

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

---

**Bakalářské studium ošetřovatelství**

**ZÁVĚREČNÁ PRÁCE**

**Ošetřovatelská kasuistika nemocného s diagnózou reziduální schizofrenie**

Nurse casuistry about the patient with diagnosis residua schizophrenia

**2006/2007**

**Iveta Jirešová**

**Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Ošetrovatelská kasuistika nemocného s diagnózou reziduální schizofrenie, vypracovala samostatně a pouze s použitím uvedené literatury.

V Praze dne: .....

.....  
podpis absolventa

## **PODĚKOVÁNÍ:**

Děkuji touto cestou vedoucí konzultantce mé bakalářské práce paní Mgr. Evě Markové za cenné rady a čas, který mi ochotně věnovala. Mé poděkování také patří i ošetřovatelskému personálu a lékařům domova důchodců , kteří mi svoji ochotou a kladným přístupem, pomohli získat řadu poznatků, rad a informací.

... „Proč zde?... Protože se pomůčuju? Útěky?... ne, teď ne, to bylo dříve. Hádky?... Nebyly. Žebrání?... Ne. Proč? Léky? ... Brala poctivě, chtěla bych je snížit. Hlasy a vidiny?... Ne, to nemám. Suicidní myšlenky?... ne, jen blbý sny, že mě mlátijou, o válce se mi zdá. Spánek?... jo, tak 9 hodin denně, v noci jdu na kafe,... Naschvály v DD?... Jeden pán se tam se mnou hádá, říká, že smrdím. Pronásledování?... Ne, jen blbý sny“....

(citace paní Jany)

## Osnova:

<b>1. Úvod</b> .....	5
<b>2. Charakteristika onemocnění - schizofrenie</b> .....	6
<b>3. Základní údaje</b> .....	14
3.1 Základní lékařské diagnózy .....	15
3.2 Lékařská anamnéza .....	15
<b>4. Diagnosticko – terapeutická péče</b> .....	18
4.1 Fyziologické funkce .....	18
4.2 Vyšetření .....	18
4.2.1 Laboratorní vyšetření .....	18
4.2.2 Psychiatrické vyšetření .....	18
4.3 Terapeutická péče .....	19
4.3.1 Farmakoterapie .....	19
4.3.2 Dietoterapie .....	19
4.3.3 Fyzioterapie .....	19
4.3.4 Ergoterapie .....	19
<b>5. Ošetrovatelská anamnéza, současný stav klientky</b> .....	20
<b>6. Ošetrovatelské diagnózy (cíl, plán, realizace, hodnocení)</b> .....	26
6.1 Akutní bolest hlavy .....	26
6.2 Porucha kožní integrity .....	27
6.3 Porucha soběstačnosti .....	28
6.4 Porucha spánku .....	29
6.5 Neznalost pojmů .....	30
6.6 Alterace kognitivních funkcí .....	30
6.7 Porucha verbální komunikace .....	31
6.8 Nedodržení zdraví prospěšných zásad z důvodu neznalosti pojmů .....	32
6.9 Snížená schopnost vést vlastní domácnost .....	33
6.10 Nadměrný příjem stravy .....	34
6.11 Porucha udržení tělesné čistoty .....	34
6.12 Porucha plnění sociálních rolí .....	36
6.13 Nedostatečná nebo žádná spolupráce klientky .....	37
6.14 Změny smyslového vnímání .....	38
<b>7. Potenciální diagnózy</b> .....	39
7.1 Nedodržení zdraví prospěšných zásad z důvodu základního onemocnění .....	39
7.2 Riziko poškození klientky z důvodu opomenutí léčby .....	39
7.3 Riziko poškození klientky z důvodu vedlejších účinků léků .....	40
<b>8. Ošetrovatelské diagnózy</b> .....	41
8.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy .....	41
8.2 Potenciální ošetrovatelské diagnózy .....	44
<b>9. Ošetrovatelská závěr a ošetrovatelská prognóza</b> .....	43
<b>10. Zdroje informací</b> .....	45
<b>11. Použitá literatura</b> .....	46
<b>12. Přílohy</b> .....	47

## 1. Úvod:

Tato práce není určena jen pro zdravotnické pracovníky, ale pro všechny ostatní, kteří se chtějí dozvědět bližší informace o tomto onemocnění, ale hlavně o jeho ošetřování.

Již řadu let pracuji v domově důchodců jako staniční sestra a vybrala jsem si klientku s reziduální schizofrenií z důvodu malého výskytu tohoto onemocnění v domově a hlavně obtížné ošetrovatelské péče ve stávajících podmínkách.

Lidé mají tendenci duševně nemocné izolovat a obklopit předsudky, jsou pokládáni za nevypočitatelné a neschopné, pro které je nejlepší „zavřít je do blázince.“ Tyto předsudky berou ostatním nemocným sebedůvěru a znemožňují jejich sebeuplatnění a návrat do společnosti.

**Cílem mé práce** je poskytnout klientce systematickou, důslednou a kontinuální péči, pokusit se lépe pochopit příčiny chování klientky a najít vhodný způsob saturace jejich potřeb. Vytvořit edukační materiál pro rodinné příslušníky a taktéž pro pracovníky sociálních služeb, kteří s tímto onemocněním přichází velice zřídka do styku.

## 2. Charakteristika onemocnění:

**Schizofrenie** (F20) je závažné duševní onemocnění, které významně narušuje schopnost nemocného srozumitelně se chovat, jednat a uplatnit se v životě. Je to psychotické onemocnění.

Psychóza hluboce naruší vztah člověka ke skutečnosti a dochází při ní ke změnám osobnosti. Ty vedou mnohdy k tomu, že nemocný nedokáže pokračovat v životě tak, jak to odpovídá jeho životní dráze do počátku onemocnění. Jedná se o vleklé onemocnění se sklonem k chronicitě. Postihuje pracovní schopnost člověka, a tak snižuje jeho společenské uplatnění.

Celoživotní prevalence je v průměru asi 1% a výskyt onemocnění je poměrně rovnoměrný po celém světě. Celosvětově schizofrenie patří mezi deset nejzávažnějších zdrojů pracovní neschopnosti způsobené traumatem nebo nemocí a vede ke snížení plodnosti. Zvyšuje i mortalitu nemocných, jednak v důsledku suicidií, jednak jiným nepřímým způsobem. Začíná většinou mezi 15 a 35 lety, nejméně polovina případů před 25 rokem. Postihuje stejně často muže i ženy. Onemocnění má tendenci ke kumulaci v rodinách.

(4)

**Etiologie** schizofrenie není dosud zcela jasná, na vzniku choroby se podílí zřejmě celá řada faktorů biologických, sociálních a psychologických.

Biologické faktory – vlivy genetické jsou nepopíratelné, prokazují je především studie dvojčat. V případě onemocnění jednovaječného dvojčete onemocní druhé v průměru v 50%, i když každé z nich vyrůstá v odlišném prostředí. Je-li jeden rodič schizofrenik, pravděpodobnost onemocnění dítěte schizofrenií je 12%. Jde-li o heterozygotní sourozence, pravděpodobnost onemocnění zdravého sourozence se pohybuje kolem 8%. Neurovývojové změny se prokazují drobnými anatomickými anomáliemi v limbickém systému (zmenšení objemu hippocampu, amygdaly, zvětšení přilehlých částí ventrikulárního systému, snížením počtem neuronů a redukcí bílé hmoty drah směřujících do a z hippocampu, narušenou cytoarchitektonikou, zvětšením štěrbin v septum pellucidum a jiné. Na těchto anatomických anomáliích se mohou podílet vlivy infekční (například virové onemocnění matky v průběhu těhotenství), trauma prenatální a perinatální, vývojová anomálie. Takto získaná méněcennost postižených tkání se uplatní v době vyžívání CNS v podobě narušení integrity psychických funkcí. Porucha v neurotransmitterových systémech postihuje zřejmě nejvíce systém dopaminergní v podobě jeho zvýšené hypersenzitivity. Narušeny jsou však i další systémy, zejména serotoninergní a GABA-ergní.

(3)

Za základní **příznaky** schizofrenie považujeme poruchy myšlení a jednání. K diagnostikování schizofrenie se vyžaduje, aby byl přítomen alespoň jeden z následujících příznaků v trvání delším než jeden měsíc:

- slyšení vlastních myšlenek a intrapsychické halucinace (odnímání nebo vkládání myšlenek a jejich vysílání),
- bludy kontrolovanosti a ovlivňování, případně prožitky pasivity a přesvědčení o tom, že je subjekt ovládán psychotickými prožitky,
- halucinované hlasy, které komentují chování pacienta, případně o něm rozmlouvají,
- bludná přesvědčení, která se vymykají dané kultuře.

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

- přetrvávající halucinace
- formální poruchy myšlení (inkoherece, zárazy, neologismy)
- katatonní projevy
- negativní příznaky v podobě apatie, ochuzení řeči (alogie), autismus a emoční oploštění až vyhaslosti
- nápadné změny v chování (ztráta citových vztahů, zájmů, sociální stažení, nečinnost, bezcílnost, ...)

(3)

Mezi **příznaky pro diagnózu** zvláště důležité patří slyšení a ozvučování vlastních myšlenek nebo odebrání či vkládání myšlenek. Důležité jsou bludy kontrolovanosti a bludné vnímání a interpretace, halucinované hlasy, které komentují pacientovo chování nebo o něm rozmlouvají, eventuálně vycházejí z některé části jeho těla. Také dlouhotrvající přítomnost halucinací, které neodpovídají emočnímu ladění nemocného a bizarní, kultuře cizí bludy jsou důležitými diagnostickými vodítky.

Mezi ostatní charakteristické příznaky, které ale mnohdy mohou být v popředí klinického obrazu onemocnění, patří nečinnost, ztráta zájmů a sociální stažení. Do této skupiny příznaků patří oploštění, zchudnutí a nepřiměřenost emočních reakcí a katatonní známky v motorice pacienta: negativismus, mutismus a stupor, ale i nepřiměřené a nesrozumitelné vzrušení a podobně.

Dalšími příznaky jsou formální poruchy myšlení, mezi které patří například: inkoherece, zárazy v myšlení nebo neologismy.

Příznaky musí trvat alespoň jeden měsíc. Americká klasifikace nemoci vyžaduje dokonce 6 měsíců trvání. Do této doby se však nezapočítá trvání příznaků, které typické psychotické projevy předcházejí a patří do tzv. prodromální fáze onemocnění. Ta může začít nenápadně a dlouho před propuknutím schizofrenní psychózy a zahrnuje změnu obvyklého chování v práci, škole či v rodině, sklon k úzkosti, podrážděnosti nebo skleslosti, ztrátu zájmů a sníženou péči o vlastní osobu i své okolí.

Je obtížné určit přesnou dobu nástupu onemocnění a při tom je to velmi důležité. Je prokázáno, že čím dříve je onemocnění schizofrenií rozpoznáno a čím dříve se započne s léčbou, tím lepší je prognóza a tím méně času stráví pacient v nemocnici v následujících letech. Tím menší je také riziko chování, které schizofrenní onemocnění komplikuje nebo provokuje jeho těžší formu. Takové chování zahrnuje abúzus drog a rizika nespořádaného života včetně setkání s násilím.

Pro prožívání schizofreniků jsou typické různé varianty vztahovačného myšlení, většinou se silou bludného přesvědčení. Patří sem pocit, že vše kolem nemocného je nějak osobně pro něho významné, nepřírozené a „hrané.“ To co se kolem nemocného děje, k němu osobně a naléhavě promlouvá, ale ne vždy je úplně srozumitelné. Přesvědčení, že je člověk vystaven inscenování zdánlivě nenápadných a běžných situací, které však mají jiný význam a jsou řízeny nějakým nebo něčím neznámým a s neznámým cílem, je spojeno s duševním napětím a s pohotovostí ke zbrklým a nepřiměřeným činům. Napětí mnohdy předchází paranoidnímu „bludnému ladění“ a je spojeno s těžko sdělitelnými prožitky neskutečnosti a výjimečnosti. Tyto prožitky mají povahu psychotické depersonalizace a proměnlivost jejich intenzity a průběhu je značná. O vnitřním životě pacientů se schizofrenií mohou vypovídat i jejich písemné projevy, kresby nebo artefakty. Zápisky mnohdy ukazují naléhavost a současně nejasnost banálních obsahů myšlení, které zaplňují nemocnému mysl.



Kresby mohou dokumentovat nejen ozvláštňené vnímání, ale i chaoticky uspořádaná stereotypní témata budící dojem vnitřní prázdnoty.

Některé artefakty jsou svou podivností dokladem překvapivé a potencionálně tvůrčí aktivity pacientů.

Schizofrenie byla v posledních letech rozdělována také podle přítomnosti tzv. **pozitivních a negativních příznaků**.

Negativní příznaky jsou důsledkem snížení nebo vymizení nějaké vlastnosti. Patří mezi ně například zpomalení motoriky, hypobulie, plochá emotivita a apatie, zchudnutí obsahu řeči i myšlení.

Pozitivní příznaky zahrnují nadměrné, přehnané a nepřiměřené projevy duševní činnosti. Zahrnují především bludy a halucinace, bizarní a neklidné chování. Zatímco negativní příznaky představují často známky poškození struktury a snížené funkce v mozku, mohou být pozitivní příznaky mnohdy jakousi reakcí na snížení jiných schopností mozku.

(4)

**Diagnostika** se v současné době opírá o detekci charakteristické psychopatologie a funkčního narušení osobnosti nemocného. Stále vychází z pozorování nemocného a z analýzy jím sdělených prožitků.

V současné době není žádný laboratorní test nebo výsledek pomocné vyšetřovací metody, který by byl pro schizofrenní onemocnění specifický. Prakticky nejvýznamnější je diferenciální diagnóza v časném stadiu schizofrenní psychózy.

Významné, ale zřídka potřebné je odlišení od tělesně podmíněných „fenokopí“ schizofrenie – onemocnění, která se schizofrenii podobají, ale mají podklad v jiné chorobě mozku či v tělesném systémovém onemocnění. Takovými chorobami jsou např. hepato-lentikulární degenerace (Wilsonova choroba), porfyrie, systémový lupus erythematodes, Huntigtonova chorea, ale také třeba expanzivní neoplazma v mozku a řada dalších onemocnění. Patří sem i neuroinfekční organické psychózy, mezi kterými dříve vynikala četností například progresivní paralýza. Dnes je mohou způsobit i jiné virové nebo bakteriální neuroinfekce.

Žádné **doplňující vyšetření** nemá povahu nezbytného nebo dostačujícího nálezu. Pomocná vyšetření mohou pomoci při diferenciální diagnóze. Mezi pomocná vyšetření řadíme toxikologické vyšetření. Stavby způsobené organickým onemocněním mozku vyžadují jak morfologické (CT, indikované též NMR), tak funkční (EEG, perfúzní regionální scintigrafie – SPECT) vyšetření mozku.

Systémová tělesná onemocnění, která mohou vést k psychóze nebo k příznakům podobným prodromům psychózy, vyžadují provedení základního biochemického, hematologického, eventuálně sérologického (lues, lymeská borelióza, AIDS) vyšetření.

Při diferenciální diagnóze vůči poruchám osobnosti nebo demencím při určování formy schizofrenní psychózy je užitečné psychologické vyšetření. Vztah ke skutečnosti v psychologických projektivních technikách nebo profil psychopatologických dimenzí v dotazníkových metodách mohou poskytnout argumenty podporující rozhodnutí v diagnosticky sporných případech. Důležitou a stále rostoucí úlohu má psychologické vyšetření při popisu a sledování kognitivních poruch spojených se schizofrenním onemocněním.

Poruchu habituace (snížení fyziologické odpovědi na opakované podněty) v důsledku tonicky zvýšené aktivity mozkové činnosti lze elektrofyziologicky sledovat vyšetřením evokovaných potenciálů na opakované podněty.

Vyšetření mozkové perfúze regionální scintigrafií mozku využívá syntetických radiofarmak. Předpokládá se, že perfúze odpovídá metabolické aktivitě. U schizofrenie se vyskytuje nižší vazba radiofarmaka frontálně a temporálně většinou v levé hemisféře.

Nález může podpořit diagnózu schizofrenie v diferenciální diagnóze, není však specifický.

Doplňující vyšetření jsou mnohdy nezbytná pro farmakologickou léčbu (údaje o stavu jater, ledvin, krvetvorného systému i mozku – všechny tyto orgány jsou v průběhu léčby vystaveny působení psychofarmak). Pomocná vyšetření jako jsou psychologické vyšetření osobnosti a intelektového výkonu, neurologické vyšetření zacílené na topicky nevýznamné (měkké) neurologické příznaky a CT průkaz rozšíření postranních mozkových komor mohou na počátku onemocnění pomoci při určení prognózy a volbě léčebného postupu.

Vyšetřovací metody používané k pomocným vyšetřením mají význam také jako výzkumné nástroje. Pomáhají získat údaje o projevech a dějích spojených se schizofrenním onemocněním na biochemické, fyziologické a molekulárně-biologické úrovni. Mnoho výzkumných prací v posledních letech studuje změny regionální metabolické aktivity zjišťované metodami funkční magnetické rezonance (fMRI). Magnetická rezonanční spektroskopie (MRS) zpřístupní „in vivo“ změny biochemické skladby mozkové tkáně. Studie genetické vazby hledají spojení psychopatologických proměnných a variability genetického kódu u schizofrenie.

(4)

#### **Klinické formy schizofrenie:**

- Paranoidní schizofrenie (F20.0)
- Hebefrenní schizofrenie (F20.1)
- Katatonní schizofrenie (F20.2)
- Nediferencovaná schizofrenie (F20.3)
- Postschizofrenní deprese (F20.4)
- **Reziduální schizofrenie (F20.5)**
- Simplexní schizofrenie (F20.6)
- Jiná schizofrenie (20.8)

(3)

#### **Reziduální schizofrenie:**

je chronické stádium ve vývoji schizofrenního onemocnění, při němž je jasně zřetelný postup od časného stadia vymezeného jednou nebo více epizodami, k pozdějšímu stadiu charakterizovanému dlouhodobými, ale ne nezbytně reverzibilními negativními příznaky a zhoršením typu zpomalení psychomotorického tempa hypoaktivity, oploštění motivy, pasivity a ztráty iniciativy, chudosti množství nebo obsahu řeči a slabé neverbální komunikace, zhoršené péče o sebe a zhoršené sociální výkonnosti.

#### **Diagnostická kritéria MKN-10 pro F20.5 Reziduální schizofrenie**

- A. Někdy v minulosti musela být splněna hlavní kritéria pro schizofrenii (F20), ale nejsou přítomna v současné době.
- B. V průběhu předcházejících 12 měsíců byly přítomny alespoň čtyři následující „negativních“ příznaků:
  - (1) Zpomalené psychomotorické tempo nebo snížená reaktivita
  - (2) Trvalé snížení emotivity

- (3) Pasivita a nedostatek iniciativy
- (4) Málomluvnost nebo omezená vyjadřovací schopnost
- (5) Nevýrazná neverbální komunikace mimikou, kontaktem očima, modulací hlasu nebo postoji
- (6) Snížená sociální výkonnost nebo péče sebe

### **Diagnostika kritéria DSM-IV pro schizofreniky, reziduální typ**

Typ Schizofrenie, který splňuje následující kritéria:

- A. Chybí zřetelné bludy, halucinace, dezorganizovaná řeč a hrubé dezorganizované nebo katatonní chování.
- B. Trvale se projevují poruchy ve formě negativních příznaků nebo dvou či více příznaků kritéria A pro Schizofrenii, které jsou přítomny v oslabené podobě (například : podivná přesvědčení, nezvyklé percepční prožitky).

(5)

**Průběh a prognóza** schizofrenního onemocnění se vzhledem k pokroku v psychofarmakologii a léčebných přístupech mění. Přispívají k tomu změny ve vztahu společnosti i samých duševně nemocných k tomuto onemocnění.

Ataky psychopatologie se střídají s relativně stabilním obdobím.

Onemocnění se v premorbidním stadiu klinicky neprojevuje, ale mohou být přítomny latentní poruchy kognitivních funkcí, nebo povahové zvláštnosti. Ve stadiu prodromálních příznaků, které jsou nespecifické, dochází k mírnému poklesu funkční zdatnosti jedince. Často to však unikne pozornosti a teprve první psychotická ataka vede ke kontaktu s psychiatrií a k léčbě.

Prodromální stadium je, ale vhodným obdobím k prevenci nepříznivého průběhu schizofrenie včasnou terapií. V progredientním stadiu se ataky aktivní psychopatologie střídají s ústupem příznaků. Funkční způsobilost pacienta ke zvládnutí nároků života se zhoršuje. Posléze dojde ke zklidnění ve stadiu stabilizace psychopatologie s občasnými dekompenzacemi rezidua. Traduje se, že necelá třetina nemocných se po první různě dlouho trvající atace uzdraví úplně nebo téměř bezzbytku a asi u třetiny probíhá onemocnění v atakách s reziduální psychopatií. Ostatní nemocní trpí dlouhodobým trvale progredientním průběhem s kolísavou intenzitou psychopatologie. Procento vyléčených pacientů při dlouhodobém sledování kolísalo v řadě epidemiologických studií mezi 22 – 27%, neuspokojivý výsledek léčby byl zaznamenán u 24 – 42% sledovaných nemocných a k sociální úzdavě došlo u 39 – 69% nemocných.

Lékař se často setká s otázkou, jestli je schizofrenie vyléčitelná. Stejně jako hypertenze nebo diabetes to je onemocnění, u kterého lze úspěšně kontrolovat jeho příznaky. Pokud o to lékař a pacient usilují společně, lze mnohdy schizofrenii prakticky vyléčit. Schizofrenie, stejně jako jiné nemoci, nadějí na dosažení špičkových výkonů a mimořádného uplatnění snižuje, ale nevylučuje ji.

Psychotický proces je pro pacienta velkou psychickou zátěží. Je to zkušenost, která zanechá na nemocném stopy.

Rezidua po prodělaném onemocnění zahrnují především negativní příznaky a změny, jako je zvýšená citlivost na zátěž, snížená schopnost výběru a zpracování informací, pohotovost k prožitku odcizení a k nejistotě. Jako každá překonaná překážka může boj s onemocněním někdy člověku přinést i posilující zkušenost.

Některé nepříznivé následky schizofrenie (nezaměstnanost, izolace) jsou projevem postoje společnosti vůči duševně nemocným. V průmyslově rozvinutých zemích je procento nemocných, kteří jsou 5 let po prodělané schizofrenii zcela bez následků, téměř poloviční než v rozvojových zemích. (4)

**Léčba:** Antipsychotika jsou psychofarmaka s příznivým účinkem na psychické integrace (myšlení). Dřívější název neuroleptika byl změněn na antipsychotika, neboť tyto preparáty působí antipsychoticky a je naopak nežádoucí, aby způsobovaly neurologické extrapyramidové reakce.

**Antipsychotika** jsou léky volby pro potlačení neklidu, agitovanosti, agresivity, nepodrobivosti, nejen u schizofrenních, schizoafektivních a afektivních psychóz, ale i u organických psychických poruch, včetně demencí, mentální retardace, poruch osobnosti, akutních reakcí na stres psychotické úrovně, somatoformních poruch s bludnými domněnkami až bludy, autizmu či u motorických poruch, jako tiky, Tourettův syndrom nebo Huntingronova chorea.

V ČR je v současnosti registrováno 28 různých antipsychotik, která lze rozdělit:

### 1. Klasická

- sedativní,
- incizivní,

### 2. Atypická

**Klasická** dobře ovlivňují pozitivní psychotické příznaky (halucinace, bludy, dezintegraci myšlení), ale nemají dostatečný vliv na negativní symptomy (autizmus, oploštělou efektivitu, apatii), kognitivní dysfunkci mohou i zhoršovat. Podstatou jejich působení je blokáda postsynaptických dopaminových D2/D3 – receptorů v mezolimbické, mezikortikální ...oblasti.

**Sedativní (bazální) antipsychotika** – vyznačují se nižší blokádou dopaminových D2/D3, současně silně inhibují nervová zakončení histaminová H1, muskarinová a  $\alpha$  adrenergní, což je příčinou jejich nežádoucích účinků a silného hypnosedativního působení.

Patří mezi ně: Chlorpromazin – Plegomazin; Levomepromazin – Tisercin, Chlorprothixen; Cis – clopenthixol.

Sedativní antipsychotika mají malou miligramovou účinnost a dávkují se většinou ve stovkách miligramů.

**Incizivní antipsychotika** – vyznačují se mohutným účinkem na pozitivní psychotickou symptomatologii, neklid a agresivitou, protože mají k dopaminovým D2 – receptorům vysokou afinitou a nízkou k  $\alpha$ - adrenoceptorům, histaminovým H1 a muskarinovým nervovým zakončením. Bohužel vysoká obsazenost dopaminových D2- receptorů vede k extrapyramidovým nežádoucím reakcím. Je méně vhodný pro léčbu neklidných nemocných. Jsou vysoce miligramově účinná a denní dávky jsou proto většinou v miligramech až desítkách miligramů.

Patří mezi ně: Moditen, Fluanxol, Haloperidol, Burinil.

**Depotní formy antipsychotik** – pro nemocné málo spolupracující při léčbě a neužívající pravidelně perorální preparáty jsou vhodné depotní injekce.

**Nežádoucí účinky klasických antipsychotik:** v systému kardiovaskulárním, kožním, jaterním, a ve snížení záchvatovitého prahu, dále svalová rigidita, tremor, bradykinezi, bradypsychismus, snížená pozornost, apatie, akutní dyskineze – mimovolní kontrakce svalů, v oblasti šíjové a orofaciální, okulogyrní krize (stáčení bulbů vzhůru), spazmy trupu a končetin, akatizie (syndrom neklidných nohou) – neschopnost stát či sedět v klidu, přešlapování, přecházení, vnitřní tenzí, úzkostí a může provokovat suicidální jednání, tardivní dyskinezi (opakované mimovolní pohyby, grimasování, přežvykování, špulící pohyby rtů, vyplazování jazyka, rychlý tremor horního rtu).

**Atypická antipsychotika** – se také označují jako 2. generace antipsychoticky působících přípravků, neboť mají vyšší terapeutickou účinnost a podstatně lepší snášenlivost než klasické preparáty. Ovlivňují nejen pozitivní, ale i negativní, afektivní a kognitivní příznaky schizofrenie. Jsou lépe snášena nemocnými, kteří proto při léčbě více spolupracují.

Atypická antipsychotika rozdělujeme do čtyř skupin:

1. selektivní antagonisté dopaminových D2/D3 – receptorů – sulpirid, amisulprid,
2. antagonisté serotoninových S2, dopaminových D2 a  $\alpha 1$  adrenergických receptorů – SDA preparáty, risperidon, ziprasidon, iloperidon,
3. multireceptoroví antagonisté, blokující dopaminové, serotoninové,  $\alpha$  – adrenalinové, histaminové a muskarinové receptory – MARTA preparáty, klozapin, olanzapin, quetiapin, zotepin,
4. dualisté dopaminových D2/D3 a antagonisté serotoninových S2 – receptorů – aripiprazol,

**Nežádoucí účinky atypických antipsychotik** – je velmi nízký, k čemuž přispívá nižší afinita k dopaminovým D2- receptorům, působí sedativně, zvyšují tělesnou hmotnost, vyvolávají ortostatickou hypotenzi, závratě, tachykardii, gastrointestinální potíže (dyspepsie, obstipace, nauzea), snížení libida, fertility.

(1)

Nezbytnou součástí terapie je **psychoedukace** – snaha pacienta poučit o povaze jeho onemocnění a důvodech léčebných zákroků a opatření. I v případě, že je pacienta nutno pro okolí ohrožující neklid fyzicky omezit, je nutné mu předem i potom jasně vysvětlit proč se tak děje. Je třeba ho naučit rozumět tomu co se s ním děje a vést ho k důvěře, že své prožitky, obavy a nejistoty bude snášet lépe, když se nebude bát je sdělovat.

Je třeba ho připravit na obtíže v léčbě i na obtíže plynoucí z následků onemocnění. Tam kde to lze je třeba ho od začátku začít učit se novým sociálním dovednostem, eventuálně obnovovat nebo udržovat staré, které jsou nemocí ohroženy. Trénink asertivního chování a kognitivně-behaviorální techniky mohou být využity v terapeutických plánech, jejichž vhodnost pro pacienta je posuzována ošetřujícím týmem.

Pracovní terapie není pouhá terapie zaměstnáním, ale získávání nebo upevňování dovedností rekreačně i kreativně využitelných nebo zajímavých.

Jejím cílem je udržet nemocným sebevědomí a perspektivu. Nouzové vyplňování času tradičními činnostmi pro chronické pacienty připomíná pacientům strach ze ztráty postavení a intelektuálních schopností.

Péče o pacienta se schizofrenií by měla být vysoce individualizovaná, zaměřená k postupnému dosažení dobře definovaných cílů. Společně s psychiatrem by se na její přípravě měli podílet i další členové terapeutického týmu: psychologové, sestry, sociální pracovníce, pracovní terapeuti a další. Její strukturu je možno vypracovat pomocí léčebných modulů zacílených na zvládání jednotlivých problémů:

- farmakoterapeutický modul: odstranění psychotické tenze a lepší kontrola psychotických příznaků,
- psychoedukace: zajištění dlouhodobé spolupráce a upevnění terapeutické aliance a vzájemné důvěry,
- pracovní terapie: udržení jistoty o dovednostech, odkrytí a využití skrytých zanedbávaných dovedností, aktivace zájmů a koníčků,
- trénink asertivity: udržení sebevědomí,
- kognitivně-behaviorální modul: zvládání reziduálních příznaků,
- rodinná terapie: edukace rodinných příslušníků o povaze onemocnění pacienta a nácvik komunikace s úzkou emotivností.

Dobře vedená terapie dává pacientovi šanci žít kvalitní život, mnohdy produktivní a cenný pro ostatní. Špatně vedená terapie pomáhá onemocnění chronifikovat.

Budoucnost pravděpodobně přinese některé nové postupy v oblasti farmakoterapie, lepší ovlivnění zanedbaných dimenzí psychózy, jakými jsou kognitivní chátrání a negativní symptomatologie. Nicméně obecný princip léčebného postupu, který brání následkům choroby na všech úrovních, od sociální a psychologické až po molekulární, lze považovat za trvalé východisko terapie.

(4)

Deklarace duševně postižených lidí – (příloha č.1)

Sdružení pro péči o duševně nemocné Fokus – (příloha č. 2)

Občanské sdružení Green Doors – (příloha č. 3)

### 3. Základní údaje

Klientka J.K. si přeje být oslovena Jana.

Po předchozí hospitalizaci v psychiatrické léčebně byla paní Jana pět dnů v domácím léčení a po té byla přijata do domova důchodců dne 20.10.2006 v 9 hodin.

Tento domov zajišťuje sociální služby geriatrickým klientům a nejde o domov se zvláštním režimem, kde jsou hospitalizovaní klienti s duševní poruchou. Klientka je umístěna ve dvoulůžkovém pokoji, který sdílí s osmdesátiletou obyvatelkou.

Důvod jejího přijetí je sociální a léčebný.

Původní žádost o přijetí byla podána do jiného domova důchodců, kde je právě toto uzavřené oddělení se zvláštním režimem.

Lékařská diagnóza pro přijetí: schizofrenie – reziduální schizofrenie, inkontinence močová, casus sociális. Klientka je o své nemoci informována dle svých mentálních možností. Chybí jí přiměřený náhled na svou chorobu, ale není zcela bez motivace k čemukoli a neztratila úplný zájem o sebe a okolí.

Není zbavena svéprávnosti.

Paní J.K. je nyní 55 let a pochází z Třebíče. Vzdělání má základní, vždy měla velké problémy s učením. Jeden ročník musela opakovat, ale již si nepamatuje který.

Dříve byla zaměstnána jako dělnice a nyní je v plném invalidním důchodu z důvodu základního onemocnění.

Klientka je rozvedená a nevyznává žádnou víru. Má sestru, ale moc se nenavštěvují. Při problémech nebo případné hospitalizaci máme kontaktovat maminku.

Klientka byla od roku 1985 do roku 2006 12x hospitalizována v psychiatrické léčebně s diagnózou simplexní schizofrenická porucha s postpsychotickým defektem. Hospitalizace se v posledních pěti letech vyskytovaly stále častěji s nynější diagnózou reziduální schizofrenie. Pokud nebyla hospitalizována, měla docházet ke svému psychiatrovi a do denního stacionáře. Z dokumentace je patrné, že do stacionáře docházela velice zřídka a taktéž ke svému psychiatrovi se dostavila vždy jen pod nátlakem matky nebo svého okolí.

Datum ošetřování je od 23.10.do 27.10.2006

(A)

### 3. Lékařská část

#### 3.1 Základní lékařské diagnózy

- Schizofrenie – reziduální schizofrenie
- St.p. plastice děložního čípku (1986)
- Inkontinence močová
- Casus sociális

(A)

#### 3.2 Lékařská anamnéza

##### Osobní anamnéza:

- Neléčí se pro závažnější somatické onemocnění. Trvale užívá psychofarmaka
- Prodělána operace - plastika děložního čípku (1986)
- Porod císařským řezem. Dítě se narodilo mrtvé.
- Před několika lety se klientka začala pomočovat. Obvodním lékařem byla odeslána na urologické vyšetření, kde nebyla zjištěna žádná patologie. Testy jednoznačně nepotvrdily žádný typ inkontinence močové. Nadále však inkontinence přetrvává, ale dle vyjádření psychiatra je inkontinence moče způsobená její hlavní diagnózou.
- Opakovaně hospitalizována (12x) v psychiatrické léčebně. Vždy na doporučení ambulantního psychiatra, ke kterému klientka docházela, ale velmi nepravidelně.
- Byl ji umožněn denní stacionář, který navštěvovala velice zřídka.
- Není schopna se postarat sama o sebe.

(A;D)

##### Rodinná anamnéza:

- Matce je 81 let, dle klientky trpí také schizofrenií, ale neví jakou. Otec zemřel v 78 letech, na jakou chorobu neví. Má mladší sestru (49 let), která je zdravá a pracuje jako dělnice, má jednoho zdravého syna.

(B)

##### Sociální anamnéza:

- Rozvedená po 1,5 roku manželství na vlastní žádost. Klientka byla velmi zdrcena ztrátou svého dítěte a manžel tento smutek s paní Janou nesdílel. Vadilo jí, že manžel s ničím v domácnosti nepomůže, a že stále chodí do hospody na pivo a hrát karty. Po té měla asi 2 roky přítele, se kterým nežila ve společné domácnosti.
- Žije sama, ale není schopna se o sebe řádně postarat, tak občas bydlí u své matky.
- Matka vzhledem ke svému věku a nemocem není nadále schopna se o svou dceru starat.



- Sestra udává, že klientka byla několikrát viděna jak žebra na ulici jídlo a hlavně cigarety a po městě jezdí stopem.
- Do doby nástupu do domova důchodců vlastnila klientka jednopokojový byt. Byt byl ve značně zanedbaném stavu. Údajně si ho přivlastní sestra pro svého syna nebo ho bude pronajímat.
- Sestra klientky nesouhlasila s nástupem do Domova důchodců Ždírec, kde je uzavřené oddělení se zvláštním režimem, právě pro tyto klienty. Prý to tam není pěkné a důstojné.
- Klientka odevzdává své matce celý svůj důchod, která s ním hospodaří. Paní Jana dostává denně 100,-Kč.

(B;C;F)

### **Alergická anamnéza:**

- neguje

### **Abusus:**

- Klientka udává, že alkohol nepije, ale byla několikrát viděna u vína nebo piva.
- Kouří asi 5 - 10 cigaret denně (asi 20 let), pokud je ve stresu vykouří více cigaret, asi 20 - 30 cigaret denně.
- Kávu pije asi 4-5x denně, 2x v noci – pravděpodobně vznikla závislost na zrnkové kávě a cigaretám.

### **Nynější onemocnění:**

Klientka byla přijata do domova důchodců (DD) z důvodů léčebných, sociálních a na doporučení psychiatrické léčebny (PL).

Klientka nechápe, proč musí být pod dohledem. Léky prý snad brát dokáže i bez nás. Je silně rozhořčena, že jí nevěříme. Myslí si, že by se o sebe dokázala postarat i bez nás a své matky. „Nejsem přeci žádnej lempl!“

Na dotaz zda ví jaké léky užívá a v jakých dávkách, neodpovídá ihned, ale až po určité době:

„A vy jste snad živa z léků? Jestli vy jo, tak já teda ne!“

Klientka tvrdí, že jsou vůči ní ostatní lidé sprostí, a že jí umí jen nadávat. Hlavně její sestra. Vzpomíná, že také v dřívějším zaměstnání si na ni velmi stěžovali. Že prý nic nedělá a jen kouká do zdi. Podezřívají jí, zda není pod vlivem alkoholu. S ostatními kolegy měla konflikty, které sama vyvolávala. Do práce nikdy nepřišla včas a chodila velmi špinavá. Práce jí nebavila. Přestala s ostatními zcela komunikovat a kvůli tomu ji prý určitě vyhodili a tak se dostala na PL. Tvrdí, že už po té nemohla sehnat práci a to jen proto, že už měla záznam z léčení na PL. Od té doby je v plném invalidním důchodu. Od kterého roku si již nepamatuje.

Klientka trpí močovou inkontinencí. Při rozhovoru je opět pomočená a zapáchá. Tvrdí, že nestihne dojít na WC. „No než tam dojdu tak jsem mokrá ... a to mě prostě nebaví...a mám snad vložky, ne?! Tak na co se snažit,“ vybuchne vzteky, a ať ji dáme všichni pokoj. Při hospitalizaci v PL klientka používala jednorázové vložné pleny.

Paní Jana se nechce bavit o dítěti, které jí umřelo. Prý až někdy jindy. Nerada na tuto událost vzpomíná.

Stěžuje si, že má spoustu volného času a že se nudí. Ráda sleduje TV, poslouchá rádio, ale jen chvíli, dlouho ji nic nezaujme. Dříve velmi ráda pletla. Klientce je doporučena léčba prací, která je součástí rehabilitačního úseku v domově.

Paní Jana slibuje, že tam bude docházet a chystat výzdobu na vánoce.

Při rozhovoru je viditelný motorický neklid v podobě poposedávání, přešlapování, třes rukou a chůzi po pokoji. Klientka se opakovaně škrábe v místě zapáčky.

Je poučena o své nemoci a její léčbě. Paní Jana, ale tvrdí, že je vše ztracené, že jí už pomoci není a ať jí už dáme všichni pokoj, ale opakovaně vznáší dotaz, zda se na ni nezlobíme. Musí být opakovaně ujišťována, že se na ni ošetřující personál nezlobí. Je velmi nevrlá. Žádá o pomoc s bolestí hlavy.

### **Farmakologická anamnéza:**

Klientka užívá:

- **Tisercin**, Levomepromazini hydrogenmaleas, potahované tablety, 25mg 2 tablety večer, psychofarmakum, neuroleptikum.

Vedlejší účinky: ospalost, zvýšená spavost, zrychlení srdeční činnosti, závratě, sucho v ústech, světloplachost, žloutenka, svědící vyrážka, bolest v krku.

- **Zyprexa**, Olanzapinum, potahované tablety, 10mg 1 tabletu večer, antipsychotikum.

Vedlejší účinky: ospalost, nadměrná únava, přibývání na váze, závratě, pocit hladu, neklid, neobvyklé pohyby (obličej, jazyka), třes, svalová ztuhlost, křeče, problémy z řečí.

- **Moditen depot**, Fluphenazini decanoas, injekce, 25mg v jednom mililitru, 2 amp. intramuskulárně jednou za 14 dní, psychofarmakum ze skupiny neuroleptik. Poslední aplikace byla 16.10.2006. (7)

Vedlejší účinky: kolísání krevního tlaku, změny libida u ženy, svědění, bolesti dásní, krku, při dlouhodobém podávání: porucha kožní pigmentace, zákal čočky a rohovky, bolestivost a sterilní infiltráty v místě vpichu.

(5)

### **Závěr při přijetí:**

Paní J.K. je při přijetí pomočená, zapáchá, je neupravená, oděv a ústa se zbytky jídla. Klientka je při vědomí, orientovaná místem a časem. Řeč je pomalá a velmi často se opakují stejné odpovědi na různé otázky. Nesoustředí se na vedený rozhovor.

Klientka je zanedbána v oblasti hygieny a celkového vzhledu.

Při rozhovoru nebyly zjištěny žádné suicidální myšlenky. Klientka si stěžuje na bolest hlavy a nespavost.

Není schopna samostatně hospodařit s penězi.

Je zde problematický příjem léků, je nutná kontrola ošetřujícím personálem, proto byla i volena depotní forma léku.

Trpí inkontinencí moče, reziduální schizofrenii v anamnéze, snížená schopnost soběstačnosti. Je tedy důležité, aby byla pod stálým dohledem zdravotnického personálu, i když není zbavena svéprávnosti.

## **4. Diagnosticko - terapeutická část**

### **4.1 Fyziologické funkce ze dne 20.10.2006**

Při přijetí: při vědomí, orientovaná místem, časem, osobou i situací

Krevní tlak 135/80  
Puls 86/min  
Dech 18/min  
Tělesná teplota 36,7°C  
Tělesná hmotnost 90 kg  
Tělesná výška 175 cm

### **4.2 Vyšetření**

#### **4.2.1 Laboratorní vyšetření ze dne 23.10.2006**

Biochemie: jaterní testy, ionty – v normě referenční meze

Krevní obraz – všechny hodnoty v normě referenční meze

#### **4.2.2 Psychiatrické vyšetření ze dne 24.10.2006**

(4 den pobytu v domově důchodců)

V ambulanci domova je klientka relativně klidná, popírá jakékoli potíže. Pouze si stěžuje na nespavost (2x v noci se probudí a jde do kuřárny). V noci i přes den trpí úzkostnými stavy: „Když já se bojím, že jednou zůstanu sama, když mi umře maminka...to je takový smutný...taky se mi v noci zdají takový divný, nepříjemný sny..., taky se mi zdá o mrtvých, o autonehodě...“ Opakovaně se dožaduje odchodu z domova důchodců ve 3 hodiny nebo ve 4 hodiny ráno. Podle ošetřujícího personálu je klientka v noci lítostivá, plačtivá.

Klientka je srozuměna, že při opakovaném nedodržení léčebného režimu, bude opět hospitalizovaná v psychiatrické léčebně.

Objektivně psychiatr: do pracovny přichází dobrovolně, na dotazy odpovídá nepřilíš ochotně, zapáchá močí, zanedbaného vzhledu, intenzita hlasu v normě, artikulace správná, tempo řeči zpomalené v rámci celkového zpomalení psychomotorického tempa, orientovaná všemi směry správně, společenský odstup udrží s obtížemi, často familiérní až odbrzděná.

Psychologická symptomatika: vědomí lucidní, aktuálně neprokazuje poruchy vnímání, paměť v normě, ladění tenzní, emotivita labilní, nálada bez známek endogenní deprese, vyšší city oploštělé, myšlení místy inkohorentní, četné zárazy, kvantitativní poruchy ve smyslu bludů neprokazují. Osobnost s postpsychotickým defektem

Doporučení: nadále sledovat stav klientky, léky zatím ponechány a další kontrola za týden.

(A)

## **4.3 Terapeutická péče**

### **4.3.1 Farmakoterapie**

Klientka užívá tyto léky:

Tisercin 25 mg 0-0-2 tbl.

Moditen 25 mg 2 amp. i.m. jednou za 14 dní, poslední aplikace 16.10.2006

Zyprexa 10 mg 0-0-1 tbl

### **4.3.2 Dietoterapie**

Klientky BMI (body mass index) je 29,4 což se rovná nadváze. Klientka je o riziku vzniku obezity poučena. Ošetřujícím lékařem při přijetí je ordinována racionální dieta číslo 3.

### **4.3.3 Fyzioterapie**

Paní Jana je v péči fyzioterapeutů. Ze vstupního rozhovoru lze hodnotit, že je paní Jana fyzicky mobilní. Zatím má denně naordinována relaxační a dechová cvičení, jak zvládat úzkostný stav a jak si odpočinout. (příloha č. 14) – jednoduchý postup. Po zvládnutí této jednoduché fyzioterapie, se pokusíme klientku vést ke složitější terapii, například ke kinezioterapii.

### **4.3.4 Ergoterapie**

Klientka je navržena na ergoterapii. Má možnost – práce v keramické dílně, pletení, háčkování, malování, příprava vánoční výzdoby. Nácvik denních instrumentálních dovedností se zaměřením na pravidelný denní režim.

Podle dokumentace a slov klientky, právě vedení domácnosti ji činí velké problémy. Klientka udává, že dříve ráda pletla, proto se v léčbě prací pokusíme zaměřit na tuto manuální dovednost.

## 5. Ošetřovatelská anamnéza a současný stav klientky

Při nástupu paní Jany do domova se jí ujala ambulantní sestra, která klientku po vzájemném přivítání a představení, taktním způsobem zavedla do koupelny, kde provedla celkovou hygienickou koupel klientky a převlékla do čistého ošacení. Dále pak pokračovaly v postupném vyřizování příjmových náležitostí. (příloha č. 4, příjem klienta) Sestra uvedla paní Janu na pokoj, seznámila s novou spolubydlící.



Klientka měla velký zájem o to, kde se bude stravovat. Sestra ji zavedla na místo do jídelny a představila i ostatním klientům domova.

Prošly se spolu po jejím novém domově, ukázala ji společenské místnosti a prostory, které má volně přístupné a kdykoliv k využití. Sestra také vysvětlila klientce možnost zapůjčení knih z naší místní knihovny. Poté se s paní Janou domluvila, že domácí a provozní řád si vysvětlí v klidu po odpoledním odpočinku klientky.

S klientkou se setkávám 3. den jejího pobytu u nás, kdy rozhovorem zjišťuji ošetřovatelskou anamnézu podle vstupního ošetřovatelského záznamu. (příloha č.16) Klientka souhlasí s tím, že mi bude odpovídat na mé otázky.

Nejprve jsem se spolu seznámily a opět jsem ji přivítala v našem domově. V rámci našeho seznámení jsme se spolu prošly po domově, navštívily společenské místnosti a také zašly na nově vybudovanou terasu a do místního parku.



Dotazem jsem se přesvědčila, zda mi paní Jana rozuměla a zda jsem ji poskytla dostatek informací, kterým porozuměla. Ujistila jsem ji, že se nesetkáváme naposled a pokud bude cokoli potřebovat, může se na mě i na celý ošetřující personál kdykoli obrátit.



Bývá pravidlem, že nový klient je uvítán v místnosti pro ergoterapii. Zde má klient prostor se blíže představit ostatním spolubydlícím. Klientka uvádí, že po tři dny svého nového pobytu vidí, že se ostatní klienti na ni dívají jako na „jinou.“ Dále zmiňuje, že je pro rodinu přítěží a matka ji „odložila.“



## 5.1 Bolest

Klientka popisuje občasné bolesti hlavy, které se objeví vždy, když má mělký spánek a při dlouho trvající nespavosti spojené s úzkostným stavem a větším fyzickým vypětím.

Na (vizuální analogické škále, která je desetibodová, kdy 0 představuje – žádnou bolest a 10 nesnesitelnou bolest. – VAS udává tuto bolest na 7cm bodech). Bolest charakterizuje spíše jako silnější, udává bolest v oblasti čela a spánků. Výrazné zlepšení se objeví po tří až čtyř hodinovém odpočinku na lůžku přes den.

Léky na bolest hlavy neužívá. Klientce umístění, tvrdost a výška lůžka vyhovuje. Lůžko je elektricky polohovatelné a klientka zvládá jednoduchý úkon manipulace s lůžkem (zvednutí pod hlavou).

### VAS bolesti hlavy



## 5.2 Dýchání

Klientka je bez známek dušnosti. Kouří asi 5 – 10 cigaret denně 20 let. Při stresu, který je právě po tři dny od nástupu do domova, udává, že vykouřila asi 20 – 30 cigaret za den.

Dýchání je pravidelné, fyziologické frekvence. Neudává žádný kašel ani rýmu.

## 5.3 Osobní péče

Klientka udává, že se koupe a sprchuje dle potřeby a že nepotřebuje pomoc při zajištění hygienické péče. Údajně se obvykle koupe večer, ale někdy i v průběhu dne.

Paní Jana má problémy s pomočováním, ale nemá potřebu se vždy převléknout a osprchovat, je tedy nutný dohled na pravidelnost a důkladnost při hygienických návycích.

Ošacení, které měla klientka na sobě, když se dostavila k přijetí na naše oddělení, též silně zapáchalo. I oděvy, které si sebou přinesla do domova nebyly dlouho prané.

Při přijetí klientka silně zapáchala močí a cigaretovým kouřem.

## 5.4 Kůže

Klientka udává svědění kůže v oblasti hýždí, genitálu a vnitřní strany stehen. V okolí genitálu je klientka silně opruzení, kůže je macerovaná, zarudlá a silně podrážděná. Od častého škrábání je pokožka bez kožního krytu.

Taktéž pod prsy nacházím známky opruzení.

Péčí o pokožku se klientka nikdy zvlášť nestarala. Pouze se omývala vodou a mýdlem. Krémy a pleťové masky nikdy nepoužívala. Pokožka okolo úst je taktéž zarudlá, způsobená macerací občasným odtokem slin, které si neutře.

Kůže je bez hematomů a poranění. Na břicho je zhojená jizva po císařském řezu.

## 5.5 Strava/dutina ústní

Paní Jana udává, že zubní protézu nemá, svého zubního lékaře nenavštěvuje, neví ani, kdy byla na preventivní prohlídce. Zuby jí nebolí. Při úsměvu zuby zažloutlé, místy až načernalé, Udává, že chrup má kompletní. Při komunikaci je zřejmý zápach z úst, způsobený silným kouřením cigaret.

Klientka udává, že v posledním roce přibrala na váze, ale neví o kolik. BMI (body mass index) při tělesné výšce 175 cm a hmotnosti 90 kg je 29,4, což je nadváha.

Udává zvýšenou chuť k jídlu. Sní všechnu podanou stravu. Sleduje čas na svém digitálním budíku, kdy se bude opět podávat strava na jídelně.

Sama si neuvařila, chodila se stravovat k matce. Pokud jí matka „vyhodila“, stravovala se v rychlém občerstvení. Nemá jídlo, které by jí nechutnalo. Mezi oblíbená jídla patří hlavně svíčková pečeně s knedlíkem.

Již druhý den hospitalizace, při neohlášeném odchodu z domova důchodců si sama zakoupila a naráz snědla malý krémový dort.

## 5.6 Příjem tekutin

Klientka udává, že ráda pije zrnkovou kávu, asi 6x za 24 hodin (během noci 2x), kterou si sama vaří ve společné kuchyňce klientů, která je k dispozici na oddělení. Další tekutinou je iontový nápoj, který je společně s kávou caro k dispozici na jídelně. Nerada má čaj podávaný sestrou přímo na pokoj.

Na dotaz kolik vypije denně tekutin, odpovídá negativním postojem. „Nevím a vůbec proč bych si to měla pamatovat.“ Podle sester a pomocného personálu je viděna jak na jídelně popíjí iontový nápoj. Na nočním stolečku se jí hromadí jednorázové použité kelímky, které si odnáší z jídelny. Podle zjištěné skutečnosti se jedná o příjem 2000 ml tekutiny denně.

## 5.7 Vyprazdňování střeva

Paní Jana udává, že problémy s vyprazdňováním nemá. Na stolici chodí sice nepravidelně, ale neví po kolika dnech. Na obtížné vyprazdňování si nestěžuje. Projímadla nikdy neužívala. Pokud prý cítí, že je plná a nevyprázdňená, vykouří nalačno jednu cigaretu a poté jde dobře na stolici.

## 5.8 Močení

Klientka má dlouhodobé problémy s pomočováním. Při poslední hospitalizaci používala přes den i na noc jednorázové vložné pleny. Ty jí vyhovují, že jsou velké a mají větší nasákavost. Ale i přesto chodí stále pomočená. Sama si totiž vložnou plenu nevymění a bez dohledu druhé osoby by měla jednu plenu po celý den.

Jak ve dne, tak v noci, i když má toaletu hned vedle pokoje. Proč je tomu tak odpovídá nevrle: „Je mi všechno jedno.“

Na dotaz, co by mohlo řešit problémovou situaci s únikem moče, odpovídá nevrle: „Nevím, jedině pobyt u moře, to se nepočurávám.“

Dle záznamu z PL klientka byla už několikrát edukována na téma této problematiky.

Pálení, řezání při močení neguje. Je nekritická sama k sobě. Pomočování ji nijak zvlášť netrápí. (poté odpovídá: „Tady se na mě dívají ostatní divně.“)

## **5.9 Lokomotorické funkce**

Klientka neudává žádné potíže s chůzí a při vstávání z lůžka také ne. Paní Jana si není vědoma žádných potíží.

## **5.10 Smyslové funkce**

Klientka udává, že byla vyšetřována očním lékařem již před několika lety, asi před 10 lety. Byla zjištěna krátkozrakost, ale brýle klientka odmítla. Tvrdí, že když je nosila, trpěla závratí. Klientce problémy stále přetrvávaly, tak sama brýle odložila. „Bylo mi bez nich mnohem lépe.“

Dnes brýle nenosí a očního lékaře nenavštěvuje, protože je prý nepotřebuje, málo prý čte a raději sleduje z lůžka televizi, kterou má ve vzdálenosti tří metrů.

Ostatní smyslové funkce jsou v pořádku.

## **5.11 Fyzická a psychická aktivita**

Klientka si stěžuje, že má spoustu volného času a že se nudí, udává, že ráda sleduje TV, poslouchá rádio. Dříve velmi ráda pletla. Klientka má docházet do ergoterapie. Spíše jede do města, kde se „potuluje,“ po obchodech nebo navštěvuje společenskou místnost v domově, kde je umístěn televizor. Nikde dlouho nevydrží, ostatní klienti ji nadávají, protože se tam pomočuje na sedací soupravu. Prý z tohoto důvodu raději jede do města. Chce být sama a vzápětí povídá, že nemá na domově žádnou kamarádku.

V terapii je neukázněná, odmítá se zapojit do pomocných prací, pomočuje se a hádá se s ostatními klienty.

Domluv nedbá, prý tam chodit nechce, že jsou tam na ni ostatní obyvatelé zlí a nadávají jí, že zapáchá. Klientka se brání, že je to nemoc a nedokáže své pomočování ovládat.

Fyzioterapeuti si stěžují, že přišla pomočená a odeslaly jí zpět na oddělení. Klientka je z toho velmi rozhořčena.

Divadlo ani kino nenavštěvuje, to jí prý nebaví, dle dokumentace jezdí každé léto s maminkou na dovolenou k moři.

## **5.12 Odpočinek/spánek**

Klientka si stěžuje, že nemá potíže s usínáním, ale v noci se často probudí a prochází se po domově, vaří si černou kávu, nemůže opět ulehnout, stěžuje si na úzkostné sny. Delší dobu sedí v kuřárně a byla přistižena sestrou jak vybírá popelníky a dokučuje cizí cigaretové nedopalky. Nikdy nespí osm hodin bez přerušení. Dle sester ulehá zpět do pomočeného lůžka.



Klientka na to reaguje tak, že se jí nechce v noci převlékat, ale sestry neupozorní na to, že je vše mokré a nepoprosí je o čisté prádlo nebo rovnou o převlečení lůžka.

Problém s nočním buzením přikládá také ke své spolubydlící. Prý chodí často na toaletu a to vždy paní Janu vzbudí. Také měla špatný sen, že ji někdo mlátí a o smrti svého dítěte. Po probuzení trpí úzkostí. Během dne se cítí unavená, bez zájmu o cokoli, jde si lehnout. Vždy usne, ale v denním spánku režim nemá. Když na ní přijde únava, jde spát. Přes den spí asi 3-4 hodiny. Hypnotika neužívá a neví zda je někdy užívala.

### **5.13 Sexualita**

Klientka o své sexualitě nechce hovořit. Sdělila mi pouze, že od té doby co je nemocná s ní nechce nikdo být. Všichni jí odmítají. Ale dříve tomu tak nebylo. Když byla zdravá neměla problém s navázáním přátelských vztahů.

### **5.14 Psychologické hodnocení**

Paní Jana je při rozhovoru orientována časem, osobou i místem. Klientka pomalu spolupracuje, není schopna plynule vyjádřit své myšlenky slovy. Při některých otázkách je nevrlá, odmítavá a rozzlobená. Při otázkách ohledně pomočování je vždy podrážděna a odpovědi odsekává. Stejně reaguje také na dotazy ohledně hygieny.

Klientka je nepřizpůsobivá a emočně labilní. Udává, že je na domově ráda, že je to zde lepší než v PL. Zkresleně a neúplně uchovává informace. Zejména informace o své nemoci, její léčbě.

Nepřijatelné společenské chování – krádeže, stopování uprostřed vozovky, ač je v dosahu zastávka hromadné dopravy. Pomočuje se ve společenských prostorách v DD, obyvatelé ji odmítají přijmout mezi sebe z důvodu osobní nečistoty a obav z možné agresivity psychiatrické klientky, protože je „jiná.“ Trpí nedůvěrou k ostatním obyvatelům, personálu.

### **5.15 Rodina/sociální situace**

Paní Jana k nám byla přijata na žádost rodiny a na doporučení lékařů PL, kde byla klientka hospitalizována.

Klientka je ze dvou dětí. Má sestru, která má nyní svoji rodinu a pracuje jako zdravotní sestra. Matka s psychiatrem žádala o umístění klientky do Domova důchodců Žďárec na uzavřené oddělení se zvláštním režimem, ale sestra odmítla.

Paní Jana bydlela sama, ale velmi často navštěvovala svou matku, která je pro ní zároveň nejdůležitějším člověkem. Informace o jejím stavu můžeme podávat pouze matce, která taktéž trpí schizofrenií, ale není zbavená svéprávnosti. Klientka se domnívá, že je rodině úplně jedno kde je, že jsou spíše rádi, že se jí zbavili. Nenavštěvuje jí nikdo, ale ona sama dojíždí na návštěvy za matkou do jejího bytu, která bydlí v dosahu městské hromadné dopravy. Na klientce není nikdo závislý.

Klientka dokončila pouze základní školu, při čemž musela jeden ročník opakovat. Po základní škole nastoupila jako dělnice, ale měla v zaměstnání velké problémy s docházkou a časté konflikty s ostatními kolegy. Nyní je v plném invalidním důchodu.

Je rozvedená, jedinými příbuznými zůstala matka a sestra. Otec již nežije. Matka péči o klientku odmítla vzhledem ke svému věku.

## 6. Ošetrovatelské diagnózy (cíl, plán, realizace, hodnocení)

3.den - 7. den pobytu

23.10. - 27.10.2006 **6.1 Diagnóza: akutní bolest hlavy z důvodu mělkého spánku, nespavosti a úzkosti, projevující se bolestí hlavy v oblasti čela a spánků**

**Cíl:** krátkodobý: zmírnit bolest na střední nebo mírnou  
dlouhodobý: klientka netrpí bolestí

### Plán:

- požádat klientku, aby své bolesti hlásila, jakmile se objeví (sledovat závislost a intenzitu bolesti)
- zajistit klid a soukromí při objevení bolestí
- přiložit studený obklad, omytí obličeje studenou vodou
- edukovat klientku o možnostech relaxačních a dechových cvičení (zvýšit pocit osobní životní pohody) – s ohledem na její onemocnění
- dohlédnout na pravidelný denní a noční režim
- dohlédnout na pitný režim (1500 – 2000 ml tekutin za 24 hodin)
- zajistit rozptýlení klientky (rozhovor, procházka s doprovodem po parku, pomocné práce)

### Realizace:

Klientka je edukována o možnostech relaxačních technik a dechovém cvičení s ohledem na její onemocnění (příloha č. 14).

Při objevení bolesti hlavy, kterou mi klientka sama ohlásí, přikládám studený obklad na čelo, omyji obličej studenou vodou, zatemním a poprosím spolubydlící o polední klid. S paní Janou vedu klidný a nerušený rozhovor pobytu u moře, za účelem odpoutání pozornosti od bolesti.

Dohlížím na pravidelný denní i noční režim spánku, na množství a druh přijímaných tekutin (v ošetrovatelské dokumentaci – vedeme záznamy v intervalech 1,5 hodin v rámci mikčního kalendáře, bilance tekutin a aktivit klientky).

Až 6. den hospitalizace, kdy nám klientka částečně spolupracovala, jsme zkusili jednoduchá dechová cvičení a relaxační techniku uzpůsobenou stavu klientky.

### Hodnocení: 27.10.2006

Klientka během pěti dnů vypila, denně 2300 - 2650 ml tekutin (nabízeno ošetřujícím personálem, taktéž přítomností použitých jednorázových kelímků na nočním stolku klientky, které jsou s iontovým nápojem a kávou caro k dispozici na jídelně). Káva byla omezena na 3-4x kávy denně, s vynecháním noční dávky.

Klientka nespává během dne, od pátého dne pobytu mi pomáhá s drobnými pracemi na oddělení (rovnáním ložního prádla). Od šestého dne je noční spánek již kvalitnější bez nočního probuzení. Předchozí dny byl spánek zpočátku přerušen dvakrát za noc, poté 1x. Dokázala zazvonit na sestru, která klientku rozhovorem uklidnila a paní Jana opět usnula.

Bolest se snížila o 1 cm na analogové měřítkové škále, klientka však nedokáže blíže určit intenzitu bolesti, proto bude vhodnější zaměřit se na vyjádření intenzity bolesti jako – slabá, střední a silná. Na bolest mě upozorní, udává, že jí pomáhá studený obklad a rozhovor.

Je nutný dlouhodobější nácvik relaxačních technik. Spolubydlící umožňuje klientce klid na lůžku, vždy když se bolest dostaví.

Zajištěním individuální ošetrovatelské péče nejen z mé strany, ale i ze stran ostatního personálu se začal vytvářet mezi námi a paní Janou pozitivní vztah, založený na důvěře.

Klientka hodnotí péči v domově jako za velmi vstřícnou, slovy „vy jste tady na mě hodní, asi mě máte rádi a nezlobíte se na mě.“ Je patrné, že i z těchto důvodů se klientka rozhodla pomoci při úklidu prádla.

Společně s fyzioterapeuty jsme zkusili relaxační a dechová cvičení (příloha č. 14), kdy nám klientka částečně spolupracovala se slovy „tak to jo, já vás mám ráda.“ Při dechovém cvičení klienta spolupracovala prvních pár minut, pak již odmítala, raději si přeje povídat. Při relaxaci mačkání válečku, byla již lépe spolupracující, toto cvičení se jí zamlouvalo.

Zdá se, že je pro klientku důležitý důvěryhodný vztah k ošetrujícímu personálu.

**23.10. - 27.10.2006 6.2 Diagnóza: porucha kožní integrity z důvodu dřívější nedostatečné hygienické péče a pomočování, projevující se opruzeninami v oblasti prsou a genitálu, vnitřní strany stehen a hýždí, svěděním kůže a defektem v oblasti úst. V těchto oblastech je kůže macerovaná, zarudlá a silně podrážděná. Od častého škrábání je pokožka bez kožního krytu.**

**Cíl:** krátkodobý: včasné vyhojení opruzenin, ustane svědění kůže  
dlouhodobý: kožní integrita není porušena

**Plán:**

- dohlížet na pravidelnou hygienickou péči
- řádně promazávat pokožku, aby byla vláčná
- dohlížet na klientku, aby si častěji měnila vložné pleny
- doporučit klientce bavlněné spodní prádlo
- edukovat klientku ohledně nácviku hygienických návyků (například: používat nedráždivé mycí prostředky, šetrné sušení)

**Realizace:**

Každý den jsem dbala na dodržení pravidelné hygienické péče. Klientku jsem každé ráno zavedla do koupelny, kde se pod mým dohledem a pomocí osprchovala. Dávala jsem pozor na opruzeniny, je nutné lehké omývání, použila jsem nedráždivých mycích prostředků (Ph 5,5; dětské mýdlo), jednorázovou žínku (osušení – pouze přikládat jemné pleny), po osušení jsem pokožku promazala zinkovou masťou. Také jsem dbala na to, aby měla stále čistou vložnou plenu a bavlněné spodní prádlo (příloha mikční kalendář č.9a-e).

**Hodnocení: 27.10.2006**

Pokožka je méně zarudlá, kožní kryt stále porušen, přetrvává močová inkontinence. Pokud klientku neupozorním, vložnou plenu si sama nevymění a stále se přes oděv škrábe.

Bavlněného prádla má klientka prozatím málo. Sociální pracovnice slíbila nákup potřebného prádla.

Paní Jana pátý den pobytu přichází alespoň dvakrát za den s žádostí o výměnu jednorázové pleny, vždy pokud se tak stane následuje pochvala. A ujištění, že pokud se nebude pomočovat a zapáchat, bude oblíbena v kolektivu a lépe si najde přítelkyni. Nadále budu pokračovat v realizaci plnění obou cílů.

**23.10. - 27.10.2006 6.3 Diagnóza: porucha soběstačnosti v oblasti dodržování hygienických návyků z důvodu úzkosti, kognitivních poruch, poruch příjmů a zpracování podnětů projevující se negativním postojem k hygienickým návykům**

**Cíl:** krátkodobý: seznámit klientku se základními požadavky zdravotně-hygienické péče a s technikou jejich provádění  
dlouhodobý: docílit maximální soběstačnosti a seznámení klientky se všemi možnostmi externí pomoci

**Plán:**

- snažit se docílit, aby se klientka alespoň částečně aktivně účastnila řešení svých problémů
- vytvořit individuální léčebný program, který by odpovídal jejím možnostem a zároveň uspokojoval její osobní potřeby (Bartlův test, test Instrumentálních všedních činností)
- vést klientku k tomu, aby si alespoň částečně uvědomovala své povinnosti a aby se v plnění léčebného programu snažila využívat svých tělesných, duševních i intelektových rezerv
- pochválit klientku a ujistit ji, že se na ni nezlobíme, podporovat vzájemnou důvěru
- dbát na to, aby klientka dodržovala stanovený léčebný program

**Realizace:**

U klientky jsem se snažila o aktivní spolupráci a vytvořila jsem společně s ní individuální plán léčebného programu, který by jí vyhovoval.

Paní Janu jsem poučila o správných hygienických návycích a jejich důležitosti. Pokud byla čistá a upravená, následovala pochvala. O klientce ošetřující personál vede záznam v dokumentaci o dodržování léčebného režimu. Společně s klientkou jsme použily měřicí techniky - Bartlův test (příloha č.12), Test instrumentálních dovedností (IADL), (příloha č.13).

Klientce jsem se snažila vysvětlit, že pokud bude upravená, nepomočená, budou se na ni ostatní obyvatelé dívat lepšíma očima a snáze si najde přítelkyni. Nabídla jsem jí pomoc při hledání kamarádky z řad klientů oddělení A i B. Domluvila jsem jí návštěvu u kadeřnice, která přichází na domov dle potřeby klientů, paní Jana souhlasila.

**Hodnocení: 27.10.2006**

Paní Jana léčebný program dodržela pouze poslední dva dny mého pozorování a předchozí dny nespolupracovala se slovy „ nic mě nebaví.“ Z města se vracela špinavá a pomočená. Klientka zná správné hygienické návyky, ale ve vedené dokumentaci se objevuje její negativní postoj. Bartlův test byl vyhodnocen jako lehká závislost (95 bodů) a Instrumentální test - závislý na IADL (35 bodů).

Paní Janě jsem vysvětlila, že bude na domově ples a pak také oslava příchodu Nového roku, kdy si bude moci poslechnout dechovou hudbu a zatančit. Paní kadeřnice se paní Jana ráda ujala a provedla úpravu vlasů se slovy klientky „, když chcete.“

Šestý a sedmý den pobytu, se jde klientka, na pokyn ošetřujícího personálu bez poznámek převléci do čistého ošacení a vyměnit vložnou plenu. Je očividné, že paní Jana postupně získává důvěru k ošetřujícímu personálu.

23.10. - 27.10.2006 **6.4 Diagnóza: porucha spánku z důvodu nočních úzkostných stavů a nedostatku spánku projevující se přerušáním spánku uprostřed noci, procházením po domově, únavou, špatnou náladou, bolestmi hlavy, lehkým třesem rukou, bezvýrazností obličeje, kruhy pod očima**

**Cíl:** krátkodobý: klientka po probuzení opět usne, ráno bude odpočínutá bez bolesti a únavy

dlouhodobý: nepřerušovaný klidný spánek po celou noc bez úzkostných stavů

**Plán:**

- edukovat klientku o nutnosti dodržovat časové schéma spánku i pravidelné vstávání z lůžka
- zajistit noční klid
- domluvit se s klientkou na zkrácení odpoledního spánku
- snažit se omezit klientce příjem černé kávy před spaním (poslední v 17hod, vyloučit kávu během noci)
- domluvit spolubydlící, aby dodržovala noční klid
- vysvětlit klientce nutnost usínat až okolo dvacáté druhé hodiny
- vysvětlit klientce možnost přivolání sestry při nočním úzkostném stavu
- před spaním vyvětrat pokoj a odpoutat pozornost od všech zneklidňujících představ a vytvořit si představu například mořského příboje
- upravit klientce lůžko dle jejích představ
- snažit se o začlenění klientky mezi ostatní obyvatelé v ergoterapii (keramická dílna)

**Realizace:**

Nejdříve jsem si promluvila se spolubydlící a vedla rozhovor o nočním klidu a nutnosti kvalitního a nepřerušovaného spánku. Spolubydlící slíbila, že se bude chovat tišeji.

Opakovaně jsem edukovala klientku i ošetřující personál o dohlédnutí na dodržení časového schématu – zkrácení odpoledního spánku, usínání okolo 22. hodiny a vstávání okolo půl sedmé. Od pátého dne pobytu je klientka pověřena skládáním ložního prádla, předchozí dny byly bez úspěchu, utekla do města.

S paní Janou jsem se domluvila, že poslední kávu bude mít okolo 17. hodiny. Pokud bude mít opět chuť na kávu, má na jídelně k dispozici kávu bez kofeinu Caro, která je podobné chuti.

Klientku ujišťuji, že se může kdykoli obrátit na ošetřující personál při svých úzkostných stavech, abychom docílili pocitu bezpečí a jistoty.

Sestry se sami aktivně zajímají o psychickou pohodu klientky například rozhovorem při skládání prádla nebo při pomoci s hygienickou péčí.

Domluvila jsem se s ergoterapeutkou, že ošetřující personál dovede klientku do keramické dílny.

### **Hodnocení: 27.10.2006**

Klientka při edukaci na vše přikyvovala, že tomu rozumí a bude se podle toho řídit. Ihned druhý den tento režim odmítala plnit, vzdálila se bez povolení – údajně odjela do města. Přesto se mi povedlo 3x ve sledovaném období paní Janu udržet bez odpoledního ulehnutí a od pátého dne pobytu zaměstnat skládáním ložního prádla.

V tyto dny její spánek byl kvalitnější bez nočního vstávání. Úspěchem je, že paní Jana dokáže místní signalizací přivolat při úzkostných stavech sestru.

Šestý den hospitalizace se nám povedlo přesvědčit klientku a doprovodit do keramické dílny, kde se snažila za pomoci ergoterapeutky vyrobit pro sebe popelník. Po léčbě prací mi klientka sdělila, že byla pochválena před ostatními klienty, že je šikovná. V keramické dílně byla čistá a nepomočená.

Nadále budu pokračovat v realizaci a pokusím se postoj klientky pozměnit.

### **23.10. - 27.10.2006 6.5 Diagnóza: neznalost pojmů z důvodu onemocnění, projevující se opětovanými dotazy, neplněním a nepochopením požadovaných činností, nedostatečnou informovaností před příchodem do domova důchodců**

**Cíl:** krátkodobý: klientka si dané informace uchová alespoň částečně, nebude se bát zeptat

dlouhodobý: klientka si uchovává více informace, dotazuje se beze strachu

#### **Plán:**

- dopřát klientce dostatek času na pochopení informací
- přesvědčit se zda daným informacím rozumí
- hovořit krátkými srozumitelnými větami, bez cizích slov
- informovat klientku po částech, aby se jí dané informace lépe uchovávaly

#### **Realizace:**

Nové informace jsem jí sdělovala po částech, častým dotazováním jsem zjišťovala zda mi rozumí. Stále mi opakuje zda se na ni nezlobím, když provede něco špatně. Na uchování informací jsem klientce dopřála dostatek času.

### **Hodnocení: 27.10. 2006**

V získávání informací, pochopení řádu a chodu celého oddělení jí byl oporou celý ošetřující personál. Myslím si, že jsem s paní Janou navázala dobrý vztah, založený na důvěře, nebojí se mě na cokoli dotázat, ale stále se ptá: „zda se na ni nezlobím.“ Klientka je opětovně utvrzována „že se na ni nikdo nezlobí.“

### **23.10. - 27.10. 2006 6.6 Diagnóza: alterace kognitivních funkcí z důvodu onemocnění, projevující se zkresleným výkladem skutečností**

**Cíl:** krátkodobý a dlouhodobý: klientka si alespoň částečně uvědomí změnu projevu a poruch chování

#### **Plán:**

- poskytnout ošetřujícímu personálu „edukační program na téma: specifika ošetrovatelské péče u klientů se schizofrenií“

- posoudit duševní stav a stupeň psychické alterace, poruchy paměti, časovou, místní i osobnostní orientovanost, její vnitřní postoj, náhled i soudnost (Test: Stupnice hodnocení psychického zdraví, škála deprese, test kognitivních funkcí - Mini Mental State Exam (MMSE), Clock test)
- sledovat, jak dbá na pořádek, všítat si komunikace
- všítat si projevu roztržitosti, míry soustředěnosti a schopnosti dělat uvážena rozhodnutí
- pokud se vyskytnou bludy či halucinace, nevyvracet je a ani nepotvrzovat
- sledovat projevy zvýšené ospalosti a podrážděnosti
- sledovat projevy chápání
- snažit se vytvořit klidné a vlídné a tolerantní prostředí
- naslouchat, vzbudit dojem, že to co říká je zajímavé a má obsahovou cenu
- pokusit se omezit v okolí dráždivé projevy negativní kritiky
- respektovat projevy individuality
- podávat pravidelně naordinované léky

### **Realizace:**

Posoudila jsem duševní stav klientky testem (MMSE a Clock test) - (příloha č.15). Zároveň jsem sledovala verbální komunikaci a celkový projev. Po domluvě s klientkou jsme vypracovaly test Stupnice psychického zdraví (příloha č.10) a škálu deprese (příloha č.11).

Spolubydlící jsem požádala o tiché jednání. Klientce jsem vždy, když mě požádala naslouchala a pravidelně jsem podávala léky dle ordinace lékaře. Sestra se stále musela přesvědčovat nahlédnutím do úst klientky, zda léky pozřela.

Ošetřujícímu personálu jsem poskytla edukační program ohledně specifické péče o toto onemocnění (příloha č. 6).

### **Hodnocení: 27.10.2006**

Bludy či halucinace se prozatím neobjevily, klientka je během dne podrážděná. Je orientována všemi směry. Spolubydlící se na pokoji chová tiše, spíše chodí do společenské místnosti. Pokud je klientka na pokoji má zajištěn klid a soukromí.

Hodnotící techniky – Škála deprese - (12 bodu) - svědčí pro manifestní depresi, dále Stupnice hodnocení psychického zdraví - (10 bodů) - svědčí o poruchu psychického zdraví a MMSE test (23bodů) – lehká kognitivní porucha, Clock test – žádná spojitost s hodinami, proto se řídí digitálními hodinami.

Výsledky svého měření jsem sdělila psychiatrovi, se kterým jsem stále v kontaktu.

Při podávání léků vede klientka doprovodný komentář ohledně užívání léků: „ že je nepotřebuje, že taky nejsem živa jen z léků,“ ale vždy je před sestrou pozřela.

**23.10. - 27.10. 2006 6.7 Diagnóza: porucha verbální komunikace z důvodu onemocnění, projevující se myšlenkovými zárazy a neschopností vyjádřit své myšlenky slovy, projevující se zadržávanou řečí a velkými pauzami mezi větami**

**Cíl:** krátkodobý : verbální projev klientky je plynulejší

dlouhodobý: klientka kvalitněji vyjadřuje své myšlenky



**Plán:**

- pokusit se posoudit psychickou reakci na poruchu komunikace
- pátrat po potřebách, otázkách či myšlenkách, které by klientka chtěla vyjádřit
- zachovat klid a trpělivost, dopřát klientce k odpovědi čas
- všimnout si neverbální komunikace (postojů, chození kolem sestry, pokud bude neklidná – nebude na nic mít čas, stupor a jiné)

**Realizace:**

Vždy klientce dopřeji dostatek času k vyjádření jejích myšlenek a vždy při tom sleduji neverbální projevy. Při zadržování ve větách klientky, jsem trpělivá a vyčkávám. Všimla jsem si, že klientka chvíli obchází kolem sesterny, spolupracovníkům nedokáže vysvětlit co potřebuje.

**Hodnocení: 27.10.2006**

Klientka stále nedokáže plynule verbálně vyjadřovat své myšlenky. Při komunikaci s ostatním personálem má kývavé pohyby ze strany na stranu a přešlapuje na místě, vstává ze židle a chodí po pokoji. Tento psychomotorický neklid bývá projevem vedlejších účinků antipsychotik, proto nahlásím zjištěné příznaky psychiatrovi.

Při komunikaci se mnou se jeví klidnější, zvladatelnější, věty jsou plynulejší. Psychomotorický neklid není tak velký.

Je zřejmé, že klientka potřebuje jistotu a oporu v konkrétní osobě a tu dle jejích slov nachází v mé osobě. Budu se snažit jí na domově najít přítelkyni z řad obyvatel. Jsem si vědoma toho, že pocity bezpečí a jistoty jsou pro klientku velice důležité a své spolupracovnice jsem poučila o saturaci těchto potřeb.

**23.10. - 27.10.2006 6.8 Diagnóza: nedodržování zdraví prospěšných zásad z důvodu neznalosti pojmu a sníženým zájmem o své zdraví, projevující se nadměrným kouřením cigaret a pitím černé kávy**

**Cíl:** krátkodobý: klientka rozumí problematice škodlivého působení na zdraví  
dlouhodobý: klientka omezí pití kávy a kouření cigaret a má zájem o udržení zdraví

**Plán:**

- vysvětlit rizikovost kouření, možné komplikace
- vysvětlit klientce důležitost zdravého stylu života
- vysvětlit možnost nikotinových náhrad (žvýkačky, náplasti, ...)
- vysvětlit společenskou nevhodnost cigaretového zápachu

**Realizace:**

Edukace na toto téma byla přizpůsobena jejím mentálním možnostem. Vysvětlila jsem klientce jak společnými silami snížíme počet káv za den. Na jídelně jsem jí nabídla kávu Caro, která je bez kofeinu a volně přístupná pro všechny klienty. S paní Janou jsem vedla rozhovor o nevhodnosti kávy s kofeinem na její problematice pomočování, snažila jsem se, aby klientka pochopila, že káva zbavuje tělo tekutin. Dotazem jsem se přesvědčila, zda mi klientka rozumí.

**Hodnocení: 27.10.2006**

Množství černé kávy jsme omezily na čtyřikrát za den, v noci nedošlo k vaření a ani konzumaci černé kávy. Paní Janě káva Caro chutná.

Klientka udává, že pokud je relativně v psychické pohodě nevykouří tolik cigaret (tak deset za den). Po nástupu do domova důchodců dokázala vykouřit až třicet cigaret za den. To se nyní již neděje. Na pokoji již nekouří, kuřárnu navštěvuje, ale většímu omezení kouření cigaret nedošlo (asi o dvě cigarety za den). Rozhovorem s matkou zjišťuji, že se zřejmě jedná o omezení z důvodů finančních, matka ji prý dala menší kapesné. I přes to následovala pochvala.

23.10. - 27.10.2006 **6.9 Diagnóza: snížená schopnost vést vlastní domácnost, udržet pořádek z důvodu poruchy kognitivních a citových pochodů, nedostatku zdravých návyků rodiny, neznalosti možností poskytovaných okolním prostředím, neznalosti základních norem směřujícím k udržení zdraví, projevující se stížnostmi rodiny na těžkosti při udržování zdravého domácího prostředí, nepořádkem**

**Cíl:** krátkodobý: klientka je schopna se sám o sebe postarat pod dohledem zdravotního personálu

dlouhodobý: klientka žije sama v jednolůžkovém pokoji a částečně dokáže vést svou vlastní domácnost

**Plán:**

- napomáhat při úklidu pokoje, stlaní lůžka
- vysvětlit domácí řád
- dávat dostatek času na promyšlení všech nových informací
- přesvědčovat se zda nám rozumí
- pomáhat při možném zařizování jednolůžkového pokoje
- sledovat údržbu pokoje ve kterém klientka bydlí
- vést klientku k samostatnosti

**Realizace:**

U klientky provádím několikrát denně kontrolu pokoje ve kterém pobývá. Při úklidu jsem paní Janě nápomocna a snažím se ji vést k soběstačnosti v tomto směru. Vždy paní Janu požádám, abychom nepořádek společně uklidily. Dala jsem ji do pokoje řádně označený odpadkový koš na jednorázové pleny.

**Hodnocení: 27.10.2006**

Při pravidelných návštěvách pokoje shledávám nepořádek. Paní Jana pod mým dozorem částečně uklidí, ale zanedlouho je tam opět nepořádek. Jednolůžkový pokoj se prozatím neuvolnil. Nechala zapnutý elektrický vařič ve společné kuchyňce, když si vařila kávu. Domluvily jsme se, že ji budou vařit sestry kávu a tím jsme vyřešily dobu poslední kávy v sedmáct hodin.

Podařilo se mi, zvládnou odhazování mokrých použitých plen na podlahu. Paní Jana používá odpadkový koš k tomu určený a následovala pochvala nejen o de mně, ale také od spolubydlící.

Opětovně jsem paní Janu edukovala, že pokud se nebude pomočovat a nebude zapáchat, snáze si najde kamarádku.

23.10. - 27.10.2006 **6.10 Diagnóza: nadměrný příjem stravy z důvodu možných vedlejších účinků léků, projevující se stálým pocitem hladu, zvýšenou konzumací sladkých jídel vedoucí k obezitě**

**Cíl:** krátkodobý: klientka si je alespoň částečně vědoma vyloučení nadměrných sladkostí z jídelníčku

dlouhodobý: klientka bude setrvávat na své hmotnosti, nebude dále více přibývat na hmotnosti

(jakékoli snižování hmotnosti, by mohlo vést klientku ke stresu)

**Plán:**

- omezit jednorázový přísun velkého množství sladkého pokrmu
- zjistit příčiny zvýšeného příjmu sladkých jídel
- kontrola hmotnosti za 14 dnů
- sledovat výskyt vedlejších účinků a informovat o nich lékaře
- sledovat denní příjem potravy a množství tekutin
- sledovat a zaznamenávat všechny aktivity klientky

**Realizace:**

Sledujeme výskyt vedlejších účinků a informujeme o nich ošetřujícího lékaře. Do dokumentace zaznamenáváme veškeré aktivity klientky, které vykonává během dne. S paní Janou vedu rozhovor o rizicích obezity a důležitosti správného stravovacího režimu.

Zajistila jsem klientce přídavek odpolední svačiny ve formě ovoce, zeleniny a tmavého pečiva. Pokud je klientka přítomna v domově, ošetřující personál pečlivě sleduje stravování a příjem tekutin.

**Hodnocení: 27.10.2006**

Klientka se pod naším dozorem na jídelně stravovala správně dle pokynů, ale jen co byla chvíli bez dozoru zcizila jogurty jiné obyvatelky, které potají konzumovala. Po domluvě o nesprávnosti jejího počínání slibuje, že mě poslechne a nebude krást, prý má stále hlad. Paní Jana udává, že jí ovoce a celozrnné pečivo nestačí. Další dny se již krádeže nedopustila.

Je velice důležité si uvědomit, že u psychicky nemocných klientů je nutné se zaměřit na udržení stávající hmotnosti a neusilovat o jejich snížení jako u somatických onemocnění.

23.10. – 27.10.2006 **6.11 Diagnóza: porucha udržování tělesné čistoty při vylučování moči, z důvodu zhoršení úsudku, špatným sebepojetím, sníženou kapacitou řešit problémy, projevující se pomočováním a neschopností dojít si na toaletu či vyměnit vložnou plenu**

**Cíl:** krátkodobý: klientka chápe nutnost tělesné čistoty

dlouhodobý: udržet klientku v čistotě používáním vložných plen a snížit pomočování

**Plán:**

- vysvětlit společenskou závažnost a důsledky jejího počínání – nutnost udržení tělesné čistoty

- upravit schéma močení tak, aby močila v určitou dobu na určitém místě (mikční kalendář – příloha č. 9a-e)
- upravit klientce příjem tekutin (snížit příjem zrnkové kávy)
- vysvětlit a dohlížet na vhodný pitný režim
- edukovat klientku v posilování pánevního dna pravidelným krátkým cvičením a být ji při cvičení nápomocna (příloha č.7)
- zdůrazňovat nutnost časté výměny vložných plen na jedno použití
- vysvětlit používání vnitřní signalizace (zvonečku) pro přivolání sestry
- dbát na úpravu oděvů s ohledem na možnost snadného svléknutí šatů
- zvyšovat sebepojetí klientky pochvalou, pokud se nepomočí
- provést PAD-WEIGHT TEST

### **Realizace:**

S klientkou jsem vedla dialog o nutnosti udržení tělesné čistoty a jak bychom toho mohly společnými silami dosáhnout.

Předložila jsem klientce mikční kalendář, se kterým jsem seznámila také ošetřující personál. Klientce jsem dala do pokoje na noční stolek digitální budík, který vždy nastavíme na jednu a půl hodiny, aby klientce připomněl jít se vymočit. Na toaletu jsem dala odpadkový koš, kam má paní Jana vyhazovat pomočené vložné pleny. Dle rozpisu doprovázím klientku na toaletu a vždy jí připomínám výměnu již pomočené vložné pleny.

Klientku jsem poučila o možnostech časté výměny osobního prádla. Vysvětlila jsem paní Janě, že máme v domově prádelnu a prádlo se jí vrátí zpět čisté již druhý den.

Vždy klientku pochválím pokud je upravená a nepomočená.

Ošetřující personál dohlíží na to, aby si klientka poslední kávu uvařila v sedmácti hodin odpoledne a od osmnácti již nepřijímala žádné tekutiny. Před spánkem je vždy pokoj vyvětrán, lůžko upraveno dle přání klientky. Klientka je poučena o použití signalizace (zvonečku), nejen při potřebě vyměnit pomočené lůžkoviny.

U klientky jsem neúspěšně provedla PAD-WEIGHT test, odmítala spolupracovat. Zkusily jsem s klientkou cvičení dna pánevního, zpočátku spolupracovala, ale nemá dlouhou výdrž, pouze pár minut, lehkým cvikům porozuměla.

### **Hodnocení: 27.102006**

Klientka se dle mikčního kalendáře řídí pouze zřídka. Hlídám pravidelnost ve vyprazdňování dle budíku, ale většinou klientku na pokoji nezastihnu, protože je ve městě nebo v parku. Z vycházek se vrací pomočená.

Při kontrole odpadkového koše na toaletě nacházím pouze dvě vložné pleny za celé dopoledne. Klientka tvrdí, že je házela i jinam, ale na dotaz kam mi už neodpoví.

Dle ošetřujícího personálu klientka již nevaří kávu před spaním. Jiné tekutiny, dvě až tři hodiny před spaním nepřijímá. V noci ji jedenkrát za pět dnů převlékaly sestry lůžko, protože byla pomočená.

PAD-WEIGHT TEST u klientky dopadl neúspěchem, odmítla spolupracovat až do konce testu.

Šestý a sedmý den pobytu se mi podařilo čtyřikrát za dopoledne a třikrát za odpoledne zastihnout klientku nepomočenou a spolupracující. (Příloha mikční kalendář č. 9a – e).

Snažím se klientce vysvětlit, že pokud zvládne 1,5 hod nácvič močení alespoň tři dny za sebou, domluvily bychom se o prodloužení časového intervalu mezi jednotlivým močením na dvě hodiny. Mohla by například na delší procházku do jejího oblíbeného nákupního centra Tesco. Spolubydlící by měla také radost, že se paní Janě daří zvládnout problém s únikem moče a i ostatní klienti se na ni budou dívat lépe.

Přes počáteční neúspěch i nadále budeme pokračovat ve stejných naplánovaných krocích.

4.den - 7.den pobytu

24.10. - 27.10.2006 **6.12 Diagnóza: porucha plnění sociálních rolí z důvodu izolovanosti od rodiny, projevující se pocitem nepotřebnosti**

**Cíl:** krátkodobý: plnění drobných úkolů

dlouhodobý: pocit potřebnosti a začlenění do komunity oddělení

**Plán:**

- vést rozhovor o zájmových činnostech, které by klientku zajímaly
- zajistit nenáročné drobné práce, běžné denní činnosti
- sledovat kontakty s opačným pohlavím
- domluvit se s fyzioterapeutem o začlenění do léčby prací
- zajistit pravidelný kontakt s rodinnými příslušníky (využití telefonu, návštěvních hodin)
- poskytnout rodině „edukační materiál pro rodinné příslušníky nemocných se schizofrenií“ (příloha č. 5)

**Realizace:**

S klientkou jsme vedly rozhovor o jejích zájmech. Dříve ráda pletla, nyní nemá trpělivost k této činnosti.

Ergoterapeutka si s klientkou domluvila schůzky v léčbě prací (práce s hlínou), každý den za klientkou přišla a nenuceným rozhovorem se pokoušela přimět klientku ke spolupráci. Ukázala klientce nově vybudovanou místnost, pro léčbu prací, novou pec a již výrobky zhotovené našimi klienty. Paní Janě se místo líbilo, ale má obavu z obyvatel, že ji nepřijmou mezi sebe. Domlouvala jsem klientce, že pokud bude upravená, nepomočená nemá se čeho obávat, a že ji ráda doprovodím a uvedu mezi ostatní. Až šestý den hospitalizace klientka v mém doprovodu navštívila dílnu, kde si vyrobila popelník.

Domluvila jsem se s matkou a sestrou klientky, že kdykoliv během dne mohou telefonovat do domova. S ošetřujícím lékařem, matkou paní Jany a klientkou jsme společně navrhli pravidelné odpolední návštěvy doma u matky (pondělí, čtvrtky a neděle). Rodině klientky jsem poskytla vypracovaný „edukační materiál pro rodinné příslušníky nemocných schizofrenií.“ (příloha č. 5)

**Hodnocení: 27.10.2006**

Klientka do ergoterapie dochází velice zřídka. Brání se tím, že ostatní klienti jsou tam na ní zlí a jen jí nadávají. Dle fyzioterapeuta jsou s klientkou stále problémy.

Nevydrží u jedné práce dlouho, odchází do kuřárny a s ostatními klienty je stále v konfliktu.

Z důvodu netrpělivosti klientky se na zájem z domova (pletení) nepovedlo navázat. Pokusila jsem se klientce domluvit v pokračování ergoterapii. Po navázání vzájemné důvěry vidím u klientky snahu ke spolupráci. Paní Jana mi pomáhala 3x skládat ložní prádlo.

Šestý den pobytu navštívila keramickou dílnu, kde se jí líbilo. S pomocí ergoterapeutky si vytvořila popelník, byla pochválena před ostatními klienty.

Klientka navštívila matku ve čtvrtek doma. Matka je ráda, že může své dceři kdykoliv zatelefonovat, je to prý pro ni lepší než docházet na návštěvu do domova.

#### 5. den - 7. den pobytu

25.10. - 27.10.2006 **6.13 Diagnóza: nedostatečná nebo žádná spolupráce klientky z důvodu psychické alterace, názorů na zdraví klientky a úzkostí, projevující se odmítáním léků, neochotou podrobovat se léčebnému režimu, neplněním slibů, nedodržováním slova, neschopností domluvit se na spolupráci, popíráním daných skutečností, útěky a krádežemi**

**Cíl:** krátkodobý: částečná spolupráce klientky (částečné zapojení do léčebného programu)

dlouhodobý: spolupracující klientka

#### **Plán:**

- snažit se o vytvoření důvěryhodného vztahu mezi mnou, klientkou a ostatním personálem
- klientce neustále připomínat, že musí pochopit jak nutnost své léčby, tak i závažnost následků, které by ji jinak potkaly
- klientku v jejích léčebných snahách všestranně podporovat a nepřestávat jí zdůrazňovat, že v nich musí pokračovat
- zapisovat všechny odchylky od předepsaného léčebného režimu s popisem důvodů, které k tomu klientka má (vyjádřené jejími vlastními slovy)
- zaznamenávat docílené léčebné výsledky nebo pozorované následky nespolupráce
- snažit se odhadnout, co klientku trápí, jaké má úzkosti
- nabídnout všechny možné léčebné programy, které jsou na domově k dispozici
- pokusit se zvýšit stupeň odpovědnosti klientky ke svému zdravotnímu stavu
- poskytnout edukační materiál – Jak se chovat k nemocnému (stručná náповěda pro příbuzné a spolupracovníky - příloha č.8).

#### **Realizace:**

S klientkou se snažím navázat vztah, postavený na důvěře. Paní Janě stále připomínám nutnost přijímání podávaných léků a dodržování správného léčebného režimu. Poučila jsem ošetřující personál o správnosti vedení dokumentace.

A doporučila k nahlédnutí stručný edukační materiál – Jak se chovat k nemocnému.

**Hodnocení: 27.10.2006**

Podářilo se mi s klientkou navázat dŧvĚryhodnŧy vztah. Spoluprŧce klientky je minimŧlnŧ, negativnŧ pŧstup k lĚcbĚ pŧetrvŧvŧ a lĚcebnyŧ reŧim nedodrŧuje.

Zaznamenala jsem ŧspĚch u panŧ Jany v drobnŧch pracŧch na oddĚlenŧ, dokŧže pŧivolat sestru vnitŧnŧ signalizacŧ, kŧvu jŧz nepije v noci, pŧes den pouze 4x, omezila kouŧenŧ o dvĚ cigarety, oznamuje svĚ pomoċenŧ a ŧadŧ o vŧmĚnu pleny. Hygienickou pĚċi celĚho tĚla provŧdŧ pod dohledem oŧetŧujŧcŧho personŧlu, zuby si rŧno a veċer ċistŧ sama, (je nutnŧ stŧle kontrola).

Domluvil y jsme se, ŧe pokud bude spolupracovat, pomohu ji najŧt kamarŧdku z oddĚlenŧ, a ŧe tŧm i ostatnŧ obyvatel e uvidŧ jejŧ snahu zaċlenit se do komunity domova. Pojedeme spolu do mĚsta, navŧtŧvit oblŧbenĚ obchodnŧ domy.

6. den - 7. den pobytu

26.10. - 27.10.2006 **6.14 Diagnŧza: zmĚny smyslovĚho vnŧmŧnŧ (zrakovĚ) z dŧvodu zanedbanĚ pĚċe klientky, postupnĚho pŧibŧvŧnŧ vĚku projevujŧcŧ se obċasnŧmi bolestmi hlavy a zhorŧujŧcŧm se vŧzem do blŧzka**

**Cŧl:** krŧtkodobŧ: zjistit pŧiċiny zmĚny zraku

dlohodobŧ: zrakovŧ komfort klientky na blŧzko, vŧzus bez problĚmŧ

**Plŧn:**

- zjistit pŧiċinu obtŧŧ
- po domluvĚ s oŧetŧujŧcŧm lĚkaŧem zajistit klientce oċnŧ vyŧetŧenŧ
- zajistit doprovod na vyŧetŧenŧ
- dopŧrŧt klientce po vyŧetŧenŧ dostatek odpoċinku

**Realizace:**

Po domluvĚ s oŧetŧujŧcŧm lĚkaŧem jsem klientku objednala na oċnŧ vyŧetŧenŧ, kterĚ jsem zajistila s doprovodem oŧetŧujŧcŧho personŧlu, potĚ jsem ji poskytla dostatek odpoċinku.

Zkusili jsem luŧtit kŧŧzovku, ale panŧ Jana odmŧtŧ.

**Hodnocení: 27.10.2006**

Klientka podstoupila oċnŧ vyŧetŧenŧ. Byla zjiŧtĚna dalekozrakost + 3 dioptrie. LĚkaŧ naordinoval brŧyle, dalŧŧ kontrola je dle potŧeby.

Klientka odmŧtŧ nosit brŧyle a odklŧdŧ je do noċnŧho stolku se slovy „ staċŧ, kdyŧ vidŧm na televizi, tu mŧm kousek od postele.“

Do testu kognitivnŧch funkcŧ uvedla, ŧe rŧda ċte, (coŧ, se zŧejmnĚ nezaklŧdŧ na pravdĚ).

## 7. Potenciální diagnózy

### 7.1 Diagnóza: nedodržení zdraví prospěšných zásad z důvodu základního onemocnění, projevující se nedodržáním léčebného režimu klientky

**Cíl:** dlouhodobý: dodržení léčebného režimu

**Plán:**

- kvalitní nepřetržitý spánek, zamezit spánku po obědě
- vystříhat se psychickému stresu
- ochrana před fyzickým vypětím
- užívat pravidelně naordinované léky
- pravidelné kontroly psychiatrem
- pravidelný denní i noční režim

**Realizace:**

U klientky jsme se snažily co nejvíce dodržet nepřetržitý spánkový režim. Klientku se snažím stále držet v psychické pohodě, aby nedošlo k výskytu stresu. S klientkou vedeme rozhovor o dovolené u moře, kterou má ráda a každý rok jezdí se svojí matkou do Itálie. Od pátého dne hospitalizace paní Jana částečně spolupracuje a všichni ji za jakoukoli spolupráci a sebemenší aktivitu chválíme.

Paní Janu doprovázím vždy ve středu na kontroly prováděné psychiatrem.

**Hodnocení:**

Podobu mého pozorování jsem se snažila stále klientce vysvětlovat nutnost denního i nočního režimu a vysvětlila jí možné následky nedodržení. Mám radost, že mi rozumí a snaží se spolupracovat, záleží jí na tom, aby neměla další úzkostné stavy, nabyla pocitu bezpečí a jistoty. Stále je nutné mít na paměti, která témata rozhovoru klientku zneklidňují například – problém s pomočováním, otázky ohledně trvalého pobytu v domově. Je nutné klientku sledovat a pomáhat ji.

### 7.2 Diagnóza: riziko poškození klientky z důvodu opomenutí léčby projevující se depresivními stavy a kritickým pohledem na život a svoji nemoc

**Cíl:** dlouhodobý: dodržení léčby, u klientky nedojde k opomenutí léčby

**Plán:**

- podávat klientce naordinované léky
- kontrolovat správné požití léků

**Realizace:**

Klientce podávám naordinované léky a vždy zkontroluji, zda je všechny řádně pozřela a zapila před sestrou. Dbám na správnou aplikaci intramuskulární formy depotního léku Moditenu a jeho časový rozvrh, který je jedenkrát za čtrnáct dnů dle data ve zdravotní dokumentaci. Aplikaci řádně stvrduji podpisem.

**Hodnocení:**

Klientka naordinované léky přijímá pravidelně a bez problémů. Sestra se vyzváním klientky, aby otevřela ústa, musí přesvědčit zda léky pozřela a řádně zapila.



### **7.3 Diagnóza: riziko poškození klientky z důvodu vedlejších účinků léků, projevující se neklidem, neobvyklými pohyby (obličeje, jazyka), třesem, svalovou ztuhlostí, křečemi a problémy z řečí**

**Cíl:** dlouhodobý: sledování vedlejších účinků léků

#### **Plán:**

- pravidelně podávat naordinované léky
- sledovat přítomnost vedlejších účinků léků
- při výskytu těchto příznaků ihned informovat lékaře

#### **Realizace:**

Klientce pravidelně podávám naordinované léky a zároveň sleduji výskyt možných vedlejších účinků. Pokud se objeví vedlejší příznaky léků, okamžitě budu o jejich výskytu informovat lékaře.

#### **Hodnocení:**

Pravidelně sleduji eventuelní výskyt vedlejších účinků léků. Pozor na pozorované pohyby klientky, které jsem sledovala při jejím neklidu a pokud neměla bezpečí a jistotu ve druhé osobě. Mohou to být extrapyramidové polékové syndromy (EPS) do jejichž rámce patří například akatizie (soubor psychických a motorických příznaků, který je charakterizován nutkáním k pohybu). Při tomto výskytu je nutná konzultace s psychiatrem.

## 8. Ošetrovatelské diagnózy

### 8.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy

#### 3. den pobytu

1. Akutní bolest hlavy
2. Porucha kožní integrity
3. Porucha soběstačnosti v oblasti dodržování hygienických návyků
4. Porucha spánku
5. Neznalost pojmů
6. Alterace kognitivních funkcí
7. Porucha verbální komunikace
8. Nedodržování zdraví prospěšných zásad
9. Snížená schopnost vést vlastní domácnost, udržet pořádek
10. Nadměrný příjem stravy
11. Porucha udržování tělesné čistoty

#### 4. den pobytu

1. Porucha plnění sociálních rolí
2. Akutní bolest hlavy
3. Porucha kožní integrity
4. porucha soběstačnosti v oblasti dodržování hygienických návyků
5. Porucha spánku
6. Neznalost pojmů
7. Alterace kognitivních funkcí
8. Porucha verbální komunikace
9. Nedodržení zdraví prospěšných zásad
10. Snížená schopnost vést vlastní domácnost, udržet pořádek
11. Nadměrný příjem stravy
12. Porucha udržování tělesné čistoty

#### 5. den pobytu

1. Nedostatečná nebo žádná spolupráce klientky
2. Porucha plnění sociálních rolí
3. Akutní bolest hlavy
4. Porucha kožní integrity
5. Porucha soběstačnosti v oblasti dodržování hygienických návyků
6. Porucha spánku
7. Neznalost pojmů
8. Alterace kognitivních funkcí
9. Porucha verbální komunikace
10. Nedodržení zdraví prospěšných zásad
11. Snížená schopnost vést vlastní domácnost, udržet pořádek
12. Nadměrný příjem stravy
13. Porucha udržování tělesné čistoty

## 6. den pobytu

1. Změny smyslového vnímání (zrakové)
2. Nedostatečná nebo žádná spolupráce klientky
3. Porucha plnění sociálních rolí
4. Akutní bolest hlavy
5. Porucha kožní integrity
6. Porucha soběstačnosti v oblasti dodržování hygienických návyků
7. Porucha spánku
8. Neznalost pojmů
9. Alterace kognitivních funkcí
10. Porucha verbální komunikace
11. Nedodržení zdraví prospěšných zásad
12. Snížená schopnost vést vlastní domácnost, udržet pořádek
13. Nadměrný příjem stravy
14. Porucha udržování tělesné čistoty

## 7. den pobytu

1. Změny smyslového vnímání (zrakové)
2. Nedostatečná nebo žádná spolupráce klientky
3. Porucha plnění sociálních rolí
4. Akutní bolest hlavy
5. Porucha kožní integrity
6. Porucha soběstačnosti v oblasti hygienických návyků
7. Porucha spánku
8. Neznalost pojmů
9. Alterace kognitivních funkcí
10. Porucha verbální komunikace
11. Nedodržení zdraví prospěšných zásad
12. Snížená schopnost vést vlastní domácnost, udržet pořádek
13. Nadměrný příjem stravy
14. Porucha udržování tělesné čistoty

## **8.2 Potencionální ošetřovatelské diagnózy**

1. Nedodržení zdraví prospěšných zásad z důvodu základního onemocnění
2. Riziko poškození klientky z důvodu opomenutí léčby
3. Riziko poškození klientky z důvodu vedlejších účinků léků

## 9. Ošetřovatelský závěr a ošetřovatelská prognóza

Závěrem své práce bych chtěla zhodnotit efektivitu mnou poskytované ošetřovatelské péče. K péči o klientku a k provedení této práce jsem použila vstupního ošetřovatelského záznamu (příloha č.16).

V první části ošetřovatelského procesu jsem shromáždila informace o mé klientce a jako zdroje informací jsem použila zdravotní dokumentaci, informace od ošetřujícího lékaře, psychiatra, celého ošetřovatelského týmu a od rodiny. Nedílnou a hlavně důležitou částí získávání informací je rozhovor, který má velký význam.

Při rozhovorech s klientkou jsme postupně navázaly dobrý přátelský vztah. Informace, které jsem získala byly použity ke stanovení ošetřovatelských diagnóz a naplánování krátkodobých a dlouhodobých cílů péče. Za úspěch považuji alespoň částečnou aktivizaci klientky v léčbě prací (práce s hlínou, vytvořila popelník, či pomoc při skládání ložního prádla na oddělení). Nesmím také opomenout úspěch při včasné návštěvě toalety, kdy nedojde k pomočení. Jakýkoli drobný posun kupředu hodnotíme pochvalou a cítíme i ze strany klientky, že ji úspěch těší.

Většina ošetřovatelských diagnóz vyžaduje dlouhodobější zaměření. Vzhledem k délce trvání onemocnění a převládajícím negativním příznakům, si nejsem jista, zda se mi i do budoucna podaří některé mnou naplánované ošetřovatelské diagnózy zdárně splnit. Za nejdůležitější pro paní Janu, považuji vytvoření stálosti prostředí domova, pravidelný denní i noční režim a zapojení do každodenních instrumentálních dovedností. Také nesmíme opomenout saturaci potřeb bezpečí a jistoty.

Ráda bych i nadále s klientkou udržela dobrý přátelský vztah, který je pro ni velice důležitý a hlavně pro její další ošetřování. Je nutné postupně paní Janu začlenit mezi ostatní obyvatele, což bude nelehký úkol. Velký význam kladu pomoci klientce v odbourání pomočování, alespoň k částečnému a nalezení kamarádky ze stran obyvatelek našeho domova. Přesvědčila jsem se, že důkladností a stálým napomáháním ze stran celého personálu by se nám to mohlo společně podařit.

Ke zlepšení kvality ošetřovatelské péče o nemocné se schizofrenií, která se u nás v domově tak často nevyskytuje, jsem se pokusila navrhnout edukační materiál jak pro rodinné příslušníky tak i pro ošetřující personál. Tuto bakalářskou práci bych také ráda ponechala k dispozici zaměstnancům našeho domova, aby se mohli blíže seznámit s výsledky mé práce. A přála bych si, aby jim tato práce byla nápomocna i nadále v ošetřovatelském procesu a saturaci potřeb nejen této klientky.

Vstupní ošetřovatelský záznam, který je součástí mé práce, se mi velice dobře osvědčil v ošetřovatelském procesu v domově důchodců. Seznámila jsem se vstupním záznamem i ostatní ošetřující personál a pro svoji podrobnost a smysluplný sled otázek se stal nedílnou součástí naší ošetřovatelské dokumentace. Přála bych si, aby všichni zaměstnanci dovedli aktivně vyhledávat a saturovat potřeby našich klientů.

Také jsem vedla důležitý rozhovor s psychiatrem ohledně prognózy paní Jany, hlavně jejího pobytu v domově, častým konfliktům s ostatními obyvateli a krádežemi jídla. Psychiatr chystá po domluvě s klientkou a její rodinou návštěvu zařízení Ústavu pro dospělé ve Věži, kde jsou hospitalizováni mladší klienti, pro které domovy důchodců jsou zatím nevyhovující.

Po měsíčním pobytu paní Jany v domově došlo z provozních důvodů (stavebních úprav bytových jader) k hospitalizaci klientky v psychiatrické léčebně. Po osmi týdnech hospitalizace, mohu konstatovat, že jsem s paní Janou opět na začátku naší společné cesty. Došlo ke zhoršení nočního spánku, opět pomočování, nezám o okolí a tak dále. Ze zjištěných skutečností vyplývá, že klientka vyžaduje individuální přístup, neměnnost prostředí, dodržování pravidelného denního i nočního režimu, opětovné navázání důvěry a saturace potřeb bezpečí a jistoty.

Přáním našeho celého kolektivu je snaha o vytvoření náhradního domova pro paní Janu u nás, nově v domově pro seniory.

**Závěrem: „Kdo se otáčí zády k duševně nemocnému příteli, není hoden, aby se někdy dělil s jeho radostí.“**

## **10. Zdroje informací:**

- A. Dokumentace
- B. Klientka - rozhovor
- C. Klientka - pozorování
- D. Lékař - psychiatr
- E. Ošetřovatelský tým
- F. Rodina – rozhovor

## 11. Použitá literatura:

1. Höschl, C.; Libiger, J.; Švestka, J.: Psychiatrie. Praha: TIGIS, spol. s r.o., 2002. ISBN 80-900130-1-5
2. Marilyn, E.; Moorhouse, M.: Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0242-8
3. Raboch, J.; Pavlovský, P.: Psychiatrie – minimum pro praxi. Praha: TRITON s.r.o., 2003. ISBN: 80-7254-423-3
4. Raboch, J.; Zvolský, P.: Psychiatrie. Praha: Galen, 2001. ISBN 80-7262-140-8
5. Smolík, P.: Duševní a behaviorální poruchy. Praha: Maxdorf s.r.o, 1996. ISBN 80-85800-33-0
6. Staňková, M.; České ošetřovatelství 6 - Hodnotící a měřící techniky v ošetřovatelské praxi. Brno: IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-323-6
7. Švihovec, J.; Novotná, H.; Kašparová, L.: Pharmindex brevíř. Praha: MediMedia Information, spol. s r.o, 2002. ISBN 80-86336-03-4
8. Vágnerová, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3

## **DEKLARACE DUŠEVNĚ POSTIŽENÝCH LIDÍ**

(rezoluce schválená VS OSN dne 20. prosince 1971)

- Duševně postižený občan má, pokud je to jen možné, stejná práva jako ostatní občané.
- Duševně postižený občan má nárok na přiměřené lékařské ošetření a terapii odpovídající jeho potřebám, jakož i nárok na takové vzdělání, trénink, rehabilitaci a podporu, které co nejvíce mohou rozvinout jeho možný potenciál a schopnosti
- Duševně postižený občan má právo na hospodářské zajištění a přiměřený životní standard. Má také právo na produktivní spolupráci nebo odpovídající zaměstnání, které odpovídá pokud možno jeho schopnostem.
- Tam, kde je možné, měl by duševně postižený žít se svojí vlastní nebo opatrovnickou rodinou a s ní společně sdílet život. Rodina, ve které žije, by měla ke společnému životu obdržet podporu. Pokud je nutný pobyt v zařízení, pak by se způsob života v tomto zařízení a podmínky v něm měly přiblížit normálnímu životu, jak jen je možné.
- Duševně postižený občan má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud je to k jeho blahu a zájmům žádoucí.
- Duševně postižený občan má právo na ochranu před zneužíváním, pohrdáním a ponižujícím jednáním. Pokud je obžalován za přečin, pak má právo na řádné soudní vyšetřování a posouzení jeho míry odpovědnosti se zřetelem na jeho postižení.
- Pokud duševně postižený občan není v důsledku svého postižení schopen v plném rozsahu využít všechna svá práva, nebo pokud by bylo nutné některá nebo všechna práva omezit či odejmout, musí se při průběhu omezení nebo odejmutí práv prokázat příslušná právní jistota proti jakémoliv formě zneužití. Tento proces musí vycházet z odborného posouzení sociálních schopností duševně postižené osoby a musí podléhat pravidelné kontrole, jakož i právu se odvolat k vyšší instanci.



## **Fokus**

### **Sdružení pro péči duševně nemocné**

URL: <http://www.Fokus-cr.cz/>

#### **Fokus Vysočina:**

Hlavním zaměřením Sdružení pro péči pro duševně nemocné Fokus Vysočina je integrace duševně nemocných lidí do společnosti. Za tímto účelem poskytuje Sdružení široký výběr komunitně orientovaných psychosociálních služeb. Kromě tohoto Sdružení provozuje stacionář pro mentálně postižené a kontaktní centra pro uživatele drog, která se zaměřují na programy prevence sociálně-patologických jevů. Fokus Vysočina se také zabývá koordinací dobrovolných aktivit a zapojuje se do komunitního plánování. Sdružení působí v regionech Havlíčkův Brod, Pelhřimov, Chotěboř a Hlinsko.

#### **Poskytované služby:**

Centrum denních služeb, dílny, podporované zaměstnání, poradna, dům (byt) na půl cesty.

#### **Kontaktní střediska:**

Havlíčkův Brod  
Rozkošská 2331  
58001 Havlíčkův Brod

ROC  
5. května 356  
58001 Havlíčkův Brod

Pelhřimov  
Humpolecká 736  
39301 Pelhřimov

Chotěboř  
Kosmonautů 262  
58301 Chotěboř

Hlinsko  
K. Lidického 1212  
53901 Hlinsko

# **GREEN DOORS**

## **Občanské sdružení**

Je nestátní, nezisková organizace, která se zabývá pracovní a sociální rehabilitací lidí, kteří onemocněli schizofrenií. Zaměřuje se především na práci s mladými, krátkodobě nemocnými klienty, které podporuje v úsilí překonat krizi způsobenou nemocí a zařadit se co nejrychleji do běžného života.

### **Projekty:**

Vytváří takové projekty, kde se spojuje pracovní trénink se službami pro širokou veřejnost – kavárny, kluby, obchůdky. Klienti jsou tak při rehabilitaci v každodenním kontaktu s veřejností a s běžným tržním prostředím.

### **Hlavními projekty jsou:**

Café Na půl cesty  
Klub V. Kolona  
Klub v Jelení  
Program osobního pracovního rozvoje  
Job club – kurz přípravy na zaměstnání

### **Hlavní cíle sdružení:**

Obecným cílem je plnohodnotná integrace lidí s duševním onemocněním do společnosti. Snaží se co nejvíce propojovat veřejnost s lidmi, kteří jsou duševně nemocní, informovat veřejnost o problematice duševního onemocnění, zmenšovat stigma a otevírat tabuizované téma „šílenství.“ Vychází z myšlenky, že obeznámenost veřejnosti s problematikou duševního zdraví usnadňuje klientům jejich zařazení do běžného zaměstnání či školy. Pořádáním různých kulturních a společenských akcí se snaží propojovat lidi, kteří mají zkušenost s duševním onemocněním s těmi, kteří se dosud s touto problematikou nesetkali a vytvářet tak tolerantnější atmosféru ve společnosti.

Oficiální sídlo:  
Pujmanové 1219/8  
140 00 Praha 4  
tel./fax: +420 261 211 085

Hlavní kancelář organizace:  
Na Maninách 237/38, Praha 7  
e-mail: greendoors@greendoors.cz  
tel./fax: +420 220 951 468  
<http://www.GreenDoors.cz/>

## **Edukační materiál domova důchodců – příjem klienta**

Sestra a sociální pracovník se představí klientovi po příchodu do zařízení, na oddělení a vysvětlí mu průběh příjmu.

- Sestra a sociální pracovník si ověří, zda klient porozuměl podaným informacím.
- Sestra dbá na redukci stresu klienta, komunikaci s příbuznými a blízkými osobami klienta
- Sestra zajistí klientovi vykonání sanitárního filtru
- Sestra zajistí sepsání a uložení osobních věcí a cenností klienta
- Sestra seznámí klienta s Domácím řádem, s prostorovým uspořádáním zařízení
  - s prostory, které může po dobu pobytu používat
  - se systémem signalizace
  - se službami určené klientům
  - s časovým harmonogramem dne
  - s návštěvními hodinami
  - s Právy pacientů
  - s osobou klíčového pracovníka a důvěrníka
- Sestra uvede klienta na pokoj a představí ho ostatním klientům
- Sestra uloží klienta na lůžko, upraví jeho výšku a polohu přiměřeně stavu klienta, bezpečnosti, limitování pádu a dle potřeby zajistí pomůcky doplňující lůžko
- Sestra zaznamená příjem klienta do stavu klientů a do předpisu stravy ...
- Sestra zaznamená do ošetrovatelské dokumentace údaje o přijetí a případných alergiích, potvrzené podpisem klienta
- Sestra a sociální pracovník odeberou sociální a ošetrovatelskou anamnézu, změří fyziologické funkce a stanoví ošetrovatelské diagnózy, cíle a plán ošetrovatelské péče ve spolupráci s klientem
- Sestra provede potřebné ošetrovatelské výkony na základě ordinace lékaře
- Sestra v případě potřeby odebere doplňující anamnézu od příbuzných klienta
- Sestra zajistí dekontaminaci a uložení použitých pomůcek

## **Edukační materiál pro rodinné příslušníky nemocných se schizofrenií**

Schizofrenie je onemocnění, které významně narušuje schopnost nemocného srozumitelně se chovat, jednat a uplatnit se v životě, dochází při ní ke změnám osobnosti.

Nemocný schizofrenií prožívá stav vnitřního napětí doprovázený pocitem odcizení vlastního prožívání i dějů kolem sebe. Děje a předměty, které jej obklopují se mu jeví jako významné a naléhavé, ale nesrozumitelné, podivné nebo inscenované.

Počátek onemocnění je nenápadný, spouštěcím faktorem může být stres, nemoc, trauma nebo zneužívání drog.

Jedna třetina nemocných se po první atace úplně uzdraví, u druhé třetiny probíhá onemocnění v jednotlivých vzplanutích a období relativního klidu. Poslední třetina trpí dlouhodobým, trvale se zhoršujícím průběhem.

### **Léčba:**

Schizofrenie většinou vyžaduje hospitalizaci, vždy medikamentózní léčbu, Mnohdy psychoterapii, rodinnou terapii, sociální nácvik a rehabilitaci.

Možností nemedikamentózní léčby v domově důchodců:

- **pracovní terapie:** údržba areálu (úklid okolí domova, práce na zahradě, v parku)
  
- **arteterapie:** výroba různých předmětů (šití, výrobky ze sádry a jiných přírodních materiálů) malování, výroba předmětů z keramické hlíny (keramická dílna)

domov důchodců také pořádá divadelní vystoupení, promítání filmů, hudební odpoledne, výlety do města a okolí, návštěvy zoologické zahrady a dalších kulturních památek.

Hospitalizace je nutná vždy na začátku onemocnění, nebo když je klient nebezpečný sobě nebo svému okolí, když není schopen se o sebe postarat.

Důležité je neoddalovat léčbu.

Velmi významná je účast rodiny

Posilování při zvládání problémů a nalezení jejich řešení, snížení stresu, zlepšení komunikace.

Komunikace by měla být jednoduchá, jasná, stručná, srozumitelná a jednoznačná.

Při propuštění klienta je nutné, aby správně dodržoval medikamentózní léčbu (i za cenu dohledu), která je někdy spojena s nežádoucími účinky, ale je důležitá pro udržení klienta v klidové fázi onemocnění.

Dlouhodobě neléčené onemocnění může mít špatné sociální důsledky – odmítání ze strany okolí a špatný návrat do společnosti.

## **Edukační materiál pro ošetřující personál domova důchodců**

**Téma:** specifika ošetrovatelské péče u klientů se schizofrenií

Schizofrenie je onemocnění, které narušuje schopnost nemocného srozumitelně se chovat a jednat. Je to psychotické onemocnění, dochází ke změně osobnosti.

### **Příznaky:**

Schizofrenie je rozdělována podle přítomnosti pozitivních a negativních příznaků:

- negativní - snížení nebo vymizení nějaké vlastnosti (zpomalení motoriky, hypobulie, plochá emotivita, apatie, zchudnutí obsahu myšlení a řeči)
- pozitivní - nadměrné, přehnané a nepřiměřené projevy duševní činnosti (bludy, halucinace, neklid a bizarní chování)

### **Průběh onemocnění:**

třetina nemocných se po první atace úplně uzdraví, u třetiny probíhá onemocnění v atakách. Poslední třetina trpí dlouhodobým progredujícím průběhem stádia:

Premorbidní stádium – klinicky němé, mohou být přítomny skryté poruchy kognitivních funkcí nebo povahové zvláštnosti.

Prodromální stádium – nespecifické příznaky, mírný pokles funkční zdatnosti, často unikají pozornosti. Je nejvhodnější k terapeutické prevenci nepříznivého průběhu nemoci.

Progredientní stádium – střídání atak a remisí

### **Léčba:**

Vyžaduje hospitalizaci, medikamentózní léčbu, také psychoterapii, socioterapii, rodinou terapii, pracovní terapii, sociální nácvik a rehabilitaci.

Možnosti nemedikamentózní terapie v domově důchodců:

**Pracovní terapie** – údržba areálu domova (úklid okolí domova, práce na zahradě, v parku)

**Arteterapie:** výroba různých předmětů (šití, výrobky ze sádry a jiných přírodních materiálů), malování, výroba předmětů z keramické hlíny (keramická dílna)

Domov důchodců také pořádá divadelní vystoupení, promítání filmů, hudební odpoledne, výlety do města a okolí, návštěvy zoologické zahrady a dalších kulturních památek.

### **Zvláštnosti ošetrovatelské péče:**

- vztahy nemocných schizofrenií k okolí, k životu, společnosti, práci, rodině byly onemocněním narušeny, proto se snažíme tyto vztahy chápat, a správný názor znovu vytvářet
- výsledky v léčbě se dostávají pomalu, často nastávají ataky onemocnění, sestra musí být trpělivá
- nemocní se schizofrenií se chovají a jednají pod vlivem onemocnění, ne ze své vůle nebo rozmaru
- zdravotní personál se nemůže vždy spolehnout na to, že klient mluví pravdu, ke každému je nutný individuální přístup, občas je nutné prověřovat i velmi pravděpodobné odpovědi klientů
- zdravotní sestra musí mít výborné pozorovací schopnosti, snažit se být mezi klienty, mít o ně zájem a o to co dělají, jak jednají, jak se chovají, co mluví, jak dodržují hygienické zásady, jak se stravují a podobně
- při napadení (verbálním i fyzickým) nesmí dát sestra nemocnému najevo svou nepřítel, nemůže ho vinit odpovědnosti
- při neklidu nemocného se snažíme příčinu odstranit
- klientovi halucinace a bludy nevyvracíme, nepotvrzujeme, dáme najevo, že jim nevěříme, ale nemocného ujistíme, že pod vlivem onemocnění je může tak vnímat
- nevyvoláváme zbytečné pochyby u paranoidních nemocných
- klienty oslovujeme tak, jak byli zvyklí před hospitalizací, nikdy jim netykáme
- medikamentózní léčba je velmi důležitá, při podezření na špatnou compliance klienta, kontrolujeme dutinu ústní při podávání léků per os
- u agresivních klientů se vyvarujeme jednání, které by zvyšovalo riziko agrese
- při vzniklém neklidu nebo agresivity postupujeme podle pokynů lékaře (aplikace injekční terapie, omezení pohybu)
- předpokládáme-li aktivní odpor klienta, zajistíme si převahu personálu
- v případě, že je klienta nutno pro okolí (nebo sebe) ohrožující neklid fyzicky omezit, je nutné mu předem i potom vysvětlit proč se tak děje, je třeba ho naučit rozumět tomu, co se s ním děje a vést ho k důvěře, že své prožitky, obavy a nejistoty bude snášet lépe, když se nebude bát je sdělovat
- při jakémkoli omezení pohybu je nutné dodržovat maximální dobu omezení
- před umístěním do izolace odebereme klientovi nebezpečné předměty
- komunikace s klientem by měla být jednoduchá, jasná, stručná, srozumitelná a jednoznačná

## Gymnastika pánevního dna

- se používá u případů smíšené inkontinence s reagujícím pánevním dnem

- leh na břicho, ruce složené pod čelem, nohy natažené, palce nohou opřít o zem, prohnout kolena, napnout celé nohy, stáhnout zadeček, vtáhnout konečník, pochvu, močovou trubici, výdrž
- leh na záda, paže podél těla, nohy natažené, stisknout kolena, stehna, zadeček, vtáhnout břicho, vtáhnout konečník, pochvu, močovou trubici, výdrž se zadržením dechu
- taktéž poloha, nohy pokrčeny, chodidla na zemi, stisknout kolena, stehna, zadeček, vtáhnout břicho, vtáhnout konečník, pochvu, močovou trubici, výdrž, uvolnit
- tatáž poloha jako v předchozím cviku, zdvihnout zadeček od země, stisknout, vtáhnout břicho, vtáhnout konečník, pochvu, močovou trubici, výdrž
- leh na záda, paže podél těla, nohy nataženy, vtahování konečníku na tři doby – 1. doba – mírně vtáhnout, 2. doba – víc vtáhnout, 3. doba – co nejvíce vtáhnout, uvolnit
- leh na zádech, paže podél těla, nohy pokrčeny, chodidla na zemi, zdvihnout zadeček, vtáhnout konečník, pochvu, močovou trubici, zadeček zpět k zemi, stále držet vtažené, znovu zdvihnout, držet vtažené, položit zadeček, uvolnit
- klek, ruce opřít o zem, vyhrbit záda, vtáhnout břicho, podívat se na břicho, ohnout hlavu, zadeček stisknout k sobě, vtáhnout konečník, pochvu, močovou trubici, vydržet, prohnout záda, hlavu vzhůru a podívat se do stropu, zadeček uvolnit a vystrčit, uvolnění

## **Jak se chovat k nemocnému (stručná nápověda pro příbuzné a spolupracovníky)**

- Nehádejte se s nemocným. Jeho domněnky či představy, které vám připadají zcestné, nemocnému vehementně nevyvracejte, ale ani nepotvrzujte.
- Respektujte, že i on má právo na své soukromí.
- Vadí-li vám nějaké jeho konkrétní chování. V klidu se snažte dohodnout, aby to či ono nedělal, a na dohodě trvejte.
- Pokud se s vámi zrovna nemá chuť bavit, nenuťte ho.
- Nešetřete pochvalami, ocenění si zaslouží sebemenší pokrok. Podpoříte tak to, co schizofrenik postrádá zejména – totiž svědomí a pocity jistoty
- Nikdy mu nevyčítejte lenost. Sníženou aktivitu i schopnost organizovat si všední záležitosti má na svědomí nemoc.
- Buďte mu nápomocni v tom, aby dodržoval co nejpravidelnější režim. Každé vybočení z něj, ať už to je zpožděná večeře, nenadálá návštěva či ponocování u televize je u něj zbytečně stresující. Vypozorujte, jaké situace jsou pro něj nepříjemné, a těch jej pokud možno ušetřete.
- Vše co nemocnému chcete sdělit, formulujte jasně a srozumitelně, říkejte to pomalu a co neklidnějším přátelským tónem. To vše ještě neznamená, že s ním budete mluvit jako s dítětem. Raději se však vždycky přesvědčte, zda vám nemocný skutečně porozuměl.
- Všímejte si příznaků, které mohou signalizovat blížící se relaps (podrážděnost, horší spánek, vyhledávání samoty...), a včas na ně upozorněte ošetřujícího lékaře, případně nemocného blízké.



## Používání mikčního kalendáře

Jednou z možností, jak přesně určit počet a průběh příhod úniku moči je vedení tzv. mikčního kalendáře. Vedení tohoto kalendáře je poměrně jednoduché. Záznamy v něm pomáhají při určení typu poruchy močového měchýře a profilu (průběhu) jeho vyprazdňování. Mikční kalendář se používá jako metoda znázorňující průběh vyprazdňování močového měchýře a slouží k přesnému určení pacientových potíží a jejich vztahu k úniku moči. Mikční kalendář také ukáže dosažené zlepšení a potíže, které přetrvávají. Klient si také denně zaznamenává příjem tekutin. Je důležité pít dostatek tekutin, nejméně dva litry denně. Přijímané tekutiny by neměly obsahovat kofein nebo alkohol, což jsou látky, které dráždí močový měchýř.

**Jméno a příjmení: J.K. Datum:23.10.2006**

### NÁVOD:

Sloupec 1 - Obsahuje údaj o době zápisu do diáře.

Sloupec 2 - Označte X při každém vyprázdnění měchýře.

Sloupec 3 - Při každém úniku moči použijte jednu z uvedených zkratk k označení množství moči:

- M = mírné; mírné zvlhčení vložky nebo prádla;
- S = střední; vložka nebo prádlo jednoznačně mokré, minimálně objem 1 čajové lžičky;
- V = velké; mokré části oblečení, pomočení s velkým objemem uniklé moči.

Sloupec 4 - Popište činnost, kterou jste prováděli v době úniku moči (např. kýchnutí, zakašlání, zvedání, "nestihl/a jsem na WC."

Sloupec 5 - Popište druh vypité tekutiny (tj. káva, voda atd.) a její množství (tj. jeden šálek - ml).

Sloupec 1	Sloupec 2	Sloupec 3	Sloupec 4	Sloupec 5
Čas	Vymočení (X) na WC	Únik moči M, S, V	Činnost v době úniku (pomočení)	Příjem tekutin
7.00hod		V- přes oděv	Ranní vstávání	150 ml iont.n.
7.30 hod			spěch - kuřárna	250 ml b.káva
8.00hod				100 ml čaje
9.30 hod		V - vlož.plena	spol. místnost	250 ml č. káva
10.00hod				100 ml iont.n.
11.00 hod	X			150 ml polév.
12.30 hod	X			250 ml č. káva
13.00 hod				100 ml iont.n.
14.00 hod	spánek			
15.30 hod		V - přes oděv	po spánku	200 ml č. káva
17.00 hod	odjela do měst			
20.00 hod		V - přes oděv	návrat z města	0,5 l minerálky
21.30 hod		V - vlož.plena	kuřárna, spol.m	100 ml iont.n.
24.00 hod		V - přes oděv	noční úzkost	150 ml č. kávy
			Celkem:	2300 ml tek.

## Používání mikčního kalendáře

Jednou z možností, jak přesně určit počet a průběh příhod úniku moči je vedení tzv. mikčního kalendáře. Vedení tohoto kalendáře je poměrně jednoduché. Záznamy v něm pomáhají při určení typu poruchy močového měchýře a profilu (průběhu) jeho vyprazdňování. Mikční kalendář se používá jako metoda znázorňující průběh vyprazdňování močového měchýře a slouží k přesnému určení pacientových potíží a jejich vztahu k úniku moči. Mikční kalendář také ukáže dosažené zlepšení a potíže, které přetrvávají. Klient si také denně zaznamenává příjem tekutin. Je důležité pít dostatek tekutin, nejméně dva litry denně. Přijímané tekutiny by neměly obsahovat kofein nebo alkohol, což jsou látky, které dráždí močový měchýř.

**Jméno a příjmení: J.K. Datum: 24.10.2006**

### NÁVOD:

Sloupec 1 - Obsahuje údaj o době zápisu do diáře.

Sloupec 2 - Označte X při každém vyprázdnění měchýře.

Sloupec 3 - Při každém úniku moči použijte jednu z uvedených zkratk k označení množství moči:

- M = mírné; mírné zvlhčení vložky nebo prádla;
- S = střední; vložka nebo prádlo jednoznačně mokré, minimálně objem 1 čajové lžičky;
- V = velké; mokré části oblečení, pomočení s velkým objemem uniklé moči.

Sloupec 4 - Popište činnost, kterou jste prováděli v době úniku moči (např. kýchnutí, zakašlání, zvedání, "nestihl/a jsem to na WC."

Sloupec 5 - Popište druh vypité tekutiny (tj. káva, voda atd.) a její množství (tj. jeden šálek ml).

Sloupec 1	Sloupec 2	Sloupec 3	Sloupec 4	Sloupec 5
Čas	Vymočení (X) na WC	Únik moči M, S, V	Činnost v době úniku (pomočení)	Příjem tekutin
02 – 04 hod	Dožaduje se opuštění DD	V - přes oděv	po probuzení	200 ml iont. n. 100 ml čaje
6.30 hod	X			250 ml b. kávy
8.00 hod	X			250 ml č. kávy
9. 30 hod	nezastižena odjela do měst.		u matky	250 ml č. kávy
12.30 hod		V- přes oděv	při návratu	250 ml polev.
13.00 hod				100 ml iont. n.
14.00 hod		V- v. plena	kuřárna	200 ml. iont.n.
15.30 hod	X			250 ml č. kávy
17.00 hod		V - oděv	po procházce	200ml caro
18.00 hod				200 ml iont. n.
18.30 hod	X			200 ml caro
20.00 hod	Nezastižena	nikde na DD		
21.30 hod		V - přes oděv	přivolala sestru	200ml caro

Celkem: 2650 ml tekutin

Příloha č.9b

## Používání mikčního kalendáře

Jednou z možností, jak přesně určit počet a průběh příhod úniku moči je vedení tzv. mikčního kalendáře. Vedení tohoto kalendáře je poměrně jednoduché. Záznamy v něm pomáhají při určení typu poruchy močového měchýře a profilu (průběhu) jeho vyprazdňování. Mikční kalendář se používá jako metoda znázorňující průběh vyprazdňování močového měchýře a slouží k přesnému určení pacientových potíží a jejich vztahu k úniku moči. Mikční kalendář také ukáže dosažené zlepšení a potíže, které přetrvávají. Klient si také denně zaznamenává příjem tekutin. Je důležité pít dostatek tekutin, nejméně dva litry denně. Přijímané tekutiny by neměly obsahovat kofein nebo alkohol, což jsou látky, které dráždí močový měchýř.

**Jméno a příjmení: J.K. Datum: 25.10.2006**

### NÁVOD:

Sloupec 1 - Obsahuje údaj o době zápisu do diáře.

Sloupec 2 - Označte X při každém vyprázdnění měchýře.

Sloupec 3 - Při každém úniku moči použijte jednu z uvedených zkratek k označení množství moči:

- M = mírné; mírné zvlhčení vložky nebo prádla;
- S = střední; vložka nebo prádlo jednoznačně mokré, minimálně objem 1 čajové lžičky;
- V = velké; mokré části oblečení, pomočení s velkým objemem uniklé moči.

Sloupec 4 - Popište činnost, kterou jste prováděli v době úniku moči (např. kýchnutí, zakašlání, zvedání, "nestihl/a jsem to na WC."

Sloupec 5 - Popište druh vypité tekutiny (tj. káva, voda atd.) a její množství (tj. jeden šálek ml).

Sloupec 1	Sloupec 2	Sloupec 3	Sloupec 4	Sloupec 5
Čas	Vymočení (X) na WC	Únik moči M, S, V	Činnost v době úniku (pomočení)	Příjem tekutin
1.00 hod		V- přes oděv	přivolala sestru úzkost	100 ml ion.n.
6.30 hod		V - přes oděv	nestihla dojit	200 ml čaje
8.00 hod	X			250 ml b. káva
8.30 hod				250 ml č. káva
9.30 hod	X			200 ml iont. n.
11.00 hod		V - v. plena	po procházce	200ml iont.n.
12.30 hod		V - v. plena	kuřárna	250 ml pol. 200 ml. iont.n.
14.00 hod	X			250 ml č. kávy
15.30 hod	X			200 ml caro
17.00 hod		V - přes. oděv	večeře na jídel.	100 ml iont.n.
18.30 hod		V - v.plena		200 ml caro
20.00 hod		V - v. plena	obsazené WC	
			Celkem:	2400 ml tek.

## Používání mikčního kalendáře

Jednou z možností, jak přesně určit počet a průběh příhod úniku moči je vedení tzv. mikčního kalendáře. Vedení tohoto kalendáře je poměrně jednoduché. Záznamy v něm pomáhají při určení typu poruchy močového měchýře a profilu (průběhu) jeho vyprazdňování. Mikční kalendář se používá jako metoda znázorňující průběh vyprazdňování močového měchýře a slouží k přesnému určení pacientových potíží a jejich vztahu k úniku moči. Mikční kalendář také ukáže dosažené zlepšení a potíže, které přetrvávají. Klient si také denně zaznamenává příjem tekutin. Je důležité pít dostatek tekutin, nejméně dva litry denně. Přijímané tekutiny by neměly obsahovat kofein nebo alkohol, což jsou látky, které dráždí močový měchýř.

**Jméno a příjmení: J.K.**

**Datum: 26.10.2006**

### **NÁVOD:**

Sloupec 1 - Obsahuje údaj o době zápisu do diáře.

Sloupec 2 - Označte X při každém vyprázdnění měchýře.

Sloupec 3 - Při každém úniku moči použijte jednu z uvedených zkratk k označení množství moči:

- M = mírné; mírné zvlhčení vložky nebo prádla;
- S = střední; vložka nebo prádlo jednoznačně mokré, minimálně objem 1 čajové lžičky;
- V = velké; mokré části oblečení, pomočení s velkým objemem uniklé moči.

Sloupec 4 - Popište činnost, kterou jste prováděli v době úniku moči (např. kýchnutí, zakašlání, zvedání, "nestihl/a jsem to na WC."

Sloupec 5 - Popište druh vypité tekutiny (tj. káva, voda atd.) a její množství (tj. jeden šálek ml).

Sloupec 1	Sloupec 2	Sloupec 3	Sloupec 4	Sloupec 5
Čas	Vymočení (X) na WC	Únik moči M, S, V	Činnost v době úniku (pomočení)	Příjem tekutin
6.30 hod	X			200 ml čaje
7.00 hod				200 ml caro
8.00 hod	X			250 ml b. k.
9. 30 hod	X			250 ml č. kávy
11.00 hod	X			200 ml iont.n.
12.00 hod				250 ml pol.
12.30 hod		V - vlož.p.	spol.m., kuř.	250 ml č. kávy
14.00 hod		procházka po	parku, město	
17.00 hod		V - přes oděv		0,5l minerálka
				250 ml č. kávy
18.30 hod	X			200 ml caro
20.00 hod	X			
21.30 hod	X			
			Celkem:	2550 ml tek.

## Používání mikčního kalendáře

Jednou z možností, jak přesně určit počet a průběh příhod úniku moči je vedení tzv. mikčního kalendáře. Vedení tohoto kalendáře je poměrně jednoduché. Záznamy v něm pomáhají při určení typu poruchy močového měchýře a profilu (průběhu) jeho vyprazdňování. Mikční kalendář se používá jako metoda znázorňující průběh vyprazdňování močového měchýře a slouží k přesnému určení pacientových potíží a jejich vztahu k úniku moči. Mikční kalendář také ukáže dosažené zlepšení a potíže, které přetrvávají. Klient si také denně zaznamenává příjem tekutin. Je důležité pít dostatek tekutin, nejméně dva litry denně. Přijímané tekutiny by neměly obsahovat kofein nebo alkohol, což jsou látky, které dráždí močový měchýř.

**Jméno a příjmení: J.K.**

**Datum: 27.10.2006**

### **NÁVOD:**

Sloupec 1 - Obsahuje údaj o době zápisu do diáře.

Sloupec 2 - Označte X při každém vyprázdnění měchýře.

Sloupec 3 - Při každém úniku moči použijte jednu z uvedených zkratk k označení množství moči:

- M = mírné; mírné zvlhčení vložky nebo prádla;
- S = střední; vložka nebo prádlo jednoznačně mokré, minimálně objem 1 čajové lžičky;
- V = velké; mokré části oblečení, pomočení s velkým objemem uniklé moči.

Sloupec 4 - Popište činnost, kterou jste prováděli v době úniku moči (např. kýchnutí, zakašlání, zvedání, "nestihl/a jsem to na WC."

Sloupec 5 - Popište druh vypité tekutiny (tj. káva, voda atd.) a její množství (tj. jeden šálek ml).

Sloupec 1	Sloupec 2	Sloupec 3	Sloupec 4	Sloupec 5
Čas	Vymočení (X) na WC	Únik moči M, S, V	Činnost v době úniku (pomočení)	Příjem tekutin
6.30 hod		V- přes oděv	obsazené WC	200ml caro
7.30 hod				250 ml b. káva
8.00 hod	X			300 ml iont.n. 250 ml č. káva
9.30 hod	X			250 ml iont.n.
11.00 hod	X			200 ml caro
12.30 hod	X			250 ml pol. 200 ml čaje
14.00 hod		odjela do měst		200 ml č. káva
15.30 hod				
17.00 hod		V- přes oděv		100 ml iont.n.
18.30 hod	X			250 ml iont.n.
20.00 hod	X			
21.30 hod	X			
			Celkem:	2450 ml tek.

### Stupnice hodnocení psychického zdraví

Otázky	Odpověď	Bodové skóre	Počet bodů
1. Cítíte se většinu času dobře?	ano	0	1
	ne	1	
2. Máte často obavy o své zdraví?	ano	1	1
	ne	0	
3. Trpíte často bolestmi hlavy?	ano	1	1
	ne	0	
4. Měl jste v poslední době závratě?	ano	1	0
	ne	0	
5. Často se Vám třesou ruce při práci?	ano	1	1
	ne	0	
6. Míváte záškuby ve svalech?	ano	1	0
	ne	0	
7. V poslední době jste měl bolesti jen zřídka nebo vůbec ne ?	ano	0	0
	ne	1	
8. Vnímáte necitlivost v jedné nebo více částech těla ?	ano	1	0
	ne	0	
9. Máte vždy ruce a nohy dostatečně teplé?	ano	0	0
	ne	1	
10. Je Váš spánek přerušovaný, povrchní nebo jinak narušený?	ano	1	1
	ne	0	
11. Jdete většinou spát bez myšlenek, které by Vás trápily ?	ano	0	1
	ne	1	
12. Máte rád společnost, jste rád mezi lidmi?	ano	0	1
	ne	1	
13. Často Vás něco trápí?	ano	1	1
	ne	0	
14. Jste často plný elánu (energie)?	ano	0	1
	ne	1	
15. Cítíte se často neužitečný?	ano	1	1
	ne	0	
Celkem			10
Datum/podpis			23.10.2006

Hodnocení: Skóre 6 a více svědčí pro poruchu psychického zdraví.

(6)

## Škála deprese pro geriatrické pacienty

Otázky	Odpověď	Bodové skóre	Počet bodů
1. Jste v zásadě spokojen se svým životem?	ano	0	1
	ne	1	
2. Vzdal jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?	ano	1	1
	ne	0	
3. Máte pocit, že Váš život je prázdný?	ano	1	1
	ne	0	
4. Cítíte se často sklíčený a smutný?	ano	1	1
	ne	0	
5. Máte vesměs dobrou náladu?	ano	0	1
	ne	1	
6. Obáváte se, že se Vám přihodí něco zlého?	ano	1	1
	ne	0	
7. Cítíte se převážně šťastný?	ano	0	1
	ne	1	
8. Cítíte se často bezmocný?	ano	1	0
	ne	0	
9. Vysedáváte raději doma, než by jste šel mezi lidi a seznamoval se s novými věcmi?	ano	1	0
	ne	0	
10. Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než Vaši vrstevníci?	ano	1	0
	ne	0	
11. Myslíte si, že je krásné být naživu?	ano	0	1
	ne	1	
12. Napadá Vás někdy, že život nestojí za nic?	ano	1	1
	ne	0	
13. Cítíte se plný elánu a energie?	ano	0	1
	ne	1	
14. Myslíte si, že je Vaše situace beznadějná?	ano	1	1
	ne	0	
15. Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než Vy?	ano	1	1
	ne	0	
Celkem			12
Datum/podpis			23.10.2006

Hodnocení: 0-5 bodů-bez deprese; 6-10-mírná deprese; nad 10-manifestní deprese vyžadující odborné vyšetření

(6)

Příloha č.11

### Barthelův test základních všedních činností

Činnost	Provedení činnosti	Počet bodů	
1. Najedení, napití	samostatně bez pomoci	1	10
	s pomocí	0	
	neprovede	5	
2. Oblékání	samostatně bez pomoci	1	10
	s pomocí	0	
	neprovede	5	
3. Koupání	samostatně nebo s pomocí	5	5
	neprovede	0	
4. Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5	5
	neprovede	0	
5. Kontinence stolice	plně kontinentní	1	10
	občas inkontinentní	0	
	trvale inkontinentní	5	
6. Kontinence moče	plně kontinentní	1	5
	občas inkontinentní	0	
	trvale inkontinentní	5	
7. Použití WC	samostatně bez pomoci	1	10
	s pomocí	0	
	neprovede	5	
8. Přesun lůžko-židle	samostatně bez pomoci	1	15
	s malou pomocí	5	
	vydrží sedět	1	
	neprovede	0	
		5	
9. Chůze po rovině	samostatně nad 50m	1	15
	s pomocí 50m	5	
	na vozíku 50m	1	
	neprovede	0	
		5	
10. Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	1	10
	s pomocí	0	
	neprovede	5	
Celkem			95
Datum/podpis			23.10.2006

Hodnocení: 0-40 bodů-vysoce závislý; 45-60 bodů-závislost stř.st.; 65-95 bodů-lehká závislost; 100 bodů-nezávislý

(6)



## Test instrumentálních všedních činností

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre	Počet bodů
1. Telefonování	Vyhledává samostatně číslo, vytočí je zná několik čísel, odpovídá na zavolání nedokáže používat telefon	10 5 0	10
2. Transport	Cestuje samostatně dopravním prostředkem cestuje, je-li doprovázen vyžaduje pomoc druhé osoby, spec. upravený vůz	10 5 0	10
3. Nakupování	Dojde samostatně nakoupit nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby, neschopen bez podstatné pomoci	10 5 0	5
4. Vaření	Uvaří samostatně celé jídlo Jídlo si ohřeje Jídlo musí být připraveno druhou osob.	10 5 0	0
5. Domácí práce	Udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací Provede pouze lehčí práce nebo udrží přiměřenou čistotu Potřebuje pomoci při většině prací nebo se práce neúčastní	10 5 0	5
6. Práce kolem domu	Provádí samostatně a pravidelně Provede pod dohledem Vyžaduje pomoci, neprovede	10 5 0	0
7. Užívání léků	Samostatně v určenou dobu zná názvy léků Užívá, jsou-li připraveny a připomenuty Léky musí být podány druhou osobou	10 5 0	0
8. Finance	Spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje zvládne drobné výdaje Potřebuje pomoci se složitějšími operacemi Neschopen pomoci zacházet s penězi	10 5 0	5
Celkem			35
Datum/podpis			23.10.2006

Hodnocení: 0-40 bodů-vysoce závislý; 45-60 bodů-závislost středního stupně; 65-95 bodů-lehká závislost;  
100 bodů-nezávislý

(6)

## **Dechová a relaxační cvičení**

Pomocí správného dýchání lze snadno uvolnit napětí nebo odstranit strach či hněv.

U většiny lidí je i v klidných situacích během dne dýchání mělké, nepravidelné a přerývané. Změnit to lze pomocí dechových cvičení. Při nich je důležitá správná poloha těla. Posad'te se na židli uvolněně, avšak zpřímá. Páteř by měla být naprosto rovná (to je velmi důležité pro to, aby dýchání mohlo být dostatečně hluboké), a neměli byste se ani předklánět, ani zaklánět. Nohy položte vedle sebe celými chodidly na podlahu, paže volně na stehna, oči mějte otevřené a soustředěné na nějaký bod na podlaze nebo stěně. Soustřed'te se jen na své dýchání, aby bylo přirozené, avšak klidné a dostatečně hluboké. Výdechy by měly být co nejdelší a při každém výdechu si představujte, jak z vás současně s výdechem odchází i napětí nebo negativní emoce, které zaplňují jeho mysl. Všechny pocity, vjemy, představy i myšlenky nechte volně plynout jako mraky po obloze a zaujměte k nim neutrální postoj nezúčastněného pozorovatele.

Soustřed'te se na dýchání, počítání svých dechů. Stačí deset minut dechového cvičení.

Nádechu nemusíme věnovat pozornost, ten probíhá přirozeně.

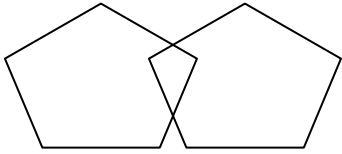
### **Relaxační technika – jednoduchý postup**

Posad'te se na židli ke stolu nebo na zem. Vezměte do ruky (praváci do pravé, leváci do levé) válcovitý předmět a dobře ho obemkněte prsty. Přinejhorším poslouží i silná propisovací tužka nebo pero, v lepším případě třeba tyč od smetáku nebo i noha židle (je – li použitý předmět těžší, položte si ho na stůl, abyste necítili jeho váhu). Stiskněte ho, jako kdybyste ho měli prsty rozdrtit.

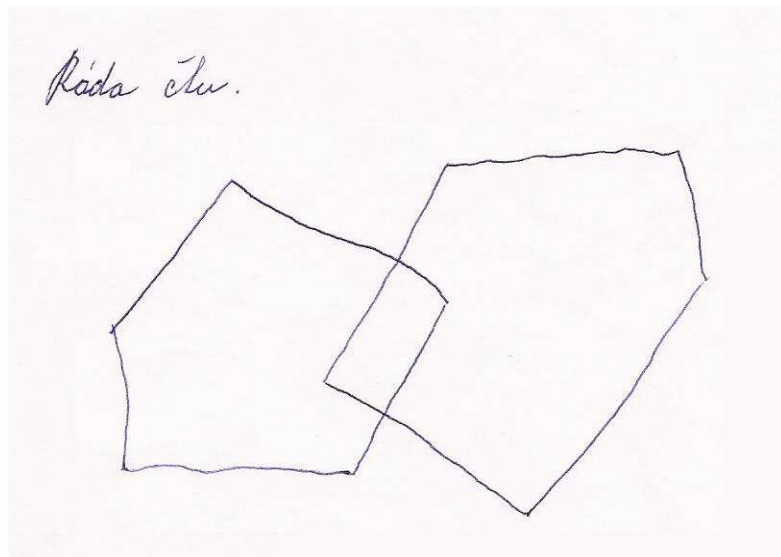
V prstech i předloktí pocítíte tlak. Když ho už nebudete moci vydržet, předmět pusťte. Ve svalech pocítíte uvolnění. Uvědomte si rozdílnost pocitů napětí a uvolnění.

Obojí můžete prožít nejen v rukou, ale i v zádech a nohou, když si sednete na zem, zapřete ruce mírně dozadu a nohou budete tlačit do zdi. Až vás to vyčerpá, lehněte si a uvolněte se.

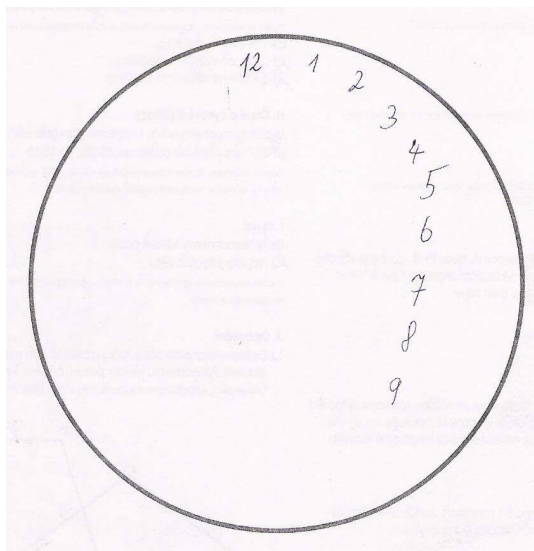
## Test kognitivních funkcí Mini-Mental State Examination (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max. skóre	Dosaž skóre
<p>1. Orientace:</p> <p>Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Který je nyní rok?</li> <li>○ Které je roční období?</li> <li>○ Můžete mi říci dnešní datum?</li> <li>○ Který je den v týdnu?</li> <li>○ Který je nyní měsíc?</li> <li>○ Ve kterém jsme státě?</li> <li>○ Ve které jsme okrese (kraji)?</li> <li>○ Ve kterém jsme městě?</li> <li>○ Jak se jmenuje tato nemocnice? (toto oddělení?, tato ordinace?)</li> <li>○ Ve kterém jsme poschodí? (pokoji?)</li> </ul>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>0</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
<p>2. Paměť:</p> <p>Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (například lopata, šátek, váza) a vyzve nemocného, aby je opakoval. (20 vteřin na odpověď, opakujte nejvýše pětkrát, nebo než se to pacient naučí). Za každou správnou odpověď je dán 1 bod</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
<p>3. Pozornost a počítání:</p> <p>Nemocný je vyzván aby odečítal 7 od čísla 100 a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	<p>5</p>	<p>1</p>
<p>4. Krátkodobá paměť (výbavnost): Úkol zopakovat tři dříve jmenované předměty (viz. Bod 2). Na odpověď 10 vteřin.</p>	<p>3</p>	<p>1</p>
<p>5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti: (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod)</p> <p>Ukažte nemocnému dva předměty (například: tužka, hodinky) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval: - Žádná kdyby nebo ale (Na odpověď 10 vteřin). Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „<b>Vezměte</b> papír do pravé ruky, <b>přeložte</b> ho na půl a <b>položte</b> jej na podlahu.“ (Na provedení 30 vteřin). Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“. Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek, která dává smysl). Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod jsou li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
	<p>1</p>	<p>1</p>
<p>Hodnocení:</p> <p>00 - 10 bodů      těžká kognitivní porucha 11 - 20 bodů     středně těžká kognitivní porucha 21- 23 bodů      lehká kognitivní porucha 24 - 30 bodů     pásmo normálu</p>	<p>30</p>	<p>23</p>

Splnění úkolů z testu Mini-Mental State Examination (MMSE):



**Prosím nakreslete hodiny:**



**Vyhodnocení:**

- |                            |  |
|----------------------------|--|
| 1 bod (nejlepší hodnocení) | perfektní hodiny i se správně vyznačeným časem     |
| 2 body (lehce nepřesné)    | mírné zrakově – prostorové chyby                   |
| 3 body                     | chyby v označení požadovaného času                 |
| 4 body                     | mírné až středně vyjádřené poruchy (dezorganizace) |
| 5 bodů                     | vážné poruchy (dezorientace)                       |
| 6 bodů                     | žádná spojitost s hodinami                         |

**(4,5,6 – neudávají požadovaný čas)**

## Vstupní ošetrovatelský záznam

(materiál k nácviku ošetrovatelského procesu)

Jméno a příjmení (vyplň iniciály)..... J. K.

Oslovení..... paní J. .... Pojišťovna..... VZP - M1

Rodné číslo (nevypíňuj)..... # ..... Povolání..... dělnice; inv. dělnice

Věk..... 55 let ..... Vzdělání..... základní

Vyznání..... bl. z. křesť. .... Národnost..... česká

Adresa: Demar. důchodce ..... Telefon:..... #

Osoba, kterou lze kontaktovat..... matka

Datum přijetí: 20. 10. 2006

Hlavní důvod přijetí: sociální důvody, onemocnění klientky  
"odmítnutí hospitalizace v DD Zdravce"

### Lékařská diagnóza:

1. Schizofrenie - reziduální
2. St. p. plachice dělož. eprius (1986)
3. inkompetence - mocora
4. casus sociidis

Jak je nemocný informován o své diagnóze? ano, ale svůj ment. močnosť

Osobní anamnéza: plast. det. eprius (1986)

Rodinná anamnéza: porod. úst. jevn. (dítě se narodilo mrtvé)  
pichvola, ml. moč, bl. z. křesť. p. č. -> eprius. bl. dg  
matka 81 let (také schizofrenie), bratr 78 let

Výšetření: FF dne 20. 10. 2006, vstup. úst.

lab. úst. = biochemie (St. křesť.) 23. 10. 2006  
= ko (vš. v normi)

Terapie: Tisarein 25mg 0-0-2tbl

Koditen 25mg 2x/ds i. m 1x za 14 dní  
(post. epriace 16. 10. 2006)

Zyprexa 10mg 0-0-1tbl

Nemocný má u sebe tyto léky

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

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

nikotinismus	ne	<input checked="" type="radio"/> ano	pokud ano, kolik denně.....	5-10 cig./denně; vřesou an 20 cig./denně
alkoholismus	<input checked="" type="radio"/> ne	<input type="radio"/> ano		an 20 let
drogy	<input checked="" type="radio"/> ne	<input type="radio"/> ano	pokud ano, jaké a jak dlouho.....	an 30 cig.
alergie :	jídlo	<input checked="" type="radio"/> ne	<input type="radio"/> ano	pokud ano, které.....
	léky	<input checked="" type="radio"/> ne	<input type="radio"/> ano	pokud ano, které.....
	jiné	<input checked="" type="radio"/> ne	<input type="radio"/> ano	pokud ano, na co.....
dekubity (změř)				
pneumonie (změř)				

Důležité informace o stavu nemocného: *kdou piji an 4-5x denně; 2x v noci;*

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)? *Domova dýchacím „aby mi zbanť“*
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? *banť*
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? *ano*  
*„nic nigde jak by chci vsichni ostatni“ „ji mi vsidno je dno“*
4. Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane?
5. Jaké to pro vás je být v nemocnici? *Domov dých. „spatně“*
6. Kolik času podle vašeho odhadu strávíte v nemocnici? *Domov dých. „budu tedy neporád“*
7. Máte dostatek informací o vašem léčebném režimu? *an ano*
8. Máte dostatek informací o nemocničním režimu? *„něco mi sestřička řekla“*
9. Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici? *Domov dých.*  
upřesněte. *„mám špatný vlnho čas“*

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

Komunikace:

- stav vědomí	<input checked="" type="radio"/> při vědomí	somnolence	komá
- kontakt navázán	rychle	<input checked="" type="radio"/> s obtížemi	nenavázán
- komunikace	bez problémů	<input checked="" type="radio"/> baněry dle dg.	nekomunikuje
- spolupráce	snaha spolupracovat	<input checked="" type="radio"/> nedůvěřivost	odmítá spolupráci

## Hodnocení nemocného

### 1. Bolest / nepohodlí

- Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného ?

.....  ano .....  ne  
pokud ano, upřesněte..... *bolat hlavy - kdys spatřím*

- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím

.....  ano .....  ne  
pokud ano, upřesněte..... *občas - útlost*  
jak dlouho? *"něm"*

- Na čem je vaše bolest závislá? ..... *na špatném uspaní*
- Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíži)? ..... *odpočinek, spaní - 3-4hod.*
- Kde pociťujete bolest? ..... *hlava, spaní*
- Pokud budete mít u nás bolesti/potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění? ..... *"klid, spaní"*

Objektivní hodnocení sestry :

Pocit pohodlí (lůžko, teplo) = *lůžko ukoveno, zlatá deka, jednoduše polohovací lůžko (Linet)*  
Charakter, lokalizace, intenzita bolesti (změřte): *VAS (0-10cm) = 4cm = silnějiť  
po úspáři  
při noc. útlost. stavu*

### 2. Dýchání

- Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním ?

.....  ano .....  ne  
pokud ano, upřesněte..... *ne*

- 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 .....  nevím  
pokud ano, zvládnete to ?

- Kouříte ?

.....  ano .....  ne  
pokud ano, kolik? ..... *5-10 cig. / den, 20-30 cig. - stres při kašlu*

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

*Klientka je bez známek dušnosti; kašel asi 5-10 cig. / den, nyní při kašlu asi 20-30 cig. / den "jeden py" (nadařím klientku v lůžku) (dávám jí do ruky naspalný) každá ráda řádný kašel, rýmu; dých. pravidelný; fyziol. freq.*

### 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.**

= *nutný dohled na pravidel. dohled. při hyg. náležit. ; dohled na úpravu zranění ; = nenesení oděvy nebyly dlouho prané ; nedostatek bav. prádla ; = při fyzik. zápalu eig. kůže ; pomoci ; = u úst zbytky jídla ;*

**4. Kůže**

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

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

- *oblast kyčlí ; genitálu, vnější strany stelen ; svědění kůže ; šuň na evorung ; zarudlá ; podrážděná ; od částího šláďen ; bez ločního kůže ; - pod psy = opruzeniny ; - oblo úst. - lehce zarudnut ; - na břiše zhořelá pvrá po cis. věru ; bez hematomů ; při rány vedlejší ;*

**5. Strava / dutina ústní**

- a) Jak vypadá váš chrup?  dobrý  vadný
- Máte zubní protézu?  horní  dolní  žádnou
- Dělá vám stav vašeho chrupu při jídle potíže? ano  ne
- pokud ano, upřesněte.....
- Máte rozbolavělá ústa?  ano  ne
- pokud ano, ruší vás to při jídle? ano  ne
- b) Myslíte, že máte tělesnou váhu  přiměřenou  vyšší (o kolik?) „asi 10 kg“  nižší (o kolik?).....
- c) Změnila se vaše váha v poslední době?  ano  ne
- pokud ano, o kolik kg jste zhubnul..... přibral..... „asi 5 kg“
- d) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu?  ano  ne
- Co obvykle jíte? *sladké ; v bufetu - včelí jídla*
- Je něco, co nejíte? ano  ne
- 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?  ano  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.**

- *BMI (body mass index) 29,4 (nadváha) ; - má stále klesající hladu*  
 - *24,8. chuť k jídlu ; má sladké ;*  
 - *2. den hosp. = snědla věly kům. dovř (hardě)*



## 6. Příjem tekutin

- Změnil jste příjem tekutin od té doby, co jste onemocněl?  
 zvýšil snížil nezměnil
- Co rád pijete? vodu mléko ovocné šťávy mineralky  
kávu čaj nealkoholické nápoje
- Co nepijete rád? .....
- Kolik tekutin denně vypijete? čaj kdru as 6x + 1500ml / deni - an - ani neku
- Máte k dispozici dostatek tekutin? ano ne na co, proč

Objektivní hodnocení sestry: projevy dehydratace = nejstov žádná!  
 = dle prsoudu + kuduř = piji na jidelnu 10at. na poj (na noc stolu 4 kelimku od  
 = piji moc kdry 6x za celý den (i v noci) na poj za den  
odhadem 1500ml tekutin

## 7. Vyprazdňování střeva

- Jak často chodíte obvykle na stolicí?
- Máte obvykle normální stolici  
 zácpu  
 příjem
- Kdy se obvykle vyprazdňujete? nepravidelně, nu' po ledka dnech "an obden"
- Pomáhá vám něco, abyste se vyprázdnil? ano ne  
 pokud ano, co to je? čajka na lačno
- Berete si projímadlo? nikdy  
 příležitostně  
 často  
 pravidelně
- Máte nyní problémy se stolicí? ano ne  
 pokud ano, jak by se daly řešit? .....

Objektivní hodnocení sestry:  
 = prob. s uprad. stol. = nema, neiti ji; jde po 4 hodinách čajka na lačno;

## 8. Močení

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice? ano ne
- pokud ano, upřesněte pomocněně
- Jak jste je zvládal? čajka = mám vlořtu
- Co by vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici? čajka
- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice? ne  
 pokud ano, myslíte, že to zvládnete? budu zde bydlit " an na pověd "

Objektivní hodnocení sestry:

- dlouhodobě prob. s pomocordni'm
- pouřva' hidnord'ove' vloř. pleny
- při přijit' pomocena ai na odor, zapáchajci'
- sama si neymeni vloř. pleny
- pomocordni' ji nijal ketropi'

## 9. Lokomotorické funkce

- Máte potíže s chůzí? ano  ne 
  - pokud ano, upřesněte.....
- Měl jste potíže s chůzí už před přijetím? ano  ne 
  - pokud ano, upřesněte.....
- 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:

= nejste žádná potíže z chůzí či ustávněná z chůzí

## 10. Smyslové funkce

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

Objektivní hodnocení sestry:

- před 10 lety = kvadrantalost - vyřtěna; odmítla brýle;
- TV sleduji z kůčla (vzdálenost 3m)
- ostatní smysl. f. v pořádku

## 11. Fyzická a psychická aktivita

- Chodíte do zaměstnání? Pokud ano, co děláte? *inv. dělek.*
- 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
- Co děláte rád ve volném čase? „sleduji TV, poslouchám rádio“
- Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici? *dobře ráda plula; nyní TV, procházky po městě; nálepni střed. TESKO*
- Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění? *„můžu jít do města“*

Objektivní hodnocení sestry:

- = klientka si stívá na spont. volného času, ráda sleduje TV - ale jin
- chvíle; dříve ráda plula - udává i její matka;
- = navštívila spol. míst. s TV = pomoci se na sd. skup. → u ráda na ostatních
- obyvateli;
- = ráda by měla na domově nějakou kameru, zatím se káda'
- s ostat. klienty;
- = káda' se ho jízdí s maminkou, 8 měsíců na dovolenou, když bude mít
- načtené peníze popídem opět další léta

## 12. Odpočinek / spánek

- Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vyspání? *nevím ani 10 hod.*
- Máte doma potíže se spánkem  
 pokud ano, upřesněte... *ano* *ne*  
*u noci a budím (2x za noc) křiče sly*
- Kolik hodin obvykle spíte? *nevím*
- Usínáte obvykle těžko? *ano* *ne*
- Budíte se příliš brzy? *ano* *ne*  
 pokud ano, upřesněte.....
- Co podle vás způsobuje vaše potíže? *spánek sly, kdy mají spolubydliči*
- Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát? *nevím, nevím*
- Berete doma léky na spání? *ano* *ne*  
 pokud ano, které.....
- Zdrímnete si i během dne? Jak často a jak dlouho? *po obědi 3-4 hod.*

Objektivní hodnocení sestry:

*Únava, denní a noční spánek apod.*

*= dopol. = unavená; po obědi = unavená na 3-4 hod. (přestávka i byl klauz)  
 = noční buzení ani 2x za noc (brouna' při domově, klauzura, vaří si  
 černou kávu, stěží si na úst. sly)*

## 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... *stern pu lina, ročička'*
- Očekáváte, že se změní po odchodu z nemocnice váš intimní život?  
*ano* *ne*  
 pokud ano, upřesněte... *chlapa' je ne, komaridlu'*  
*ano*

- pacient o sexualitě nechce hovořit

- otázky nebyly položeny

## 14. Psychologické hodnocení (podtrhni charakteristiku)

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

## 15. Rodina/sociální situace

- S kým doma žijete? ..... sama mám jedinou dceru " "
- Kdo je pro vás nejdůležitější (nejbližší) člověk? ..... maminka " "
- Komu mohou být poskytnuty informace o vašem zdravotním stavu? ..... mamince " "
- Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu? ..... jsou rádi " "
- Může vás někdo z rodiny (nebo blízký) navštěvovat? ..... všichni " "
- Je na vás někdo závislý? ..... ne " "
- Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? ..... nikam nepůjdu, mám být tady " "
- Kdo se o vás může postarat? ..... maminka " "

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

paměť má bydlit sama, navštěvovala správně, byt je asi  
přehnaný;  
původně byla podána žádost na umístění do DD (severní území),  
ale rodina (sestra) odmítla;

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

nevlíbíte se name " "

## Souhrnné hodnocení

Shrnutí závěrů důležitých pro ošetrovatelskou péči

- = strážnost na bol. klauz, po špatném spánku (dívce se buď a uspi)
- = při přijetí (stressu) vykouřila 20-30 cig./denne (části odst. kouření,  
dolučije prouh' ei' nedopalky)
- = nutný dohled na pravidel., důkl. denní režim v hyg. nábych,  
dohled na úpravu vnějších; doloupit baul. spodní prádlo;  
dohled na čistou y'menu jednováz. vločkových plav
- = oblast genitálu, hygiē, vnitř. st. stelen, pod prsy = spruzování  
(kūi maerovana', svedení)
- = zú's. chet k jídlu (na skladě potraviny), neustálý pocit hladu;  
(BMI = 29,4)
- = černa káva až 6 za den i během noci
- = dlouhodobé prob. spomocora'm'u (pouhá' jid. vloč. plav)  
při přijetí pomocema' až na odě, zapáchajic', pomocora'm' p'  
hijar netraji; sama na to nejde nepotřebuji "
- = před 10lety zjištěna kvartlovatost, byla odmítna;
- = stěhuje si na volný čas, ale jin' ráda sleduje TV (chvilku) z lůžka;
- = ráda by našla kamrad'ky; moe ráda jidi' s moji s maminkou
- = obyvateli ji nepřijmli mezi sebe (pomocita spt. místnost  
a zapáda')











## PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Datum	Ošetřovatelské diagnózy	Cíle ošetřovatelské péče časově vymezené a měřitelné cíle	Plánované ošetřovatelské aktivity činnosti sestry zajišťující dosažení cílů	Hodnocení poskytnuté péče Efekt ve vztahu k cílům	datum podpis sestry
24.10. 2006	Aktuální a potenciální ošetřovatelské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb seřazené v pořadí jejich naléhavosti	časově vymezené a měřitelné cíle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- upravit si svůj režim klidně (bránit potřebě změny režimu)</li> <li>- 4x smlouka a dle potřeb na vložky pit. režim</li> <li>- sledovat di. v pití, pít 2x denně</li> <li>- provádět smlouku pod dohledem</li> <li>- sledovat nutnost změny režimu</li> <li>- plně</li> <li>- 4x smlouka v průběhu režimu, signál</li> <li>- pro potřeby režimu</li> <li>- upravit režim - sledovat na</li> <li>- měřit smlouku smlouky</li> <li>- provádět PAD - WEIGHT test</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- všichni klidně</li> <li>- sledovat di. v pití, pít 2x denně</li> <li>- provádět smlouku pod dohledem</li> <li>- sledovat nutnost změny režimu</li> <li>- plně</li> <li>- 4x smlouka v průběhu režimu, signál</li> <li>- pro potřeby režimu</li> <li>- upravit režim - sledovat na</li> <li>- měřit smlouku smlouky</li> <li>- provádět PAD - WEIGHT test</li> </ul>	24.10. 2006 Jit
24.10. 2006	použila plně své. režim z důvodu nespokojenosti od vedení propuštěna se poskytnutí nespokojenost.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cíl: plně poskytnutí režimu</li> <li>- cíl: poskytnutí režimu</li> <li>- cíl: poskytnutí režimu</li> <li>- cíl: poskytnutí režimu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- všichni klidně</li> <li>- sledovat di. v pití, pít 2x denně</li> <li>- provádět smlouku pod dohledem</li> <li>- sledovat nutnost změny režimu</li> <li>- plně</li> <li>- 4x smlouka v průběhu režimu, signál</li> <li>- pro potřeby režimu</li> <li>- upravit režim - sledovat na</li> <li>- měřit smlouku smlouky</li> <li>- provádět PAD - WEIGHT test</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- poradila vnitřní</li> <li>- sledovat di. v pití, pít 2x denně</li> <li>- provádět smlouku pod dohledem</li> <li>- sledovat nutnost změny režimu</li> <li>- plně</li> <li>- 4x smlouka v průběhu režimu, signál</li> <li>- pro potřeby režimu</li> <li>- upravit režim - sledovat na</li> <li>- měřit smlouku smlouky</li> <li>- provádět PAD - WEIGHT test</li> </ul>	24.10. 2006 Jit

## PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Datum	Ošetřovatelské diagnózy Aktuální a potenciální ošetřovatelské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb seřazené v pořadí jejich naléhavosti	Cíle ošetřovatelské péče časově vymezené a měřitelné cíle	Plánované ošetřovatelské aktivity činnosti sester zajišťující dosažení cílů	Hodnocení poskytnuté péče Efekt ve vztahu k cílům	datum podpis sestry
23. 10. 2006	<p>nedostatečná nebo žádná spolupráce šientky z důvodu psychické alterace, náročné na odpočinek, M. a úroveň, propuštění se odmišluje M. a úroveň, neochota, podrobovat se léčebnému režimu, neplnění slibu, nedostatečným slova, neochota domluvit se na spolupráci, popíračím slavní, s důvěrou, s úctou a kradle</p>	<p>Cíl 1: zistit si M. se spoluprací, alespoň částečně (v částečně) zapojem do léčebného režimu Cíl 2: spolupracující šientka</p>	<p>- snažit se o rychlou dekonstrukci vztahu mezi mnou, M. a ost. personálem - M. neustále informovat kudosť ať slyší a zovaznost na vztahu s nadešen - vzhledně podporovat v úč. snaboz - zapojit všechny osoby sly od příslušného M. a inform. s příslušnými divocí (vyjádřit si jejich vztah sly) - zapojit co M. trápí, jistou má úroveň - nast. dle vztahu mezi M. a ost. a poskytnout další mot. - vad se chovat s rozumem, "příteloci" s</p>	<p>- zúčastně byla minimální spolupráce - negat. postoj + nálek s M. a ost. - při spolupráci sly navštívil M. a ost. - pomaha se oddělení - v noc. nepři kánu - vzhledně bylo - vzhledně bylo 1x - vzhledně bylo - navštívil - navštívil</p>	23. 10. 2006 Jis
24. 10. 2006	<p>šientky smplovného režimu (vážně) z důvodu zanedbaní péče šientky, poslušného řízení, vzhledně propuštění se občanými bít. klava zlobivě vzhledně</p>	<p>Cíl 1: žijit pokojně sly Cíl 2: zvládnout komfort šientky na blízko, klava bez problémů</p>	<p>- navštívil ost. M. a ost. vzhledně bylo - navštívil ost. M. a ost. vzhledně bylo - navštívil ost. M. a ost. vzhledně bylo - navštívil ost. M. a ost. vzhledně bylo</p>	<p>- navštívil ost. M. a ost. vzhledně bylo - navštívil ost. M. a ost. vzhledně bylo - navštívil ost. M. a ost. vzhledně bylo - navštívil ost. M. a ost. vzhledně bylo</p>	24. 10. 2006 Jis

## PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Ošetřovatelské diagnózy	Cíle ošetřovatelské péče	Plánované ošetřovatelské aktivity	Hodnocení poskytnuté péče
Datum	časově vymezené a měřitelné cíle	činnosti sestry zajišťující dosažení cílů	Efekt ve vztahu k cílům datum podpis sestry
<p>24.10. 2006 Potenciální ošetřovatelské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb seřazené v pořadí jejich naléhavosti</p> <p>1. Potenciální ošetřovatelské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb seřazené v pořadí jejich naléhavosti</p> <p>2. Potenciální ošetřovatelské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb seřazené v pořadí jejich naléhavosti</p>	<p>zdejšími lidmi, zejména v oblasti zdravotní péče, zejména v oblasti zdravotní péče, zejména v oblasti zdravotní péče</p>	<p>- poskytnout zdravotní péči, zejména v oblasti zdravotní péče, zejména v oblasti zdravotní péče</p> <p>- poskytnout zdravotní péči, zejména v oblasti zdravotní péče, zejména v oblasti zdravotní péče</p> <p>- poskytnout zdravotní péči, zejména v oblasti zdravotní péče, zejména v oblasti zdravotní péče</p>	<p>24.10. 2006 Jus</p>
<p>24.10. 2006 Nivelní postavení žienky z důvodu onemocnění žienky, zejména v oblasti zdravotní péče, zejména v oblasti zdravotní péče</p>	<p>zdejšími lidmi, zejména v oblasti zdravotní péče, zejména v oblasti zdravotní péče</p>	<p>- poskytnout zdravotní péči, zejména v oblasti zdravotní péče, zejména v oblasti zdravotní péče</p> <p>- poskytnout zdravotní péči, zejména v oblasti zdravotní péče, zejména v oblasti zdravotní péče</p> <p>- poskytnout zdravotní péči, zejména v oblasti zdravotní péče, zejména v oblasti zdravotní péče</p>	<p>24.10. 2006 Jus</p>
<p>24.10. 2006 Nivelní postavení žienky z důvodu onemocnění žienky, zejména v oblasti zdravotní péče, zejména v oblasti zdravotní péče</p>	<p>zdejšími lidmi, zejména v oblasti zdravotní péče, zejména v oblasti zdravotní péče</p>	<p>- poskytnout zdravotní péči, zejména v oblasti zdravotní péče, zejména v oblasti zdravotní péče</p> <p>- poskytnout zdravotní péči, zejména v oblasti zdravotní péče, zejména v oblasti zdravotní péče</p> <p>- poskytnout zdravotní péči, zejména v oblasti zdravotní péče, zejména v oblasti zdravotní péče</p>	<p>24.10. 2006 Jus</p>