleptika nebo v kombinaci. Pokud není lithium účinné, nebo málo účinné, či při jeho nesnášenlivosti, bývá indikován carbamazepin.

U schizoafektivní poruchy depresivního typu bývá účinná dlouhodobá léčba tricyklickými antidepresivy nebo inhibitory monoaminoxidázy. Většinou při léčbě nestačí samotná antidepresiva, a proto se používá současně v kombinaci s neuroleptiky.

Také se pro léčbu silně depresivních pacientů se schizoafektivní onemocněním užívá elektrokonvulzivní terapie, která je rychlá a poměrně spolehlivá.

(5, 8, 10, 11, 12, 14, 22)

1.2 Ošetrovatelská péče v psychiatrii

Psychiatrická ošetrovatelská péče je velice specifická. Zahrnuje ošetřování, pozorování a zaměstnávání duševně nemocných, nevyjímaje závislé na alkoholu a jiných psychotropních látkách.

Hlavními aktivitami sestry v psychiatrickém ošetrovatelství jsou péče o duševně nemocné, pomáhá v obnovení psychického zdraví ve spolupráci s lékaři i jinými odborníky, vytváří terapeutické prostředí, pacienta partnersky vede při různých aktivitách, spolupracuje s doléčovacími zařízeními, pomáhá při sociální integraci psychiatrických klientů, zaměstnává chronicky nemocné a pomáhá jim ke smysluplnému a spokojenému životu.

V psychiatrické péči také mohou vzniknout zvláštní události, na které by sestra měla být připravena a měla by si s nimi umět poradit. Mezi takovéto události patří např. útěk pacienta, sebevražedné pokusy, odmítání stravy či fyzické omezování neklidných pacientů.

Ošetrovatelská péče u schizoafektivní poruchy depresivního typu se řídí dle přítomnosti symptomů. Jedním z hlavních úkolů sestry je zabránit spáchání sebevraždy. Mezi intervence sestry při vzniku možného sebevražedného jednání

patří např. uložení pacienta na pokoj blízko pracovny sester, odstranění předmětů z dosahu pacienta jež by mohl zneužít k sebepoškození, dozoruje při podávání léků, projevuje účast, naslouchá, dohlíží na příjem tekutin a potravy apod. Při odeznívání depresivního stavu se sestra snaží klienta zapojit do různých aktivit. Mezi tzv. chránící faktory u sebevražedného jednání lze zařadit pevné citové vazby, rodičovství, tělesné a duševní zdraví, příznivou ekonomickou situaci a náboženskou víru. Nejčastější typy ošetřovatelských diagnóz jsou např. poruchy spánku, poruchy soběstačnosti, sociální izolace, nízká sebeúcta, poruchy verbální komunikace, snížení výkonnosti, úzkost, poruchy sebepečce, ztížené rozhodování s projevy nejistoty, porucha sociální interakce apod.

(7, 16)

1.3 Sociální péče v psychiatrii

Psychiatrické poruchy mají také sociální stránku, ne pouze medicínskou. Sociální práce má za cíl pomáhat lidem, kteří se ocitli v obtížné sociální situaci. Cílem sociální práce ve spojení s duševním onemocněním je resocializace.

Pod pojmem resocializace se skrývá snaha o zpětné začlenění člověka do společnosti, navázání nových sociálních vztahů nemocného, následné začleňování do pracovního procesu a zlepšování pracovního výkonu, nácvik sociálních dovedností a trénink přirozených životních situací. Hlavním cílem tedy je dosažení nezávislosti a soběstačnosti duševně nemocných.

Formy komunitní péče v ČR

V této části předkládám stručný přehled a charakteristiku vybraných dostupných komunitních služeb v České republice.

Denní sanatoria, či stacionáře

Jsou zařízení docházkového typu, poskytují psychoterapii a pracovní terapii, psychosociální rehabilitaci, podporu v zaměstnávání či v sociální oblasti lidem, kteří žijí v domácím prostředí, ale potřebují odbornou pomoc.

Krizová intervence

Poskytují bezprostřední psychiatrickou intervenci a psychosociální pomoc lidem s akutními symptomy duševního onemocnění, dlouhodobě duševně nemocným lidem, žijícím v mimoústavních podmínkách či osobám v jiné akutní krizi. Služby krizové intervence se dělí podle formy pomoci: telefonické linky, specializovaná krizová centra, umožňující osobní pohovor či krátkodobý pobyt (většinou omezen pěti dny).

Podporované bydlení

Je určeno pro dlouhodobě duševně nemocné, kteří nejsou schopni díky svému handicapu samostatně bydlet a nebo nemají dostatek prostředků pokrýt náklady na samostatné bydlení, a přesto chtějí žít mimo ústavní zařízení. Chráněná bydlení představují službu, která poskytuje bydlení různého typu, s odlišnou mírou dohledu a podpory pracovníků.

Domy na půl cesty (half-way house)

Slouží jako tréninkové prostředí pro přechod mezi léčebnou a návratem do života ve společnosti. Tento typ chráněného bydlení se vyznačuje i kontaktem terapeuta a klienta, praktickým nácvikem sociálních dovedností (vaření, běžný chod domácnosti), vysokým stupněm podpory ze strany terapeutického týmu při dalším řešení sociální situace.

Chráněné bydlení komunitního typu

Je určeno především pro dlouhodobě hospitalizované pacienty psychiatrické léčebny. Jejich zdravotní stav nevyžaduje akutně nemocniční péči, avšak zcela nezávislé bydlení není možné z důvodů úbytku sociálních dovedností a

nedostatečného sociálního zázemí. Klienti žijící pohromadě v komunitě, vedou společně domácnost za aktivní pomoci terapeuta, který je nepřetržitě přítomen.

Základním předpokladem pojetí komunitní péče je fakt, že duševně nemocní mají stejné potřeby a přání jako většinová část populace, ale neumí ji sami naplňovat a zajišťovat. Cílem je tedy zabránit vyloučení duševně nemocných ze společnosti a podporovat jejich samostatný život v přirozeném prostředí.

(6, 9, 16, 20)

1.4 Alkohol

Alkohol je celosvětově vnímán jako problém, který se ve společnosti vyskytuje. Na druhou stranu je to také návyková látka, která je společností přijímána a tolerována.

Ze své zkušenosti s duševně nemocnými lidmi, potažmo lidmi se schizofrenními poruchami, musím říci, že problém alkoholové závislosti je i u nich velice častý a je všeobecně přijímán jako tzv. „nutné zlo“.

Základní pojmy :

- alkohol – etanol
- alkoholismus – závislost na alkoholu, onemocnění, choroba
- syndrom závislosti (příznaky):
 - touha užívat psychoaktivní látku – např. alkohol
 - potíže v kontrole užívané látky
 - rostoucí tolerance
 - postupné zanedbávání jiných činností ve prospěch užívané látky a zvýšené množství času k získávání nebo užívání látky, k zotavení se z jejího účinku
 - somatický odvykací stav, je-li látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky
 - pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků

· odvykací stav – syndrom odnětí drogy – abstinenční příznak (třes, poruchy spánku, anorexie, pocit těžkého žaludku, úzkost, deprese, neklid, malátnost, slabost, atd.

Stádia alkoholického opojení:

1. stádium opilosti 1 – 1,5 ‰

- vzniká stav spokojeného a sdílného rozpoložení mysli, veselý výraz obličeje, živá mimika, výřečnost, smích, sebevědomí, rozpustilost, přátelství

2. stádium opilosti 1,5 – 3 ‰

- nekritický, netaktní, začíná křičet, zpívat, nedbá o své okolí, impulsivní, nepromyšlené jednání

- neumí kontrolovat řeč, obličej rudne, neuspořádané pohyby, závratě, vrávorání, vidí dvojité

3. stádium opilosti 3 – 4 ‰

- akutní otrava – únava, spavost, zvracení, obličej bledne

- opilost se podobá narkóze – úplné bezvědomí, necitlivost a mimovolné močení a pokálení

- svalstvo je uvolněné, tep mělký, pomalé dýchání, zornice nereagují

Lidé, kteří nadměrně užívají alkohol či ho zneužívají se nazývají abuzéři. S nadměrným užíváním alkoholu je řada nemocí, které mohou jedince postihnout, a to např. vředové nemoci žaludku, jaterní cirhózy (mohou končit i smrtí), skleróza cév, poruchy nervového systému, nemoci ledvin, alkoholové psychózy, delirium tremens (halucinace, třes těla, zvýšená teplota, dezorientace místem a časem), Korsakova alkoholická psychóza (porucha vstípidivosti paměti), alkoholické demence, alkoholické halucinózy, paranoidní alkoholová psychóza (bludy vztahovačnosti, žárlivost), epilepsie apod.

Léčba závislosti se může rozdělit do třech základních typů a tj. ústavní, ambulantní a stacionární. Prioritou je, aby léčebný program zajišťoval základní úkoly, např. odstranění drogy z organismu, obnovení a rehabilitace somatických funkcí organismu, obnovení psychických funkcí a vytvoření pozitivní struktury

psychiky, odstranění základního problému, přijetí a stabilizace životního stylu a v neposlední řadě také resocializace.

(17, 18)

2. Základní identifikační údaje

Pan B.P. je 40 letý invalidní důchodce z Jižních Čech. Nyní bylí na Chráněném komunitním bydlení v Praze, od roku 1999. Hlavním důvodem přijetí byl resocializační a rehabilitační pobyt.

Jméno a příjmení: B.P.	Pojišťovna: 211
Oslovení: jménem	Povolání: invalidní důchodce;
Rodné číslo: -	0,3 úvazek zahradník
Věk: 40 let	Předešlé povolání: -
Stav: svobodný	Vzdělání: SOU - nástrojář
Vyznání: -	Národnost: česká
Adresa: Praha	Telefon: má

Osoba, kterou lze kontaktovat: matka, bytem Jižní Čechy

Datum přijetí: rok 1999

Hlavní důvod přijetí na CHKB: resocializační a rehabilitační pobyt

Ošetřovala jsem: od srpna roku 2004 do ledna roku 2006

3. Lékařská anamnéza a diagnózy

a) Lékařská anamnéza:

↓ Osobní anamnéza:

- st.p. pravostranné tympanoplastice
- v dětství běžné dětské nemoci
- léčen pro Schizoafektivní poruchu depresivního typu
- na pravé dolní končetině varixy

↓ Rodinná anamnéza: otec zemřel, klient si myslí, že příčinou smrti byl zánět srdeční chlopně, ale není si jist; matka zdráva; klient udává, že z matčiny strany je rodinná dispozice k psychiatrickému onemocnění – poruchy nálad; bratr je zdrav

↓ Sociální anamnéza: nyní invalidní důchodce; předešlé zaměstnání jako nástrojář, tento obor také vystudoval; nyní zaměstnaný jako zahradník na částečný úvazek; s rodinou se dříve stýkal pravidelně, nyní vzhledem ke zhoršení stavu osobní styk přerušil, s matkou si telefonuje; s bratrem má problematické vztahy, a proto se nestýkají

↓ Nynější onemocnění:

- F 25.1 Schizoafektivní porucha, depresivní typ
- závislost na alkoholu – léčí se

b) Lékařské diagnózy:

- F 25.1 Schizoafektivní porucha, depresivní typ
- Závislost na alkoholu

4. Přehled terapie

Farmakoterapie

Chronická medikace

BURONIL 25 mg tbl.

Generický název: Melperoni hydrochloridum

Dávkování: 0-0-1

Indikační skupina: Antipsychotikum, Neuroleptikum

Nežádoucí účinky: ospalost, u starších osob náchylnost ke snížení krevního tlaku, závratě při vstávání, třes rukou, bolesti hlavy, přechodné poruchy činnosti jater

FEVARIN 100 mg tbl.

Generický název: Fluvoxamini hydrogenomaleas

Dávkování: 1-0-1

Indikační skupina: Antidepressivum.

Nežádoucí účinky: žaludeční nevolnost, zvracení, bolesti hlavy, malátnost, spavost, bušení srdce, bolesti břicha, nechutenství, zácpa, průjem, sucho v ústech, spavost, stavy vzrušenosti, úzkost, třes, nespavost, poruchy rovnováhy, pocení, pokles krevního tlaku, svalové bolesti, zmatenost, opožděná ejakulace, vyrážka, svědění, angioedém

LITHIUM 300 mg tbl.

Generický název: Lithii carbonas

Dávkování: 2-1-2

Indikační skupina: Psychofarmakum

Nežádoucí účinky: průjemy, pocit na zvracení, bolesti břicha, nechutenství, bolesti hlavy, závratě, slabší únava, slabost v dolních končetinách, zvýšený pocit žízně, časté močení, zvýšení hmotnosti, vypadávání vlasů, zvětšení štítné žlázy, porucha paměti, poruchy rytmu srdce

SEROQUEL 200 mg tbl.

Generický název: Quetiapini fumaras

Dávkování: 1-1-1

Indikační skupina: Antipsychotikum, neuroleptikum

Nežádoucí účinky: ospalost, pocit slabosti, sucho v ústech, pocit ucpaného nosu, poruchy trávení, zácpa, zvýšení hmotnosti, snížení krevního tlaku, zrychlení tepové frekvence, závratě, horečka, bolesti v krku, ulcerace, urychlené dýchání, pocení, svalová ztuhlost, porucha vědomí, priapismus, alergická reakce (otok)

ANTABUS 400mg šumivé tbl.

Generický název: Disulfiramum

Dávkování: 2×týdně

Indikační skupina: podpůrná léčba chronického alkoholismu.

Nežádoucí účinky: ospalost, únava, nevolnost, zvracení, nepříjemný zápach z úst, kovová chuť v ústech, svědění a zarudnutí kůže, halucinace, stavy deprese, snížená citlivost, svalová slabost, poruchy funkce jater, poruchy vidění

(19)

5. Stručný průběh pobytu na Chráněném komunitním bydlení

V této kapitole se zaměřím na pobyt klienta na Chráněném komunitním bydlení v době mé přítomnosti.

Klient se projevoval velice vstřícně, byl komunikativní, rychle a bez větších problémů reagoval na všechny dotazy. Aktivně spolupracoval.

Při rozhovorech s panem B.P. se postupně odkrýval jeho životní příběh. Již od dětství prý pociťoval, že se odlišuje od svých vrstevníků. Vždy byl spíše „samotář“ a do dětského kolektivu se příliš nezačleňoval. V závislosti na tomto stavu se stal i obětí dětské šikany, ze strany svých vrstevníků a později i ze strany svého staršího bratra. První symptomy onemocnění začal pociťovat již v patnácti letech, které se projevovaly lehkými stavy úzkosti a deprese. Po nástupu do zaměstnání se tyto stavy prohlubovaly a okolo dvacátého roku života se projevila první velká ataka deprese. Tento stav se snažil zvládnout tím, že v zaměstnání požádal o dovolenou. V tuto dobu se styděl přiznat, že má psychické problémy. Jeho zdravotní stav se postupně upravil a opět nastoupil do zaměstnání, ale asi za tři měsíce se ataka opakovala. Tehdy přiznal, že má psychické problémy a byl přijat k hospitalizaci. Po několik let byl opakovaně přijímán k hospitalizaci v Psychiatrické léčebně Bohnice. Při těchto pobytech se seznámil se svou tehdejší přítelkyní, se kterou žil několik let ve společné domácnosti. Sám pociťoval, že jeho zdravotní stav se zhoršoval a při jednom z pobytů v Psychiatrické léčebně Bohnice požádal o pobyt v Chráněném komunitním bydlení, kde žije soustavně již pět let.

Při příchodu na resocializační a rehabilitační pobyt do Chráněného komunitního bydlení klient podepisuje smlouvu o poskytnutí služby. Předmětem smlouvy je poskytnutí psychosociální rehabilitace v Chráněném komunitním bydlení. Klient se ve smlouvě zavázal k přispívání na náklady jež jsou spojeny s poskytováním chráněného ubytování, také k aktivní spolupráci s terapeutickým týmem při přípravě rehabilitačního plánu a jeho naplňování. Dále se zavazuje k dodržování

pravidel soužití v Chráněném komunitním bydlení, dle svého zdravotního stavu k podílení na plnění společných úkolů a respektování práv ostatních klientů.

Poskytovatel služby se ve vztahu ke klientovi zavazuje k následujícímu: vytvoření rehabilitačního plánu ve spolupráci s klientem, podporování klienta k dosažení cíle, vytvoření podmínek pro tolerantní soužití všech klientů, pomoci při řešení úkolů, individuální podpoře jednotlivých klientů při realizaci rehabilitačního plánu, k ustanovení tzv. patrona, který zajišťuje spolupráci s klientem, k respektování klienta a jeho práv.

Klient má na Chráněném komunitním bydlení volný pohyb. Mezi jeho povinnosti patří přítomnost na ranní komunitě, kde se hovoří o jednotlivých aktivitách na daný den a povinnostech, které klient musí splnit. Na aktivity se zapisuje sám a dobrovolně, podmínkou je jedna libovolná činnost na den, např. vytírání, vaření, úklid po obědě apod. Další z povinností je přítomnost na Chráněném komunitním bydlení po desáté hodině večerní. Pokud bude klient mimo Chráněné komunitní bydlení či přijde později, musí tuto skutečnost oznámit personálu dopředu.

Pan B.P. příchod na Chráněné komunitní bydlení vnímá, jako příležitost naučit se něco nového. Od pracovníků očekává, že mu pomohou v těžkých situacích, které sebou přináší jeho nemoc. Aktivně se podílí na tvorbě rehabilitačního plánu a plnění jeho cílů.

Klient je samostatný v sebeobslužných činnostech. Pomoc a podporu personálu potřebuje při výrazném zhoršení zdravotního stavu.

C. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

1. Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu

1.1 Biologické potřeby

Bolest a nepohodlí

Klient nepocítuje bolest. Udává, že neměl žádné obtíže s bolestí před příchodem na Chráněné komunitní bydlení a předpokládá, že nebude mít s touto oblastí ani nadále problémy.

- Hodnocení sestry: klient nepocítoval bolet, v souvislosti s bolestí si nestěžoval na problémy po dobu mého působení; lůžko je upravené a vyhovující pro odpočinek.

Dýchání

Pan B.P. udává, že sám nepocítuje, že by měl nějaké potíže s dýcháním. Klient udal, že má již od mladého věku chronickou rýmu, která mu však nečiní žádné obtíže, proto také neužívá žádné léky a nepodstupuje terapii. Klient je kuřák a vykouří denně asi 25 kusů cigaret. Kouření mu prý pomáhá relaxovat a odtrhnou se od vnějšího světa, pomáhá mu se uklidnit.

- Hodnocení sestry:
 - ⇒ dech: dýchání pravidelné; bez zřetelných obtíží; frekvence 18/min
 - ⇒ dušnost: není přítomna
 - ⇒ kašel/sputum: kašel bez expektorace, suchý, je závislý na intenzitě kouření cigaret (nikotinismus)
 - ⇒ cyanóza: nepřítomna

- ⇒ chronická rýma: je přítomna již od mladého věku; klient nepodstupuje žádnou terapii
- ⇒ obecné riziko nikotinismu je zde zastoupeno; klient vykouří 25 kusů cigaret denně

Hygienická péče a stav kůže

Klient udává, že se sám obslouží v hygieně a sebeobslužných úkonech. Před příchodem na CHKB se sprchou neměl problémy, vše zvládnul sám. Myslí si, že pokud by odešel z CHKB, tak se nic nezmění, vše zvládne sám. Nemá určenou dobu koupání či dobu, kterou by měl nejradyji. Když je potřeba, tak nezáleží na denní době.

Pacient říká, že pokožka mu v posledních letech spíše vysychá, ale nepoužívá žádné krémy ani masti na pokožku. Pan B.P. mi ukázal jizvy na levém předloktí. Způsobil si je sám, když se páčil cigaretou. Jako důvod svého činu udal, že byl v tak hluboké depresi, že potřeboval cítit, že ještě žije. Pociťoval prý absolutní beznaděj. Jinak žádné problémy s pokožkou nezaregistroval.

➤ Hodnocení sestry:

- ⇒ klient je v hygienické péči samostatný; není třeba dopomoc
- ⇒ o svůj zevnějšek pečuje a chodí vždy upravený
- ⇒ kůže: suchá, neporušená, celistvá, beze změn
- ⇒ vyrážka: 0
- ⇒ hematomy: 0
- ⇒ opruzeniny: 0
- ⇒ jizvy: jsou přítomny v oblasti levého předloktí; jsou drobné; způsobeny jako důsledek sebepoškozování – pálení cigaretou; sebepoškozoval se před lety v těžkém depresivním stavu; pociťoval beznaděj

Výživa

Klient nemá zubní protézu. Domnívá se, že tělesnou váhu má vyšší, než by měl mít, ale pro snížení hmotnosti nedělá žádná opatření. Rozhoduje se dle chuti. Za poslední rok se jeho váha snížila asi o 5 kilogramů. Strava mu chutná a není jídlo, které by nejedl. V oblibě má Segedínský guláš se šesti knedlíky. Na CHKB vaří společně s ostatními klienty a sám je vášnivý kuchař.

➤ Hodnocení sestry:

- ⇒ dieta č. 3; samostatné stravování
- ⇒ stav výživy dobrý
- ⇒ tělesná hmotnost 98 kg; tělesná výška 181 cm
- ⇒ BMI 29,9 – nadváha či hranice obezity
- ⇒ nauzea/zvracení: nepřítomno
- ⇒ pálení žáhy/trávicí obtíže: 0
- ⇒ alergie na některé druhy potravin: 0
- ⇒ poruchy žvýkání/polykání: 0

Hydratace

Klient udává, že příjem tekutin po příchodu do zařízení se nijak nezměnil. Denně dle vlastních slov vypije až 5 litrů tekutin, převážně minerální vody a ovocné šťávy. Do pití se nutit nemusí a žízeň nepocítuje. Moc nepije čaj a mléko, nerad pije jakýkoli alkohol – abstinuje. Sám poukázal na skutečnost, že když požíval alkohol tak se uzavíral do sebe, byl nespolehlivý, nechtěl s nikým mluvit a všem okolo sebe lhal. Jakmile si začal tyto skutečnosti uvědomovat, tak chtěl s pitím alkoholu přestat.

➤ Hodnocení sestry:

- ⇒ pacient dobře hydratován; pocit žízně neudává
- ⇒ pije sám bez pobízení; často pije ovocné šťávy a minerální vody, také kávu
- ⇒ kožní turgor dobrý

- ⇒ otoky: 0
- ⇒ ascites: 0
- ⇒ alkohol: závislost se projevovala uzavřeností, straněním se společnosti a lhaním; nyní ve fázi abstinence; probíhá léčba pod dohledem v ambulanci pro alkoholové závislosti; medikace – Antabus; viz níže vyhodnocení testu AUDIT

Na základě zjištění závislosti na alkoholu jsem u klienta použila měřící techniku AUDIT – Test pro identifikaci poruch způsobených užíváním alkoholu. Klient vyplnil test před začátkem léčby závislosti a po 8 měsících léčby. Oba vyplněné testy jsou zařazeny do příloh, jako číslo 4.

Hodnocení testu před začátkem léčby (červenec 2004):

- ⇒ skóre dosažených bodů v testu bylo 31
- ⇒ počet bodů 20 a více ukazuje na závislost na alkoholu
- ⇒ je nutné další diagnostické vyšetření pro stanovení konečné diagnózy

Hodnocení testu po 8 měsících léčby (duben 2006):

- ⇒ skóre dosažených bodů bylo 0
- ⇒ počet bodů 0-7 je charakterizováno jako pití alkoholu s nízkým rizikem
- ⇒ není třeba žádné intervence, ale je možné poučit o rizicích konzumace alkoholu

Vyprazdňování

Pacient říká, že na stolicí chodí jedenkrát za den. Netrpí zácpami ani průjmy. Pro podporu defekace nic neužívá. Nyní problémy se stolicí nemá.

Před příchodem do CHKB neměl pacient potíže s močením. A při případném odchodu ze zařízení nemá obavy, že by měl nějaké problémy s močením.

➤ Hodnocení sestry:

- ⇒ vyprazdňování stolice pravidelné denně bez obtíží
- ⇒ nebylo podáno žádné projímadlo

Tělesné aktivity

Klient nenavštěvuje pravidelně zaměstnání, pracuje pouze na částečný úvazek jako zahradník. Jinak pobírá invalidní důchod, vzhledem ke svému onemocnění. Po CHKB se pohybuje bez problémů. Nemá doporučeno žádné rehabilitační cvičení. Volný čas v zařízení tráví soustružením, vymýšlením přístrojů a zlepšovacích zařízení pro práci na zahradě. Klient udává, že je často unavený, a proto si mezi jednotlivými činnostmi chodí odpočinout, nejčastěji leží na lůžku. Vzhledem k časté únavě po činnostech o ně prý posléze ztratí zájem. Svou únavu přičítá onemocnění.

Klient má obtíže se zrakem, trpí dalekozrakostí. Nosí brýle, ale nečiní mu žádné obtíže. Klient udává, že má také obtíže se sluchem. Trpí pravostrannou nedoslýchavostí, pro kterou v mladém věku podstoupil operaci. Na nedoslýchavost je zvyklí, a proto mu nečiní nějaké obzvláště významné potíže, ani ho nijak neomezuje.

➤ Hodnocení sestry:

- ⇒ klient většinu svého volného času tráví v dílně, kde velice rád vymýšlí různá zlepšovací zařízení nebo soustruží
- ⇒ často mezi činnosti odpočívá – únava; únava je závislá na činnosti a projevuje se v důsledku onemocnění; únava je také příčinou časté ztráty zájmu o činnosti
- ⇒ vyhledává pozornost; rád a aktivně se účastní komunikace s ostatními klienty
- ⇒ klient má obtíže se zrakem; je si jich vědom a dle toho také jedná
- ⇒ přítomna pravostranná nedoslýchavost - důsledkem častých zánětů středouší v dětském věku; neomezuje

Lokomotorické funkce

Pacient říká, že má potíže s chůzí. Pociťuje občasnou nejistotu při pohybu a má pocit, že upadne. Myslí si, že je to v závislosti na onemocnění a s postupem doby trvání onemocnění se stav zhoršuje. Problémy se objeví nejčastěji, když jde sám po ulici, má pocit, že ho všichni okolo sledují. Pro zlepšení mu pomáhá se zastavit a soustředit se sám na sebe. Do budoucna očekává, že problém bude mít zhoršující se tendenci.

- Hodnocení sestry: pacient má problémy s chůzí, které se projevují vrávoráním, těžknutím nohou, nejistotou v chůzi, nemůže odejít z místa; při pomalé chůzi, zastavení a soustředění se na sebe, krizi zvládá sám.

Odpočinek a spánek

Klient má obtíže se spánkem. Udává, že občas trpí nespavostí a časným probouzením. Myslí si, že problémy jsou způsobeny množstvím medikace a únavou z nemoci. Léky na spaní neužívá, ale občas zkusí nějaké přírodní preparáty. Zatím mu nic nepomáhá. Dle slov pana B.P. měl problémy se spánkem již při pobytu na lůžkovém oddělení a trvají doposud. K vyspání potřebuje cca 12 hodin denně. Obvykle spí cca 12 hodin a svou noční nespavost „dohání“ přes den. V průběhu dne si chodí odpočinout mezi jednotlivými aktivitami, přes den tedy naspí cca 2-3 hodiny. Nemá žádný návyk, který by mu pomáhal lépe spát či usínat.

- Hodnocení sestry:
 - ⇒ klient trpí poruchami spánku
 - ⇒ léky na spaní neužívá
 - ⇒ noční spánek: časně probouzení, cca v 5 hodin ráno
 - ⇒ denní spánek: mezi jednotlivými aktivitami si chodí odpočinout; přes den naspí cca 2-3 hodiny

Sexualita

Klient si myslí, že mu nemoc způsobila problémy v partnerském životě. Ato zejména v možnosti najít si tolerantní partnerku, která by s ním chtěla sdílet společnou domácnost. Také si myslí, že nikdy nebude mít rodinu s dětmi, ale chtěl by partnerku, se kterou se budou vzájemně podporovat, a ne se jen opečovávat. Problémy sexuálního charakteru vzhledem k onemocnění nepociťuje (např. nemožnost sexuálního styku).

- Hodnocení sestry: klient nemá problémy sexuálního charakteru, ale spíše vztahové

1.2 Psychosociální potřeby

Klient je emocionálně spíše stabilní, dobře se ovládá, je přizpůsobivý a nečiní mu to problém. Informace přijímá bez problémů. Celkově je spíše smutný a sklíčený, hlavně vzhledem k momentálnímu stavu onemocnění a neuspokojivému partnerskému životu.

Do psychosociálních potřeb patří např. (dle Dr. Chloubové): bezpečí a jistota, láska, souzáležitost, rodina, přátelství, péče o druhé.

- Bezpečí a jistota: bezpečí a jistotu vidí hlavně ve své rodině a sám v sobě, nebojí se osamění, ale i přesto by chtěl mít životní partnerku, která by ho podporovala; co se týče pobytu na CHKB si je jistý, že zvládne a zvládá vše bez problémů; pokud by jednou musel odejít z CHKB, tak pouze do nějakého jiného zařízení s podporou, jelikož se zatím po předchozích zkušenostech necítí na samostatné bydlení; dále klient uvádí, že pociťuje úzkost, strach a občas beznaděj v různých situacích, jejich vznik přičítá psychickému onemocnění

- Láska: pan B.P. pociťuje velice hlubokou lásku a náklonnost ke své matce, se kterou má dobrý vztah, je sní v telefonickém kontaktu. Problematický vztah má ke svému bratrovi. Myslí si, že bratr také prodělal schizofrenní ataku, ale nediagnosticskovali ji u něho. Při kontaktu s bratrem dochází k pravidelným hádkám a roztržkám, to má za následek zhoršení stavu pana B.P.. Proto se rozhodl nějakou dobu se s bratrem nestýkat. Mobilní telefon vlastní. Prožívá stesk a osamělost, ale řeší tuto situaci trávením svého volného času v dílně nebo povídáním si s přáteli.
- Sounáležitost: klient cítí náklonnost ke spolubydlícím, jelikož si s nimi velmi dobře popovídá. Vztah k matce má dobrý. Myslí si, že bariérami mezi jejich častějším kontaktem jsou vzdálenost bydlišť a jeho bratr.
- Rodina: pan B.P. o své rodině mluvil velice hezky, hlavně své matce. Pouze o svém bratrovi nechtěl moc mluvit. Pouhá zmínka o něm, má již velice negativní dopad na jeho psychiku, což se projevuje vzrušeností a náznaky agresivního chování. Osobu bratra má spojenou s negativním chováním (např. nadávky), převážně vůči němu samotnému.
- Přátelství: klient má pár velice dobrých přátel mimo CHKB, kteří za ním pravidelně docházejí, nebo se stýkají mimo CHKB. Kladný a přátelský vztah navázal se svými spolubydlícími, dle mého názoru k vzájemnému prospěchu. Klient udává, že má občas problémy s ostatními klienty. Tyto problémy řeší nejčastěji tím, že odejde pryč a nekomunikuje s nimi.
- Péče o druhé: jeho vztah k druhým lidem se projevila zejména v navázání pozitivního kontaktu se spolubydlícími a ochotně pomáhá při jakémkoli problému. Pan B.P. sám řekl, že když se zhorší jeho zdravotní stav nemá na nikoho „náladu“.

1.3 Existenciální potřeby

Do existenciálních potřeb jsem zařadila: zdraví, informovanost, soběstačnost, sebeúctu a seberealizaci, ekonomické a sociální jistoty, rodinnou a sociální situaci.

- Zdraví – životní styl: klient je informován o životním stylu a omezeních, která vyplývají z jeho choroby; svůj volný čas se snaží trávit aktivně (soustružení, vymýšlení nových přístrojů a zlepšovacích návrhů, práce na zahradě atd.).
- Informovanost: klient je informovaný o rehabilitačním a resocializačním plánu; domnívá se, že vše zvládne.
- Soběstačnost: klient udává, že je soběstačný, vše co potřebuje si udělá sám; klient vyplnil test pro identifikaci soběstačnosti (viz text mže).
- Sebeúcta a seberealizace: klient si sám sebe váží a je si vědom všech důsledků svého jednání; klient se hlavně realizuje ve svých volnočasových aktivitách, které jsou mu velkým koníčkem a celoživotní zálibou.
- Ekonomické a sociální jistoty: klient je ekonomicky zajištěn invalidním důchodem, jež pobírá a také příjmem za částečný úvazek; pravidelně je v kontaktu se svou matkou, mají vřelý vztah. S pozicí důchodce je vyrovnán a dle toho si také plánuje volný čas a aktivity.
- Rodinná a sociální situace: pan B.P. momentálně žije v chráněném komunitním bydlení; sdílí ložnici se dvěma muži; nejdůležitější osobou v jeho životě je jeho matka, se kterou je v kontaktu telefonicky přibližně jednou za dva měsíce; s bratrem nemají dobrý vztah a proto se nestýkají; při případném odchodu s CHKB by nejraději šel do jiného zařízení s podporou, vzhledem tomu, že se momentálně necítí na samostatný život; myslí si, že stejně jednou z CHKB půjde do Domova důchodců pro duševně nemocné.

Na základě zjištěných informací a své zkušenosti s duševně nemocnými klienty na CHKB jsem sestavila dotazník, který má za cíl zjistit míru soběstačnosti. Dotazník vyplnilo celkem 11 respondentu, včetně pana B.P., který dotazník vyplňoval 17. dubna 2006. Z vyhodnocení dotazníků vyplynulo, že současný stav soběstačnosti zjištěný pozorováním a stav soběstačnosti zjištěný pomocí dotazníků odpovídá skutečnosti. Vyplněný dotazník a způsob hodnocení je přiložen v přílohách pod číslem 5.

Hodnocení dotazníku:

- ⇒ dosažené skóre bodů bylo 54
- ⇒ u klienta je přítomna hraniční hodnota pohybující se mezi lehkou a středně těžkou závislostí, což se projevilo zejména v následujících oblastech: vaření, domácí práce, práce kolem domu, nakupování, zaměstnání, doprava, vztah s ostatními klienty, rodina a kouření.

Souhrnné hodnocení

Klient má u sebe dvoudenní dávku chronické medikace, chodí si léky samostatně doplňovat do kanceláře zařízení. Kouří cigarety a je léčen pro závislost na alkoholu. Nepociťuje bolest. Nemá problémy s dýcháním a neomezuje jej ani chronická rýma. V osobní péči, stravování, pitném režimu a volnočasových aktivitách je samostatný. Má jizvy na levém předloktí horní končetiny po pálení cigaretou, již z dřívějších let. Klient nosí brýle, je u něj diagnostikována pravostranná nedoslýchavost – nečiní mu obtíže. Pociťuje občasnou nejistotu při chůzi. U klienta se projevují poruchy spánku a častá únava po aktivitách.

Klient byl podporován k samostatným a rozmanitým aktivitám, např. práce na zahradě, tvorba a vymýšlení zařízení usnadňující práci v kuchyni, k chození do přírody a na procházky, sebevzdělávání a samostatnému hledání zaměstnání apod.

Po dobu pobytu klienta na Chráněném komunitním bydlení se jeho sociální dovednosti zlepšily. Ve vztahu k sociálním dovednostem je nutná pouze malá podpora ze strany personálu, pokud je jeho zdravotní stav stabilizovaný. Při zhoršení psychického onemocnění musí personál výrazněji zasáhnout, a to zejména ve způsobu trávení volného času, podpoře a naslouchání při stavech deprese.

Pan B.P. má velice hezký a pozitivní vztah s personálem Chráněného komunitního bydlení. Vzhledem k výše uvedenému špatně snáší odchod zaměstnanců, ale i posléze s nimi udržuje přátelské vztahy.

2. Ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila s ohledem na psychický stav klienta a jejich výskyt přímo souvisí se zhoršením duševní poruchy.

Seznam ošetrovatelských diagnóz dle zjištění a stanovení sestry:

1. Poruchy spánku z důvodu základního onemocnění, projevující se poruchami usínání, časným probouzením, pocitem únavy a ranní nevyspaností
2. Riziko pádu z důvodu duševní poruchy, projevující se nejistotou a nestabilitou v chůzi
3. Úzkost vyskytující se z důvodu základního onemocnění, projevující se strachem, nespavostí, stavy beznaděje a nejistotou
4. Riziko vzniku násilí zaměřeného na sebe z důvodu beznaděje, projevující se úzkostí, sociální izolací, sebepoškozováním
5. Riziko vzniku snížení výkonnosti z důvodu psychického onemocnění, projevující se pocitem únavy, slabostí, sníženým zájmem o jakoukoliv činnost
6. Riziko vzniku opětovné závislosti na alkoholu z důvodu porušení léčby, projevující se poruchou komunikace, tendencí ke lhaní, osobní izolací a nespolehlivostí
7. Riziko vzniku sociální izolace z důvodu neschopnosti navazovat uspokojivé osobní vztahy, projevující se ztíženým vyjadřováním, uzavřeností
8. Riziko vzniku poruch sociální interakce z důvodu psychické poruchy, projevující se nedostatečnou společenskou přizpůsobivostí, poruchami vztahů s ostatními
9. Porucha soběstačnosti z důvodu psychického onemocnění, projevující se sníženou výkonností v sociálních dovednostech (např. domácí práce, zaměstnání, doprava, vztah s ostatními klienty, rodina)

Seznam ošetrovatelských diagnóz dle priorit klienta:

1. Poruchy spánku z důvodu základního onemocnění, projevující se poruchami usínání, časným probouzením, pocitem únavy a ranní nevyspaností
2. Úzkost vyskytující se z důvodu základního onemocnění, projevující se strachem, nespavostí, stavy beznaděje a nejistotou
3. Riziko pádu z důvodu duševní poruchy, projevující se nejistotou a nestabilitou v chůzi
4. Riziko vzniku sociální izolace z důvodu neschopnosti navazovat uspokojivé osobní vztahy, projevující se ztíženým vyjadřováním, uzavřeností
5. Riziko vzniku poruch sociální interakce z důvodu psychické poruchy, projevující se nedostatečnou společenskou přizpůsobivostí, poruchami vztahů s ostatními
6. Riziko vzniku násilí zaměřeného na sebe z důvodu beznaděje, projevující se úzkostí, sociální izolací, sebepoškozováním
7. Riziko vzniku opětovné závislosti na alkoholu z důvodu porušení léčby, projevující se poruchou komunikace, tendencí ke lhaní, osobní izolací a nespolehlivostí
8. Riziko vzniku snížení výkonnosti z důvodu psychického onemocnění, projevující se pocitem únavy, slabostí, sníženým zájmem o jakoukoliv činnost
9. Porucha soběstačnosti z důvodu psychického onemocnění, projevující se sníženou výkonností v sociálních dovednostech (např. domácí práce, zaměstnání, doprava, vztah s ostatními klienty, rodina)

(2, 3, 16)

3. Plán ošetrovatelské péče

3.1 Poruchy spánku z důvodu základního onemocnění, projevující se poruchami usínání, časným probouzením, pocitem únavy a ranní nevyspaností

Ošetrovatelská diagnóza zjištěna a stanovena v září roku 2004

- cíl: klient zná příčinu poruchy
klient zná prostředky k úpravě denního časového režimu

- intervence: edukace klienta o denním časovém režimu
personál ví, jak má rozvrhnout péči o klienta, tak aby
nenarušovala jeho odpočinek
zajištění klidného prostředí pro usínání
s klientem promyslet opatření, která by mu pomohla k
lepšímu usínání

- realizace: S panem B.P. jsme hovořili o jeho denním plánu a o tom, jak zachází se svým volným časem. Zjistily jsme, že díky množství medikace je stále dosti unavený, proto si musí chodit přes den odpočinout, což poté rozvrátí jeho noční spánek. Dohodli jsme se, že zkusí dodatečný spánek omezit pouze na dopolední hodiny a to v krátké míře. Zjistili jsme, že rušivé prostředí klientovi spánek nenarušuje, jelikož je na něj již tak zvyklí, že ho nevnímá. Opatření, která jsme s klientem promýšleli se týkala hlavně rozvrhu dne, tak aby měl večer snadnější usínání. Dosti často negoval mé pokusy o další opatření, jelikož je přesvědčený, že se již více nedá udělat. U personálu jsem zajistila, že se budou snažit veškeré aktivity, které jsou spojeny s pobytem pana B.P. na CHKB, provádět v odpoledních hodinách a v dopoledních a nočních hodinách respektovat jeho klid.

➤ hodnocení:

- klient zná příčinu poruchy – cíl splněn
- klient zná prostředky k úpravě denního časového režimu – cíl splněn

Opatření ke zlepšení usínání:

1. náročné aktivity soustředit do dopoledních hodin
2. méně náročné a zájmové aktivity soustředit do odpoledních hodin
3. denní spánek soustředit do dopoledních hodin, odpočívání např. po náročných aktivitách
4. zahájení spánku po deváté hodině večerní
5. vyloučit rušivé podněty ze svého okolí, např. vypínat si mobilní telefon

3.2 Riziko pádu z důvodu duševní poruchy, projevující se nejistotou a nestabilitou v chůzi

Ošetřovatelská diagnóza zjištěna a stanovena v prosinci roku 2004

➤ cíl: klient nepadá

klient zná krizová opatření

klient zná důvod, proč situace vzniká

➤ intervence: edukace klienta

vytvoření osobního krizového plánu spolu s klientem

zjištění příčin vzniku rizika

poučení personálu o krizovém plánu

➤ realizace: S klientem jsme hovořili o důvodech, pro které vzniká toto riziko. Pan B.P. si většinu příčin dokázal určit sám, bez problémů. Dle jeho slov jej již dříve zajímal důvod proč takové stavy má, a snažil se sám

sledovat situace, při kterých vznikají. Hlavním důvodem vzniku je jeho duševní porucha a dříve také závislost na alkoholu. Vytvořili jsme společně krizový plán opatření, který má u sebe a na kterém se aktivně podílel (viz mže). S krizovým plánem byl také seznámen personál.

➤ hodnocení:

- klient nepadá – cíl splněn
- klient zná krizová opatření – cíl splněn
- klient zná důvod proč situace vzniká – cíl splněn

Osobní krizový plán:

1. zastavit se
2. najít v blízkosti oporu, např. si sednout
3. soustředit se sám na sebe a ne okolí
4. soustředit se na dýchání a ne okolí
5. rychle odejít z místa vzniku

Klient krizová opatření při příznacích úzkosti využil a jejich stanovení hodnotí jako pozitivní.

3.3 Úzkost vyskytující se z důvodu základního onemocnění, projevující se strachem, nespavostí, stavy beznaděje a nejistotou

Ošetřovatelská diagnóza zjištěna a stanovena v lednu roku 2005

➤ cíl: klient zná krizová opatření při příznacích úzkosti

➤ intervence: edukace klienta

vytvoření krizového plánu společně s klientem
seznámení personálu s osobním krizovým plánem

- realizace: S klientem jsme dlouho hovořili o tom, jak se chovat při vzniku úzkosti. Sám byl velice aktivní při vytváření krizového plánu (viz níže). Také jsme spolu hovořili o nejčastějším typu úzkosti, který se u něj projevuje a místě, kde se nejčastěji projevuje. Místo, kdy se úzkost nejčastěji projevuje, je veřejné prostranství, kdy má klient neodbytný pocit, že všichni lidé, kteří jsou přítomni na ulici se na něj dívají a pomlouvají ho. Personál má k dispozici krizový plán pana B.P.
- hodnocení:
 - klient zná krizová opatření při příznacích úzkosti – cíl splněn

Krizová opatření při příznacích úzkosti:

1. nesoustředit se na úzkost
2. eliminovat příčinu, která vyvolala úzkost
3. soustředit se na činnost, která mi dělá dobře (např. práce na zahradě, soustružení v dílně apod.)
4. při přetrvávající úzkosti poprosit personál o rozhovor a pomoc

Klient krizová opatření při příznacích úzkosti využil a jejich stanovení hodnotí jako pozitivní.

3.4 Riziko vzniku násilí zaměřeného na sebe z důvodu beznaděje, projevující se úzkostí, sociální izolací, sebepoškozováním

Ošetřovatelská diagnóza zjištěna a stanovena v leden roku 2005

- cíl: klient zná příčiny a následky svého chování
klient zná krizový plán pro případ vzniku rizika
- intervence: zjištění příčin chování

edukace klienta o následcích jeho chování
vytvoření krizového plánu spolu s klientem

- realizace: S klientem jsme dlouho hovořili o příčinách a následcích jeho chování. Sám řekl, že si v takových případech nemůže pomoci. V minulosti se sebepoškozoval – páčil se cigaretou, hlavním důvodem dle jeho slov bylo: „chtěl jsem cítit, že ještě žiji“. Při těchto stavech prý pociťoval velikou beznaděj a úzkost, která jej naprosto pohlcovala. Vytvořili jsme společně krizový plán, který klient použije v případě vzniku situace, která by vedla k sebepoškozování (viz níže).

- hodnocení:
 - klient zná příčiny a následky svého chování – cíl splněn
 - klient zná krizový plán pro případ vzniku rizika – cíl splněn

Krizový plán:

1. pokusit se vyloučit příčinu
2. dát z dosahu věci, které bych mohl použít k sebepoškozování, např. cigarety (uložení cigaret do kanceláře, pobyt v kanceláři a rozhovor s personálem Chráněného komunitního bydlení)
3. poprosit o rozhovor a pomoc personál

3.5 Riziko vzniku snížení výkonnosti z důvodu psychického onemocnění, projevující se pocitem únavy, slabostí, sníženým zájmem o jakoukoliv činnost

Ošetřovatelská diagnóza zjištěna a stanovena v únoru roku 2005

- cíl: klient zná důvody vzniku snížení výkonnosti
klient ví, jak si upravit denní časový režim

- intervence: edukace klienta o příčinách vzniku snížení výkonnosti
 edukace klienta o denním časovém režimu
 personál ví, jak má rozvrhnout péči o klienta, tak aby
 nepřerušovala jeho odpočinek

- realizace: S klientem jsem hovořila o příčinách vzniku snížené výkonnosti, jak se projevuje. Sám uznal, že často se necítí nejlépe, je hodně unavený a tím pádem jej ruší jakákoli činnost, kterou by měl vykonat. Hovořili jsme o tom, jakým způsobem by si měl rozvrhnout své denní aktivity, tak aby nebyl tak často příliš unavený. Tzn. náročné aktivity soustředit do dopoledních hodin, kdy je možné si po nich odpočinout a méně náročné aktivity a koníčky soustředit do odpoledních hodin. S personálem jsem hovořila, jak mají naplánovat aktivity s klientem, tak aby ho nepřetěžovali.

- hodnocení:
 - klient zná důvody vzniku snížení výkonnosti – cíl splněn
 - klient ví, jak si upravit denní časový režim – cíl splněn

3.6 Riziko vzniku opětovné závislosti na alkoholu z důvodu porušení léčby, projevující se poruchou komunikace, tendencí ke lhaní, osobní izolaci a nespolehlivosti

Ošetřovatelská diagnóza zjištěna a stanovena v září roku 2005

- cíl: klient zná příčiny a následky svého chování
 klient má náhled na situaci
 klient zná místa, kam se může obrátit pro pomoc

- intervence: zjištění příčin chování

edukace klienta o následcích jeho chování

edukace klienta o kontaktních místech pro léčbu závislosti na alkoholu

zjistit, zda má klient náhled na situaci

➤ realizace: S klientem jsem hovořila o příčinách jeho chování, proč se zavíral a potají pil, z jakého důvodu lhal pracovníkům Chráněného komunitního bydlení a proč tento problém nastal. Dle klienta hlavním důvodem vzniku problému byly deprese, které se stále stupňovaly, tak vyzkoušel alkohol a on začal pomáhat. Jenže postupem času musel pít víc a víc, aby alkohol zabral. Schovával se a lhal, hlavně z důvodů studu. Klient dobře věděl o následcích konzumace alkoholu a závislosti na něm. Po absolvované léčbě je přesvědčen, že již pít nezačne. Dle vlastních slov nechce skončit, jako lidé na uzavřeném oddělení léčby závislostí. Mluvili jsme spolu i o místech, která pomáhají závislým na alkoholu. Klient v červenci roku 2005 a dubnu roku 2006 vyplnil Test pro identifikaci poruch působených užíváním alkoholu – AUDIT, jenž byl již dříve zmíněn v kapitole biologických potřeb.

➤ hodnocení:

- klient zná příčiny a následky svého chování – cíl splněn
- klient má náhled na situaci – cíl splněn
- klient zná místa, kam se může obrátit pro pomoc – cíl splněn

3.7 Riziko vzniku sociální izolace z důvodu neschopnosti navazovat uspokojivé osobní vztahy, projevující se ztíženým vyjadřováním, uzavřeností

Ošetřovatelská diagnóza zjištěna a stanovena v říjnu roku 2005

- cíl: klient nalezne přijatelné řešení své situace
rodina bude častěji osobně navštěvovat klienta

- intervence: vytvoření velmi dobrého pracovního vztahu s klientem
edukace klienta o rozdílech mezi projevy sociální izolace a
pocity osamělosti
vytvoření příznivého prostředí pro lepší navázání vztahů mezi
klienty
kontaktování rodiny, zdůraznění pozitivního projevu
komunikace klient a rodina

- realizace: Základem pro dobrou práci s klientem bylo vytvoření přátelské
atmosféry, která byla důvodem pro lepší a otevřenější přístup klienta k mé
osobě. Klient byl velice vstřícný a komunikativní, čímž bylo docíleno, že
jsme při rozhovoru zjistili důvody možného vzniku rizika. Pan B.P. měl
pocit, že když se rozešel s dlouholetou přítelkyní, tak si již nikoho
nemůže nalézt, protože neexistuje tak tolerantní žena, která by s ním a
jeho chorobou chtěla žít v jedné domácnosti. Na druhou stranu, ale moc
nechce partnerku s psychickou poruchou, jelikož má pocit, že by vztah
dopadl sejně, rozpadl by se. Vysvětlila jsem mu, že vzhledem k jeho věku
není nic ztraceno a důležité je přeci doufat a hledat, než jen sedět a litovat
se. A stažení do sebe ničemu nepomůže. Po této rozmluvě jsme seděli i
s ostatními klienty, debata se stočila na téma vztahy a všichni se vyslovili
pro názor, že je lepší doufat a hledat než, nedělat nic. S rodinou jsem
bohužel měla možnost komunikovat málo po stanovení této
ošetřovatelské diagnózy. Kontakt s rodinou se u pana B.P. odehrává
pouze telefonicky a to jen s matkou přibližně jednou za dva měsíce. Při
rozhovoru s matkou klienta o tomto problému mi dávala za pravdu, ale
často poukazovala na to, že ona nic změnit nemůže.

- hodnocení:
 - klient nalezne přijatelné řešení své situace – cíl splněn
 - rodina bude častěji osobně navštěvovat klienta – cíl se nezdařil pro již výše uvedené skutečnosti

3.8 Riziko vzniku poruch sociální interakce z důvodu psychické poruchy, projevující se nedostatečnou společenskou přizpůsobivostí, poruchami vztahů s ostatními

Ošetrovatelská diagnóza zjištěna a stanovena v říjnu roku 2005

- cíl: klient zná příčiny
 - klient navázal kontakt s ostatními klienty
- intervence: edukace klienta o příčinách
 - vytvoření velmi dobrého pracovního vztahu s klientem
 - vytvoření vhodného prostředí pro navázání vztahů s ostatními klienty (vytvoření osobní a domácího prostředí, např. dekorace, příjemné osvětlení, posezení na zahradě s grilováním apod.)
- realizace: S klientem jsem již od počátku navázala přátelský vztah, který nám umožnil vzájemně efektivně spolupracovat. S panem B.P. jsme hovořili o příčinách, které vedou k poruchám vztahů s lidmi. Sám zjistil, že i on má nedostatky v komunikaci s ostatními klienty, a to převážně v případech, kdy jiným klientům něco nejde. Jeho chování je v těchto případech občas nepřiměřené. Řekl, že se bude snažit v těchto situacích chovat více vstřícněji. Tento rozhovor pomohl ke vzniku lepšího prostředí pro komunikaci s ostatními klienty. Poté byly vedeny i několikahodinové rozhovory mezi klienty o různých tématech a zlepšil se i vzájemný vztah.

pro komunikaci s ostatními klienty. Poté byly vedeny i několikahodinové rozhovory mezi klienty o různých tématech a zlepšil se i vzájemný vztah.

➤ hodnocení:

- klient zná příčiny – cíl splněn
- klient navázal kontakt s ostatními klienty – cíl splněn

3.9 Porucha soběstačností z důvodu psychického onemocnění, projevující se sníženou výkonností v sociálních dovednostech (např. domácí práce, zaměstnání, doprava, vztah s ostatními klienty, rodina)

Ošetrovatelská diagnóza zjištěna a stanovená v dubnu roku 2006 vychází z dotazníku zaměřeného na měření míry soběstačnosti

- cíl: klient je maximálně soběstačný
- intervence: edukace klienta o možných změnách v problémových oblastech
podpora klienta při pozitivních krocích ke změně
- realizace: S panem B.P. jsem hovořila o oblastech, které dle vyhodnocení dotazníku soběstačnosti byly problémové. Ve vzájemné spolupráci jsme uvažovali o krocích, jež by vedly k nápravě. Navrhla jsem některá možná řešení, např. domácí práce – vždy si najít prvek, který mě zaujme; doprava – nejistotu při cestování dopravními prostředky se snažit překonat při čtení knihy, čímž se odpoutám od příčiny jež ve mně vyvolává nejistotu; rodina – snažit se s rodinou navázat vztah a vysvětlit si s nimi skutečnosti, které vedly k poruše vzájemných vztahů. Klient po našem rozhovoru řekl, že si promyslí vše o čem jsme mluvili a poté se

rozhodne. S povděkem kvitoval mou nabídku, že kdyby si chtěl promluvit může kdykoli zavolat.

➤ hodnocení:

- klient je maximálně soběstačný – cíl částečně splněn; rozhovor s klientem o možných změnách; dle mého názoru klient tuto poruchu prozatím nevnímá jako problém

(2, 3, 16)

D. ZÁVĚR

Závěrem bych chtěla říci, že spolupráce s panem B.P. pro mě byla velice přínosná. Vzhledem k navázání příjemného a přátelského kontaktu, byla naše spolupráce velice produktivní.

Pan B.P. žije s duševním onemocněním již od mládí, proto také vyzkoušel již mnoho terapií, které by pomohly jeho stav zlepšit. Bohužel, toto snažení ustalo na velice vysokých dávkách léků, které mají i řadu nežádoucích účinků. Tyto nežádoucí účinky se projevují hlavně v oblasti poruch spánku. Ve vzájemné spolupráci jsme se snažili najít přijatelná řešení tohoto stavu a pevně doufám, že se porucha spánku alespoň částečně upraví. Dalšími oblastmi, na kterých jsme spolupracovali byly např. oblast úzkosti a s tím související riziko pádu či ještě před zahájením léčby závislosti na alkoholu, zejména motivačními pohovory k zahájení této léčby. Ošetřovatelské diagnózy jež vznikly, jsou aktuální doposud.

Po dobu mého působení na Chráněném komunitním bydlení klient dělal pokroky ve fázích, kdy se jeho psychické onemocnění neprojevovalo stavy deprese. Domnívám se, že u tohoto klienta je významným problémem deprese, která se velice často projevuje, a proto není zlepšení trvalé.

Úroveň psychoedukace u klienta je velice dobrá, vzhledem k jeho dobré informovanosti a zájmu o své onemocnění. Sám zastává názor, že ví nejlépe co mu pomůže vzhledem k dlouhodobému onemocnění a vyzkoušení mnoha způsobů léčby.

Předchozí vztah klienta s rodinou hodnotím jako lépe se vyvíjející, avšak pro dlouhodobé neshody s bratrem, se vztah velmi omezil. Nynější spolupráce s rodinou je velice obtížná. Klient nyní omezuje kontakt s rodinou pouze na telefonické rozhovory s matkou, přibližně jednou za dva měsíce.

Pracovní terapie u pana B.P. probíhá formou částečného úvazku zahradníka. Myslím si, že je to pro něj velice vhodná činnost, neboť miluje přírodu a rád vymýšlí zařízení pro usnadnění práce. Je pro něj i vhodnou motivační složkou k zajištění své finanční nezávislosti.

Nácvik sociálních dovedností u pana B.P. probíhá velice dobře v době, kdy není zhoršen jeho zdravotní stav pro depresi.

Předpokládám, že jeho zdravotní stav bude mít do budoucna spíše setrvalou tendenci. Co se týče dalšího pobytu klienta na Chráněném komunitním bydlení, předpokládám, že tam setrvá ještě několik let. Jeho dalším osudem bude s největší pravděpodobností Domov důchodců pro duševně nemocné, kde má již podanou žádost. Návrat do rodinného prostředí v této chvíli není možný, vzhledem k neuspokojivým vztahům s bratrem, který bydlí s matkou.

Pevně doufám, že další život pana B.P. bude jiný a možná produktivnější než dosud. A opatření, která jsme společně vytvořily, budou mít pozitivní efekt.

E. ZDROJE INFORMACÍ

1. ČERNOUŠEK, M. *Šílenství v zrcadle dějin*. Praha: Grada Avicenum, 1994. 236s.
ISBN 80-7169-086-4
2. ČERVINKOVÁ, E. a kol. *Ošetrovatelské diagnózy*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 165s.
ISBN 80-7013-332-5
3. DOENGES, M.; MOORHOUSE, M. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 1996. 576s.
ISBN 80 -7169-294-8
4. DÖRNER, K.; PLOG, U. *Bláznit je lidské*. Praha: Grada Publishing, 1999, 353s.
ISBN 80-7169-628-5
5. *Integrativní přístup k léčbě pacientů se schizofrenií*. Ostrov: Nemocnice v Ostrově, 2001. 73s. Sborník přednášek.
ISBN 80-238-6995-7
6. KŘÍŽKOVÁ, J. *Příspěvek ke zkoumání vlivu schizofrenie na kvalitu života*. Praha: Filozofická fakulta, 2004. 108s. Diplomová práce
7. MARKOVÁ, E.; VENGLÁŘOVÁ, M.; BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006. 352s.
ISBN 80-247-1151-6
8. *Mezinárodní klasifikace nemocí – 10 revize. Duševní poruchy a poruchy chování*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000. 306s.
ISBN 80-85121-44-1
9. Městské centrum sociálních služeb a prevence. *Informace, kontakty a služby pro osoby se zdravotním postižením*. Praha, 2004
10. MOTLOVÁ, L.; KOUKOLÍK, F. *Schizofrenie*. Praha: Galén, 2004. 437s.
ISBN 80-7262-277-3

11. PRAŠKO, BAREŠ, HORÁČEK, MOHR, MOTLOVÁ, SEIFERTOVÁ, ŠPANIEL. *Léčíme se s psychózou – co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách*. Praha: Nakladatelství Medical Tribune CZ, 2005. 96s.
ISBN 80-239-5482-2
12. RABOCH, J.; ZVOLSKÝ, P. a kol. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001. 662s.
ISBN 80-7262-140-8
13. *Schizofrenie – edukační program WPA*. Praha: Aमेpra s.r.o., 2003. 146 s.
ISBN 86694-03-8
14. SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: MAXDORF s.r.o., 2002. 506s.
ISBN 80-85912-18-X
15. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 6 – Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 55s.
ISBN 80-7013-323-6
16. ŠLAISOVÁ, I.; HOSÁK, L.; MICHÁLKOVÁ, V. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Hradec Králové: NUCLEUS HK, 2004. 91s.
ISBN 80-86225-51-8
17. <http://www.alkoholik.cz/> - Informační server o alkoholu
18. <http://www.drogy-info.cz/> - Informační portál o ilegálních a legálních drogách
19. <http://www.lekarna.cz/> - Internetová lékárna
20. <http://www.neziskovky.cz/> - Informační centrum neziskových organizací
21. <http://www.plbohnice.cz/> - Psychiatrická léčebna Bohnice
22. <http://www.stopstigma.cz/> - ZMĚNA – projekt zaměřený na redukci stigmatu a diskriminace z důvodu psychiatrického onemocnění

Přílohy

Seznam příloh

- Příloha č. 1: Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize a
Diagnostický a statistický manuál Americké
psychiatrické asociace
- Příloha č. 2: Ošetřovatelský záznam
- Příloha č. 3: Ošetřovatelský plán
- Příloha č. 4: Test pro identifikaci poruch působených užíváním
alkoholu - AUDIT
- Příloha č. 5: Test pro měření míry soběstačnosti
- Příloha č. 6: Práva pacientů s duševním onemocněním
- Příloha č. 7: Etika ošetřovatelské péče v psychiatrii
- Příloha č. 8: Centra pomoci a kontaktní místa zabývající se
duševním onemocněním v Praze

Obecná diagnostická kritéria MKN-10 pro F25 Schizoafektivní poruchy	Diagnostická kritéria DSM-IV pro Schizoafektivní poruchu
<p><i>Poznámka:</i> Tato diagnóza spočívá v přibližné „rovnováze“ mezi počtem, závažností a trváním schizofrenních afektivních příznaků.</p> <p>G1. porucha splňuje kritéria pro jednu z afektivních poruch (F30.-, F31.-, F32.-) sítě druhého nebo třetího stupně, jak jsou specifikovány pro každou kategorii.</p> <p>G2. po většinu doby v průběhu nejméně dvou týdnů se musí vyskytovat příznaky nejméně z jedné níže uvedené skupiny (jedná se o skupiny téměř stejné jako u schizofrenie):</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) ozvučování myšlenek, vkládání nebo odmínání myšlenek, vysílání myšlenek; (2) bludy kontrolování, ovlivňování nebo ovládnání, zřetelně se projevující pohyby těla nebo končetin, nebo zvláštní myšlenky, činnosti nebo pocity, bludné vnímání; (3) halucinace hlasů, které komentují pacientovo chování nebo mezi sebou hovoří, nebo jiné typy hlasů, které přicházejí z některých částí těla; (4) neustálé bludy jiných typů, které nemožno být kulturně podmíněné a jsou zcela nepatřičné, jako náboženská nebo politická identita, nadlidská moc nebo schopnost (např. schopnost ovlivňovat počasí nebo být ve spojení s mimozemšťany); (5) značné nepřiměřené a nesouvislé řeč nebo časté užívání neologismů; (6) intermitentní, ale časté projevy některých forem katonie, jako je pózování (nástavy), vosková ohebnost a negativismus. <p>G3. Kritéria G1 a G2 musí být splněna v průběhu téže epizody poruchy, a alespoň po určitou dobu trvání epizody musí být souběžná. Příznaky kritérií G1 i G2 musí být v klinickém obraze zřetelně vyjádřeny.</p> <p>G4. <i>Nejčastěji užívaná vylučovací podmínka</i> Poruchu nelze přičíst organické duševní poruše (v= smyslu F00-F09) nebo intoxikaci psychoaktivní látkou, závislosti na ní nebo jejímu odnětí (F10-F19).</p>	<p>A. nepřetržitě období onemocnění, v jehož průběhu se někdy vyskytují buď Velká depresivní epizoda, manická epizoda nebo Smíšená epizoda souběžně s příznaky odpovídajícími kritériu A pro Schizofrenii.</p> <p>Poznámka: Velká depresivní epizoda musí zahrnovat kritérium A1: depresivní nálada.</p> <p>B. V průběhu téhož období onemocnění se vyskytovaly bludy nebo halucinace po dobu nejméně 2 týdnů bez přítomnosti převládajících příznaků poruchy nálady.</p> <p>C. Příznaky, které splňují kritéria pro epizodu poruchy nálady, jsou přítomny podstatnou dobu z celkové doby trvání aktivního a reziduálního období onemocnění.</p> <p>D. Rušivé příznaky nejsou způsobeny přímým fyziologickým účinkem substance (např. návykové látky, léky) nebo somatickým stavem.</p> <p><i>Určete blíže typ:</i></p> <p>Bipolární typ: jestliže porucha zahrnuje Manickou nebo Smíšenou epizodu (nebo Manickou nebo Smíšenou epizodu nebo Velkou depresivní epizodu).</p> <p>Depresivní typ: jestliže porucha zahrnuje pouze Velkou depresivní epizodu.</p>

Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

Vstupní ošetrovatelský záznam
 (materiál k náviku ošetrovatelského procesu)

INFORMACE SBÍRANÉ PŘI POBYTU NA CHRÁNĚNÉM KOMUNITNÍM BYDĚNÍ

Jméno a příjmení (vyplň iniciály) B.P.

Oslovení YMĚNEM Pojišťovna 211 (M)
 Rodné číslo (nevyplňuj) 1.12.1965 Povolání 0,3. ÚPLNĚK ZAHRADNÍK
 Věk 40 Vzdělání SOA - NĚSTROVAR
 Vyznání — Národnost ČEŠKA
 Adresa PRAHA Telefon —
 Osoba, kterou lze kontaktovat MATKA, BYTEM ŽIJENÍ ČECH

Datum přijetí 1. 1999
 Hlavní důvod přijetí RESOCIALIZAČNÍ A REHABILITAČNÍ POBYT

Lékařská diagnóza:
 1 F 25.1: SCHIZOAFEKTIVNÍ PORUCHA,
 2 DEPRESIVNÍ TYP
 3 —
 4 —

Jak je nemocný informován o své diagnóze? —

Osobní anamnéza: 1. DETSKÍ ČASŤE HANĚTY STŘEDNÍ - PRÁVOTRANNA NEDRŽADNOST (NEDECI SE); PDK, VARIXY, SLP, TYMPANORRAGIE

Rodinná anamnéza: OTEC (SEKREK - HANĚT 40. VĚKOVĚ) & MATKA (STANĚNÝ DISPOKICE K PSYCHIATR. ONEMOCNĚNÍ)

Vyšetření: AUDIT - TEST PRO IDENTIFIKACI PORUCH PŮSOBENÝCH ÚKLIKÁMÍ ALKOHOLU; DATYNIK - SBERŤACNOST

Terapie: BIKONIT 15 mg 0-0-1; FEKARIN 100 mg 1-0-1; LITHIUM 300 mg 1-1-1; SEROQUEL 200 mg 1-1-1; ANTIBIOT 1000 mg 1-1-1

Nemocný má u sebe tyto léky.
DROUDENÍ, DANKU HEKU MA U SEBE, ŽBYTEK HEKU JE UHOŽEN V KANCELÁŘI

Je poučen, že je nemá brát —ano ne
 jak je má brát ano —ne

Obecná rizika (zatrhni, je-li u nemocného v anamnéze)

nikotinizmus	ne	ano	pokud ano, kolik denně... 15 ks.
alkoholizmus	ne	ano	
drogy	ne	ano	pokud ano, jaké a jak dlouho... NIKDY
alergie :	jídlo	ne	ano pokud ano, které.....
	léky	ne	ano pokud ano, které.....
	jiné	ne	ano pokud ano, na co.....
dekubity (změř)	NE		
pneumonie (změř)	NE		

Důležité informace o stavu nemocného: KHENT UŽÍVÁ ANTABUSE A OHODÍ NA TERAPII DO PORADNY → ZAVIŠEHO NA ALKOHOLU
TEST AUDIT = VYPHNEŇ (PŘED UŽÍVÁNÍM ANTABUSEU A PARADNOU + V HEČBE)
HEČBA ZAHAYENA V ŽRŮVNU 2005
 Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)? NAUČIT SE TO, CO JEŠTE NEVIMÁM ČI VŠEM NEVIMĚM
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? MÝŠKIM ĚI, ŽE RODINNA DISPOZICE
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? HAHAYNE VŠEM ŽE ŽNI MŮŽEH NAUČIT ŽIT, ŽE TO ŽOUČĚT
4. Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane? CHTEH ŽYCH, AŽY MI PRACOVNÍCI POMOHHI V TĚŽKÝCH ŽITUACIACH
5. Jaké to pro vás je být v nemocnici? ŽE TO TU DABRE
6. Kolik času podle vašeho odhadu strávíte v nemocnici? 90% ŽEHO ČASU
7. Máte dostatek informací o vašem léčebném režimu? ANO, PRAVIDELNE MĚNÍME A PROBÍRÁME RŮB PHAŇ
8. Máte dostatek informací o nemocničním režimu? ANO
9. Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici?

upřesněte..... NE

Stupeň soběstačnosti (je-li porušena, změřte stupeň poruchy)

Komunikace:

- stav vědomí	při vědomí	somnolence	koma
- kontakt navázán	rychle	s obtížemi	nenavázán
- komunikace	bez problémů	bariéry	nekomunikuje
- spolupráce	snaha spolupracovat	nedůvěřivost	odmítá spolupráci

Hodnocení nemocného

1. Bolest / nepohodlí

- Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného ?

~~ano~~ ne

pokud ano, upřesněte.....

- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím

~~ano~~ ne

pokud ano, upřesněte.....

jak dlouho ?

- Na čem je vaše bolest závislá ?.....

- Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíži) ?.....

- Kde pociťujete bolest?.....

- Pokud budete mít u nás bolesti/potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění ?..... *NEVIM*

Objektivní hodnocení sestry :

Pocit pohodlí (lůžko, teplo) *LŮŽKO UPRAVENE, TEPLA PRÍMERENE*

Charakter, lokalizace, intenzita bolesti (změřte): *NEMA*

2. Dýchání

- Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním ?

~~ano~~ ne

pokud ano, upřesněte.....

- Měl jste potíže před příchodem do nemocnice ?

~~ano~~ ne

pokud ano, upřesněte.....

Jak jste je zvládal ?

- Máte nyní potíže s dýcháním ? ~~ano~~ ne

pokud ano, co by vám pomohlo ?.....

- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů ?

~~ano~~ ne ~~nevim~~

pokud ano, zvládnete to ?.....

- Kouříte ? ~~ano~~ *ne*

pokud ano, kolik ?..... *25 RŮJ DEN*

Objektivní hodnocení sestry: *dušnost, frekvence, pravidelnost, rýma, kašel, sputum atd.*

CHRONICKÁ RÝMA - NEVYKVA, DUŠNOST NEPRÍTOHNA,

DÝCHANÍ PRAVIDELNE BEZ OBTÍŽÍ, KAŠEL BEZ

EXPEKTORACE V KAVISIHOZI NA KOUŘENÍ (NIKOTINISMA)

FREKVENCE: 18/MIN

3. Osobní péče

- Můžete si všechno udělat sám ? ~~ano~~ *ne*

- Potřebujete pomoc při mytí ? ~~ano~~ ne

- Potřebujete pomoc při čištění zubů ? ~~ano~~ ne

- Potřebujete pomoc při koupání či sprchování? ~~ano~~ ne
- Kdy se obvykle koupete/sprchujete? ~~ráno~~
~~odpoledne~~
~~večer~~
kdykoliv

Objektivní hodnocení sestry: soběstačnost, upravenost, zanedbanost atd.

OSOBNÍ PÉČE BEZ PROBLÉMU; SOBĚSTAČNOST MĚŘENÁ POMOČÍ TESTU, KEJNE VĚK UPRAVENÝ!

4. Kůže

- Pozorujete změny na kůži? ~~ano~~ ne
- Máte obvykle kůži suchou ~~mastnou~~ normální
- Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť? NIC NEPOUŽÍVA
- Svědí vás kůže? ~~ano~~ ne

Objektivní hodnocení sestry: celistvost, vyrážka, hematomy, opruzeniny, rány, jizvy, atd.

VIŠKY - V OBRAZCI HEVĚHO PŘEDNÁKTÍ, DROBNÉ -> V DÍVĚNĚTKU SEBEPĚKOVÁNÍ (PAŘENÍ CIGARETOU); DÍVĚDEM JEJNADEŠÍ KŮŽE - NEPORUČENA, CEHŮTA, BEŽE LMEN (UŠKOST, 20. 11. 14.)

5. Strava / dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup?
- Máte zubní protézu? ~~dobrý~~ ~~vadný~~
 - Dělá vám stav vašeho chrupu při jídle potíže? ~~horní dolní~~ žádnou
 - Máte rozbolavělá ústa? ~~ano~~ ne
 - Máte rozbolavělá ústa? ~~ano~~ ne
 - Pokud ano, upřesněte.....
 - Pokud ano, ruší vás to při jídle? ~~ano~~ ne
 - Pokud ano, upřesněte.....

- b) Myslíte, že máte tělesnou váhu
- ~~přiměřenou~~ vyšší (o kolik?) 15-10 kg
 - nižší (o kolik?)

- c) Změnila se vaše váha v poslední době?
- pokud ano, o kolik kg jste zhubnul 5 kg
 - pokud ano, o kolik kg jste přibral

- d) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu?
- Co obvykle jíte? VŠE
 - Je něco, co nejíte? NEJENÍ
 - Pokud ano, co a proč?
 - Měl jste nějakou dietu, než jste byl hospitalizován? ~~ano~~ ne
 - Pokud ano, upřesněte.....
 - Měl jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišel do nemocnice? NE
 - Pokud ano, upřesněte.....
 - Co by mohlo váš problém vyřešit?
 - Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? ~~ano~~ ne
 - Pokud ano, očekáváte, že ji budete schopni dodržovat?

Objektivní hodnocení sestry: stav výživy, enterální výživa-dieta, parenterální výživa, soběstačnost atd.

MIRY 181 cm / 98 kg - BMI 29,9 -> NADVAHA
NEVYBÍZENEJŠÍ VÍDHO: SEGEDINSKY QUHAR & KNEPHIKEM
DIETA C.3
STAV VÝŽIVY - DOBRÝ
STRAVOVÁNÍ & AMOBTATNE

6. Příjem tekutin *V POSLEDNÍ DOBĚ*

- Změnil jste příjem tekutin od té doby, co jste onemocněl ?
~~zvýšil~~ snížil ~~nezměnil~~
- Co rád pijete ? vodu ~~mléko~~ ovocné šťávy
 kávu ~~čaj~~ nealkoholické nápoje
- Co nepijete rád ? *NEJI*
- Kolik tekutin denně vypijete ? *5L*
- Máte k dispozici dostatek tekutin ? ano *VI* ~~ne~~

Objektivní hodnocení sestry: projevy dehydratace ~~NEVYKOU PRITOMNOSTI~~
DECEBA PRO ZAVIŠTĚNÍ NA ALKOHOLU - AUDIT (PŘED A PO) ->
HRDNE PORUŠENÍ NELOBY (PORUCHA KOMUNIKACE, HŘANÍ, NESPO-
HEHLIVOST, KONTAKT)

7. Vyprazdňování střeva

- Jak často chodíte obvykle na toaletu ? *1X DENNĚ*
- Máte obvykle normální stolici
~~zácpu~~
~~příjem~~
- Kdy se obvykle vyprazdňujete ? *NEZÁBĚHÍ NA ČASĚ, KDIKOHÍ*
- Pomáhá vám něco, abyste se vyprázdnil ? ~~ano~~ ne
 pokud ano, co to je ?
- Berete si projímadlo ? nikdy
~~příležitostně~~
~~často~~
~~pravidelně~~
- Máte nyní problémy se stolicí ? ~~ano~~ ne
 pokud ano, jak by se daly řešit ?

Objektivní hodnocení sestry:
VYPRAZDŇOVÁNÍ PRÁVIDELNĚ BEZ OBTÍŽÍ

8. Močení

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice ?
~~ano~~ ne
- pokud ano, upřesněte
 Jak jste je zvládal ?
- Co by vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici ?
NEJI
- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice ?
~~ano~~ ne
 pokud ano, myslíte, že to zvládnete ?

Objektivní hodnocení sestry:
MOČENÍ PRÁVIDELNĚ BEZ OBTÍŽÍ

9. Lokomotorické funkce

- Máte potíže s chůzí ? ano ne
pokud ano, upřesněte *OBČASNÁ NEVÝSTOTA V POHYBECH*
- Měl jste potíže s chůzí už před přijetím ? ano ne
pokud ano, upřesněte *POSTUPNĚ ZHORŠOVÁNÍ*
- Řekl vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil ? ano ne
pokud ano, upřesněte.....
- Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění ? ano ne nevím
pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete ?

Objektivní hodnocení sestry:

*OBČASNÁ NEVÝSTOTA V POHYBECH (KDYŽ JE UČENA, ŽE JÍŽ OD
DĚLÁ) - DŮSLEDEK ONEMOCNĚNÍ; ÚKROČ, NEVÝSTOTA
POMÁHA: ZASTAVIT SE A ZAMĚŘIT SAM NA ZEBE
KDE HO POZORUJE*

10. Smyslové funkce

- Máte potíže se zrakem ? ano ne
pokud ano, upřesněte *ZÁNEK ÚKROČ*
- Nosíte brýle ? ano ne
Pokud ano, máte s nimi nějaké problémy? *NEMAM*
- Slyšíte dobře ? ano ne
pokud ne, užíváte naslouchadlo ? ano ne
jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl ?

Objektivní hodnocení sestry:

*PRÁVOSTRANNÁ NEDOZRCHAVOST - NIYAK NECHYBE
POMÁHA BRÝLE BEZ ŮBTÍŽÍ*

11. Fyzická a psychická aktivita

- Chodíte do zaměstnání ? Pokud ano, co děláte ? *0,3 ZAHRADNÍK, NEPRÁVIDĚLNĚ*
- Máte potíže pohybovat se v domácnosti ? ano ne
- Máte doporučeno nějaké cvičení ? ano ne
pokud ano, upřesněte.....
- Víte, jaký je váš pohybový režim v nemocnici ? ano ne *NEJEN STRIKTNE
URČEN*
- Co děláte rád ve volném čase ?
- Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici ?
SAMOSTRANĚNÍ, KÝMĚNĚNÍ PRŮTOKU A ZEPŘEVÁKŮ;
- Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění ? *NE* *PRÁCE NA*

Objektivní hodnocení sestry:

*DENNÍ AKTIVITY SI URČUJE SAM, DNE
ŮBHĚBNOSTI,
ŮBČASNĚ POTÍŽE S VEKOU UNAVOU - STOVĚNĚ S
ONEMOCNĚNÍM
MOHACE - ÚKROČ, STIKENE TĚŽKŮVÁNÍ*

12. Odpočinek / spánek

- Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vyspání? *12 HODIN*
- Máte doma potíže se spánkem ano ne
 pokud ano, upřesněte *NE SPÁVOST, BRZY SE PROBUDENÍ*
- Kolik hodin obvykle spíte? *12 HODIN*
- Usínáte obvykle těžko? ano ne
- Budíte se příliš brzy? ano ne
 pokud ano, upřesněte *cca. 5. HODIN RÁNO*
- Co podle vás způsobuje vaše potíže? *LÉKY, ÚNAVA & NEMOCI*
- Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát? *NE*
- Berete doma léky na spání? ano ne
 pokud ano, které? *YKONEM PRÍRODNÍ MATEKOU*
- Zdrímnete si i během dne? Jak často a jak dlouho? *ANO, DENNE, 2-3 H.*

Objektivní hodnocení sestry:

únavy, denní a noční spánek apod.

DENNÍ PRÁKÁNÍ → ÚNAVA & AKTIVIT (EPLOYITOST & ONEMOCNĚNÍM); ČASTÉ PŘESTÁVKY & ODPOČINKEM MEZI JEDNOTLIVÝMI AKTIVITAMI — ENĚ & ÚNEM O ČINNOSTI

13. Sexualita

(otázky závisejí na tom, zda pacient považuje za potřebné o tom mluvit)

- Způsobila vaše nemoc nějaké změny ve vašem partnerském vztahu?
 ano ne
 pokud ano, upřesněte *JE PROBLÉM & NADÍT TAK TŮNERÁ-*
- Očekáváte, že se změní po odchodu z nemocnice váš intimní život? *NTNI*
 ano ne
 pokud ano, upřesněte *PARTNERKY*

M4 & W, JE NIKDY NEBUDE MIT RODINU & DĚTMI, ANĚ V ČASTĚ PARTNERKY, SE KTEROU SE BUDOU VYKREMNĚ PODPOROVAT, A NE SE JEN OPEČOVÁVAT.

- pacient o sexualitě nechce hovořit *sexuální problém, není mu to záležet*
- otázky nebyly položeny

14. Psychologické hodnocení (podtrhni charakteristiku)

- | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|--------------------|
| - emocionalita | stabilní | spíše stabilní | labilní |
| - autoregulace | dobře se ovládá | hůře se ovládá | |
| - adaptabilita | přizpůsobivý | nepřizpůsobivý | |
| - příjem a uchování informací: | bez zkreslení | zkresleně (neúplně) | |
| - orientace (časem, osobou, místem) | orientován | dezorientován | |
| - celkové ladění | úzkostlivý smutný | rozzlobený | |
| | sklíčený | apatický | |

15. Rodina/sociální situace

- S kým doma žijete? ... YOUNG SE SPOLUBÝDNIČÍMI (LX)
- Kdo je pro vás nejdůležitější (nejbližší) člověk? ... MAMINKA
- Komu mohou být poskytnuty informace o vašem zdravotním stavu? ... MATKA
- Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu? ... VELOU ZVYKLI
- Může vás někdo z rodiny (nebo blízký) navštěvovat? ... ANO - MATKA, VI
- Je na vás někdo závislý? ... NE; MOŽNA TROCHU BUIANA PRITEKYNES
- Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? ... DOBU SE NECHCI VRÁTIT
- Kdo se o vás může postarat? ... MATKA, NERO NEVA

Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci..)

BYDLIM NA UKB, MAM MAMINKU A BRÁTRA, S KTERÝM
EI MOŽ NEROZUMIM A NECHCI SE S NIM STYKAT
SE SPOLUBÝDNIČÍMI PÝCHAM DOKRE 9.1 S PRATEM,
KTERI ME NA UKB NAVŠTEVOVAJI

Chcete mi ještě něco říci, co by nám pomohlo v ošetrovatelské péči ... NE

Souhrnné hodnocení

Shrnutí závěrů důležitých pro ošetrovatelskou péči

- CHRONICKÁ MEDIKACE - ZURONIN 25 mg, FEVARIN 100 mg,
LITHIUM 300 mg, SERQUEN 200 mg, ANTABUS 100 mg
t.b. 400 mg
- DVOUDENNÍ DÁVK MA U SEBE, OHODÍ EI DOPLNĚVAT
DO KANOEHARÉ
- POUCENÍ O UŽÍVÁNÍ
- NIKOTINIZMUS; BEŽBA ZAVÍŠTOSTI NA ALKOHOLU
- BOHĚZT = NE
- DYCHÁNÍ - NE, CHRONICKÁ PÝMA
- OSOBNÍ PÉČE ZAMOŽTATNA
- KUŽE → YIŽVY V DŮŽHEDKU SEBEPŮŽOVÁNÍ (LHK)
- STRAVA → DOBRA, BMI 29,9 → NADVAHA; ZAMOŽTAT
- HYDRATACE - DOBRA
- VYTRVĚDNŮVÁNÍ → BEŽ PROBLEMU, PRAVIDELNE
- LOKOMOTORICKE FCE. → OBCĚASNA NEYIŠTOA
- ZMYŠLOVE FCE. → BRYNE (DANEKOŽRAKŮST), PRAVŮSTR.
NEDŮŽHYČHARŮST (NECINI ŮBTIŽE)
- AKTIVITY = DOBRE
- SPÁNEK = PORUCHA

Plán ošetrovateľskej péče

Ošetrovateľské diagnózy <i>aktuální a potenciální ošetrovateľské problémy nebo poruchy v uspokojovaní potrieb seřazené v pořadí jejich naléhavosti</i>	Cíle ošetrovateľské péče <i>časově vymezené a měřitelné cíle</i>	Plánované ošetrovateľské aktivity <i>činnosti, které zajišťují dosažení cílů</i>	Hodnocení poskytnuté péče		
			efekt (ve vztahu k cílům)	Datum	podpis primární sestry
<i>Problém se zvládnutím a důvěrou v sebe sama vzhledem k fyzickým problémům a bolestem, izolací, ztrátou sebedůvěry, problém s identitou a sebestačností</i>	<i>- cíle: snížit úroveň fyzických potřeb - cíle: snížit úroveň psychických potřeb - cíle: zlepšit vztahy s rodinou</i>	<i>- edukace klienta a rodiny - poskytnutí informací - podpora sebedůvěry - poskytnutí podpory</i>	<i>účel splněn</i>	<i>1. 12. 2015</i>	<i>[Podpis]</i>
<i>Problém se zvládnutím a důvěrou v sebe sama vzhledem k fyzickým problémům a bolestem, izolací, ztrátou sebedůvěry, problém s identitou a sebestačností</i>	<i>- cíle: snížit úroveň fyzických potřeb - cíle: snížit úroveň psychických potřeb - cíle: zlepšit vztahy s rodinou</i>	<i>- edukace klienta - poskytnutí informací - podpora sebedůvěry - poskytnutí podpory</i>	<i>účel splněn</i>	<i>1. 12. 2015</i>	<i>[Podpis]</i>
<i>Problém se zvládnutím a důvěrou v sebe sama vzhledem k fyzickým problémům a bolestem, izolací, ztrátou sebedůvěry, problém s identitou a sebestačností</i>	<i>- cíle: snížit úroveň fyzických potřeb - cíle: snížit úroveň psychických potřeb - cíle: zlepšit vztahy s rodinou</i>	<i>- edukace klienta - poskytnutí informací - podpora sebedůvěry - poskytnutí podpory</i>	<i>účel splněn</i>	<i>1. 12. 2015</i>	<i>[Podpis]</i>
<i>Problém se zvládnutím a důvěrou v sebe sama vzhledem k fyzickým problémům a bolestem, izolací, ztrátou sebedůvěry, problém s identitou a sebestačností</i>	<i>- cíle: snížit úroveň fyzických potřeb - cíle: snížit úroveň psychických potřeb - cíle: zlepšit vztahy s rodinou</i>	<i>- edukace klienta - poskytnutí informací - podpora sebedůvěry - poskytnutí podpory</i>	<i>účel splněn</i>	<i>1. 12. 2015</i>	<i>[Podpis]</i>
<i>Problém se zvládnutím a důvěrou v sebe sama vzhledem k fyzickým problémům a bolestem, izolací, ztrátou sebedůvěry, problém s identitou a sebestačností</i>	<i>- cíle: snížit úroveň fyzických potřeb - cíle: snížit úroveň psychických potřeb - cíle: zlepšit vztahy s rodinou</i>	<i>- edukace klienta - poskytnutí informací - podpora sebedůvěry - poskytnutí podpory</i>	<i>účel splněn</i>	<i>1. 12. 2015</i>	<i>[Podpis]</i>
<i>Problém se zvládnutím a důvěrou v sebe sama vzhledem k fyzickým problémům a bolestem, izolací, ztrátou sebedůvěry, problém s identitou a sebestačností</i>	<i>- cíle: snížit úroveň fyzických potřeb - cíle: snížit úroveň psychických potřeb - cíle: zlepšit vztahy s rodinou</i>	<i>- edukace klienta - poskytnutí informací - podpora sebedůvěry - poskytnutí podpory</i>	<i>účel splněn</i>	<i>1. 12. 2015</i>	<i>[Podpis]</i>
<i>Problém se zvládnutím a důvěrou v sebe sama vzhledem k fyzickým problémům a bolestem, izolací, ztrátou sebedůvěry, problém s identitou a sebestačností</i>	<i>- cíle: snížit úroveň fyzických potřeb - cíle: snížit úroveň psychických potřeb - cíle: zlepšit vztahy s rodinou</i>	<i>- edukace klienta - poskytnutí informací - podpora sebedůvěry - poskytnutí podpory</i>	<i>účel splněn</i>	<i>1. 12. 2015</i>	<i>[Podpis]</i>
<i>Problém se zvládnutím a důvěrou v sebe sama vzhledem k fyzickým problémům a bolestem, izolací, ztrátou sebedůvěry, problém s identitou a sebestačností</i>	<i>- cíle: snížit úroveň fyzických potřeb - cíle: snížit úroveň psychických potřeb - cíle: zlepšit vztahy s rodinou</i>	<i>- edukace klienta - poskytnutí informací - podpora sebedůvěry - poskytnutí podpory</i>	<i>účel splněn</i>	<i>1. 12. 2015</i>	<i>[Podpis]</i>
<i>Problém se zvládnutím a důvěrou v sebe sama vzhledem k fyzickým problémům a bolestem, izolací, ztrátou sebedůvěry, problém s identitou a sebestačností</i>	<i>- cíle: snížit úroveň fyzických potřeb - cíle: snížit úroveň psychických potřeb - cíle: zlepšit vztahy s rodinou</i>	<i>- edukace klienta - poskytnutí informací - podpora sebedůvěry - poskytnutí podpory</i>	<i>účel splněn</i>	<i>1. 12. 2015</i>	<i>[Podpis]</i>
<i>Problém se zvládnutím a důvěrou v sebe sama vzhledem k fyzickým problémům a bolestem, izolací, ztrátou sebedůvěry, problém s identitou a sebestačností</i>	<i>- cíle: snížit úroveň fyzických potřeb - cíle: snížit úroveň psychických potřeb - cíle: zlepšit vztahy s rodinou</i>	<i>- edukace klienta - poskytnutí informací - podpora sebedůvěry - poskytnutí podpory</i>	<i>účel splněn</i>	<i>1. 12. 2015</i>	<i>[Podpis]</i>

Test pro identifikaci poruch působených užíváním alkoholu

Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)

Vyhodnocení

Hodnocení AUDITu je snadné. Ke každé odpovědi se přiřadí body v rozsahu od 0 do 4. Všechny body se následně sečtou. Celkové skóre se může pohybovat od 0 do 40. Čím vyšší hodnota, tím větší problémy s pitím alkoholu.

Celkový počet 8 a více bodů je třeba považovat za indikátor rizikového a škodlivého pití a případné závislosti na alkoholu (hranice 10 bodů poskytuje vyšší specifitu, ale na úkor sensitivity testu). Jelikož účinek alkoholu kolísá v závislosti na průměrné tělesné váze a na rozdílu metabolismu, stanovení hranice pro všechny ženy a muže starší 35 let o jeden stupeň níže, tj. od 7 bodů zvýší sensitivity testu pro tyto populační skupiny.

Interpretace

Na základě zkušeností s používáním AUDITu ve výzkumech se předpokládá, že výsledné celkové skóre AUDITu může být interpretováno takto:

0-7 Pití alkoholu s nízkým rizikem. I když není třeba žádné intervence, je poučení o alkoholu u mnoha lidí vhodné z několika důvodů: přispívá k obecné informovanosti o rizicích spojených s alkoholem a působí preventivně, může být účinné u osob, kteří při vyplňování testu zmenšili rozsah své konzumace.

8-15 Rizikové (nebezpečné) pití. Ale i v tomto rozmezí již mohou být i jedinci se škodlivým pitím a závislostí na alkoholu. Nejvhodnější intervencí je jednoduchá rada zaměřená na omezení rizikového pití.

16-19 Škodlivé pití nebo závislost. Počet 16 a více bodů odpovídá vysoké úrovni problémů s alkoholem. Pro pacienty v tomto rozmezí je nutná kombinace jednoduchého poučení, stručné rady a soustavného sledování.

20-40 Závislost na alkoholu. Počet 20 a více bodů ukazuje na možnou závislost na alkoholu. Dotazník však není diagnostickým nástrojem a neopravňuje k závěru o

formálním stanovení diagnózy závislosti na alkoholu. Je nutné další diagnostické hodnocení.

V nedostatku lepších výzkumných poznatků by tato doporučení měla být považována za předběžná a měla by být předmětem klinického posouzení, které zohledňuje zdravotní stav jedince, rodinou anamnézu ve vztahu k problémům s alkoholem a dojem poctivosti odpovědí na otázky AUDITu. Klinický úsudek je nutný pro rozpoznání situací, kdy celkové skóre v AUDITu nemusí představovat skutečnou úroveň rizika, např. pokud relativně nízká hladina pití maskuje významnou škodlivost nebo závislost. Stejně tak dělicí body nejsou podloženy natolik velkým množstvím důkazů, aby byly normativní pro všechny skupiny jedinců, a je nutné klinické rozhodování o intervencích tak, aby co nejlépe odpovídaly situaci jednotlivých osob. Před prováděním testu se doporučuje pečlivě pročíst manuál o AUDITu (Barbor et al., 2001).

Podrobnější analýzu celkového skóre jedince je možno získat určením otázek, ve kterých získal nejvíce bodů . Obecně řečeno, 1 a více bodů v otázce 2, nebo v otázce 3 indikují spotřebu na rizikové úrovni. Body získané za otázky 4 až 6 (především týdenní či denní symptomy) naznačují přítomnost či vznikající závislost na alkoholu. Body získané za otázky 7 až 10 indikují, že již došlo k zdravotnímu poškození v souvislosti s pitím alkoholu.

Test pro identifikaci poruch působených užíváním alkoholu Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)

Dotazník:

Otázky	0	1	2	3	4
1. Jak často se napijete nějakého alkoholického nápoje včetně piva?	Nikdy	jednou měsíčně nebo méně často	Dva až čtyřikrát měsíčně	dva až třikrát týdně	čtyřikrát nebo vícekrát týdně X
2. Kolik sklenic alkoholického nápoje si dáte v typický den, kdy něco pijete? (označte počet standardních sklenic * alkoholického nápoje)	nejvýše 1	1,5-2	2,5-3	3,5-4	5 a více X
3. Jak často vypijete 3 nebo více standardních sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti?	nikdy	méně než jednou za měsíc	každý měsíc	každý týden	denně nebo téměř denně X
4. Jak často jste během posledních 12 měsíců zjistil/a, že nejste schopeni/a přestat pít, jakmile začnete?	nikdy	méně než jednou za měsíc	každý měsíc	každý týden	denně nebo téměř denně X
5. Jak často jste během posledních 12 měsíců nebyl/a kvůli pití schopeni/a udělat to, co se od vás normálně očekávalo?	nikdy	méně než jednou za měsíc	každý měsíc	každý týden X	denně nebo téměř denně
6. Jak často jste se během posledních 12 měsíců potřeboval/a hned ráno napít, abyste se dostal/a do formy po nadměrném pití předešlý den?	nikdy	méně než jednou za měsíc	každý měsíc	každý týden	denně nebo téměř denně X
7. Jak často jste během posledních 12 měsíců měl/a pocit viny nebo výčitek svědomí po pití?	nikdy	méně než jednou za měsíc	každý měsíc	každý týden	denně nebo téměř denně X
8. Jak často jste během posledních 12 měsíců nebyl/a schopeni/a si vzpomenout, co se dělo předchozí večer, protože jste pil/a?	nikdy X	méně než jednou za měsíc	každý měsíc	každý týden	denně nebo téměř denně
9. Utrpěla jste vy nebo někdo jiný úraz v důsledku vašeho pití?	ne X		ano, ale ne v posledním roce		ano, během posledního roku
10. Měl někdo z vašich příbuzných nebo přátel, lékař nebo sociální pracovník výhrady kvůli vašemu pití nebo vám doporučoval pití omezit nebo s pitím přestat?	ne		ano, ale ne v posledním roce		ano, během posledního roku X
				Celkem	31

* V textu se používá pojem "standardní sklenice". Tou se rozumí v půl litru 12° piva, 2 „deci“ vína nebo 0,05 l destilátu (velký panák).

Děkuji za vyplnění

TEST PRO MĚŘENÍ MÍRY SOBĚSTAČNOSTI

Pomoc nemocnému zůstat být soběstačný či být nezávislý na pomoci druhých, je jedním ze základních cílů moderního ošetrovatelství. Proto je důležité, aby sestra uměla zjišťovat funkční schopnosti každého klienta a systematicky využívat jeho potenciál k udržení a rozvoji soběstačnosti.

Na základě již vytvořených měřících technik (např. Test ošetrovatelské zátěže, Barthelův test základních všedních činností, test instrumentálních všedních činností) a svých zkušeností s lidmi trpícími duševním onemocněním jsem vytvořila test, který zjišťuje míru soběstačnosti v denních aktivitách psychicky nemocných jedinců.

Základní oblasti, které jsem zařadila do testu jsou např. vstávání, oblékání, hygiena, užívání léků, vaření, domácí práce, práce kolem domu, nakupování, finance, zaměstnání, doprava, telefonování, vztah s ostatními klienty, rodina, alkohol, kouření. K vyhodnocení testu jsem použila pětistupňovou škálu s body 1-5, kdy 1 představuje vysokou míru závislosti a 5 nezávislost.

Hodnocení testu:

1. 28 – 16 Vysoká závislost
2. 41 – 29 Těžká závislost
3. 54 – 42 Středně těžká závislost
4. 67 – 55 Lehká závislost
5. 80 – 68 Nezávislý

**Dobrý den, jmenuji se Lucie Jirková a jsem studentkou
1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, bakalářského oboru
Ošetrovatelství. Tento dotazník je určen pro účely mé bakalářské
práce.
Je anonymní.**

Odpovězte, prosím, na všechny následující otázky. Správnou odpověď označte křížkem (čtvereček před odpovědí), i když to nebude úplně přesné. Vyberte tu z následujících odpovědí, která se nejvíc blíží skutečnosti.

Příklad:1. Zaměstnání

- mám stálé zaměstnání, docházím do něj pravidelně
 mám stálé zaměstnání, nedocházím do něj pravidelně
 nemám stálé zaměstnání, ale sám/a si jej hledám
 nemám stálé zaměstnání, zaměstnání mi hledá druhá osoba (např. terapeut)
 nepracuji a nechci pracovat

Pohlaví: ~~žena~~ × muž (nehodící škrtněte)

Počet dovršených let věku (vyjádřete číslovkou): 40

Délka období pobytu na CHKB (vyjádřete číslovkou): 5

1. Vstávání

- ráno vždy vstávám sám/a, nikdo mě nemusí budit
 ráno většinou vstávám sám/a, nikdo mě nemusí budit
 ráno se budím sám/a, ale činí mi to potíže, občas zaspím
 ráno mě budí druhá osoba, déle mi trvá než vstanu (např. terapeut)
 ráno mě druhá osoba musí opakovaně budit, dlouho mi trvá než vstanu (např. terapeut)

2. Oblékání

- oblékání a výměnu prádla provádím pravidelně, nečiní mi problém
 oblékání mi nečiní problém, výměnu prádla provádím pouze ve stanovené dny
 oblékání mi činí občasné potíže, výměnu prádla provádím pouze ve stanovené dny
 oblékání mi činí občasné potíže, výměnu prádla provádím přibližně 1 měsíčně
 oblékání mi činí problém, výměnu prádla provádím méně často než 1 měsíčně

3. Hygiena

- myji se pravidelně, každý den
 myji se jednou za dva dny
 myji se dvakrát týdně
 myji se pouze ve stanovené dny
 myji se pouze, když mě někdo vyzve (např. terapeut)

4. **Užívání léků**

- léky mám u sebe, užívám je sám/a
- léky mám u zaměstnanců a pravidelně si pro ně chodím
- léky mám u zaměstnanců, občas potřebuji připomenout, že si je mám vzít
- léky mám u zaměstnanců, většinou je беру až na výzvu
- léky mi připravují zaměstnanci

5. **Vaření**

- vařím sám/a, nepotřebuji pomoc druhé osoby (např. terapeut)
- vařím sám/a s pomocí receptu
- vařím sám/a, ale se složitými věcmi potřebuji pomoc
- vařím pouze s druhou osobou (např. s terapeutem)
- neumím vařit

6. **Domácí práce**

- domácí práce vykonávám sám/a bez pobízení, nečiní mi to žádné problémy
- domácí práce vykonávám sám/a, ale občas se mi nechce
- domácí práce vykonávám převážně, až když mě na to někdo upozorní
- domácí práce provádím pouze s druhou osobou (např. terapeutem)
- domácí práce nevykonávám a ani nechci

7. **Práce kolem domu**

- pracuji samostatně a pravidelně
- pracuji samostatně, když je třeba tak jdu a udělám to
- pracuji pouze, když jdou pracovat i ostatní
- pracuji pouze, když mi to někdo přímo řekne (např. terapeut), ale nechce se mi
- práce kolem domu neprovádím a nechci se na nich podílet

8. **Nakupování**

- nakupuji sám/a a pravidelně, nečiní mi to žádné problémy
- nakupuji sám, ale ne pravidelně
- nakupovat chodím nejčastěji ve skupině s ostatními klienty
- chodím nakupovat pouze v doprovodu druhé osoby (např. terapeut)
- neumím a nechci nakupovat

9. **Finance**

- o své finance se starám sám/a, nečiní mi to žádné obtíže
- o své finance se starám sám/a, se složitějšími věcmi potřebuji poradit
- o své finance se starám společně s terapeutem
- o mé finance se stará někdo jiný, nakládám pouze s kapesným
- o mé finance se stará někdo jiný

10. **Zaměstnání**

- mám stálé zaměstnání, docházím do něj pravidelně
- mám stálé zaměstnání, nedocházím do něj pravidelně
- nemám stálé zaměstnání, ale sám/a si jej hledám
- nemám stálé zaměstnání, zaměstnání mi hledá druhá osoba (např. terapeut)
- nepracuji a nechci pracovat

11. **Doprava**

- zvládám sám/a cestovat dopravními prostředky, nepotřebuji pomoc druhé osoby (např. terapeut)
- zvládám sám/a cestovat dopravními prostředky, na cestu se dopředu připravím (např. napíši si plánek cesty)
- zvládám sám/a cestovat dopravními prostředky, ale cítím se nejistě
- sám/a necestuji dopravními prostředky, cestuji pouze v doprovodu druhé osoby (např. terapeuta)
- nezvládám cestovat dopravními prostředky

12. **Telefonování**

- sám/a si vyhledám číslo, telefon používám bez problémů
- sám/a si vyhledám číslo, telefon umím používat, pouze občas potřebuji pomoc druhé osoby (např. terapeuta)
- k telefonování potřebuji pomoc druhé osoby (např. terapeuta)
- neumím telefonovat, pouze přijímám hovory
- neumím používat telefon, netelefonuji

13. **Vztah s ostatními klienty**

- s ostatními klienty vycházím velice dobře, bez problémů
- s ostatními klienty vycházím dobře, jen občas se vyskytnou nějaké problémy
- s ostatními klienty nevycházím moc dobře
- s ostatními klienty mluvím jen, když je to nezbytně nutné
- s ostatními klienty nemluvím, spíše se jim vyhýbám

14. **Rodina**

- s rodinou se stýkám často, minimálně 1 týdně
- s rodinou se stýkám, minimálně 1 měsíčně
- s rodinou se stýkám, minimálně jednou za půl roku
- s rodinou se stýkám, minimálně jednou ročně
- s rodinou se nestýkám

15. **Alkohol**

- alkohol nepiji, jsem abstinent
- alkohol piji jen při výjimečných příležitostech
- alkohol piji pravidelně, minimálně jednou měsíčně
- alkohol piji pravidelně, minimálně jednou týdně
- alkohol piji pravidelně, denně se napiji

16. **Kouření**

- cigarety nekouřím, jsem nekuřák
- cigarety kouřím jen při výjimečných příležitostech
- cigarety kouřím, přibližně jednou týdně
- cigarety kouřím pravidelně, denně vykouřím méně než 1 krabičku
- cigarety kouřím pravidelně, denně vykouřím minimálně jednu krabičku

Děkuji Vám mnohokrát za spolupráci
Lucie Jirková

PRÁVA DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH

Citace z deklarace lidských práv a duševního zdraví schválené Světovou federací pro duševní zdraví v roce 1989

- právo být vnímán a respektován jako jedinečná bytost
- právo na svobodné rozhodování o sobě samém
- právo na soukromí
- právo na práci a spravedlivou odměnu
- právo na přiměřené hmotné zabezpečení, zvláště při ztrátě či oslabení
- právo na přiměřenou životní úroveň, včetně potravy, šatstva, bydlení, lékařské péče a nezbytných sociálních služeb
- právo spolurozhodování o léčebných výkonech a postupech
- právo na informovanost o podstatných skutečnostech nemoci
- právo na lidský kontakt, na osobní svobodu
- právo na kultivaci a osobní růst

(14, s. 8)

ETIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V PSYCHIATRII

Sestra v psychiatrickém ošetřovatelství:

- respektuje kodex své profese
- uplatňuje holistický přístup
- respektuje individuální osobnost pacienta/klienta
- vytváří společně s pacientem/klientem terapeutický vztah naplněný vzájemnou důvěrou
- vytváří u něho pocit bezpečí
- ve vztahu k pacientovi/klientovi vystupuje taktně a otevřeně
- volí jasný a účinný způsob komunikace jak s pacientem/klientem, tak se členy zdravotnického týmu
- vystupuje jednotně ve verbální i neverbální komunikaci
- aktivně pacientovi/klientovi naslouchá
- zvládá a koriguje u pacienta/klienta maladaptivní vzorce chování
- ve svém jednání a chování uplatňuje vlídnost a trpělivost, empaticnost
- respektuje pacienta/klienta v jeho vlastnostech a projevech, zvláštnostech věku, pohlaví, náboženského vyznání, politického přesvědčení, etnického původu a socioekonomického statusu
- rozumí svým vlastním potřebám, hodnotám, zájmům a postojům, přednostem a nedostatkům
- zvládá vlastní negativní emoce jako je hněv, úzkost
- využívá svých kladných vlastností ve prospěch pacienta/klienta
- uplatňuje přirozenou autoritu, sebedůvěru

Centra pomoci a kontaktní místa zabývající se duševním onemocněním v Praze

Podrobné informace najdete v adresářích: www.plbohnice.cz - Katalog pražské extramulární péče a www.cmhd.cz.

Česká asociace pro psychické zdraví

Panská 8, 110 00 Praha 1

tel.: 224 802 328, 602 646 975

fax: 224 802 328

e-mail: capz-esprit@seznam.cz

URL: www.capz.cz

poznámky:

- poskytované služby: podporované zaměstnávání, poradna, informační servis -
informační zpravodaj Esprit, vzdělávání- osvětové semináře

Česká společnost pro duševní zdraví

Zvonařova 1580/6, 130 00 Praha 3

tel: 222 717 124 (ve všední dny 11—12 hod)

fax: -

e-mail: jiri.ledvinka@post.cz

URL: —

poznámky:

- občanské sdružení pro svépomoc v psychiatrii, určeno psychiatrickým pacientům,
nabídka volnočasových aktivit - jóga pro začátečníky, stolní tenis, kurz asertivity a
komunikace s lidmi, výlety, psychologické přednášky, v létě se konají vzdělávací
pobyty LEŠA, probíhá psychosociální poradna dle individuální telefonické
domluvy

Baobab, o.s.

Pujmanové 1219/8, 140 00 Praha 4 tel.: 241 734 050

e-mail: o.s.baobab@post.cz

poznámky:

- poskytované služby: byt na půli cesty, centrum denních aktivit, rekondiční pobyty

Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov

Nad Ondřejovem 36, 140 00 Praha 4

tel.: 241 444 198-9

fax: 241 444 825

e-mail: dpsondrejov@iol.cz

URL: www.ondrejov.cz

poznámky:

- poskytované služby: byt na půli cesty, denní stacionář, krizová pomoc, sociální poradna, svépomocná aktivita rodičů - o.s. Ondřej

Green Doors, o.s.

Pujmanové 1219/8, 140 00 Praha 4

tel.: 261 211 091

fax: 261 211 091

e-mail: greendoors@seznam.cz

URL: www.greendoors.cz

poznámky:

- poskytované služby: chráněná dílna

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví

Kamenická 25, 170 00 Praha 7

tel.: 233 376 301

fax: 233 376 301

e-mail: cmhcd@cmhcd.cz

URL: www.cmhcd.cz

poznámky:

- neposkytují přímou péči klientům, pracují na systémové úrovni (modely, koncepční práce, vzdělávání, speciální projekty)

Bona, o.p.s.

Pod Čimickým hájem 177/1, 181 00 Praha 8

tel.: 283 852 370

fax: -

e-mail: info@bona-ops.cz

URL: www.bona-ops.cz

poznámky:

— poskytované služby: byt na půli cesty, chráněná dílna, chráněné bydlení, osobní asistence, poradna, informační centrum pro problematiku duševního zdraví a nemoci, prodej a propagace výrobků duševně nemocných a jiné

Fokus Praha, o.s. - Sdružení pro péči o duševně nemocné

Dolákova 24/536 - 181 00 Praha 8

tel.: 233 553 303

fax: 233 551 205

e-mail: fokus@fokus-praha.cz

URL: www.fokus-praha.cz

poznámky:

- poskytované služby: byt na půli cesty, případové vedení, centrum denních aktivit, denní stacionář (zdravotnické zařízení), dům na půli cesty, chráněná dílna, podporované bydlení, podporované zaměstnávání, přechodné zaměstnávání, poradna, rodičovský klub Ozvěna, lektoři kroužků a klubů v sociálním klubu, skupina monitorující kvalitu služeb

Adp Victory: Psychiatrická ošetrovatelská péče

Vejvanovského 1610, 149 00 Praha 11

tel.: 777 629 362

fax: -

e-mail: victory@czechnursing.org

URL: www.czechnursing.org

poznámky:

— poskytované služby: individuální specializovaná ošetrovatelská péče ve vlastním sociálním prostředí klienta, individuální psychosociální rehabilitace, poradenství, outreach (z angl. přesáhnout), případové vedení, vzdělávání

Eset, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika s.r.o.

Vejvanovského 1610, 149 00 Praha 11

tel.: 272 940 880, 272 940 879, 267 912 916, 608 961 612 fax: 272 940 880

e-mail: klinikaeset@volny.cz

URL: www.klinikaeset.cz

poznámky:

- poskytované služby: denní stacionář (zdravotnické zařízení)

Eset-Help, o.s.

Vejvanovského 1610, Hekrova 805, 149 00 Praha 11

tel.: 272 937 712

fax: 272 937 712

e-mail: esethelp@volny.cz

URL: www.esethelp.cz

poznámky:

- poskytované služby: případové vedení, centrum denních aktivit, chráněná dílna, byty na půli cesty, poradna, přechodné zaměstnávání, jiné: resocializační pobyty, docházkové akce, klub pro dívky s poruchami příjmu potravy, poradna pro seniory,

klub pro neurotiky, konzultační centrum, stanice prvního kontaktu, anonymní psychologická poradna, internet-poradna

Další důležitá kontaktní centra

Centrum krizové intervence PL Bohnice, Ústavní 91, 181 00 Praha 8, tel.: 284 016 111, 1.666

Denní psychoterapeutické sanatorium Horní Palata, U Nesypky 28, 158 00 Praha 5, tel.: 257 325 118, 257 329 264, e-mail: palata@vfn.cz

RIAPS – krizové centrum Praha, Chlečického 39, 130 00 Praha – Žižkov, tel.: 222 586 768, 222 582 151, e-mail: riaps@mcssp.cz

SANIMA – zařízení pro péči o zdraví, Kytlická 758, 190 00 Praha 9, tel.: 286 581 684

Středisko psychoterapeutických ambulantních služeb, Máchova 23, 120 00 Praha 2, tel.: 222 521 008, 731 455 511, <http://web.quick.cz/fr.matuska/>

Vinohradské psychocentrum, Slezská 101, 130 00 Praha 3, tel.: 271 735 640

VIDA centrum Praha, Žitná 23, 110 00 Praha 1, tel.: 222 231 018, e-mail: praha@vidacentrum.cz