

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Petra Trnková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B 5341

Petra Trnková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5342R009

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
SE SCHIZOFRENNÍM ONEMOCNĚNÍM**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Muchlová Mühlsteinová, DiS.

PLZEŇ 2013

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 26. 3. 2013

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji Mgr. Veronice Muchlové Mühlsteinové, DiS. za odborné vedení mé práce a také za poskytování cenných rad a materiálních podkladů.

OBSAH

TEORETICKÁ ČÁST	13
1 SCHIZOFRENIE	13
1.1 Historie	13
1.2 Epidemiologie	14
1.3 Etiologie a patogeneze	14
1.4 Diagnostika	15
1.5 Klinické formy schizofrenie	18
1.6 Projevy schizofrenie	20
1.7 Průběh onemocnění	21
1.8 Prognóza	22
1.9 Léčba schizofrenie	22
1.9.1 Farmakoterapie	23
1.9.2 Elektrokonvulzivní terapie (ECT)	24
1.9.3 Psychoterapie	24
1.9.4 Komunitní péče	25
1.10 Ošetrovatelská péče o pacienta se schizofrenií	26
1.11 Stigma onemocnění	29
2 PSYCHODYNAMICKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ DLE HILDEGARD E. PEPLAU	30
2.1 Hildegard Elizabeth Peplau	30
2.2 Psychodynamické ošetrovatelství	31
PRAKTICKÁ ČÁST	35
3 FORMULACE PROBLÉMU	35
4 CÍL PRÁCE	36
5 VZOREK RESPONDENTŮ	36
6 KAZUISTIKA PACIENTA Č. 1	37
6.1 Anamnéza	37
6.2 Katamnéza	39

7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA	41
7.1 Ošetřovatelský proces dle H. Peplau	41
7.2 Fáze modelu dle H. Peplau	44
7.3 Ošetřovatelský plán	45
7.4 Ošetřovatelské diagnózy	47
7.4.1 Souhrn ošetřovatelských diagnóz	47
7.4.2 Diagnózy aktuální	48
7.4.3 Potenciální diagnózy	51
8 KAZUISTIKA PACIENTA Č. 2	52
8.1 Anamnéza	52
8.2 Katamnéza	54
9 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA	57
9.1 Ošetřovatelský proces dle H. Peplau	57
9.2 Fáze modelu dle H. Peplau	59
9.3 Ošetřovatelský plán	61
9.3.1 Komplexní psychologické vyšetření	62
9.4 Ošetřovatelské diagnózy	64
9.4.1 Souhrn ošetřovatelských diagnóz	64
9.4.2 Aktuální diagnózy	65
9.4.3 Potenciální diagnózy	68
10 DISKUZE	69
ZÁVĚR	73
SEZNAM ZDROJŮ	
SEZNAM OBRÁZKŮ	
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	
SEZNAM PŘÍLOH	

ANOTACE

Příjmení a jméno: Trnková Petra

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelský proces u pacienta se schizofrenním onemocněním

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Muchlová Mühlsteinová, DiS.

Počet stran: číslované 61, nečíslované 26

Počet příloh: 8

Počet titulů použité literatury: 33

Klíčová slova: schizofrenie - Hildegard Peplau - model interpersonálních vztahů - ošetrovatelský proces - terapeutický vztah.

Souhrn:

Má bakalářská práce se zabývá problematikou schizofrenního onemocnění a péčí o pacienty s ním a je zpracovaná formou ošetrovatelského procesu.

Teoretická část obsahuje popis schizofrenie, klinické formy, diagnostiku, příznaky a využívané způsoby léčby. Klade důraz na model psychodynamického ošetrovatelství vytvořený Hildegard E. Peplau, tedy model interpersonálních vztahů, jeho hlavní jednotky a popis jednotlivých fází modelu.

V praktické části se věnuji dvěma pacientům se schizofrenií. U obou pacientů je zpracována kompletní anamnéza a katamnéza, následovaná ošetrovatelským procesem dle H. Peplau a ošetrovatelským plánem.

ANNOTATION

Surname and name: Trnková Petra

Department: Nursing and Midwifery Assistance

Title of thesis: The Nursing Process on the Client with Schizophrenic Disease

Consultant: Mgr. Veronika Muchlová Mühlsteinová, DiS.

Number of pages: numbered: 61, unnumbered 26

Number of appendices: 8

Number of literature items used: 33

Key words: Schizophrenia - Hildegard E. Peplau - model of interpersonal relations - nursing care - therapeutic relationship.

Summary:

My thesis deals with the problematic of schizophrenia and taking care of patients with this disease and it's compiled in the form of nursing process.

The theoretical part contains a description of schizophrenia, clinical manifestations, diagnosis and symptoms and used ways of treatment. Also included descriptions of psychodynamic nursing model developed by Hildegard E. Peplau, a model of interpersonal relations, its main unit and a description of each phase of this model.

In the practical part I present two patients with schizophrenia. With both of them I write up a complete anamnesis and catamnesis, followed by nursing process by H. Peplau and nursing plan.

ÚVOD

Tato bakalářská práce pojednává o ošetrovatelské péči o pacienty se schizofrenním onemocněním.

Jedním z cílů je poskytnutí základních informací o tomto závažném onemocnění. Od symptomů, přes jednotlivé projevy, klinické formy a způsoby diagnostiky, až po používané typy léčby. Dále se zabývá popisem důležitých částí, které by měla ošetrovatelské péče o takového pacienta obsahovat. Poskytovaná péče by měla být postavena s ohledem na jedinečnost pacienta a vzhledem k individuálnímu průběhu jeho onemocnění.

Dalším cílem, a taktéž součástí teoretické části, je přiblížení a charakteristika psychodynamického modelu ošetrovatelství a jeho autorky, Hildegard E. Peplau. U tohoto modelu interpersonálních vztahů jsou popsány jednotlivé fáze, hlavní jednotky a především jeho aplikace do praxe na psychiatrickém oddělení. Tento model je zde důležitý, a velice užitečný, hlavně kvůli tomu, že by měl vézt k navázání aktivního terapeutického vztahu, jenž je důležitý pro příznivý průběh léčby, a to nejen na oddělení, ale i po jeho opuštění z hospitalizace.

Praktická část je postavena na dvou rozdílných pacientech se schizofrenií. Rozdíl je nejen v typu schizofrenního onemocnění, ale liší se i pohlavím, průběhem, jejich reakcí na vlastní onemocnění a vyrovnáním se s ním. Dále obsahuje, u obou pacientů, kompletní anamnézu, katamnézu, sestavení ošetrovatelského plánu pomocí modelu Peplau a následnou identifikaci problémů v daných oblastech. Zde je hlavním cílem stanovení ošetrovatelských diagnóz, cílů a intervencí, a v neposlední řadě také vyhodnocení efektivity poskytnuté péče.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SCHIZOFRENIE

„Schizofrenie je duševní onemocnění charakterizované zásadní poruchou myšlení a vnímání, oploštělou nebo neadekvátní emotivitou a narušenou schopností srozumitelného chování a jednání. Schizofrenie je představitelem psychotického onemocnění. V odborné terminologii je psychóza charakterizována bludy, halucinacemi a dezorganizovaným slovním projevem a chováním, v širším pojetí také poruchou vnímání reality. (Češková, 2007, str. 13)

1.1 Historie

Oficiálním názvem pro onemocnění se schizofrenními symptomy byla původně „dementia preacox“, až později dostala platné označení jako schizofrenie a o její definici se zasloužili hlavně tři psychiatři - Kraepelin, Bleuler a Schneider. (Raboch, 2012)

Emil Kraepelin (1856 - 1926) byl německým psychiatrem, který zavedl termín „**dementia preacox**“ v roce 1898 a kladl důraz hlavně na průběh onemocnění a jeho prognózu. (Raboch, 2012)

Eugen Bleuler (1857 - 1939), švýcarský psychiatr se, na rozdíl od Kraepelina, zabýval symptomy onemocnění a v roce 1911 se zasloužil o změnu dosavadního označení „dementia preacox“ za dodnes platný název **schizofrenie**. Rovněž zavedl termín „primární symptomy“. Do těch řadí poruchy asociací a efektivity, dále autismus a ambivalenci. (Bouček, 2003; Raboch, 2012)

Posledním, ale nemálo významným jménem, zůstává **Kurt Schneider** (1887 - 1967), také německý psychiatr, který se rovněž zabýval hlavně identifikací symptomů a zavedl tzv. „příznaky prvního řádu“. Sem patří specifikace bludů a halucinací, jako vysílání či vkládání myšlenek, ovládání hlasy a jejich komentáře. Společným příznakem je ztráta autonomie pocitů, myšlenek a svého těla.

(Schizofrenie - Edukační program WPA, 2003)

1.2 Epidemiologie

Obecné rozšíření schizofrenie se pohybuje kolem 1-1,5%, bez výrazného rozdílu v rámci kultur, ras či kontinentů.

Rozdílný není ani výskyt v pohlavích. Zde se liší ve věku, kdy dojde k počátečním symptomům schizofrenního onemocnění. U mužů během 16. a 25. roku života, u žen od 22 do 34 let.

Diagnostika v dětském věku bývá vzácností, stejně jako výskyt prvních příznaků po čtyřicátém roce života. (Raboch, 2012)

1.3 Etiologie a patogeneze

Jednoznačná příčina vzniku schizofrenie není přesně známá. Co však víme je, že její vznik je podmíněn více faktory a patogenetickými vlivy. (Raboch, 2012)

Patří sem určitě **genetické predispozice**, kde, dle Rabocha (2012), studie prokazují, že v rodině, kdy je jeden z rodičů postihnut schizofrenií, existuje asi 10% pravděpodobnost, že jeho potomek bude schizofrenií trpět také. V případě onemocnění obou rodičů se tato pravděpodobnost zvyšuje na 30-40%.

(Atkinson, 2003)

Velké množství rizikových faktorů v **perinatálním období** může vést k špatnému vývoji mozku a pozdější větší náchylnosti ke stresu. Mezi tyto rizikové faktory patří především: stres, toxické a návykové látky, dysfunkce neuronů a jejich poškození, komplikace a prodělané infekční onemocnění v průběhu těhotenství a hypoxie během porodu. (Fišar, 2009)

Vliv mají i **biochemické faktory**, kterými jsou podle Rabocha (2012) hlavně neurotransmitery dopamin a serotonin.

„Při studiu změn hladin neurotransmiterů u nemocných schizofrenií bylo zjištěno, že se vyskytuje jednak zvýšená činnost dopaminergního systému, jednak určitá nerovnováha v souhře dopaminergního a serotoninergního systému. Při nadbytku dopaminu v některých částech mozku (limbický systém) je současně přenášeno příliš velké množství informací, které mozková kůra nedokáže správně rozlišit na důležité a nepodstatné informace, nedokáže také odlišit, zda tyto informace přicházejí z jiných částí mozku nebo zvenku a není ani schopna je správně zpracovat. Nemocný pak nedokáže odlišit např. vlastní myšlenky od toho, co slyší.“ (Raboch, 2012, str. 246)

Mezi další rizikové faktory může patřit i **roční období**, ve kterém se dotyčný narodí. Na severní polokouli je větší riziko propuknutí schizofrenního onemocnění u lidí narozených v zimě a na jaře, nejčastěji se udávají měsíce leden a březen. Důvodem má být větší výskyt virových onemocnění a nedostatku vitamínů. Obyvatelé jižní polokoule bývají častěji postiženi při narození v obdobích léta a podzimu, v měsících červenci a srpnu. (Weinberger, 2011; Fišar, 2009)

Sociální faktory může být ekonomická třída, hustota osídlení, sociální a pracovní inkompetence. (Češková, 2007)

Psychosociální faktory jsou hlavně vztahy v rodině, které mohou mít výrazný podíl na průběhu schizofrenie. Přítomnost rodiny a příbuzných může mít kladný vliv na průběh onemocnění, hlavně v případě, zapojí-li se do léčebného programu. Důležitou roli hraje vyjadřování emocí, kde ve většině případů je vyšší pravděpodobnost propuknutí onemocnění, než u emočně chladnějších rodin.

(Tasman, 2011)

1.4 Diagnostika

Jak uvádí Kučerová (2008) není snadné stanovit diagnózu, a udělá-li lékař chybu, může poškodit především a hlavně pacienta, ale i sebe.

„K jejímu diagnostikování je nezbytná přítomnost jednoho z následujících příznaků, které se musí vyskytovat po dobu alespoň jednoho měsíce:

- *slyšení vlastních myšlenek a intrapsychické halucinace (odnímání nebo vkládání myšlenek, jejich zveřejňování, ovládání druhých osob na dálku pomocí telepatie, hypnózy),*
- *bludy kontrolovanosti a ovlivňování, případně prožitky pasivity,*
- *slyšení hlasů, které komentují myšlenky a chování pacienta, resp. o něm hovoří,*
- *bludná přesvědčení, která se vymykají dané kultuře.*

(Pavlovský, 2009, str. 70-71)

Když není přítomen některý z příznaků předchozích, je nutné, aby se vyskytly dva z následujících příznaků:

- přetrvávající halucinace
- poruchy myšlení po formální stránce - inkoherence, zárazy, neologismy
- katatonní projevy jako produktivní příznaky, tj. bizarní pohyby, grimasy, impulzivní činy, stupor, flexibilitas cerea, negativismus
- negativní příznaky, hlavně autismus, emoční otupělost až vyhaslost
- změny v chování - nečinnost, izolace, citové vyhasnutí, ztráta zájmů.

(Pavlovský, 2009; Dušek, 2010)

PSYCHIATRICKÁ ANAMNÉZA

Základní **identifikační údaje** jako jméno, věk, adresu, pohlaví, zaměstnání, rodinný stav, případně počet dětí.

Současný problém, jeho počátek, dobu trvání, průběh a symptomy, spolu s možnými příčinami.

Psychiatrickou anamnézu, která předcházela současnému problému, spolu s jejími příznaky, způsobem léčby a reakci na ní.

Kompletní **osobní anamnézu** od dětství až k dospělosti.

Somatickou anamnézu, kde je důležité zeptat se hlavně na užívání návykových látek.

A v neposlední řadě **rodinná anamnéza**.

(Češková, 2007; Schizofrenie - Edukační program WPA, 2003)

POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU

Při jeho posuzování je důležité zaměřit se hlavně na následující body:

- řeč - zvláštnost, srozumitelnost, popis pocitů, formulace, dynamika
- vzhled a chování - výraz v obličeji, oční kontakt, oblečení
- myšlení - hlavně forma a obsah
- orientace a vědomí
- emotivita - nálada, projevování citů
- vnímání - halucinace a bludy
- paměť - krátkodobá i dlouhodobá,
- intelekt - slovná zásoba, vyjadřování, znalosti, abstraktní myšlení.

(Češková, 2007)

SOMATICKÁ VYŠETŘENÍ

Je součástí každého psychiatrického vyšetření, včetně vyšetření neurologického. Má vliv hlavně na diferenciální diagnostiku a zhodnocení aktuálního stavu. Když pacient podstoupí biologickou léčbu, může být jiné somatické onemocnění negativně ovlivněno, kvůli jejím nežádoucím vedlejším účinkům.

(Češková, 2007)

POMOCNÁ VYŠETŘENÍ

Patří sem **psychologické vyšetření**, jehož součástí je klinický rozhovor, pozorování nemocného a podstoupení psychologických testů, sloužících k vyhodnocení neuropsychologických a poznávacích funkcí, test setrvalé pozornosti, test oscilace prstů a verbální párové asociace.

Dále se využívají **zobrazovací metody** jako je CT, SPECT, PET, fMRI a **elektrofyzilogické metody** jako EEG.

(Schizofrenie - Edukační program WPA, 2003)

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

U schizofrenie se často vyžadují i pomocná vyšetření, jako je toxikologie, krevní obraz, biochemická a cytologická vyšetření, atd.... U rizikových pacientů se testují i přenosné choroby, jako žloutenka, syfilis či HIV. (Raboch, 2012)

Afektivní poruchy jsou v raných stádiích schizofrenie špatně rozeznatelné od depresivních nebo manických epizod. K záměně může dojít i u **emočně nestabilních** jedinců, a to zejména během dospívání. Dále i u jedinců trpících paranoiou. (Raboch, 2012)

Jedny z nejčastějších jsou **poruchy organické**, které se svými projevy blíží ke schizofrenii, ale postihují jiné části mozku než u tohoto onemocnění. Mezi takové patří některé encefalitidy, porfyrie, epilepsie, Huntingtonova či Parkinsonova nemoc, roztroušená skleróza, různé neuroinfekce a mozkové tumory. Stejně symptomy mohou vyvolat i **psychotropní látky** jako LSD, pervitin, kokain, PCP a ketamin. (Raboch, 2012; Češková, 2007)

1.5 Klinické formy schizofrenie

Popis klinických forem schizofrenie dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10).

F20 Schizofrenie

„Schizofrenické poruchy jsou obecně charakterizovány podstatnou a typickou deformací myšlení a vnímání. Afekty jsou nepřiměřené nebo otupělé. Jasně vědomí a intelektuální kapacita jsou obvykle zachovány, ačkoliv určité kognitivní defekty se mohou v průběhu doby vyvinout. Nejdůležitější psychopatologické fenomény zahrnují ozvučování myšlenek; vkládání nebo odnímání myšlenek; vysílání myšlenek; bludné vnímání a bludy ovládání; pasivita nebo ovlivňování; sluchové halucinace, které komentují nebo diskutují o pacientovi ve třetí osobě; poruchy myšlení a negativní příznaky.“

(MKN-10, 2013)

F20.0 Paranoidní schizofrenie

„Paranoidní schizofrenie je charakterizována relativně trvalými, často persekucními bludy, které jsou většinou provázeny halucinacemi sluchovými a poruchami vnímání. Poruchy afektivní, poruchy vůle, řeči a symptomy katatonní jsou buď nepřítomné, nebo poměrně nenápadné.“ (MKN-10, 2013)

F20.1 Hebefrenní schizofrenie

„Forma schizofrenie, u které jsou nápadné změny afektivní, bludy a halucinace jsou částečné a prchavé, chování neodpovědné, nepředvídatelné, manýrismus je obvyklý. Nálada je nepřiměřená a plochá. Myšlení je dezorganizované a řeč je inkoherentní. Je zde tendence k sociální izolaci. Prognóza je obvykle špatná kvůli rychlému rozvoji negativních symptomů, zvláště oploštění afektů a ztrátě vůle. Hebefrenie by se normálně měla diagnostikovat pouze v dospívání a u mladých dospělých.“ (MKN-10, 2013)

F20.2 Katatonní schizofrenie

„Katatonní schizofrenie je charakterizována především výraznými psychomotorickými poruchami, které mohou oscilovat mezi hyperkinézou a stuporem nebo povelovým automatizmem a negativizmem. Strnulé postoje mohou trvat dlouhou dobu. Epizody náhlého vzrušení mohou být kombinovány snovými stavy (oneiroidními) a s živými scénickými halucinacemi.“ (MKN-10, 2013)

F20.3 Nediferencovaná schizofrenie

„Psychotické stavy, které splňují všeobecná diagnostická kritéria pro schizofrenii, ale jež nelze zařadit do žádného z podtypů v F20.0-F20.2 nebo takového, které mají příznaky více než jednoho z nich, bez výrazné převahy nějakého zvláštního souboru diagnostických charakteristik.“ (MKN-10, 2013)

F20.4 Postschizofrenní deprese

„Depresivní stav, který může přetrvávat, se objevuje jako dozvuky schizofrenní nemoci. Některé schizofrenní symptomy, ať pozitivní nebo negativní, musí být stále přítomny, ale nejsou již v popředí klinického obrazu. Tyto depresivní stavy jsou spojeny se zvýšeným rizikem sebevraždy. Pokud nemá nemocný žádné schizofrenní symptomy stále floridní a zřetelné, pak by měla diagnóza zůstat na příslušném schizofrenním podtypu (F20.0-F20.3).“ (MKN-10, 2013)

F20.5 Reziduální schizofrenie

„Chronické stadium ve vývoji schizofrenní nemoci, kde je jasná progresse z časného do pozdního stadia. Je charakterizována dlouhodobými, nikoliv však nezbytně ireverzibilními, „negativními“ symptomy a poruchami, např. psychomotorické zpomalení; snížená aktivita; otupělost afektu; pasivita a nedostatek iniciativy; chudá řeč v obsahu nebo množství; špatná non-verbální komunikace výrazem obličeje, očima, modulací hlasu a postoji; snížená péče o vlastní osobu a defektní sociální projevy.“(MKN-10, 2013)

F20.6 Schizophrenia simplex

„Porucha s pozvolným, ale progresivním vývojem podivností v chování, neschopností vyhovět společenským požadavkům a úpadek celkového projevu. Charakteristické negativní jevy reziduální schizofrenie (např. afektivní plochost, ztráta vůle apod.) se vyvíjejí bez jakýchkoli zřejmých psychotických příznaků.“

(MKN-10, 2013)

1.6 Projevy schizofrenie

POZITIVNÍ PŘÍZNAKY

Halucinace je falešný zrakový, čichový, chuťový, tělesný či sluchový vjem, něčeho, co neexistuje. Sluchové patří mezi nejvýznamnější, může se jednat o pouhé zvuky, až k samostatným hlasům, které radí, varují a nabádají. Ve většině případů psychóz je pacient pevně přesvědčen o jejich existenci a může se jimi řídit.

(Vokurka, 2008)

Bludy, dle Vokurky (2008), jsou popisovány jako porucha myšlení postavena na chorobných a falešných přesvědčeních, která nejdou nemocnému vyvrátit a výrazně ovlivňují jeho chování a jednání. Dělí se na bludy makromanické, tedy s velikášskými tendencemi, mikromanické s pocity malosti, a úkorné, projevující se vztahovačností a paranoiou. (Vokurka, 2008)

Dále sem patří i další **poruchy myšlení**, jako je **paranoidita**, kdy postižený trpí mylnými představami o sobě či svém okolí, projevující se změnou chování, která vede k snaze objasnit tyto teorie, následně začne být vztahovačný a paranoidní. Paranoia může být tak rozvinutá, že může přejít až do bludu.

(Tasman, 2011)

Patří sem také **změny řeči**. Může se jednat o špatné skládání slov do srozumitelné věty, nebo pro něj mohou mít určitá slova úplně jiný význam než pro ostatní, zde se používá výraz slovní salát. Nemocný nemusí být schopen udržet základní dějovou linii a časté jsou i momenty, kdy se zarazí a neví, jak pokračovat. (Malá, 2010)

Poruchy chování jsou spojeny s bludy a halucinacemi, které mají vliv na pacientovy reakce a jeho chování. Patří sem agitovanost, agrese vůči sobě i okolí, bizarní chování a neklid. (Raboch, 2012)

NEGATIVNÍ PŘÍZNAKY

Představují oslabení či celkovou ztrátu normálních funkcí, hlavně co se týče emocí a vůle. Do **poruch emotivity** patří **úzkosti**, které nemocný většinou drží v sobě a bývají častým důvodem k sebevraždě. Podobné je to s **depresemi**, jež mohou pacienta taktéž vést k sebevražedným pokusům.

Emoční plochosť, kdy nejsou viditelné projevy emocí a pacient, tak svému okolí může připadat chladný, bezcitný a lhostejný. Opakem je **emoční ambivalence**. Při té má nemocný současně rád i nerad jednu věc či osobu. Dalším příznakem je **emoční nepřiměřenost**, kdy hovoří o neveselých věcech vesele, a naopak. V neposlední řadě i **apatie**, tedy zeslabení zájmů a reakcí vůči sobě i okolí.

Další jsou **poruchy vůle**, kam patří hlavně **abulie**, což je stav, kdy má pacient tak oslabenou vůli, že se může v extrémních případech projevit i neschopností vstát z lůžka či dodržovat hygienu. U lehčí formy **hypobulie** se zase projevuje rychlým unavením při činnosti či nedostatkem síly, aby se vůbec do nějaké aktivity pustil.

Patří sem i **ztráta zájmů a vztahů s okolím**, které mohou končit až úplnou sociální izolací. Častými projevy bývají **suicidální tendence a agresivita**, které jsou ve většině případů ovlivněny halucinacemi a bludy.

(Kučerová, 2008; Smolík, 2002)

KOGNITIVNÍ PŘÍZNAKY

Považují se za jádrové symptomy a patří k nim snížená schopnost soustředění, pamatování, plánování a řešení problémů. Závažnost souvisí s rozvojem příznaků negativních. (Raboch, 2012)

1.7 Průběh onemocnění

Průběh schizofrenie může být dvojitý. Buď probíhá **chronicky**, s dlouhodobě trvajícím symptomy a bez zlepšení, nebo dochází k ataku psychotické epizody (**relapsu**) s částečnou či plnou remisí. Další průběh je **individuální**. U části pacientů dochází k ustoupení nemoci a můžou se vrátit k běžnému životu. U jiných bude docházet k dalším a dalším relapsům, a ve většině případů pak není možný návrat do normálního života. Poslední část pacientů, u nichž ani léčba neprokáže

zlepšení, není schopna žít samostatně, a proto bývají zcela odkázáni, buď na své příbuzné či ke strávení zbytku života ve zdravotnických zařízeních.

(Raboch, 2012; Čěšková, 2008; Mahrová, 2008)

1.8 Prognóza

Příznivější jsou onemocnění se začátkem náhlým a přítomnými pozitivními příznaky, jako bludy a halucinace. Dále u lidí s partnerem či již založenou rodinou, studujících nebo majících stálé zaměstnání. Méně příznivá je u onemocnění s počátkem plíživým a negativními příznaky. (Raboch, 2012)

Mezi další faktory spojené s **příznivější prognózou** patří:

- lepší socioekonomický status
- paranoidní typ schizofrenie
- deprese a poruchy nálad
- zmatenost a dezorientace, napětí, úzkost, hostilita
- ženské pohlaví
- nadprůměrné IQ (především u pacientů v dětství a adolescenci).

K **nepříznivějším faktorům** se řadí především:

- hebefrenní a nediferencovaná schizofrenie
- rodinná anamnéza obsahující schizofrenii
- neurologické příznaky (zhoršené kognitivní funkce)
- abúzus drog
- dysfunkční rodina
- komplikace během porodu. (Barnett, 2007; Malá, 2005)

1.9 Léčba schizofrenie

Nejpodstatnější je léčba farmakoterapeutická, kde se využívají hlavně antipsychotika. Ošetřující lékař by měl používat více metod a plán léčby by měl být pojatý individuálně u každého pacienta. Při léčbě je kladen velký význam na spolupráci s rodinou a blízkými. (Raboch, 2012)

Rozlišujeme tři fáze léčby. První je léčba akutních příznaků, následuje pokračující léčba sloužící ke stabilizaci stavu a dosažení uspokojivé remise. Konečnou fází je léčba udržovací, která slouží k zachování remise a jako prevence relapsu. (Raboch, 2012)

1.9.1 Farmakoterapie

Prvním účinným lékem na schizofrenii byl **chlorpromazin**. Po úspěšném vyzkoušení na pacientech s psychotickým onemocněním, byl následně uveden do klinické praxe v roce 1952. Užívá se dodnes a patří do skupiny neuroleptik (antipsychotik). Ty se dále dělí na antipsychotika (dále jen AP), klasická a atypická.

(Češková, 2007)

Klasická, tedy **AP I. generace**, využívaná v léčbě schizofrenie, se dále dělí dle chemické struktury a dle klinického aspektu, na bazální a incizivní. **Bazální**, čili sedativní, AP mají nižší účinek v blokaci receptorů a dávkují se po stovkách miligramů. Mezi nejčastěji používané zástupce patří např. Plegomazin, Tisercin, Chlorprothixen a Cisordinol. **Incizivní** AP se vyznačují silnější blokádou receptorů, ale jejich dávkování probíhá v jednotkách miligramů. Patří sem Fluanxol, Haloperidol, Buronil a Meclopin. (Češková, 2007)

Atypická, označovaná jako **AP II. generace**. Patří sem SDA, MARTA a DSSS. **SDA** neboli antagonisté serotoninu a dopaminu, s účinnou látkou risperidon (Rispen, Risperdal), ziprasidon (Zeldox) a sertindol (Serdolect). **MARTA** je zkratkou pro multireceptorové antagonisty jako je klozapin (Leponex), ten byl prvním objeveným AP, dále olanzapin a zotepin. Posledními jsou dopaminové a serotoninové stabilizátory, čili **DSSS**, do kterých patří hlavně aripirazol.

V klinické praxi bylo prokázáno, že AP II. generace mají větší efektivnost než AP generace I. Hlavní rozdíl spočívá v spektru účinku a výskytu neurologických vedlejších účinků, které jsou nižší u atypických AP.

(Češková, 2007)

U 20-30% léčených dochází k relapsu onemocnění, který může mít neblahý vliv na průběh léčby, hlavně snížením lékové odpovědi a mohou vést až k farmakorezistenci, ta postihuje 25-45% pacientů se schizofrenní poruchou.

(Češková, 2007)

Volba vhodného AP je cílena na individuálního jedince a zaměřena hlavně na jeho předchozí zkušenosti, klinické charakteristiky (suicidalita, katatonní rysy, neklid, abúzus) a náchylnost k nežádoucím účinkům podávaných léků.

(Češková, 2007)

1.9.2 Elektrokonvulzivní terapie (ECT)

ECT je v nynější době prováděna v celkové anestezii, podávají se myorelaxancia, sleduje se EEG a po celou dobu je přítomen anesteziolog. Základním mechanismem je aplikace minimálního elektrického proudu elektrodami připevněnými ke spánkům pacienta. (Obrázek 1) Proud je veden v intervalu 20 sekund po 2 minuty a dohází k umělé vyvolanému epileptickému záchvatu. Terapie se aplikuje 2-3x týdně v rozmezí s 6 až 12 vyvolávanými záchvaty.

Nemocný musí s výkonem souhlasit a podepsat informovaný souhlas. U nesvéprávných a dětí rozhoduje zákonný zástupce.

Mezi časté nežádoucí účinky patří poruchy paměti, bolest hlavy a svalů, nevolnost až zvracení, hypertenze, arytmie, neklid a zmatenost. K méně častým patří zlomené kosti a může dojít i k smrti pacienta. Riziko výskytu úmrtí je u 1 z 10 000. (Tasman, 2011)

1.9.3 Psychoterapie

Způsob léčby využívající psychologických prostředků k léčbě schizofrenie, jejímž cílem je posilovat schopnost komunikovat s ostatními a zvýšit adaptaci a nezávislost. **Individuální psychoterapie** má za cíl obnovení důvěry v okolí za pomoci příjemného a přátelského prostředí, pochopení a nevnucování ničeho, co dotyčný nechce nebo by mu mohlo být nepříjemné.

(Raboch, 2012; Kratochvíl, 2006)

Skupinová psychoterapie se zaměřuje na adaptaci nemocných ve skupině více lidí se stejným či podobným průběhem onemocnění. Zvyšuje se důvěra a pacient si uvědomí, že není jediným postihnutým. Vzájemně si mohou i pomáhat a naučit se, jak se s ní vyrovnat. Pomáhá i nácvik řešení každodenních problémů.

(Raboch, 2012; Kratochvíl, 2006)

Patří sem široká škála psychologických postupů, počínající nácvikem dovedností, posílení spolupráce a využívají se řízené programy ke zvládnání zloby, úzkostí či depresí. Souhrnným názvem jsou **kognitivně-behaviorální intervence** a jsou zaměřeny hlavně na redukování výskytu psychotických příznaků.

(Schizofrenie - Edukační program WPA, 2003)

Důležitou součástí léčby schizofrenie je **přítomnost rodiny a blízkých**. Rodinná terapie vede ke zlepšení vztahů v rodině, hlavně po emoční stránce, vyhnutí se zbytečným hádkám a výčitkám. Patří sem dále i **psychoedukace**, což je terapeutická technika založená na informacích, které jsou adekvátní a v dostatečném množství, podávány nejen pacientovi, ale i jeho blízkým.

(Raboch, 2012)

1.9.4 Komunitní péče

Nebo také péče intermediární, se zaměřuje na život pacienta v přirozeném prostředí a snaží se minimalizovat dobu jeho hospitalizace mimo komunitu. K tomu využívá propojení různých služeb v dané oblasti.

Nejvyužívanější bývají **centra denních aktivit a denní stacionáře**. Ty poskytují terapeutickou i rehabilitační péči, celodenní programy zaměřené na nácvik praktických a pracovních dovedností, a podporují zázemí klientů a jejich aktivní zapojení do programů denních aktivit. U pobytu ve stacionářích je cílem zamezení nebo zkrácení doby hospitalizace na psychiatrických odděleních. Mohou existovat samostatně nebo jako součást psychiatrického zdravotnického zařízení, ambulance či léčebny, nebo také v kombinaci s krizovým zařízením či ambulancí psychologa. (Venglářová, 2006)

Dále sem patří **chráněná bydlení a příprava pacienta na samostatné bydlení**. Cílem je resocializace, příprava k soběstačnému životu a dlouhodobému pobytu mimo psychiatrické zařízení. Bydlení mohou být buď s celodenním dohledem personálu, nebo samostatné, jen s občasným dohledem. Patří sem i terapeutické komunity a rehabilitační zařízení pro dlouhodobý pobyt pacientů s chronickou duševní poruchou. (Venglářová, 2006)

V neposlední řadě jsou zde **zařízení pro podporu práce a zaměstnání**, jejichž cílem je udržení, obnovení a vylepšení dovedností spojených s prací, jako je jeho výkonnost, zlepšení po stránce fyzické, duševní, i v oblasti sebedůvěry. Přizpůsobuje se individuálním potřebám klienta. Ti bývají znevýhodněni, a často vyžadují chráněné pracovní podmínky. (Venglářová, 2006)

1.10 Ošetrovatelská péče o pacienta se schizofrenií

Důležitý je přístup sestry a zásady chování v ošetrování schizofrenního pacienta. Přístup by měl být klidný a otevřený, empatický, ale zároveň neosobní a čistě individuální, bez chyb jako je bagatelizace, ironie a netaktnost, či negativní a agresivní postoj. Sestra by měla pacienta podporovat a vést ho k aktivitě v léčebném procesu. Na začátku by si měla s pacientem stanovit jasná pravidla, s ohledem na zachování pravidel společnosti. Měla by být ohleduplná a trpělivá, a ne nervózní, neklidná, neochotná, se špatnou náladou. Když je sestra zase přehnaně aktivní, její péče může vézt pasivitě či závislosti na sestře.

Cílem je nejen celková péče, ale i obnova psychického zdraví a vytváření vhodného prostředí. Nutné jsou proto znalosti teoretické i praktické a jejich využití v praxi. (Venglářová, 2006)

Hlavní body v péči jsou:

- péče o bezpečnost klienta
- kontrola podávané medikace
- dostatečná hydratace
- vhodná a vyvážená strava
- hygienická péče - dopomoc
- podpora pacienta a vedení k samostatnosti
- edukace pacienta i rodiny - o symptomech, léčbě, přístupu k nemocnému
- rozvoj komunikačních dovedností
- resocializace
- denní režim - měl by být pevně dodržován. (Venglářová, 2006)

BEZPEČNOST PACIENTA A JEHO OKOLÍ

Následkem poruch vnímání a myšlení jsou bludy a halucinace, které se u nemocného projevují strachem a úzkostí, a mohou jej vést až obranné reakci proti domnělému nebezpečí. Pacient se tak může stát nebezpečný sám sobě, zdravotnickému personálu, spolupacientům i rodinným členům. Takoví pacienti bývají hospitalizováni na oddělení uzavřeného typu, do pokoje se zvýšenou péčí či úplnou izolací. Hospitalizace je často nedobrovolná, spojená s agresí proti zdravotníkům či pokusem o útěk. Při takovýchto případech je možno,

s ohledem na lidskou důstojnost, použít omezovací prostředky. Těmi může být síťované lůžko či pouhé omezení v lůžku, použití svěrací kazajky a podání farmak. Léky na uklidnění bývají podávány již při převozu.

Úkolem sestry je zajistit bezpečné prostředí, odstranění všeho, co by mohl použít k ohrožení sebe či druhých. Sestra musí být při interakci s pacientem klidná, dát pozor na verbální a neverbální projevy pacienta i své. Musí být také obezřetná a zajišťovat si vlastní bezpečí, vždy mít volnou únikovou cestu, dostatečný prostor a nosit u sebe nějaké signalizační zařízení, alarm či zvonek, v případě hrozícího nebezpečí. (Venglářová, 2006)

SEBEPÉČE A HYGIENA

U schizofrenních pacientů se můžeme setkat s neadekvátním vzezřením, jak ohledně bizarních šatů, přílišného množství léků, tak i oblečením nevhodným vůči aktuálnímu počasí, ročnímu období či prostředí, ve kterém se nachází. U takovýchto pacientů je nutné vedení k péči o zevnějšek, který nebude tak nápadný a nebude následně zbytečně poutat nechtěnou pozornost, které by se mu mohlo po propuštění dostat, a mohla by mu uškodit.

U většiny klientů dojde po zvládnutí akutních příznaků k propuštění a navrácení se k běžnému životu. Pacienti sebezpečí většinou zvládají, alespoň na přijatelné úrovni. (Venglářová, 2006)

SPÁNEK

Jeho porušení ve většině případů přímo souvisí s onemocněním a bývají hospitalizovaní lidé, kteří nespali dny i týdny. Vliv na nespavost může mít kouření, alkohol, drogy či nadměrné užívání předepsaných léků. Sestra by měla posoudit negativní faktory ovlivňující spánek pacienta, a pokud je to možné, odstranit je. Zjistit návyky a rituály před spaním, dobu spánku, kdy usíná, nevhodné stravovací návyky před spaním. Dále by měla připravit vhodné a klidné prostředí pro spánek, odstranit rušivé elementy. U hospitalizovaných pacientů vysvětlíme režim oddělení a upozorníme na možnost nezbytných vyrušení během spánku, v rámci kontroly a monitorace.

Pacienta můžeme dále edukovat, jak postupovat při potížích s usínáním a spánkem. Měl by zvolit pravidelnou dobu usínání a vstávání, a pokud neusne do 15 minut, tak vstát z lůžka. Dále by se měl vyhnout jídlu před spaním a omezit příjem potravy a tekutin obsahující kofein. Naopak by měl zvýšit aktivitu a neměl by spát během dne. Pokud podáváme léky proti nespavosti, nedáváme je nemocnému s večerními léky, ale tak 30 minut před ulehnutím. (Venglářová, 2006)

PŘÍJEM POTRAVY, TEKUTIN A JEJICH VYPRAZDŇOVÁNÍ

Pacienti pod vlivem bludů a halucinací si často představují, a jsou o tom hluboce přesvědčeni, že jídlo či tekutiny jsou otrávené, infikované, či jakkoliv jinak nebezpečné a mohly by je ohrozit. Nepřijímání potravy může být také následkem užívaných léků, které mohou ovlivnit chuť. Vliv můžou mít i sociální podmínky a tělesné problémy, jako poruchy žvýkání a zažívání.

Sestra zaznamenává množství tekutin i sněženého jídla, dále monitoruje tělesnou hmotnost, BMI a tělesné míry. V oblasti vyprazdňování vede záznamy o diuréze a stolici. (Venglářová, 2006)

KOMUNIKACE S PACIENTEM

„Udržet kontakt s psychotickým člověkem je nesmírně náročné. Kromě zájmu o nemocného a odborných dovedností nám také pomáhá kontakt s rodinou. Ta nám může poskytnout cenné informace, jak s nemocným mluvit v konkrétních situacích.“ (Venglářová, 2006, str. 96)

Cílem komunikace je **důvěra v okolí**, navázání kontaktu a umožnění nemocnému sdělit potřeby a svá přání. Mezi zásady komunikace patří zachování **empatie**, snaha pochopit danou situaci s ohledem na psychické změny probíhající u nemocného. Pacientovi ponecháváme dostatek času a prostoru k obnově vztahů a pátráme po vlivech, které mohou vést ke snížené schopnosti komunikovat, jako jsou neurologické problémy či různé mechanické překážky.

(Venglářová, 2006; Mahrová, 2006, Paton, 2005)

1.11 Stigma onemocnění

Slovo stigma se dnes užívá jako stav, kdy jsou na člověka, v určitých situacích, kladeny ohledy nebo naopak omezení, kvůli tomu, že je postižen deficitem, ať už domnělým či skutečným.

Hlavní představy společnosti u nemocných se schizofrenním onemocněním jsou, že se jedná o poruchu neošetřitelnou a neléčitelnou, nebo že pacienti bývají násilničtí a nepředvídatelní. (Hinterhuber, 2001)

STIGMA A JEHO NÁSLEDKY PRO NEMOCNÉ SCHIZOFRENIÍ

Negativní vlivy, způsobené stigmatizací či diskriminací nemocní se schizofrenií, mají vliv jak na hodnotu života, tak i na léčbu a rehabilitaci.

Stigma může pacientovi ztížit přijmutí jeho nemoci, oslabit vlastní vnímání sama sebe, které se může projevit ztrátou kontroly nad svým životem nebo jejím opětovným převzetím. Může se považovat za nevléčitelného, s trvalým odkazem na cizí pomoc. Stigmatizace může vést až úplné socializaci, kterou ovlivňují hlavně stresory v pozadí. Největší z následků je však možnost relapsu, u kterého zvyšuje riziko výskytu a může vést až chronifikaci onemocnění.

(Hinterhuber, 2001, Schizophrenia, 2010)

2 PSYCHODYNAMICKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ DLE HILDEGARD E. PEPLAU

2.1 Hildegard Elizabeth Peplau

Dle Callaway (2002), se jednalo o kontroverzní ženu, jejíž život vedl ke změnám, ne jen v její profesi, ale také ke změnám života mentálně nemocných v celé zemi. (Obrázek 2)

Hildegarda se narodila 1. září 1908 v Pensylvánském městě Reading, jako druhá dcera ze šesti dětí, rodičům, kteří byli německými přistěhovalci. Gustav byl tvrdě pracující otec a Otylie matkou v domácnosti. Nikdo z rodiny neměl vysokoškolské vzdělání ani nutné ambice. Ty se projevily až v Hildě.

V roce 1931 získala základní ošetřovatelské vzdělání na Pennsylvania School of Nursing, Pottown. Pracovala jako řadová sestra, později i hlavní sestra, v nemocnici v Pensylvánii a v New York City. Poté nastoupila jako školící sestra na Bennigton College ve Vermontu. Zde si v roce 1943 dodělala bakalářský titul v oblasti interpersonální psychologie.

Za 2. světové války sloužila 3 roky v Army Nurse Corps, kde byla převelena do Anglie, zde pracovala v neuropsychiatrické nemocnici. Kousek od ní byla American School of Military Psychiatry a Hilda se zde seznámila a spolupracovala s hlavními představiteli anglické a americké psychiatrie.

Po návratu do Ameriky, v roce 1947, získala magisterský titul v psychiatrickém ošetřovatelství na Columbia Univerzity v New Yorku, a také jí byl udělen certifikát psychoanalytika od William Alanson White Institute of New York City.

Jeden rok pracovala jako soukromý terapeut a v pozdějších 50. a 60. letech organizovala a přednášela na workshopech po Kanadě, Africe a Jižní Americe.

Dvacet let strávila jako profesorka na Rutgers Univerzity. Rok vykonávala funkci výkonné ředitelky Americké Asociace Sester (ANA) a dva byla její prezidentkou. Byla jedinou, kdo kdy vykonával obě tyto pozice.

Jako konzultantka spolupracovala s Mezinárodní zdravotnickou organizací WHO, National Institute of Mental Health, Surgeon General of US and US Air Force.

Napsala stovky článků, několik knih, desítky publikací, a stala se zakladatelkou a vydavatelkou časopisu *Properties in Psychiatric Care*. V pozdních 60. letech o ní byl dokonce natočen dokumentární film, který byl nominovaný na Oscara.

Do její smrti jí bylo uděleno 9 čestných doktorátů a ANA podle ní založila Hildegard Peplau Award. Obdržela obě sesterské nejvyšší vyznamenání, Christiane Reimann Prize a stala se, jako jediná sestra, jednou z Fifty Great Americans, v roce 1997.

Po celý život tvořila nahrávky se svými poznatky a poznámkami, které jsou dodnes dostupné a uložené v depozitáři Schlesingerovi knihovny na Harvardské univerzitě, stejně jako její kompletní autobiografie, od raného dětství až do jejího skonu.

Zemřela 17. března 1999, poklidně ve spánku v Sherman Oaks v Californii.

(Callaway, 2002)

2.2 PSYCHODYNAMICKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ

MODEL INTERPERSONÁLNÍCH VZTAHŮ

Při tvorbě modelu byla Peplau výrazně ovlivněna americkým psychiatrem Harry Stack Sullivanem (1892 - 1949), zakladatelem interpersonální teorie psychiatrie, a jeho modelem mezilidských vztahů, kde se zabýval hlavně efektem sociálního a kulturního prostředí, než na vnitřní spouštěče. (Pavlíková, 2006)

OBSAH MODELU

Peplau ošetřovatelství popisuje jako interpersonální proces mezi dvěma, a více, jedinci, kteří mají stejný cíl. V rámci zdravotnictví tedy terapeutický vztah sestry a pacient. Pacient je brán jako individuum potřebující zdravotnickou péči a sestra jej samostatně posuzuje pomocí poznatků z teorie i praxe, a vede jej pomocí rolí, od neznámé osoby po poradce a zástupce. Sestra a pacient se vzájemně poznávají, komunikují, společně identifikují problém a snaží se jej vyřešit, i přestože je každý zvyklý řešit problémy odlišným způsobem, najít společné vyhovující řešení.

Předpokladem vzniku úspěšného terapeutického vztahu jsou dle Peplau dvě věci. Pacient si musí připustit, že má nějaký problém a vyhledat odbornou pomoc. Nazývá to pojmem *felt need*, kdy sám pociťuje nutnost, aby mu někdo pomohl. (Farkašová, 2005)

ASUMPCE (PŘEDPOKLADY)

Jedním z hlavních předpokladů je úloha sestry, která provádí ošetrovatelskou péči, dělá důležitá rozhodnutí a vede klienta. Dalším je úloha ošetrovatelství a vzdělávání, vycházející z osobnostního vývoje jedince. Ošetrovatelství dále využívá metod a principů vedoucích k uvolňování mezilidských vztahů. (Pavlíková, 2006)

HLAVNÍ JEDNOTKY

Cílem ošetrovatelství je pomoci těm, kteří jsou nemocní nebo potřební péče druhých, komunikovat, udržovat interpersonální vztahy a uspokojovat potřeby.

Pacient/klient je jedincem s frustrací a úzkostí v oblasti potřeb a má narušené mezilidské vztahy.

Role sestry jsou neznámá osoba, pomocnice, učitelka, vůdce, zástupce a poradce.

Zdrojem potíží je u toho modelu hlavně frustrace, úzkost a napětí.

Ohniskem zásahu je zjistit oblast, která pacientovi dělá problémy a vytvořit si s ním terapeutický vztah.

Způsob zásahu obsahuje sestavení intervencí vedoucích k odstranění frustrace, úzkosti a napětí, podpora jeho rozvoje a růstu, a v neposlední řadě zlepšení komunikace.

Důsledkem by mělo být zvýšení nebo celkové obnovení sebekontroly a odstranění zdroje potíží. (Pavlíková, 2006)

METAPARADIGMATICKÉ KONCEPCE

Mezi předměty zkoumání patří člověk/osoba, zdraví, prostředí a ošetřovatelství.

„Osoba je organizmus, který žije v nestabilní rovnováze a svým vlastním způsobem se snaží o snížení tenzí vytvářených neuspokojenými potřebami.

Zdraví je slovní symbol, který znamená požadavek osobnosti na různé lidské procesy a vztahy, aby směřovaly ke kreativitě, konstruktivně a produktivě v osobním i společenském životě.

Prostředí existuje mimo organismus a je v kontextu s kulturou; je důležité pro osvojení si zvyků a jejich používání, které vedou ke zdraví.

Ošetřovatelství je významný terapeutický a interpersonální proces, který je v interakci s ostatními lidskými procesy a přispívá ke zdraví jedince a společnosti; zahrnuje vztah mezi jedincem, který je nemocný, nebo má potřebu vyhledat zdravotnické služby a sestrou, která jedincům pomáhá v procesu interakce k rozvoji osobnosti, kreativitě a produktivě v osobním i společenském životě.“

(Pavlíková, 2006, str. 80)

FÁZE MODELU

Orientace je seznamovací fáze sestry a pacienta, kteří se setkávají jako naprostí cizinci. Vhodná je spolupráce i s rodinou. Zabývá se předsudky a stanovení kritérií v potřebných oblastech. Sestra se snaží objasnit nemocnému ošetřovatelské postupy, které na něj budou aplikovány. Tato fáze ovlivňuje sestru a pacienta jako tým, který se pomalu vyvíjí, spolu s pocitem důvěry a bezpečí, a postupně tak vzniká terapeutický vztah.

Identifikace spočívá v pacientově rozpoznání a objasnění problémů, spolu s jeho očekáváními. Sestra je chápána jako někdo, kdo mu může pomoci a jejímž úkolem je mu pomoc rozeznat problém a podporovat jeho soběstačnost. Pacient se v této fázi může chovat aktivně, a sám vyhledávat sestru a její pomoc, nebo pasivně, a čekat až k němu přijde sama.

Třetí fází je **využití**, a ta je postavena na kompletní důvěře pacienta k sestře, vzájemnému akceptování, plně využívá nabízených služeb, se snahou identifikovat a orientovat se ve vlastních pocitech a chování. Pacient se cítí plnohodnotnou součástí prostředí, které se mu snaží pomoci, a díky níž začíná pociťovat kontrolu

nad svým problémem a nemocí, proto se zapojuje aktivně do ošetrovatelského procesu, v rámci vlastního uzdravení. Terapeutický vztah je postaven na profesionální blízkosti. Pacient se postupně stále více osamostatňuje a stává se soběstačnějším, odpovědnějším s realistickým pohledem na situaci. Dle Peplau hlavní část vykonává právě pacient, musí být aktivní, komunikativní. Sestra jej povzbuzuje a poskytuje potřebné odpovědi či vyslechnutí.

Poslední fází je **ukončení** terapeutického vztahu, kdy dochází k absolutnímu uspokojení potřeb a pacient se stává naprosto samostatným, ne neodkázaným na pomoc sestry a jeho získaná soběstačnost mu umožňuje samostatné vypořádání se se svými problémy. (Pavlíková, 2006; Farkašová, 2005; Pearson, 2005)

ROLE SESTRY

První rolí sestry je role **neznámé osoby**, která se s pacientem setkává poprvé jako s cizincem v běžném životě a poskytuje akceptovatelné prostředí pro vytvoření důvěry.

Další je role **pomocnice** poskytující odpovědi na jeho otázky, podává mu chtěné informace a vysvětlení, ohledně léčby a ošetrovatelství.

Role **učitelky**, která dává instrukce a provádí trénink věcí, které zná, i těch co nezná, ale má zájem se je naučit.

Role **vůdce** se zaměřuje na pomoc klientovi převzít maximální zodpovědnost za plnění jeho léčebných cílů a za jeho aktivní účasti.

Role **zástupce** je založena na míře závislosti a jeho závislosti v terapeutickém vztahu na sestře.

Role **poradce**, je jednou z nejvýznamnějších, protože je postavena na pomoci klientovi pochopit význam jeho životních podmínek, dále na poskytnutí poradenství a podpory, aby mohl provádět potřebné změny.

(Jarošová, 2000, Pavlíková, 2006)

PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části se věnuji dvěma pacientům se schizofrenním onemocněním, kazuistice jejich případu a následnému stanovení ošetrovatelského plánu. Plán péče sem sestavila na podkladě modelu Peplau, jež se zabývá hlavně důležitostí vzniku terapeutického vztahu s pacientem. Ten je postaven na komunikaci a důvěře, přizpůsobený potřebám jedince, vedoucí k jeho spolupráci na plánu péče a splnění společně vytyčených cílů.

Ve své práci pokračuji v ověřování výsledků z diplomové práce mé vedoucí, Mgr. Veroniky Muchlové Mühlsteinové, DiS., jejímž cílem byla aplikace modelu H. Peplau do psychiatrické ošetrovatelské péče. Používám i navrženou dokumentaci, kterou v rámci své práce následně vytvořila.

3 FORMULACE PROBLÉMU

Schizofrenie je, ve většině případů, závažné onemocnění, s velkým množstvím příznaků a komplikací s nimi spojenými, které pacienta mohou značně poškodit. Nejen, co se týče jeho vnímání sebe sama, ale také jeho chování vůči rodině a jeho okolí. Pro tyto pacienty je důležité, aby i po propuštění z nemocniční péče, nadále pokračovali se svou léčbou. U nemocných, kteří léčbu nedodrží nebo nějakým způsobem porušují léčebný plán, z jakýchkoliv důvodů, je poměrně vysoké riziko relapsu onemocnění, vedoucí k jejich opakované hospitalizaci a postupnému zhoršování jejich stavu.

Pro pacienty s tímto onemocněním je důležité navázat terapeutický vztah s ošetrujícím personálem. Takový vztah je postaven hlavně na vzájemné důvěře, a napomáhá, jak ke snadnějšímu porozumění onemocnění, tak k aktivní spolupráci pacienta při ošetrovatelské péči, identifikaci problémů, spolu se stanovováním jejich řešení. Sestry jej vedou k pochopení svého onemocnění i jeho následnému přijetí. Cílem takové vztahu je navození absolutní důvěry mezi pacientem a sestrou.

4 CÍL PRÁCE

V této práci se věnuji 2 pacientům, kteří trpí schizofrenním onemocněním, každý s jinou klinickou formou schizofrenie, paranoidní a nediferencovanou. Byly stanoveny ošetřovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie, na základě zjištěných problémů u pacienta v daných oblastech. Následovně stanoveny cíle, ošetřovatelské intervence, jejich dopad na pacienta a vyhodnocení, jestli došlo ke splnění očekávaných výsledků či nikoliv.

U obou pacientů byl aplikován ošetřovatelský model interpersonálních vztahů dle Hildegard Peplau.

5 VZOREK RESPONDENTŮ

Vybrala jsem si 2 pacienty s rozdílnými klinickými formami schizofrenie.

Pacienti se liší nejen typem schizofrenie, pohlavím, věkem, ale i vnímáním svého onemocnění a jeho následných komplikací a dopadů na ně samotné, rodinu a okolí.

Oběma pacientům jsme se věnovala v době jejich hospitalizace na psychiatrickém oddělení.

6 KAZUISTIKA PACIENTA Č. 1

Žena ve věku 24 let s diagnostikovanou **paranoidní schizofrenií**. Pacientka byla 4x hospitalizována v psychiatrické léčebně, nyní žije doma a přes půl roku se u ní neprojevily žádné příznaky.

Pacientku jsem ošetřovala 14 dní během její hospitalizace na psychiatrickém oddělení.

6.1 ANAMNÉZA

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Pacientka v 16 letech prodělala apendicitidu, s následnou apendektomií.

Jinak u ní neproběhly žádné operativní výkony či závažná onemocnění, kromě běžných dětských nemocí.

RODINNÁ ANAMNÉZA

Otec: zemřel ve věku 45 let, na cévní mozkovou příhodu.

Matka: 45 let, zdráva.

Sestra: 17 let, trpí astmatem, jinak zdráva.

Matka z otcovy strany: 66 let, lečí se s diabetem melitus II. typu.

Otec z matčiny strany: 69 let, po infarktu myokardu.

Ostatní příbuzní zdraví a bez psychiatrické anamnézy.

FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Risperdal (1 mg) 1-0-1.

Rivotril (0,5 mg) 1 – 0 - 1 (při úzkostech).

ABÚZUS

Pacientka nekouří ani nepije.

V pubertě si jednorázově vyzkoušela marihuanu a halucinogeny (LSD). V současné době však žádné drogy neužívá.

GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Pravidelná menstruace od 15 let.

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Pacientka je alergická na včelí bodnutí.

VZDĚLÁNÍ

Pacientka úspěšně absolvovala Pražskou konzervatoř v oboru Hudba a po úspěšném složení přijímacích zkoušek chodila po dobu 1 roku na HAMU, tu však musela kvůli svému onemocnění opustit.

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Momentálně nemá stálý pracovní úvazek, ale občasně si přivydělává brigádami.

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Bydlí v dvougeneračním domě s matkou, jejím přítelem, mladší sestrou, a prarodiči z matčiny strany.

PARTNERSKÉ VZTAHY

V současné době nemá dlouhodobý vztah.

PSYCHIATRICKÁ ANAMNÉZA

V 19 letech byla poprvé hospitalizována na psychiatrickém oddělení a následně diagnostikována s paranoidní schizofrenií. Po půlroční hospitalizaci byla propuštěna do domácí péče.

Po necelém půl roku, však byla hospitalizována znovu pro zhoršení stavu, tak se to opakovalo ještě 2x, naposledy ve 24 letech, kdy strávila na psychiatrickém oddělení 1 měsíc.

V této době žije doma a pravidelně navštěvuje psychiatrickou ambulanci.

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Stav vědomí: plně vědomí, orientována ve všech oblastech

Soběstačnost: plně soběstačná - dle Barthelova testu základních všedních činností
ADL

Hmotnost: 65 kg

Výška: 176 cm

BMI: 21 - ideální váha

Krevní tlak: 125/80 mmHg

Pulz: 80/minutu

Dechová frekvence: 16/minutu

Tělesná teplota: 36,5°C

6.2 KATAMNÉZA

První příznaky se u pacientky začaly projevovat v 18 letech, vyvolávacím mechanismem byla, s největší pravděpodobností, smrt otce, se kterým měla velice dobrý vztah. Začala se izolovat od ostatních, zameškávala školu a doma s nikým nemluvila. Začala mít zrakové halucinace, kdy viděla záblesky světla a později i stíny postav nebo postavy samotné. Postupně se začaly projevovat i halucinace sluchové, hlasy, které jí říkaly, co má dělat a se kterými se často hádala. Trpěla paranoidní představou, že ji stále někdo sleduje a pronásleduje. Tyto paranoidní představy vyvrcholily tím, že si pokusila nožem vyříznout sledovací zařízení, které měla mít, dle hlasů, implantované do paže. Při snaze se ho zbavit ji našla matka, která okamžitě zavolala sanitku. Byla odvezena na chirurgickou ambulanci, kde byla po ošetření, s pár stehy, následně přeložena na psychiatrické oddělení. Zde ji po důkladném vyšetření byla diagnostikována paranoidní schizofrenie.

Během hospitalizace byla pacientka zpočátku zamlklá, nechtěla se s nikým bavit a izolovala se od ostatních. Odmítala se aktivně zúčastňovat skupinových sezení i individuálního sezení s terapeutem. Občas mluvila sama pro sebe, ale na otázky nereagovala. Matka se sestrou ji pravidelně navštěvovali. Na ně se sice usmívala, ale také jim neodpovídala.

V následujících 4 týdnech se, po podávání antipsychotik, její stav začal zlepšovat, začala komunikovat a během skupiny poslouchala ostatní.

Během individuální psychoterapie se začala svěřovat se svými obavami z návratu hlasů a halucinací.

Během dalších týdnů se její stav vrátil téměř k normálu, komunikovala bez problémů a s ochotou, vyhledávala společnost a živě diskutovala s ostatními.

Později ji bylo dovoleno jet domů, zpočátku jen na odpoledne, poté i na celý víkend. Na oddělení se vracela v dobré náladě, občas trochu zamlklá, ale jinak bez problémů, ani rodina žádné potíže neuváděla.

Po půlroce byla propuštěna do domácí péče a pravidelně docházela na prohlídky. Její stav se jevil jako bezproblémový, s minimálními projevy onemocnění. Doma byla spokojená, začala znovu hrát na klavír a uvažovala nad pokračováním studia na HAMU.

Po 5 měsících dostala její sestra těžký astmatický záchvat a pacientka byla přítom. To se stalo spouštěčem pro nové hlasové halucinace, které jí obviňovaly, že to byla její vinna a že by jim bylo lépe bez ní. Znovu byla přijata na psychiatrické oddělení, její stav byl stejný jako poprvé. Stranila se ostatních a nekomunikovala. Po pár dnech jí přišla navštívit sestra a po její návštěvě se pacientčin stav opět začal postupně zlepšovat a byla propuštěna domů.

Následná hospitalizace byla na samotné vyžádání pacientky. Bylo to v době, kdy se znovu přihlásila k přijímací zkoušce na HAMU. Celé dny seděla u klavíru, učila se, nejedla, nemluvila. Znovu přišly zrakové i sluchové halucinace. Hořící piáno a hlasy tvrdící, že to stejně nezvládne, byly nejhorší, jak pacientka sama udává. V prosinci byla propuštěna domů a rozhodla se, že se přijímacího řízení nezúčastní. Již během hospitalizace projevila strach z relapsu onemocnění, kdyby se chtěla znovu pokusit přihlásit do školy.

Zatím poslední hospitalizace byla znovu na pacientčino vyžádání, důvodem byl infarkt jejího dědy, otce z matčiny strany, se kterým bydlí v domě. Hospitalizace proběhla bez problémů a bylo pouze krátkodobá. Pacientčin strach pramenil ze ztráty dalšího rodinného příslušníka a následného relapsu, který by tím mohl být vyvolán. Pacientka byla po 1 měsíci propuštěna, její stav byl stabilizovaný a pacientka překonala strach ze ztráty příbuzného za pomoci zdravotnického personálu a z počátku za pomoci medikace (anxiolytik).

Pravidelně dochází na psychiatrickou ambulanci a momentálně neudává žádné hlasové ani zrakové halucinace, paranoidní pocity či pokusy o suicidium.

Během své první hospitalizace navázala vztah s pacientkou se stejnou diagnózou a podobným průběhem. Její stav se však nevyvíjí, tak dobře jako její. Stále udržují kontakt a navzájem se podporují.

7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA

7.1 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES DLE H. PEPLAU

Data na sestavení ošetřovatelského plánu jsem sbírala pomocí rozhovoru s pacientkou. Dále jsem využila dokumentaci na sběr dat podle modelu Peplau (Příloha 1) a záznamu o průběhu péče (Příloha 2). Obojí bylo sestavené mou vedoucí, Mgr. Veronikou Muchlovou Mühlsteinovou, DiS, která dokumentaci sestavila v rámci své diplomové práce na téma Aplikace koncepčního modelu Peplau v psychiatrické ošetřovatelské péči.

ROZVOJ OSOBNOSTI

Pacientka si je plně vědoma svého zdravotního stavu. Je motivována k léčbě, plně spolupracuje a aktivně se podílí na svém uzdravení, souhlasí s léčbou a spoluúčastní se na jejím plánování.

Sama ochotně vyhledává informace o svém onemocnění, jak u zdravotního personálu, tak samostatně, s cílem zlepšit své znalosti. Svému onemocnění rozumí a je si plně vědoma jeho závažnosti, přesto se ale necítí stigmatizována a jen lehce omezována v normálním životě.

KOMFORT

Momentálně netrpí žádnou bolestí, akutní či chronickou, ani jinými zdravotními problémy.

Svěřuje se s úzkostnými stavy a strachem z relapsu a návratu halucinací, zrakových, ale hlavně sluchových. Občas udává suicidální myšlenky a náladovost, která ji vede k větší izolovanosti od rodiny, bývá ale prý jen chvilková a snaží se jí příliš nepodléhat a hledá alternativní řešení k jejich zvládnutí. Občas ji trápí i deprese.

INTERPERSONÁLNÍ TERAPEUTICKÝ VZTAH

Pacientka plně spolupracuje, na otázky odpovídá plnou větou a bez problémů. Sama navazuje kontakt, a je, ve většině případů, aktivní a upovídaná. Aktivně se účastní i sestavování ošetrovatelského plánů a naplno se snaží o jeho splnění.

DALŠÍ FUNKČNÍ VZORCE ZDRAVÍ

VZOREC ŘÍZENÍ ZDRAVÍ

Schizofrenie byla u pacientky diagnostikována v 18. letech, zaléčení proběhlo úspěšně. Poslední hospitalizace proběhla v létě loňského roku. Léčebnému režimu je plně otevřená, i jeho možným zlepšením a dodržuje ho, jak pravidelnými návštěvami psychiatrické ambulance, tak užíváním léků. Se svým onemocněním je plně smířená. Žije zdravým životním stylem, nekouří ani nepije.

Vzhledem k dřívější anamnéze pacientky, by mohlo hrozit násilí vůči sobě samé.

NUTRIČNĚ – METABOLICKÝ VZOREC

Pacientčino BMI je v normě, je štíhlé, vysoké postavy, má rychlý metabolismus. Jí vydatně, ale zdravě. Žádné problémy v této oblasti neudává. Kůže bez zjevných poranění a normální tonus. Vlasy, nehty i sliznice bez patologického nálezu. Chrup normální bez problémů.

VZOREC VYLUČOVÁNÍ

Vylučování, moči i stolice, je pravidelné. Žádné problémy pacientka neudává.

VZOREC AKTIVITY - CVIČENÍ

Pacientka je plně soběstačná a schopná sebepéče. Jako sportovní záliby uvádí jízdu na kole a koni, plavání.

VZOREC SPÁNKU - ODPOČINKU

Spánek je bezproblémový a cítí se po něm odpočatá.

KOGNITIVNĚ – PERCEPČNÍ VZOREC

Pacientka je zcela při vědomí a plně orientována ve všech oblastech. Nevyužívá žádné kompenzační pomůcky. Paměť neporušená, řeč v normě, je upovídaná a veselá.

VZOREC VNÍMÁNÍ SEBE SAMA - SEBEPOJETÍ

Sama sebe hodnotí jako optimistu, občas cholerika. Cítí se a vystupuje sebevědomě. Při atace onemocnění by mohlo dojít až k sebepoškození, vzhledem k dřívějším pokusům v anamnéze.

VZOREC ROLE - VZTAHY

Otec zemřel, když jí bylo 18 let, měla s ním skvělý vztah. Nyní žije v domě s prarodiči z matčiny strany, spolu s matkou a jejím přítelem, se kterým vychází bez problémů, a se sestrou, se kterou má nádherný vztah. Jak pacientka sama udává, je jí velkou oporou a tráví spolu většinu času. Stálé zaměstnání nemá, ale občas si přidělává brigádami.

VZOREC SEXUALITY - REPRODUKCE

Menstruace pravidelná. Pacientka nyní bez přítele, poslední dlouhodobý vztah měla v 17 letech, ten se následně rozpadl s nástupem onemocnění.

VZOREC ZVLÁDÁNÍ A TOLERANCE ZÁTĚŽE/STRESU

Velmi stresové situace, hlavně úmrtí nebo nemoc v rodině, vyvolává ataku onemocnění. Stres zvládá pomocí léků, ty však bere, jen pokud je stres příliš vysoký. Ten by mohl způsobit až pokus o sebevraždu, ke které měla pacientka tendence již v minulosti.

VZOREC HODNOT A VÍRY

Pacientka není věřící. Jako největší přání v nynější době je začít znovu studovat.

7.2 FÁZE MODELU DLE H. PEPLAU

FÁZE ORIENTACE

Mé první setkání s pacientkou proběhlo u ní na pokoji, na psychiatrickém oddělení. Byla uvolněná a upovídaná, o svém onemocnění mluvila bez problémů. Během několika hodinového rozhovoru, jsme od pacientky zjistila kompletní anamnézu i katamnézu. Později jsem mluvila i s rodinnými příslušníky, k doplnění některých informací.

Pacientka dostala prostor k dotazům, kdy se ptala na otázky ohledně plánu a hlavně na informace týkající se jejího onemocnění. Některé odpovědi jsem znala a zodpovězela jsme je, jiné jsme později společně vyhledaly.

FÁZE IDENTIFIKACE

Během následujících dní došlo k objasnění problémů, které pacientku trápí. Hlavně oblasti strachu a úzkosti, a možností sebepoškození. Na pacientce bylo vidět, že jí mluvení o těchto věcech není příjemné, ale snažila se otevřeně vyjádřit všechny své obavy.

Společně s pacientkou jsem sestavila ošetřovatelský plán, se kterým souhlasila a přislíbila aktivní účast na jeho plnění.

Pacientce jsem dále předložila několik dotazníků, které mi následně sama vyplnila.

FÁZE VYUŽITÍ

Pacientka plně využívá a aktivně se účastní na plnění ošetřovatelského plánu. Dochází k identifikaci dalších problémů, ne tak podstatných, většinou se jedná o maličkosti, ale pacientka sama udává, že je s průběhem plánu spokojena.

Během její hospitalizace probíhali každodenní sezení s ošetřující lékařkou. Přímo u něj jsem bohužel nebyla, ale, jak mi bylo později řečeno pacientkou,

její stav je bezproblémový a dle její lékařky, se u pacientky projevila větší potřeba a otevřenost ve svěřování se se svými problémy.

Na oddělení, kde byla hospitalizovaná, bylo vidět, že již za dřívějších hospitalizací si se sestřičkami vytvořila příjemný a otevřený vztah. Během této fáze byla na oddělení přijata její bývalá spolupacientka a kamarádka, se kterou se zná již déle, a která trpí stejným onemocněním. Ta byla přijata kvůli relapsu onemocnění. Pár hodin po jejím přijetí jsme jí šly společně navštívit. Byla smutná a vyděšená, a má pacientka se jí snažila uklidnit. I během následujících dní bylo vidět, že si spolu vytvořily vztah založený na vzájemné podpoře a důvěře.

FÁZE UKONČENÍ

Poslední den jsme znovu prošly celý ošetřovatelský plán. Ve všech stanovených oblastech došlo ke splnění daných cílů, buď kompletně, nebo alespoň částečně. Pacientka projevila spokojenost hlavně v objasněních některých informací o svém onemocnění, a dále ve vyřešení problémových oblastí.

7.3 OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN

Ošetřovatelský plán byl sestaven na podkladě ošetřovatelského modelu dle H. Peplau, za použití návrhu dokumentace na sběr dat podle modelu Peplau a pomocí záznamu o průběhu péče, sestavených mou vedoucí práce.

Jeho další součástí bylo použití těchto dotazníkových šetření vyplněných pacientkou:

- Dotazník kvality života - SQUALA (Příloha 3)
- Schwartzova škála hodnocení terapie - SOS-10 (Příloha 4)
- Dotazník kognitivního selhání - CFQ (Příloha 5)
- Beckova sebesuzovací škála deprese - BDI-II (Příloha 6)

Dotazník kvality života - SQUALA je rozdělen do dvou částí.

První část obsahuje 30 bodů a pacientka udává, jakou důležitost pro ni mají různé hodnoty v lidském životě. Jako velmi důležité: 9; středně důležité: 11; a málo důležité: 3. Jako nezbytné pacientka označila 7 bodů: zdraví, soběstačnost a sebezpečí, dobrou psychiku, spánek, rodinné vztahy a bezpečí.

Druhá část poukazovala na 30 různých věcí a pacientka měla označit míru spokojenosti s nimi. Jako nejčastěji udávala odpověď spíše spokojen: 11; nespokojen: 8, velmi spokojen: 3; a jako zcela spokojen udala fyzickou soběstačnost a rodinné vztahy. Na 6 bodů nevěděla, jak odpovědět.

Schwartzova škála hodnocení terapie obsahuje 10 tvrzení o pacientovi a jeho životě, během časového úseku 1 týdne.

Celkové skóre bylo 33 bodů, z celkového počtu 60 bodů, což odpovídá průměrné kvalitě života pacientky. Pacientčin život je znekvatňován hlavně pocity úzkosti a strachem, souvisejícím s relapsem onemocnění a nespokojeností s omezeními, které tato nemoc přináší, a její život tak neprobíhá, tak jak by sama chtěla.

Dotazník kognitivního selhání slouží k sebesouzení paměťových a dalších funkcí, zaznamenává se v době posledních několika týdnů a pacientka získala 72 bodů ze 125 dosažitelných. Na poruchy paměti si, ale pacientka nestěžuje.

Beckova sebesouzovací škála deprese, která obsahuje 21 skupin tvrzení a pacientka by si měla vybrat 1 výrok, který odpovídá jejímu stavu během 14 posledních dní. Pacientčin výsledek byl 17 bodů, což odpovídá mírné depresi.

7.4 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

7.4.1 SOUHRN OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

OBLAST	OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY
Rozvoj osobnosti	00161 Snaha zlepšit znalosti
Komfort	00146 Úzkost 00148 Strach
Interpersonální terapeutický vztah	00212 Snaha zvýšit odolnost
Řízení zdraví	00140 Riziko násilí vůči sobě 00162 Snaha zlepšit péči o vlastní zdraví
Nutričně - metabolická	Problém nezjištěn
Vylučování	Problém nezjištěn
Aktivita - cvičení	Problém nezjištěn
Spánek - odpočinek	Problém nezjištěn
Kognitivně - poznávací	Problém nezjištěn
Vnímání sebe sama - sebepojetí	00139 Riziko sebepoškození
Role - vztah	Problém nezjištěn
Sexuality - reprodukce	Problém nezjištěn
Zvládání a tolerance zátěže/stresu	00150 Riziko sebevraždy 00210 Zhoršená odolnost jedince
Hodnoty a víra	Problém nezjištěn

7.4.2 DIAGNÓZY AKTUÁLNÍ

00146 - Úzkost související se základním onemocněním projevující se obecnými, kognitivními, tělesnými a behaviorálními symptomy.

Subjektivně: Verbalizace pacientky, znepokojení.

Objektivně: Přítomny fyzické i psychické symptomy.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Dojde ke snížení nebo odstranění úzkosti.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- zajisti k rozhovoru vhodné prostředí - ticho, klid
- vyslechni pacientku a umožní vyjádření emocí
- posud míru úzkosti
- sleduj neverbální projevy
- podávej léky dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinky
- zapoj rodinu do léčebného plánu
- nauč pacientku psychoterapeutické techniky vedoucí ke snížení a zvládnání úzkosti

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE: Pacientka vyjádřila své obavy, ke zmírnění úzkosti přispěl i nedirektivní podporující rozhovor, prostor pro vyjádření, klid a pocit bezpečí a po podání anxiolytik došlo ke zmírnění úzkosti, nebyly zároveň zpozorovány žádné nežádoucí účinky na léčbu.

00148 - Strach související s relapsem současného onemocnění projevující se symptomy obecnými, kognitivními, tělesnými a behaviorálními.

Subjektivně: Pacientka udává, že má strach.

Objektivně: Pacientka je nervózní.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Dojde ke snížení nebo odstranění strachu.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- vyslechni pacientku
- dej příležitost k otázkám a pravdivě je zodpověz
- využij nedirektivní podporující rozhovor
- zapoj pacientku do psychoedukace prevence relapsu
- nauč ji vhodně reagovat na stresory pomocí psychoterapie
- vhodně ji edukuj ke spolupráci na léčebném režimu
- nauč nebo doporuč vhodné techniky zvládnání strachu

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE: Pacientka sdělila příčinu svého strachu, kterou je relaps onemocnění. Po zodpovězení pacientčích otázek došlo ke zmírnění strachu, ale ne k jeho úplnému odstranění. Pacientka byla zapojena do psychoedukace, kde dostává informace o rizicích relapsu onemocnění, o nutnosti dodržovat léčebný režim a důsledném užívání naordinované medikace. Byla zapojena do vhodných psychoterapeutických aktivit, včetně nácviku relaxace.

00161 - Snaha zlepšit znalosti projevující se zájmem o informace.

Subjektivně: Pacientka se ptá na informace ohledně jejího onemocnění

Objektivně: Samostatně vyhledává informace

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacientka bude znát všechny informace, které vědět chce a správně je pochopí.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- podporuj pacientku v získání dalších informací
- doporuč vhodnou literaturu, internetové stránky, aj. vhodné zdroje
- umožni pacientce zeptat se na cokoliv, co ji zajímá ohledně jejího onemocnění
- podávej informace ověřené, smysluplné a vhodné
- zapoj pacientku do psychoedukace

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE: Pacientka získala všechny informace, které chtěla vědět. Byla zapojena do psychoedukace a dostala edukační brožuru.

00162 - Snaha zlepšit péči o vlastní zdraví projevující se touhou zvládnout nemoc.

Subjektivně: Pacientka vysloví přání ještě lépe zvládat léčbu a prevenci relapsu.

Objektivně: Sama hovoří o drobných obtížích se zvládnáním léčby.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacientka plně pochopí léčebný režim a dojde k jeho zdokonalení.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- podporuj pacientku při plánování a realizaci léčebného režimu a prevenci
- ověř si, zda pacientka všemu rozumí a ponech prostor pro otázky
- zapoj pacientku do psychoedukace

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE: Pacientka byla zapojena do psychoedukace, kde ji byl podrobněji vysvětlen léčebný režim a vysvětleny faktory, které by mohly vést k relapsu onemocnění, a cesty k jejich předcházení.

00210 - Zhoršená odolnost jedince související se sníženou schopností zvládat stres projevující se strachem a úzkostí.

Subjektivně: Pacientka projevuje strach ze stresových situací, které by mohly vést k relapsu onemocnění.

Objektivně: U pacientky se objevují fyzické i psychické symptomy strachu a úzkosti.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: U pacientky dojde ke zvýšení schopnosti zvládat stres.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- zjistí příčiny vyvolávající stres a stresové situace
- nalezněte společně způsoby ke zvládnání stresu - psychoterapeutické, relaxační techniky, aj.
- zapoj rodinu nácvičku zvládnání stresu a jeho předcházení

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE: Spolu s pacientkou jsme zjistily nejčastější příčiny vyvolávající stres. Byla zapojena do psychoterapie, kde ji byly poskytnuty informace, jak lépe stres zvládat a předcházet mu, včetně doporučení a předvedení relaxačních technik.

00212 - Snaha zvýšit odolnost projevující se zvyšováním individuální dovednosti pro zvládnání

Subjektivně: Pacientka vyjadřuje touhu zlepšit svou odolnost.

Objektivně: Zapojuje se do aktivit pro zvyšování odolnosti.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: U pacientky dojde ke zvýšení odolnosti.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- podporuj pacientku při zvládnání stresu
- nacvičuj s pacientkou zvládnání stresových situací – psychoedukace
- Zapoj pacientku do psychoterapie
- zapoj rodinu

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE: Pacientka byla po zapojení do psychoedukace poučena o zvládání stresových situací a během psychoterapie využívala techniky ke zvyšování odolnosti jedince.

7.4.3 POTENCIÁLNÍ DIAGNÓZY

00139 - Riziko sebepoškození související se sebepoškozením v anamnéze.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacientka projeví dostatečnou sebekontrolu a osvojí si alternativní metody k jejímu zvládnutí.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- pomoz pacientce rozpoznat faktory a pocity předcházející touze po sebepoškození
- sleduj verbální a neverbální známky, které by mohl vést k sebepoškození
- vyslechni pacientku a nech ji vyjádřit své pocity

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE: Pacientka rozpozná rizikové faktory a zvýší se její sebekontrola.

00150 - Riziko sebevraždy související se suicidálním pokusem v anamnéze.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Nedojde k pokusu o sebevraždu.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- zjisti rizikové faktory
- naslouchej pacientce, jejím pocitům a dej prostor k dotazům
- měj pacientku pod neustálým dohledem
- sleduj verbální a neverbální projevy
- podporuj zodpovědnost pacientky
- diskutuj o možném dopadu jejího chování na ostatní
- spolupracuj s rodinou
- zajisti bezpečné prostředí
- zajisti pacientce individuální psychoterapeutický rozhovor s psychologem

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE: Pacientka se svěřila se svými obavami a důvody, které ji v minulosti vedly k suicidálnímu pokusu. Během hospitalizace neměla suicidální myšlenky.

8 KAZUISTIKA PACIENTA Č. 2

Muž, ve věku 29 let. Jednalo se o jeho první hospitalizaci na psychiatrii, ale již v minulosti se u něj projevíly psychotické příznaky. Po komplexním psychologickém a psychiatrickém vyšetření mu byla diagnostikována **nediferencovaná schizofrenie**.

8.1 ANAMNÉZA

OSOBNÍ ANAMNÉZA

V dětství mu byla provedena operace uší, v 22 a v 25 letech utrpěl otřes mozku. Jinak prodělal běžné dětské nemoci a v rodině není nikdo s psychiatrickou anamnézou.

RODINNÁ ANAMNÉZA

Otec: 55 let, zdrav.

Matka: 53 let, trpí cukrovkou.

Sourozenci: bratr - 28 let, problémy se srdcem.

- bratr - 20 let, trpí cukrovkou.

FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Za hospitalizace: Haloperidol, Olazax, Rivotril, Risperdal, Diazepam

Doporučená poslední medikace:

Haloperidol (3 mg) 1-0-0-1

Rivotril (1 mg) 1-1-1

Olazax (20 mg) - na noc.

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA

V dětství na bodavý hmyz.

ABÚZUS

Kouří od 16. let 5-6 ks cigaret denně. Alkohol v současné době neužívá. Od 16. let také užíval 8 let denně marihuanu - vdechováním. Nyní asi ½ roku neužívá, nepodstoupil léčbu, ale skončil sám. V mládí dále experimentoval s pervitinem, extází a párty drogami.

VZDĚLÁNÍ

Na základní škole patřil k vynikajícím žákům. Vyučen v oboru číšník, hotelovou školu v Mariánských Lázních nedokončil.

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

V současné době dlouhodobě nezaměstnaný a vedený na úřadu práce asi ½ roku. Pracoval 3 roky střídavě jako kuchař, číšník a asistent manažera, v Anglii, Skotsku a Irsku.

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Žije v bytě s rodiči a pokoj obývá spolu s mladším bratrem.

PARTNERSKÉ VZTAHY

Pacient nemá trvalý vztah, ani děti.

PSYCHIATRICKÁ ANAMNÉZA

První psychologické vyšetření podstoupil v průběhu střední školy z důvodu rapidního zhoršení prospěchu, zřejmě v souvislosti s užíváním marihuany. Jednorázově, po nátlaku rodičů, navštívil psychiatra, ale nespolupracoval. Dále vyhledal pomoc psychologa na doporučení úřadu práce.

Ke komplexnímu psychologickému a psychiatrickému vyšetření se dostavil v roce 2011 na doporučení praktického lékaře se závěrem toxická psychóza. Byl zhodnocen jako nebezpečný okolí, ale nebyl hospitalizován.

V roce 2013 byl poprvé hospitalizován na psychiatrické klinice, kterou následně po 29 dnech na revers opustil.

LÉKAŘSKÉ DIAGNÓZY

F20.3 Nediferencovaná schizofrenie

F195 Psychotická porucha toxické etologie (THC, ev. stimulantia)

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA: Psychotická porucha jiné etologie, jiného okruhu

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Stav vědomí: plné vědomí, orientován ve všech oblastech

Soběstačnost: plně soběstačný - dle Barthelova testu základních všedních činností
ADL

Hmotnost: 95 kilogramů

Výška: 185 cm

BMI: 27 - nadváha

Krevní tlak: 160/100 mmHg

Pulz: 88/minutu

Dechová frekvence: 17/minutu

Tělesná teplota: 36,6°C

8.2 KATAMNÉZA

Pacient byl poprvé psychologicky vyšetřován během studia na střední škole. Důvodem bylo rapidní zhoršení prospěchu, v závěru ale byla udána souvislost s užíváním marihuany, kterou užíval inhalačně od svých 16 let. Výsledky nezná.

Následně navštívil psychiatra na nápor rodičů, ale jelikož pacient nespolupracoval, nedošlo k žádnému závěru.

V roce 2011 se dostavil k psychologickému vyšetření. Doporučila jej jeho praktická lékařka, pro vyloučení skryté psychózy. Při vyšetření působí negativisticky. Na otázky odpovídá, ale odpovědi jsou obsahově nepřiměřené a zabíhavé, neudrží nit hovoru. Řeč je zrychlená. Pacient je neobjektivní, nekritický. Během rozhovoru narůstá tenze. Závěrem psychologického vyšetření bylo, že jeho stav v současné době svědčí o toxické psychóze na podkladě několikaletého užívání THC a projevující se u něj symptomy závislosti. Pacient byl emočně labilní, afektivní, s výrazně narušenou realitní kontrolou, asertivní,

až agresivní se sklony k impulzivnímu jednání a emočním explozím. Dále následovaly projevy sociopatického chování, nekritičnost a absence pocitu choroby. Závěrem byla na zvážení indikace k nedobrovolné hospitalizaci na uzavřeném psychiatrickém oddělení a domluvena návštěva u psychiatra, protože by svým chováním mohl ohrozit sebe i své okolí

Na Nový rok se šel nahý otužovat do požární nádrže. V lednu 2013 byl pacient převezen RZP, po zadržení policií, na Psychiatrickou kliniku. Důvodem bylo jeho nápadné a agresivní chování vůči rodině, které vyvrcholilo vyhazováním nábytku z okna, po té, co vyhlásil, že budou probíhat demoliční práce.

Během své hospitalizace podstoupil koncem ledna psychologické vyšetření. S vyšetřením souhlasil a ochotně spolupracoval. Sám uvádí, že již byl psychologicky několikrát vyšetřován, je však přesvědčen, že „*si nebyli jisti jeho IQ*“. Když byl malý, zajímala ho četba a na základní škole byl premiantem. Býval prý bezproblémový a oblíbený, ale jako nejlepší přátele udává rodiče a bratry. Střední školu nedokončil jen proto, že jej tam „*chtěli podrazit a vybíjeli si na něm zlost*“. Zde měl svůj první vztah a první pohlavní známost, která „*proběhla domluvou, každý si vytvořil dějovou lidskou linii*“. Dále popisoval své poslední zaměstnání, kdy pracoval jako kuchař v Německu. Zde byl hlavním problémem jeho homosexuální nadřízený, který si dle pacienta na něm pouze léčil své mindráky, šikanoval ho a dával mu podřadné úkoly. „*Jsem si vědom svých schopností, které mám napsány v rukách i mozku*“. Po otázce zda za ním přijde někdo na návštěvu, odpovídá, že ne. Rodiče ho na to prý připravovali, že nepřijdou. „*My jsme italská rodina*“. Říká po té, co udává, že na něj vícekrát volali policii. „*I spoluobčané na mě volali policii, protože si mysleli, že je jdu usmrtit, snaží se mě znemožnit, policie mě několikrát zatkla sama od sebe, závidí mi můj životní styl, že nemusím pracovat, bydlím u rodičů, to jsou mecenáši, velkoryse se rozdělí, chci vidět rodiče dožít, proto jsem obětoval svoji kariéru*“. Dále udává, že jeho bratr s ním nechce bydlet v pokoji, protože si v noci povídá, z ničeho nic vykřikuje a pseudofilozofuje sám se sebou.

Závěrem psychologického vyšetření byla schizofrenní porucha s výraznou formální poruchou myšlení, ztrátou realitní kontroly a narušenou schopností korigovat své chování. Může se objevit agresivní chování na základě psychotické

motivace, jeho sebekontrola je nedostatečná. Myšlení je neproduktivní a dezorganizované, s narušenou schopností abstrakce a symbolickým chápáním řeči.

Jeho hospitalizace byla nedobrovolná a doprovázena použitím omezovacích prostředků.

Po 29 dnech podepsal odmítnutí poskytnutí zdravotnických služeb. Důvodem bylo nedoporučení propustky přesně v den, který pacient požadoval. Podepsal tedy negativní revers a i přes nestabilní psychický stav pacienta a možné opětovné zhoršení jeho stavu, byl propuštěn v doprovodu rodičů. Poslední medikace byla pacientovi poskytnuta na další 4 dny a pacient slíbil, že bude v terapii pokračovat, jak návštěvou psychiatrické ambulance, tak užíváním léků.

9 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA

9.1 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES DLE H. PEPLAU

ROZVOJ OSOBNOSTI

Pacient si není vědom, že je nemocný. Podle svého mínění je zdravý, ale nepochopený společností ani rodinou.

O svou nemoc nejeví zájem ani nevyhledává žádné informace.

Je nepředvídatelný, jeho sebekontrola je nedostačující a může se objevit až agresivní chování. Ne vůči sobě, ale vůči ostatní, což bylo také důvodem k jeho hospitalizaci.

Pacient po dobu svého pobytu léčbu akceptoval, ale následně odešel na revers do domácí péče. Při podepisování reversu, potvrdil následné pokračování v braní předepsaných léků i návštěvami ambulance. Zda však bude s léčbou pokračovat, není jisté.

KOMFORT

Pacient netrpěl žádnými bolestmi ani jiným zdravotními komplikacemi.

Po psychické stránce se cítí dobře, netrpí úzkostmi ani tenzí či sebevražednými myšlenkami. Je spíše egocentrický a myslí, že je výjimečný. Považuje se za psychicky i fyzicky zdravého a nepotřebuje psychiatrickou ani psychologickou péči.

Pacient je v dobré kondici, kterou si udržuje plaváním a turistikou.

INTERPERSONÁLNÍ TERAPEUTICKÝ VZTAH

Pacient byl zadržen policií pro agresivní chování a následně převezen do nemocnice, jeho hospitalizace proběhla bez jeho souhlasu a personál byl nucen použít omezovací prostředky v zájmu bezpečí svého i pacientova. Byla použita psychofarmaka dle ordinace lékaře. Pacient poté již spolupracoval s lékaři i personálem.

Je plně orientován, sám navazuje kontakt a hovoří ochotně, je velice upovídaný a velmi ochotně se svěřuje se svými zážitky, v kolektivu se stal oblíbeným. Na terapeutickém plánu se výrazně nepodílí, protože ho dle svého názoru nepotřebuje.

DALŠÍ FUNKČNÍ VZORCE ZDRAVÍ

VZOREC ŘÍZENÍ ZDRAVÍ

První problémy se projevily již na střední škole, následovalo několik psychologických i psychiatrických vyšetření. První hospitalizace proběhla letos v lednu, na psychiatrickém oddělení. K ambulantnímu psychiatrovi nedochází a léky nebere, jak sám udával již za hospitalizace, nepotřebuje je, protože je zcela zdravý. Pacient kouří od 16. let, nesnaží se skončit. Vyzkoušel i různé drogy. Alkohol nepije.

NUTRIČNĚ - METABOLICKÝ VZOREC

Pacient je vysoký, normální, poměrně sportovní postavy, dle BMI indexu má nadváhu. Jí normálně, pije dostatečně, na problémy z této oblasti si nestěžuje. Kůže bez problémů a stejně tak vlasy, nehty i sliznice. Chrup v normálním stavu.

VZOREC VYLUČOVÁNÍ

Moč i stolici vylučuje pravidelně a bez problémů či patologického nálezu.

VZOREC AKTIVITY - CVIČENÍ

Pacient je plně soběstačný a schopný sebezpečí. Sportuje rád a hodně, hlavně se věnuje plavání, běhu a turistice.

VZOREC SPÁNKU - ODPOČINKU

Pacient udává problémy se spánkem a usínáním, a necítí se odpočatý. Snadno se unaví.

KOGNITIVNĚ - PERCEPČNÍ VZOREC

Pacient je zcela při vědomí a plně orientován. Nepoužívá žádné kompenzační pomůcky. Paměť je neporušená, je schopný koncentrace. Řeč je bezproblémová, pacient mluví rád a hodně.

VZOREC VNÍMÁNÍ SEBE SAMA - SEBEPOJETÍ

Sám se hodnotí jako cholerik a melancholik. Sebevědomí pacienta je poměrně vysoké, vystupování je taktéž sebevědomé.

VZOREC ROLE - VZTAHY

Pacient bydlí s rodiči a mladším bratrem, se kterým obývá jeden pokoj.

Má s nimi dobrý vztah, ale rodiči by chtěli, aby se postavil na vlastní nohy. Momentálně nemá žádnou práci, ale je veden na Úřadu práce, pracoval hlavně v zahraničí.

Občas se chová agresivně a mohl by se stát hrozbou pro své okolí a hlavně pro rodinu. Ve společnosti se chová egocentricky a nadřazeně.

VZOREC SEXUALITY - REPRODUKCE

Momentálně nemá žádný trvalý vztah, ale dle svého tvrzení má spoustu kamarádek.

VZOREC ZVLÁDÁNÍ A TOLERANCE ZÁTĚŽE/STRESU

Pacient se necítí často ve stresu. Když náhodou ano, nebere léky, ale jde si zaplavat nebo zaběhat.

VZOREC HODNOT A VÍRY

Je nevěřící. Chtěl by si najít práci, ale rodinu zatím neplánuje a děti nechce ani v budoucnu.

9.2 FÁZE MODELU DLE H. PEPLAU

FÁZE ORIENTACE

Pacient byl hospitalizován pro agresivní chování, kdy ohrožoval své okolí a rodinu. Na psychiatrické oddělení byl přijat nedobrovolně, za použití omezovacích prostředků. Druhý den již byl v klidu. Já jsem se s pacientem setkala v době, kdy byl již hospitalizován déle a víceméně smířen se svou hospitalizací. Na jednu stranu chápal, že jeho chování bylo neadekvátní, ale nechápal, proč musí být na psychiatrii, když není „blázen“ a není nemocný ani jinak. Po jeho souhlasu

jsem s ním udělala rozhovor, ve kterém se dozvěděla většinu informací. Zbytek informací jsme získala hlavně ze zdravotnické dokumentace, od rodiny a sester na oddělení.

FÁZE IDENTIFIKACE

Pacientovi jsem předložila svůj sestavený plán, který pacient příliš nekomentoval, ale souhlasil s ním. Ptal se, co to přesně bude obnášet, a jestli to zabere moc času. Když jsem ho ujistila, že to bude hlavně o komunikaci, hledání problémů a získávání dalších informací o jeho osobě, souhlasil. Pacient působí otevřeně, sebevědomě, místy až narcisticky. Vypráví různé příhody, které se mu staly i nestaly, některé byly tak zmatené, že byly jasně způsobené jeho onemocněním. Když jsem se ho na to pokusila upozornit nebo se dopátrat, jak to doopravdy bylo, řekl mi, že bych to nepochopila a pokračoval dál.

Pacientovi jsem v této fázi také předložila sadu testů, které bez problémů a se zaujetím vyplnil.

FÁZE VYUŽITÍ

Pacient je stále plně přesvědčen, že není nijak nemocný ani jeho hospitalizace prý není nutná a do ošetrovatelského procesu se stále moc aktivně nezapojuje. Na mé otázky však odpovídá bez problémů, a aniž by mu to docházelo, přišli jsme na několik dalších problémů. Když jsem je ke konci rozhovoru zpětně zmínila, tak mi je sice nevyvrátil, ale ani plně nepotvrdil. Jeden den se otázky stočily i k jeho onemocnění. Začal se ptát sám a na mé odpovědi se nijak netvářil. Na konci mi však řekl, že stále nechápe, proč by zrovna on měl mít takové onemocnění, když je naprosto normální.

FÁZE UKONČENÍ

Poslední den našeho terapeutického vztahu, který se částečně naplnil, jsme znovu prošli vytyčené cíle, u kterých došlo k částečnému splnění. Největší cíl, tedy uvědomení pacienta, že je nemocný, se však nesplnil. Pacient je stále přesvědčen, že není nemocný.

Řešili jsme spolu i možnosti po jeho propuštění. Jak ambulantní péči i léky, spolu s využitím služeb či psychoterapie, vše s díky zamítá a tvrdí, že to stejně nepotřebuje, tak proč by s tím vůbec ztrácel čas.

Následně jsem se dozvěděla, že pacient opustil o víkendu na revers oddělení. Důvodem bylo nesplnění možnosti vycházek ven v přesně určitou dobu. Při propouštění přislíbil, že léky, které dostal sebou (na 4 dny) brát bude a navštíví i ambulanci. Jestli tomu slibu dostal, však nevím.

9.3 OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN

Cílem ošetrovatelského plánu bylo hlavně uvědomění pacienta, že je opravdu nemocný. Dále pak nalezení vhodného způsobu léčby, pomocí farmak i psychoterapie, a vymizení příznaků jeho onemocnění. U pacienta byl největším problémem, že si nechtěl připustit své onemocnění, léčbu nakonec sám předčasně ukončil a na revers odešel domů.

Terapeutický vztah nebyl plně navázán, ale při léčbě spolupracoval. Při sestavování léčebného režimu nebyl nijak výrazně aktivní. Cíle tak byly splněny pouze částečně a k úplnému vyřešení jeho problému nedošlo.

Dále byly pacientem, stejně jako u pacienta předchozího, vyplněny tyto dotazníky:

- Dotazník kvality života - SQUALA
- Schwartzova škála hodnocení terapie - SOS-10
- Dotazník kognitivního selhání - CFQ
- Beckova sebesuzovací škála deprese - BDI-II

V první části **SQUALA** dotazníku, ohledně důležitosti, odpověděl pacient, že nezbytně důležitých je pro něj 12 věcí, 10 velmi důležitých, středně důležitých 5. Jako málo důležité udal děti a přátele, a bezvýznamnou označil víru.

V druhé části, popisující pacientovu spokojenost, označil, že je v 11 bodech absolutně spokojen, v 5 velmi spokojen, spíše spokojen v 8, nespokojen ve 3, a velmi zklamán v oblasti práce.

Ve **škále hodnocení terapie SOS-10** získal pacient 49 bodů z 60, takže jen na drobné maličkosti se svým životem a jeho kvalitou spokojen.

V **dotazníku CFQ** získal 56 bodů ze 125 bodů možných a na žádné problémy či poruchy s pamětí si nestěžuje.

V **Beckově škále deprese**, v mužské verzi, bylo celkové skóre 2 body, tedy jako nedepresivní.

9.3.1 KOMPLEXNÍ PSYCHOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Součástí komplexního psychologického vyšetření, které pacient podstoupil na vyžádání ošetřující lékaře, bylo kromě rozhovoru dále:

- Wechslerův inteligenční test - WAIS-III
- Kresebné projektivní techniky - kresba postavy, stromu
- Rorschachův projektivní test - ROR
- Klinický dotazník - MMPI-2

Wechslerův inteligenční test - WAIS-II se využívá k diagnostice intelektových schopností adolescentů a dospělých a zaměřuje se nejen na tradiční skóre, ale i verbální porozumění, pracovní paměť, percepční uspořádání a rychlost zpracování informací.

Výsledkem bylo IQ: 77, verbální IQ: 87 a performační IQ: 68.

V jednotlivých subtestech nejlépe zvládl část informací, slovníku a počtů. Nejhůře řazení obrázků.

Kresebné projektivní techniky dopadly po formální i obsahové stránce neadekvátně. Kresby stromu i postavy byly bizarní a svědčily pro schizofrenní poruchu.

Rorschachův projektivní test - ROR skončil s bizarními anatomickými odpověďmi u 4 z 24 celkových odpovědí. Verbalizace byla také bizarní, kontrola realitou je hrubě narušena a protokol svědčí o schizofrenní poruše.

Klinický dotazník - MMPI-2 je širokospektrální test sloužící ke zjišťování důležitých vlastností osobnosti a psychických poruch.

Hodnoty zvýšené za hranice patologie na klinických škálách: Paranoia, Hypomanie.

Na zvýšené za hranice patologie subškálách: Agresivita, Nedostatečná kontrola, Psychoticismus.

Hodnoty snížené za hranici patologie na subškálách: Sociální odpovědnost, Introverze/nízká pozitivní emocionalita.

Výsledný typ Welshova kódu bývá diagnostikován schizofrenií nebo poruchou nálad.

9.4 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

9.4.1 SOUHRN OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

OBLAST	OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY
Rozvoj osobnosti	00078 Neefektivní péče o vlastní zdraví
Komfort	Problém nezjištěn
Interpersonální terapeutický vztah	00079 Noncompliance
Řízení zdraví	Problém nezjištěn
Nutričně - metabolická	Problém nezjištěn
Vylučování	Problém nezjištěn
Aktivita - cvičení	Problém nezjištěn
Spánek - odpočinek	00093 Únava 00095 Nespavost
Kognitivně - poznávací	Problém nezjištěn
Vnímání sebe sama - sebepojetí	Problém nezjištěn
Role - vztah	00052 Poškozená sociální interakce 00055 Neefektivní plnění rolí 00138 Riziko násilí vůči jiným
Sexuality - reprodukce	Problém nezjištěn
Zvládání a tolerance zátěže/stresu	Problém nezjištěn
Hodnoty a víra	Problém nezjištěn

9.4.2 AKTUÁLNÍ DIAGNÓZY

00052 - Poškozená sociální interakce související s poruchami myšlení projevující se dysfunkčními vztahy s vrstevníky a rodinou.

Subjektivní: Pacient není schopný navázat nové vztahy.

Objektivní: Pacient volí neúspěšný způsoby při společenských interakcích.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacient bude schopen navázat nové vztahy.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- pozoruj pacienta ve skupině a zjisti chyby, kterých se dopouští
- zapoj rodinu a všímej si vztahů v rodině
- psychicky povzbuzuj pacienta k navazování nových vztahů
- v případě potřeby konzultuj s odborníkem - psycholog, psychiatr

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE: Pacient byl schopen zlepšit sociální interakci a navázat nové vztahy, a také jeho vztahy v rodině se v rámci hospitalizace zlepšily.

00055 - Neefektivní plnění rolí související s duševním onemocněním projevující se neadekvátní socializací.

Subjektivní: Pacient je nespokojen se svou rolí ve společnosti a v rodině.

Objektivní: Pacient neadekvátně zvládá problémy a je pesimistický až agresivní.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacient bude schopen realizovat svou novou, přijatelnou roli ve společnosti i rodině.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- diskutuj s pacientem a pomoz mu najít vhodný způsob, jak se vypořádat se změnami role
- zapoj rodinu
- nácvikem uveď pacienta do jeho budoucí role
- v případě potřeby zajisti kontakt s odborníkem - psycholog, psychiatr

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE: Pacientovi byly doporučeny způsoby, jak se vypořádat se splněním role, ale pomoc odborníka odmítl.

00078 - Neefektivní péče o vlastní zdraví související s nepřiznáním si svého onemocnění projevující se nezájmem o léčbu.

Subjektivní: Pacient sám sděluje, že léčbu nepotřebuje.

Objektivní: Nezačleňuje se do léčebného režimu.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacient akceptuje své onemocnění a začne dodržovat léčebný režim.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- vyslechni důvody, proč si myslí, že není takto nemocný
- snaž se pacientovi objasnit jeho onemocnění, tak aby jej přijal
- nech prostor pro dotazy
- zdůrazni důležitost léčby
- zapoj pacienta do psychoedukace

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE: U pacienta nedošlo k přijetí jeho onemocnění a ani neprojevil snahu o budoucím dodržování léčebného režimu.

00079 - Noncompliance související s předčasným opuštěním léčebného zařízení projevující nedodržováním léčebného režimu.

Subjektivní: Pacient konstatuje, že nebude dodržovat léčbu, protože ji nepotřebuje.

Objektivní: Pacient se nezajímá o následnou léčbu mimo zařízení a nespolupracuje.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacient bude dodržovat léčebný režim a navštěvovat psychiatrickou ambulanci.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- pacientovi řádně odůvodni nutnost pokračování v léčbě a následky jejího nedodržování
- zapoj pacienta do psychoedukace
- vyslechni pacientovi důvody, proč nechce v léčbě pokračovat
- poskytni pacientovi všechny potřebné, ale vhodné informace, které bude potřebovat, a na které se sám zeptá
- zapoj pacienta do léčebného plánu

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE: Pacient při odchodu slíbil, že bude léčebný režim dodržovat, jak braní léků, tak návštěvami psychiatrické ambulance.

00093 - Únava související s poruchou spánku projevující se faktory psychogenními, situačními, tělesnými a vlivy prostředí.

Subjektivní: Pacient se cítí ospalý a ztěžuje si na nedostatek energie.

Objektivní: Pacient není schopen vykonávat běžné činnosti, je netečný a lhostejný.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacient bude odpočatý.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- zjistí příčiny, proč nemůže spát
- zajímej se o jeho celkový stav - výživu, hydrataci
- zaměř se na zlepšení kvality spánku
- vyber vhodné aktivity během dne

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE: U pacienta došlo ke snížení únavy po vyřešení poruchy spánku, pacient se cítil odpočatý a plně vykonával běžné denní činnosti.

00095 - Nespavost související s akutní psychózou a projevující insomnií.

Subjektivní: Pacient se cítí nevyspalý a neodpočatý, usínání mu trvá déle jak 30 minut.

Objektivní: Pacient se vícekrát budí a délka spánku neodpovídá odpovídající délce.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacient se řádně vyspí a bude odpočatý.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- posud' příčin a faktory související s poruchou spánku
- umožni vykonávat spánkové rituály
- podávej léky dle ordinace lékaře

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE: Pacientův spánek se zlepšil po podání medikace.

9.4.3 POTENCIÁLNÍ DIAGNÓZY

00138 - Riziko násilí vůči jiným související s agresivním chováním vůči jiným v anamnéze.

OČEKÁVANÝ VÝSLEDEK: Pacient nebude ohrožovat druhé a projeví náležitou sebekontrolu.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- sleduj verbální i neverbální projevy pacienta
- pomáhej pacientovi rozpoznat faktory podporující ztrátu kontroly
- spolupracuj se členy pacientovy rodiny
- navrhní alternativní řešení
- podávej léky dle ordinace lékaře
- sleduj účinky medikace
- podporuj pacientovu sebekontrolu

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PÉČE: Pacient zlepšil svou sebekontrolu.

10 DISKUZE

Ve své práci jsem se zabývala ošetrovatelskou péčí o dva pacienty se schizofrenním onemocněním. Péče o takto nemocné by měla být postavena na respektování individuality jedince a jeho onemocnění. Také je zde velice důležitý nejen přístup sestry k nemocnému, ale hlavně samotný přístup pacienta ke své nemoci a především k její léčbě.

Pečovala jsem o dva pacienty s rozdílnými typy schizofrenie. Pacientku, trpící paranoidní schizofrenií, provázely během onemocnění bludy a halucinace, které vyvrcholily až k suicidálnímu pokusu. K prvním projevům onemocnění došlo v 18. letech a následovaly 4 hospitalizace v nemocnici. Přestože si je pacientka plně vědoma svého onemocnění, necítí se stigmatizována a plně spolupracuje, jak při léčbě, tak při sestavování ošetrovatelského plánu. Momentálně žije doma, pečlivě dodržuje léčbu a její onemocnění probíhá bez problémů.

Druhý pacient trpí nediferenciální schizofrenií. Je bez přítomných poruch vnímání (bludů, halucinací, paranoie), ale s výskytem poruchy myšlení, a také příznaky negativními, především agresí, kdy je nebezpečný hlavně svému okolí, převážně rodinným příslušníkům, se kterými žije. U pacienta se první příznaky projevovaly již v období adolescence, ale k první, a zatím poslední, hospitalizaci došlo až začátkem letošního roku, v jeho 29 letech. Pacient byl hospitalizován nedobrovolně za použití omezovacích prostředků, ale následující dny byl již v klidu. Protože byl plně přesvědčen, že není nemocný, spíše nespolupracoval a oddělení opustil na revers. O tom, jak se jeho stav nadále vyvíjí, nemám žádné informace.

U obou těchto pacientů byl použit model interpersonálních vztahů sestavený Hildegard Peplau. Ten je postaven hlavně na důležitosti vzniku terapeutického vztahu mezi sestrou a pacientem. Model obsahuje čtyři fáze - orientaci, identifikaci, využití a ukončení. Kdy se na začátku vztahu setkávají jako úplní cizinci, ale postupně by během následujících fází mělo dojít k vytvoření kompletní důvěry a souvisle k uspokojení potřeb pacienta, který již nebude odkázán na pomoc sestry a bude se moct samostatně vypořádat se svými problémy.

Vznik tohoto vztahu je na psychiatrickém oddělení důležitý a je nutné zvolit individuální přístup tak, aby došlo ke vzniku efektivního terapeutického vztahu,

jehož stěžejní součástí je hlavně komunikace, která by měla vést k navození důvěry, uvolnění pacienta a jeho aktivní spolupráci při léčbě a plnění ošetrovatelského plánu. Další roli při vzniku terapeutického vztahu hraje také pacientovo uvědomění si, že vůbec nějaký problém má a sám vyhledává pomoc. To bylo hlavním důvodem, proč nebyl tento vztah zcela navázán u mého druhého pacienta, přestože komunikoval bez problému a velmi ochotně, a i při sestavování ošetrovatelského plánu také převážně spolupracoval. Jeho problémem bylo, že si neuvědomoval své onemocnění a připadal si pouze nepochopen společností.

U první pacientky bylo navození terapeutického vztahu úspěšné a pacientka plně spolupracovala při sestavování ošetrovatelského plánu, jeho plnění a v konečné fázi došlo k úplnému či částečnému splnění daných cílů.

Při sestavování plánu péče byly pro můj sběr informací stěžejní 3 oblasti, vytvořené v rámci modelu H. Peplau - rozvoj osobnosti, komfort a interpersonální terapeutický vztah. Rozvoj osobnosti pojednává především o tom, jak pacient reaguje na své onemocnění, zdali dodržuje léčbu a je-li k ní motivován, podílí-li se na jejím plánování a zajímá-li se o své onemocnění jako takové. U obou pacientů byly získané informace poměrně odlišné. V oblasti komfortu, tělesného, sociálního i duševního, se jednalo o informace popisující spíše zhoršení komfortu, které se, u pacientky, projevovalo úzkostí a strachem. Nejdůležitější součástí byl vznik interpersonálního terapeutického vztahu, na kterém je model postaven. Klade důraz na navázání kontaktu s nemocným a tomu, zda je ochoten komunikovat a spolupracovat, jeho postoji k onemocnění a navázání vzájemné důvěry. U pacientky byl tento vztah úspěšně navázán, na rozdíl u druhého pacienta, kde k němu došlo pouze částečně, protože po celou dobu hospitalizace nedošlo k pacientovu připuštění, že je doopravdy nemocný.

Právě díky těmto oblastem se mi u pacientky podařilo identifikovat diagnózy na podporu zdraví a well-beingu. Šlo především o snahu zlepšit znalosti (00161) a snahu zvýšit odolnost (00212). Diagnózy byly také nalezeny v oblasti komfortu, úzkost (00146) a strach (00148). Další problémovou oblastí bylo zvládání a tolerance stresu a zátěže, kde u pacientky došlo k identifikaci zhoršené odolnosti (00210) a rizika sebevraždy (00150), s čímž souvisela i diagnóza rizika sebepoškození (00139) v rámci vnímání sebe sama, a diagnózy z oblasti řízení

zdraví, riziko násilí vůči sobě (00140) a snahou zlepšit péči o vlastní zdraví (00162).

U druhého pacienta byla nejproblémovější oblast rolí a vztahů, kde se podařilo identifikovat tři diagnózy, a to poškozené sociální interakce (00052), neefektivní plnění rolí (00055) a riziko násilí vůči jiným (00138). Další problémovou oblastí byla nespavost (00095) a s ní související únava (00093). V rozvoji osobnosti se projevila neefektivní péče o vlastní zdraví (00078) a v rámci interpersonálních vztahů nedodržování léčebného režimu (00079).

Ani u jednoho z mých pacientů nebyly identifikovány problémy v oblastech výživy, vylučování, aktivity, vnímání a poznání, sexuality, víry a hodnot.

U nemocných se schizofrenií se dále často vyskytují tyto aktuální diagnózy:

- 00051 - zhoršená verbální komunikace
- 00053 - sociální izolace
- 00119 - chronicky snížená sebeúcta
- 00121 - narušená osobní identita
- 00124 - beznaděj
- 00127 - syndrom zhoršené interpretaci okolí
- 00131 - zhoršená paměť

Z oblasti diagnóz potenciálních je to především riziko osamělosti (00054) a bezmocnosti (00152) a riziko oslabení lidské důstojnosti (00174).

U pacientky došlo ke splnění všech cílů, které jsme si, v rámci spolupráce na ošetrovatelském plánu, společně stanovily. Pacientka plně spolupracovala a projevovala snahu zlepšit svůj současný stav a léčbu onemocnění. Využívala nejen pomoci mé a zdravotního personálu, ale především se zúčastnila psychoterapie a psychoedukace, které ji velice pomohly ke splnění většiny problémových oblastí.

S druhým pacientem to bylo složitější, protože si nepřipouštěl, že je nemocný, a ke splnění většiny cílů tak došlo pouze částečně. K úplnému splnění došlo v oblasti spánku, který se zlepšil, a pacient nebyl unaven během dne.

Cílem mé práce bylo zmapovat problematiku onemocnění u pacientů se schizofrenním onemocněním a následně aplikovat model interpersonálních vztahů, postaveného na úspěšném navázání terapeutického vztahu, ke kterému u mé pacientky došlo kompletně, a u pacienta pouze částečně. Dalším cílem bylo stanovení ošetrovatelských diagnóz podle problémových oblastí, navazující vytyčením cílů a intervencí, vyhodnocením efektivity péče, a především zda byly vytyčené cíle splněny či nikoliv.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce pojednává hlavně o aplikaci modelu interpersonálních vztahů, sestaveného dle Hildegard Peplau, na dva vybrané pacienty se schizofrenií.

Schizofrenní onemocnění je náročné nejen pro nemocného samotného, ale i pro jeho rodinu. Její průběh i úspěšnost léčby záleží přesto hlavně na pacientovi samotném, jak se smíří se svým onemocněním, bude-li dodržovat stanovenou léčbu i po propuštění z hospitalizace, a zda bude využívat znalostí, které získal a naučil se je, v rámci hospitalizace i v pohospitalizační péči. Nedílnou součástí je podpora ze strany rodinných příslušníků a přátel, tak ze strany zdravotnického personálu, který by jej měl vést a podporovat.

Nejen u schizofreniků, ale celkově u pacientů na psychiatrickém oddělení, je důležitou součástí ošetrovatelské péče vznik aktivního terapeutického vztahu mezi pacientem a sestrou, a právě důležitostí jeho vzniku se zabývá Peplau ve svém modelu. Při jeho úspěšném vzniku je snadnější celková spolupráce, komunikace, i dodržování ošetrovatelského plánu, protože úspěšně navázaný terapeutický vztah je založen především na vzájemné důvěře. Peplau v modelu uvádí čtyři fáze, během nichž by mělo dojít k seznámení, identifikaci problémových oblastí a v poslední části by měla být navozena absolutní důvěra mezi sestrou a pacientem, spolu s uspokojením potřeb, splněním vytyčených cílů a osamotněním pacienta.

SEZNAM ZDROJŮ

ATKINSON, Rita, *Psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-640-3.

BARNETT VEAGUE, Heather. LEVITT, Pat, *Schizophrenia: Psychological Disorders Series*. New York: Infobase Publishing, 2007. ISBN 80-7910-8544-8.

BOUČEK, Jaroslav a kol., *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0240-8.

CALLAWAY, Barbara J., PhD, *Hildegard Peplau: Psychiatric Nurse of the Century*. New York: Springer Publishing Company, 2002. ISBN 978-0-82619-765-8.

ČEŠKOVÁ, Eva, *Schizofrenie a její léčba, 2. rozšířené vydání*. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 80-7345-114-1.

DUŠEK, Karel. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena, *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 80-247-1620-6.

FARKAŠOVÁ, Dana a kolektiv, *Ošetrovatel'stvo - teória*. Martin: Vydavateľ'stvo Osveta, s. r. o, 2005. ISBN 80-8063-182-4.

FIŠAR, Zdeněk, a kolektiv, *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 80-247-2737-4.

HINTERHUBER, Hartmann, 2001. *Stigma schizofrenie*. Psychiatrie pro praxi. [online]. 2001, 34. 5. s. 216 - 220. Dostupné na internetu: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200105-0006.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dstigma%20schizofrenie%26sfrom%3D0%26page%3D30>

JAROŠOVÁ, Darja, *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha: ISV nakladatelství, 2000. ISBN 80-85866-55-2.

KRATOCHVÍL, Stanislav, *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-736-7122-8.

KUČEROVÁ, Helena, *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada Publishing a.s., 2008. ISBN 80-247-2045-6.

MAHROVÁ, Gabriela, *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. ISBN 80-2471-262-8.

MAHROVÁ, Gabriela. VENGLÁŘOVÁ, Martina a kolektiv, *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 80-247-2138-5.

MALÁ, Eva, *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 80-247-0737-3.

MALÁ, Eva. PAVLOVSKÝ, Pavel, *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál, 2010. ISBN 80-7367-723-7.

MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1399-3.

MUCHLOVÁ MUHLSTEINOVÁ, Veronika. *Aplikace koncepčního modelu Peplau v psychiatrické ošetrovatelské péči*, Příbram, 2012. Diplomová práce. Vysoká škola zdravotnictva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava. Detašované pracoviště Příbram. Vedoucí práce Jana VELIČOVÁ.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. MARKOVÁ, Eva. BABIAKOVÁ, Mira, *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1151-6.

MKN- 10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistik, 2013.

ISBN: 978-80-904259-0-3.

Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2009 - 2011. Praha: Grada Publishing a.s., 2010. ISBN 80-247-3423-1.

PATON, Carol, *Intenzivní péče v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing a.s., 2005. ISBN 80-2470-363-7.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. ISBN 80-2471-211-3.

PAVLOVSKÝ, Pavel a kolektiv, *Soudní psychiatrie a psychologie - 3., rozšíření a aktualizované vydání*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009.

ISBN 80-247-2618-2.

PEARSON, Alan. VAUGHAN, Barbara. FITZGERALD, Mary, *Nursing Models For Practice*. Philadelphia: Elsevier Health Sciences, 2005.

ISBN 978-0-75065-442-5.

RABOCH, Jiří. Pavlovský, Pavel a kolektiv, *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 80-246-1985-9.

RABOCH, Jiří. PAVLOVSKÝ, Pavel. JANOTOVÁ, Dana. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-746-3.

Schizofrenie - Edukační program WPA. Praha: Academia Medica Pragensis - Amepra, s.r.o., 2003. ISBN 86-694-03-08.

Schizophrenia. Great Britain: The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2010. ISBN 978-1-85433-479-4.

SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy, 2. revidované vydání*. Praha: Maxdorf, s.r.o., 2002. ISBN 80-859-1218-X.

TASMAN, Allan. KAY, Jerald. LIEBERMAN A., Jeffrey. FIRST B., Michael. MAJ, Mario, *Psychiatry*. John Wiley & Sons, 2011. ISBN 80-4700-6571-6.

VOKURKA, Martin. HUGO, Jan a kol., *Praktický slovník medicíny* 9. vydání. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 80-7345-159-2.

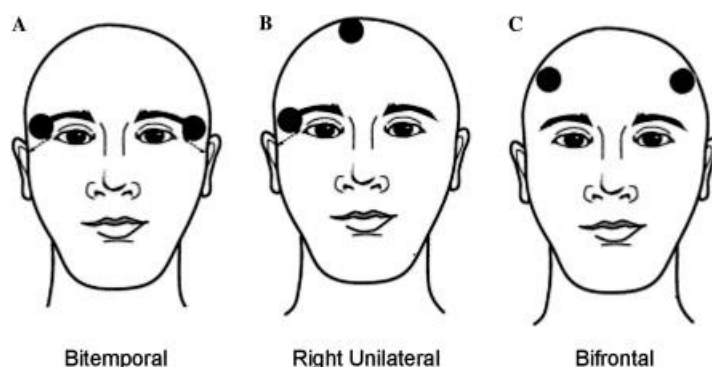
WEINBERGER R., Daniel. HARRISON, Paul, *Schizophrenia*. Blackwell Publishing, 2011. ISBN 81-4051-7697-2.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Umístění elektrod při ECT

Obrázek 2 Hildegard E. Peplau

Obrázek 1 Umístění elektrod při ECT



Zdroj: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525505003003111>

Obrázek 2 Hildegard E. Peplau



Zdroj:

http://www.123people.com/ext/frm?ti=personensuche%20telefonbuch&search_term=hildegard%20e.%20peplau&search_country=US&st=suche%20nach%20personen&target_url=aHR0cDovL2FuZGludXJzZS5ibG9nc3BvdC5jb20vMjAxMI8xMV8wMV9hcmNoaXZILmh0bWw%3D

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

Aj.	- a jiné
ANA	- Americká asociace sester
AP	- antipsychotika
atd.	- a tak dále
BDI-II	- Beckova sebeposuzovací škála deprese
BMI	- Body Mass Index
CFQ	- dotazník kognitivního selhání
CT	- počítačová tomografie
DSSS	- dopaminové a serotoninové stabilizátory (antipsychotikum)
ECT	- elektrokonvulzivní terapie
EEG	- elektroencefalogram
EKG	- elektrokardiogram
fMRI	- funkční magnetická rezonance
HAMU	- hudební a taneční fakulta Akademie múzických umění
HIV	- Human Immunodeficiency Virus
IQ	- inteligenční kvocient
LSD	- diethylamid kyseliny lysergové (halucinogen)
MARTA	- multireceptorový antagonisté (antipsychotikum)
NANDA	- North American Nursing Diagnosis Association
Např.	- například
PCP	- fencyklidin (andělský prach)
PET	- pozitronová emisní tomografie
ROR	- Rorschachův projektivní test
RZP	- rychlá zdravotnická pomoc
SDA	- antagonisté serotoninu a dopaminu (antipsychotikum)
SOS - 10	- Schwartzova škála hodnocení terapie
SPECT	- fotonová emisní výpočetní tomografie
SQUALA	- dotazník kvality života
THC	- tetrahydrocannabinol (psychoaktivní látka, konopí)
WAIS-III	- Wechslerův inteligenční test

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Sběr dat podle modelu Peplau (Muchlová Muhlsteinová, 2012)

Příloha 2 Záznam o průběhu péče podle modelu H. Peplau
(Muchlová Muhlsteinová, 2012)

Příloha 3 Dotazník kvality života - SQUALA

Příloha 4 Schwartzova škála hodnocení terapie - SOS-10

Příloha 5 Dotazník kognitivního selhání - CFQ

Příloha 6 Beckova sebeposuzovací škála deprese - BDI-II

Příloha 1 Sběr dat podle modelu Peplau

ROZVOJ OSOBNOSTI	
Schopen edukace	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Informace o zdravotním stavu	<input type="checkbox"/> dostatečné <input type="checkbox"/> částečné <input type="checkbox"/> žádné
Snaha o nové informace	<input type="checkbox"/> chtěl by více informací <input type="checkbox"/> nepotřebuje více informací
Uvědomění si léčebného režimu a prevence	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Schopnost změny zdravotního stavu	<input type="checkbox"/> snaží se o změnu <input type="checkbox"/> snaží se částečně <input type="checkbox"/> nesnaží se
Motivace k léčbě	<input type="checkbox"/> motivován <input type="checkbox"/> částečně motivován <input type="checkbox"/> nemotivován
KOMFORT	
Tělesný komfort	
Bolest akutní	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Bolest chronická	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Duševní komfort	
Pocity smutku	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Pocity strachu a úzkosti	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Pocit nedostatečné kontroly nad situací	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Symptomy týkající se onemocnění	<input type="checkbox"/> zvládá <input type="checkbox"/> nezvládá
Nedostatek zdrojů	<input type="checkbox"/> neudává <input type="checkbox"/> udává <input type="checkbox"/> jaké
Sociální komfort	
Vyjadřuje pocity osamění	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Postižení tělesné, duševní	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Stažení se do sebe	<input type="checkbox"/> neudává <input type="checkbox"/> udává
Změněný stav wellnes	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Zlepšení komfortu	<input type="checkbox"/> vyjadřuje <input type="checkbox"/> nevyjadřuje
INTERPERSONÁLNÍ TERAPEUTICKÝ VZTAH	
Navázání kontaktu	<input type="checkbox"/> velmi dobře <input type="checkbox"/> dobře <input type="checkbox"/> hůře <input type="checkbox"/> nenaváže
Ochota komunikovat	<input type="checkbox"/> velmi dobrá <input type="checkbox"/> dobrá <input type="checkbox"/> horší <input type="checkbox"/> odmítá komunikovat
Postoj	<input type="checkbox"/> optimistický <input type="checkbox"/> neutrální <input type="checkbox"/> pesimistický <input type="checkbox"/> negativismus
Schopnost spolupráce	<input type="checkbox"/> úplná <input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> žádná
Spolupráce při stanovení cílů	<input type="checkbox"/> velmi dobrá <input type="checkbox"/> dobrá <input type="checkbox"/> horší <input type="checkbox"/> odmítá spolupracovat
Vyjadřování pocitů	<input type="checkbox"/> otevřenost <input type="checkbox"/> uzavřenost <input type="checkbox"/> bez obav <input type="checkbox"/> s obavami
Důvěra	<input type="checkbox"/> navázan <input type="checkbox"/> částečně navázan <input type="checkbox"/> nenavázan

Příloha 2 Záznam o průběhu péče podle modelu H. Peplau (Muchlová Muhlsteinová, 2012)

ZÁZNAM O PRŮBĚHU PÉČE				
FÁZE ORIENTACE	Schopen odběru anamnézy		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
	Zná svoji primární sestru		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
	Zná svého ošetřujícího lékaře		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
	Seznámen s prostředím oddělení		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
	Seznámen s právy pacientů		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
	Terapeutický vztah navázán		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
	Motivován k léčbě		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
	Spolupráce rodiny		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
	Schopen edukace		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
	Objasnění problémů spolu s pacientem		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
FÁZE IDENTIFIKACE	Návrh řešení problémů společně s pacientem		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
	Schopnost spolupráce	Pasivní a zcela závislý na sestře	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
		Aktivně spolupracující, ale na sestře závislý	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
		Autonomní, na sestře nezávislý	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Terapeutický vztah se prohlubuje		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	
FÁZE VYUŽITÍ	Adaptace na prostředí		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
	Aktivita v léčebném režimu		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
	Využití psychoterapie		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
	Využití edukace		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
	Využití ergoterapie		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
	Využití sociálních služeb		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
	Jiné využití služeb		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
	Komunikace s primární sestrou		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Podpora pacienta		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	
FÁZE UKONČENÍ	Vyřešení problému		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
	Splnění vytyčených cílů		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
	Úspěšné ukončení terapeutického vztahu		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
HODNOCENÍ	<input type="checkbox"/> splněno <input type="checkbox"/> částečně splněno <input type="checkbox"/> nesplněno <input type="checkbox"/> nehodnoceno			

Příloha 3 Dotazník kvality života - SQUALA

Hodnocení důležitosti

V této tabulce zaznamenejte důležitost, kterou ve svém životě přisuzujete zde uvedeným oblastem.

	nezbytné	velmi důležité	středně důležité	málo důležité	bezvýznamné
1)být zdravý					
2)být fyzicky soběstačný					
3)cítit se psychicky dobře					
4)příjemné prostředí a bydlení					
5)dobře spát					
6)rodinné vztahy					
7)vztahy s ostatními lidmi					
8)mít a vychovávat děti					
9)postarat se o sebe					
10)milovat a být milován					
11)mít sexuální život					
12)zajímat se o politiku					
13)mít víru(např. náboženství)					
14)odpočívat ve volném čase					
15)mít koníčky ve volném čase					
16)být v bezpečí					
17)práce					
18)spravedlnost					
19)svoboda					
20)krása					
21)pravda					
22)peníze					
23)dobré jídlo					

Je ještě něco jiného, co považujete v životě za důležité?

Hodnocení spokojenosti

Posuďte, do jaké míry se cítíte v uvedených oblastech života spokojen/a a zaškrtněte příslušné okénko.

	zcela spokojen	velmi spokojen	spíše spokojen	nespokojen	velmi zklamán
24) zdraví					
25) fyzická soběstačnost					
26) psychická pohoda					
27) prostředí bydlení					
28) spánek					
29) rodinné vztahy					
30) vztahy s ostatními lidmi					
31) děti					
32) péče o sebe sama					
33) láska					
34) sexuální život					
35) účast v politice					
36) víra					
37) odpočinek					
38) koníčky					
39) pocit bezpečnosti					
40) práce					
41) spravedlnost					
42) svoboda					
43) krása a umění					
44) pravda					
45) peníze					
46) jídlo					

Příloha 4 Schwartzova škála hodnocení terapie - SOS-10

SCHWARTZOVA ŠKÁLA HODNOCENÍ TERAPIE (SOS-10)

Instrukce: Následuje 10 výroků o Vás a o Vašem životě, které nám pomohou zjistit Váš názor na to, jak se Vám daří. Odpovězte, prosím, na každý výrok tak, že označíte číslo odpovědi, které nejlépe vystihuje, jak se Vám většinou během posledních sedmi dní (jednoho týdne) dařilo. Neexistují žádné správné ani špatné odpovědi, ale je důležité, aby Vaše odpověď vystihla Váš vlastní názor na to, jak se Vám dařilo. První odpověď, která Vás napadne, bývá často nejlepší. Děkujeme Vám za Vaši soustředěnou snahu. Zkontrolujte, prosím, že jste odpověděl/a na všechny výroky.

1. Vezmu-li v úvahu svou současnou fyzickou kondici, jsem spokojen/a s tím, co mohu dělat.

nikdy 0 1 2 3 4 5 6 neustále nebo téměř stále

2. Důvěřuji své schopnosti udržovat důležité osobní vztahy.

nikdy 0 1 2 3 4 5 6 neustále nebo téměř stále

3. Do budoucnosti hledím s optimismem.

nikdy 0 1 2 3 4 5 6 neustále nebo téměř stále

4. Často mě v životě něco zaujme nebo se pro něco nadchnu.

nikdy 0 1 2 3 4 5 6 neustále nebo téměř stále

5. Dovedu si užít legraci.

nikdy 0 1 2 3 4 5 6 neustále nebo téměř stále

6. Jsem celkově spokojen/a se svým duševním zdravím.

nikdy 0 1 2 3 4 5 6 neustále nebo téměř stále

7. Dovedu si odpustit svá vlastní selhání.

nikdy 0 1 2 3 4 5 6 neustále nebo téměř stále

8. Můj život probíhá podle mého očekávání.

nikdy 0 1 2 3 4 5 6 neustále nebo téměř stále

9. Dovedu zvládat konflikty, které mám s jinými lidmi.

nikdy 0 1 2 3 4 5 6 neustále nebo téměř stále

10. Mám klid v duši.

nikdy 0 1 2 3 4 5 6 neustále nebo téměř stále

Příloha 5 Dotazník kognitivního selhání - CFQ


Prosím, zaškrtněte vyhovující odpověď do příslušného sloupce.

Stává se Vám v poslední době (posledních několika týdnech), že ...

		1= nikdy	2= velmi zřídka	3= občas	4= docela často	5= velmi často
1.	... něco čtete a najednou si uvědomíte, že tomu nevěnujete pozornost a musíte si to přečíst znovu?					
2.	... zapomináte, proč jste přešel z jedné části domu/bytu do druhé?					
3.	... si nevsimnete dopravní značky?					
4.	... si spletete pravou a levou, když někomu vysvětlujete cestu?					
5.	... vrážíte do lidí?					
6.	... si nepamatujete, zda jste zhasnuli světlo, vypnuli sporák či zamknuli dveře?					
7.	... se nesoustředíte na jména lidí, se kterými se seznamujete?					
8.	... něco řeknete a vzápětí si uvědomíte, že to mohlo znít urážlivě?					
9.	... neslyšíte, že na Vás někdo mluví, když se zabýváte něčím jiným?					
10.	... se rozčílíte a pak toho litujete?					
11.	... důležité dopisy necháváte bez odpovědi po celé dny?					
12.	... nevíte, kde odbočit na cestě, kterou dobře znáte, ale používáte ji jen zřídka?					
13.	... nemůžete najít to, co si chcete koupit v supermarketu (přestože to tam mají)?					
14.	... najednou přemýšlíte, zda jste nějaké slovo použili správně?					
15.	... se nemůžete rozhodnout?					
16.	... zjistíte, že jste zapomněli na nějakou schůzku?					
17.	... zapomináte, kam jste něco položili, například noviny nebo knihu?					
18.	... si uvědomíte, že jste zahodili, co jste si chtěli nechat a ponecháte si to, co jste chtěli zahodit - například vyhodíte čokoládu a necháte si obal?					
19.	... se zasníte, zatímco byste měli něčemu naslouchat?					
20.	... zapomináte jména lidí?					
21.	... doma něco děláte a uprostřed toho se začnete neplánovaně zabývat jinou činností?					
22.	... si nemůžete na něco vzpomenout, přestože to máte na jazyku?					
23.	... zapomináte, pro co jste přišli do obchodu?					
24.	... padají věci z rukou?					
25.	... nevíte o čem mluvit?					

Příloha 6 Beckova sebeposuzovací škála deprese - BDI-II

Instrukce: Dotazník se skládá z 21 skupin různých tvrzení. Přečtěte si, prosím, každou skupinu pečlivě. Zakroužkujte v každé skupině **jeden výrok**, který nejlépe vystihuje, jak se cítíte během posledních 14 dnů, včetně dneška. Pokud Vašemu stavu odpovídá několik tvrzení, vyberte si vždy tvrzení s nejvyšším číslem. Pokaždě vyberte ze skupiny pouze jeden výrok.

<p>1. Smutek</p> <p>0 Nejsem smutná.</p> <p>1 Většinou jsem smutná.</p> <p>2 Pořád jsem smutná.</p> <p>3 Jsem tak smutná, že se to nedá vydržet.</p> <p>2. Pesimismus</p> <p>0 O svou budoucnost nemám obavy.</p> <p>1 O svou budoucnost se obávám více než dříve.</p> <p>2 Myslím, že se mi nebude dařit.</p> <p>3 Moje budoucnost je beznadějná a bude ještě horší.</p> <p>3. Minulá selhání</p> <p>0 Nemám dojem, že selhávám.</p> <p>1 Selhala jsem častěji, než bych měla.</p> <p>2 Když se dívám do minulosti, vidím spoustu selhání.</p> <p>3 Jako člověk jsem úplně selhala.</p> <p>4. Ztráta radosti</p> <p>0 Raduji se stejně jako dříve.</p> <p>1 Neraduji se stejně jako dříve.</p> <p>2 Téměř nemám potěšení z věcí, které jsem měla ráda.</p> <p>3 Vůbec nemám potěšení z věcí, které jsem měla ráda.</p> <p>5. Pocit viny</p> <p>0 Nemívám nijak zvlášť pocity viny.</p> <p>1 Cítím vinu za řadu věcí, které jsem udělala nebo měla udělat.</p> <p>2 Mívám často pocity viny.</p> <p>3 Pořád mám pocity viny.</p>	<p>6. Pocit potrestání</p> <p>0 Nemyslím, že mě život trestá.</p> <p>1 Myslím, že by mě život mohl potrestat.</p> <p>2 Očekávám trest.</p> <p>3 Myslím, že jsem životem trestána.</p> <p>7. Znechucení sám ze sebe</p> <p>0 Myslím si o sobě pořád to samé.</p> <p>1 Ztratila jsem důvěru sama v sebe.</p> <p>2 Jsem ze sebe zklamána.</p> <p>3 Sama sebou jsem znechucena.</p> <p>8. Sebekritika</p> <p>0 Nekritizuji nebo neobviňuji sama sebe více než obvykle.</p> <p>1 Jsem sama k sobě více kritická než dříve.</p> <p>2 Kritizuji se za všechny své chyby.</p> <p>3 Obviňuji se za všechno špatné, co se přihodí.</p> <p>9. Sebevražedné myšlenky nebo přání</p> <p>0 Nepřemýšlím o tom, že bych se zabila.</p> <p>1 Mám myšlenky o sebevraždě, ale neudělala bych to.</p> <p>2 Chtěla bych se zabit.</p> <p>3 Kdybych měla možnost, tak bych se zabila.</p> <p>10. Plačtivost</p> <p>0 Nepláču více než dříve.</p> <p>1 Pláču více než dříve.</p> <p>2 Pláču kvůli každé maličkosti.</p> <p>3 Je mi do pláče, ale nejsem toho schopna.</p>
<input type="text"/>	Počet bodů str. I 

11. Agitovanost

- 0 Nejsem více neklidná nebo napjatá než obvykle.
 1 Citím se více neklidná nebo napjatá než obvykle.
 2 Jsem tak neklidná nebo rozrušená, že je těžké to vydržet.
 3 Jsem tak neklidná nebo rozrušená, že nemohu zůstat v nečinnosti.

12. Ztráta zájmu

- 0 O jiné lidi nebo věci jsem zájem neztratila.
 1 Méně se zajímám o jiné lidi nebo věci.
 2 Mnohem méně se zajímám o jiné lidi nebo věci.
 3 Je těžké se zajímat o cokoliv.

13. Nerozhodnost

- 0 Rozhoduji se stejně dobře, jako dříve.
 1 Rozhodovat se je obtížnější, než obvykle.
 2 Rozhoduji se mnohem obtížněji než dříve.
 3 Mám problém udělat jakékoliv rozhodnutí.

14. Pocit bezcennosti

- 0 Necítím se bezcenná.
 1 Nemyslím, že mám pro lidi stejnou cenu, jako jsem mívala.
 2 Ve srovnání s jinými lidmi se cítím více bezcenná.
 3 Cítím se úplně bezcenná.

15. Ztráta energie

- 0 Mám stejně energie jako vždy.
 1 Mám méně energie než jsem mívala.
 2 Nemám dost energie, abych toho hodně udělala.
 3 Vůbec na nic nemám energii.

16. Změna spánku

- 0 Nevšimla jsem si žádných změn u svého spánku.
 1a Spím trochu více než obvykle.
 1b Spím trochu méně než obvykle.
 2a Spím mnohem více než obvykle.
 2b Spím mnohem méně než obvykle.
 3a Většinu dne prospím.
 3b Probouzím se o 1-2 hodiny dříve a už nemohu usnout.

17. Podrážděnost

- 0 Nejsem podrážděná více než obvykle.
 1 Jsem více podrážděná než obvykle.
 2 Jsem mnohem více podrážděná než obvykle.
 3 Bývám pořád podrážděná.

18. Změny v chuti k jídlu

- 0 Necítím žádné změny v chuti k jídlu.
 1a Mám trochu menší chuť k jídlu než obvykle.
 1b Mám trochu větší chuť k jídlu než obvykle.
 2a Mám mnohem menší chuť k jídlu než obvykle.
 2b Mám mnohem větší chuť k jídlu než obvykle.
 3a Vůbec nemám chuť k jídlu.
 3b Jíst mohu pořád.

19. Koncentrace

- 0 Mohu se soustředit jako vždycky.
 1 Nejsem schopná se soustředit jako obvykle.
 2 Je těžké se na cokoliv delší dobu soustředit.
 3 Nejsem schopná se soustředit na nic.

20. Únava

- 0 Nejsem unavená více než obvykle.
 1 Unavím se snadněji než obvykle.
 2 Jsem příliš unavená, než abych dělala tolik věcí, jako jsem dělávala.
 3 Jsem tak unavená, že nedokážu dělat skoro nic.

21. Ztráta zájmu o sex

- 0 V současnosti jsem nezaznamenala změnu zájmu o sex.
 1 Mám menší zájem o sex než obvykle.
 2 Mám nyní mnohem menší zájem o sex.
 3 Úplně jsem ztratila zájem o sex.

Počet bodů str.2

Počet bodů str.1

Celkový skóre

© 1996, Psychological Corporation, U.S.A.
 Přečteno pro vás sdružením
 © 1999, Psychodiagnostika z.s. Brno
 © 1999, Psychodiagnostika s.r.o. Brno