

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Ústav teorie a praxe ošetrovatelství

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Ošetrovatelství

ID studijního oboru: 5341R003

Martin Čermák

Ošetrovatelská kazuistika u nemocného se schizofrenií

Nursing case study of a schizophrenic patient

Bakalářská závěrečná práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Eva Marková

Praha, 30. 06. 2009

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a použil jen uvedené informační zdroje.

Praha, 30. června 2009

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Evě Markové za odborné vedení mé bakalářské práce, za cenné rady a připomínky a v neposlední řadě za trpělivost a vstřícnost.

ANOTACE V JAZYCE ČESKÉM

Prostřednictvím této bakalářské práce jsem se rozhodl věnovat velmi závažné duševní nemoci, kterou je schizofrenie. Toto duševní onemocnění je nejen problematické z pohledu psychiatrického ošetřovatelství, ale zároveň s sebou nese společenské následky, stigma a v neposlední řadě může končit úplnou invaliditou pacienta. Ve dnech 21. 11. – 23. 11. 2008 jsem ošetřoval pana J. K., který byl prvně hospitalizován na našem oddělení akutní psychiatrické péče v psychiatrické léčebně v Bohnicích s diagnózou paranoidní schizofrenie. I přes velmi obtížnou spolupráci s pacientem jsem získal dostatek informací a podkladů k vypracování této bakalářské práce. Velmi cenné informace mi poskytla matka pana J.K., která se zároveň aktivně, s maximálním nasazením, podílela na ošetřovatelské péči. Schizofrenní onemocnění je velmi častou duševní nemocí vyskytující se na našem pracovišti. V důkladnějším rozboru schizofrenie jsem si rozšířil obzory psychiatrického ošetřovatelství a zároveň pochopil nutnost specifiky ošetřovatelské péče této nemoci.

ANOTACE V ANGLICKÉM JAZYCE

Through this bachelor dissertation I decided to deal with serious mental illness, which is Schizophrenia. This mental illness is not only problematic for its psychiatric nursing but patient have to face social stigmatizing label as well it can cause total disability. Within 21.11 – 23.11.2008 I nurse Mr. J.K during his first hospitalization with Paranoid Schizophrenia in Bohnice mental hospital. In despite of the difficulty of cooperation with the patient I attain sufficiency information and sources for this study. Valuable information provide me patient's mother. She also takes a maximum active part in nursing care. Schizophrenia occurs commonly on our department. The detailed analysis of Schizophrenia broadens my horizons of psychiatric nursing and also gives me understanding necessity for special medical attention conjunct whit this mental illness.

KLÍČOVÁ SLOVA V JAZYCE ČESKÉM

Schizofrenie, pacient, omezení v lůžku nebo taky restriktivní metody, psychotický, agresivní, ošetřovatelská diagnóza, aplikace, antipsychotika, anamnéza, duševní

KLÍČOVÁ SLOVA V ANGLICKÉM JAZYCE

Schizophrenia, pacient, restrictive practices, psychotic, aggressive, nursing diagnostic, administrativ, Antipsychotics (neuroleptics), anamnesis, mental (psychiatric)

OBSAH

1. Úvod	7
2. Klinická část	8
2.1. Charakteristika onemocnění	8
2.2. Etiopatogeneze schizofrenie	8
2.3. Epidemiologie schizofrenie	9
2.4. Klinické formy onemocnění	9
2.5. Diagnostická kritéria schizofrenie	11
2.6. Diferenciální diagnostika	12
2.7. Léčba schizofrenie	12
2.7.1. Biologická léčba schizofrenie	12
2.7.2. Psychologická léčba schizofrenie	16
2.7.3 Sociální léčba schizofrenie	16
2.8. Prognóza, stigma a právní problematika spojená se schizofrenií	18
2.9. Identifikační údaje pacienta	19
2.10. Lékařská anamnéza a diagnóza	20
2.11. Výsledky laboratorních vyšetření	21
2.12. Fyziologické funkce	23
2.13. Přehled terapie	24
3. Ošetrovatelská část	27
3.1. Ošetrovatelská anamnéza	27
3.1.1. Náhled pacienta na nemoc a hospitalizaci	27
3.1.2. Fyziologické potřeby	27
3.1.3. Psychosociální potřeby	29
3.2. Ošetrovatelské diagnózy	30
3.2.1. Ošetrovatelská diagnóza číslo 1	31
3.2.2. Ošetrovatelská diagnóza číslo 2	32
3.2.3. Ošetrovatelská diagnóza číslo 3	35
3.2.4. Ošetrovatelská diagnóza číslo 4	36

3.2.5. Ošetrovatelská diagnóza číslo 5	37
3.2.6. Ošetrovatelská diagnóza číslo 6	38
3.3. Celkové hodnocení ošetrovatelské péče	40
4. Edukace	41
5. Závěr	43
6. Seznam použité literatury	44
7. Seznam příloh	45

1. ÚVOD

Prostřednictvím této bakalářské práce jsem se rozhodl věnovat velmi závažné duševní nemoci, kterou je schizofrenie. Toto duševní onemocnění je nejen problematické z pohledu psychiatrického ošetřovatelství, ale zároveň s sebou nese společenské následky, stigma a v neposlední řadě může končit úplnou invaliditou pacienta. Ve dnech 21. 11. – 23. 11. 2008 jsem ošetřoval pana J. K., který byl prvně hospitalizován na našem oddělení akutní psychiatrické péče v psychiatrické léčebně v Bohnicích s diagnózou paranoidní schizofrenie. I přes velmi obtížnou spolupráci s pacientem jsem získal dostatek informací a podkladů k vypracování této bakalářské práce. Velmi cenné informace mi poskytla matka pana J.K., která se zároveň aktivně, s maximálním nasazením, podílela na ošetřovatelské péči. Schizofrenní onemocnění je velmi častou duševní nemocí vyskytující se na našem pracovišti. V důkladnějším rozboru schizofrenie jsem si rozšířil obzory psychiatrického ošetřovatelství a zároveň pochopil nutnost specifiky ošetřovatelské péče této nemoci.

2. KLINICKÁ ČÁST

2.1. Charakteristika onemocnění

Schizofrenie je závažná duševní choroba, kterou provází změna myšlení a vnímání reality, dále bývá narušena i celková paleta emočních reakcí na vnější podněty a schopnost komunikace s okolím. Primárními příznaky jsou především úzkost, bludy a halucinace. U pacienta, jenž trpí schizofrenií dochází k rozštěpu mysli (rozštěp ve smyslu rozporu ve vnímání reality a realitou samotnou) a celkovému úpadku osobnosti. Pacient je vztahovačný, pronásledovaný bludy a smyšlenkami, mluví si pro sebe, vytváří umělý svět. (*dostupné z www.wikipedia.cz, příspěvek schizofrenie, aktualizováno dne 22.6.2009*) Pojem schizofrenie zavedl do psychiatrie švýcarský psychiatr Eugen Bleuler v roce 1911. Schizofrenie patří k nejzávažnějším duševním onemocněním. První ataka nemoci se objevuje obvykle v adolescenci nebo časně dospělosti a postihuje tedy nemocné v období velmi důležitém pro další profesionální i osobní život. Patří mezi invalidizující choroby, těžce doléhá na rodinu nemocného a jak rodina, tak sám nemocný jsou vystaveni stigmatu nemoci. V Mezinárodní klasifikaci nemocí – 10 je schizofrenie kódovaná jako F 20. (*Höschl a kol., 2002*)

2.2. Etiopatogeneze schizofrenie

Etiologicky není schizofrenie stále plně objasněna a je předmětem řady hypotéz. Není jisté, zda existuje jedna dostačující a nezbytná příčina onemocnění. Nejčastěji se vychází z předpokladu multifaktoriální etiologie a mnohočetných patogenetických vlivů. Byly zformulovány etiologické hypotézy infekční, genetické, biochemické, které se týkají metabolismu lipidů, imunitní odpovědi, nebo takové, které vidí ve schizofrenii selhání psychologických obranných procesů a zhroutení mezilidské komunikace. V řadě hypotéz byla schizofrenie vysvětlována jako toxické onemocnění, způsobené vnějším nebo vnitřním psychotogenním faktorem. Je však již známo, že při schizofrenii je v některých částech mozku nadbytek chemické látky zvané dopamin. V současnosti se pozornost upíná k patologickému vývoji bílé hmoty. Zatímco tradiční představa patogeneze chápala proces vzniku onemocnění jako důsledek patogenní události na zdravý organismus, od poloviny 70. let chápeme schizofrenii jako důsledek vzájemného působení dvou faktorů dispozice – vulnerability a stresu. Podle teorie dědičná či získaná vloha disponuje k selhání adaptivních funkcí duševního života pod vlivem zátěže. To vede k nepřízpůsobivému prožívání a chování, které prohloubí snížení odolnosti jedince a vyústí do klinické manifestace onemocnění. Dispozice může mít charakter geneticky podmíněné variace v produkci enzymů, receptorů nebo jiných proteinů, nebo to může být funkční či morfologická odchylka. Na vlohy působí

zátěž, která onemocnění spouští. Takovou zátěží mohou být i psychologické a sociální faktory. V adolescenci jsou to většinou nároky na přechodu do dospělého a zodpovědného života. Může to být i tělesné trauma či nemoc, extrémní vyčerpání nebo nepříznivé podmínky vývoje v kritických obdobích a také zkušenosti s drogou, a to i s „měkkou drogou“, marihuanou. Teorie vlohy a zátěže tvoří srozumitelný a podle dnešních poznatků přiměřený obecný rám porozumění vzniku schizofrenie. Studie koomorbiditu schizofrenního onemocnění prokázaly v některých oblastech až 41%, koomorbiditu se zneužíváním návykových látek (kanabinoidy, kokain). Schizofrenie se vyskytuje společně s některými vzácnými vadami či chorobami (ageneze corpus callosum, coeliakie, kalcifikace bazálních ganglií aj.). Schizofrenie vzniká nejčastěji v mladém věku (16-25 let), vrchol výskytu je v České republice mezi 20-24 rokem. Častější výskyt je u mužů než u žen, častěji jsou vystavováni nárokům dospělosti a plné zodpovědnosti. Ženy jsou oproti tomu jednak pod ochranným vlivem estrogenů či jiného biologického faktoru. Riziko onemocnění schizofrenií pro příbuzní prvního stupně činí cca 12%, pro děti s jedním rodičem nemocným 8-9%. (Höschl a kol., 2002)

2.3. Epidemiologie schizofrenie

Některým z duševních onemocnění je rok co rok postižen každý čtvrtý člověk, tedy zhruba 25% populace. Schizofrenie, která patří jednoznačně k nejzávažnějším psychickým chorobám, trpí dnes v celosvětovém měřítku přibližně 0,5-1% dospělé populace, to znamená asi 60 miliónů osob. V české republice se předpokládá kolem 100 000 schizofreniků.

(dostupné z www.zdravcentra.cz, článek *duševní zdraví a schizofrenie v Evropě – jak otevřít mysl, jak otevřít dveře?*, aktualizováno 28.6.2009)

Epidemiologický výzkum prokazuje prevalenci schizofrenního onemocnění 1,4 – 4,6 případů na 1000 obyvatel, incidenci 0,7 – 4,2 % nových případů na 1000 obyvatel podle povahy diagnózy a centra, ve kterém byli pacienti zachyceni. Dalším ukazatelem je riziko morbiditu, které je odhadováno na 0,5-1,6%. (Höschl a kol., 2002)

2.4. Klinické formy onemocnění

Velká proměnlivost příznaků schizofrenního onemocnění od samého počátku vedla k jeho rozčlenění do několika forem. Emil Kraepelin, německý lékař, psychiatr, rozlišoval formu paranoidní, hebefrenií a katatonní, které všechny navazovaly na dříve samostatné nozologické jednotky. Eugen Bleuler, který pojem schizofrenie výrazně rozšířil, stál u zrodu pojmu simplexní schizofrenie. Pro Bleulera to bylo onemocnění, u kterého nebyly přítomny žádné

snadno rozpoznatelné „akcesorní“ příznaky. Diagnóza simplexní schizofrenie nebyla jednoduchá, opírala se o kazuistiky lidí, jejichž životní osud se v mládí nečekaně „zlomil“. Případy simplexní schizofrenie viděl mezi nádeníky, obchodníky, lidmi, kteří nedokázali zodpovědně plnit očekávání společnosti a své „povinnosti“. Tradiční kraepelinovské dělení doplněné o simplexní schizofrenii, bylo základem klinické typologie, která zůstala součástí nozologických klasifikací dodnes. Členění schizofrenního obrazu na základě aktuálně převažující psychopatologie pomáhá zvýšit spolehlivost diagnózy. Má význam pro komunikaci s nemocným a pro diferenciovanou péči o ně. Jsou to následující formy schizofrenního onemocnění:

- a) **Paranoidní forma schizofrenie** je nejčastější klinická forma. V popředí je paranoidní bludná, většinou perzekuční symptomatika, často doprovázena sluchovými, verbálními halucinacemi, někdy jsou přítomny i bludy megalomanické, religiózní. Emotivita je nestálá s projevy ambivalencí.
- b) **Hebefrení forma schizofrenie** je vzácnější forma, charakterizována poruchami chování, které je přehnaně klackovité, doprovázené grimasováním a manýrováním. Nápadné jsou formální poruchy myšlení, se sklonem k pseudofilozofování, s povrchním zájmem o okultismus, exotická náboženství, paranormální jevy. Řečový projev je často inkoherentní. Pokud jsou přítomny bludy, mají měnlivý charakter. Je tendence k sociální izolaci. Halucinace nemusejí být přítomny.
- c) **Katatónní forma schizofrenie** - méně častý typ nemoci, v popředí jsou příznaky motorické poruchy, které se projevují ve dvou formách:
 1. neproduktivní katatonie – katatónní stupor, v popředí se vyskytuje svalová rigidita, flexibilitas cerea, nástavy, dlouhé setrvání v nepřírozených polohách, mutismus. Tento stav ohrožuje život nemocného, který nepřijímá stravu ani tekutiny, vědomí není porušeno, stupor může být náhle a bez podnětu prolomen prudkým vzrušením (anxiózní raptus), často doprovázeným agresivním či autoagresivním jednáním.
 2. produktivní katatonie - emoční vzrušení je doprovázeno nesmyslnou motorickou aktivitou, kterou není možné ovlivnit vnějšími podněty, přítomny jsou různé typy echomatismů, povelový automatismus, zřetelné manýrování a grimasování, které mívají stereotypní charakter.

- d) Residuální forma schizofrenie** je chronické stádium nemoci po předchozích akutních atakách schizofrenie, negativními příznaky, zpomalené psychomotorické tempo, chudá afektivní reaktivita, málomluvnost, omezená schopnost zrakového kontaktu.
- e) Simplexní forma schizofrenie** je velmi pozvolna se rozvíjející forma nemoci, charakterizována neobvyklým, podivínským až bizarním chováním. Myšlení je obsahově chudé a chudá je i schopnost sociální adaptace, je přítomna hypobulie, emoční oploštělost. Nejsou přítomny bludy, halucinace.
- f) Nediferencovaná forma schizofrenie** nesplňuje obecná kritéria pro schizofrenii, ale svými příznaky neodpovídá žádnému uvedenému typu schizofrenie. Příznaky nejsou dostatečně vyjádřeny nebo je příznaků tolik, že naplňují současná kritéria pro více forem nemoci. Někdy je tato forma označována jako atypická schizofrenie. (*Höschl a kol., 2002, Hanuš a kol., 2000*)

2.5. Diagnostická kritéria schizofrenie

Příznaky, které jsou důležité pro onemocnění a vyskytují se často a společně jsou v Mezinárodní klasifikaci nemocí – 10 tříděny do následujících skupin:

- a) Slyšení vlastních myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek.
- b) Bludy kontrolovanosti, ovlivňování nebo prožitky pasivity, které se jasně vztahují k pohybům těla nebo údů, nebo ke specifickým myšlenkám, jednání, nebo citění, bludné vnímání.
- c) Halucinované hlasy, které neustále komentují chování pacienta nebo o něm mezi sebou rozmlouvají, nebo jiné typy halucinovaných hlasů, přicházejících z určité části těla.
- d) Trvalé bludy jiného druhu, které jsou v dané kultuře nepatřičné a nepřijatelné, jako je např. náboženská nebo politická identita, nadlidské síly nebo schopnosti (např. schopnost ovlivňovat počasí, schopnost spojení s cizinci z jiného světa).

Z těchto skupin by pro diagnózu schizofrenie měl být přítomen jeden nepochybný a jasný příznak nebo dva příznaky, jejichž přítomnost je méně zřetelná.

- e) Přetrvávající halucinace v kterékoliv formě, když jsou doprovázeny buď prchavými, nebo neúplně formulovanými bludy bez jasného afektivního obsahu, nebo přetrvávajícími ovládacími představami nebo, když se vyskytují denně po několik týdnů nebo měsíců.

- f) Zarázy nebo vkládání jiného obsahu do toku myšlenek a z těchto jevů vyplívající inkoherece nebo nepřiléhavost v řeči, nebo neologizmy.
- g) Katatonní jednání, jako je např. vzrušenost, setrvávání v nastavených pozicích, flexibilitas cerea, negativismus, mutismus a stupor.
- h) Negativní příznaky, jako je např. výrazná apatie, ochuzení řeči a emoční oploštělost. Musí být však jasné, že se nejedná o příznaky vyplývající z deprese nebo z léčby neuroleptiky.
- i) Výrazné a nápadné kvalitativní změny v chování, jako je ztráta zájmů, bezcílnost, nečinnost, ztráta vztahů k okolí a sociální stažení.

Přítomnost příznaků alespoň ze dvou výše uvedených skupin slouží jako diagnostické vodítko pro schizofrenii. Příznaky by měly trvat alespoň jeden měsíc nebo déle. (*Hanuš a kol., 2000*)

2.6. Diferenciální diagnostika

Výše uvedené příznaky by neměly být spojovány s manickou či depresivní symptomatologií, taktéž s organickým onemocněním mozku, intoxikací nebo odvykacím stavem po odnětí návykové látky. V případě psychotropních látek je nutno zvažovat, zda jejich abusus nebyl spouštěcím faktorem pro rozvoj schizofrenie. Jednotlivé příznaky je nutno hodnotit s dobrou znalostí sociálního a kulturního, etnického prostředí, ve kterém nemocný žije. (*Höschl a kol., 2002*)

2.7. Léčba schizofrenie

Léčba schizofrenie probíhá na třech úrovních – biologické, psychologické a sociální.

2.7.1. Biologická léčba schizofrenie

V případě výskytu akutní epizody schizofrenie, projevující se stavy neklidu, agitovanosti, hostilitou, aktivním negativismem, jsou lékem první volby **antipsychotika (neuroleptika)**. Antipsychotika zůstávají stále základem léčby pro své okamžité sedativní účinky a dlouhodobý antipsychotický efekt. Jsou lékem první volby pro potlačení neklidu, agitovanosti, agresivity. (*Hanuš a kol., 2000*)

Rozdělení antipsychotik:

- a) **Klasická antipsychotika**, pro rychlejší nástup účinku v těchto případech použijeme intramuskulární, eventuálně intravenózní podání farmaka haloperidolum (Haloperidol), levopromazin (Tisercin), chlorpromazin (Plegomazin). Nástup účinku lze očekávat za 30 – 45 minut. Klasická antipsychotika dobře ovlivňují pozitivní psychotické příznaky

(halucinace, bludy, dezintegraci myšlení), ale nemají dostatečný vliv na negativní symptomy (autizmus, oploštělou afektivitu, apatii). Klasická antipsychotika však mají vyšší výskyt nežádoucích příznaků, jako jsou extrapyramidové příznaky.

b) Atypická antipsychotika (antipsychotika 2. generace) ovlivňují pozitivní i negativní symptomy schizofrenie a některá jsou účinná i u farmakorezistentních forem onemocnění. Extrapyramidovou symptomatiku vyvolávají méně často než klasická antipsychotika. Ve většině případů nezvyšují prolaktémii, nepůsobí prokonvulzivně ani toxicky. Jsou lépe snášeny nemocnými, nedochází u nich k častým relapsům onemocnění. Mezi atypická antipsychotika řadíme risperidon (Risperdal), ziprasidon (Zeldox), olanzapin (Zyprexa), quetiapin (Seroquel). (*Marková a kol., 2006*)

Pro některé nemocné, zvláště při nižší úrovni spolupráce při léčbě, jsou podávána antipsychotika v depótní injekční formě pro hlubokou intramuskulární aplikaci – flufenazin (Moditen), haloperidolum decanoas (Haloperidol decanoat), oxyprotepin (Meclopin), zuklopentixol (Cisordinol), risperidon (Risperdal Consta). Aktivní látka se pomalu uvolňuje z olejového depa, a tím se vytváří stabilní hladina farmaka. Intervaly mezi jednotlivými dávkami léku jsou 10 dní - 4 týdny. (*Marková a kol., 2006*)

Antipsychotika poskytují nemocnému bezprostřední úlevu svým sedativním a anxiolytickým účinkem. Vlastní antipsychotický účinek však nastupuje v průběhu prvních dvou až tří týdnů léčby. Proto je doporučováno hodnotit účinnost zvoleného preparátu až po 4 týdnech léčby a nepřecházet na jiný lék dříve. V prvních třech týdnech je vhodné podávat antipsychotika nejméně ve dvou denních dávkách k omezení kolísání plazmatické hladiny. Později je dostatečné a pro nemocného pohodlné podávat antipsychotika jen v jedné denní dávce. (*Hanuš a kol., 2000*)

Ve 20. století došlo k významnému pokroku při léčbě schizofrenie, a to v redukci symptomatologie a k reintegraci do společnosti. V 60. letech bylo hlavním kritériem úspěšnosti redukce symptomatologie. V 70. letech začíná převažovat prevence recidiv a dlouhodobá profylaktická léčba. V 80. letech se začíná klást důraz na i na ovlivnění příznaků důležitých pro opětovné zařazení do společnosti a na kvalitu života léčených. V 90. letech dochází k nástupu atypických antipsychotik, vystupuje do popředí reintegrace do společnosti, funkční úprava a prožití kvalitního a plnohodnotného života. V současnosti jsou zavedeny nové léčebné cíle a strategie ve farmakoterapii. Aplikace co nejnižších dávek a nejvíce účinných antipsychotik, kontinuální a dlouhodobá léčba, nutnost zohlednění fází léčby, to

znamená v akutní fázi aplikace vysokých dávek antipsychotik a pokračující a stabilizační v postupném snižování dávek antipsychotik. (dostupné z www.zdravcentra.cz, článek *duševní zdraví a schizofrenie v Evropě – jak otevřít mysl, jak otevřít dveře?*, aktualizováno 28.6.2009)

Společně s antipsychotiky je nutné v některých případech podávat doplňující psychofarmaka, jako např. Lithium carbonicum k potlačení agresivního jednání, impulzivity a ke stabilizaci nálady. Ve stejných indikacích lze použít některá antikonvulziva (karbamazepin, valproát). Při výraznější depresivní symptomatice jsou spolu s antipsychotiky podávána antidepresiva. V udržovací léčbě pokračujeme stejným antipsychotikem, které mělo optimální účinnost při léčbě akutní epizody nemoci, a to nejnižší efektivní dávkou. V případě první epizody schizofrenie je doporučována udržovací léčba po dobu 1-2 let. Delší, často celoživotní léčba je potřebná při opakovaných epizodách nemoci nebo při přetrvávající symptomatice. Léčba musí být kontinuální a dlouhodobá, aby zajistila dostatečnou antipsychotickou profylaxi. Zvláštní pozornost je nutné věnovat nežádoucím účinkům antipsychotik, mezi které řadíme:

1) **Extrapyramidové příznaky** vznikající bloádou dopaminových receptorů v bazálních gangliích. Jsou nejčastějšími příznaky a dělí se na časně (farmakologický parkinsonoid, akutní dyskinéze, akatizie) a pozdní (tardivní dyskinéze, dystonie, akatizie).

2) **Vegetativní nežádoucí příznaky** jako je např. posturální hypotenze a reflexní tachykardie, pokles libida, poruchy erekce, ejakulace, suchost sliznic, snížené pocení, porucha oční akomodace, zácpa, ztížené močení až retence moče, obtížné polykání, ovlivnění sekrece polaktinu.

Je nutné věnovat pozornost pravidelným kontrolám krevního obrazu při léčbě klozapinem, (Leponex), vzhledem k riziku útlumu krvetvorby a vzniku životu nebezpečné agranulocytózy.

3) **Neuroleptický maligní syndrom** je obávanou komplikací při léčbě neuroleptiky. Jedná se o život ohrožující stav, projevující se svalovou rigiditou, hypertermií, tachykardií, tachypnoe, zvýšením krevního tlaku, pocením, inkontinencí, poruchami vědomí a jednání (somnia, sopor, kóma, negativismus, mutismus). Léčba musí probíhat na jednotkách intenzivní péče. Spočívá ve kvalitní ošetrovatelské péči, udržování vodního a minerálového hospodářství a léčbě hypertermie Dantrolenem. (Hanuš a kol., 2000, Hynie, 2001, Höschl a kol., 2002)

Činnost sestry v rámci podávání léků (antipsychotik) spočívá v jejich správné a bezpečné aplikaci. Ve stavech agrese, agitovanosti nemocného je nutné antipsychotika podat intramuskulárně a pro správnou aplikaci léků zajistit dostatečný počet zdravotnických pracovníků. U perorálního podání léků je nutné zkontrolovat ústa nemocného pro případné „podvádění“ s užitím léků. Sestra sleduje nástup účinku léku, případný vznik nežádoucích účinků léků, a v případě jejich výskytu, neprodleně informuje lékaře k určení dalšího postupu léčby. *(standard ošetrovatelské péče č.3 neklidového oddělení Psychiatrické léčebny Bohnice - podávání léků)*

Elektrokonvulzivní terapie

Elektrokonvulzivní terapie je nefarmakologický způsob léčby psychických poruch, při kterém krátký puls elektrického proudu projde mozkem pacienta. Tento impuls vyvolá umělý (arteficiální) epileptický záchvat. Elektrokonvulzivní terapie lze indikovat u těžké depresivní fáze s psychotickými příznaky, u nemocných, u kterých hrozí nebezpečí suicidia, u pacientů s katatonní symptomatologií a v neposlední řadě je velmi účinnou metodou k rychlému zvládnutí neuroleptického maligního syndromu. Pacient musí s elektrokonvulzí souhlasit, tj. musí podepsat informovaný souhlas. Výjimkou je letální katatonie, maligní neuroleptický syndrom, stuporózní stavy s odmítáním potravy, sebevražedné riziko a rezistence k farmakoterapii. U nezletilých podepisují souhlas rodiče nebo zákonní zástupci. Před vlastní aplikací se pacient uspí - je mu aplikováno anestetikum (většinou thiopental) a myorelaxans (obvykle sukcinylcholinjodid). Jakmile je dostatečně hluboká anestezie i svalová relaxace, aplikuje se elektrokonvulze. Aby byla elektrokonvulze účinná, musí trvat minimálně 20 s. Celkový počet elektrokonvulzí by měl být minimálně 6, maximálně 12. Aplikují se většinou 3x týdně, u závažných stavů lze na počátku i denně. Při kombinaci elektrokonvulzivní terapie se současnou terapií klasickými či atypickými antipsychotiky nebyly prokázány žádné inkompatibility. *(dostupné z www.wikipedia.cz, příspěvek elektrokonvulzivní terapie, aktualizováno dne 20.6.2009)*

Léčba výše uvedených stavů metodami inzulinových nebo atropinových kómat již patří minulosti. *(Höschl a kol., 2002)*

2.7.2. Psychologická léčba schizofrenie

Spočívá v individuálním přístupu využívající metod podpurné a často i explikativní psychoterapie. Slibnou se zdá být metoda kognitivně behaviorální terapie, a to při ovlivňování takových příznaků jako jsou bludy a halucinace. (Hanus a kol., 2000)

2.7.3. Sociální léčba schizofrenie

Péče o pacienty se schizofrenií by měla být vysoce individualizovaná a zacílená k postupnému dosažení dobře definovaných cílů. Společně s psychiatrem se na její přípravě mají podílet i další členové léčebného týmu: psychologové, sestry, sociální pracovníce, pracovní terapeuti a další. Strukturu péče je možno přizpůsobit s použitím léčebných modulů ke zvládnání jednotlivých problémů. Příklady takových léčebných modulů jsou např.:

Psychoedukace. Snaha poučit pacienta o povaze jeho onemocnění a o důvodech léčebných zákroků a opatření. Měl by se naučit rozumět tomu, co se s ním děje, a pochopit, že své prožitky, obavy a nejistoty unese lépe, nebude-li se je bát sdělit. Od prvních příznaků je vhodné, aby terapeutický tým byl v kontaktu s rodinou nemocného. Psychoedukace nemocného a rodiny je účinná, pokud působí souběžně. Pravidelný kontakt s rodinou nemocného vytváří předpoklady pro její aktivní podíl na dlouhodobé léčbě a rehabilitaci.

Pracovní terapie. Cílem pracovní terapie je udržet nemocným sebevědomí a perspektivu. Slouží k získání nebo upevňování rekreačně i kreativně zajímavých dovedností, např. arteterapie. Pracovní terapie zlepšuje symptomatologii onemocnění a spolupráci nemocných, snižuje počet rehospitalizací a relapsů, pacienti mají větší úspěšnost v zaměstnání, lepší sociální schopnosti.

Individuální psychoterapie. Mírou i složením individualizovaná psychoterapie je součástí terapeutického plánu. Může pomoci řešit problémy, které by jinak sloužily jako psychologický spouštěč psychózy. Psychoterapie může pacientovi pomáhat při udržování kontroly nad svým chováním. Její účinek je třeba průběžně ověřovat. Je rozumné snížit její aspirace pod úroveň, na kterou se psychoterapeut cítí dostatečně erudován a po kterou má dostatek osobních rezerv a osobnostních vloh.

Komunitní péče.

Jde o systém terapie, pomoci a podpory, který je uspořádán tak, aby byl schopen pomoci lidem s vážnějším psychickým postižením. Žít, co možná nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co nejspokojivějším způsobem.,

Mezi specifické komunitní služby patří:

Krizové služby a domácí léčení:

Jedná se o telefonickou pomoc provozovanou profesionálními pracovníky. Další formou pomoci je krizové kontaktní centrum, kam si klient může dojít pro pomoc. Jinou variantou je služba s možností přespaní, jde buď o samostatná krizová lůžková centra, nebo o jednotky akutní pomoci či urgentní psychiatrické péče v rámci nemocnic. Délka pobytu na krizovém oddělení bývá jeden, maximálně dva týdny. Poslední variantou pomoci je tzv. mobilní služba (domácí péče). Systém domácího léčení je výrazem snahy léčit i akutní psychické poruchy v domácím prostředí s uplatněním domácích návštěv a vyvarovat se tak pokud možno nutnosti hospitalizace, která pro pacienta i pro rodinu přináší mnoho nevýhod.

Denní centra a stacionáře:

Jde o zařízení docházkového typu, jež poskytují terapii a pomoc různým skupinám pacientů. Prokázalo se, že mohou v řadě případů předcházet hospitalizaci či nahrazovat klasickou lůžkovou péči. Pod pojmem denní péče lze zahrnout širokou škálu služeb. Dle funkcí se dají rozdělit na terapeutické, rehabilitační, v oblasti zaměstnávání a v oblasti sociální.

Podpora v bydlení:

Může se jednat o alternativu hospitalizace - léčebné komunity (efektivní v případě akutních pacientů). Další oblast tvoří programy zaměřené více na posílení dovedností, samostatnosti, schopnosti zvládat zátěžové situace (zaměřeno na pacienty s dlouhodobě probíhajícím onemocněním) – chráněné byty, nebo komunitní bydlení.

Podpora v práci:

Pracovní integrace duševně nemocných předpokládá sladění prováděných opatření lékařské, sociální a pracovní rehabilitace. Aktivity pracovní rehabilitace se dělí na různá zařízení a formy pomoci. Na prvním místě se jedná o ergoterapii (pracovní a činnostní terapie). Chráněné dílny jsou většinou součástí lůžkových zařízení (textilní, dřevařská, šperkařská, košíkářská, keramická dílna aj.). Chráněná zaměstnání s možností postupného zařazování do

pracovního procesu, s přítomností terapeuta (kavárna, čajovny, trafiky). Dalšími důležitými programy, které napomáhají k zaměstnávání duševně nemocných, jsou programy Job Club. Zaměřují se na vlastní trénink klientů a na aktivní samostatné shánění pracovního uplatnění, na způsob vlastní prezentace při pohovoru se zaměstnavatelem, na adaptaci v novém zaměstnání a v novém kolektivu.

Mezi organizace zajišťující komunitní péči o duševně nemocné patří např. *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Fokus aj.* (Höschl a kol., 2002)

2.8. Prognóza, stigma a právní problematika spojená se schizofrenií

Asi 20% dospělých má vynikající prognózu, prodělá za život pouze jednu epizodu onemocnění bez jakýchkoliv následků. Přibližně 1/3 pacientů je postižena několika epizodami schizofrenní poruchy s minimálními následky. Z toho 10% nemocných se epizody opakují, ale trvalé poškození se dalšími relapsy příliš nemění. Na návratu nové ataky nemoci se podílí řada ovlivnitelných ataků např. špatné fungování rodiny, předčasné vysazení pravidelné perorální medikace pacientem, užití omamné či psychotropní látky. (Höschl a kol., 2002, Malá, 2005)

Poslední 1/3 má opakující se epizody vedoucí k devastaci jak psychických, tak sociálních funkcí. Prognóza se dá odhadnout také podle toho, v jakém vývojovém stádiu onemocnění propuklo. Začátek schizofrenie v raném dětství znamená velmi špatnou prognózu v dospělosti. Až v 70% dochází k defektu intelektových funkcí, sociálního přizpůsobení a zařazení. Mnoho nemocných proto končí v ústavech pro mentálně retardované. Pokud onemocnění propukne v pozdějším dětství a v preadolescenci je prognóza nejistá. U onemocnění vzniklého v adolescenci pak může být prognóza i velmi dobrá – schizofrenie může mít všechny výše uvedené průběhy K faktorům, které zvyšují pravděpodobnost dobré prognózy patří akutní začátek onemocnění až kolem 14.-18. roku věku, nadprůměrné IQ a nepřítomnost hereditární zátěže. Naopak pro špatnou prognózu svědčí počátek onemocnění v nízkém věku, pozvolný, plíživý začátek onemocnění, hereditární zátěž a nižší IQ. Velký vliv na špatnou prognózu, má samozřejmě také fakt, že k rozpoznání schizofrenie v dětství a adolescenci dochází až po měsících, někdy i letech. Pokud nedojde k včasné diagnóze, nemůže být ani zahájena včasná léčba tak, aby se předešlo špatnému průběhu nemoci. (Malá, 2005)

Velmi problematickým faktorem, který ovlivňuje prognózu onemocnění je stigma nemoci, tzn. označení či ztížení, které je jakýmsi shrnutím předsudků o tom, co znamená být duševně nemocný. Stigma duševní nemoci často vede k tomu, že nemocní mohou být považováni za nesvéprávné, zhlouplé a zejména nevypočítatelné a potencionálně nebezpečné. Stigma bere duševně nemocným sebedůvěru, zhoršuje jejich uplatnění a brání jejich návratu do společnosti a do práce. Řešením, které se obvykle jeví jako nezbytné, je navržení částečného nebo plného invalidního důchodu. Plná invalidizace pacienta je sice poměrně bezpečné řešení situace, ale může podpořit negativní symptomatiku a vést k pasivitě nemocného a postupně k úplné ztrátě aktivních vztahů k okolnímu světu. Je vhodné pacientovi vysvětlit, že slovo invalidní důchod nemá význam konečného soudu o jeho schopnostech a lidského hodnotě. Je užitečné seznámit ho s možností tzv. „pracovního pokusu“ a v týmu vypracovat plán pracovní a sociální rehabilitace. (Höschl a kol., 2002)

Právní problematika spojená se schizofrenií může spočívat například při posuzování způsobilosti k řízení motorového vozidla. Schizofrenní onemocnění patří mezi stavy, které vedou ke zdravotní nezpůsobilosti držet zbraň a střelivo. V praxi může dojít k problému v souvislosti s trestným činem, jehož provedení a povaha svědčí o tom, že nebyl v žádné souvislosti s reziduální symptomatickou psychózou. Obecně platí, že znalecké posouzení věnuje pozornost okolnostem případu a zdravotnímu stavu pacienta v době spáchání trestného činu. (Höschl a kol., 2002)

2.9. Identifikační údaje pacienta

Zde jsou z lékařské dokumentace uvedeny identifikační údaje ošetřovaného pacienta, pana J.K. s diagnózou paranoidní schizofrenie.

Jméno: J.K.

Oslovení: příjmením

Věk: 36 let

Stav: svobodný

Bydliště: Praha

Kontaktní osoba: matka

Povolání: prodavač elektroniky

Vzdělání: gymnásium

Národnost: česká

Vyznání: ateista

Den přijetí: 21. 11.2008

Dny ošetřování: 21.11. – 23.11.2008

2.10. Lékařská anamnéza a diagnóza

Anamnéza odebrána 21. 11. 2008 ošetřujícím lékařem.

Rodinná anamnéza: Stáří matky 57 let, léčena pro neurotické potíže, v současné době je zaměstnána jako pokladní. Otec 58 let, psychiatricky neléčen, s pacientem se nestýká. Bratr 34 let, psychiatricky neléčen.

Osobní anamnéza: Prodělal běžná dětská onemocnění, operace neudává, ve 14 letech komoce mozku, bezvědomí při ní neprodělal, neurologickými nemocemi netrpí.

Abusus: Pacient je abstinent, nekuřák, udává občasné užívání kanabinoidů.

Farmakologická anamnéza: Pravidelně užíval olanzapin (Zyprexa 10 mg) 1-0-0 tbl., dle sdělení matky pacient za poslední měsíc léky neužíval, podle vlastního mínění je nepotřebuje.

Alergická anamnéza: V 10 letech měl alergickou reakci v podobě kožního enantému po podání penicilínového antibiotika.

Sociální anamnéza: Pacient je svobodný, bezdětný, žije s matkou v bytě 2+1 panelového domu v Praze.

Pracovní anamnéza: V současné době pracuje jako prodavač elektroniky v obchodním centru. Potvrzení o pracovní neschopnosti nevystaveno.

Kriminalita: Pacient nebyl v minulosti trestně stíhán.

Řidičský průkaz: Řidičský průkaz pacient nevlastní.

Zbrojní průkaz, střelná zbraň: Zbrojní průkaz pacient nemá, střelnou zbraň či střelivo nevlastní.

Parere: Pacient dne 21. 11 2008 odeslán lékařem rychlé lékařské pomoci v doprovodu Police České republiky. Doma se „zabarikádoval“ se svou matkou. Velmi se obává pronásledování tajnými službami. Odmítá již několik dnů přijímat stravu a tekutiny, domnívá se, že mu jsou podávány jedy. Dle sdělení matky v posledních dvou týdnech došlo k zhoršení stavu, pacient si sám vysadil pravidelnou medikaci, většinu noci nespí, odmítá zcela vycházet z bytu, přestal chodit do práce. Psychiatricky léčen v roce 1997 na psychiatrické klinice Ke Karlovu, nyní první hospitalizace v Psychiatrické léčebně Bohnice. Dochází na pravidelné kontroly k ambulantnímu psychiatrovi.

Nynější onemocnění: Při příjmu byl pacient značně psychotický, v projevu byl nastražený, nedůvěřivý k ošetřovatelskému personálu, zaujímal naslouchací postoje, zřejmě pod vlivem

sluchových halucinací. Zde uvádím slovní projev pacienta ze dne příjmu na naše oddělení: *Všechno to je strašný kolotoč, i přesto o nich vím, jsou všude kolem mě, ohrožují mě, míří na mě laserovými pistolemi, rozumím ti, nemusíš mi to opakovat, už toho nechte, radši mě zbijte do krve, než mě vydáte na popravu, nevím, proč jsem tady, dřív Vás zabiji já, než vy“*

Status presens: Pacient lucidní, dezorientovaný, časem, situací, kontakt nevalidní, tenzní, psychomotoricky neklidný, verbálně agresivní, přecházející do brachiální agrese, hlučný. V popředí masivní paranoidní bludná produkce, suspektně sluchové halucinace, zcela bez náhledu. K léčbě se pacient staví negativisticky. Z důvodu aktuálního psychotického stavu, heteroagrese, pacient přijímán na neklidové oddělení k nedobrovolné hospitalizaci.

Vyšetření: Vstupní laboratorní screening.

Dg.: F 20.0 Paranoidní schizofrenie.

(zdravotnická dokumentace)

2.11. Výsledky laboratorních vyšetření (dne 21.11.2008):

Laboratorní výsledky jsou seskupeny ve třech sloupcích. Levá část označuje vyšetřovanou položku, prostřední část aktuální hladinu v krvi či moči pacienta, pravá část laboratorní referenční meze laboratoře Psychiatrické léčebny Bohnice. Odběry jsem prováděl v den příjmu pacienta (21.11.2008) na „statim“ indikaci, což znamená s vyhotovením laboratorních hodnot do dvou hodin od odeslání biologického materiálu.. Pacientovi jsem vysvětlil nutnost krevních odběrů a metodiku jejich provedení. S výkonem zprvu nesouhlasil, až po domluvě se svou matkou, spolupracoval. Zároveň poté pacient spolupracoval v odběru moče. U příjmu pacienta byla po celou dobu přítomna jeho matka, která pacientovi vysvětlila nezbytnost této procedury.

A. Krev

a) Biochemické vyšetření krve:

Na:	138 mmol/l	137-146
K:	3,75 mmol/l	3,80-5,00
Cl:	95 mmol/l	97-108
Osmolalita:	300 mmol/l	285-295
ALT:	1,12 μkat/l	0,15-0,75
AST:	0,84 μkat/l	0,16-0,58

GMT:	0,42 $\mu\text{kat/l}$	0,14-0,92
ALP:	1,38 $\mu\text{kat/l}$	0,66-2,60
Bilirubin:	7,6 $\mu\text{mol/l}$	2,0-17,0
Albumin:	34,7 g/l	35,0-53,0
CB:	62,0 g/l	65,0-85,0
Glykémie	3,6 mmol /l	4,5 -6,5
Močovina:	6,0 $\mu\text{mol/l}$	2,8-8,0
Kreatinin:	85 $\mu\text{mol/l}$	44-115

b) Krevní obraz:

Erythrocyty:	5,07x10 ¹² /l	4,50-5,90
Leukocyty:	8,62x10 ⁹ /l	4,00-10,00
Trombocyty:	237x10 ⁹ /l	140-392
Hemoglobin:	141g/l	140-175
Hematokrit:	0,413	0,400-0,520

B. Moč

a) Moč CH+S

Hustota:	1040kg/m³	1003-1035
Ph:	5,5	5,5-7,0
Leukocyty:	neg	
Krev:	neg	
Bílkovina:	neg	
Glukóza:	neg	
Ketolátky:	neg	

b) Toxikologické vyšetření moče

Kanabinoidy:	>200
Amfetaminy:	neg

Metamfetaminy: neg

Opiáty: neg

Z biochemického vyšetření krve byla snížena hladina kalia a chloridů, elevovány (zvýšeny) jaterní transaminázy (ALT, AST), zvýšená osmolalita snížená hladina celkové bílkoviny a snížená glykémie.

Z vyšetření krevního obrazu byly všechny laboratorní hodnoty v normě.

Z chemického vyšetření moči byla zvýšena specifická hustota moče a z toxikologického vyšetření moči byly pozitivní kanabinoidy.

2.12. Fyziologické funkce

V tabulkách jsou uvedeny fyziologické funkce – krevní tlak, puls a tělesná teplota - za 3 dny ošetřování pana J.K.

21.11.2008	Tlak krevní (TK)	Puls (P)	Tělesná teplota (TT)
Ráno:	140/ 90 mmHg	100	36,6°C
Poledne:	135/80 mmHg	110	36,4°C
Večer:	130/80 mmHg	86	36,7°C

22.11.2008	TK	P	TT
Ráno:	150/ 95 mmHg	120	36,5°C
Poledne:	120/90 mmHg	78	36,5°C
Večer:	125/70 mmHg	82	36,6°C

23.11.2008	TK	P	TT
Ráno:	120/ 80 mmHg	78	36,3°C
Poledne:	130/80 mmHg	82	36,5°C
Večer:	140/90 mmHg	88	36,8°C

2.13. Přehled terapie

Zde uvádím lékařskou ordinaci ze dne 21.11.2008 v přehledu.

Pravidelná perorální medikace:

1) Zyprexa Velotab olanzapinum (10 mg) 1-0-1 tbl.

Charakteristika léku: Jedná se atypické antipsychotikum. Úspěšně ovlivňuje pozitivní i negativní schizofrenní příznaky. Při dlouhodobém podávání profylakticky brání novým exacerbacím psychózy. Denní dávka je 10-20 mg. Zyprexa je vyráběna ve formě tablet, injekcí a rozpustných tablet (Velotab), které jsou vhodné pro podávání pacientům v případě obtížného polykání.

2) Rivotril (Clonazepam) 2 mg 1-1-0 tbl., eventuálně 20-20-20 kapek

Charakteristika léku: Jedná se o antiepileptikum, antikonvulzivum, benzodiazepinové anxiolytikum. Lék se vyznačuje širokým spektrem svého účinku. U následujícího případu je indikován jako součást farmakoterapie akutního neklidu, hostility, agresivity v rámci schizofrenního onemocnění. Benzodiazepiny mají dlouhý vylučovací poločas, a to nad 18 hodin. Mohou se kumulovat v organismu, a tím vyvolat následující den sedaci, útlum reaktivity a pozornosti. Závislost na klonazepamu vzniká u 1-3% léčených. Průměrná denní dávka činí 2-4 miligramy rozděleny ve 2-3 dávkách. Rivotril je vyráběn ve formě tablet, kapek, injekcí.

3) Simepar (Silymarinum) 70 mg 1-1-1 cps (kapsle)

Charakteristika léku: Simepar patří do lékové skupiny hepatoprotektiva. Používá se k pomocné léčbě u chronické perzistující hepatitis, jaterní cirhózy a u toxicko- metabolických lézí jater, například poškození jater alkoholem, lékové poškození jater apod.. Dávkování léku je obvykle 3krát denně 1 tobolka. Vyrábí se pouze ve formě kapslí.

4) *Odmítání pravidelné perorální medikace:* Zyprexa (10 mg) injekce 1-0-1 ampule intramuskulárně. (popsáno výše)

5) *Nespavost:* Hypnogen 10 mg 1 tableta perorálně (Zolpidemi tartas)

Charakteristika léku: jedná se o hypnotikum, sedativum. Podává se při nespavosti, obvyklá denní dávka činí 1 tabletu těsně před ulehnutím do lůžka. Vyrábí se pouze ve formě tablet.

6) *Neklid*: Haloperidol 1 ml 1 ampule intramuskulárně + Apaurin 2 ml 1 ampule intramuskulárně, max. 3x denně

7) *Infúsní terapie*:

1. Fyziologický roztok 500 ml , 2 amp. KCL (7,5 %).
2. Glukóza (5 %) 500 ml.
3. Fyziologický roztok 500 ml, 1 amp. KCL (7, 5 %), 1 amp. Acidum ascorbicum.
4. Fyziologický roztok 500 ml, 1 amp. Thiamin

-zavedení periferní kanyly

- měření příjmu a výdeje tekutin, zavedení bilančního záznamu

8) *Fyziologické funkce*:

TK, P , TT 3 x denně a podle potřeby.

9) *Laboratorní vyšetření*:

Vstupní screening + moč k toxikologickému vyšetření - STATIM (viz kapitola 2.11.), kontrolní odběry 24. 11. 2008 STATIM Na, K, Cl, Glykémie, ALT, AST.

10) *Lokální ošetření PDK*

Na nárt pravé dolní končetiny Dolgit mast. 2 x denně, stáhnout elastickou bandáží, postižené místo ledovat.

Péče o periferní kanylu.

Bolest pravé dolní končetiny: Ibalgin (400 mg) 1 tbl. p.o., max. 3x denně

3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

Pana J.K. jsem ošetřoval ve dnech 21.11. – 23.11.2008. Pacient byl přijímán v doprovodu své matky z centrálního příjmu pacientů Psychiatrické léčebny Bohnice dne 21.11.2008 v 7:30. Při příjmu byl pacient tenzní, hlučný, agresivní verbálně i brachiálně, zcela nespolupracující. V popředí se vyskytovaly paranoidní bludy a projevy sluchových halucinací. Při ošetřování pana J.K. jsem postupoval podle komplexní ošetřovatelské péče dle zvyklostí oddělení. U všech nemocných přijatých na neklidové oddělení je ošetřovatelská péče zaměřena:

- na chování, změny stavu, rizika (agresivita, autoagresivita a heteroagresivita, suicidální tendence)
- na útěk,
- na správné užití medikace,
- na příjem stravy a tekutin,
- na hygienu,
- na výskyt nebezpečných předmětů, např. zapalovač, příborový nůž apod.,
- na spánek (*provozní pokyny neklidového oddělení Psychiatrické léčebny Bohnice*)

3.1. Ošetřovatelská anamnéza

Odebrána podle vstupního ošetřovatelského záznamu ÚTPO 1. LF UK dne 21. 11. 2008. Anamnézu jsem se pokusil odebrat rozhovorem s panem J.K. Bohužel pro mnoho nevalidních údajů v rámci psychotického stavu nebylo možno odebrat anamnézu.. Mnoho důležitých informací jsem získal rozhovorem s matkou pacienta, která byla přítomna při hospitalizaci svého syna. Poskytla mě všechny potřebné informace v den příjmu pacienta.

3.1.1. Náhled pacienta na nemoc a hospitalizaci

Nemocný pan J.K. byl v postoji ke své nemoci zcela bez náhledu, význam hospitalizace si nepřipouštěl, negativistický, hostilní oproti ošetřovatelskému personálu.

3.1.2. Fyziologické potřeby:

Dýchání: Dýchání zrychlené, frekvence 22 dechů/min, typ břišní. Potíže s dýcháním v minulosti neudává, nekuřák.

Hydratace: U pacienta došlo ke změně příjmu tekutin v rámci bludné produkce. Odmítá jakýkoliv příjem tekutin. Příjem tekutin má zajištěn pomocí infúzní terapie, a to množstvím

2000 ml denně. Objektivně měl pacient kožní turgor v normě, jazyk a sliznice dutiny ústní jsou suché, povleklé.

Výživa: Pacient odmítá přijímat stravu z důvodu bludné produkce. Domnívá se, že strava je otrávena. Pan J.K. je postavy štíhlé, body mass index (BMI) činí 22,5 při výšce 186 cm a váze 78 kg. Podle sdělení matky došlo u pana J.K. za poslední měsíc k váhovému úbytku, asi o 5 kg. Chrup pacienta kompletní, zdravý.

Vyprazdňování moče: Subjektivně pacient potíže s vylučováním neguje. Objektivně je moč tmavší barvy, bez patologických příměsí. Množství vylučování moči nelze objektivizovat pro nespolupráci pacienta. Po celou dobu je pacientovi monitorován příjem tekutin.

Vyprazdňování stolice: Pan J. K. neudává problémy s vyprazdňováním stolice. V minulosti potíže s vyprazdňováním stolice neměl. Údaje o poslední defekaci nelze od pacienta získat z důvodu nespolupráce.

Fyzická aktivita: Před hospitalizací neměl pan J.K. problémy s fyzickou aktivitou, zcela mobilní, soběstačný. U pacienta došlo první den hospitalizace k podvrtnutí kotníku na PDK v rámci fyzické agrese.

Spánek a odpočinek: Podle informací od matky došlo v posledním týdnu k zhoršení spánku. Pacient spal nekvalitně a nepravidelně. Podání hypnotik pacient odmítal i v domácím prostředí. Časové rozmezí spánku je v současné době 4-5 hodin s předčasným probuzením v časných ranních hodinách.

Teplota a pohodlí: Tělesná teplota pacienta byla ve fyziologickém rozmezí (viz výše uvedené tabulky fyziologických funkcí). Pacienta jsem se opakovaně dotazoval U pacienta jsem neshledal poruchy termoregulace, subjektivně bez potíží.

Potřeba pohodlí nebyla u pacienta dostatečně saturována z důvodu častého omezení v lůžku ve dnech 21.11. a 22.11.2008.

Hygiena: Při příjmu pacienta jsem neshledal deficit hygieny, který se ovšem dostavil v průběhu hospitalizace pacienta. Denně byla u pacienta prováděna celková koupel, a dále dle potřeby. Kůže objektivně čistá, normální barvy a turgoru. V oblasti stehen byla kůže mírně zarudlá, z důvodu macerace močí. Kůže byla lokálně ošetřována.

Bolest: Dne 21.11.2008 došlo u pacienta ke zhmoždění nártu na PDK při pacifikaci ošetřujícím personálem. Pacient si stěžoval na bolest nártu PDK. Místo bylo oteklé, teplé, bolestivé. Zjišťoval jsem intenzitu bolesti dle verbálních a neverbálních projevů pacienta. Bolest se zhoršovala při zátěži PDK např. při stoupnutí na postiženou končetinu. Úlevová poloha pro pacienta byla vleže s elevací postižené končetiny, což bylo velmi obtížné realizovatelné z důvodu základního onemocnění spojeného s psychomotorickou agitovaností.

Sexualita: Pacient je orientace heterosexuální, přítelkyni v současnosti nemá. Poruchy potence nezjištěny. Informace mi poskytla matka pacienta.

3.1.3. Psychosociální potřeby

Potřeba bezpečí a jistoty: Pacient se velmi obával o svůj život pod vlivem psychotické produkce. Byl velmi paranoidní oproti ošetřujícímu personálu.

Potřeba komunikace: Navázání kontaktu s pacientem bylo velmi obtížné, v rámci základního onemocnění byl obtížně spolupracující, v komunikaci často neadekvátní odpovědi, inkoherentní projev. K pacientovi jsem se snažil získat důvěru v kontaktu a pokusit se o to, aby své pocity, problémy verbalizoval, což nebylo jednoduché. Snažil jsem se pacientovi vysvětlit nutnost hospitalizace, vysvětlit význam restriktivních metod, význam příjmu tekutin a stravy. Pacient byl v komunikaci velmi odtažitý, nedůvěřivý.

Potřeba psychické aktivity: V současné době pacient není schopen vykonávat psychické aktivity, podle sdělení matky se pacient ve volných chvílích zabývá elektronikou, prací na PC.

Potřeba lásky a sounáležitosti: Nejbližší osobou pacienta byla jeho matka, přítelkyni v současné době nemá. Matka pacienta byla pro něho jedinou osobou, které důvěřoval.

3.2. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

1. Aktuální projevy verbální a brachiální agrese, způsobené základním onemocněním, projevující se heteroagresí (ošetřovatelská diagnóza ze dne 21.11.2008).
2. Neadekvátní příjem tekutin a stravy, způsobený základním onemocněním, projevující se odmítáním stravy a tekutin (ošetřovatelská diagnóza ze dne 21.11.2008).
3. Akutní bolest nártu na pravé dolní končetině způsobena jeho zhmožděním v důsledku úrazu. (ošetřovatelská diagnóza ze dne 21.11.2008).
4. Porucha spánku, způsobená základním onemocněním, projevující se nespavostí a předčasným probuzením (ošetřovatelská diagnóza ze dne 21.11.2008).
5. Porucha tělesné hybnosti v důsledku nežádoucích účinků psychofarmak, projevující se narušenou koordinací pohybů a setřelou, nesrozumitelnou řečí. (ošetřovatelská diagnóza ze dne 21.11.2008).
6. Částečný deficit sebepéče v důsledku základního onemocnění, projevující se sníženou schopností samostatně dodržovat základní hygienické návyky, oblékat se a upravovat vlastní zevnějšek (ošetřovatelská diagnóza ze dne 21.11.2008).

Ošetřovatelské diagnózy jsem stanovil dle aktuálnosti, a to v první den hospitalizace 21.11.2008.

3.2.1. Aktuální projevy verbální a brachiální agrese, způsobené základním onemocněním, projevující se heteroagresí.

Cíl:

- pacient není fyzicky agresivní
- neútočí na ošetrovatelský personál
- pacient není omezován v lůžku

Plán:

- akceptování pocitů a problémů pacienta
- v případě nezvladatelných projevů agrese aplikovat neklidovou medikaci dle ordinace lékaře, přistoupit k restriktivní metodě omezi pacienta v lůžku.

Realizace:

Pátek (21.11.2008)

Pacient omezen v lůžku od 10:00 – 11:35 z důvodu brachiální agrese oproti ošetrujícímu personálu, projevující se fyzickým napadením ošetrovatele. Aktivně negativistický, kope do dveří pokoje, ničí vybavení zdravotnického zařízení. Pacient zpacifikován třemi členy ošetrovatelského týmu. Aplikována neklidová medikace dle ordinace ošetrujícího lékaře, Haloperidol 1 ampule intramuskulárně, Apaurin 1 ampule intramuskulárně. Pacient umístěn do terapeutické izolace, tedy jednolůžkového pokoje, sloužícího k separaci pacienta od ostatních spolupacientů. Indikací k tomuto opatření byly farmakologicky a psychologicky nezvladatelné stavy agrese ohrožující pacienta či jeho okolí. Terapeutická izolace je vybavena kamerovým systémem s nepřetržitou observací pacienta. Umístění do terapeutické izolace podléhá příslušnému standardu oddělení. Terapeutická izolace je druh restriktivní metody užívané v psychiatrii. Po aplikaci neklidové medikace pacient klidnější, v kontaktu značně psychotický, kdy se u něho projevovaly paranoidní bludy. V 13:00 pacient opětovně omezen v lůžku z důvodu zahájení infusní terapie a zavedení periferní kanyly. S tímto výkonem pacient nesouhlasí, je zcela bez náhledu, klade aktivní odpor, snaží se o vytažení periferní kanyly, 15:30 omezení ukončeno, pacient spí. Při omezení pacienta v lůžku kontrolují stav pacienta, vědomí, fyziologické funkce po jedné hodině, prokrvení končetin, účinky psychofarmak, do ošetrovatelské dokumentace zapisují stav nemocného po 3 hodinách dle příslušného standardu oddělení.

Sobota (22.11.2008)

I přes značnou sedaci je pacient hlučný, při kontaktu s ošetřujícím personálem brachiálně agresivní. V 9:00 si pacient vytrhnul kanylu. Při zavádění nové kanyly pacient omezen v lůžku pro aktivní nespolupráci. Omezení ukončeno v 11:50. Pacient pospává v lůžku. Po zbytek dne pacient klidnější, v kontaktu nadále psychotický, bez náhledu na situaci.

Neděle (23.11.2008)

Dochází k ústupu brachiální agrese, spolupráce nemocného se mírně zlepšuje. Nadále však přetrvává mírná psychotická bludná produkce, verbální projev pacienta je místy s inkoherencemi. Dopoledne pacient uvolněn pod dohledem ošetřujícího personálu na oddělení, kde po chvíli konfliktní se spolupacienty, v projevu stoupající tenze. Pacient uložen zpět do terapeutická izolace.

Hodnocení:

I přes polékový útlum je pacient v prvních dvou dnech (21.11.2008 a 22.11.2008) tenzní, psychomotoricky neklidný, agresivní vůči ošetřujícímu personálu a destruktivní ke svému okolí. Je absolutně bez náhledu ke svému jednání. Zprvu nechápe vlivem psychotických prožitků důvody pro omezování v lůžku a aplikaci neklidových medikací. Dne 23.11.2008 dochází k pozvolnému ústupu psychotické symptomatiky, verbální i brachiální agrese. Pacient je schopen pochopit konkrétní důvody aplikace neklidových medikací a restriktivních metod. U pacienta byly nadále sledovány projevy agrese. V případě výskytu těchto projevů bylo přistoupeno k aplikaci neklidové medikace dle ordinace ošetřujícího lékaře.

3.2.2. Neadekvátní příjem tekutin a stravy, způsobený základním onemocněním, projevující se odmítáním stravy a tekutin.

Cíl:

- pacient bude přijímat stravu alespoň 3 x denně v dostatečném množství
- u pacienta nedochází ke snižování tělesné hmotnosti
- denní příjem tekutin bude 2 l denně
- aktivní dohled ošetřujícího personálu při příjmu tekutin a stravy
- pacient chápe důsledky nepřijímání tekutin a stravy

Plán:

- podávání stravy v obvyklých časových intervalech
- podávání v takové formě, aby ji mohl pacient konzumovat i v neklidném stavu a s přiměřenými pomůckami vůči jeho stavu (lžíce)
- sledovat u pacienta přesný příjem tekutin a stravy se zápisem do příslušného formuláře dle standardu oddělení
- pravidelně kontrolovat hmotnost (1x denně ráno nalačno)
- vysvětlit pacientovi důsledky dehydratace a nedostatečného příjmu stravy
- sledovat nežádoucí účinky neuroleptik v rámci poruchy polykání

Realizace:Pátek (21.11.2008)

Snídaně: pacient odmítá, oběd: pacient odmítá, večeře: pacient odmítá.

Tekutiny: Perorální příjem tekutin činil 250 ml čaje a 2 000 ml intravenózně podaných infuzních roztoků dle ordinace lékaře.

Přijem tekutin (celkově): 2 250 ml.

Výdej (moč): Nelze měřit pro nespolupráci nemocného. Pacienta jsem poučil o opatření, že musí močit do močové láhve z důvodu měření bilance tekutin. Pacient je však nespolupracující, močí do lůžka či na podlahu terapeutická izolace.

Hmotnost: 77,3 Kg, pacient zvážen ráno v 8:00

Pacient snídání odmítá, neobědval, nevečeřel. Pacientovi byla strava podávána v pravidelných časových intervalech. (snídaně: 8:00, oběd 12:00, večeře 18:00). V rámci základního onemocnění odmítá jakýkoliv příjem tekutin a stravy. Pod psychotickou bludnou produkcí se domnívá, že potrava je otrávena, stejně jako tekutiny. Strava upravována pro lepší požitelnost, zajištěny optimální podmínky pro konzumaci stravy dohledem ošetřujícího personálu. Přes obtížnou spolupráci pacient vypil 250 ml čaje. Pokusil jsem se pacientovi vysvětlit nutnost příjmu tekutin, denní pitný režim okolo 2 l denně. Zároveň vysvětlit nutnost infusní terapie v případě, že nebude přijímat tekutiny a stravu. Pacient výše uvedené postupy akceptoval. Nastíněná metodika je součástí zavedeného terapeutického přístupu k psychickým pacientům na našem oddělení.

Sobota (22.11.2008)

Snídaně: Pacient nesnídal oběd: 1/3, večeře: 1/3.

Tekutiny: Perorální příjem tekutin činil 300 ml minerální vody a 2 000 ml infusních roztoků aplikovaných intravenózně, dle ordinace lékaře.

Příjem tekutin (celkově): 2 300 ml.

Výdej: nelze měřit pro nespolupráci nemocného.

Hmotnost: 77,2 Kg.

Ráno stav pacienta stále stejný, jako v předchozím dni. Během návštěvy matky snědl pacient 1/3 oběda a vypil 300 ml minerální vody, neboť mu matka u příjmu stravy asistovala. Stravu a tekutiny od ošetřujícího personálu pacient odmítá. Při návštěvě matky pacienta jsem matce vysvětlil nutnost a význam příjmu tekutin a stravy. Pacient na návštěvu matky reagoval příznivě.

Neděle (23.11.2008)

Snídaně: ½ porce, oběd: ½ porce, večeře: ½ porce.

Tekutiny: Perorální příjem tekutin činil 500 ml čaje a 2 000 ml infusních roztoků aplikovaných intravenózně, dle ordinace lékaře.

Příjem tekutin: 2 500 ml.

Výdej (moč): Nelze měřit pro nespolupráci nemocného.

Hmotnost: 77,5 Kg.

Spolupráce s pacientem mírně lepší ze zřejmého nástupu účinku antipsychotické léčby. Při příjmu stravy jsem na pacienta dohlížel, aktivně ho pobízel, strava mu byla upravená k jeho potřebám s ohledem na jeho medikační útlum, a to ve smyslu důkladnějšího rozmělnění potravy. Aktivně jsem dohlížel na poruchy polykání jako nežádoucí účinek neuroleptik. Nadále však perorální příjem tekutin (500 ml) a stravy nedostatečný.

Hodnocení:

I přes veškeré opatření nebyl příjem tekutin a stravy dostatečný, byl nahrazován infúzní terapií a pacient byl zcela bez náhledu na tuto situaci. Při infúzní terapii jsem sledoval místo vpichu periferní kanyly, rovněž tak její průchodnost a zabezpečení proti vytažení pacientem.

3.2.3. Akutní bolest nártu na pravé dolní končetině způsobena jeho zhmožděním v důsledku úrazu.

Pacient při pacifikaci ošetřujícím personálem utrpěl zhmoždění nártu nohy na pravé dolní končetině.

Cíl:

- u pacienta dojde ke zmírnění bolesti
- poučit pacienta o nutnosti klidového režimu a nezatěžování postižené končetiny,
- splnění ordinace lékaře,
- nabídnutí podání analgetik k tomuto účelu určených.

Plán:

- včasné ošetření poranění,
- sledovat postižené místo,
- zamezit zbytečné zátěži,
- zajistit aktivní pomoc ošetřujícího personálu při chůzi

Realizace:

Pátek (21.11.2008)

Pacient si stěžuje na bolest nártu pravé dolní končetiny. Postižené místo na pohmat teplé, zřetelně oteklé, pohyblivost nohy snížena. Postižené místo potřeno Dolgit mastí, provedena elastická bandáž, místo chlazeno přiložením ledu a končetina elevována. Pacient odmítá podání analgetika. Z důvodu omezení v lůžku pacient na končetinu nestoupá. Klidový režim není schopen sám dodržovat.

Sobota (22.11.2008)

Pacient si nadále stěžuje na bolest postižené končetiny, místo ledováno, klidový režim nedodržuje, strhává si elastickou bandáž. Provedeno lokální ošetření dle ordinace lékaře.

Neděle (23.11.2008)

Pacient lépe spolupracuje, většinu dne polehává v lůžku, provedeno lokální ošetření, elastická bandáž, ledování postiženého místa. Postižené místo méně nateklé, na pohmat teplejší. Pro bolest pravé dolní končetiny nabídnut pacientovi Ibalgin (400 mg) 1 tableta perorálně, kterou po domluvě užívá.

Hodnocení:

Pro nespolupráci pacienta nebylo lokální ošetření zcela účinné. Třetí den hospitalizace pacient lépe spolupracující, postižené místo nadále mírně oteklé, bolestivé na dotek, pacient začíná dodržovat klidový režim.

3.2.4 Porucha spánku, způsobená základním onemocněním, projevující se nespavostí a předčasným probuzením.**Cíl:**

- u pacienta dojde k zlepšení spánkového cyklu,
- bude spát nejlépe celou noc,
- pacient nebude spát přes den,
- spánek pacienta bude pravidelný, bez předčasného probuzení,
- po vyspání bude mít pacient pocit, že je odpočínutý.

Plán:

- zajištění optimálních podmínek ke spánku
- během hospitalizace bude pacient spát v obvyklém časovém rozmezí (22:00 - 7:00)
- v případě nespavosti nabídnout pacientovi podání hypnotik

Realizace:Pátek (21.11.2008)

Pacientovi zajištěny optimální podmínky ke spánku (ticho, tma, úprava lůžka). Pacient usnul spontánně ve 22:30 h.. Probudil se ve 2:15 h. v projevu psychotický, hlučný, verbálně agresivní. Perorální medikaci na nespavost odmítá, aplikován Prothazin 1 ampule intra muskulárně, poté usíná a spí přerušovaně do 6:30 h.

Sobota (22.11.2008)

Pacient spal přerušovaně od 23:00 h. do 7:30 h., bez podání medikace na nespavost.

Pacient se v noci několikrát budil, naléhavý na kontakt s ošetřujícím personálem, psychotický, pokaždé řešeno slovní domluvou, vysvětlen význam spánku.

Neděle (23.11.2008)

Pacient usnul spontánně v 21:30, probudil se v 1:20. Po slovní domluvě podán Hypnogen 1 tableta perorálně. Medikace s efektem, pacient spal po zbytek noci. Ráno klidný, odpočínutý.

Hodnocení:

U pacienta došlo již druhý den k navození pravidelného spánku, circa k šestihodinovému. Podání medikace pro nespavost bylo účinné. Pacient se druhý a třetí den hospitalizace cítil vyspalý a odpočínutý.

3.2.5. Porucha tělesné hybnosti v důsledku nežádoucích účinků psychofarmak, projevující se narušenou koordinací pohybů a setřelou, nesrozumitelnou řečí.

Cíl:

- pacient je poučen o vyvolávajících příčinách a bezpečnostních opatřeních, které eliminují riziko poranění
- je zajištěna maximální bezpečnost pacienta

Plán:

- pečovat o bezpečnost pacienta (zabránění pádu, poranění atd.)
- zabránit poranění pacienta odstraněním všech rizikových faktorů z jeho okolí
- dát najevo nemocnému, aby hovořil pomalu a podle potřeby své žádosti opakoval
- podle možnosti a stavu pacienta použil alternativní způsoby komunikace (např. papír, tužku)

Realizace:

Pátek (21.11.2008)

Pacient psychomotoricky neklidný, agresivní, v kontaktu však patrný postmedikační útlum. Pacient se několikrát sesouvá z lůžka a dopadá na kolena, z tohoto důvodu omezen v lůžku pomocí břišní fixace. Ve verbálním projevu setřelá, dysartrická mluva.

Sobota (22.11.2008)

Stav je stále stejný předchozímu dni. Řeč pacienta je místy obtížně srozumitelná, při pokusu o psanou formu svého vyjadřování, pacient odmítá.

Neděle (23.11.2008)

Dnes pacient lépe spolupracující, leží v lůžku, polékový útlum v popředí. V lůžku však nestabilní, sesouvá se. Pacient fixován pomocí břišní fixace. Verbální komunikace lepší, pacient mluví srozumitelněji.

Hodnocení:

V prvních dvou dnech je s pacientem velmi ztížený verbální kontakt. V projevu agresivní, hlasitě křičí, avšak řeč je setřelá. Porucha koordinace pohybů vlivem polékového útlumu je rozsáhlejší, hrozí riziko pádu a zranění, ke kterým po celou dobu hospitalizace nedošlo. Proti pádu pacienta byla učiněna opatření ve smyslu omezení břišním pásem. Při pohybu pacienta na WC či po chodbě oddělení byl pod neustálým dohledem ošetřujícího personálu.

Pacienta jsem observoval, při chůzi byl pod doprovodem ošetřujícího personálu, v případě ztížené mobility pod vlivem medikačního útlumu, byl pacient omezován v lůžku pomocí břišní fixace.

3.2.6. Částečný deficit sebepěče v důsledku základního onemocnění, projevující se sníženou schopností samostatně dodržovat základní hygienické návyky, oblékat se a upravovat vlastní zevnějšek.

Cíl:

- pacient je čistý a upravený
- pacient je postupně schopen sebepěče při hygieně, oblékání a úpravě vlastního zevnějšku

Plán:

- Posoudit pravidelně míru schopnosti pacienta v péči sám o sebe
- zajistit pacientovi pravidelný režim v oblasti hygieny: čištění chrupu a ústní dutiny 2x denně, celková koupel 1x denně a podle potřeby, dle psychického a somatického stavu
- asistovat pacientovi při hygieně, oblékání, svlékání a při úpravě zevnějšku
- zápis do zdravotnické dokumentace

Realizace:

Pátek (21.11.2008)

Pacient zcela nespolupracující, celková koupel není v rámci psychického stavu reálná, nadále obtížná mobilita z důvodu poranění kotníku na pravé dolní končetině. Při pokusu o hygienu na lůžku pacient nespolupracující, aktivně negativistický, brání se.

Sobota (22.11.2008)

Při návštěvě matky u pacienta za asistence ošetřujícího personálu provedena celková koupel. U pacienta je nutný zvýšený dohled a pomoc při celkové hygienické očištění. Pacientovi jsem dopomáhal při koupání, hygienu provádí neochotně. Při koupání kontroloji pacientovi stav a vzhled kůže. V oblasti genitální a vnitřní strany stehů patrné zarudnutí kůže, způsobené nadměrným zpocením a macerací kůže močí. Po domluvě s ošetřujícím lékařem postižená místa ošetřena mastí (Aviril mast).

Pacient si sám vyčistil chrup a dutinu ústní. Pacient se sám obtížně převlékl do čistého osobního prádla, nutná dopomoc.

Neděle (23.11.2008)

Pacient je dnes o něco lépe spolupracující, provedena hygiena bez větších komplikací. Provedeno stříhání nehtů, pacient se převlékl do čistého osobního prádla.

Hodnocení:

Nejprve byl pacient zcela neschopen v hygienické péči o sebe a svůj zevnějšek. Obtížně spolupracoval, k hygieně musel být verbálně nucen, což bylo účinné. Zájem o hygienu prokázal při návštěvě své matky. Pacient je čistý a upravený. Důležité je do budoucna vysvětlit nutnost každodenní hygieny, aktivně spolupracovat s matkou pacienta. Cíl ošetrovatelské péče byl splněn.

3.3. Celkové hodnocení ošetrovatelské péče

Na počátku ošetrovatelské péče byla velmi ztížená spolupráce s pacientem. Pacientovy potřeby bylo možno odhadovat pouze pozorováním neverbálních projevů. S ošetřujícím personálem pacient nebyl schopen reálně komunikovat, jelikož byl pod vlivem silných psychotických prožitků. Na ošetřující personál reagoval hostilně, verbální a brachiální agresí. I přes sedací byl pacient zpočátku zvýšeně psychomotoricky aktivní, což ještě více zvyšovalo riziko možného pádu. První dva dny hospitalizace byly ošetrovatelsky, z výše uvedených důvodů, velmi náročné. Třetí den hospitalizace došlo ke srozumitelnějšímu vyjadřování prožitků a potřeb ze strany pacienta, rovněž tak i k ochotě naslouchat ošetrovatelskému personálu. Pacient nevykazoval známky frustrace při sdělování svých potřeb. Porucha koordinace se upravovala pomaleji. Pacient byl stále pod vlivem medikamentů. Snížila se ale u něj nutnost aplikace neklidových medikamentů. Bylo nutné být s pacientem v intenzivním kontaktu, zejména při jeho pohybu ve sprše a na chodbě oddělení. Pacienta jsem předal dne 23.11.2008 ostatním členům ošetrovatelského týmu v relativně dobrém psychosomatickém stavu. Pan J.K. byl přeložen dne 1.12.2008 na oddělení následné péče.

4. EDUKACE

V edukačním programu je nutné se zaměřit na tzv. relapsy onemocnění. Relapsy onemocnění nevznikají náhodně, zpravidla bývají vyprovokovány nadměrným stresem nebo nedodržováním léčebného režimu, jako např. vysazení léků, což je nejčastější příčinou relapsu nemoci. Tento případ byl i charakteristický pro příčinu relapsu pana J.K. Pro zmenšení pravděpodobnosti návratu nemoci je nutné, aby si pacient uvědomil rizikové faktory, které tomu napomáhají a uměl rozpoznat počínající příznaky nové ataky nemoci. Neméně podstatné je zapojit do edukačního programu rodinu, popř. příbuzné pacienta. Pokud dojde u nemocného k určitým projevům nemoci, stačí mnohdy jen změna přístupu k nemocnému, zvýšení či znovunasazení psychofarmak a většinou vyhledat kontakt s odborníkem. Takto se dá předejít plnému rozvinutí další epizody nemoci.

Cílem psychoedukačního programu pro pacienta a jeho rodinu je:

- umět identifikovat včasné příznaky nemoci, znát její projevy, rozumět průběhu nemoci a uvědomovat si její důsledky
- informovanost pacienta a jeho rodiny o léčebném režimu, znát názvy a účinky léků, stejně tak i jejich nežádoucí účinky
- vědět o nutnosti pravidelných lékařských podmínek
- znát negativní účinek alkoholu a návykových látek při současném užívání léků

Psychoedukace rodiny.

Psychoedukace rodiny pomáhá získat pacientovi dostatek informací o nemoci a pomoc při zvládnání problémů. Je zde prostor pro kvalifikované zodpovězení otázek a jakýchkoliv problémů v neutrálním prostředí. V případě matky pana J. K. byla spolupráce velice důležitá. Matka pacienta byla velmi ochotná a spolupracující v ošetrovatelském procesu k získání potřebných informací, stejně jako byla aktivní účastnicí v ošetrovatelské činnosti. Pomáhala panu J. K. v posilování spolupráce s ošetřujícím personálem, k redukci silných emocí, podporovala ho k samostatnému zvládnání běžných denních činností např. hygieny a péče o zevnějšek.

Návrh edukačního programu pro pacienta a jeho rodinu:

Úvodní kroky

- objasnit členům rodiny etiologii nemoci

- získat pacienta a členy rodiny pro účast na terapeutickém vztahu

Prodromální fáze

- všimnout si změn chování (poruch spánku a výživy, projevů strachu nebo hostility, zanedbávání osobní hygieny atd.)
- identifikovat stresory (změna životních podmínek, zájmů, zaměstnání v terapeutickém režimu a v rodinných konstelacích atd.)

Akutní fáze

- všimnout si přítomnosti akutních příznaků (bludy, halucinace, bizarní chování atd.)
- sledovat spolupráci na léčbě
- komunikovat s terapeutem, lékařem či jiným zdravotnickým pracovníkem
- v případě potřeby zvážit rehospitalizaci

Reziduální fáze

- předvídat případný výskyt negativních příznaků (sociální stažení, nízká motivace, nedostatek energie)
- poskytnout pacientovi čas na zotavení
- akceptovat možnost relapsu
- udržovat kontakt s terapeutem
- účastnit se rodinných podpůrných skupin
- dodržovat rozumná pravidla (stanovit pacientovi určité hranice, odlišovat kognitivní chování od emocionálního atd.)

(*Höschl a kol., 2002*)

5. ZÁVĚR

Prognóza schizofrenního onemocnění je nejistá. 1/3 nemocných se plně uzdraví, u druhé 1/3 se nemoc často vrací, poslední 1/3 má relapsy nemoci často. Příklad pana J.K. je typickým příkladem návratu (relapsu) nemoci po vysazení léků. Úkolem psychiatrické lůžkové péče je připravit nemocného na návrat do života tak, aby byl jeho život co nejkvalitnější, eliminovali se období hospitalizace a pacient mohl fungovat ve společnosti.

V akutní fázi nemoci je nutné ošetrovatelskou péčí zaměřit na základní potřeby, zabránit agresivním projevům, v případě pana J. K. zajistit alternativní příjem tekutin a stravy. V této fázi je velmi nutná spolupráce s rodinou pacienta. Délka hospitalizace se na akutním lůžkovém psychiatrickém oddělení pohybuje průměrně okolo 5- 7 dnů. Po odeznění této fáze bude pacient přeložen na oddělení následné péče s psychoterapeutickým zaměřením. Tam lze pacienta zapojit do programu sociální a pracovní rehabilitace. Velmi vhodnou metodou je zapojení pacienta do psychoterapeutických skupin, společně s jeho rodinou. Úkolem této terapie je identifikovat problémy v rodině a možné negativní vlivy v pacientově prostředí. Poslední fází je odchod nemocného do běžného života. Pro tuto fázi je však nutný předpoklad naprosté samostatnosti a nezávislosti. Velmi vhodná a často aplikovaná metoda je zařazení nemocného do komunitního bydlení, kde si osvojuje základní pravidla a principy samostatného bydlení (vaření, uklízení atd.). Po ukončení hospitalizace je nejdůležitější, aby pacient užíval předepsaná psychofarmaka, v daném dávkování a po dobu, kterou stanoví lékař. Nejdůležitějším faktorem je však sám pacient sám, který je vykonavatelem a iniciátorem změn ve svém životě. (*Hanuš a kol., 2000*)

Pan J.K. byl přeložen dne 1.12.2008 na oddělení následné péče. Dne 22.12.2008 byl propuštěn do domácího prostředí. V současné době dochází pravidelně do psychiatrické ambulance. V případě pana J.K. je velmi nutným předpokladem v zabránění relapsu pravidelné užívání psychofarmak.

6. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Hanuš, Herbert a kol. 2000. *Speciální psychiatrie*. Praha. Karolinum, 2000, 331 Str. ISBN 80-7184-873-5

Höschl, Cyril., Libiger, Jan. Švestka, J. 2002: *Psychiatrie*. Tigris, Praha, 2002, 895 Str. ISBN 80-900130-1-5

Hynie, S. 2001: *Farmakologie v kostce*. Triton, Praha, 2001, 461 Str. ISBN 80-7254-181-1

Malá, Eva. 2005. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Praha: Grada, 2005. Str. 196. ISBN 80-247-0737-3

Marková, E., Venglářová, M., Babyková, M. 2006: *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Grada, Praha, 2006, Str. 352 ISBN 80-247-1156-6

Švihovec, J., Novotná, H., Kašparová, L. a kol. 2002: *Pharmindex breviř*. MediMedia Information, Praha, 2002, Str.1078 ISBN 80-86336-04-02

zdravotnická dokumentace pana J.K.

INTERNETOVÉ ODKAZY

1. www.wikipedia.cz
2. www.zdravcentra.cz

7. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - *Standard ošetrovatelské péče č. 1* neklidového oddělení Psychiatrické léčebny Bohnice, s názvem „Terapeutická izolace pacienta, omezení v lůžku“

Příloha č. 2 – *Záznam o ošetrovatelské péči* neklidového oddělení Psychiatrické léčebny Bohnice

Příloha č. 3 – *Péče o katetry* neklidového oddělení Psychiatrické léčebny Bohnice

